

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

**“ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE
ENFERMEDADES CRÓNICAS. CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA
METROPOLITANO-PIURA, 2020-2021”**

Área de investigación:

Educación en ciencias de la salud

Autor:

Br. Cieza Arámbulo, Luis Fernando

Jurado Evaluador:

Presidente: Ramírez Córdova, Josefa Edelsa

Secretaria: Chamán Cabrera, Qory Maritza

Vocal: Serna Alarcón, Víctor

Asesor:

Ángel Enrique Zapata Bayona

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5197-1729>

Piura – Perú

2022

Fecha de sustentación: 2022/07/15

DEDICATORIA

“Dedico mi tesis a mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, por haberme brindado todo su apoyo junto con mis hermanos, pues sin ustedes no lo habría logrado.”

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres por su apoyo incondicional y la confianza que me han brindado a lo largo de estos años para poder lograr este objetivo.

A mi asesor, el Dr. Ángel Enrique Zapata Bayona, por el apoyo durante el transcurso de la realización de esta investigación.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	7
1.1.	Enunciado del problema:	12
1.2.	Hipótesis:	12
1.3.	Objetivos:	12
II.	MATERIAL Y MÉTODOS	14
2.1.	Diseño de estudio:	14
2.2.	Población, muestra y muestreo:	14
2.3.	Definición operacional de variables:	16
2.4.	Procedimientos y Técnicas:	17
2.5.	Aspectos éticos:	19
III.	RESULTADOS.....	21
IV.	DISCUSIÓN	34
V.	CONCLUSIONES.....	39
VI.	RECOMENDACIONES	40
VII.	BIBLIOGRAFÍA	41
VIII.	ANEXOS.....	44

RESUMEN

OBJETIVO: Demostrar si existe asociación entre el grado de alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento en los pacientes del “Programa del adulto con enfermedades crónicas no transmisibles” con diagnóstico de HTA y/o DM.

MATERIAL Y MÉTODOS: se realizó un estudio no experimental-transversal-analítico-observacional, con una muestra de 326 pacientes a los cuales se les aplicó cuestionarios y se compararon estadísticamente los resultados con la prueba de Chi cuadrado, para evaluar la asociación entre el grado de alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento en dichos pacientes.

RESULTADOS: La muestra fue 59.8% femenino y 40.2% masculino. Edad mínima 21 años y edad máxima 98 años, con edad media y desviación estándar de 67.8 ± 11.58 años de edad. El 69.3% tiene alfabetización sanitaria suficiente. El 25.2% son adherentes al tratamiento de manera conjunta (farmacológico y no farmacológico), se encontró asociado a la edad (Sig.=0.011) y nivel socioeconómico (Sig.=0.025). El 43.9% de los pacientes tienen adherencia al tratamiento farmacológico, se encontró asociado a la edad (Sig.=0.011) y al nivel socioeconómico (Sig.=0.025). El 49.7% tenía adherencia al tratamiento no farmacológico. Hubo asociación entre un nivel suficiente de alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento de manera conjunta (Sig.=0.011).

CONCLUSIÓN: Existe una asociación significativa entre un nivel suficiente en alfabetización en salud con la adherencia al tratamiento de manera conjunta y adherencia al tratamiento farmacológico por sí solo, pero no con el no farmacológico.

PALABRAS CLAVES: Alfabetización en salud, enfermedad crónica, adherencia al tratamiento, hipertensión arterial y diabetes mellitus.

ABSTRACT

OBJECTIVE: *To demonstrate whether there is an association between the degree of health knowledge and adherence to treatment in patients of the "Adult program with chronic noncommunicable diseases" with a diagnosis of arterial hypertension and diabetes mellitus.*

MATERIAL AND METHODS: *cross-sectional observational analytical study, where 326 patients with a diagnosis of arterial hypertension and/or diabetes mellitus were taken. Questionnaires were applied to measure the level of health literacy and adherence treatment. The results were statistically compared with the Chi-square Test, to assess the association between the degree of health literacy and adherence to treatment in patients with arterial hypertension and diabetes mellitus.*

RESULTS: *The sample was represented by 59.8% by the female sex and 40.2% by the male sex. The minimum age was 21 years and the maximum age was 98 years, with a mean age and standard deviation of 67.8 ± 11.58 years of age. 69.3% have sufficient health knowledge. 25.2% of patients are adherents to treatment (pharmacological and non-pharmacological), while 74.8% do not have good adherence to treatment. 43.9% of patients have good adherence to pharmacological treatment, which is associated with age (Sig.=0.011) and socioeconomic level (Sig.=0.025). 49.7% had good adherence to non-pharmacological treatment and no association was found with any sociodemographic characteristic. Association between health literacy and treatment adherence demonstrated (Sig.=0.011).*

CONCLUSIONS: *There is a significant relationship between the level of health literacy and adherence to treatment.*

KEYWORDS: *Health literacy, chronic disease, adherence to treatment, arterial hypertension and diabetes mellitus.*

I. INTRODUCCIÓN

La alfabetización en salud (AS), es definida como “la capacidad para obtener, entender, evaluar y emplear la información médica para tomar las decisiones más adecuadas con respecto a nuestra salud, a fin de conservar o perfeccionar la calidad de vida”. En consecuencia, se dice que la alfabetización en salud es el predictor más importante para precisar el estado de salud en una persona (1-3).

El Consorcio Europeo desarrolló un cuestionario, “European Health Literacy Survey Questionnaire” (HLS-EU-Q), con la finalidad de poder calcular y observar la AS. Este cuestionario está conformado por 47 preguntas que miden la dificultad percibida de las tareas relevantes de la salud. El resultado daba un puntaje que iba desde 0 a 50, esto permitía la división de la alfabetización sanitaria en 4 niveles: “inadecuada (0-25 puntos)”, “problemática (26-33 puntos)”, “suficiente (34-42 puntos)” y “excelente (43-50 puntos)”. Este cuestionario fue empleado en el año 2011 en 8 países europeos (1). Esta medición resultó en que el 12.4% y 35.2% de los europeos tenían un grado de AS inadecuada y problemática, respectivamente, lo que significa que el 47.6% tenían una AS limitada. Por lo tanto, se dice que, en Europa, 1 de cada 2 personas tenían una alfabetización sanitaria limitada (4).

En España en el año 2017, *M.J. Fernández Silva et al.* Evaluaron a pacientes diabéticos de 50-75 años de edad, para determinar su nivel de AS. Encontraron que 81.5% de la población evaluada tenía un nivel de AS inconveniente, de los cuales el 29.1% y el 52.4%, tenía un nivel inadecuado y problemático, respectivamente. También, se pudo encontrar una asociación entre un mayor nivel de AS y un mayor nivel de educación. Se cree que una buena AS, llevaría a obtener mejores resultados en el tratamiento de las personas diabéticas (5).

En países latinoamericanos, como Brasil; en el año 2016, *Mónica Lopes et al.* Investigaron sobre la asociación de AS y la adherencia al tratamiento

para insuficiencia cardiaca, donde el 41.1% tenía una baja adherencia al tratamiento y de los cuales el 55.9% tenían una alfabetización inadecuada. El bajo nivel de AS se relacionó directamente con una menor adherencia y la presencia de barreras para la adherencia a la medicación, además de tasas más altas de reingreso y muerte (6).

En el Perú, de acuerdo a lo investigado sobre AS, se encontró:

Romina Belen, Rios Blanco et al. (2021), elaboraron: “Alfabetización sanitaria y otros factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus en un hospital nacional de tercer nivel.” Un estudio de casos y controles donde incluyó a pacientes con el diagnóstico de diabetes mellitus (DM) tipo 2, encontraron que la AS no estaba asociada a la no adherencia al tratamiento. Además, encontraron que la no adherencia al tratamiento se encontró asociado con un bajo nivel socioeconómico y tiempo de enfermedad de 1 a 10 años (7). *Macha, Samanamú, Rodriguez (2014)* elaboraron: “Alfabetización sanitaria y factores relacionados en pacientes que acuden a consulta externa de Medicina Interna en un Hospital Nacional en Lima, Perú” donde se evaluó a un total de 276 pacientes que acudieron por consulta externa, se aplicó el cuestionario “SAHLSA-50”, donde obtuvieron que el 34.4% de pacientes tenían un bajo grado de AS. El ser un adulto mayor, tener un bajo grado de educación, contar con SIS y no haber asistido a un centro de salud en el último año están asociados a un grado inadecuada de AS (8). *Deriaz et al. (2017)* realizaron: “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” donde evaluaron a 300 pacientes que asistían a consultorio externo de una clínica privada. Para la medición del nivel de AS usaron el “SAHLSA-50”, demostrando que el 8% de tenían un nivel bajo y se encontraba asociado a bajo grado de instrucción (9). *Hidalgo Cruz, Valero Delgado; (2018)* realizaron: “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”, donde investigaron el porcentaje de una AS inadecuada y sus factores asociados en los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna. Se evaluaron a 200 pacientes, donde se demostró que el 43% de pacientes tenían un bajo grado de AS y se encontraba asociado con ser adulto mayor, no tener trabajo y un bajo nivel de instrucción mediante la prueba SAHLSA-50 (10). *Rosas et al.* (2019) elaboraron: “El grado de alfabetización en salud y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en un hospital nacional de lima, Perú”, le aplicaron a 276 pacientes con hipertensión arterial (HTA) el cuestionario “SAHLSA-50”, para medir la AS y el “Test de Morisky-Green”, para medir la adherencia al tratamiento, con la finalidad de determinar si existía una asociación entre ambas variables, donde no se pudo encontrar una asociación entre estas variables (11). *Huamaní Condori* (2019) elaboró: “Nivel de Alfabetización Sanitaria en Pacientes Hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2019” un estudio transversal descriptivo, donde tomaron como muestra a 200 pacientes. Se les aplicó el test “SAHLSA-50”, donde se obtuvo que el 43% tenía una inadecuada AS. Además, se encontró asociación entre una AS inadecuada y ser un adulto mayor, tener un bajo nivel de educación y tener una enfermedad crónica y aguda (12).

