



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

TRABAJO FIN DE MASTER

**CORRELACIÓN ENTRE EL
NIVEL DE ALFABETIZACIÓN EN
SALUD Y UN ESTILO DE VIDA
SALUDABLE: ESTUDIO
TRANSVERSAL DE UNA
POBLACIÓN DE MADRID**

Alumno: David García García
Tutor: Francisco Javier Pérez Rivas

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN	1
1.1.- ALFABETIZACIÓN EN SALUD.....	1
1.1.1.- ALFABETIZACIÓN EN ESALUD	3
1.1.2.- DETERMINANTES DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y ESALUD.....	3
1.2.- ESTILO DE VIDA SALUDABLE	4
1.2.1.- DETERMINANTES DEL ESTILO DE VIDA SALUDABLE.....	5
2.- JUSTIFICACIÓN	6
3.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	6
3.1.- HIPÓTESIS.....	6
3.2.- OBJETIVO PRINCIPAL	7
3.3.- OBJETIVOS SECUNDARIOS	7
4.- METODOLOGÍA	7
4.1.- DISEÑO	7
4.2.- ÁMBITO DE ESTUDIO	7
4.3.- POBLACIÓN DE ESTUDIO	7
4.3.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	7
4.3.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	8
4.4.- TAMAÑO MUESTRAL	8
4.5.- MUESTREO	8
4.6.- VARIABLES DEL ESTUDIO	9
4.7.- CUESTIONARIOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO	10
4.7.1.- “PONTE A 100”.....	10
4.7.2.- “HLQ”	10
4.7.3.- “eHLQ”	11
4.8.- SISTEMÁTICA DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN.....	11
4.9.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO	12
4.10.- ANÁLISIS DE SESGOS.....	14
4.11.- CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	15
5.- RESULTADOS	16
5.1.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	16
5.2.- ALFABETIZACIÓN EN SALUD DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	17
5.2.1.- ALFABETIZACIÓN EN SALUD SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN.....	17
5.3.- ALFABETIZACIÓN EN ESALUD DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	19

5.3.1.- ALFABETIZACIÓN EN ESALUD SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN	19
5.4.- ESTILO DE VIDA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	21
5.4.1.- ESTILO DE VIDA SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN	21
5.5.- CORRELACIÓN ENTRE HLQ Y EHLQ	23
5.6.- CORRELACIÓN ENTRE ALFABETIZACION EN SALUD Y ESTILOS DE VIDA	23
5.7.- CORRELACIÓN ENTRE ALFABETIZACION EN ESALUD Y ESTILOS DE VIDA.....	24
5.8.- FACTORES PREDICTIVOS DEL NIVEL DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD: ANÁLISIS MULTIVARIANTE CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.....	25
5.9.- FACTORES PREDICTIVOS DEL NIVEL DE ALFABETIZACIÓN EN ESALUD: ANÁLISIS MULTIVARIANTE	25
5.10.- FACTORES PREDICTIVOS DE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE: ANÁLISIS MULTIVARIANTE	26
5.11.- PERFILES “TIPO” DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO: ANÁLISIS POR CONGLOMERADOS	27
6.- DISCUSIÓN	29
6.1.- ALFABETIZACIÓN EN SALUD.....	29
6.2.- ALFABETIZACIÓN EN ESALUD	31
6.3.- ESTILO DE VIDA SALUDABLE	32
6.4.- LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO	37
6.5.- NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	38
7.- CONCLUSIONES	38
8.- BIBLIOGRAFÍA	40
9.- ANEXOS	46
9.1.- STROBE CHECKLIST	46
9.2.- CUESTIONARIO “PONTE A 100”	48
9.3.- CUESTIONARIO HLQ	49
9.4.- CUESTIONARIO HLQ, DESCRIPTORES Y CONSTRUCTOS DE ESCALA	50
9.5.- CUESTIONARIO EHLQ	52
9.6.- CONSENTIMIENTO INFORMADO	53
9.7.- HOJA INFORMATIVA.....	54

HIGHLIGHTS

- La alfabetización en salud y eSalud están estrechamente relacionadas, siendo influenciada por los factores sociodemográficos de forma muy parecida.
- La alfabetización en salud se asoció levemente a un estilo de vida saludable, especialmente en población más joven.
- La alfabetización en eSalud únicamente se relacionó con el estilo de vida en la población de avanzada edad, de forma leve.
- El estilo de vida saludable fue explicado por el gestionar la propia salud de forma activa, ser mujer, estar casado, ser una persona jubilada o no inmigrante.

RESUMEN

Introducción: adecuados niveles de alfabetización en salud y eSalud permiten empoderar a la población en su autocuidado, reduciendo las desigualdades en salud. Un estilo de vida saludable aumenta la esperanza y calidad de vida. **Objetivo:** analizar la relación entre el nivel de alfabetización en salud y eSalud y el estilo de vida. **Material y métodos:** estudio transversal realizado en un Centro de Salud de Madrid a pacientes mayores de edad que acudieran a las consultas de enfermería. Se reclutaron 166 pacientes mediante muestreo probabilístico sistemático. Las variables principales alfabetización en salud y eSalud y estilo de vida saludable se midieron con los cuestionarios “Health Literacy Questionnaire (HLQ)”, “eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ)” y “Ponte a 100” respectivamente. **Resultados:** las personas con un mejor estado de salud percibido presentaron mejores niveles de alfabetización en salud, mientras que las más jóvenes y con mayor nivel de estudios presentaban una mejor alfabetización en salud digital. Las personas de edad más avanzada, las mujeres, los que que no son inmigrantes, que están casados, que presenten estudios superiores y los que gestionan su salud de forma activa tienen un estilo de vida más saludable. Se encontró una leve correlación entre alfabetización en salud y estilo de vida saludable ($r=0.223$), sin asociación con la alfabetización en salud digital ($p>0.05$). **Conclusiones:** la población presentó niveles inadecuados de alfabetización en salud y eSalud, con gran variabilidad en el estilo de vida saludable, el cual se vio levemente influenciado por los niveles de alfabetización en salud.

Palabras clave: “Estilo de Vida Saludable”, “Alfabetización en Salud”, “Telemedicina”, “Atención Primaria de Salud”, “Salud Pública”.

HIGHLIGHTS

- Health and eHealth literacy are closely correlated, as they are affected by the sociodemographic factors in a similar manner.
- Health literacy was mildly associated to a healthy lifestyle, especially in younger population.
- eHealth literacy was only related to a healthier lifestyle in elderly population, with a mild strength.
- A healthy lifestyle was explained by being actively managing your own health, in addition to being a woman, a married, retired or non-immigrant person.

ABSTRACT

Introduction: adequate levels of health and eHealth literacy encourage the population's self-care abilities, reducing health inequalities. A healthy lifestyle increases both the quality of life and life expectancy. **Objective:** to analyze the association between health and eHealth literacy levels and a healthy lifestyle. **Method:** a cross-sectional study conducted in a Medical Practice of Madrid about adult patients requiring primary care nursing services. 166 participants were recruited following a systematic random sampling. The variables of interest were health literacy, eHealth literacy and a healthy lifestyle, which were measured with the Health Literacy Questionnaire (HLQ), eHealth Literacy Questionnaire and "Ponte a 100" questionnaire respectively. **Results:** people with a better perceived health status presented higher levels of health literacy, whereas younger and more educated people had an increased eHealth literacy. Elderly people, in addition to women, non-immigrants, married and more educated people and those who were actively managing their health had a healthier lifestyle. A mild correlation was found between health literacy and a healthy lifestyle ($r=0.223$), existing no association with eHealth literacy ($p>0.05$). **Conclusions:** the study population presented inadequate levels of health and eHealth literacy, with great variability in regards to the healthy lifestyle status, which was mildly affected by the health literacy levels.

Keywords: "Healthy Lifestyle", "Health Literacy", "Telemedicine", "Primary Health Care", "Public Health".

1.- INTRODUCCIÓN

1.1.- ALFABETIZACIÓN EN SALUD

La promoción de la salud puede definirse como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud”.¹ Es de carácter multifactorial, multiorgánico y multidisciplinario. Y tiene como finalidad la de crear un entorno saludable a través del cual los factores ambientales, organizacionales y personales interactúen entre sí para afectar positivamente a la salud y al bienestar. Por lo tanto, además de modificar las habilidades y conocimientos de una persona, se busca modificar las circunstancias personales, sociales, ambientales, económicas y políticas en la que las personas viven, lo cuál es denominado como “determinantes de la salud”.¹

La educación para la salud es una actividad perteneciente al campo de la promoción de la salud, y se define como “el conjunto de intervenciones y actividades encaminadas a mejorar la alfabetización en salud”.² Por tanto, la alfabetización en salud se desarrolla dentro del campo de la promoción de la salud y más concretamente en el de la educación para la salud, considerándose el resultado de la misma. La alfabetización en salud es un término de salud pública relativamente nuevo, utilizado por primera vez en 1974 por Scott K. Simonds durante una conferencia sobre educación y salud². Término que siguió desarrollándose a través de la Carta de Ottawa de Promoción de la Salud, la primera conferencia internacional sobre promoción de la salud, cuyo objetivo fue el de “Salud para Todos”. Actualmente, la definición de alfabetización en salud que goza de mayor aceptación es la del Consorcio Europeo sobre Alfabetización para la Salud: “la alfabetización para la salud está vinculada a la alfabetización y conlleva el conocimiento, la motivación y las aptitudes para acceder, comprender y aplicar la información en temas de salud con el fin de hacer valoraciones y tomar decisiones en lo concerniente a temas cotidianos de salud, prevención de enfermedades y fomento de la salud, con la intención de mantener o mejorar la calidad de vida en el transcurso de ésta”.² Es importante mencionar que la alfabetización en salud no se limita al propio individuo, si no que también es responsabilidad del gobierno y el sistema sanitario. Se considera que son tres los principales actores que juegan un papel importante en su influencia: las personas y comunidades, los profesionales de la salud y los entornos.^{2,3}

Existe una categorización del nivel de alfabetización en salud en función de las habilidades individuales adquiridas, lo que puede ayudar a comprender y predecir la diferencia de habilidades en este campo y de que manera esto repercutirá en la toma de decisiones y acciones personales en salud. Podemos encontrar tres niveles:⁴

- Alfabetización en salud funcional: describe habilidades básicas de obtención de información pertinente y su aplicación en actividades concretas.
- Alfabetización en salud interactiva: demuestra habilidades más avanzadas en las que el individuo es capaz de discernir la información relevante entre las diferentes fuentes disponibles y aplicarla a circunstancias cambiantes, además de ser capaz de extender la misma interactuando con otras personas para la toma de decisiones.

- Alfabetización en salud crítica: es la más avanzada de todas. La persona demuestra capacidad para analizar información en salud de manera crítica desde una amplia diversidad de fuentes de información e interrelacionarla con un amplio rango de determinantes de la salud, pudiendo utilizar información para tener un mayor control sobre su vida y los eventos que puedan tener un impacto en ella y su salud.

Una alfabetización en salud inadecuada está directamente relacionada con mayores tasas de hospitalización, peor adherencia farmacológica, la disminución de conductas preventivas en salud, un peor estado de la salud general, un aumento de la mortalidad en la vejez, un incremento de los costes sanitarios y una acentuación de las desigualdades en salud.^{3,5} Mientras que altos niveles de alfabetización en salud pueden conllevar beneficios sociales además de individuales, como por ejemplo la movilización de comunidades para tratar determinantes de la salud sociales, económicos y ambientales. Es por ello, que la baja alfabetización para la salud representa en la actualidad un riesgo para la salud pública a nivel mundial. De tal modo que la OMS ha incluido la promoción de la alfabetización para la salud como uno de los pilares clave en su Agenda del 2030 para el Desarrollo Sostenible.^{2,5} La gran repercusión que tiene la alfabetización en salud en nuestro estado de la salud, ha hecho que se le considere actualmente un determinante para la salud por sí mismo.³

Las primeras herramientas de medición de la alfabetización en salud fueron REALM⁶ y TOFHLA,⁶ escalas que miden principalmente la comprensión lectora. Posteriormente se creó la escala HALS, la cual incorporó la medición de dominios relacionados con las competencias en salud.² Actualmente, las más extendidas son el cuestionario “European Health Literacy Survey Questionnaire” o “HLS-EU-Q” que engloba 12 dimensiones sobre la capacidad de acceder, comprender, valorar y aplicar información relacionada con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, proporcionando una perspectiva médica y de salud pública.^{2,7} Y el “Health Literacy Questionnaire” o “HLQ”, diseñado para proporcionar a los profesionales de la salud, organizaciones y gobiernos datos sobre conocimientos en salud y sobre las limitaciones y fortalezas de las personas y las comunidades.^{2,8}

Los bajos niveles de alfabetización en salud representan un problema relevante en la Unión Europea, ya que afecta aproximadamente al 30% de la población. Concretamente, España, se sitúa entre los países con mayores tasas de baja alfabetización en salud, lo que puede tener repercusiones negativas tanto a nivel individual como comunitario.⁵

1.1.1.- ALFABETIZACIÓN EN ESALUD

Cada vez más personas acceden y reciben información a través de internet. Se estima que seis de cada diez europeos consultan internet para resolver dudas sobre problemas de salud, y nueve de cada diez confían en la información que encuentran.² En la actualidad existe gran cantidad de información en salud que puede ser errónea o imprecisa, la cual si no es evaluada de manera crítica, puede provocar la adopción de conductas perjudiciales para la salud por parte de la población.⁹

Es por ello que se originó el término eSalud, el cual podemos definir como “el uso eficiente y seguro de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para el apoyo en salud y sus campos relacionados”.¹⁰ En ella podemos englobar intervenciones como la telemedicina, telemedicina, salud móvil (mHealth), big data o la historia clínica electrónica.¹⁰ La utilización y la interacción con la eSalud se denomina alfabetización en eSalud, la cual se describe como “la habilidad para buscar, encontrar, comprender y evaluar información de salud a través de fuentes electrónicas y aplicar el conocimiento adquirido para abordar y solucionar un problema relacionado con la salud”.⁹

Un buen nivel de alfabetización en eSalud, permite que la información electrónica en salud resulte beneficiosa, ya que esto empodera a las personas en la toma de decisiones de manera informada, y por lo tanto potenciar su autonomía en el cuidado de su salud y la adopción de un estilo de vida saludable. Además, una buena alfabetización en eSalud se relaciona con una mejora de los resultados en salud, alta motivación para la búsqueda de información en materia de salud, un mejor conocimiento sobre enfermedades crónicas, la adopción de conductas preventivas y positivas para la salud y una mejor autopercepción y preocupación por la propia salud.⁹

Las principales herramientas utilizadas para su medición son el “eHealth Literacy Scale” o “eHEALS”, un cuestionario de 8 ítems que recoge información sobre los conocimientos, la seguridad en la utilización y las habilidades percibidas en eSalud.¹¹ Y el “eHealth Literacy Questionnaire” o “eHLQ”, cuestionario de 35 ítems que proporciona información multidimensional sobre la alfabetización en eSalud que ayuda a comprender y evaluar la interacción de las personas con los servicios digitales en salud.¹²

1.1.2.- DETERMINANTES DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y ESALUD

Los determinantes del nivel de alfabetización en salud y en eSalud se encuentran altamente interrelacionados. Ambos tienen una estrecha concordancia con factores sociales, como son el nivel socioeconómico y los años de educación. Un mayor nivel de estos factores, suele asociarse con un mayor nivel de alfabetización en salud y eSalud. Y un nivel bajo de los mismos, supone un riesgo para alcanzar unos niveles adecuados de alfabetización en salud y eSalud. En cuanto a la edad, la etapa de la vejez suele relacionarse con peores niveles en alfabetización, particularmente alfabetización en eSalud. Las diferencias culturales y tipo de educación recibida pueden también

plantear diferencias en las creencias y actitudes que pueden influir en la alfabetización en salud, eSalud y el acceso a servicios sanitarios.⁵ Además, se ha demostrado que existe una fuerte correlación entre alfabetización en salud y eSalud con la valoración de la propia salud.² Algunos autores comentan que la alfabetización en salud tiene el potencial de actuar como un mecanismo moderador y mediador de los determinantes sociales, evitando las desigualdades en salud producidas por los mismos en sociedades más marginalizadas, aunque esta relación aún no está lo suficientemente evaluada. Por tanto, las desigualdades en alfabetización en salud y eSalud, pueden modificarse principalmente mediante la educación a nivel general, la educación sanitaria, la calidad, seguridad y accesibilidad de los servicios sanitarios y las políticas en salud.^{3-5,9}

1.2.- ESTILO DE VIDA SALUDABLE

El estilo de vida es “el conjunto de modelos de comportamiento identificables determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”.¹³ Un estilo de vida, se considera saludable cuando se adquieren una serie de hábitos que permiten un estado de completo bienestar físico, mental y social a lo largo de la vida.¹³

