

VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2016.

Salud y calidad de vida. Alfabetización en salud. factores demográficos y situacionales asociados con los conocimientos y habilidades sobre salud en una muestra de mujeres del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) “San Martín”, La Plata.

Michele, Jesica Paola.

Cita:

Michele, Jesica Paola (2016). *Salud y calidad de vida. Alfabetización en salud. factores demográficos y situacionales asociados con los conocimientos y habilidades sobre salud en una muestra de mujeres del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) “San Martín”, La Plata. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-044/276>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eATh/khB>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

SALUD Y CALIDAD DE VIDA. ALFABETIZACIÓN EN SALUD. FACTORES DEMOGRÁFICOS Y SITUACIONALES ASOCIADOS CON LOS CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES SOBRE SALUD EN UNA MUESTRA DE MUJERES DEL HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS (HIGA) “SAN MARTIN”, LA PLATA

Michele, Jesica Paola

Universidad Nacional de La Plata - Ministerio de Salud de la Nación - Becas “Ramon Carrillo - Arturo Onativia”. Argentina

RESUMEN

Introducción: La relevancia de esta investigación radica en el entrelazamiento de los dos ejes que conforman la concepción primordial de este trabajo: Alfabetización y Salud. Ambos son parte sustantiva de la agenda de políticas públicas, en tanto indicadores de desarrollo de la sociedad. Objetivo: Aportar conocimientos sobre Alfabetización en Salud (AS) en usuarias del sistema de salud pública, destinados a proporcionar insumos para el diseño de estrategias de intervención adecuadas. Métodos: Se ha examinado con la prueba SAHLSA-50 a 80 mujeres púerperas del servicio, obteniendo datos que se triangularon con entrevistas a informantes claves y observaciones situacionales. Resultados: El 31,25% de las mujeres entrevistadas poseen una AS inadecuada. Se observa relación entre las variables alfabetización y nivel educativo alcanzado por las pacientes $X^2=9,3484$ (0,025), 3. Se registran las principales fuentes de información en temas de salud, así como las más comprensibles. Conclusiones: Una AS inadecuada puede ser un obstáculo en el cuidado de la salud del paciente y al interior de su familia. Involucra al sistema de salud en tanto se generan dificultades en el círculo de comunicación médico-paciente, y al sistema educativo que debiera ser el lugar apropiado para trabajar sobre la prevención y promoción de la salud.

Palabras clave

Alfabetización en Salud, Educación, Mujeres

ABSTRACT

HEALTH AND LIFE'S QUALITY. HEALTH LITERACY. DEMOGRAPHIC AND SITUATIONAL FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH'S KNOWLEDGE AND SKILLS IN A WOMEN SAMPLE TO THE GENERAL HOSPITAL (HIGA) “SAN MARTIN” LA PLATA

Introduction: The importance of this research is in the intertwining of the two parts of this work: Literacy and Health. Both are substantive part of the public policy, as indicators of social development, with effects in citizen's life quality. Objective: this work's objective has been to give knowledge on Health Literacy in users of the public health system, to provide tools to design intervention strategies appropriate. Methods: It has been examined, with SAHLSA -50 test, a sample of 80 puerperal women, service users Maternity. Such data were triangulated with key informant interviews and situatio-

nal observations. Results: 31.25% of the women interviewed have inadequate AS. There is relationship between health literacy and education level variables $X^2=9,3484$ (0,025), 3. It's knew about the most important way to learn information as well as the most comprehensive, are the doctor. Conclusions: Inadequate Health Literacy can be an obstacle in the patient and his family's health care. It involves the health system because there are difficulties in the circle of doctor-patient communication, and the education system because it should be the appropriate place to work on health's prevention and promotion in children and adolescents.

Key words

Health Literacy, Education Women

Consideraciones teóricas

El concepto de alfabetización, en sentido amplio, es indicador del desarrollo alcanzado por una sociedad y permite dar cuenta de las “habilidades lingüísticas y cognitivas necesarias para el ingreso al mundo de los conocimientos que la humanidad ha producido a lo largo de su historia”[1]. Por lo tanto, es también un indicador importante la **Alfabetización** en el campo específico de la **Salud**, ya que permite reconocer la habilidad de las personas para obtener, procesar y comprender la información relacionadas con el cuidado de la salud y, en consecuencia, tomar decisiones adecuadas. De esta manera los ejes de **ALFABETIZACIÓN – SALUD**, se encuentran estrechamente vinculados y direccionan los aportes de esta investigación.