Se han creado varios instrumentos para medir el grado de AS que han sido clasificados en 3 grupos: para distinguir y articular palabras médicas; para la comprensión y preguntas de control. El primero fue “Rápida Estimación de Alfabetización de Adultos en Medicina” (REALM), la cual se encarga de medir la pronunciación de palabras médicas. Otra es la “Prueba de Alfabetización Funcional de Salud en Adultos” (TOFHLA), que es de comprensión (13-15).

A partir del estudio elaborado por el Consorcio Europeo, en España, *Adreu Nolasco, et al.* (2016), elaboraron: “Alfabetización en salud: propiedades psicométricas del cuestionario HLS-EU-Q16”, donde se usó la versión corta, HLS-EU-Q16, de tan solo 16 ítem en 5 485 personas, con 15 años o más; donde concluyeron que era un instrumento válido para medir la AS (16). En

Ecuador, *Johann Franz Radax, Miriann Alexandra Mora Verdugo, et al.* (2016), elaboraron: “Estudio transversal: Alfabetización de salud en Once Parroquias Bajo la Lupa, Cuenca-Ecuador”; este fue un estudio observacional transversal, donde aplicaron el cuestionario HLS-EU-Q16 a 871 personas de 11 parroquias de Cuenca, donde encontraron que 3 parroquias tenían un mejor grado de AS. Llegaron a la conclusión que una buena AS reduciría la cantidad de consultas en los establecimientos de primer nivel de atención y permitiría ofrecer más tiempo a los pacientes (17).

“Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults” (SAHLSA-50), cuestionario que se elaboró medir la capacidad de leer y comprender palabras médicas, en personas adultas de habla hispana (18). En el Perú, *Padilla et al.* Elaboraron un trabajo de investigación con el objetivo de medir las propiedades psicométricas en el cuestionario SAHLSA-50, donde concluyeron que tenía un nivel moderadamente alto de confiabilidad, pero encontraron un grupo de ítem que deberían ser revisadas debido al efecto que podían tener sobre la confiabilidad de este cuestionario (19).

Con estos datos se podría concluir que un nivel bajo en AS afecta significativamente la salud. Esto se encontraría asociado con la menor participación en el control de la salud, tener hábitos de vida más arriesgados (tabaquismo), disminución en el tratamiento de las enfermedades crónicas en general (DM, HTA, VIH, asma, etc), tener una mala adherencia al tratamiento médico, etc (1).

Con el tiempo, la mayoría de personas tendrán por lo menos una o dos enfermedades crónicas no transmisibles y estas provocan 41 millones de decesos por año, lo cual corresponde al 71% de los decesos en todo el mundo y si a la vez estas personas tienen un grado de AS limitada, podrían tener más dificultades para manejar estas condiciones a largo plazo (1)(20-21).

En la actualidad; la población peruana menor de 15 años corresponde al 26.4% de toda la población nacional, según datos obtenidos en el CENSO del 2017, demostrando una disminución de 10.6% y 4.1%, según los CENSOS de 1993 y 2007 respectivamente. A su vez se observa el incremento a 65,2% de la población de 15 a 64 años, e incremento a 8.4% en la población mayor de 65 años de, según CENSO 2017 (22 p27).

Este incremento en población adulta puede ser una de las causas de una mayor incidencia en las enfermedades crónicas no transmisibles, que según los datos obtenidos en ENDES 2018, donde se hizo una medición de Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM), en personas que tenían 15 o más años de edad, se encontró un incremento de 1.2% y 0.3% de pacientes con HTA y DM, respectivamente, durante el primer semestre del año 2018 en comparación con datos obtenidos en el año 2017 (23).

Este incremento de la incidencia HTA y DM, se podría relacionar con un nivel bajo de AS que aún existe en la población nacional. Además, la AS puede estar vinculada con otros factores determinantes como ser adulto mayor, un bajo nivel de educación o contar con bajos ingresos (1).

Piura fue la cuarta región con mayor porcentaje de HTA según ENDES 2018; además, existen 80 000 piuranos con diagnóstico de DM, de los cuales solo el 20% se encuentran controlados (23-24). Estos datos fue la motivación para iniciar el presente proyecto de investigación, que fue elaborado con el objetivo de poder encontrar si existe asociación entre el nivel de AS en pacientes con diagnóstico de HTA y/o DM, y su adherencia al tratamiento a estas enfermedades. Demostrar una relación entre estas 2 variables, será beneficioso para que se puedan implementar estrategias futuras, para mejorar el grado de alfabetización sanitaria y así poder obtener una mejor adherencia al tratamiento; todo esto con el único propósito de poder mejorar la calidad de vida de los pacientes.

1.1. Enunciado del problema:

¿Existe asociación entre el nivel de alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas del Centro de atención primaria Metropolitano de Piura durante el 2020-2021?

1.2. Hipótesis:

Hipótesis nula:

- No existe asociación entre el nivel de alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas del Centro de atención primaria Metropolitano de Piura durante el 2020-2021.

Hipótesis Alternativa:

- Si existe asociación entre el nivel de alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas del Centro de atención primaria Metropolitano de Piura durante el 2020-2021.

1.3. Objetivos:

Objetivo general:

- Encontrar si existe asociación entre el nivel de alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas del Centro de atención primaria Metropolitano de Piura durante el 2020-2021.

Objetivos específicos:

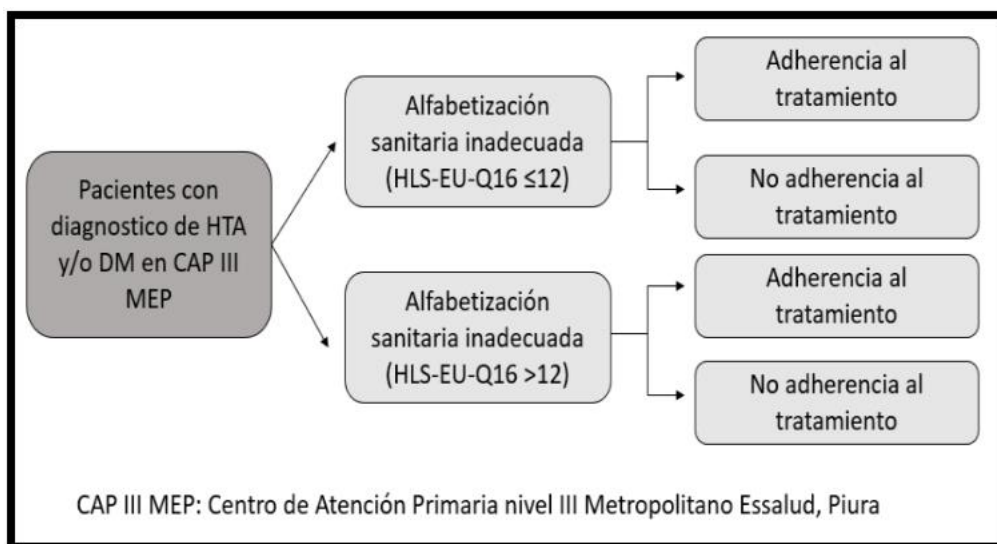
- Determinar cuál es el nivel de alfabetización en salud que existe entre los pacientes que acuden al “Programa del adulto con enfermedades crónicas no transmisibles” con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) y/o diabetes mellitus (DM).
- Determinar qué porcentaje de pacientes logran adherencia al tratamiento de manera conjunta (farmacológico y no farmacológico).
- Identificar qué porcentaje de pacientes logran adherencia al tratamiento farmacológico.

- Identificar qué porcentaje de pacientes logran adherencia al tratamiento no farmacológico.
- Especificar las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Demostrar si ser adulto mayor, tener bajo grado de instrucción o bajos ingresos, son factores para tener un nivel inadecuado de alfabetización en salud.
- Demostrar si ser adulto mayor, tener bajo grado de instrucción o bajos ingresos, son factores para no lograr una buena adherencia al tratamiento.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño de estudio: Transversal analítico observacional.

Esquema del diseño:



2.2. Población, muestra y muestreo:

2.2.1. Población:

2.2.1.1. P. Universo: Pacientes del "Programa del adulto con enfermedades crónicas no transmisibles" del CAP III Metropolitano Essalud de Piura, los cuales son 2134 pacientes.

2.2.1.2. P. de estudio: Pacientes del "Programa del adulto con enfermedades crónicas no transmisibles" del CAP III Metropolitano Essalud de Piura, que cumpla con los siguientes criterios:

a. Criterios de inclusión:

- Paciente del "Programa del adulto con enfermedades crónicas no transmisibles", de ambos sexos.
- Paciente del "Programa del adulto con enfermedades crónicas no transmisibles", con

diagnóstico de Hipertensión arterial y/o Diabetes mellitus.

- Paciente del “Programa del adulto con enfermedades crónicas no transmisibles”, mayores de 18 años de edad.
- Paciente del “Programa del adulto con enfermedades crónicas no transmisibles”, que deseen responder las encuestas de manera voluntaria.

b. Criterios de exclusión:

- Paciente del “Programa del adulto con enfermedades crónicas no transmisibles”, menor de 18 años de edad.
- Paciente del “Programa del adulto con enfermedades crónicas no transmisibles”, con algún diagnóstico de demencia establecido en su historia clínica.
- Paciente del “Programa del adulto con enfermedades crónicas no transmisibles”, con alteraciones auditivas y/o visuales, como sordera y ceguera.

2.2.2. Muestra:

2.2.2.1. Unidad de análisis:

Cuestionario aplicado de forma presencial a pacientes con diagnóstico de HTA y/o DM que pertenece al programa de enfermedades crónicas no transmisibles del CAP III Metropolitano Essalud de Piura.

