

**DETERMINACIÓN DE LA FALTA DE  
ALFABETIZACIÓN EN SALUD DURANTE LA  
PANDEMIA DE LA COVID-19 E  
IMPORTANCIA DEL PROFESIONAL  
FARMACÉUTICO EN LA INTERVENCIÓN DE  
LA MISMA**



Paula María Fernández Cuesta

FACULTAD DE FARMACIA

# Determinación de la falta de alfabetización en salud durante la pandemia de la COVID-19 e importancia del profesional farmacéutico en la intervención de la misma



Paula María Fernández Cuesta

Departamento de Farmacología.

Tutora: María Álvarez de Sotomayor Paz

Trabajo experimental

Grado en Farmacia

Facultad de Farmacia, Julio de 2021, en Sevilla

# Índice

1.	Introducción .....	5
1.1.	Concepto de alfabetización en salud .....	5
1.2.	Herramientas para medir la alfabetización en salud.....	6
1.3.	Clasificación .....	6
1.4.	Factores que influyen el grado de alfabetización en salud .....	7
1.5.	Consecuencias de tener una baja alfabetización.....	7
1.6.	Limitaciones para la mejora de la alfabetización en salud .....	8
2.	Objetivos .....	10
3.	Materiales y métodos.....	10
3.1.	Tipo de estudio.....	10
3.2.	Criterios de inclusión y de exclusión.....	10
3.3.	Diseño del cuestionario: .....	11
3.3.1.	Instrumento HLS-EU-Q16 Versión adaptada .....	11
3.3.2.	Instrumento SAHLSA.....	12
3.4.	Procedimiento a seguir en la realización de los cuestionarios .....	13
4.	Resultados y discusión:.....	14
4.1.	Influencia del entorno en el estudio.....	14
4.2.	Descripción de los participantes.....	15
4.2.1.	Distribución de los participantes según su sexo .....	15
4.2.2.	Distribución de los participantes según su edad .....	16
4.2.3.	Distribución de los participantes según su nivel de estudios .....	18
4.3.	Cuestionario HLS-EU-Q16 Versión adaptada.....	19
4.4.	Papel del Farmacéutico.....	24
4.5.	Cuestionario SAHLSA .....	26
5.	Conclusiones.....	28
6.	Anexos.....	29
7.	Bibliografía .....	38

## Resumen

La alfabetización en salud según la OMS representa las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la habilidad de los individuos para ganar acceso a entender y usar la información de forma que promuevan y mantengan una buena salud.

La necesidad de alfabetización en salud ha sido notable en la pandemia, debido al bombardeo de información sufrido y a la necesidad de discernir la fiabilidad de la información, así que para evaluar si es adecuado el nivel de alfabetización en salud, se ha realizado el presente estudio en una farmacia de Sevilla ubicada en el Distrito Macarena.

Los resultados de esta población están muy marcados por su contexto al pertenecer a un barrio humilde y de nivel socioeconómico limitado.

Se escogió para el estudio a la población que venía a la farmacia mayor de 60 años y se le realizó un cuestionario con tres partes: el instrumento HLS-EU-Q16, unas preguntas acerca de la actuación del farmacéutico en la pandemia y la herramienta SAHLSA.

El 75% de personas que realizaron la encuesta eran mujeres y el rango de edad de la mayoría de las personas iba de los 80 a los 89 años, de manera que sólo el 34% de la población encuestada tenía sólo estudios primarios.

En el cuestionario HLS-EU-Q16 los resultados se dividían en 3 niveles, Suficiente, insuficiente y deficiente, mientras que en el cuestionario SAHLSA si superaban los 37 puntos se consideraba un nivel de alfabetización en salud apto y si no se superaban se consideraba un nivel de alfabetización no apto.

Al final del estudio, en el cuestionario HLS-EU-Q16 se obtuvo un resultado de alfabetización insuficiente en el 70% de la población, mientras que en el otro cuestionario se tuvo que revisar sus resultados por las limitaciones del estudio.

**Palabras clave:** “Alfabetización en salud”, “SAHLSA”, “HLS-EU-Q16”, “Covid-19”, “Farmacéutico”

## 1. Introducción

### 1.1. Concepto de alfabetización en salud

Según la RAE, la **alfabetización** está definida como la capacidad que tiene una persona para leer y escribir, pero el concepto abarca además el uso de estas herramientas para afrontar los desafíos del día a día, y la capacidad de esa persona para desenvolverse en el mundo.