El concepto de AS proviene del inglés *health literacy*, enunciado por primera vez por Simonds (1974) en un llamamiento a que la educación para la salud en la escuela permitiera a los estudiantes adquirir conocimientos sobre la salud, al igual que lo hacían en las materias tradicionales como matemáticas o historia[2]. Involucrar a la educación a la hora de hablar de AS implica dar cuenta de la importancia del sistema educativo para desarrollar habilidades, compromisos y motivaciones en los estudiantes, para trabajar sobre el cuidado de su salud.

Numerosos autores han tratado de conceptualizar el término complejo de AS, incluyendo progresivamente tanto las capacidades para adquirir conocimientos sobre la salud, como al conjunto de

habilidades complejas e interconectadas, necesarias para la práctica de dichos conocimientos.

Si bien se trata de una conceptualización que se ha ido construyendo, desarrollando y re-significando desde esa primera aparición, desde las diferentes definiciones existentes, se puede reconocer que en todos los casos se involucra a la AS con las competencias para **acceder, entender, apreciar y aplicar** la información en salud, con el propósito de hacer juicios y tomar decisiones concernientes a la atención de la salud, prevenir enfermedades, promover la salud, mejorar o mantener la calidad de vida.

Delimitarlo a una muestra femenina se ha considerado pertinente ya que una AS inadecuada puede producir un impacto en la transmisión de conocimientos relacionados a la salud, en el interior de la familia y en relación al cuidado de los hijos. El cuidado de la salud en el ámbito doméstico ha sido explorado principalmente por la antropología médica. Menéndez habla del modelo de autoatención, que tiene por centro a la mujer, y que constituiría el primer nivel real de atención de la salud.

Es importante pensar que, si bien, trabajando sobre la AS se busca favorecer el empoderamiento de los sujetos, otorgándole un papel activo para aumentar su autocontrol, mejorar los resultados terapéuticos y liberar espacio asistencial, esto no debería quedar supeditado exclusivamente a las capacidades de las personas, sino que requiere reflexionar sobre las garantías que los diferentes sistemas ofrecen a los sujetos para arribar a una adecuada AS, es decir, tanto el sistema educativo como el sanitario, desde sus diferentes agentes y espacios, son los que deben ofrecer las oportunidades necesarias para que la población desarrolle tales habilidades, a través de decisiones políticas que así lo consideren.

Se cree que la escuela caracterizada por la masividad de niños y jóvenes que la componen, junto a la Ley Federal de Educación N° 24.195 y la Ley de Educación Nacional N° 26.206, que produjeron extensiones de la obligatoriedad desde la sala de cinco años del nivel inicial y hasta la finalización del nivel secundario, es el espacio apropiado para trabajar sobre la prevención y promoción de la salud. Educar para la salud, implica trabajar para desarrollar habilidades, compromisos y motivaciones de los alumnos para enfrentar futuros problemas vinculados con sus condiciones de vida. El espacio escolar, se transforma así en una herramienta fundamental para potenciar el trabajo sobre AS.

Por lo tanto, se cree en la necesidad de un trabajo complejo de co – construcción y articulación, donde el empoderamiento de las personas, así como la posibilidad de transmitirlo a su familia y/o comunidad, sea el resultado de tal proceso y no el punto de partida.

Materiales y métodos

Se trata de un estudio no experimental de diseño descriptivo correlacional transeccional. La población seleccionada está comprendida por el universo de mujeres en el rango de 16 - 50 años, que asistan al Servicio de Maternidad del HIGA "Gral. José de San Martín", en sala de puerperio, durante el año 2015. El **tipo de muestreo** es no probabilístico por conveniencia, por la accesibilidad y disponibilidad a la información. El tamaño de la muestra ha sido de 80 mujeres púerperas.

Para medir la AS se utilizó como **instrumento** la versión en español de la prueba SAHLSA-50. Se trata de un instrumento destinado a medir el conocimiento en salud a partir del reconocimiento de palabras y de la asociación conceptual de términos vinculados con ellas. Este instrumento presenta sólidas propiedades psicométricas: el análisis factorial confirmatorio constató la unidimensionalidad de los ítems con un sólo componente con Eigenvalue > 1; en

cuanto a la validez convergente; logró una correlación significativa con la prueba TOFHLA en español ($r = 0,65$). Asimismo, alcanzó una alta confiabilidad interna (α de Cronbach = 0,92) y una confiabilidad test-retest ($r = 0,86$)[3].