2.2.2.2. Unidad de muestreo:

Paciente con diagnóstico de HTA y/o DM que pertenecen al programa de enfermedades crónicas no transmisibles del CAP III Metropolitano Essalud de Piura, durante el periodo de diciembre

del 2020 hasta marzo del 2021, que cumplieron con los criterios mencionados anteriormente.

2.2.2.3. Tipo de muestreo:

Se usará un muestreo no probabilístico, de tipo por conveniencia. El tamaño de muestra se calculó con el programa EPIDAT 4.2, usando un intervalo de confianza del 95%, donde se obtuvo un tamaño muestral de 326.

[1] Tamaños de muestra. Proporción:

Datos:

Tamaño de la población:	2.134
Proporción esperada:	50,000%
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0

Resultados:

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
5,000	326

2.3. Definición operacional de variables:

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	REGISTRO
ALFABETIZACIÓN EN SALUD (INDEPENDIENTE)	Capacidad de la persona para obtener, entender, evaluar y emplear la información médica; evaluada con el cuestionario HLS-EU-Q16.	Cualitativa	Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> Muy fácil Fácil Difícil Muy difícil
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO (DEPENDIENTE)	Actitud de la persona ante el tratamiento farmacológico.	Cualitativa	Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> Si No
	Actitud de la persona ante el tratamiento no farmacológico.	Cualitativa	Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> Si No
SEXO BIOLÓGICO	Sexo registrado en el programa de Adulto y adulto crónico.	Cualitativa	Nominal dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> Masculino Femenino

EDAD	Fecha actual restada de la fecha de nacimiento, registrada en el libro del programa de adulto y adulto crónico.	Cuantitativa	Razón	<ul style="list-style-type: none"> • Años en números.
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Mayor grado de estudio de la persona, recolectado por la encuesta sociodemográfica.	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria completa • Primaria incompleta • Secundaria completa • Secundaria incompleta • Superior completa • Superior incompleta
NIVEL SOCIO-ECONÓMICO	Suma de todos los ingresos mensuales de los integrantes de la familia de la persona.	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • NSE-A (Muy Alto): \geq S/ 7,780 • NSE-B (Alto): S/7,779 a S/3,976 • NSE-C (Medio): S/3,975 a S/2,513 • NSE-D (Bajo): S/2,512 a S/1,556 • NSE-E (Muy bajo): $<$ S/ 1,556

2.4. Procedimientos y Técnicas:

2.4.1. Procedimientos:

- 2.4.1.1.** Se solicitó autorización a las autoridades correspondientes del Centro de Atención Primaria Metropolitano. (ANEXO 01)
- 2.4.1.2.** Se obtuvo respuesta del comité de ética del establecimiento de salud, donde se aprobó la solicitud para el inicio del trabajo de investigación el 09 de noviembre del 2020. (ANEXO 02)
- 2.4.1.3.** Se realizó una prueba piloto de manera presencial a 33 pacientes para validación de 2 cuestionarios: Test para medir adherencia al tratamiento no farmacológico y Test HLS-EU-Q16.
- 2.4.1.4.** Una vez validados los test mencionados, se inició con las encuestas (“Cuestionario Sociodemográfico”, “Test para medir adherencia al tratamiento no farmacológico”, “Test Morisky -Green” y “Test HLS-EU-Q16”) de manera presencial, con previo consentimiento informado. Se

brindó el tiempo necesario para que los pacientes puedan responder las preguntas.

2.4.1.5. Los datos obtenidos mediante el cuestionario se ingresaron en Excel.

2.4.1.6. Se analizaron dichos datos a través del software estadístico 26.

2.4.1.7. Se realizó un análisis utilizando la prueba Chi-cuadrado de Pearson y prueba exacta de Fisher, para evaluar el grado de asociación de las variables estudiadas.

2.4.2. Técnica e instrumentos de recolección de datos validez y confiabilidad

Los pacientes fueron sometidos a diferentes encuestas de manera presencial en el centro de salud. Se inició con el consentimiento informado de cada uno de los pacientes. Se continuó con una encuesta sociodemográfica, que nos permitió conocer sexo, edad, grado de instrucción, diagnóstico de HTA y/o DM y nivel socioeconómico (“NSE-A, muy alto”; “NSE-B, alto”; “NSE-C, medio”; “NSE-D, bajo”; “NSE-E, muy bajo”) (25) (Anexo 03).

Luego se procedió aplicar las encuestas que evaluaban tanto la adherencia al tratamiento no farmacológico como al tratamiento farmacológico. Para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico, se usó el “Test Morisky-Green”, donde se consideró adherentes al tratamiento farmacológicos a aquellos pacientes que respondieron de la siguiente manera: No/Si/No/No. (Anexo 04).

Para el tratamiento no farmacológico se usó el “Test para medir la adherencia al tratamiento no farmacológico”, la cual pasó por validación de expertos a través del método de Herrera; obteniéndose como resultado un grado de concordancia significativa de “1”, lo que significa una validez perfecta. Además, se realizó una prueba piloto con 33 pacientes, donde se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.747, dejando fuera del cuestionario al ítem 5, por lo que finalmente el Test para medir adherencia al

tratamiento no farmacológico contó con 6 ítems, dándose como respuesta correcta lo siguiente: Si/Si/Si/Si/No/No, para considerarse adherentes. (Anexo 05).

Para medir el grado de alfabetización en salud se usó el cuestionario “HLS-EU-Q16”, el cual pasó por una validación por expertos obteniéndose una validez perfecta como el cuestionario previamente mencionado, además se realizó una prueba piloto, donde se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.753. Se consideró que el paciente tenía un nivel inadecuado si la puntuación fue de ≤ 12 puntos, mientras que se clasificó con un nivel suficiente a aquellos con >12 puntos. (Anexo 06).

A pesar de la coyuntura del COVID-19, se logró realizar las encuestas de manera presencial a aquellos pacientes que acudieron al centro de salud.

2.4.3. Técnica de análisis de datos:

Los datos obtenidos mediante los cuestionarios, se ingresaron en Excel, posteriormente se exportó la data al programa estadístico SPSS versión 26 para Windows. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado y prueba exacta de Fisher, para evaluar la asociación entre el grado de alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus, así como para evaluar la asociación entre las características sociodemográficas de los pacientes con el nivel de alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento.

2.5. Aspectos éticos:

La investigación médica en seres humanos se encuentra sujeta a normas éticas, como los principios establecidos en “La Declaración de Helsinki” (26), con la finalidad de poder proteger la privacidad de la muestra estudiada y sus derechos individuales.

Este trabajo de investigación trabajó directamente con pacientes, mediante el uso de encuestas con previo consentimiento informado, por

lo cual se ha respetado la privacidad de los datos recolectados en estas y han sido usadas exclusivamente para fines del presente estudio.

III. RESULTADOS

De acuerdo a los resultados de la “tabla 1” y “figura 1”, la cifra de adherentes al tratamiento que cuentan con una AS suficiente, 29.2%, es más alta que los que tienen una AS inadecuada, que suma 16%. Este resultado sugiere que, a mayor AS, mayor adherencia al tratamiento.

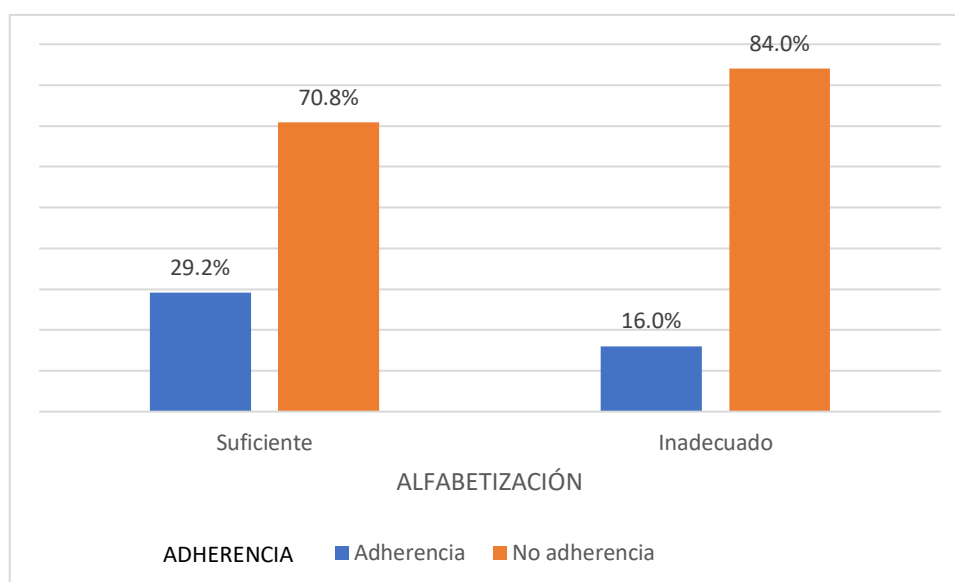
Tabla 1. “Adherencia al tratamiento en relación a la alfabetización en salud”

Alfabetización en salud	“Adherencia al tratamiento”					
	Adherencia		No adherencia		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Suficiente	66	29,2	160	70,8	226	100,0
Inadecuado	16	16,0	84	84,0	100	100,0
Total	82	25,2	244	74,8	326	100,0

Nota: Cuestionario aplicado a los adultos

Chi cuadrado=6.420, Sig.=0.011 (Significativa).

Figura 1. “Adherencia al tratamiento en relación a la alfabetización”



Contrastación de la hipótesis:

Ho: Hipótesis nula:

No existe asociación entre el nivel de alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas del “Centro de atención primaria Metropolitano de la Red Asistencial de Essalud de Piura”.

H1: Hipótesis Alternativa:

Si existe asociación entre el nivel de alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas del “Centro de atención primaria Metropolitano de la Red Asistencial de Essalud de Piura”.

La prueba estadística indica que significancia de la prueba, Sig.=0.011, es inferior a 0.05, resultado que conduce a rechazar la hipótesis nula y a aceptar la hipótesis de investigación de que existe asociación entre el nivel de AS y la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas del “Centro de atención primaria Metropolitano de la Red Asistencial de Essalud de Piura”. Este resultado confirma que, a mayor AS, mayor adherencia al tratamiento.