Las recomendaciones actuales más extendidas para llevar un estilo de vida saludable son el consumo nulo de alcohol, tabaco y otras drogas, la adopción de conductas de seguridad y de prevención de accidentes, mantener un estado de bienestar emocional y en ausencia de estrés, dormir las horas necesarias para levantarse descansado, realizar actividad física de manera regular a una intensidad moderada-alta, mantener un índice de masa corporal de entre 18.5 - 25, una dieta baja en sal y azúcar, moderada en grasa (<30% total) con predominancia de grasas insaturadas y de origen natural, abundancia de alimentos de origen vegetal sobre los de origen animal, consumo de productos frescos y locales, evitando los precocinados y de origen industrial, el alto consumo de fruta, verduras y hortalizas (más de 2 y 1 raciones al día respectivamente de 200g cada una), frecuente consumo de hidratos de carbono de tipo integral (más de dos raciones de 60g) y el mantenimiento de una adecuada hidratación (más de 4 vasos diarios dependiendo de actividad física y características individuales).¹³⁻¹⁶

Actualmente, los principales cuestionarios validados para la medición del estilo de vida saludable son el “Healthy Lifestyle Assessment Toolkit” que analiza 8 dimensiones diferentes sobre salud y estilos de vida a la vez que proporciona recomendaciones de salud para el usuario.¹⁷ Y el “Cuestionario de Estilo de Vida Saludable (EVS)” que evalúa 9 dimensiones relacionadas con los hábitos de vida saludables.¹⁸ En este estudio se utiliza el cuestionario “Ponte a 100”, ya que frente a los anteriores, se trata de un cuestionario de validación española y diseño específico para su uso en el campo de la atención primaria. Además, al tratarse de un cuestionario de muy reciente elaboración garantiza recoger a través de sus 5 dimensiones los datos que se consideran más relevantes en la actualidad para valorar los estilos de vida.¹³

El estilo de vida saludable es esencial tanto para prevenir como para evitar la progresión de las enfermedades crónicas, su carácter incapacitante y morbimortalidad. Se ha demostrado que uno de los grandes condicionantes para llevar un estilo de vida saludable es la alfabetización en salud.¹⁶ Son ya muchos los estudios que demuestran que llevar un estilo de vida saludable a lo largo de la vida juega un papel de vital importancia en nuestra salud, aumentando la esperanza de vida saludable y sin la aparición de enfermedades crónicas severas e incapacitantes y aumentando la esperanza y calidad de vida en personas con multimorbilidad.¹⁹⁻²¹

1.2.1.- DETERMINANTES DEL ESTILO DE VIDA SALUDABLE

El estilo de vida saludable, se encuentra principalmente condicionado por las conductas de salud. Éstas son “aquellos comportamientos manifestados por una persona sana, con el propósito de reducir sus prácticas de riesgo y potenciar aquellas que son protectoras para la salud con el fin de prevenir la enfermedad”.²² Se ha demostrado que existe una baja correlación entre las diferentes conductas de salud, siendo la práctica de un hábito saludable no consecuenta a la práctica de otro diferente. Los principales factores que condicionan el estilo de vida saludable y las prácticas de riesgo son:²²

- Contexto social: el ámbito en el que la persona se ha criado, las relaciones sociales y las redes de apoyo.
- Percepción del síntoma: muchos cambios de conducta son motivados una vez aparece un síntoma de riesgo que dificulta una actividad de la vida diaria. Este cambio suele ser transitorio y se realiza para reducir el riesgo percibido por la persona.
- Los estados emocionales: mientras que el bienestar emocional favorece un comportamiento saludable, los estados de estrés, ansiedad o aburrimiento suelen desencadenar conductas nocivas para la salud y una menor implicación en la propia salud.
- Las creencias sobre la salud:
 - o Vulnerabilidad percibida: las personas tienden a predecir un futuro excesivamente optimista y poco realista. Frecuentemente, las personas evalúan su probabilidad de padecer una enfermedad muy por debajo de la media.
 - o Compensación del riesgo: creencia dada en personas conscientes de su práctica nociva, en la que se convencen a ellos mismos de que otros hábitos saludables pueden compensar o neutralizar el efecto.
 - o Creencia sobre bondad: aunque la persona sea consciente de los beneficios de la práctica de un hábito de vida, esto no garantiza su puesta en práctica. Dicha creencia es necesaria pero no suficiente si no se dispone del apoyo y de las herramientas y habilidades necesarias para incluir dicha práctica saludable en su vida diaria.

2.- JUSTIFICACIÓN

A nivel descriptivo, la utilización de los tres cuestionarios permite explorar el nivel de alfabetización en salud, alfabetización en eSalud y el nivel de estilo de vida saludable que la población de estudio tiene en sus diferentes dimensiones. Esto proporciona una imagen del perfil de la población atendida, pudiendo con ello identificar las áreas en las que la población tiene un nivel en alfabetización en salud y eSalud insuficiente y las conductas de riesgo para la salud instauradas en su rutina diaria.

A nivel analítico, correlacionar las variables puede aportar un mejor entendimiento sobre cómo influyen y se retroalimentan entre sí, para aplicar esto en materia de mejora en autonomía, calidad de vida del paciente, y adquisición de nuevos conocimientos y habilidades para dicho fin.

A nivel individual del paciente, la información descriptiva aportada puede utilizarse para proporcionar a la población de estudio los servicios y material de apoyo que necesitan, además de la elaboración de planes de intervención en salud de forma efectiva. Dichos planes, irán destinados a la promoción y mejora conductual del estilo de vida y a programas de educación para la salud que mejoren la alfabetización en salud y eSalud, de manera que aporten a la población los conocimientos y habilidades necesarias en dicha materia. Todo ello, supone un gran avance en materia de educación, promoción y prevención de la salud de la población.

A nivel institucional, el estudio refleja si existen necesidades de mejora en materia de gestión para promocionar un buen nivel de alfabetización en salud y eSalud en la población atendida. De forma que se proporcionen servicios de manera más eficiente y equitativa, y evitando las posibles desigualdades en salud existentes en cuanto a relacionarse con, acceder, comprender y utilizar la información en salud y los servicios sanitarios. El estudio también tiene el potencial de valorar la madurez de los servicios digitales facilitados por la organización y por lo tanto desarrollar, implementar y evaluar intervenciones de salud digital efectivas. Finalmente, el estudio también aportará información acerca de la calidad de la prestación de servicios sociales y de salud.

3.- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1.- HIPÓTESIS

La hipótesis de investigación planteada en el estudio es: las personas con un elevado nivel de alfabetización en salud y en eSalud presentan un estilo de vida más saludable. Siendo ésta una hipótesis de correlación múltiple.

3.2.- OBJETIVO PRINCIPAL

- Analizar si la alfabetización en salud y la alfabetización en eSalud están relacionadas con el estilo de vida saludable.

3.3.- OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Conocer el nivel de alfabetización en salud de la población de estudio.
- Conocer el nivel de alfabetización en eSalud de la población de estudio.
- Conocer el estilo de vida relacionado con la salud de la población de estudio.
- Analizar la correlación entre alfabetización en salud y eSalud.
- Analizar la influencia de determinados factores sociodemográficos y económicos en los niveles de alfabetización en salud y eSalud, así como en los estilos de vida.

4.- METODOLOGÍA

4.1.- DISEÑO

Estudio de tipo descriptivo transversal. Tanto para el diseño como para el desarrollo y notificación de los resultados se tuvieron en cuenta las directrices de la iniciativa STROBE para estudios observacionales.²³ En el Anexo 1 puede verse completada la checklist de STROBE para estudios transversales.

4.2.- ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se ha realizado en el Centro de Salud Las Águilas (Calle de José de Cadalso, 51, Madrid), perteneciente a la Dirección Asistencial Centro de Atención Primaria de Madrid.

4.3.- POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población diana son las personas que acudan a las consultas de enfermería del centro que cumplan con los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión.

4.3.1.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes mayores de 18 años que acuden a la consulta de Enfermería del Centro de Salud de Las Águilas.
- Pacientes que autorizan participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

4.3.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes incapaces de comprender el estudio o cuestionario debido a barreras idiomáticas.
- Pacientes que en el momento de captación presenten un proceso agudo que produzca disconfort, reducción de sus capacidades y precisen de atención temprana (fiebre, malestar general, cefaleas...)
- Pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo o patología mental grave que impida comprender al paciente la información del estudio o los cuestionarios.

4.4.- TAMAÑO MUESTRAL

El cálculo del tamaño muestral se realizó mediante la estimación del coeficiente de correlación de Pearson de la alfabetización en salud y la alfabetización en eSalud con el nivel de estilo de vida saludable, utilizándose para ello el valor numérico resultado del sumativo de todas sus dimensiones. Para ello, se realizó un estudio piloto con 10 pacientes, tras lo cual se efectuó un primer análisis. Como resultado se obtuvo una peor correlación entre estilo de vida y alfabetización en salud digital, por lo que ésta fue utilizada para el cálculo. Asumiendo un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral y considerando que no se tenían que producir pérdidas de seguimiento, se estimó necesario reclutar 166 pacientes.

4.5.- MUESTREO

Para asegurar la validez de la muestra, se realizó un muestreo probabilístico sistemático sobre la agenda de los pacientes citados en las consultas de enfermería. La constante de muestreo K se calculó tras la realización del estudio piloto para así conocer el tamaño muestral necesario, el tiempo necesario para la recogida de datos en cada visita y los investigadores requeridos para alcanzar el tamaño muestral en el tiempo disponible, teniendo en cuenta los pacientes citados diariamente en las consultas de enfermería.

Debido a la reducción de los días en los que los profesionales pasaban consulta (3 días por semana) y a la situación excepcional de pandemia, se estimó que una media de 30 pacientes eran atendidos en la misma por semana (10 pacientes por día). Lo que supone unos 120 pacientes al mes. Estimando necesario aproximadamente un mes para la recogida de datos y en base al estudio piloto, se formó un equipo de 4 personas que verían un total de 480 pacientes en dicho mes. De este modo, la constante k fue de 3 (480/166) y se escogió el punto de partida r como 1. Estableciendo la inclusión de 3 pacientes por día de consulta, se siguió la siguiente secuencia de reclutamiento en las listas de enfermería: 1º=1, 2º=4, 3º=7.

4.6.- VARIABLES DEL ESTUDIO

A continuación se muestran las variables utilizadas en el estudio, junto con su categoría y codificación en las siguientes tablas:

Tabla 1. Variables principales del estudio Fuente: Elaboración propia			
Variable	Tipo		Categorías
Estilo de vida saludable	cuantitativa discreta (ver cuestionario en anexo 2)		33 ítems
Alfabetización en salud	cuantitativa discreta (ver cuestionario en anexo 3 y 4)	44 ítems	1ª parte 1= muy en desacuerdo 2= en desacuerdo 3= de acuerdo 4= muy de acuerdo
			2ª parte 1= no puedo hacerlo o me es siempre difícil 2= generalmente me es difícil 3= a veces me es difícil 4= generalmente me es fácil 5= siempre me es fácil
Alfabetización en eSalud	cuantitativa discreta (ver cuestionario en anexo 5)	35 ítems	1= muy en desacuerdo 2= en desacuerdo 3= de acuerdo 4= muy de acuerdo

Tabla 2. Variables sociodemográficas Fuente: Elaboración propia			
Variable	Tipo		Categorías
Sexo	cuantitativa nominal dicotómica		1= hombre 2= mujer
Edad	cuantitativa discreta (años)		-----
Estudios	cuantitativa nominal policotómica		1= analfabeto o estudios primarios incompletos 2= educación primaria 3= educación secundaria 4= bachiller y formación profesional 5= estudios universitarios
País de nacimiento	cuantitativa nominal dicotómica		1= España 2= Extranjero
Estado civil	cuantitativa nominal policotómica		1= soltero 2= casado 3= separado 4= viudo
Ocupación	cuantitativa nominal policotómica		1= trabajador por cuenta ajena 2= trabajador por cuenta propia 3= parado 4= jubilado/a y pensionista 5= trabajo doméstico no remunerado 6= estudiante 7= no clasificable
Estado de salud percibido	cuantitativa ordinal		1= muy malo 2= malo 3= regular 4= bueno 5= muy bueno

4.7.- CUESTIONARIOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO

4.7.1.- “PONTE A 100”

La variable estilo de vida saludable fue recogida a través del cuestionario “Ponte a 100”, al ser una herramienta que se encuentra en proceso de validación que ha sido específicamente diseñada para la evaluación de estilos de vida en población adulta en el contexto de Atención Primaria. Se trata de un cuestionario que evalúa 5 dimensiones de influencia demostrada relevante en el estilo de vida; alimentación, actividad física y sedentarismo, consumo de alcohol, consumo de tabaco y bienestar emocional. Estas dimensiones son evaluadas a través de 33 ítems con un sistema de puntuación máximo de hasta 25 puntos por dimensión, siendo un máximo total alcanzable de 100 puntos. Una mayor puntuación en el mismo se considera un mejor estilo de vida, y una puntuación menor un estilo de vida menos saludable.¹³ Para más información acerca del cuestionario, sus dimensiones y puntuaciones, ver *Anexo 2*.

4.7.2.- “HLQ”

Para la variable de alfabetización en salud, se utilizó el cuestionario “Health Literacy Questionnaire” a partir de ahora “HLQ”. El mismo, fue escogido al tratarse de un cuestionario robusto que ha sido elaborado a través del desarrollo de instrumentos impulsado por la validez de los mismos. Dicho cuestionario ha sido traducido y adaptado a multitud de idiomas y países, y sus propiedades psicométricas han sido ampliamente evaluadas en diferentes muestras y poblaciones.^{8,24–26} Tras haber sido sometido a multitud de ámbitos y diferentes test, ha demostrando que sus propiedades psicométricas son consistentes con las de la versión original en inglés.^{27–33} En este estudio, se utilizó la adaptación validada del cuestionario al idioma y territorio español. Además se trata de una herramienta, que a diferencia de otras, recoge información sobre el concepto de alfabetización en salud en su total amplitud, a través de una visión holística de su definición y con un fin constructivista, que hace que la información recogida aporte un conocimiento y percepción útil para valorar qué acciones se han de tomar para mejorar la alfabetización en salud. El cuestionario analiza 9 dimensiones a través de 44 ítems totales, las cuales son independientes y fieles indicadores de la alfabetización en salud. Las escalas, recogen información sobre las experiencias de las personas a la hora de acceder, utilizar, comprender y relacionarse con la información en salud y los servicios de atención sanitaria. Por lo tanto, la escala también evalúa la calidad de los servicios sociales y de salud provistos.⁸ Las dimensiones, junto con el significado de las escalas, las posibles puntuaciones y cómo interpretarlas pueden verse en los *Anexos 3 y 4*.

4.7.3.- “eHLQ”

La variable de alfabetización en eSalud se recogió a través del cuestionario “eHealth Literacy Questionnaire” a partir de ahora “eHLQ”. Ésta fue escogida por ser una herramienta elaborada a través de un riguroso método de validación, dotando al cuestionario de una gran validez y fiabilidad.^{12,34} La adaptación cultural validada para el territorio e idioma español fue la utilizada en este estudio. El “eHLQ” ofrece información mucho más amplia en alfabetización en eSalud que otros cuestionarios, al constar de 7 dimensiones, que a través de un total de 35 ítems consigue captar de manera fehaciente toda la extensión del concepto alfabetización en eSalud, proporcionando información sobre las habilidades y conocimiento individual del usuario, la relación entre el usuario y la tecnología y sus experiencias al utilizar dichos sistemas. El cuestionario no proporciona un valor total, si no que aporta uno para cada una de las 7 escalas.¹² Las diferentes dimensiones, el significado de las escalas y su puntuación pueden verse reflejadas en el *Anexo 5*.

4.8.- SISTEMÁTICA DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

Tras la formación de los co-investigadores acerca de la metodología de recogida de datos del estudio, la misma se realizó en aquellos pacientes que cumpliesen con los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión en función de la estrategia de muestreo utilizada. Los pacientes fueron previamente informados de forma detallada sobre el estudio y se resolvieron las dudas que surgiesen durante dicha explicación. Seguidamente, se evaluó el grado de apoyo que el paciente necesitaba para la correcta cumplimentación de los cuestionarios. En los casos en los que se estimó que el paciente no requería de apoyo para su cumplimentación, éstos eran trasladados a otra consulta en la que pudiesen cumplimentar los cuestionarios sin sentirse influenciados por la presencia de su enfermero. Intentando mediante la auto-administración de los cuestionarios, evitar en la medida de lo posible el sesgo de deseabilidad social comentado en el apartado 9 de análisis de sesgos. Una vez completado, el paciente entregaba los cuestionarios al investigador para su revisión, asegurando así su correcta cumplimentación. En caso de observar respuestas en blanco o incoherentes, éstas fueron revisadas y cumplimentadas junto con el paciente con el fin de resolver sus dudas derivadas de la misma. En los casos en los que se estimó la necesidad de un alto grado de apoyo (deterioro de la visión, analfabetismo o muy bajo nivel de alfabetización en salud), el investigador cumplimentó los cuestionarios junto con el paciente a modo de entrevista para asegurar la correcta recogida de las variables de estudio.

Los investigadores recalcaron el carácter voluntario y altruista del estudio y la firma del consentimiento informado como requisito indispensable para su inclusión en el mismo. Para poder asegurar el seguimiento de la técnica de muestreo establecida, en los casos en los que un paciente no tuviese el tiempo necesario para completar la encuesta en el momento del reclutamiento o necesitase de ayuda para completarlo, el paciente fue citado un día diferente en la lista de pacientes del investigador principal en un horario que fuese accesible para ambos.