A través de una encuesta se midieron: **variables demográficas**: edad, lugar de nacimiento, estado civil, nivel de escolaridad y ocupación. Y **variables contextuales**: grupo conviviente, cantidad de hijos, fuentes de información y principales temas conocidos de salud. Se realizaron también cuatro preguntas abiertas.

En relación a las entrevistas a informantes claves se definieron las siguientes dimensiones: Dificultad que encuentran los profesionales para transmitir información, estrategias que desarrollan los trabajadores de la salud para comunicar información, percepción sobre los conocimientos en salud que poseen los pacientes, identificar en el equipo de salud ¿cuáles creen ellos que son las principales fuentes de información de los pacientes?, percepción de la importancia de la AS.

En cuanto a las observaciones situacionales se registró si hay disponibilidad de información visual (carteleros, folletos) sobre temas de salud en la sala de espera, así como en la recepción de la sala de internación. Si el mensaje emitido es claro, si es convocante y accesible a las pacientes. También se observó en los vínculos entre los diferentes agentes de salud y las pacientes, la forma de transmisión de información verbal.

Para el **análisis de los datos** se utilizó medidas de resumen de la Estadística Descriptiva: Porcentajes, medidas de Tendencia Central, de Dispersión y Coeficiente r de Pearson. Se utilizó la prueba χ^2 como prueba de independencia.

Resultados

Las 80 mujeres que participaron del trabajo obtuvieron en el cuestionario SAHLSA- 50 un puntaje promedio 39,8 pto +/- 6,20 puntos. El 31,25% de la población encuestada tiene una AS inadecuada. La edad promedio de las pacientes es de 25,84 +/- 6,05 años, siendo en su totalidad residentes de la ciudad de La Plata. Su lugar de nacimiento varía entre: Gran La Plata (61,25%), Conurbano (7,50%), interior de la Prov. de Bs. As. (3,75%), otras provincias (12,5%), otros países (15%). El 23,75% trabaja, destacando que el tipo de trabajo que realizan es como empleada doméstica (31,50%), limpieza municipal (21%), en algunos casos cuentan con negocios propios de pequeña envergadura (26,50%), otros (21%). El 60% de las pacientes se encuentran casadas o unidas de hecho.

Respecto al nivel de escolaridad, se observa en la muestra que el 28,75 % cuenta con primaria incompleta y completa (menos de 8 años de educación), el 46,25% alcanza el secundario incompleto (entre 8 y 12 años de educación formal), mientras que el 25% restante (con más de 12 años de educación), cuenta con secundario completo (17,50%), terciario incompleto (3,75%), terciario completo (2,50%) y universitario incompleto (1,25%). En las mujeres con AS inadecuada, el 44% tiene el secundario incompleto, mientras que asciende al 48% las pacientes con menos de 8 años de educación formal. Solo el 8% ha cumplimentado más de 12 años de estudio.

Se observa relación entre la variable AS y Nivel educativo alcanzado $\chi^2=9,3484$ (0,025), 3. Se observa una relación lineal entre la AS con respecto al Nivel Educativo alcanzado ($r^2= 0,9827$). Hay interacción entre la AS en el Nivel Educativo Primario Completo y Secundario Incompleto, por lo tanto, en esta zona no se podrían realizar predicciones solo teniendo en cuenta el nivel educativo. Se observa que el 30% de las pacientes con nivel educativo Primario Incompleto tiene una AS adecuada.

En articulación con los datos presentados, se destacan los aportes

de una obra de referencia en español[4], según la cual si bien el nivel de alfabetización general, es importante y necesario, es sabido que el nivel de la educación por sí solo no sería suficiente para determinar adecuadamente las habilidades de AS de una persona. Estos datos se asemejan a los encontrados en otras investigaciones que midieron variables similares. Una de ellas ha sido desarrollada con una muestra de mujeres de la ciudad de Lima, Perú. Los instrumentos que se utilizaron en este caso, han sido el mismo cuestionario, que se evaluó junto a algunas variables demográficas como edad, ocupación y nivel de escolaridad. Se aplicó a 49 mujeres entre 22 y 50 años, del servicio ginecológico del Hospital Dos de Mayo, con una edad promedio de 27,7 años. Con relación a la ocupación el 86% son amas de casa. El 43% de las encuestadas obtuvo AS inadecuada. En relación al nivel de educación alcanzado, el 80% ha presentado algún tipo de estudio secundario, aunque en el 43% de los casos se trata de estudios sin concluir[5].