En la “tabla 2” se puede observar que no se encontró asociación significativa entre la AS y el tratamiento no farmacológico, según se deduce de la significancia de la prueba, Sig.=0.108, superior a 0.05.

Tabla 2. “Adherencia al tratamiento no farmacológico en relación a la alfabetización en salud”

Alfabetización en salud	“Adherencia al tratamiento no farmacológico”					
	Adherencia		No adherencia		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Suficiente	119	52,7	107	47,3	226	100,0
Inadecuado	43	43,0	57	57,0	100	100,0
Total	162	49,7	164	50,3	326	100,0

Nota: Cuestionario aplicado a los adultos

Chi cuadrado=2.585, Sig.=0.108 (No significativa).

Los resultados de la “tabla 3” dan cuenta que la AS se encuentra asociada en forma significativa con la adherencia al tratamiento farmacológico, según se deduce de la significancia de la prueba, Sig.=0.017, inferior a 0.05. En este caso, los más adherentes al tratamiento, son los pacientes que evidencian una AS suficiente; en este grupo el 48.2% evidencia adherencia, mientras que la cifra para los que tienen una AS inadecuada, es de 34%.

Tabla 3. “Adherencia al tratamiento farmacológico en relación a la alfabetización en salud”

Alfabetización en salud	“Adherencia al tratamiento no farmacológico”					
	Adherencia		No adherencia		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Suficiente	109	48,2	117	51,8	226	100,0
Inadecuado	34	34,0	66	66,0	100	100,0
Total	143	43,9	183	56,1	326	100,0

Nota: Cuestionario aplicado a los adultos

Chi cuadrado=5.701, Sig.=0.017 (Significativa).

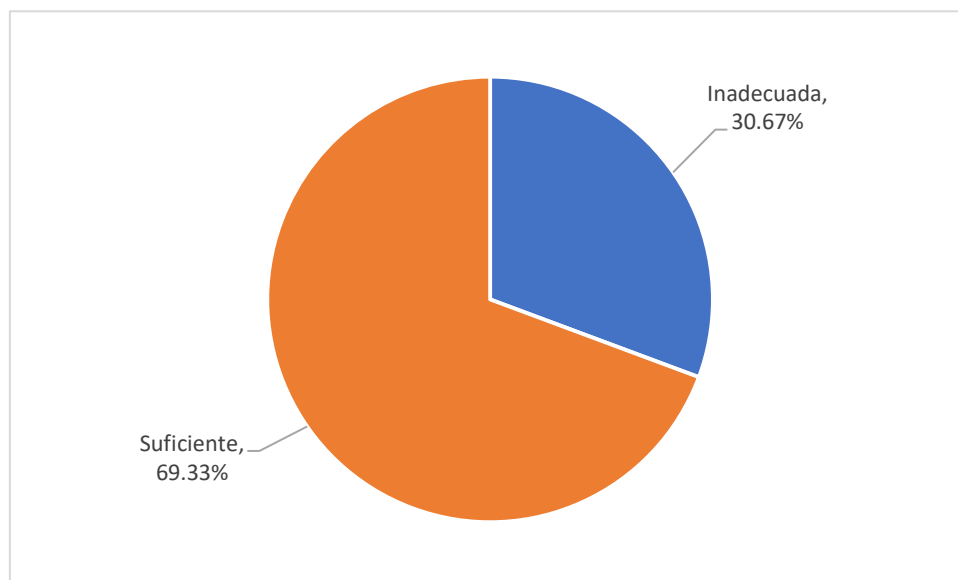
En “tabla 4”, la mayoría de pacientes del “Programa del adulto con enfermedades crónicas no transmisibles” con diagnóstico de HTA y/o DM, tienen una AS suficiente, según se deduce de las respuestas del 69.3%; el resto, 30.7%, evidencia una AS inadecuada.

Tabla 4. “Nivel de alfabetización en salud”

Alfabetización	Nº	%
Inadecuada	100	30,7
Suficiente	226	69,3
Total	326	100,0

“Nota: Cuestionario aplicado a los adultos”

Figura 2. "Nivel de alfabetización en salud"



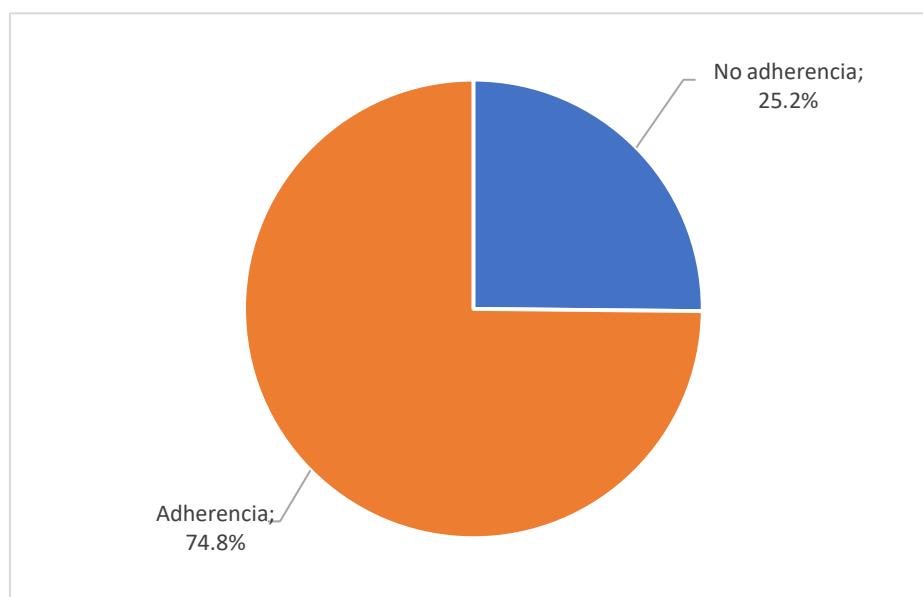
La "tabla 5" muestra que el 25.2% de los pacientes investigados son adherentes al tratamiento, mientras que la mayoría, 74.8%, presenta dificultades para seguir dicho tratamiento.

Tabla 5. "Adherencia al tratamiento"

Adherencia al tratamiento	Nº	%
Adherentes	82	25,2
No adherentes	244	74,8
Total	326	100,0

Nota: Cuestionario aplicado a los adultos

Figura 3. "Adherencia al tratamiento"



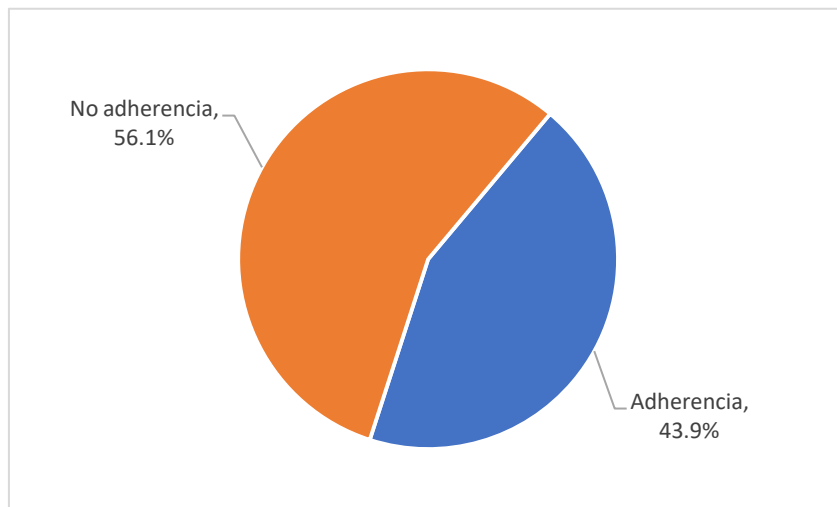
En la "Tabla 6" se observa que 43.9% de los pacientes del "Programa del adulto con enfermedades crónicas no transmisibles" con diagnóstico de HTA y/o DM, son adherentes al tratamiento farmacológico.

Tabla 6. "Adherencia al tratamiento farmacológico"

	Nº	%
Adherencia	143	43,9
No adherencia	183	56,1
Total	326	100,0

Nota: Cuestionario aplicado a los adultos

Figura 4. “Adherencia al tratamiento farmacológico”



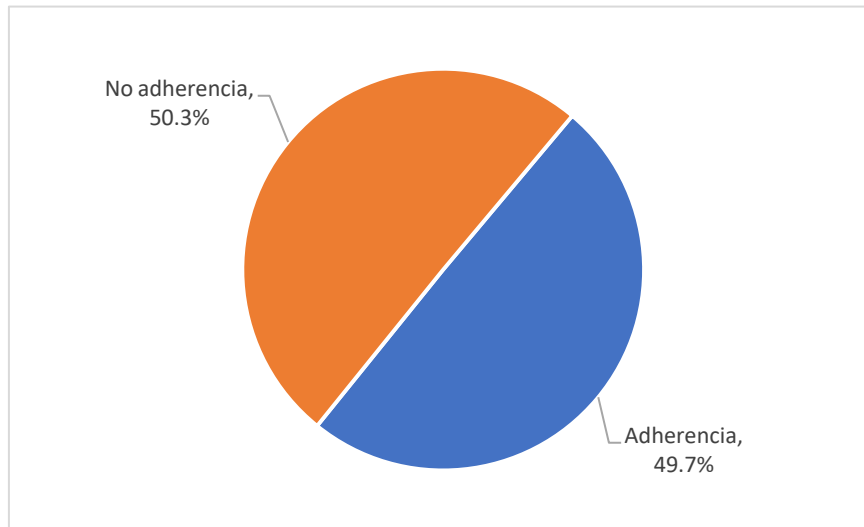
La “tabla 7” indican que el 49.7% de los pacientes investigados del “Programa del adulto con enfermedades crónicas no transmisibles” con diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus, son adherentes al tratamiento no farmacológico.