La documentación aportada constó de 6 apartados, cuyo orden fue: la hoja informativa del estudio, el consentimiento informado, la hoja de recogida de variables secundarias, el cuestionario "HLQ", el cuestionario "eHLQ" y finalmente el cuestionario "Ponte a 100".

El tiempo de realización de la visita del estudio (presentación, inclusión, resolución de dudas, cumplimentación de cuestionarios) tuvo gran variabilidad entre los participantes, dependiendo principalmente de la edad, el nivel de estudios y del nivel de alfabetización, suponiendo entre 20 y 60 minutos totales. Por ello y para evitar la sobrecarga, a aquellas personas que necesitaron de un tiempo elevado para su cumplimentación se les ofreció ser citados en dos días distintos para completar los cuestionarios. En estos casos, para evitar errores en la distribución de los mismos, el bloque incompleto de cuestionarios de cada paciente era identificado con su nombre y apellidos con una etiqueta y almacenado en un cajón bajo llave. Una vez completado, la etiqueta era destruida para su anonimización posterior. La información fue primeramente recogida en formato papel y seguidamente volcada al formato de archivo Excel.

4.9.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados del estudio fueron analizados mediante la utilización del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 27™.

Siguiendo las recomendaciones del autor respecto a los cuestionarios "HLQ" y "eHLQ", la puntuación de sus dimensiones se obtuvo mediante el promedio de las puntuaciones de sus ítems, teniendo cada uno la misma ponderación. Esto aportó un valor total para cada dimensión de los cuestionarios, siendo de 9 puntuaciones en el cuestionario "HLQ" y 7 en el "eHLQ". Las puntuaciones más altas reflejaron las fortalezas y las más bajas las necesidades en salud del paciente.^{8,12} Los participantes con niveles bajos de alfabetización en salud fueron definidos como tener una puntuación media < 3 para las escalas 1 a 5 (promedio de "muy en desacuerdo" o "en desacuerdo") y una media de < 4 para las escalas 6 a 9 (promedio de "no puedo hacerlo o me es siempre difícil" o "generalmente me es difícil"). Un nivel alto en alfabetización en salud fue definido como una puntuación media ≥ 3 para las escalas 1 a 5 (promedio de "muy de acuerdo" o "de acuerdo") o una media de ≥ 4 en las escalas 6 a 9 (promedio de "generalmente me es fácil" o "siempre me es fácil").³⁵ Los mismos criterios se aplicaron para el análisis de los resultados del cuestionario "eHLQ". El cálculo de las puntuaciones totales de dichos test se obtuvo mediante el sumativo de la puntuación media de todas sus dimensiones, suponiendo una puntuación máxima de 28 y 40 puntos para el cuestionario eHLQ y HLQ respectivamente. En cuanto al cuestionario "Ponte a 100", las puntuaciones de las dimensiones se obtuvieron mediante el sumativo de cada uno de los puntajes de cada ítem, y la puntuación total mediante el sumativo de los puntajes de cada dimensión.

La prueba de Kolmogorov-Smirnov confirmó una distribución normal para la alfabetización en salud y alfabetización en eSalud y una distribución no normal para el estilo de vida saludable. Por ello, en el análisis de los resultados, se consideraron técnicas estadísticas no paramétricas para los que incluyeran la variable de estilo de vida saludable y técnicas paramétricas para los que únicamente incluyeran alfabetización en salud y en salud digital. Se ha realizado un análisis por grupo de edad (mayor y menor de 65 años) para analizar la influencia de esta variable en los resultados.

Las variables cuantitativas se presentaron mediante la media y desviación estándar a excepción de la edad, que fue representada mediante la mediana, rango y rango intercuartílico, al no tener una distribución normal. Y las variables cualitativas mediante su distribución de frecuencias y porcentajes. Se realizó un análisis descriptivo de las medias de las puntuaciones de las dimensiones individuales y puntuaciones totales de los cuestionarios, todo ello aportando valores de la muestra global y agrupada por bloques de edad. Para la comparación de diferencia de medias se utilizó el test de Wilcoxon-Mann-Whitney para el cuestionario Ponte a 100 y T de Student para los cuestionarios HLQ y eHLQ. Se realizó un análisis inferencial bivariado de las medias de los cuestionarios en función de las variables secundarias, utilizando esta vez únicamente las puntuaciones totales de los mismos. Para la diferencia de medias, se utilizó la T de Student para las variables dicotómicas y ANOVA para las politómicas en las que se utilizaban las medias de los cuestionarios HLQ y eHLQ. Y la U de Mann-Whitney para variables dicotómicas y Kruskal-Wallis para las politómicas que utilizaban las medias del cuestionario Ponte a 100. La discrepancia de los datos obtenidos en la muestra se calculará mediante el p valor, para evaluar si existen diferencias significativas (consideradas como $p < 0.05$). Se aportarán junto con ellas sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

Se realizó un análisis de correlación múltiple entre estilo de vida saludable con las dimensiones y las puntuaciones totales del nivel de alfabetización en salud y en eSalud mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Y un análisis de correlación entre los valores totales del nivel de alfabetización en salud y eSalud mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Se realizó un análisis multivariante mediante un modelo de regresión lineal múltiple de pasos hacia delante para analizar la influencia de las variables secundarias y los niveles de alfabetización en salud y eSalud (considerados tanto como por dimensiones individuales como por puntuación global) en el estilo de vida (puntuación global). Se realizaron otros dos análisis multivariantes con las mismas indicaciones mencionadas para analizar la influencia de las variables secundarias en los niveles de alfabetización en salud y eSalud (puntuación global).

También se llevó a cabo un análisis por conglomerados de las dimensiones individuales de los tres cuestionarios junto con las variables secundarias de interés para conocer las características de los perfiles más comunes entre la muestra estudiada. El análisis por conglomerados se realizó mediante clustering bioetápico para así poder realizar dichos perfiles juntando tanto variables cuantitativas como cualitativas. Además, las variables fueron representadas en forma de viñetas para cada conglomerado siguiendo las recomendaciones del manual sobre “El Proceso Ophelia (Optimising Health Literacy)”.³⁶

4.10.- ANÁLISIS DE SEGOS

- Error aleatorio, se intentó evitar mediante el cálculo del tamaño muestral adecuado.
- Sesgo de selección, se evitó al realizarse un muestreo probabilístico sistemático.
- Sesgo de regresión a la media, se evitó en su gran mayoría ya que los cuestionarios utilizados no disponen de respuestas neutras (únicamente la segunda parte del cuestionario HLQ).
- Sesgo de deseabilidad social u obsequiosidad, se evitó instando a la cumplimentación de forma honesta y la ausencia de respuestas erróneas. Además, para evitar que los pacientes se sintiesen coaccionados a contestar positivamente a prácticas de estilo de vida o a preguntas relacionadas con la calidad de la atención y de los servicios sanitarios proporcionados al estar delante de su enfermero, los cuestionarios fueron auto-administrados por el paciente en una consulta diferente tras la explicación del mismo y aclaración de dudas (excepto en el caso de requerir de apoyo continuado para la cumplimentación de los mismos).
- Sesgo de falseamiento, se intentó evitar en la medida de lo posible instando a la sinceridad y al no haber respuestas comprometidas en los cuestionarios.
- El sesgo de cuestionario, se evitó al haber utilizado cuestionarios que han sido diseñados y validados con anterioridad (o en proceso de estarlo) y utilizando las adaptaciones culturales del cuestionario para aquellos elaborados en el extranjero.
- Sesgo de no respuesta, la recolección de datos fue controlada por los investigadores para asegurar que se completase el cuestionario al completo y de manera correcta. Los cuestionarios fueron revisados por los investigadores tras su entrega. En caso de la ausencia de una respuesta, ésta fue repasada junto con el paciente para su aclaración y posterior cumplimentación.
- Sesgo de medición, todos los investigadores participantes en el estudio fueron formados de manera pertinente para la correcta presentación del estudio y la adecuada inclusión y recogida de datos de los pacientes.

4.11.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los principios básicos de la Declaración de Helsinki (2013), las normas de Buena Práctica Clínica y la normativa española legal vigente. La información recogida fue incorporada a una base de datos en la que no constaba ninguna referencia a la identidad de los sujetos, que fueron identificados mediante un código. El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos, se realizó conforme a lo dispuesto por el RGPD (Reglamento UE) 2016/679 de Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 y la LOPDGDD 3/2018, de 5 de diciembre. Además, el estudio fue evaluado favorablemente por la Comisión de Investigación de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, por la Comisión de Investigación de la Dirección Asistencial Centro de Atención Primaria de Madrid (01/22-c) y por el Comité Ético de la Universidad Complutense de Madrid (CE_20220120-10_SAL).

Los registros de datos tanto en papel como en ficheros electrónicos, dispusieron de la custodia única del investigador principal. Para asegurar la correcta gestión y custodia de la información física generada, dicho material fue almacenado en una taquilla bajo llave de una de las consultas de enfermería para luego éstos ser transcritos a formato electrónico.

Antes de la inclusión en el estudio, se le entregó al paciente una hoja informativa acerca del estudio (ver *Anexo 6*), en la que se explicaba en qué consiste y cómo, de qué manera y con qué finalidad serían utilizados sus datos, expresando la anonimización de los mismos y el carácter voluntario de la participación. Se proporcionó también el consentimiento informado (ver *Anexo 7*), el cual se cumplimentó y firmó por duplicado, quedándose una copia el investigador principal y otra el paciente.

Aquellos pacientes a los que se les fue identificada una práctica de estilo de vida poco saludables y una alfabetización en salud y eSalud insuficiente, fueron derivados a su enfermera de referencia para valoración y educación sanitaria.

Los investigadores declaran no tener conflicto de intereses.

5.- RESULTADOS

5.1.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

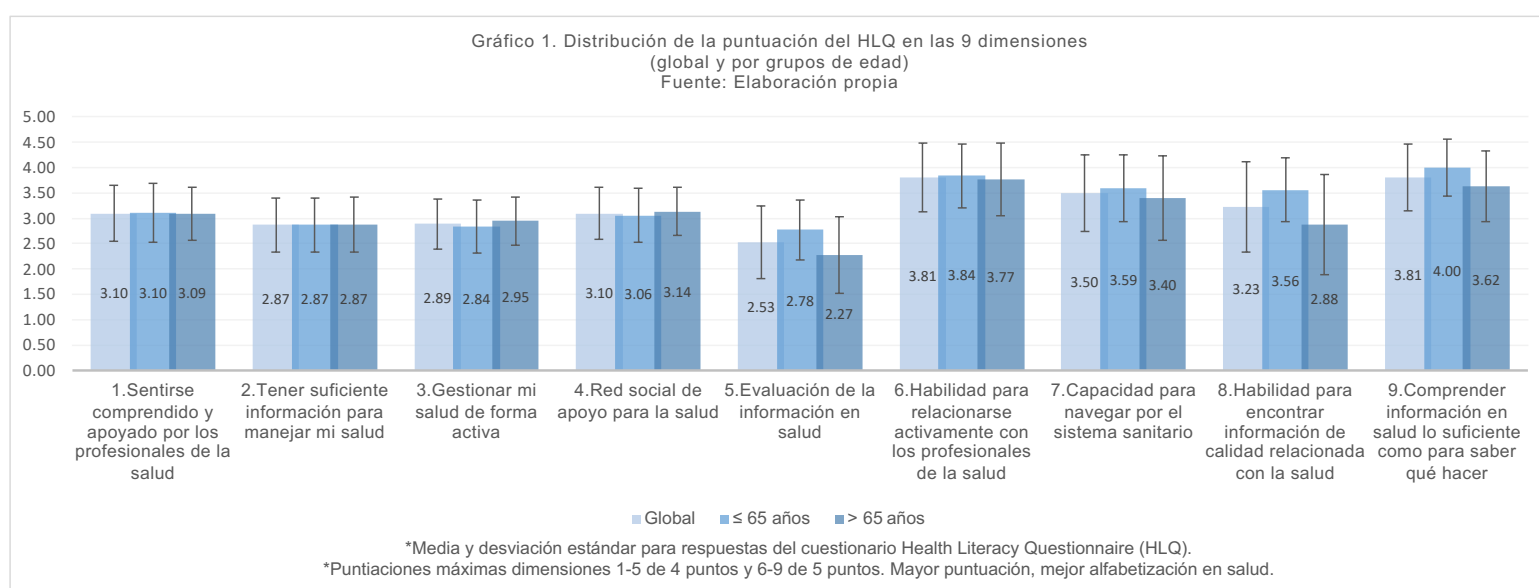
EL total de participantes en el estudio fue de 166, de los cuales el 45.2% eran hombres y el 54.8% mujeres. La mediana de edad fue de 65 años con un rango de 73 (entre 21 y 94 años) y un rango intercuartílico de 26 (entre 52 y 78). El 8.4% eran analfabetos o con estudios primarios incompletos, el 31.3% tenían educación primaria y el 9.6% secundaria, el 25.3% bachiller o formación profesional y el 25.3% educación universitaria. El 91% de los encuestados era de origen español, siendo el 9% restante de origen extranjero. El 22.3% estaba soltero/a, el 53% casado/a, el 6.6% separado/a y el 18.1% viudo/a. Un 32.5% trabajaba por cuenta ajena, el 4.2% por cuenta propia, el 2.4% estaba en paro, el 50.6% era jubilado o pensionista, el 7.2% realizaba trabajo doméstico no remunerado, el 1.8% era estudiante y el 1.2% no clasificable. Finalmente, el estado de salud percibido fue en el 0.6% de los casos muy malo, el 3% malo, el 35.5% regular, el 53.6% bueno y el 7.2% muy bueno. La distribución total y por grupos del resto de variables se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Características sociodemográficas de la población de estudio				
Fuente: Elaboración propia				
Variables	Categorías	Total	Grupo ≤65 años	Grupo > 65 años
Muestra		166 (100%)	85 (100%)	81 (100%)
Sexo	Hombre	75 (45.18%)	38 (44.71%)	37 (45.68%)
	Mujer	91 (54.82%)	47 (55.29%)	44 (54.32%)
Nivel educativo	Analfabetos o con estudios primarios incompletos	14 (8.43%)	0	14 (17.28%)
	Educación primaria	52 (31.33%)	9 (10.59%)	43 (53.09%)
	Educación secundaria	16 (9.64%)	10 (11.76%)	6 (7.41%)
	Bachiller o formación profesional	42 (25.30%)	31 (36.47%)	11 (13.58%)
	Estudios Universitarios	42 (25.30%)	35 (41.18%)	7 (8.64%)
País de nacimiento	España	151 (90.96%)	72 (84.71%)	79 (97.53%)
	Extranjero	15 (9.04%)	13 (15.29%)	2 (2.47%)
Estado civil	Soltero/a	37 (22.29%)	32 (37.65%)	5 (6.17%)
	Casado/a	88 (53.01%)	41 (48.24%)	47 (58.02%)
	Separado/a	11 (6.63%)	10 (11.76%)	1 (1.24%)
	Viudo/a	30 (18.07%)	2 (2.35%)	28 (34.57%)
Ocupación	Trabajador por cuenta ajena	54 (32.53%)	53 (62.35%)	1 (1.24%)
	Trabajador por cuenta propia	7 (4.22%)	7 (8.24%)	0
	Paro	4 (2.41%)	4 (4.71%)	0
	Jubilado/pensionista	84 (50.60%)	13 (15.29%)	71 (87.65%)
	Trabajo doméstico no remunerado	12 (7.23%)	3 (3.53%)	9 (11.11%)
	Estudiante	3 (1.81%)	3 (3.53%)	0
	No clasificable	2 (1.2%)	2 (2.35%)	0
Estado percibido de salud	Muy malo	1 (0.60%)	0	1 (1.24%)
	Malo	5 (3.01%)	1 (1.18%)	4 (4.94%)
	Regular	59 (35.54%)	25 (29.41%)	34 (41.97%)
	Bueno	89 (53.62%)	51 (60.00%)	38 (46.91%)
	Muy bueno	12 (7.23%)	8 (9.41%)	4 (4.94%)

5.2.- ALFABETIZACIÓN EN SALUD DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

La puntuación global media del test HLQ para el total de la población fue de 28.83 (DT:4.01). No se encontraron diferencias significativas al analizar por grupos de edad ($p>0.05$).

Considerando los criterios establecidos en la metodología, la población general tiene un nivel de alfabetización insuficiente en las dimensiones 2, 3 y 5 (media inferior a 3) y en las 6, 7, 8 y 9 (media inferior a 4); y un buen nivel en la dimensión 1 y 4 (Gráfico 1). En el análisis por grupos de edad, la población menor de 65 años obtuvo mejores puntuaciones en las dimensiones 5, 8 y 9, siendo las diferencias estadísticamente significativas.