Otra investigación, realizada a nivel nacional, sobre AS en pacientes que asisten al Hospital de Clínicas "José de San Martín", Bs. As., ha arrojado resultados similares. Sobre una muestra de 229 pacientes atendidos en consultorios externos de clínica médica y salas de internación durante 2007, el 30,01% presentó una AS inadecuada. Se encontró fuerte asociación entre nivel educativo y AS. Los pacientes con educación primaria tenían una probabilidad significativamente mayor de presentar inadecuada AS, comparados con instrucción universitaria. De 92 pacientes, con 7 años o menos de educación, 52 tenían inadecuada AS (56,5%), comparados con 15 de los 86 (17,4%) que tenían entre 8 y 12 años de educación y 2 de los 51 (3,9%) que presentaban más de 12 años de educación. A través de un análisis multivariado se observó que sólo el nivel educativo se asoció en forma significativa con una inadecuada AS[6]. Cuando se indaga sobre las fuentes de información en temas de salud, específicamente en aquellos casos en que se presenta AS inadecuada, se ubica la referencia del médico en primer lugar (40%), los medios de comunicación, televisión (24%), la consulta a familiares (20%) y el resto (16%) lo conforma la escuela, libros, Internet. No se observan diferencias en las pacientes con AS adecuada ya que el orden de las fuentes de información es similar.

Del análisis de las entrevistas se observa que los agentes de salud también perciben que la principal fuente de información debería ser el médico, reconociendo también la importancia que tienen los diferentes niveles de atención en el acceso y comprensión de la información: "...debería haber algo que es la atención primaria de la salud, todas deberían estar informadas en el primer nivel de atención antes de quedar embarazadas, no puede ser que la mamá se entere de un montón de cosas cuando está embarazada, esa debería ser la primera fuente... (médico)". Se destaca la dificultad de la implementación de estrategias de prevención y promoción de la salud (Salud Sexual y Reproductiva), debiendo trabajar en el servicio con el problema ya instalado: "...debería haber un enfermero en cada escuela para que los chicos consulten sobre el primer contacto sexual, como cuidarse, como prevenir enfermedades, el enfermero está capacitado para eso, un enfermero bien preparado en cada escuela prevendría embarazos no deseados, sífilis, sida, hay chicas re jovencitas que abandonan el tratamiento, su bebé ya nace con sida porque abandonan los tratamientos, algunas pacientes desconocen la gravedad de su enfermedad, y en eso es lo que está fallando la atención primaria. Esto ya es el nivel 3, rehabilitación y tratamiento de las enfermedades, pero falló todo lo anterior" (enfermera). En este caso, la enfermera reconoce también a la escuela como fuente de información en temas de salud, no sucede igual con las pacientes, solo el 11,25% del total encuestado, ha referido a la institución

educativa como principal fuente de información.

Si bien las pacientes reconocen que la fuente de información más comprensible sigue siendo el médico, cuando se las indaga acerca de si el médico transmite con claridad o no la información, el 40%, responde que **sólo algunas veces**, justificando su respuesta de la siguiente manera: "*Porque algunos son mal hablados, tienen esa maña de no responderte o mandarte para otro lado*", "*Porque a veces te atienden muy rápido y no te explican bien*", "*Porque te hablan difícil y siempre tenés que consultar por otro lado*".

Según los aportes de O'Reilly (2012) [7] las consecuencias de una deficiente comunicación suelen ser una pobre comprensión de los mensajes emitidos, con alta tasa de incumplimiento terapéutico y falta de adherencia al plan acordado con el profesional. A su vez, se pueden producir errores en la forma en que el consultante cumple un tratamiento e incluso ser causa de actuaciones legales. De esta manera se le otorga a la comunicación médico – paciente un lugar preponderante vinculado a la conceptualización de AS, no reducida a las capacidades individuales sino pensando a las pacientes en situación, en un contexto portador de determinadas herramientas materiales y simbólicas, que la potencien en el logro de mayor actividad para mejorar su salud y la de su familia.

Los agentes de salud también dan cuenta de estas dificultades en el circuito de comunicación: "*Si, a veces, ¡escuchas como se dan los partes médicos y decís no le entendí nada! Porque yo no le entendí... a veces no hay una sintonización de decir a ver con quien estoy hablando, de qué manera me tengo que dirigir*" (trabajador administrativo del servicio).