Esta idea se puede extrapolar al ámbito sanitario y tendría su equivalente en el término “alfabetización en salud”.

El concepto de alfabetización en salud fue utilizado originalmente en Estados Unidos y en Canadá, pero actualmente se usa en países de todo el mundo.

Aunque puede parecer que existan distintas definiciones de la alfabetización en salud, la esencia es la misma. A continuación se exponen varias definiciones.

En primer lugar, se podría definir la alfabetización en salud como el grado de capacidad que tienen los pacientes de obtener, procesar y entender información básica sobre la salud y sus servicios para tomar decisiones apropiadas sobre la salud, de tal forma que el nivel de alfabetización de una persona influencia la habilidad para acceder a la información y funcionar en el mundo moderno (Rensburg, 2020)

Por otra parte, según la Organización mundial de la salud (OMS), la alfabetización en salud representa las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la habilidad de los individuos para ganar acceso a entender y usar la información de forma que promuevan y mantengan una buena salud.

Unida a la definición de la OMS, Sørensen incide a la hora de definir el concepto, en que es un componente importante para la búsqueda de la salud y del bienestar de la población, por lo que se asocia con el estado de salud, y bien aplicado evita desigualdades en salud y fomenta el empoderamiento de la población y la equidad. (Sørensen et al., 2015).

Nutbeam promulga que la alfabetización en salud es algo más que ser capaz de leer panfletos y de ser capaz de concretar con éxito una cita con el médico (Nutbeam, 2000), de ahí que se incluya el concepto de empoderación, puesto que mejorando el acceso de las personas a la información, se sienten capaces de manejar su enfermedad mejor cada día.

La alfabetización en salud está estrechamente ligada a un cambio en la sociedad comenzando por un cambio individual, utilizándose no solo en el contexto sanitario sino también en el contexto de salud pública.

## 1.2. Herramientas para medir la alfabetización en salud

Hay muchas herramientas que se han desarrollado para la medida de la alfabetización en salud; éstas varían en su cercanía, diseño y propósito. Algunas son más específicas para aplicarlas a enfermedades concretas, o para grupos poblacionales determinados, mientras que otras son más generales (Storms et al., 2017).

Estas herramientas consisten en cuestionarios validados que, gracias a la realización de una serie de preguntas, permiten otorgar una calificación que se corresponde con determinados niveles de alfabetización. La tabla 1 recoge las principales herramientas.

Tabla 1. Herramientas para medir la alfabetización en salud.

	ÚTILES PARA...
<b>Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)</b>	Realizar un screening de los problemas de alfabetización en salud en clínica.
<b>Newest Vital Sign (NVS)</b>	Son cortos y fáciles de utilizar.
<b>Short Assesment of Health Literacy (SAHL)</b>	
<b>Critical Health Competence Test (CHC)</b>	Hacer un análisis en profundidad a nivel poblacional.
<b>Swiss Health Literacy Survey</b>	
<b>Health Literacy Management Scale (HeLMS)</b>	
<b>Health Literacy Questionary (HLQ)</b>	
<b>European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q)</b>	Ambas necesidades, se puede utilizar para realizar un screening o un análisis en profundidad.

## 1.3. Clasificación

La alfabetización la podríamos clasificar en una serie de niveles según las habilidades que se tengan (Nutbeam,2000)

- **Alfabetización básica:** Las habilidades de lectura y escritura son suficientes de para desenvolverse bien en las situaciones del día a día.
- **Alfabetización comunicativa/interactiva:** Las habilidades cognitivas son más avanzadas que en el nivel anterior, y junto con las habilidades sociales, pueden ser usadas activamente para participar en las actividades del día a día, extraer información y entender mensajes procedentes de las distintas formas de comunicación para aplicar nueva información a circunstancias cambiantes.

- **Alfabetización crítica:** Las habilidades cognitivas alcanzan el nivel más alto de progreso, y junto con las habilidades sociales, se pueden aplicar para analizar críticamente la información, y usarla para ejercer un mayor control en las circunstancias de la vida y las distintas situaciones.