5.2.1.- ALFABETIZACIÓN EN SALUD SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

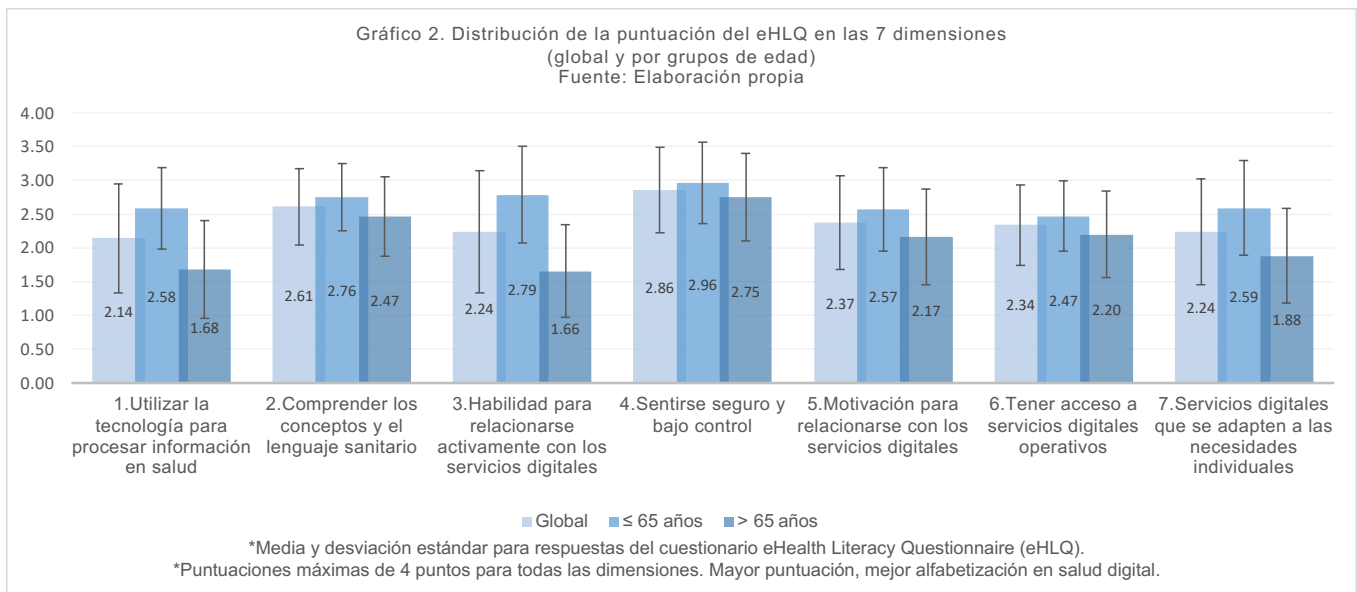
Para la puntuación global media del cuestionario HLQ en función de las variables sociodemográficas de toda la población se encontraron diferencias significativas para el nivel de estudios, el estado de salud percibido y el estado civil. En las que obtuvieron mayores puntuaciones las personas con estudios universitarios, estado de salud percibido como muy bueno o casadas. Y menores puntuaciones las personas analfabetas o con estudios primarios incompletos, estado de salud percibido como muy malo o viudas. No se encontraron diferencias para el sexo, la ocupación o el país de nacimiento (Tabla 4).

Tabla 4. Alfabetización en salud según las características sociodemográficas de la población Fuente: Elaboración propia		
VARIABLES	HLQ Total (Media ± DT)	P valor
Sexo		
Varón	29.11±3.76	0.474
Mujer	28.61±4.21	
Ocupación		
Trabajador por cuenta ajena	29.74±4.00	0.065
Trabajador por cuenta propia	29.63±2.87	
Parado	30.77±6.97	
Jubilado/pensionista	27.83±3.69	
Trabajo doméstico no remunerado	29.78±4.90	
Estudiante	30.26±3.21	
Estudios		
Analfabeto o estudios primarios incompletos	25.97±3.48	0.018
Educación primaria	28.47±4.30	
Educación secundaria	28.97±3.09	
Bachiller y formación profesional	28.94±3.64	
Estudios universitarios	30.08±4.04	
Estado de salud percibido		
Muy malo	26.30±0.00	0.003
Malo	26.99±4.93	
Regular	27.50±3.29	
Bueno	29.49±4.03	
Muy bueno	31.53±4.68	
País de nacimiento		
España	28.89±4.05	0.558
Extranjero	28.23±3.55	
Estado civil		
Soltero	29.17±3.65	0.034
Casado	29.33±4.06	
Separado	29.06±3.10	
Viudo	26.90±4.15	
*Health Literacy Questionnaire (HLQ), Desviación estándar (DT), resultados en negrita con significación p<0.05		

5.3.- ALFABETIZACIÓN EN ESALUD DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

La puntuación global media del test eHLQ para el total de la población fue de 16.81 (DT:4.01). Sin encontrarse diferencias significativas al analizar por grupos de edad ($p>0.05$).

Considerando los criterios establecidos (media inferior a 3), la población general tiene un nivel de alfabetización en salud digital insuficiente en todas sus dimensiones (Gráfico 2). En el análisis por grupos de edad, la población menor de 65 años obtuvo mejores puntuaciones en todas las dimensiones, siendo las diferencias estadísticamente significativas únicamente en la dimensión 1.



5.3.1.- ALFABETIZACIÓN EN ESALUD SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

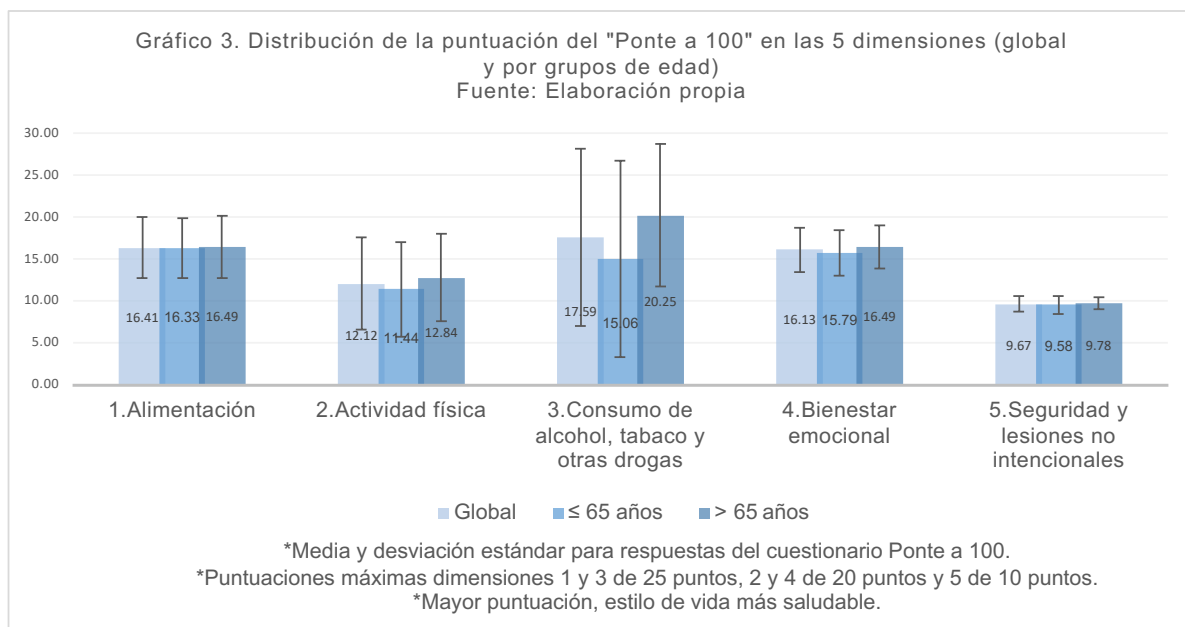
Para la puntuación global media del cuestionario eHLQ en función de las variables sociodemográficas de toda la población se encontraron diferencias significativas para la ocupación, el nivel de estudios, el estado de salud percibido y el estado civil. En las que obtuvieron mayores puntuaciones las personas estudiantes, con nivel de estudios universitario, estado de salud percibido como muy bueno o separadas. Y menores puntuaciones las personas jubiladas o pensionistas, analfabetas o con estudios primarios incompletos, con estado de salud percibido como malo o viudas. No se encontraron diferencias para el sexo o el país de nacimiento. (Tabla 5).

Tabla 5. Alfabetización en eSalud según las características sociodemográficas de la población Fuente: Elaboración propia		
VARIABLES	eHLQ total (Media \pm DT)	P valor
Sexo		
Varón	17.24 \pm 3.88	0.761
Mujer	16.45 \pm 4.16	
Ocupación		
Trabajador por cuenta ajena	19.00 \pm 2.87	0.000
Trabajador por cuenta propia	19.05 \pm 2.27	
Parado	18.64 \pm 2.48	
Jubilado/pensionista	14.71 \pm 3.74	
Trabajo doméstico no remunerado	18.58 \pm 4.37	
Estudiante	21.23 \pm 2.22	
Estudios		
Analfabeto o estudios primarios incompletos	11.50 \pm 2.99	0.000
Educación primaria	15.39 \pm 3.89	
Educación secundaria	17.30 \pm 4.01	
Bachiller y formación profesional	17.45 \pm 2.80	
Estudios universitarios	19.51 \pm 3.19	
Estado de salud percibido		
Muy malo	14.87 \pm 0.00	0.001
Malo	13.75 \pm 4.45	
Regular	15.42 \pm 3.55	
Bueno	17.61 \pm 4.00	
Muy bueno	19.09 \pm 4.17	
País de nacimiento		
España	16.67 \pm 4.15	0.053
Extranjero	18.16 \pm 2.49	
Estado civil		
Soltero	17.88 \pm 3.70	0.000
Casado	17.29 \pm 3.92	
Separado	18.06 \pm 2.49	
Viudo	13.61 \pm 3.77	
*eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ), Desviación estándar (DT), resultados en negrita con significación $p < 0.05$		

5.4.- ESTILO DE VIDA DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

La puntuación global media del test Ponte a 100 para el total de la población tuvo una mediana de 75.5 con un rango mínimo y máximo de 28 y 92 (rango:64) y un rango intercuartílico entre 65 y 82.25 (RIQ:17.25). En el análisis por grupos de edad, los mayores de 65 años obtuvieron una mediana de 78, mientras que en los menores de 65 fue de 71, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$)

La población general obtuvo mayores puntuaciones en la dimensión 4 y 5, siendo la dimensión 1 la que obtuvo una peor puntuación (Gráfico 3). En el análisis por grupos de edad, la población menor de 65 años obtuvo peores puntuaciones en todas las dimensiones, siendo las diferencias estadísticamente significativas únicamente en la dimensión 3.



5.4.1.- ESTILO DE VIDA SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

Para la puntuación global media del cuestionario Ponte a 100 en función de las variables sociodemográficas de toda la población se encontraron diferencias significativas para el sexo, la ocupación y el país de nacimiento. En las que obtuvieron mayores puntuaciones las mujeres, personas con trabajo doméstico no remunerado o de origen español. Y menores puntuaciones los hombres, personas trabajadoras por cuenta propia o de origen extranjero. No se encontraron diferencias para el nivel de estudios, el estado de salud percibido o el estado civil (Tabla 6).

Tabla 6. Estilo de vida según las características sociodemográficas de la población Fuente: Elaboración propia		
VARIABLES	Punte a 100 Mediana, rango(rango intercuartílico)	P valor
Sexo		
Varón	75, 62(23)	0.046
Mujer	76, 59(15)	
Ocupación		
Trabajador por cuenta ajena	68, 58(23.75)	0.000
Trabajador por cuenta propia	49, 45(36)	
Parado	77.5, 49(38)	
Jubilado/pensionista	78, 64(13)	
Trabajo doméstico no remunerado	82, 25(12.5)	
Estudiante	72, 32(32)	
Estudios		
Analfabeto o estudios primarios incompletos	76.5, 31(12)	0.099
Educación primaria	79, 59(14.5)	
Educación secundaria	72.5, 58(34.75)	
Bachiller y formación profesional	75.5, 59(18.75)	
Estudios universitarios	72.5, 46(24.25)	
Estado de salud percibido		
Muy malo	71, 0(0.00)**	0.802
Malo	69, 27(23.5)	
Regular	75, 61(16)	
Bueno	75, 64(18.5)	
Muy bueno	77.5, 51(19.5)	
País de nacimiento		
España	77, 64(16)	0.018
Extranjero	59, 57(32)	
Estado civil		
Soltero	71, 45(20)	0.077
Casado	77.5, 57(14)	
Separado	64, 61(42)	
Viudo	77.5, 64(12.25)	
*Desviación estándar (DT), resultados en negrita con significación p<0.05		
**Un único paciente con dicha característica		

5.5.- CORRELACIÓN ENTRE HLQ Y EHLQ

Las correlaciones de la puntuación total media del los cuestionarios HLQ y eHLQ fueron significativas tanto en el análisis global como por grupos de edad moderada (Tabla 7).

Tabla 7. Correlaciones globales y por grupos de edad de los cuestionarios HLQ y eHLQ Fuente: Elaboración propia			
Cuestionario HLQ y eHLQ (puntuaciones totales)	Global	≤65 años	>65 años
	0.612** (p0.000)	0.521** (p0.000)	0.665** (p0.000)
Health Literacy Questionnaire (HLQ), eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ), ** y en negrita tienen una significación a nivel 0.01			

5.6.- CORRELACIÓN ENTRE ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y ESTILOS DE VIDA

La correlación de la puntuación total media del cuestionario HLQ y Ponte a 100 fue significativa a nivel global. La correlación por grupos de edad fue únicamente significativa en personas menores de 65 años (Tabla 8).

Las correlaciones de las puntuaciones totales medias en el análisis por dimensiones fueron significativas para la dimensión 2, 3, 4 y 6 a nivel global. En las correlaciones por grupos de edad, en la población menor de 65 años se encontraron asociaciones significativas en todas las dimensiones a excepción de la 1 y 8. Encontrándose únicamente asociaciones significativas en la dimensión 3 y 6 para la población mayor de 65 años.

Tabla 8. Correlaciones globales y por grupos de edad de los cuestionarios HLQ y Ponte a 100 Fuente: Elaboración propia			
Dimensiones cuestionario HLQ	Global	≤65 años	>65 años
1.Sentirse comprendido y apoyado por los profesionales de la salud	p>0.05	p>0.05	p>0.05
2. Tener suficiente información para manejar mi salud	0.275** (p0.000)	0.352** (p0.001)	p>0.05
3. Gestionar mi salud de forma activa	0.437** (p0.000)	0.523** (p0.000)	0.288** (p0.009)
4. Red social de apoyo para la salud	0.190* (p0.014)	0.298** (p0.006)	p>0.05
5. Evaluación de la información en salud	p>0.05	0.364** (p0.001)	p>0.05
6. Habilidad para relacionarse activamente con los profesionales de la salud	0.233** (p0.003)	0.230* (p0.035)	0.273* (p0.014)
7.Capacidad para navegar por el sistema sanitario	p>0.05	0.219* (p0.044)	p>0.05
8. Habilidad para encontrar información de calidad relacionada con la salud	p>0.05	p>0.05	p>0.05
9. Comprender información en salud lo suficiente como para saber qué hacer	p>0.05	0.228* (p0.036)	p>0.05
Puntuación total	0.223** (p0.004)	0.369** (p0.001)	p>0.05
Health Literacy Questionnaire (HLQ), **significativa en el nivel 0.01, *significativa en el nivel 0.05, resultados en negrita tienen una significación a nivel 0.01			

5.7.- CORRELACIÓN ENTRE ALFABETIZACIÓN EN ESALUD Y ESTILOS DE VIDA

La correlación de la puntuación total media del cuestionario eHLQ y Ponte a 100 no fue significativa a nivel global. La correlación por grupos de edad fue únicamente significativa en personas mayores de 65 años (Tabla 9).

Las correlaciones de las puntuaciones totales medias en el análisis por dimensiones fueron significativas únicamente para la dimensión 2 a nivel global. En las correlaciones por grupos de edad, en la población menor de 65 años se encontraron asociaciones significativas solamente para la dimensión 2. Encontrándose asociaciones significativas en la dimensión 2 y 5 para la población mayor de 65 años.

Tabla 9. Correlaciones globales y por grupos de edad de los cuestionarios eHLQ y Ponte a 100 Fuente: Elaboración propia			
Dimensiones cuestionario eHLQ	Global	≤65 años	>65 años
1.Utilizar la tecnología para procesar información en salud	p>0.05	p>0.05	p>0.05
2.Comprender los conceptos y el lenguaje sanitario	0.198* (p0.011)	0.312** (p0.004)	0.222* (p0.047)
3.Habilidad para relacionarse activamente con los servicios digitales	p>0.05	p>0.05	p>0.05
4.Sentirse seguro y bajo control	p>0.05	p>0.05	p>0.05
5.Motivación para relacionarse con los servicios digitales	p>0.05	p>0.05	0.293** (p0.008)
6.Tener acceso a servicios digitales operativos	p>0.05	p>0.05	p>0.05
7.Servicios digitales que se adapten a las necesidades individuales	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Puntuación total	p>0.05	p>0.05	0.226* (p0.042)
eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ), **significativa en el nivel 0.01, *significativa en el nivel 0.05, resultados en negrita tienen una significación a nivel 0.01			

5.8.- FACTORES PREDICTIVOS DEL NIVEL DE ALFABETIZACIÓN EN SALUD: ANÁLISIS MULTIVARIANTE CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

En el modelo global, las únicas variables predictoras que tuvieron un impacto negativo en la alfabetización en salud fueron el estado de salud percibido como regular y el ser jubilado o pensionista (Tabla 10).