Sin embargo, a la hora de pensar en estas dificultades en la transmisión de información, no se ve el médico como parte involucrada del problema, en última instancia, el proceso de comunicación no deja de estar limitado por las capacidades/posibilidades del paciente: "*Intento bajar el lenguaje a como entiendan ellas, a veces se hace bastante imposible...*", "*muchas veces las mamás no se interesan por aprender lo necesario y por ahí llegan con un montón de falencias en cuanto a información. Es más, hay un montón de cosas que se le ofrecen a las mamás gratis y que las mamás muchas veces no saben porque no buscan informarse, por ahí no van al control... hay una brecha importante entre lo que la salud ofrece realmente y lo que las mamás acceden realmente a ese ofrecimiento. Hay mucha oferta y por ahí no hay tanta demanda...*"

No obstante, no sucede igual con el resto de los agentes de salud, tanto las enfermeras como el personal administrativo, se reconocen como parte de la dificultad de transmitir información intentando poner en juego otras estrategias para favorecer el proceso. Si se siguen los aportes de Gregori Bateson (1982) [8], dos elementos constituyen el logro de la comunicación, el contenido y la relación. El componente contenido es la información del mensaje, el de relación el cómo entendemos/debe entenderse ese mensaje. Se observa en el personal de enfermería una relación más simétrica entre emisor y receptor, aunque se ve que la dificultad se presenta ante la incorporación de determinados estereotipos de pacientes: "*las palabras difíciles no van con el paciente. Depende del paciente vos ya lo conoces, cuando entras y lo ves ya te das cuenta, en su manera de saludarte, de vestirse, de arreglar su cama... o sea el paciente se comunica de diferentes maneras, vos lo vas viendo, con la mirada ya vas sabiendo quien es, de esa manera vas buscando caminos para poder comunicarte*" (enfermera).

Es sabido que la presencia de cortocircuitos en la comunicación genera efectos adversos no solo en el estado de salud de las pacientes, sino también en la concepción que elaboran respecto al sistema de salud mismo: "*Hay una demanda, que a veces se traduce en*

violencia, en una demanda hostil, pero es una demanda, uno tiene esas mínimas herramientas para reconocer eso, y si la respondes, desarticulas la hostilidad y todo se encausa, no hay magia... Es una cuestión de lo que significa el hospital para esa gente, se sienten como aturdidos a veces... Lo que pasa también es que nadie explica nada o se lo explican muy rápidamente o se lo explican en un nivel que el normal de la gente, que puedo ser yo también, no está en condiciones de entender” (trabajador administrativo del servicio)

El registro de material informativo en los diferentes espacios del servicio y la sala, da cuenta de otras estrategias implementadas en la circulación de información sobre la salud y su cuidado. En las observaciones realizadas se encontró información pertinente sobre cursos de psicoprofilaxis, preparación para el parto, dictados por el equipo de psicología del hospital, en un espacio físico ubicado al final de las habitaciones que componen la sala 13 de puerperio, de manera de generar familiaridad con el lugar. También se cuenta con información sobre la “Asesoría de salud sexual integral”, del mismo hospital, donde se establecen temáticas de trabajo y modo de contacto. Hay información sobre el diagnóstico temprano de problemas de audición en los bebés, que sugiere la consulta con pediatra y se informa el lugar donde dirigirse para llevarla a cabo. La información brindada es clara y convocante.

En las diferentes entrevistas realizadas a los agentes de salud se ha percibido la AS como de suma importancia, considerando que es fundamental trabajar en la temática, así como capacitarse en lo comunicacional y capacitar a las pacientes en temas de salud, pese a ello en ningún caso encontramos profesionales que hayan realizado algún tipo de capacitación en comunicación en salud. Solamente uno de los 12 entrevistados relata las estrategias de capacitación que actualmente implementa el hospital a los equipos de salud: “... internamente hay un movimiento bastante importante desde nación, donde incluso viene gente a trabajar al hospital para hacer una reconcientización y sensibilización, en esto que estamos hablando, que está pasando, que significa el parto en una familia, que no es solamente la mujer la que pare, sino que es toda la familia la que está pasando por este momento, y como empezar a incorporarnos a esto siempre desde la particularidad de este hospital que tiene alto riesgo” (trabajador administrativo del servicio)

Discusión

Los resultados a los cuales se ha arribado en la presente investigación, han permitido reconocer el porcentaje de mujeres consultantes en el servicio de maternidad (sala de puerperio) con una AS adecuada/inadecuada (68,75/31,25%). Estos hallazgos son consistentes con estudios nacionales, como el realizado en el hospital de Clínicas José de San Martín, en Bs. As., donde la AS inadecuada es de 30,01%. No se halla correlación estadísticamente significativa en el resto de las variables estudiadas.