Clasificar las habilidades de esta manera permite ver que hay distintos niveles de alfabetización que progresivamente llevan al individuo a buscar una autonomía mayor con cada nivel y a desarrollarse a través del empoderamiento personal.

Esta progresión entre niveles no sólo depende del desarrollo cognitivo si no que depende también de la exposición a información de distintos tipos, a través de diversos canales y a la exposición en distintas situaciones de la vida diaria, de forma que cuanto más diversas sean estas situaciones, mayor probabilidad tendrán de aumentar estas capacidades.

#### 1.4. Factores que influyen el grado de alfabetización en salud

La alfabetización en salud está ligada a nuestro contexto, experiencia de vida, familia... y en definitiva a los factores que inciden en el comportamiento de la persona.

Según Nutbeam, el estado de salud está influenciado por las características individuales y los patrones de comportamiento (estilo de vida), pero también sigue estando fuertemente influenciado por las circunstancias sociales y económicas del entorno del individuo y de la población.

Por ello, como la alfabetización en salud está estrechamente ligada a la persona, el esfuerzo de promover la amplitud de conocimiento, la capacidad de comprensión y de en definitiva de mejora, no sólo se refleja en el cambio de vida de la misma o del uso de los servicios sanitarios, sino que se refleja en la sociedad, pues aumenta el nivel de concienciación de los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud, y mediante la promoción de las acciones de cada individuo, nos lleva a la promoción colectiva, mejorando la sociedad (Nutbeam, 2000).

#### 1.5. Consecuencias de tener una baja alfabetización

Si se utilizara como molde la definición de Rensburg, una baja alfabetización en salud, el concepto podría corresponderse a:

“Tener una baja alfabetización en salud es signo de falta de capacidad de los pacientes de obtener, procesar y entender información básica sobre la salud y sus servicios para tomar decisiones apropiadas sobre la salud”

Este menor grado de capacidad acarrea una serie de consecuencias sobre la persona, y sobre el sistema sanitario, puesto que, por ejemplo, una persona que tiene una peor alfabetización en salud y es diagnosticada de una enfermedad crónica, al no comprender las pautas dictadas, puede no utilizar la medicación o los servicios de forma adecuada, y representar un mayor coste para el sistema sanitario.

Y es que una baja alfabetización en salud se asocia con un peor estado de salud general y una mayor mortalidad (Nolasco et al.,2020)

Las personas con una baja alfabetización en salud parecen tener mayores tasas de hospitalización, mayor uso de emergencias del hospital, no se presentan a las citas de prevención como las mamografías, o la vacunación de la gripe... puesto que la mayoría de las veces no comprenden su importancia y además, tienen un uso más pobre de la medicación (Dwinger et al.,2015) y (Rensburg, 2020)

Esto hace patente que la necesidad de alfabetización es especialmente relevante cuando hay situaciones delicadas que requieren la disposición del paciente para enfrentar su enfermedad.

#### 1.6. Limitaciones para la mejora de la alfabetización en salud

A pesar de que destaquen los potenciales beneficios de una mayor alfabetización en salud, estos no son fáciles de conseguir pues hay muchas limitaciones en distintos ámbitos a la hora de planificar una estrategia de implantación de alfabetización en salud.

La principal limitación por parte del paciente sería que, en un cuidado sanitario que se centra cada vez más en el paciente, este cada vez es más reacio a asumir la responsabilidad que implica el proceso de su propio cuidado. Hecho entendible, pues no se puede asumir una responsabilidad si no se sabe cómo hacerlo.

Otra limitación importante, es la forma en la que se muestra la información sanitaria. La mayoría de las veces, está escrita en un nivel más alto del que los pacientes pueden entender, lo que requiere de una adaptación hacia la persona.

Esta adaptación a priori no sería un problema, si se detectara que la persona en cuestión no está comprendiendo del todo la información, pero lo que ocurre en realidad es, que como los profesionales sanitarios no tienen suficiente conocimiento sobre la alfabetización en salud, y no tienen la habilidad de detectar a los pacientes con una baja alfabetización en salud, sobreestimándolos en base a un criterio subjetivo. (Rajah et al.,2017)

Los sanitarios, son conscientes (en su mayoría) de que están obligados a no solo proveer información de salud a los pacientes, sino también a asistirlos en el tránsito por el sistema sanitario. Además, tienen la responsabilidad fundamental, como se mencionaba en el apartado anterior, de encontrarse a medio camino con los pacientes que tienen una baja alfabetización en salud (Rajah et al.,2017)

Ahora bien, a la hora de cumplir con su obligación, un estudio transversal que preguntaba al personal médico, de enfermería y farmacéutico, acerca de las limitaciones que encontraban en la implantación de un protocolo para evaluar la alfabetización en salud de los pacientes, reveló una actitud negativa de los sanitarios.