En cuanto al modelo en personas ≤ 65 años, las variables que se asociaron de manera significativa fueron en orden descendente el ser viudo y el estado de salud percibido como muy bueno. Para el modelo en personas > 65 años se identifican como predictores únicamente el percibir el estado de salud como bueno y el ser viudo, teniendo el primero un impacto positivo y el segundo un impacto negativo.

Tabla 10. Modelo de regresión múltiple para alfabetización en salud Fuente: Elaboración propia		
Predictores	Beta	P valor
Modelo Global		
R 0.324/R ² 0.105/R ² ajustado 0.094/F9.565		
Constante	30.302 (29.411, 31.193)	0.000
Estado de salud percibido: Regular	-1.705 (-2.952, -0.457)	0.008
Jubilado/pensionista	-1.703 (-2.897, -0.509)	0.005
Modelo ≤ 65 años		
R 0.316/R ² 0.100/R ² ajustado 0.078/F4.561		
Constante	29.214 (28.365, 30.063)	0.000
Viudo	5.586 (0.318, 10.854)	0.038
Estado de salud percibido: Muy bueno	3.112 (0.378, 5.847)	0.026
Modelo > 65 años		
R 0.416/R ² 0.173/R ² ajustado 0.152/F8.171		
Constante	27.687 (26.372, 29.002)	0.000
Estado de salud percibido: Bueno	2.312 (0.662, 3.961)	0.007
Viudo	-2.258 (-3.989, -0.527)	0.011

5.9.- FACTORES PREDICTIVOS DEL NIVEL DE ALFABETIZACIÓN EN ESALUD: ANÁLISIS MULTIVARIANTE

En el modelo global, la única variable predictora con efecto positivo en alfabetización en eSalud fue el tener estudios universitarios. Teniendo impacto negativo en orden descendente el ser analfabeto o con estudios primarios incompletos, ser jubilado o pensionista y ser mujer (Tabla 11).

En cuanto al modelo en personas ≤ 65 años únicamente se identificó una variable como predictora para la alfabetización en eSalud, la cual fue el tener estudios universitarios, con impacto positivo. Para el modelo en personas > 65 años únicamente adquiere importancia como factor positivo hacia el estilo de vida el tener estudios universitarios. Teniendo un impacto negativo en orden descendente el ser jubilado o pensionista, ser analfabeto o con estudios primarios incompletos, el ser mujer y la edad.

Tabla 11. Modelo de regresión múltiple para alfabetización en eSalud		
Fuente: Elaboración propia		
Predictores	Beta	P valor
Modelo Global		
R 0.648/R ² 0.420/R ² ajustado 0.405/F29.107		
Constante	20.257 (18.462, 22.051)	0.000
Estudios universitarios	1.992 (0.828, 3.156)	0.001
Analfabeto o estudios primarios incompletos	-3.658 (-5.449, -1.867)	0.000
Jubilado/pensionista	-3.366 (-4.410, -2.322)	0.000
Sexo: Mujer	-1.254 (-2.227, -0.281)	0.012
Modelo ≤65 años		
R 0.267/R ² 0.071/R ² ajustado 0.060/F6.350		
Constante	18.019 (17.158, 18.880)	0.000
Estudios universitarios	1.700 (0.358, 3.042)	0.014
Modelo >65 años		
R 0.640/R ² 0.410/R ² ajustado 0.370/F10.410		
Constante	32.559 (23.516, 41.602)	0.000
Estudios universitarios	2.781 (0.150, 5.413)	0.039
Jubilado/pensionista	-4.549 (-6.724, -2.374)	0.000
Analfabeto o estudios primarios incompletos	-2.795 (-4.678, -0.913)	0.004
Sexo: Mujer	-1.616 (-3.128, -0.104)	0.037
Edad	-0,140 (-0.246, -0.035)	0.010

5.10.- FACTORES PREDICTIVOS DE UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE: ANÁLISIS MULTIVARIANTE

En el análisis de regresión múltiple, se añadieron las dimensiones independientes de los cuestionarios HLQ y eHLQ, al comprobar que esto mejoraba considerablemente el modelo con respecto a las puntuaciones globales como predictor de un estilo de vida saludable.

En el modelo global, las variables que más influyeron en el estilo de vida saludable de forma positiva por orden de importancia fueron la dimensión 3 del cuestionario HLQ, el ser mujer, ser jubilado o pensionista y casado. Teniendo un impacto negativo en el estilo de vida el ser extranjero (Tabla 12).

En cuanto al modelo en personas ≤65 años, las variables de influencia positiva en el estilo de vida en orden descendente fueron el ser jubilado/pensionista, la dimensión 3 del cuestionario HLQ gestionar mi salud de forma activa y el ser mujer. Seguidamente, los factores identificados con impacto negativo en el estilo de vida saludable fueron el ser extranjero y tener un nivel de estudios máximo de educación secundaria. Para el modelo en personas > 65 años adquieren importancia únicamente dos variables, las cuales tienen un impacto positivo en el estilo de vida, siendo primeramente el ser mujer y seguidamente la dimensión 5 del cuestionario eHLQ referente a la motivación para relacionarse con los servicios digitales.

Tabla 12. Modelo de regresión múltiple para estilo de vida saludable Fuente: Elaboración propia		
Predictores	Beta	P valor
Modelo Global R 0.543/R ² 0.295/R ² ajustado 0.273/F13.380		
Constante	39.223 (24.630, 53.815)	0.000
Gestionar mi salud de forma activa	9.493 (5.692, 13.293)	0.000
Sexo: Mujer	6.854 (2.877, 10.830)	0.001
Jubilado/pensionista	6.612 (2.803, 10.421)	0.001
Casado	4.794 (0.855, 8.733)	0.017
País de nacimiento: Extranjero	-10.315 (-16.886, -3.744)	0.002
Modelo ≤65 años R 0.626/R ² 0.392/R ² ajustado 0.354/F10.194		
Constante	31.194 (12.198, 50.190)	0.002
Jubilado/pensionista	13.543 (5.815, 21.271)	0.001
Gestionar mi salud de forma activa	13.269 (8.025, 18.514)	0.000
Sexo: Mujer	5.696 (0.231, 11.160)	0.041
País de nacimiento: Extranjero	-9.150 (-16.586, -1.714)	0.017
Educación secundaria	-8.794 (-17.406, -0.182)	0.045
Modelo >65 años R 0.375/R ² 0.141/R ² ajustado 0.118/F 6.376		
Constante	55.189 (43.231, 67.147)	0.000
Sexo: Mujer	5.683 (0.710, 10.656)	0.026
Motivación para relacionarse con los servicios digitales	5.492 (1.955, 9.029)	0.003

5.11.- PERFILES “TIPO” DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO: ANÁLISIS POR CONGLOMERADOS

La agrupación más idónea para la muestra de estudio fue de 2 conglomerados utilizando las dimensiones individuales de los cuestionarios, al mejorar así la razón de medida de distancia entre agrupaciones en 2.609. Con lo cual aseguramos que las agrupaciones creadas tienen unas características lo más diferenciadas posibles entre sí. A continuación puede verse en la siguiente tabla las variables predictoras que tuvieron más importancia para la formación de dichas agrupaciones:

Tabla 13. Importancia de los predictores para el análisis de conglomerados Fuente: Elaboración propia	
Variable	Importancia
Habilidad para relacionarse activamente con los servicios digitales (eHLQ-D3)	1
Utilizar la tecnología para procesar información en salud (eHLQ-D1)	0.92
Edad	0.70
Servicios digitales que se adapten a las necesidades individuales (eHLQ-D7)	0.62
Habilidad para encontrar información de calidad relacionada con la salud (HLQ-D8)	0.59
Ocupación	0.49
Motivación para relacionarse con los servicios digitales (eHLQ-D5)	0.49
Nivel educativo	0.40
Comprender información en salud lo suficiente como para saber qué hacer (HLQ-D9)	0.37
Tener acceso a servicios digitales operativos (eHLQ-D6)	0.36

*Health Literacy Questionnaire (HLQ)/ eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ)/ Dimensión (D)

A continuación se muestran los dos perfiles con las características más típicas de la población. Las variables cualitativas quedan representadas mediante su distribución de frecuencias y porcentajes y las variables cuantitativas mediante la media.

Variables	Clúster 1	Clúster 2
Distribución(N)	95 (57.2%)	71 (42.8%)
Edad	53	77
Sexo	Mujer 54 (56.84%)	Mujer 37 (52.11%)
Nivel educativo	Estudios universitarios 40 (42.11%)	Educación primaria 37 (52.11%)
País de nacimiento	España 81 (85.26%)	España 70 (98.59%)
Estado civil	Casado 51 (53.68%)	Casado 37 (52.11%)
Ocupación	Trabajador por cuenta ajena 54 (56.84%)	Jubilado/pensionista 64 (90.14%)
Estado de salud percibido	Bueno 58 (61.05%)	Regular 34 (47.89%)
1.Sentirse comprendido y apoyado por los profesionales de la salud ^a	3.16	3.02
2.Tener suficiente información para manejar mi salud ^a	2.95	2.76
3.Gestionar mi salud de forma activa ^a	2.93	2.84
4.Red social de apoyo para la salud ^a	3.13	3.05
5.Evaluación de la información en salud ^a	2.84	2.12
6.Habilidad para relacionarse activamente con los profesionales de la salud ^a	3.97	3.59
7.Capacidad para navegar por el sistema sanitario ^a	3.73	3.20
8.Habilidad para encontrar información de calidad relacionada con la salud ^a	3.70	2.59
9. Comprender información en salud lo suficiente como para saber que hacer ^a	4.10	3.43
1. Utilizar la tecnología para procesar información en salud ^b	2.65	1.46
2. Comprender los conceptos y el lenguaje sanitario ^b	2.84	2.3
3. Habilidad para relacionarse activamente con los servicios digitales ^b	2.82	1.45
4. Sentirse seguro y bajo control ^b	3.06	2.59
5. Motivación para relacionarse con los servicios digitales ^b	2.72	1.92
6. Tener acceso a servicios digitales operativos	2.60	1.99
7. Servicios digitales que se adapten a las necesidades individuales ^b	2.68	1.67
1. Alimentación ^c	16.41	16.41
2. Actividad física ^c	11.94	12.37
3. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ^c	16.58	18.94
4. Bienestar emocional ^c	16.00	16.31
5. Seguridad y lesiones no intencionales ^c	9.60	9.78
*Dimensiones Health Literacy Questionnaire(HLQ) ^a Puntuación 1-4 ítems 1-5 y puntuación 1-5 ítems 6-9/Dimensiones eHealth Literacy Questionnaire(eHLQ) ^b Puntuación 1-4/Dimensiones cuestionario Ponte a 100 ^c puntuación máxima de 25 en ítems 1 y 3, de 20 en ítems 2 y 4 y de 10 en ítem 5/Variables cualitativas representadas mediante frecuencias y porcentajes, variables cuantitativas respecto a su media		
Puntuaciones	Alta	≥3 en dimensiones 1-5 HLQ y en eHLQ y ≥4 en dimensiones 6-9 HLQ
	Moderada	2.5-2.99 en dimensiones 1-5 HLQ y en eHLQ y 3.5-3.99 en dimensiones 6-9 HLQ
	Baja	<2.5 en dimensiones 1-5 HLQ y en eHLQ y <3.5 en dimensiones 6-9 HLQ

6.- DISCUSIÓN

6.1.- ALFABETIZACIÓN EN SALUD

La población de estudio presentó una alfabetización en salud insuficiente en todas sus dimensiones a excepción de la 1 y la 4, lo que suponen cifras mucho más elevadas que en otros estudios de prevalencia en España y la Unión Europea.^{5,7} Esto puede deberse a las diferentes herramientas utilizadas para cuantificar la prevalencia de personas con nivel de alfabetización bajo como afirma Rajah et al.³⁷ en su revisión sistemática, que identifica una enorme fluctuación de prevalencia de baja alfabetización entre estudios de entre el 1.6 y el 99.5%. Además, la población de estudio pertenecía en su totalidad a una misma área de salud, de un nivel socio-económico medio-bajo, y que, en concordancia con la literatura,^{4,7} la alfabetización en salud tiene una relación directamente proporcional al nivel socio-económico. Esto por tanto, limitaría la generalizabilidad de dicha prevalencia a la población general. En un estudio en el que se utilizaron los mismos criterios de cuantificación de baja alfabetización en salud³⁵ se alcanzaron medias más parecidas pero con mucha menor prevalencia de niveles inadecuados de alfabetización en salud. Esto puede deberse a que el tamaño muestral fue mucho menor, que los incluidos en el estudio tenían unos criterios de inclusión mucho más específicos, y que se realizase fuera de la Unión Europea. En otro estudio que utilizó el HLQ en España las cifras fueron mucho más parecidas.³⁸ En el estudio de Holt et al,³⁹ que utilizó la misma herramienta de medición, las cifras fueron superiores en todas las dimensiones, sin embargo se considera que dichos resultados no serían tan generalizables como los del presente estudio al haberse realizado únicamente en personas jóvenes universitarias que además pertenecían a la carrera de enfermería, lo que podría suponer cierta ventaja para este tipo de encuestas sobre salud respecto a la población general.

Las únicas dimensiones con niveles altos fueron la dimensión 1 (sentirse comprendido y apoyado por los profesionales de la salud) y la 4 (red social de apoyo para la salud). Éstas, curiosamente son aquellas que más dependen de factores externos, concretamente en los profesionales de la salud y de su red social. El resto de dimensiones, en las que se alcanzaron menor puntuación, dependen de conocimientos, capacidades y habilidades a nivel individual, siendo la de menor puntuación en la dimensión 5 (evaluación de la información en salud). Estos resultados, nos indican la existencia de una población que se muestra pasiva en el entorno sanitario, que posiblemente no sea autosuficiente en la búsqueda y análisis crítico de la información y la toma de decisiones a nivel general. Estos resultados concuerdan con un estudio que utilizó el HLQ en España.³⁸

Analizadas las dimensiones en función de grupos de edad, se encontraron diferencias significativas en la dimensión 5 (evaluación de la información en salud), 8 (habilidad para encontrar información de calidad relacionada con la salud) y 9 (Comprender información en salud lo suficiente como para saber qué hacer), las mismas diferencias por edad encontró Cabellos-García et al. en su estudio.³⁸ Éstas dimensiones son en las que se necesita un nivel de alfabetización crítica en base a clasificaciones existentes,⁴ la cual es el nivel más avanzado y complejo de todos, y es en el que el

grupo más joven tenía una puntuación más elevada. Esto demuestra la influencia que tiene la edad en la alfabetización en salud y se alinea con los resultados esperados según estudios actuales que así lo explican y corroboran^{5,7,40,38}. Se refuerza por tanto la importancia del análisis por edad en estudios que evalúen estas características. Esto posiblemente es debido a que la vejez suele asociarse a una mayor pasividad y/o dificultad en la interacción con la información en salud y el entorno sanitario, por lo que hay ciertas responsabilidades y cuidados que usualmente pasan a depender de su red de apoyo social, familiar, de sus cuidadores principales y de los profesionales de la salud que le traten. Contrariamente al resto de estudios y los resultados de éste, Svendsen et al.⁷ encontraron que las cifras más bajas en alfabetización en salud fueron en la gente más joven y la más alta entre personas mayores, lo que podría deberse por establecer grupos de edad con un número de participantes más desequilibrado, habiendo muchos más participantes jóvenes que mayores; frente al percentil 50 utilizado en éste estudio.

Los resultados del análisis en función de las variables demográficas y de interés no encontraron diferencias significativas en función del sexo a diferencia de estudios a gran escala que encontraron valores significativamente inferiores en hombres.⁷ Se encontraron diferencias significativas en función al nivel de estudios, que resultó tener una relación directamente proporcional al nivel de alfabetización en salud, lo que es acorde con la literatura existente que menciona dicha influencia.^{4,5,7,40,38} Los resultados en función de la ocupación concuerdan con éstos últimos, ya que casi rozando la significación estadística los estudiantes obtuvieron puntuaciones más altas que el resto. Esto podría explicarse debido a que la muestra es de un nivel socio-económico bajo, por lo que por lo general la población tendrá ocupaciones laborales que requieran de un menor nivel educativo. El país de nacimiento no generó diferencias significativas a diferencia de lo que se podría esperar en base a estudios que comentan que las diferencias culturales puedan traducirse en creencias y actitudes diferentes que influyan en la alfabetización en salud⁵ y a los resultados de otros estudios.⁷ Esto puede deberse a que la muestra contó con una cifra muy pequeña de personas extranjeras y que a aquellas personas que lo eran provenían de un país de origen con mismo idioma nativo lo que impide poder generalizar resultados basados en los mismos. Se observó de igual manera, que el estado de salud percibido también poseía una relación directamente proporcional a la puntuación en el cuestionario HLQ, lo que es apoyado por estudios que comentan la existencia de una fuerte correlación entre la valoración de la propia salud y el nivel de alfabetización en salud.² Resulta por lo tanto notable el observar que el estado de salud percibido como regular se posiciona como factor predictor negativo para la alfabetización en salud y el de bueno y muy bueno como positivos en el análisis multivariante. Por último, el estado civil tuvo diferencias significativas en las personas viudas, que tuvieron puntuaciones más bajas en alfabetización en salud. Además, el análisis multivariante posicionó el ser viudo en personas mayores de 65 años y jubilado o pensionista en el modelo global como predictores con impacto negativo en el estilo de vida, esto seguramente no pueda ser achacado a su ocupación, si no que pueda ser debido a que estas personas tienen una edad más avanzada, lo que hemos comentado anteriormente que tiene repercusiones negativas en los niveles de alfabetización en salud. Dicho razonamiento es apoyado además con que el predictor estado de viudedad pase a tener un impacto positivo en el grupo de personas menores de 65 años. No se encontraron estudios que

utilizasen la misma categorización en estado civil para realizar una comparación adecuada. Fue inesperada la ausencia de la edad como factor predictivo de los modelos, lo que podría indicar la existencia de factores protectores frente a la misma para alcanzar un buen nivel de alfabetización en salud e incrementa la importancia del estado de salud percibido en la muestra, que sí que aparece en todos ellos.