Si bien hay asociación entre AS y nivel educativo, se observa interacción entre AS y nivel educativo Primario Completo y Secundario Incompleto (según gráfico 1), por lo tanto, no se podrían realizar predicciones en esa zona, solo teniendo en cuenta el nivel educativo. Otro dato presente es que un 30% de las pacientes con Primario Incompleto tienen una AS adecuada. Esto amerita futuras investigaciones para reconocer otras variables intervinientes que se relacionen con AS.

Teniendo en cuenta estos resultados, podemos compararlos con otro estudio, donde se plantea que el nivel de educación por sí solo no sería suficiente, es decir, no se puede considerar un predictor confiable. Según pronuncian Falcón y Basagoiti (2012)[9], una persona que se desenvuelve de manera adecuada en el hogar o en

el trabajo, puede tener una alfabetización marginal o inadecuada en un entorno de atención de salud. El bajo nivel de alfabetización de los pacientes es un problema muy común, y puede afectar a cualquier sujeto, de manera que no debería ser evaluado de forma automática, considerando únicamente el nivel educativo de éstos.

Otro aspecto relevante de la investigación son las dificultades en la comunicación médico – paciente, donde el mismo médico no logra visualizarse como parte del problema, sino que sigue remitiéndolo a las capacidades/posibilidades del paciente. Frente a ello sería de fundamental importancia realizar capacitaciones a los equipos de salud, que les permitan contar con herramientas para mejorar la comunicación en salud, contribuyendo así a favorecer una AS adecuada.

Reconociendo que las pacientes han identificado en segundo lugar a la televisión como fuente de información, resulta pertinente rescatar a los medios de comunicación dentro de las políticas públicas, como referentes en la transmisión de información vinculada a la salud.

De igual manera, al presentarse como fuente de información en tercer lugar la familia, se considera oportuno incluir dentro de programas o planes de salud, el abordaje de la familia como unidad de intervención.

Es llamativo que las pacientes no hayan visualizado a la escuela como una fuente de información prioritaria, por lo tanto, trabajar para sensibilizar a la comunidad educativa sobre esta temática, sería fundamental para favorecer el desarrollo de una AS adecuada.

Por lo anteriormente expuesto se considera que mejorar la AS de las personas requiere de un abordaje en su complejidad, atendiendo a la interacción de los sistemas tanto de salud como educativo, reconociendo los modos comunicacionales y de divulgación; solicitando colaboración y mutuo asesoramiento entre los actores, que son los componentes fundamentales para aumentar la eficacia de las medidas que se adopten, así como para incrementar los niveles de AS de la comunidad.

Cabe destacar que, por el diseño empleado, los resultados hallados no se pueden extrapolar a la población general.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Borzone, A. M.; Rosemberg, C. R.; Diuk, B.; Silvestri, A. y Plana, D. Niños y maestros por el camino de la alfabetización. Buenos Aires: Red de Apoyo Escolar (2004).
- 2 Konfino J., Mejía R., Majdalani M., Perez E. Alfabetización en salud en pacientes que asisten a un hospital universitario medicina. Buenos Aires (2009).
- 3 Shoou-Yih D L., Bender, D., Ruiz, R. y Ik Cho Y.. Development of an Easy-to-Use Spanish Health Literacy Test (2000).
- 4 Bonal-Ruiz R., Marzán-Delis M., Castillo-Frómata M., Rubán-Alfaro M. Alfabetización en salud en medicina general integral. Perspectivas en Santiago de Cuba. Medisan (2013).
- 5 Vilchez-Roman, C., Quiliano- Terreros, R., Canales- Negron, R., y Chiroque- Solano, R.. Factores demográficos asociados con el conocimiento sobre salud en una muestra de mujeres de la ciudad de Lima (Peru) en 2008: resultados del cuestionario SAHLSA- 50. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol. 60 No 3 (2008).
- 6 Konfino J., Mejía R., Majdalani M., Perez E. Alfabetización en salud en pacientes que asisten a un hospital universitario medicina. Buenos Aires. Programa de Medicina Interna General, Departamento de Medicina, Hospital de Clínicas José de San Martín (2009).
- 7 O'Reilly, Kevin B. The ABC of Health Literacy. American Medical News (2012).
- 8 Bateson, G. La nueva comunicación. Ed. Kairos (1982).
- 9 Basagoiti, I. Alfabetización en salud. De la información a la acción. España, ITACA (2012).