Tabla 7. “Adherencia al tratamiento no farmacológico”

	Nº	%
Adherencia	162	49,7
No adherencia	164	50,3
Total	326	100,0

Nota: Cuestionario aplicado a los adultos

Figura 5. “Adherencia al tratamiento no farmacológico”



En la “Tabla 8” se evidencia que la población estuvo representada en un 59.8% por el sexo femenino y el 40.2% por el sexo masculino. La edad mínima fue de 21 años y la edad máxima fue de 98 años, con una edad media y desviación estándar de 67.8 ± 11.58 años de edad. Con respecto al grado de instrucción, se obtuvo que el 5.2% tenía “primaria incompleta”, 5.5% “primaria completa”, 9.2% “secundaria incompleta”, 26.1% “secundaria completa”, 14.7% “superior incompleta” y 39.3% “superior completa”. En relación al nivel socioeconómico se encontró que el 0.3% se encuentra dentro del nivel A, el 4.9% en el nivel B, 12.3% en el nivel C, 24.5% en el nivel D y el 58% en el nivel E. Finalmente se obtuvo que el 51.84% tan solo tenía HTA, el 19.02% DM y 29.14% tanto HTA y DM.

Tabla 8. “Características sociodemográficas”

Características		Nº	%
Sexo	Femenino	195	59,8
	Masculino	131	40,2
	Total	326	100,0
Edad	De “21 a 30” años	1	0,31
	de “31 a 40” años	5	1,53
	de “41 a 50” años	19	5,83
	de “51 a 60” años	52	15,95
	de “61 a más” años	249	76,38
	Total	326	100,0
	Total	326	100,0
Grado de instrucción	Primaria completa	18	5,52
	Primaria incompleta	17	5,21
	Secundaria completa	85	26,07
	Secundaria incompleta	30	9,20
	Superior completa	128	39,26
	Superior incompleta	48	14,72
	Total	326	100,0
Nivel socioeconómico	A	1	0,31
	B	16	4,91
	C	40	12,27
	D	80	24,54
	E	189	57,98
	Total	326	100,0
Enfermedad	HTA	169	51,84
	DM	62	19,02
	HTA y DM	95	29,14
	Total	326	100,0

Los resultados de la “tabla 9” dejan en evidencia que las características sociodemográficas: sexo, edad, grado de instrucción y nivel socioeconómico, no guardan relación significativa con la AS, según se deduce de la significancia de las pruebas Chi cuadrado o Exacta de Fisher, que en todos los casos fue superior a 0.05. Estos resultados dejan en evidencia que el nivel de AS es similar en hombres o mujeres, así como en grupos de diferentes edades, con diferente grado de instrucción y nivel socioeconómico.

Tabla 9. “Asociación entre las características sociodemográficas y la alfabetización en salud”

Características		“Alfabetización en salud”					
		Suficiente		Inadecuada		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo (Chi cuadrado=1.392, Sig.=0.238)	Femenino	140	71,8	55	28,2	195	100,0
	Masculino	86	65,6	45	34,4	131	100,0
	Total	226	69,3	100	30,7	326	100,0
Edad (Prueba exacta de Fisher=1.153, Sig.=0.920)	De “21 a 30” años	1	100,0	0	0,0	1	100,0
	de “31 a 40” años	3	60,0	2	40,0	5	100,0
	de “41 a 50” años	14	73,7	5	26,3	19	100,0
	de “51 a 60” años	35	67,3	17	32,7	52	100,0
	de “61 a más” años	173	69,5	76	30,5	249	100,0
	Total	226	69,3	100	30,7	326	100,0
Grado de instrucción (Chi cuadrado=3.947, Sig.=0.624)	Primaria completa	14	77,8	4	22,2	18	100,0
	Primaria incompleta	9	52,9	8	47,1	17	100,0
	Secundaria completa	59	69,4	26	30,6	85	100,0
	Secundaria incompleta	19	63,3	11	36,7	30	100,0
	Superior completa	91	71,1	37	28,9	128	100,0
	Superior incompleta	34	70,8	14	29,2	48	100,0
Total	226	69,3	100	30,7	326	100,0	
Nivel socioeconómico (Prueba exacta de Fisher=2.432, Sig.=0.687)	A	1	100,0	0	0,0	1	100,0
	B	11	68,8	5	31,3	16	100,0
	C	25	62,5	15	37,5	40	100,0
	D	53	66,3	27	33,8	80	100,0
	E	136	72,0	53	28,0	189	100,0
	Total	226	69,3	100	30,7	326	100,0

“Nota: Cuestionario aplicado a los adultos”

La “tabla 10” indica que la adherencia al tratamiento no se asocia de manera significativa con el sexo del paciente ni con su grado de instrucción, según se deduce de la significancia de las pruebas, que en ambos casos es superior a 0.05. Por el contrario, dicha adherencia sí evidencia asociación significativa con la edad y con el nivel socioeconómico. Los resultados muestran que los pacientes que tienen de 41 a 50 años y los que tienen de 61 años a más, son los más adherentes al tratamiento, según se deduce de las respuestas del 36.8% y 28.1%. Además, aquellos pacientes que pertenecen al nivel

socioeconómico E, son los más adherentes; las cifras indican que el 31.7%, de pacientes de este grupo son adherentes, cifra mucho mayor que las correspondientes a pacientes de otros niveles socioeconómicos.

Tabla 10. “Asociación entre las características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento”

Características		“Adherencia al tratamiento”					
		Adherencia		No adherencia		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo (Chi cuadrado=1.058, Sig.=0.304)	Femenino	53	27,2	142	72,8	195	100,0
	Masculino	29	22,1	102	77,9	131	100,0
	Total	82	25,2	244	74,8	326	100,0
Edad (Prueba exacta de Fisher=11.690, Sig.=0.011*)	De “21 a 30” años	0	0,0	1	100,0	1	100,0
	de “31 a 40” años	0	0,0	5	100,0	5	100,0
	de “41 a 50” años	7	36,8	12	63,2	19	100,0
	de “51 a 60” años	5	9,6	47	90,4	52	100,0
	de “61 a más” años	70	28,1	179	71,9	249	100,0
	Total	82	25,2	244	74,8	326	100,0
Grado de instrucción (Chi cuadrado=2.862, Sig.=0.721)	Primaria completa	5	27,8	13	72,2	18	100,0
	Primaria incompleta	5	29,4	12	70,6	17	100,0
	Secundaria completa	26	30,6	59	69,4	85	100,0
	Secundaria incompleta	7	23,3	23	76,7	30	100,0
	Superior completa	30	23,4	98	76,6	128	100,0
	Superior incompleta	9	18,8	39	81,3	48	100,0
	Total	82	25,2	244	74,8	326	100,0
Nivel socioeconómico (Prueba exacta de Fisher=10.391, Sig.=0.025*)	A	0	0,0	1	100,0	1	100,0
	B	3	18,8	13	81,3	16	100,0
	C	6	15,0	34	85,0	40	100,0
	D	13	16,3	67	83,8	80	100,0
	E	60	31,7	129	68,3	189	100,0
		Total	82	25,2	244	74,8	326

Según la “tabla 11”, ni el sexo, ni el grado de instrucción se asocian de manera significativa con la adherencia al tratamiento farmacológico, según se deduce de la significancia de las pruebas, que en ambos casos resultó ser superior a 0.05. Por el contrario, la edad y el nivel socioeconómico si evidencian relación significativa con dicha adherencia, según lo indica la significancia de las pruebas, que en ambos casos es inferior a 0.05. En el caso de la edad, los más

adherentes al tratamiento farmacológico son los pacientes del grupo que tienen de 41 a 50 años y de los que tienen 61 años a más; en dichos grupos, las cifras de adherentes, 47.4% y 47.8%, son muy superiores a los pacientes de los otros grupos etáreos. En el caso del nivel socioeconómico, los más adherentes a este tipo de tratamiento son los que pertenecen al nivel socioeconómico D y E, según se evidencia en las respuestas del 47.5% y 47.6%.

Tabla 11. “Asociación entre las características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento farmacológico”

Características		“Adherencia al tratamiento farmacológico”					
		Adherencia		No adherencia		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo (Chi cuadrado=0.622, Sig.=0.430)	Femenino	89	45,6	106	54,4	195	100,0
	Masculino	54	41,2	77	58,8	131	100,0
	Total	143	43,9	183	56,1	326	100,0
Edad (Prueba exacta de Fisher=9.728, Sig.=0.025*)	De “21 a 30” años	0	0,0	1	100,0	1	100,0
	de “31 a 40” años	1	20,0	4	80,0	5	100,0
	de “41 a 50” años	9	47,4	10	52,6	19	100,0
	de “51 a 60” años	14	26,9	38	73,1	52	100,0
	de “61 a más” años	119	47,8	130	52,2	249	100,0
	Total	143	43,9	183	56,1	326	100,0
Grado de instrucción (Chi cuadrado=5.706, Sig.=0.336)	Primaria completa	7	38,9	11	61,1	18	100,0
	Primaria incompleta	6	35,3	11	64,7	17	100,0
	Secundaria completa	46	54,1	39	45,9	85	100,0
	Secundaria incompleta	14	46,7	16	53,3	30	100,0
	Superior completa	50	39,1	78	60,9	128	100,0
	Superior incompleta	20	41,7	28	58,3	48	100,0
Total	143	43,9	183	56,1	326	100,0	
Nivel socioeconómico (Prueba exacta de Fisher=8.854, Sig.=0.046*)	A	0	0,0	1	100,0	1	100,0
	B	4	25,0	12	75,0	16	100,0
	C	11	27,5	29	72,5	40	100,0
	D	38	47,5	42	52,5	80	100,0
	E	90	47,6	99	52,4	189	100,0
	Total	143	43,9	183	56,1	326	100,0

Nota: Cuestionario aplicado a los adultos

*: Prueba significativa

La “tabla 12” da cuenta que ninguna de las características sociodemográficas investigadas, sexo, edad, grado de instrucción y nivel socioeconómico, se asocian de manera significativa con el tratamiento no farmacológico, según se deduce de la significancia de las pruebas que en todos los casos resultaron ser superiores a 0.05. Estos resultados indican que la adherencia a dicho tratamiento es similar en hombres y mujeres, así como en pacientes de todas las edades, grado de instrucción y nivel socioeconómico.