6.2.- ALFABETIZACIÓN EN ESALUD

Se encontró un vacío en la literatura en el análisis de los factores socio-demográficos sobre la alfabetización en salud digital encontrándose muy poca que fuese actual y de relevancia, por lo que el estudio consigue contribuir a esa ausencia de información identificada. La población de estudio presentó unos niveles de alfabetización en salud digital insuficientes en todas sus dimensiones, lo que puede explicarse por el nivel medio-bajo de la población atendida, ya que la alfabetización en salud digital también se encuentra altamente relacionada con el nivel socioeconómico.^{5,9} La dimensión con menor puntuación fue la 1 (utilizar la tecnología para procesar información en salud), lo que puede explicar las puntuaciones bajas en salud digital, ya que puede indicar que la población no utiliza activamente la tecnología para fines de salud. Al analizarse por grupos de edad, únicamente las diferencias fueron estadísticamente significativas en la dimensión 1 (utilizar la tecnología para procesar información en salud), en la que el grupo más joven tuvo una puntuación mucho más elevada que la mayor. Aunque no significativas, en el resto de dimensiones el grupo más joven obtuvo de igual manera mayor puntuación. Esto puede deberse a que la población más joven por lo general está más acostumbrada al uso de la tecnología que la mayor por ser “nativos tecnológicos”, lo que se traduce en una mayor diferencia en función de la edad en concordancia con otros estudios.^{5,9} En un estudio anteriormente comentado que utilizó la misma herramienta de medición,³⁹ las puntuaciones fueron mucho mayores que las de este estudio en todas las dimensiones, lo que se considera no representativo al ser la muestra de estudiantes jóvenes que además cursaban la carrera de enfermería, lo que podría sesgar la validez de sus resultados. Como ya se comentó previamente, una edad joven y buen nivel educativo suelen relacionarse con mejor alfabetización en salud digital, además el cuestionario eHLQ valora áreas como la comprensión del lenguaje sanitario, por lo que no sería representativo utilizar en estudiantes de la rama sanitaria.

Respecto a los resultados del análisis en función de las variables sociodemográficas, no hubo diferencias significativas en función del sexo, sin embargo, el ser mujer se posicionó como predictor negativo en la alfabetización en salud digital. Éste podría no ser un predictor fiable para la salud digital, ya que adquiere poca importancia en el modelo global y para personas mayores de 65 años y se elimina en el de menores de 65 años. La literatura se muestra además inconclusa ante la existencia o no de posibles diferencias.⁹ Rozando la significación estadística, se encuentran las diferencias por país de nacimiento, siendo la alfabetización en salud digital más elevada en población extranjera, posiblemente debido a que esta población era más joven.

Se encontraron diferencias significativas en función de la ocupación siendo mayor en estudiantes y menor en jubilados, lo que concuerda con el análisis multivariante que posiciona el ser jubilado o pensionista como predictor de impacto negativo. Posiblemente este resultado sea debido en este caso a la marcada diferencia de edad entre ambos grupos. Como era esperado, el nivel de estudios se comportó de la misma manera que en la alfabetización en salud, teniendo la población mejor alfabetización en salud digital a mayor nivel de estudios. Esto explica el por qué los estudios universitarios se posicionaron como el factor predictor de impacto positivo más importante en todos los modelos y va acorde con lo esperado por otros estudios,² el estado de salud percibido también se comportó de igual manera que la alfabetización en salud, manteniéndose la relación directamente proporcional entre dicho estado y la alfabetización en salud digital. De igual forma se comportó el estado civil, encontrándose diferencias significativas con puntuación menor en personas viudas, lo que apoya la afirmación de que éste fenómeno se deba a la elevada edad de la población en dicha categoría. Sin embargo, ni el estado de salud percibido ni el estado civil fueron incluidos como predictores en ningún modelo, y fue inesperado encontrar que la edad únicamente se posicionó como predictor negativo en uno de ellos con reducido peso. Ello, posiblemente limite la asociación del estado de salud percibido y el estado civil en los niveles de alfabetización en eSalud y refuerza la importancia del nivel de estudios como principal influyente en la alfabetización en salud digital.

Como se describe en los resultados, existe una clara correlación entre alfabetización en salud y en salud digital, que se mantiene uniforme independientemente de si se desagrega o no por grupos de edad. Esta correlación ha sido corroborada en otros estudios.⁵ Además, se ha identificado ser una de las fortalezas del estudio, ya que en otros estudios⁴¹ aunque se sigue obteniendo una correlación positiva entre ambas, ésta es más débil, resultado que tiene menor representatividad debido a que la muestra en su totalidad era de estudiantes. En el estudio de Monkman et al,⁴² no identificaron asociación entre ambas variables, lo que podría estar condicionado por una muestra muy pequeña y únicamente compuesta por personas de entre 18 y 35 años. Además, los autores comentan en el estudio que las herramientas utilizadas para medir la alfabetización en salud y alfabetización en eSalud pueden no haber sido las más adecuadas. Esto, refuerza los resultados obtenidos y la metodología utilizada en el estudio presente.

6.3.- ESTILO DE VIDA SALUDABLE

La puntuación total del test tuvo una gran variabilidad entre la población con un rango de 64 (entre 28 y 92), lo que indica su gran fluctuación dependiendo de la situación de cada persona. El análisis por edad encontró diferencias significativas en dicha puntuación, en la que los menores de 65 años tenían un peor estilo de vida en todas las dimensiones del Ponte a 100. Este resultado puede deberse principalmente a una menor percepción de riesgo por parte de dicha población, lo que la hace más susceptible a llevar hábitos de vida tóxicos o menos saludables.

Se obtuvieron diferencias significativas en las puntuaciones del cuestionario ponte a 100 en función del sexo, lo que va acorde con el análisis de regresión múltiple sobre el estilo de vida saludable tanto a nivel global como por grupos de edad, en el que el sexo fue un predictor importante para los 3 modelos, siendo ser mujer indicativo de mejor estilo de vida.

La ocupación a nivel descriptivo, obtuvo una puntuación significativamente mayor en personas con una ocupación no laboral (parado/jubilado/pensionista/trabajo doméstico no remunerado) y muy inferior en trabajadores por cuenta propia. Con resultados muy parecidos en el análisis multivariante, en el que fue un predictor que no fue incluido en el modelo para el grupo de personas mayores, seguramente porque en dicho grupo había un elevado número de personas con la misma característica (jubilado o pensionista). Sin embargo, sí que adquirió importancia en el modelo global y en grupo de personas más jóvenes, en el que ser jubilado o pensionista se relacionaba con un mejor estilo de vida.

El nivel de estudios, no obtuvo diferencias significativas en la puntuación del estilo de vida saludable. Y tampoco tuvo influencia en la predicción de un estilo de vida saludable a nivel global o en el grupo de personas de mayor edad. Solamente sirvió de predictor en el grupo de personas más jóvenes, teniendo un impacto negativo en el estilo de vida saludable el tener un nivel educativo de educación secundaria. Esto podría explicarse ya que la mayoría de las personas pertenecientes al grupo de mayor edad tenían un bajo nivel educativo (17.28% analfabetos/estudios primarios incompletos y 53.09% educación primaria), debido a que históricamente pertenecieron a épocas en la que la accesibilidad a educaciones superiores era muy reducida y que además resultaron ser estas personas las que mejor estilo de vida tenían sobre personas más jóvenes con mayor accesibilidad a la educación universitaria.

El estado de salud percibido aunque muy significativo para los niveles de alfabetización, no obtuvo diferencias significativas en las puntuaciones en el cuestionario "Ponte a 100". Tampoco se posicionó como predictor para el estilo de vida saludable.

En función del país de nacimiento se encontraron que las personas extranjeras tuvieron un estilo de vida significativamente menos saludable. Este no se incluyó en el modelo predictor para mayores de 65, probablemente porque en ese grupo había un número muy reducido de extranjeros (2). Pero sí que fue un factor predictor muy importante en el estilo de vida tanto a nivel global como en el grupo de personas más jóvenes, en el que tenía un impacto negativo en el estilo de vida. Sin embargo, es necesario tomar estos resultados con precaución ya que los extranjeros en el estudio supusieron un 9.04% de la muestra total

En el estado civil aunque sin diferencias significativas, se colocó como predictor en el modelo global del estudio, en el que pertenecer a la categoría de casado tiene un impacto positivo en el estilo de vida. Esto se sustenta por un reciente estudio de Arce Espinoza y Rojas Sáurez⁴³ que comentan de éste ser un importante factor en la modificación de los estilos de vida junto al de tener hijos, éste último posicionándose como un predictor más importante incluso que el estado civil. Esto probablemente se deba a que con dicho compromiso haya una modificación en las creencias y valoración de la propia

salud de dichas personas, que con ello adquieren un deseo de adquirir un envejecimiento más saludable y servir de ejemplo para el resto de miembros de la familia.

En cuanto a la influencia del nivel de alfabetización y alfabetización en salud digital, primeramente se realizó una regresión con las puntuaciones totales de los test, las que no se situaron como predictor del estilo de vida para ningún modelo. Sin embargo, fue muy interesante ver que tras realizar dicha regresión con las dimensiones individuales de los cuestionarios, éstas contribuyeron de una mejor manera al mismo. Fue notable observar como se situaron como predictores de importancia la dimensión 5 del cuestionario eHLQ (motivación para relacionarse con los servicios digitales, $\beta=5.492$ $p<0.05$) en el grupo de personas más mayores y la dimensión 3 del cuestionario HLQ (gestionar mi salud de forma activa) tanto en el modelo global ($\beta=9.493$ $p<0.05$) como en el modelo de personas más jóvenes ($\beta=13.269$ $p<0.05$). Es posible que ésta última dimensión no sirviese de predictor en personas mayores, ya que por lo general las personas mayores tuvieron mejor estilo de vida que los más jóvenes y su estilo de vida saludable no se relacionaba con su nivel de alfabetización en salud.

Analizados los resultados de las puntuaciones por dimensiones, la muestra global tuvo puntuaciones más cercanas a sus valores máximos en orden descendente en la dimensión seguridad y lesiones no intencionales, bienestar emocional, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y por último en alimentación. Que la alimentación fuese la dimensión con peor puntuación fue un resultado inesperado y preocupante considerando que la población de estudio pertenece a un país que tradicionalmente ha sido conocido por seguir una dieta mediterránea y saludable, lo que nos puede indicar que la modernización de la sociedad y el cambio de nuestra rutina nos está alejando de ese patrón de alimentación y nos ha hecho adquirir hábitos alimenticios mucho menos saludables.

Analizadas las dimensiones por edad, el grupo de mayor edad presentó un estilo de vida más saludable en todas sus dimensiones frente al grupo más joven, aunque únicamente se observaron diferencias significativas en la dimensión 3 (consumo de alcohol, tabaco y otras drogas). A priori podríamos pensar que estas diferencias de edad se deban al estrés, malestar emocional y la falta de tiempo de la población más joven, pero el hecho de que la dimensión con mayor puntuación en ambas poblaciones haya sido el bienestar emocional (que valora también el estrés, tiempo de ocio, etc...) y las de peor puntuación hayan sido la alimentación, seguido de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y de la actividad física, puede darnos a entender que otros factores podrían estar relacionados con la adquisición de estos hábitos menos saludables. Es posible, que el problema radique en los hábitos del entorno social en el que se encuentran (contexto social), las creencias y valoración de la propia salud o una falta de motivación para dedicar tiempo a gestionar y mejorar la propia salud. Además, fue muy representativo observar que durante la recogida de datos, las personas con mayor número de enfermedades crónicas diagnosticadas tendían a adaptar estilos de vida mucho más saludables que las personas que no tenían comorbilidades crónicas, lo que nos podría indicar que otro factor muy importante que influencia el estilo de vida es la percepción de riesgo de enfermar y de vulnerabilidad (que se encuentra más ausente entre población sana). Fue muy característico, que ciertos encuestados comentaron que llevaban un estilo de vida poco saludable hasta que les

diagnosticaron por primera vez una enfermedad crónica. Estos resultados apoyan la literatura que afirma que el mayor determinante del estilo de vida saludable son las conductas en salud.²²

Respecto a la hipótesis y objetivo principal del estudio, a nivel global, no se pudo demostrar la relación entre la alfabetización en salud digital y el estilo de vida saludable, pero sí una leve relación con la alfabetización en salud ($r=0.223$, $p=0.004$). El análisis por dimensiones individuales sin embargo, logró especificar que tenía más relación en llevar un estilo de vida saludable incrementándose la fuerza de asociación especialmente en la dimensión 3 del cuestionario HLQ (gestionar mi salud de forma activa, $r=0.437$, $p=0.000$). El análisis por grupos de edad, nos mostró que en el grupo de personas más jóvenes, la relación entre alfabetización en salud y estilo de vida saludable se incrementaba levemente ($r=0.369$, $p=0.001$) y la alfabetización en salud digital seguía sin tener ninguna asociación. En el análisis por dimensiones, la dimensión 3 del cuestionario siguió siendo la más relevante, adquiriendo además más fuerza de asociación ($r=0.523$, $p=0.000$). Esto explica el porqué esta dimensión fue incluida como predictor de estilo de vida tanto en el modelo global como en el modelo para personas más jóvenes en vez de por el nivel de alfabetización en salud general.

Por último, para el grupo de edad más avanzada, la alfabetización en salud dejaba de estar asociada al estilo de vida saludable, encontrándose una leve asociación entre la alfabetización digital y el estilo de vida saludable ($r=0.226$, $p=0.042$). En cuanto a las dimensiones, ninguna logró tener una asociación que no fuese leve, siendo la más fuertemente asociada la dimensión 5 del cuestionario eHLQ (motivación para relacionarse con los servicios digitales, $r=0.293$, $p=0.008$), siendo esta dimensión añadida como predictor del estilo de vida en personas mayores. La segunda más fuerte fue la dimensión 3 del cuestionario HLQ (gestionar mi salud de forma activa, $r=0.288$, $p=0.009$). En este caso, es posible que tanto la alfabetización en salud y salud digital y sus dimensiones hayan adquirido menor importancia, ya que la gente mayor tiene una tendencia a relacionarse de forma pasiva con la información en salud y el entorno sanitario, dejándose guiar por las opiniones de su familia y/o profesionales de la salud. Esto podría indicar que su estilo de vida pase a estar relacionado con el nivel de alfabetización en salud que tengan sus cuidadores principales.

Los resultados derivados de la alfabetización en salud digital encontraron solamente una leve asociación y muy baja significación con el estilo de vida en el grupo de personas mayores de 65 años, estableciendo una no asociación para la población general y la más joven. La literatura encontrada contradice los resultados del estudio, sin embargo únicamente analizaba la relación de los comportamientos saludables con la alfabetización en salud digital en estudiantes pertenecientes a facultades de ciencias de la salud^{44,45} o estudiantes universitarios en general¹¹ que sí que concluían que la alfabetización en salud digital es un importante factor en los comportamientos en salud. Sin embargo, el hecho de que los resultados sean de muestras tan específicas hace que no sean tan generalizables como los de este estudio, además los resultados encontrados en la literatura podrían cuestionarse al haberse hecho solamente en estudiantes universitarios, no teniendo en cuenta una de las variables más importantes en la influencia de la alfabetización en salud digital que son la edad y el nivel de estudios. Esta conclusión es reforzada por la revisión sistemática de Neter y Brainin,⁴⁶ que

observó que la literatura encontrada que analizaba esta asociación era poca y con resultados inconsistentes.