Tabla 12. “Asociación entre las características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento no farmacológico”

Características		“Adherencia al tratamiento no farmacológico”					
		Adherencia		No adherencia		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo (Chi cuadrado=3.348, Sig.=0.067)	Femenino	105	53,8	90	46,2	195	100,0
	Masculino	57	43,5	74	56,5	131	100,0
	Total	162	49,7	164	50,3	326	100,0
Edad (Prueba exacta de Fisher=5.857, Sig.=0.180)	De “21 a 30” años	0	0,0	1	100,0	1	100,0
	de “31 a 40” años	1	20,0	4	80,0	5	100,0
	de “41 a 50” años	7	36,8	12	63,2	19	100,0
	de “51 a 60” años	22	42,3	30	57,7	52	100,0
	de “61 a más” años	132	53,0	117	47,0	249	100,0
	Total	162	49,7	164	50,3	326	100,0
Grado de instrucción (Chi cuadrado=6.474, Sig.=0.263)	Primaria completa	10	55,6	8	44,4	18	100,0
	Primaria incompleta	11	64,7	6	35,3	17	100,0
	Secundaria completa	46	54,1	39	45,9	85	100,0
	Secundaria incompleta	14	46,7	16	53,3	30	100,0
	Superior completa	64	50,0	64	50,0	128	100,0
	Superior incompleta	17	35,4	31	64,6	48	100,0
	Total	162	49,7	164	50,3	326	100,0
Nivel socioeconómico (Prueba Chi cuadrado=5.998, Sig.=0.199)	A	0	0,0	1	100,0	1	100,0
	B	7	43,8	9	56,3	16	100,0
	C	16	40,0	24	60,0	40	100,0
	D	35	43,8	45	56,3	80	100,0
	E	104	55,0	85	45,0	189	100,0
		Total	162	49,7	164	50,3	326

En la “tabla 13” se observan los resultados del “Test Morisky-Green”. El 64.1%, 87.4%, 84.4% y el 69.9% respondieron correctamente el ítem 1, 2, 3 y 4, respectivamente.

Tabla 13. Test Morisky-Green

Respuesta	“Ítem 1”		“Ítem 2”		“Ítem 3”		“Ítem 4”	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No	209	64,1%	41	12,6%	275	84,4%	228	69,9%
Si	117	35,9%	285	87,4%	51	15,4%	98	30,1%
Total	326	100,0%	326	100,0%	326	100,0%	326	100,0%

IV. DISCUSIÓN

En el presente trabajo de investigación, se encontró una asociación entre el nivel de AS y la adherencia al tratamiento (farmacológico y no farmacológico) (Sig.= 0.011), se encontró que la cifra de adherentes que cuentan con una AS suficiente, 29.2%, es más alta que los que tienen una AS inadecuada, que suma 16%. Este resultado sugiere que, a mayor AS, mayor adherencia al tratamiento.

Al evaluar la asociación entre la AS y la adherencia al tratamiento no farmacológico, no se pudo comprobar una asociación significativa entre estas (Sig.= 0.108).

Finalmente, se pudo demostrar una asociación entre la AS y la adherencia al tratamiento farmacológico (Sig.= 0.017). En este caso, los más adherentes al tratamiento, son los pacientes que evidencian una AS suficiente; en este grupo el 48.2% evidencia adherencia, mientras que la cifra para los que tienen una AS inadecuada, es de 34%. Estos resultados difieren del estudio de *Rosas et al.* y *Ríos Blanco et al.*, donde no hubo asociación entre ambas variables (7)(11). En otro estudio, aquellos pacientes que tenía una AS limitada, tenían más probabilidades de olvidarse de tomar sus medicamentos (32). En el estudio que se realizó en la ciudad de Temuco, también se demostró asociación entre dichas variables (30). Por lo tanto, se puede concluir que hay una mejor adherencia al tratamiento farmacológico en aquellos pacientes con un mayor nivel de AS.

Se pudo encontrar que el 30,7% de 326 encuestados tenían una inadecuada AS, mientras que el 69,3% tenía un nivel suficiente en AS; estos resultados guardan mucha similitud con las investigaciones de *Rosas et al.*, que evaluó a un total de 276 pacientes con diagnóstico de HTA de un hospital nacional de Lima, se obtuvo que el 36% de los pacientes que fueron atendidos tenían un nivel inadecuado de AS (11). En el trabajo realizado por *Macha, Samanamú, Rodríguez*; el 34,4% de pacientes encuestados en un hospital de Lima tenían un bajo grado de AS (8). En

otros 2 estudios realizados en pacientes de medicina interna de un hospital de Lima y de un hospital de Arequipa, el 43% de pacientes en los 2 estudios tenía un bajo grado de AS (10, 12). Por otro lado, estos resultados difieren de la investigación de *Deriaz et al.*; donde solo el 8% de 300 pacientes encuestados tenían un nivel bajo (9).

En Latinoamérica, se revisó 2 trabajos realizados en Argentina, se encontró que el nivel de AS era inadecuado en un 30,1% y en un 60,3% (27,28); mientras que en Brasil en el trabajo de *Apolinario et al* y *Mónica Lopes et al.*, arrojó que el nivel inadecuado en AS era de un 66% y 41,1% respectivamente (29,6). Finalmente, en un hospital de España, el 81,5% de los encuestados tenía un nivel inadecuado de AS (5).

Esto coloca a nuestra población en un nivel de AS similar a la mayoría de las poblaciones estudiadas en el Perú, pero con un nivel mayor a estas. Mientras que, con respecto a los trabajos internacionales evaluados, se observa que nuestra población tiene un nivel superior a la mayoría de la población extranjera evaluada.

Con respecto a la adherencia al tratamiento, a diferencia de los otros estudios realizados, en nuestro trabajo de investigación se tomó en cuenta tanto la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, por lo tanto, para poder tomar a un paciente como adherente a su tratamiento tuvo que haber logrado adherencia a ambos. De acuerdo a lo mencionado en este trabajo se encontró que tan solo el 25,2% de los pacientes lograron adherencia al tratamiento, mientras que el 74,8% no logró la adherencia al tratamiento. Al buscar si existe asociación entre la adherencia al tratamiento con las características sociodemográficas, se encontró que la adherencia al tratamiento no se asocia de manera significativa con el sexo (Sig.= 0.304) del paciente ni con su grado de instrucción (Sig.=0.721), según se deduce de la significancia de las pruebas, que en ambos casos es superior a 0.05. Por el contrario, dicha adherencia si evidencia asociación significativa con la edad (Sig.= 0.011) y con el nivel socioeconómico (Sig.= 0.025). Los resultados muestran que los pacientes que tienen de 41 a 50 años y los que

tienen de 61 años a más, son los más adherentes al tratamiento, según se deduce de las respuestas del 36.8% y 28.1%. Además, los pacientes que pertenecen al nivel socioeconómico E, son los más adherentes; las cifras indican que el 31.7%, de pacientes de este grupo son adherentes, cifra mucho mayor que las correspondientes a pacientes de otros niveles socioeconómicos.

Con respecto a la adherencia al tratamiento farmacológico, se obtuvo que tan solo el 43,9% de los pacientes tenían una buena adherencia, mientras que el 56,1% no tenían buena adherencia al tratamiento farmacológico. En el estudio de *Rosas et al.*, un 15% de pacientes con HTA tenían adherencia al tratamiento farmacológico (11), mientras que en un estudio realizado en Chile hubo adherencia en el 58,8% de pacientes con enfermedades crónicas (30). Además, en nuestro trabajo se encontró que ni el sexo (Sig.= 0.430), ni el grado de instrucción (Sig.= 0.336) se asocian de manera significativa con la adherencia al tratamiento farmacológico, según se deduce de la significancia de las pruebas, que en ambos casos resultó ser superior a 0.05. Por el contrario, la edad y el nivel socioeconómico sí evidencian relación significativa con dicha adherencia, según lo indica la significancia de las pruebas, que en ambos casos es inferior a 0.05. En el caso de la edad (Sig= 0.025), los más adherentes al tratamiento farmacológico son los pacientes del grupo que tienen de 41 a 50 años y de los que tienen 61 años a más; en dichos grupos, las cifras de adherentes, 47.4% y 47.8%, son muy superiores a los pacientes de los otros grupos etáreos. En el caso del nivel socioeconómico (Sig.= 0.046), los más adherentes a este tipo de tratamiento son los que pertenecen al nivel socioeconómico D y E, según se evidencia en las respuestas del 47.5% y 47.6%. Al evaluar dicha asociación, *Rosas et al.*, no pudo demostrar una relación entre el grado de adherencia al tratamiento y características sociodemográficas (11), mientras que *Romina Belen, Rios Blanco et al.*; demostraron asociación entre la no adherencia al tratamiento y ser de un nivel socioeconómico bajo, lo cual difiere con nuestro trabajo de investigación (7). La literatura ha descrito que la edad, el poseer algún tipo de seguro y tener un mayor grado de instrucción, se encuentran asociadas a una mayor adherencia al tratamiento

farmacológico (31), lo cual difiere de lo encontrado en nuestro trabajo, donde el grado de instrucción no se asocia con un mayor nivel de adherencia al tratamiento farmacológico. La bibliografía menciona que solo el 30% de abandono del tratamiento se debe de manera accidental, por olvido o falta de habilidades para seguir el tratamiento (33); este valor es similar al encontrado en nuestra población, según el cuestionario Morisky-Green, el ítem 1 (¿“Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?”) el 35.9% de pacientes encuestados respondió a este ítem con un “Si”. Además, se ha demostrado que otras razones como los efectos adversos del fármaco puede ser la causa del incumplimiento del tratamiento farmacológico (33). Dentro del “cuestionario Morisky- Green” utilizado en nuestro trabajo, el ítem 4 (“Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?”), se halló que hasta el 30.1% de los pacientes dejaban de tomar el medicamento por algún efecto adverso de este. Otra razón por la que no se logra una buena adherencia al tratamiento farmacológico es la relacionada con el personal sanitario, por falta de tiempo en la comunicación médico-paciente, junto con dificultades en la comunicación entre ambos (33). En el “Test HLS-EU-Q16”, el 9.2%, 8.3% y 4.3% de los pacientes se les hizo entre difícil y muy difícil de entender o realizar el ítem 3 (“¿Entiende lo que le dice el médico?”), ítem 4 (“¿Entiende las instrucciones del médico sobre cómo tomar las medicinas recetadas?”) e ítem 7 (“¿Sigue las instrucciones de su médico?”), respectivamente, por lo que se puede entender que la mayor parte de los pacientes tienen una buena relación con el personal sanitario, sin embargo, esta pequeña cantidad de pacientes que se le dificultan dichas actividades no tiene concordancia con el resultado que se obtuvo en el estudio sobre la adherencia al tratamiento farmacológico.

Al hablar de la adherencia no farmacológica, en nuestra población el 49,7% tenían buena adherencia al tratamiento no farmacológico, mientras que el 50,3% no tuvo buena adherencia al tratamiento. Además, al analizar si existe asociación entre las características sociodemográficas y el tratamiento no farmacológico, se encontró que ninguna de las características sociodemográficas investigadas se asocia de manera

significativa: sexo (Sig.=0.067), edad (Sig.=0.180), grado de instrucción (Sig.= 0.263) y nivel socioeconómico (Sig.=0.199).

Al evaluarse el nivel de AS en relación a las características sociodemográficas de los encuestados, se pudo encontrar que las variables: sexo, edad, grado de instrucción y nivel socioeconómico; no guardan relación significativa con la alfabetización en salud, según se deduce de la significancia de las pruebas Chi cuadrado o exacta de Fisher, donde en todos los casos se obtuvo los siguientes valores (Sig.= 0.238), (Sig.= 0.920), (Sig.= 0.624) y (Sig.= 0.687), respectivamente. Estos resultados dejan en evidencia que el nivel de AS es similar en hombres o mujeres de nuestra población, así como en grupos de diferentes edades, con diferente grado de instrucción y nivel socioeconómico.

En otros estudios si se pudo demostrar una asociación entre AS y características sociodemográficas, sobre todo con el nivel de escolaridad y el ser adulto mayor. Según la bibliografía revisada, se asoció la AS con características como ser “adulto mayor”, “menor grado de instrucción”, “tener cobertura SIS” y “menor número de veces que los pacientes acudieron a un establecimiento de salud en el último año” en lo investigado (8); en el estudio de *Deriaz et al.*, el bajo grado de instrucción se vio asociado con un bajo nivel en AS (9); *Hidalgo Cruz, Valero Delgado*, encontraron una asociación entre una inadecuada AS y ser adulto mayor, no tener trabajo y un bajo nivel de instrucción (10); *Rosas et al.*, obtuvo una relación entre la AS con ser jefe de familia, tener pareja (11); finalmente en el estudio de *Huamaní Condori*, se evidenció asociación entre una AS inadecuada con ser adulto mayor, tener un bajo nivel de educación y tener una enfermedad crónica y aguda (12).

V. CONCLUSIONES

- Un nivel suficiente en AS en los pacientes ha logrado una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de manera conjunta (Sig.= 0.011).
- Un nivel suficiente en AS en los pacientes ha logrado una mejor adherencia al tratamiento farmacológico (sig.=0.017), pero no ha logrado una mejor adherencia en el tratamiento no farmacológico (sig.=0.108), por separado.
- El nivel de AS en los pacientes del Centro de atención primaria Metropolitano es suficiente en el 69.3%, mientras que en el 30.7% es inadecuado.
- El 74.8%, 56.1%, 50.3% de los pacientes del Centro de atención primaria Metropolitano no han logrado una buena adherencia al tratamiento de manera conjunta (farmacológico y no farmacológico), adherencia al tratamiento farmacológico y adherencia al tratamiento no farmacológico, respectivamente.
- El sexo, edad, grado de instrucción y nivel socioeconómico; no guardan relación significativa con el nivel de AS; (Sig.= 0.238), (Sig.= 0.920), (Sig.= 0.624) y (Sig.= 0.687), respectivamente.
- La edad (Sig.=0.011) entre “41 a 50 años” y “61 años a más”, y un nivel socioeconómico muy bajo (Sig.=0.025), se encuentra asociado con una mejor adherencia al tratamiento de manera conjunta.
- Ni el sexo (Sig.= 0.430), ni el grado de instrucción (Sig.= 0.336) se asocian de manera significativa con la adherencia al tratamiento farmacológico. La edad (Sig= 0.025) entre “41 a 50 años” y “61 años a más”, y un nivel socioeconómico bajo y muy bajo (Sig.= 0.046) si evidencian relación significativa con dicha adherencia.
- El sexo, edad, grado de instrucción y nivel socioeconómico; no guardan relación significativa con la adherencia al tratamiento no farmacológico; (Sig.= 0.067), (Sig.= 0.180), (Sig.= 0.263) y (Sig.= 0.199), respectivamente.

VI. RECOMENDACIONES

- Diseñar estrategias con la finalidad de mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes, logrando así un mejor pronóstico de la enfermedad y calidad de vida del paciente.
- Realizar charlas educativas para concientizar a los pacientes que el tratamiento farmacológico va de la mano con una buena alimentación y buenos estilos de vida.
- Realizar programas de capacitación a los pacientes del establecimiento de salud, donde se les explique de manera sencilla temas relacionados a su enfermedad.
- Realizar estudios en diversos establecimientos de salud para evaluar la adherencia al tratamiento de sus pacientes y poder tomar medidas de manera temprana.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Health literacy The solid facts. Regional Office for Europe: Copenhagen; 2013.
2. Málaga G, Cuba-Fuentes MS, Rojas-Mezarina L. Estrategias para promover la alfabetización en salud desde la atención primaria: una perspectiva que considera las realidades de los países de ingresos medios y bajos. An. Fac. med. 2019 Jul-Sep; 80(3).
3. Montesi M. Alfabetización en salud: revisión narrativa e interdisciplinar de la literatura publicada en biomedicina y en biblioteconomía y documentación. Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud. 2017 Jul- Set; 28(3).
4. Sørensen K, Pelikan J, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). The European Journal of Public Health. 2015 Dec; 25(6): 1053-1058.
5. Fernández Silva MJ, Alonso González A, González Pérez E, Gestal Otero JJ, Díaz Grávalos GJ. Alfabetización en salud en pacientes con diabetes tipo 2: un estudio transversal con el cuestionario HLS-EU-Q47. SEMERGEN. 2019; 45(1): 30-36.
6. Lopes Oscalices I, Pinto Okuno M, Barbosa Teixeira Lopes C, Assayag Batista , Vancini Campanharo R. Alfabetización en salud y adherencia al tratamiento para pacientes con insuficiencia cardíaca. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2019 Jul; 53: e03447.
7. Rios Blanco RB, Zevallos Romero F, Parra Quijano O. Alfabetización sanitaria y otros factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus en un hospital nacional de tercer nivel. Tesis para obtener el grado de Bachiller en medicina humana. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima; 2021.
8. Macha Quillama LF, Samanamú Leandro AE, Rodríguez Hurtado DC. Alfabetización sanitaria y factores relacionados en pacientes que acuden a consulta externa de Medicina Interna en un Hospital Nacional en Lima, Perú. Revista de Salud Pública. 2017 Sep-Oct; 19(5): 679-685.
9. Deriaz Alvarez J, Fernández Castro 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. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima; 2017. Pendiente publicación.
10. Hidalgo Cruz I, Valero Delgado. 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. Tesis para obtener el grado de Bachiller en Medicina Humana. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima; 2018. Pendiente publicación.
11. Rosas Chavez G, Romero Visurraga CA, Ramirez Guardia E, Málaga G. "El grado de alfabetización en salud y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en un hospital nacional de

- Lima, Perú”. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2019 Apr-Jun; 36(2): 214-221.
12. Huamaní Condori XP. “Nivel de Alfabetización Sanitaria en Pacientes Hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2019”. Tesis Para optar el Título Profesional de Médica Cirujana. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2019. Pendiente publicación.
 13. Dr. Ricardo Andrés CV. “Alfabetismo en salud: bases conceptuales y evidencia en odontología”. MEDISAN. 2015; 19(4): 562-570.
 14. Carrera Pacheco B. “Construcción y validación de un instrumento para medir el nivel de alfabetización en salud de las madres menores de 5 años sobre la enfermedad diarreica aguda en la UMF 7”. Tesis para obtener el grado de especialista en Medicina Familiar. Aguascalientes: Universidad autónoma de Aguascalientes; 2017.
 15. Juvinyà Canal D, Bertran Noguera C, Suñer Soler R. “Alfabetización para la salud, más que información.” Gaceta Sanitaria. 2018 Ene-Feb; 32(1).
 16. Nolasco Andreu, Barona Carmen, Tamayo-Fonseca Nayara, Irlés María Ángeles, Más Rosas, Tuells José, Pereyra Zamora Pamela. “Alfabetización en salud: propiedades psicométricas del cuestionario HLS-EU-Q16”. Gaceta Sanitaria. 2018 Nov; 32(6).
 17. Radax JF, Mora Verdugo MA, Salgado Castillo CM. “Estudio Transversal: Alfabetización de Salud en Once Parroquias Bajo la Lupa, Cuenca - Ecuador, 2016”. Revista Médica HJCA. 2018 Nov; 10(3): 220-227.
 18. Monsalves MJ, Mañalich , Fuentes. Validación del test Short Assessment of Health Literacy for Spanish speaking Adults en Chile, para medir alfabetización en salud. Rev Med Chile. 2016 Marzo.
 19. Padilla Santoyo , Vélchez Román. “Propiedades psicométricas del cuestionario SAHLSA-50, prueba estandarizada para medir el conocimiento sobre la salud”. “Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería”. 2008; 4(2): 90-95.
 20. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2018 [cited 2018 Jun. 01. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
 21. OMS. “Organización Mundial de la Salud”. [Online].; 2017 [cited 2017 Set. 18. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/18-09-2017-who-launches-new-ncds-progress-monitor>.
 22. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. Perú Resultado Definitivos de los Censos Nacionales 2017 Lima; 2018. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1544/
 23. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Enfermedades No Transmisibles y transmisibles, 2018 Lima; 2019. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1657/libro.pdf