Los resultados asociados a la alfabetización en salud en el grupo de personas mayores, no coinciden con los resultados de la mayoría de estudios que analizan esto, como por ejemplo Cabellos-García et al.⁴⁷ obtenían una relación significativa para todas las dimensiones del cuestionario HLQ. Encontrando resultados similares en otros estudios sobre alfabetización relacionada con el conocimiento y manejo de la anticoagulación oral^{35,48} y otro que asociaba la alfabetización en salud con el control de la diabetes.⁴⁹ Esto puede deberse a que el nivel de alfabetización fue analizado en un grupo muy concreto de personas (pacientes con enfermedad crónica diagnosticada de años de evolución) y lo relacionaba con situaciones muy concretas (manejo adecuado de la anticoagulación oral, conocimiento sobre anticoagulación oral) en vez de un concepto tan general como el estilo de vida saludable. De hecho, Neter y Brainin⁴⁶ en su revisión sistemática remarcaban la evidencia insuficiente que existe respecto a la relación de la alfabetización en salud con la percepción en la propia salud y los resultados en salud, además de encontrar una no asociación entre alfabetización en salud y calidad de vida. Se utilizaron dichos estudios debido a la ausencia de estudios que estudiaran la relación entre estilo de vida y alfabetización en salud. Pero esto podría indicar que la alfabetización en salud adquiere importancia en pacientes concretos y enfermedades concretas con fines e intervenciones más concretas como el control de su enfermedad, pero no ser tan útil para la población general o conceptos tan amplios como el estilo de vida saludable. Además, esta relación encontrada en la literatura podría no acercarse a la realidad de la población general y estar sesgada en los estudios anteriormente comentados. Es posible que dicha relación encontrada en la literatura, principalmente en pacientes crónicos que tienen que llevar un buen control de su enfermedad, sus buenos hábitos no se deban tanto por su alfabetización en salud si no por la elevada percepción del riesgo que tienen al saber que un mal control de su enfermedad podría empeorar su cantidad y calidad de vida. Además, fue inesperado encontrar en el resto de grupos de edad aunque si que se demostrase asociación entre alfabetización en salud y estilo de vida saludable, todas las correlaciones tuviesen una asociación tan baja a excepción de la dimensión 3 (gestionar mi salud de forma activa) puede indicarnos que existan otros factores no vistos en el estudio que influyan mucho más en el estilo de vida saludable. De hecho, un estudio experimental que realizó un programa de educación para la salud sobre estilos de vida saludable,⁵⁰ aunque el programa sí que mejoró los niveles de alfabetización en salud no provocó cambios significativos en el estilo de vida saludable. Además, estos resultados refuerzan la teoría anteriormente comentada que afirma que el estilo de vida saludable pueda deberse principalmente a la motivación para gestionar y cuidar de la propia salud, el contexto social, el propósito de vida, las creencias y actitud frente a la salud, la valoración de la propia salud y la percepción del riesgo; es decir, las conductas en salud. De este modo, las creencias tradicionales relativas al estrés o falta de tiempo como principales barreras, es posible que adquieran una importancia mucho menor. Conclusión que ya es apoyada por la literatura²² y algunos estudios.^{51,52} Es por ello que los determinantes sociales adquieren gran importancia en el estilo de vida, en concordancia también con teorías tan conocidas como la de Dorothea Orem⁵³ y el autocuidado, que plantea que para llevar a cabo una conducta

determinada no sólo basta con tener el conocimiento de ello, si no que se necesita tener las actitudes, aptitudes y motivación necesarias para conseguirlo.

6.4.- LIMITACIONES Y FORTALEZAS DEL ESTUDIO

Las principales limitaciones del estudio son que al tratarse de un estudio transversal, se ha podido analizar la asociación pero no la causalidad de las variables analizadas. Además, al haberse realizado el estudio en un único centro que pertenecía a una población con nivel socio-económico medio-bajo, los resultados de este estudio podrían únicamente generalizarse para áreas de salud que cumplan las mismas características. También, como anteriormente se ha mencionado, los resultados en población inmigrante deberían de ser tomados con precaución debido a la reducida muestra de los mismos en el estudio. De igual forma, es importante mencionar que los cuestionarios de alfabetización en salud recogían sus percepciones y opiniones con respecto a la misma, lo que puede modificar los resultados si ésta está alejada de su situación real. Por último, es importante mencionar que los datos fueron recogidos tras el período crítico de la pandemia, lo que ha podido tener repercusión en el estilo de vida de la muestra del estudio.

Como principales fortalezas, podemos mencionar que hasta la fecha, este es el primer estudio que relaciona conceptos tan generales como la alfabetización en salud y salud digital con el estilo de vida saludable, aportando por tanto información muy valiosa a la literatura y contribuyendo en gran medida al cuerpo de conocimientos relacionados con la promoción de estilos de vida saludables. También comentar, que los resultados de este estudio fueron resultado de una rigurosa técnica de muestreo y del cálculo específico del tamaño muestral tras la consideración de sesgos, lo que fortalece en gran medida la validez interna de los resultados. Otro de los grandes puntos fuertes del estudio fue el establecimiento de criterios de inclusión y exclusión no muy restrictivos, lo que permitió obtener una muestra muy heterogénea de participantes y aumentar así la validez externa del estudio, reclutando además pacientes que acudiesen al centro tanto en horario de mañanas como de tardes. Por último, resaltar que en los resultados siempre se realizaron tanto análisis globales como por grupos de edad junto con análisis por puntuación total y por dimensiones individuales de los cuestionarios, lo que ha permitido realizar un razonamiento mucho más amplio de la materia de estudio y poder comparar de una mejor manera su influencia.

6.5.- NUEVAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Se proponen como nuevas líneas de investigación aquellas que centren sus esfuerzos en analizar la relación del contexto social y las conductas y creencias en salud como determinantes para el estilo de vida saludable. Además de aquellos que se centren en analizar la repercusión de las barreras encontradas por la población al intentar seguir un estilo de vida saludable. Se identifica la necesidad de realizar estudios experimentales que exploren la relación de causalidad de la alfabetización en salud y salud digital sobre el estilo de vida saludable, así como crear programas de educación para la salud que se centren en mejorar los niveles de alfabetización en salud y salud digital para poder crear una sociedad sin desigualdades en salud. Son por lo tanto también oportunas las investigaciones que analicen los entornos y ámbitos sanitarios y cómo hacer para que estos promuevan de una manera más efectiva un adecuado nivel de alfabetización y de estilo de vida. El bajo nivel general de la alfabetización en salud digital encontrado muestra también la necesidad de crear entornos y herramientas que promuevan la misma entre los usuarios.

7.- CONCLUSIONES

- La población de estudio presenta bajos niveles de alfabetización en salud y salud digital, especialmente en el grupo de personas de edad avanzada.
- Existe mucha variabilidad en el estilo de vida relacionado con la salud en la población, teniendo el grupo de edad avanzada y las mujeres un estilo de vida más saludable.
- La alimentación del conjunto de la población de estudio no es del todo adecuada. En población joven, el consumo de alcohol, tabaco y drogas es mucho más frecuente.
- La alfabetización en salud y eSalud están estrechamente correlacionadas entre sí, existiendo diferencias similares en sus niveles en función de los determinantes sociodemográficos.
- Las personas con un mejor estado de salud percibido presentaban mejores niveles de alfabetización en salud, mientras que las más jóvenes y con mayor nivel de estudios presentaban una mejor alfabetización en salud digital.
- El no ser inmigrante, ser mujer, estar jubilado/a, casado/a, haber cursado estudios superiores a la educación secundaria y gestionar la salud de forma activa (ítem de cuestionario de alfabetización en salud), hicieron más probable llevar un estilo de vida más saludable. En personas de edad avanzada, la motivación para relacionarse con los

servicios digitales (ítem de cuestionario de alfabetización en salud digital) adquirió importancia para adoptar un mejor estilo de vida en dicha población.

- Unos niveles adecuados de alfabetización en salud estuvieron levemente asociados con llevar un estilo de vida saludable, mientras que en la población de edad avanzada únicamente influyó de manera leve la alfabetización en salud digital.
- Agrupar los datos en alfabetización en salud, salud digital y estilos de vida saludable en función de la edad, facilita la comprensión y evaluación de los resultados de dichas características.

8.- BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud [Internet]*. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud [citado 20 de mayo de 2022] Promoción de la Salud [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>.
2. Juvinyà-Canal D, Bertran-Noguer C, Suñer-Soler R. Alfabetización para la salud, más que información. *Gac Sanit* [Internet]. 2018 [citado 20 de mayo de 2022];32(1):8-10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28967453/>
3. World Health Organization [Internet]*. World Health Organization [citado 20 de mayo de 2022] Improving health literacy [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy>.
4. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2021 [citado 20 de mayo de 2022];42:159-73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33035427/>
5. Baccolini V, Rosso A, Di Paolo C, Isonne C, Salerno C, Migliara G, et al. What is the Prevalence of Low Health Literacy in European Union Member States? A Systematic Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2021 [citado 20 de mayo de 2022];36(3):753-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33403622/>
6. Mackert M, Champlin SE, Holton A, Muñoz II, Damásio MJ. eHealth and Health Literacy: A Research Methodology Review: eHealth and Health Literacy: A Research Methodology Review. Bakardjieva M, editor. *J Comput-Mediat Commun* [Internet]. 2014 [citado 20 de mayo de 2022];19(3):516-28. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcc4.12044>
7. Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, et al. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 [citado 20 de mayo de 2022];20(1):e565 [Aprox.12p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32345275/>
8. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* [Internet]. 2013 [citado 20 de mayo de 2022];13:e658 [Aprox.17p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23855504/>
9. Lwin MO, Panchapakesan C, Sheldenkar A, Calvert GA, Lim LKS, Lu J. Determinants of eHealth Literacy among Adults in China. *J Health Commun* [Internet]. 2020 [citado 20 de mayo de 2022];25(5):385-93. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32552607/>

10. World Health Organization [Internet]*. World Health Organization Western Pacific Region [citado 20 de mayo de 2022] Using e-health and information technology to improve health [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://www.who.int/westernpacific/activities/using-e-health-and-information-technology-to-improve-health>.
11. Tsukahara S, Yamaguchi S, Igarashi F, Uruma R, Ikuina N, Iwakura K, et al. Association of eHealth Literacy With Lifestyle Behaviors in University Students: Questionnaire-Based Cross-Sectional Study. *J Med Internet Res* [Internet]. 2020 [citado 20 de mayo de 2022];22(6):e18155 [Aprox.11p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32579126/>
12. Kayser L, Karnoe A, Furstrand D, Batterham R, Christensen KB, Elsworth G, et al. A multidimensional tool based on the eHealth Literacy Framework: Development and initial validity testing of the eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ). *J Med Internet Res* [Internet]. 2018 [citado 20 de mayo de 2022];20(2):e36 [Aprox.11p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29434011/>
13. Jiménez González J. Diseño y validación de un cuestionario de estilo de vida saludable en Atención Primaria. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2022 (Pendiente de defensa).
14. World Health Organization [Internet]*. Dinamarca: World Health Organization Regional Office for Europe [citado 20 de mayo de 2022] A healthy lifestyle [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle>.
15. Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Muñoz Seco E, Gómez Puente JM, San José Arango J, Ramírez Manent JI, et al. Grupo de expertos del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria* [Internet]. 2020 [citado 20 de mayo de 2022];52(S2):32-43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33388116/>
16. Cerf ME. Healthy lifestyles and noncommunicable diseases: Nutrition, the life-course, and health promotion. Birrell F, editor. *Lifestyle Med* [Internet]. 2021 [citado 20 de mayo de 2022];2(2):e31 [Aprox.12p.]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/lim2.31>
17. Reis F, Sá-Moura B, Guardado D, Couceiro P, Catarino L, Mota-Pinto A, et al. Development of a Healthy Lifestyle Assessment Toolkit for the General Public. *Front Med* [Internet]. 2019 [citado 20 de mayo de 2022];6:e134 [Aprox.15p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31316985/>
18. Leyton M, Lobato S, Batista M, Aspano MI, Jiménez R. Validación del cuestionario de estilo de vida saludable (EVS) en una población española. *Rev Iberoam Psicol Ejerc Deporte* [Internet]. 2018 [citado 20 de mayo de 2022];13(1):23-31. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194990>
19. Nyberg ST, Singh-Manoux A, Pentti J, Madsen IEH, Sabia S, Alfredsson L, et al. Association of Healthy Lifestyle with Years Lived Without Major Chronic Diseases. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2020 [citado 20 de mayo de 2022];180(5):760-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32250383/>
20. Zaninotto P, Head J, Steptoe A. Behavioural risk factors and healthy life expectancy: evidence from two longitudinal studies of ageing in England and the US. *Sci Rep* [Internet]. 2020 [citado 20 de mayo de 2022];10(1):e6955 [Aprox.9p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32332825/>

21. Chudasama YV, Khunti K, Gillies CL, Dhalwani NN, Davies MJ, Yates T, et al. Healthy lifestyle and life expectancy in people with multimorbidity in the UK Biobank: A longitudinal cohort study. *PLoS Med* [Internet]. 2020 [citado 20 de mayo de 2022];17(9):e1003332 [Aprox.18p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32960883/>
22. Amigo Vázquez I. Creencias sobre la salud y cambio de conducta. En: Manual de psicología de la salud [Internet]. 4ª ed. Oviedo: Pirámide; 2020 [citado 20 de mayo de 2022]. p. [Aprox.32p.]. Disponible en: https://ucm.on.worldcat.org/search/detail/1252853376?queryString=manual%20de%20psicologia%20de%20la%20salud&clusterResults=false&stickyFacetsChecked=true&lang=es&baseScope=sz%3A37628&baseScope=sz%3A37703&groupVariantRecords=true&subformat=Book%3A%3Abook_digital&changedFacet=format
23. Vandembroucke JP, Von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Mejorar la comunicación de estudios observacionales en epidemiología (STROBE): explicación y elaboración. *Gac Sanit* [Internet]. 2009 [citado 20 de mayo de 2022];23(2):158.e1-158.e28 [Aprox.28p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19249134/>
24. Morris RL, Soh SE, Hill KD, Buchbinder R, Lowthian JA, Redfern J, et al. Measurement properties of the Health Literacy Questionnaire (HLQ) among older adults who present to the emergency department after a fall: a Rasch analysis. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2017 [citado 20 de mayo de 2022];17(1):e605 [Aprox.11p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28851344/>
25. Elsworth GR, Beauchamp A, Osborne RH. Measuring health literacy in community agencies: a Bayesian study of the factor structure and measurement invariance of the health literacy questionnaire (HLQ). *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016 [citado 20 de mayo de 2022];16(1):e508 [Aprox.12p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27659559/>
26. Huang Y, Ruan T, Yi Q, Wang T, Guo Z. The health literacy questionnaire among the aged in Changsha, China: confirmatory factor analysis. *BMC Public Health* [Internet]. 2019 [citado 20 de mayo de 2022];19(1):e1220 [Aprox.12p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31484512/>
27. Wahl AK, Hermansen Å, Osborne RH, Larsen MH. A validation study of the Norwegian version of the Health Literacy Questionnaire: A robust nine-dimension factor model. *Scand J Public Health* [Internet]. 2021 [citado 20 de mayo de 2022];49(4):471-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32508258/>
28. Maindal HT, Kayser L, Norgaard O, Bo A, Elsworth GR, Osborne RH. Cultural adaptation and validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ): robust nine-dimension Danish language confirmatory factor model. *SpringerPlus* [Internet]. 2016 [citado 20 de mayo de 2022];5(1):e1232 [Aprox.16p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27536516/>
29. Nolte S, Osborne RH, Dwinger S, Elsworth GR, Conrad ML, Rose M, et al. German translation, cultural adaptation, and validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). Abe T, editor. *PLOS ONE* [Internet]. 2017 [citado 20 de mayo de 2022];12(2):e0172340 [Aprox.12p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28234987/>

30. Rademakers J, Waverijn G, Rijken M, Osborne RH, Heijmans M. Towards a comprehensive, person-centred assessment of health literacy: translation, cultural adaptation and psychometric test of the Dutch Health Literacy Questionnaire. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 [citado 20 de mayo de 2022];20(1):e1850 [Aprox.12p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33267834/>
31. Saleem A, Steadman KJ, Osborne RH, La Caze A. Translating and validating the Health Literacy Questionnaire into Urdu: a robust nine-dimension confirmatory factor model - PubMed. *Health Promot Int* [Internet]. 2021 [citado 20 de mayo de 2022];36(5):1219-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33370429/>
32. Hawkins M, Cheng C, Elsworth GR, Osborne RH. Translation method is validity evidence for construct equivalence: analysis of secondary data routinely collected during translations of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Med Res Methodol* [Internet]. 2020 [citado 20 de mayo de 2022];20(1):e130 [Aprox.13p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32456680/>
33. Boateng MA, Agyei-Baffour P, Angel S, Enemark U. Translation, cultural adaptation and psychometric properties of the Ghanaian language (Akan; Asante Twi) version of the Health Literacy Questionnaire. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2020 [citado 20 de mayo de 2022];20(1):e1064 [Aprox.15p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33228648/>
34. Cheng C, Elsworth G, Osborne RH. Validity Evidence Based on Relations to Other Variables of the eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ): Bayesian Approach to Test for Known-Groups Validity. *J Med Internet Res* [Internet]. 2021 [citado 20 de mayo de 2022];23(10):e30243 [Aprox.17p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34647897/>
35. Yiu AW, Bajorek BV. Health literacy and knowledge in a cohort of Australian patients taking warfarin. *Pharm Pract* [Internet]. 2018 [citado 20 de mayo de 2022];16(1):e1080 [Aprox.10p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29619136/>
36. Beauchamp A, Dodson S, Batterham R, Osborne RH. Ophelia Templates and Additional Resources. Templates and resources to support application of the Ophelia Manual [Internet]. 2017 [citado 20 de mayo de 2022]. Disponible en: https://www.nswmentalhealthcommission.com.au/sites/default/files/2021-08/swinburne_-_ophelia_templates_and_additional_resources.pdf
37. Rajah R, Hassali MAA, Murugiah MK. A systematic review of the prevalence of limited health literacy in Southeast Asian countries. *Public Health* [Internet]. 2019 [citado 20 de mayo de 2022];167:8-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30544041/>
38. Cabellos-García AC, Castro-Sánchez E, Martínez-Sabater A, Díaz-Herrera MÁ, Ocaña-Ortiz A, Juárez-Vela R, et al. Relationship between Determinants of Health, Equity, and Dimensions of Health Literacy in Patients with Cardiovascular Disease. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 20 de mayo de 2022];17(6):e2082 [Aprox.13p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32245143/>