24. Dirección Regional de Salud Piura. DIRESA PIURA. [Online]. [cited 2018 nov. 22. Disponible en: <https://diresapiura.gob.pe/diresa-piura/9315-2/>.
25. Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados. Niveles Socioeconómicos 2018. Lima; 2018. Disponible en: <http://apeim.com.pe/informes-nse-anteriores/>
26. Asociación Médica Mundial. [Online].; 2017. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
27. Konfino J; Mejía 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.
28. Ariza Bolivar A, Lanteri ME, Cícero CY, Pérez A, Puchulu FM, Mejía R. Healthliteracyand diabetes control in patients attending a university outpatient clinic in Argentina. Medicina (B Aires). 2017;77 (3):167-172. 2017
29. Apolinario, Daniel, Braga, Rafaela de Castro Oliveira Pereira, Magaldi, Regina Miksian, Busse, Alexandre Leopold, Campora, Flavia, Brucki, Sonia, & Lee, Shoou-YihDaniel. (2012). Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults. RevistadeSaúde Pública, 46(4), 702-711. Epub July 10, 2012. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000047>
30. Carla Soledad Figueroa Saavedra, Tamara Otzen Hernandez, Viviana Figueroa Delgado, Jeremy Candia. Alfabetización en salud y adherencia farmacológica en adultos mayores con enfermedades crónicas, de la ciudad de Temuco. Rev Med Chile. 2020 Mayo; 148(653-656). <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v148n5/0717-6163-rmc-148-05-0653.pdf>
31. Reyes-Flores , Trejo-Alvarez , Arguijo-Abrego , Jiménez-Gómez , Castillo-Castro , Hernández-Silva A, et al. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. Rev Med Hondur. 2016; 84(3 y 4).
32. Mayo Gamble T, Mouton C. Examining the Association Between Health Literacy and Medication Adherence Among Older Adults. Health Commun. 2018 Sep; 33(9). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28636404/>
33. Ortega Cerda JJ, Sánchez Herrera , Rodríguez Miranda ÓA, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta Médica Grupo Ángeles. 2018 Julio-Septiembre; 16(3).

VIII. ANEXOS

Anexo 01. Solicitud para permiso.

“Año de la universalización de la salud”

Piura, agosto 2020

SOLICITO: “Permiso para realizar trabajo de Investigación en pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles”.

Dr. JUAN CARLOS CHUNGA P.

Director CAP III Metropolitano

Red Asistencial Essalud-Piura

LUIS FERNANDO CIEZA ARÁMBULO, identificado con DNI 71466837 y estudiante de la “Escuela de Medicina Humana” de la “Universidad Privada Antenor Orrego” Filial Piura, ante Ud. Expongo:

Que debiendo presentar el “Proyecto de Investigación” para optar el “Título de Médico Cirujano” y habiendo seleccionado como tema la “Alfabetización en salud y adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas. Centro de Atención Primaria Metropolitano-Piura, 2020”.

Solicito a Ud. el permiso correspondiente para aplicar dicho estudio en los pacientes que acuden al “Programa de Adultos con Enfermedades Crónicas no Transmisibles” del CAP III Metropolitano que Ud. dirige.

Siendo el compromiso por parte del investigador, entregar los resultados a su despacho para una mejora continua.

Esperando ser atendido, ya que su aceptación me permitirá cumplir con los objetivos trazados en mi formación profesional, quedo de Ud.

Atentamente,

LUIS FERNANDO CIEZA A.

DNI 71466837

Anexo 02.

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Universalización de la salud"

MEMORANDO N° 252-UCID-RAPI-ESSALUD-2020

PARA: DR. JUAN CARLOS CHUNGA RODRÍGUEZ
Director del CAP. III Metropolitano
Red Asistencial Piura

DE: DR. CARLOS EDUARDO CRUZ MICHILOT
Jefe de la Unidad de Capacitación, Investigación y Docencia

ASUNTO: Facilidades en recolección de datos a pacientes.

REFERENCIA: Nota N° 028-CI-RAPI-ESSALUD-2020.

FECHA: Piura, 13 de noviembre de 2020.

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y a la vez hago de su conocimiento que el Proyecto de Estudio titulado "Alfabetización en Salud y adherencia al Tratamiento de Enfermedades Crónicas Centro de Atención Primaria Metropolitano – Piura 2020", teniendo como autor al alumno **LUIS FERNANDO CIEZA ARAMBULO**, ha pasado el proceso de revisión del Comité de Investigación de la Red, estando apto para su ejecución, bajo responsabilidad según normas Institucionales Vigentes.

Sin otro particular, me despido de usted cordialmente y es propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Cordialmente,


CARLOS E. CRUZ MICHILOT
JEFE DE UNIDAD DE CAPACITACION
INVESTIGACION Y DOCENCIA
RED ASISTENCIAL PIURA

CECM/ywh
c.c.: Archivo

NIT.: 7343 2020 520

Anexo 03. “Cuestionario Sociodemográfico”:

1. Sexo:
 “Masculino” “Femenino”
2. Edad:
..... Años.
3. Grado de instrucción:
 “Primaria incompleta”
 “Primaria completa”
 “Secundaria incompleta”
 “Secundaria completa”
 “Superior incompleta”
 “Superior incompleta”
4. Enfermedad crónica no transmisible:
 “Hipertensión arterial”
 “Diabetes mellitus”
 “Hipertensión arterial y Diabetes mellitus”
5. Promedio general de ingreso familiar mensual:
 “Desde S/ 7,780 a más (NSE-A)”
 “Desde S/. 7,779 a S/3,976 (NSE-B)”
 “Desde S/3,975 a S/2,513 (NSE-C)”
 “Desde S/2,512 a S/1,556 (NSE-D)”
 “Menos de S/1,556 (NSE-E)”

Anexo 04. "Test Morisky-Green".

"¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?"	"SI"	"NO"
"¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?"	"SI"	"NO"
"Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?"	"SI"	"NO"
"Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?"	"SI"	"NO"

Anexo 05. “Test para medir Adherencia al tratamiento no farmacológico.”

1. “¿Usted sigue las indicaciones del personal de salud sobre su alimentación?”
 - a) Si
 - b) No

2. “¿Usted evita el consumo de grasa en su alimentación (frituras, mantequilla, carnes rojas, queso grasoso, etc)?”
 - a) Si
 - b) No

3. “¿Usted evita el consumo de harinas y azúcares en su alimentación (pan, torta, galletas, chocolate, etc)?”
 - a) Si
 - b) No

4. “¿Usted consume alimentos bajos en sal?”
 - a) Si
 - b) No

5. “¿Usted consume bebidas alcohólicas?”
 - a) Si
 - b) No

6. “¿Usted fuma?”
 - a) Si
 - b) No

Anexo 06. Cuestionario “HLS-EU-Q16”

Pregunta	“Muy fácil”	“Fácil”	“Difícil”	“Muy difícil”
“En una escala de <i>muy fácil</i> a <i>muy difícil</i> , indique cuál es el grado de dificultad que encontraría para realizar las siguientes actividades”:				
1. “Encuentra información sobre tratamientos relacionados a las enfermedades que son de su interés.”				
2. “Sabe dónde conseguir ayuda profesional cuando se encuentra enfermo (p. ej., médico, farmacéutico o psicólogo).”				
3. “Entiende lo que le dice el médico.”				
4. “Entiende las instrucciones del médico o farmacéutico sobre cómo tomar las medicinas recetadas.”				
5. “Sabe valorar cuándo puede necesitar una segunda opinión de otro médico.”				
6. “Utiliza la información proporcionada por el médico para tomar decisiones sobre su enfermedad.”				
7. “Sigue las instrucciones de su médico o farmacéutico.”				
8. “Encuentra información sobre la manera de abordar problemas de salud mental, como el estrés o la depresión.”				
9. “Comprende las advertencias de salud relacionadas con hábitos como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso.”				
10. “Comprende por qué necesita hacerse pruebas de detección precoz de enfermedades o chequeos médicos (p.				

ej., mamografía, prueba de azúcar en sangre y presión arterial).”				
11. “Valora la confiabilidad de la información sobre riesgos para la salud que aparece en los medios de comunicación (p. ej., televisión, Internet u otros medios de información).”				
12. “Decide cómo protegerse de las enfermedades gracias a la información que proporcionan los medios de comunicación (p. ej., periódicos, folletos, Internet u otros medios de información).”				
13. “Encuentra actividades que sean buenas para su bienestar mental (p. ej., meditación, ejercicio, paseos, pilates, etc.).”				
14. “Comprende los consejos sobre salud que dan la familia y los amigos.”				
15. “Comprende la información proporcionada por los medios de comunicación sobre cómo mejorar su salud (p. ej., Internet, periódicos, revistas).”				
16. “Sabe cuáles de sus hábitos diarios afectan a su salud (p. ej., costumbres relacionadas con el consumo de alcohol, hábitos alimenticios, ejercicio, etc.).”				