39. Holt KA, Overgaard D, Engel LV, Kayser L. Health literacy, digital literacy and eHealth literacy in Danish nursing students at entry and graduate level: a cross sectional study. *BMC Nurs* [Internet]. 2020 [citado 20 de mayo de 2022];19(1):e22 [Aprox.12p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32308559/>
40. Aaby A, Beauchamp A, O'Hara J, Maindal HT. Large diversity in Danish health literacy profiles: perspectives for care of long-term illness and multimorbidity. *Eur J Public Health* [Internet]. 2020 [citado 20 de mayo de 2022];30(1):75-80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31363738/>
41. Li S, Cui G, Kaminga AC, Cheng S, Xu H. Associations Between Health Literacy, eHealth Literacy, and COVID-19-Related Health Behaviors Among Chinese College Students: Cross-sectional Online Study. *J Med Internet Res* [Internet]. 2021 [citado 20 de mayo de 2022];23(5):e25600 [Aprox. 13p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33822734/>
42. Monkman H, Kushniruk AW, Barnett J, Borycki EM, Greiner LE, Sheets D. Are Health Literacy and eHealth Literacy the Same or Different? *Stud Health Technol Inf* [Internet]. 2017 [citado 20 de mayo de 2022];245:178-82. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29295077/>
43. Arce Espinoza L, Rojas Sáurez K. Factores que influyen en el estilo de vida de los funcionarios de una universidad estatal de Costa Rica: nivel educativo, estado civil y número de niños. *UNED Res J* [Internet]. 2020 [citado 20 de mayo de 2022];12(2):e3151 [Aprox.8p.]. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1659-42662020000200400&script=sci_abstract&lng=es
44. Kim S, Oh J. The Relationship between E-Health Literacy and Health-Promoting Behaviors in Nursing Students: A Multiple Mediation Model. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [citado 20 de mayo de 2022];18(11):e5804 [Aprox.12p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34071469/>
45. Eyimaya AÖ, Özdemir F, Tezel A, Apay SE. Determining the healthy lifestyle behaviors and e-health literacy levels in adolescents. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2021 [citado 20 de mayo de 2022];55:e03742 [Aprox. 7p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33852698/>
46. Neter E, Brainin E. Association Between Health Literacy, eHealth Literacy, and Health Outcomes Among Patients With Long-Term Conditions: A Systematic Review. *Eur Psychol* [Internet]. 2019 [citado 20 de mayo de 2022];24(1):68-81. Disponible en: <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000350>
47. Cabellos-García AC, Martínez-Sabater A, Díaz-Herrera MÁ, Gea-Caballero V, Castro-Sánchez E. Health literacy of patients on oral anticoagulation treatment- individual and social determinants and effect on health and treatment outcomes. *BMC Public Health* [Internet]. 2021 [citado 20 de mayo de 2022];21(1):e1363 [Aprox.9p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34243749/>
48. Rolls CA, Obamiro KO, Chalmers L, Bereznicki LRE. The relationship between knowledge, health literacy, and adherence among patients taking oral anticoagulants for stroke thromboprophylaxis in atrial fibrillation. *Cardiovasc Ther* [Internet]. 2017 [citado 20 de mayo de 2022];35(6):e12304 [Aprox.8p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28869793/>

49. Olesen K, F Reynheim AL, Joensen L, Ridderstråle M, Kayser L, Maindal HT, et al. Higher health literacy is associated with better glycemic control in adults with type 1 diabetes: a cohort study among 1399 Danes. *BMJ Open Diabetes Res Care* [Internet]. 2017 [citado 20 de mayo de 2022];5(1):e000437 [Aprox.8p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29225895/>
50. Ayaz-Alkaya S, Terzi H, Işık B, Sönmez E. A healthy lifestyle education programme for health literacy and health-promoting behaviours: A pre-implementation and post-implementation study. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2020 [citado 20 de mayo de 2022];26(2):e12793 [Aprox.8p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31773870/>
51. Hirooka N, Kusano T, Kinoshita S, Aoyagi R, Hidetomo N. Association between healthy lifestyle practices and life purpose among a highly health-literate cohort: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 2021 [citado 20 de mayo de 2022];21(1):e820 [Aprox.8p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33926422/>
52. Kinoshita S, Hirooka N, Kusano T, Saito K, Nakamoto H. Does Improvement in Health-Related Lifestyle Habits Increase Purpose in Life among a Health Literate Cohort? *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 20 de mayo de 2022];17(23):e8878 [Aprox.10p.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33260350/>
53. Chakrabarty J. Theories and nursing process. En: *Theoretical Basis for Advanced Practice Nursing* [Internet]. Nueva Delhi: Elsevier; 2021 [citado 20 de mayo de 2022]. p. p.145-51. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/theoretical-basis-for-advanced-practice-nursing/chakrabarty/978-81-312-5647-3>

9.- ANEXOS

9.1.- STROBE CHECKLIST

Anexo 1. STROBE checklist. Fuente: elaboración propia a partir de modelo disponible en: <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/strobe/>

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(a) Indicate the study’s design with a commonly used term in the title or the abstract	VII
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	VII
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	1-6
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	6-7
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	7
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	7,11-12
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	7-8
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	9
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	10-11
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	14
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	8
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	12-13
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	13
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	13
		(c) Explain how missing data were addressed	N/A
		(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	8,13
		(e) Describe any sensitivity analyses	13
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	N/A
		(c) Consider use of a flow diagram	
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	16
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	N/A
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures	17-24
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	N/A

		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	13
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	N/A
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	25-28
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	29, 31, 32, 35
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	37
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	29-36
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	37
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	N/A

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

9.2.- CUESTIONARIO “PONTE A 100”

Anexo 2: Tabla sobre el cuestionario Ponte a 100 Fuente: Elaboración propia		
DIMENSIONES	CATEGORÍAS	PUNTUACIONES
1. Alimentación	11 ítems	0 - 25
2. Actividad física	4 ítems	2 - 20
3. Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas ^a	3 ítems	(- 35) - 25
4. Bienestar emocional	10 ítems	0 - 20
5. Seguridad y lesiones no intencionales	5 ítems	0 - 10
^a Consta de ítems con posibilidad de restar puntos *Máxima puntuación = 100 puntos *Mayor puntuación = estilo de vida más saludable		

9.3.- CUESTIONARIO HLQ

Anexo 3: Tabla sobre el cuestionario Health Literacy Questionnaire Fuente: Elaboración propia		
DIMENSIONES	CATEGORÍAS	PUNTUACIONES
1. Sentirse comprendido y apoyado por los profesionales de la salud ^a	4 ítems	1 - 4
2. Tener suficiente información para manejar mi propia salud ^a	4 ítems	1 - 4
3. Gestionar mi salud de forma activa ^a	5 ítems	1 - 4
4. Red social de apoyo para la salud ^a	5 ítems	1 - 4
5. Evaluación de la información en salud ^a	5 ítems	1 - 4
6. Habilidad para relacionarse activamente con los profesionales de la salud ^b	5 ítems	1 - 5
7. Capacidad para navegar por el sistema sanitario ^b	6 ítems	1 - 5
8. Habilidad para encontrar información de calidad relacionada con la salud ^b	5 ítems	1 - 5
9. Comprender la información en salud lo suficiente como para saber qué hacer ^b	5 ítems	1 - 5

^aCategorías de respuesta: muy en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, muy de acuerdo.
^bCategorías de respuesta: no puedo hacerlo o me es siempre difícil, generalmente me es difícil, a veces me es difícil, generalmente me es fácil, siempre me es fácil.
 *Puntuación más alta = mayor alfabetización en salud.
 *Adaptación de Osborne RH, Batterham R w., Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health [Internet]. 2013;13:e658⁸

9.4.- CUESTIONARIO HLQ, DESCRIPTORES Y CONSTRUCTOS DE ESCALA

Anexo 4: Tabla de descriptores y constructos del cuestionario Health Literacy Questionnaire Fuente: Elaboración propia		
CONSTRUCTOS	NIVELES BAJOS DEL CONSTRUCTO	NIVELES ALTOS DEL CONSTRUCTO
1. Sentirse comprendido y apoyado por los profesionales de la salud	Incapaz de interaccionar con médicos y otros profesionales de la salud. No dispone de un profesional de la salud al que acudir regularmente y/o tiene dificultades en confiar en los profesionales de la salud como fuente de información y/o consejo	Ha establecido una relación con al menos un profesional de la salud que le conoce bien y en quien confía para buscar consejo e información y para ayudarlo a comprender la información y tomar decisiones con respecto a su salud
2. Tener suficiente información para manejar mi propia salud	Siente que existen lagunas en sus conocimientos y que no dispone de la información que necesita para vivir con y manejar sus problemas de salud	Se siente seguro de tener toda la información que necesita para vivir con y manejar su salud y para tomar decisiones sobre ella
3. Gestionar mi salud de forma activa	No ve su salud como su responsabilidad, no se involucra en su autocuidado y considera la atención sanitaria como algo que se le hace a él	Reconoce la importancia de y es capaz de responsabilizarse de su propia salud. Se involucra de forma activa en su autocuidado y toma sus propias decisiones sobre su salud. Considera la salud como una prioridad.
4. Red social de apoyo para la salud	Se encuentra totalmente solo y sin apoyo para la salud	Su red de apoyo social le proporciona con todo el apoyo que quiere o necesita para su salud
5. Evaluación de la información en salud	No importa lo mucho que lo intente, es incapaz de comprender la mayoría de la información en salud y se confunde cuando existe información contradictoria	Es capaz de identificar fuentes de información confiable y de calidad. Puede evaluar la información contradictoria por él mismo o con la ayuda de otros

<p>6. Habilidad para relacionarse activamente con los profesionales de la salud</p>	<p>Es pasivo cuando aborda los servicios sanitarios, inactivo, como por ejemplo no buscar o clarificar información y consejo de forma proactiva y/o las opciones del servicio. Aceptan la información que se les proporciona sin cuestionamiento. Incapaz de realizar preguntas para obtener información o para clarificar lo que no comprende. Acepta lo que se le ofrece sin asegurarse de que ello cumple con sus necesidades. Se siente incapaz de compartir sus preocupaciones. No tiene una sensación de voluntad cuando interactúa con los profesionales de la salud</p>	<p>Es proactivo con su salud y se siente en control en sus relaciones con los profesionales de la salud. Es capaz de buscar el consejo de profesionales de la salud adicionales cuando es necesario. Son constantes hasta que consiguen lo que quieren. Se siente empoderado.</p>
<p>7. Capacidad para navegar por el sistema sanitario</p>	<p>Incapaz de defenderse por él mismo ni de encontrar alguien que pueda ayudarle en el uso del sistema de salud para resolver sus necesidades en salud. No busca más allá de los recursos que resultan obvios y tienen un conocimiento limitado de lo que se encuentra disponible y a lo que tienen derecho</p>	<p>Es capaz de encontrar servicios y sistemas de apoyo de modo que consigue que todas sus necesidades sean satisfechas. Es capaz de defenderse a sí mismo a nivel del sistema y del servicio.</p>
<p>8. Habilidad para encontrar información de calidad relacionada con la salud</p>	<p>Incapaz de acceder a la información en salud cuando lo necesita. Depende de otros para que le proporcionen de dicha información</p>	<p>Es un “explorador de la información”. Utiliza de forma activa una amplia gama de fuentes de información para encontrarla y siempre está actualizado</p>
<p>9. Comprender la información en salud lo suficiente como para saber qué hacer</p>	<p>Tiene problemas para comprender cualquier información en salud escrita o instrucciones sobre tratamientos o medicaciones. Incapaz de leer o escribir lo suficientemente bien como para completar formularios médicos</p>	<p>Es capaz de comprender toda la información escrita (incluida la información numérica) en relación con su salud y es capaz de escribir de manera apropiada en los formularios médicos cuando así es requerido</p>
<p>*Adaptación de Osborne RH, Batterham R w., Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health [Internet]. 2013;13:e658⁸</p>		

9.5.- CUESTIONARIO eHLQ

Anexo 5: Tabla de las dimensiones del cuestionario eHealth Literacy Questionnaire y sus descriptores Fuente: Elaboración propia		
DIMENSIONES	CATEGORÍAS	DESCRIPTORES
1. Utilizar la tecnología para procesar información en salud	5 ítems	Ser capaz de utilizar la tecnología para leer, escribir y recordar, aplicar conceptos numéricos básicos, y comprender el lenguaje en contextos específicos (por ejemplo, salud, tecnología de la información, o el lenguaje español) además de evaluar la información de manera crítica. Conocer cuándo, cómo y qué información utilizar
2. Comprender los conceptos y el lenguaje sanitario	5 ítems	Conocer las funciones fisiológicas básicas y su propio estado de salud. Consciente de los factores de riesgo y cómo evitarlos o reducir su influencia en su propia salud
3. Habilidad para relacionarse activamente con los servicios digitales	5 ítems	Sentirse seguro utilizando servicios digitales para el manejo de la información
4. Sentirse seguro y bajo control	5 ítems	Sentirse en control de los datos personales que se encuentran almacenados en los sistemas utilizados y que éstos se almacenan de forma segura y son utilizados únicamente por las personas pertinentes (su médico, enfermera, etc.)
5. Motivación para relacionarse con los servicios digitales	5 ítems	Sentir que valerse de los servicios digitales será de utilidad para ellos mismos en el manejo de su propia salud
6. Tener acceso a servicios digitales operativos	6 ítems	Tiene acceso a los servicios digitales y confía en que éstos se encuentren operativos cuando los necesiten y de la manera que ellos esperan que funcionen
7. Servicios digitales que se adapten a las necesidades individuales	4 ítems	Tener acceso a servicios digitales que se adecúen a las necesidades y preferencias específicas del usuario. Esto incluye herramientas de respuesta de ambas las tecnologías de la información y el sistema sanitario, así como la adaptación de los recursos y las interfaces que utilizan las personas con discapacidad física o mental

*Categorías de respuesta: muy en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, muy de acuerdo. /Puntuación más alta = mayor alfabetización en eSalud. / Puntuaciones posibles de entre 1 - 4 puntos para todos los dominios. /Adaptación de Kayser L, Karnoe A, Furstrand D, Batterham R, Christensen KB, Elsworth G, et al. A multidimensional tool based on the eHealth Literacy Framework: Development and initial validity testing of the eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ). J Med Internet Res [Internet]. 2018 ;20(2):e36¹²

9.6.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Anexo 6. Consentimiento informado. Fuente: Elaboración propia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D/Dña.....(nombre y apellidos),
declaro que:

- He leído la hoja de información que me han entregado
- He recibido suficiente información sobre el estudio
- Comprendo la información y he podido hacer preguntas sobre el estudio
- Soy consciente del carácter voluntario de la participación
- He hablado con:

.....(nombre del investigador)

Por el presente presto libremente mi conformidad a participar en el estudio y doy consentimiento para la utilización de mis datos con el fin propuesto.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Voluntariamente
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en la calidad de mi atención sanitaria

Firma del paciente

Firma del investigador

Nombre y apellidos:

Nombre y apellidos:

Fecha:

Fecha:

Este documento se firmará por duplicado quedándose una copia el investigador y otra el paciente.

9.7.- HOJA INFORMATIVA

Anexo 7. Hoja informativa. Fuente: Elaboración propia.



Estimado señor/a,

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación, en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por la Comisión de Investigación y el Comité de Ética de la Universidad Complutense de Madrid de acuerdo con la legislación vigente. Dicho estudio, servirá para la elaboración de un trabajo de fin de máster. El mismo, se realiza en el C.S. Las Águilas (Madrid).

Aunque su participación no supondrá un beneficio directo para usted, su colaboración nos permitirá conocer el estado de salud de la población atendida, sus necesidades y la calidad de los servicios prestados por el servicio sanitario, además de entender la relación entre diversos conocimientos en materia de salud con el estilo de vida saludable. No es esperable ningún tipo de riesgo por la participación en este estudio y los investigadores estarán siempre disponibles para cualquier tipo de duda o consulta.

Quisiéramos por ello pedir su ayuda para que conteste a los siguientes tres cuestionarios, lo cuál debería de llevarle aproximadamente **15 minutos**. Sus respuestas serán totalmente **anónimas y confidenciales**. Le pedimos que por favor conteste con la mayor sinceridad posible. **No hay respuestas correctas o incorrectas.**

La participación es totalmente **voluntaria**. Puede retirarse del estudio cuando así lo manifieste, sin necesidad de dar explicaciones y sin que ello repercuta en sus cuidados. La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

El estudio no supondrá gasto alguno para usted ni recibirá dinero por su participación. Tampoco existe compensación económica para el equipo investigador. Para cualquier otra cuestión que desee aclarar, puede ponerse en contacto con el investigador principal:

- David García García. Teléfono: 917 05 91 00

Muchas gracias de antemano por su participación