Entre estas limitaciones que encontraba el personal sanitario del hospital estaban la falta de tiempo para realizar los cuestionarios, la falta de recursos humanos, la falta de compromiso de los pacientes hacia la intervención, la falta de cooperación del paciente y la falta de interés en aprender sobre la alfabetización en salud entre otras opiniones.

Las que más preocupaban al personal es el escaso tiempo, los recursos para conducir el screening y el momento de implantación del método, puesto que el entorno de trabajo ocupado y estresante puede conllevar a que los sanitarios consideren los aspectos que tienen un impacto notable e inmediato en el cuidado del paciente, antes que otros aspectos que tengan un impacto a largo plazo.

A pesar de estas limitaciones, la alfabetización en salud y el conocimiento de este concepto y su importancia, no debe ser desdeñado por los sanitarios y pacientes.

Durante la situación generada con la epidemia de COVID-19, los conocimientos de cada paciente y sus habilidades para comprender y discriminar los múltiples mensajes que en el ámbito de la salud se han recibido, han mostrado ser de gran importancia para tomar las decisiones adecuadas a la protección y autocuidado frente a la COVID-19.

Además, las farmacias comunitarias se han mantenido abiertas al público durante todo el periodo, sin la limitación de la necesidad de solicitar cita y manteniendo una atención presencial.

Este hecho ha podido repercutir en el papel que haya podido desempeñar la farmacia en el apoyo al paciente para ayudarlo a seguir las recomendaciones sanitarias en momentos en los que ha podido recibir mensajes contradictorios provenientes de diferentes medios (Redes sociales, medios de comunicación o interacciones sociales). Estos antecedentes son los que nos han llevado a proponer el presente estudio.

## 2. Objetivos

Los objetivos que persigue este trabajo de fin de grado son:

- Valorar el nivel de alfabetización en salud general de una población objeto de estudio mayor de 60 años, perteneciente al radio de acción de una farmacia de la ciudad de Sevilla.
- Evaluar la alfabetización en salud de esa misma población en el contexto de la COVID-19.
- Conocer si la población encuestada consideraba al farmacéutico un agente facilitador de la información en salud necesaria durante los meses de pandemia.

## 3. Materiales y métodos

### 3.1. Tipo de estudio.

Este trabajo de fin de grado se trata de un estudio descriptivo, llevado a cabo sobre la población mayor de 60 años que acudía a la Farmacia Soler Álvarez, situada en la Avenida de Pino Montano nº 10, Sevilla.

Los estudios descriptivos describen la frecuencia y las características más importantes de un problema de salud (Fernández, 1995) y en este caso el estudio tiene como objetivo identificar las características de un tipo de población específico.

### 3.2. Criterios de inclusión y de exclusión.

#### Criterios de inclusión:

- Personas con edad igual o superior a 60 años que asistían a la farmacia donde se realiza el estudio, y que accedieron libremente a contestar a los cuestionarios.

#### Criterios de exclusión:

- Menores de 60 años.
- Personas con algún tipo de deterioro cognitivo que dificulta o imposibilita la resolución del cuestionario.
- Personas que ejercen o han ejercido como médicos, enfermeros o farmacéuticos.
- Personas que declinan contestar al cuestionario.

### 3.3. Diseño del cuestionario:

El cuestionario a realizar se compone de 3 partes:

- Una primera parte formada por el cuestionario HLS-EU-Q16 adaptado al covid-19 (González-Moreno,2020). donde se evalúa la alfabetización en salud desde un punto de vista más objetivo.
- Una segunda parte donde se evalúa con 2 preguntas el papel del farmacéutico en la pandemia.
- Una tercera parte formada por el cuestionario SAHLSA (Lee et al.,2010).

El cuestionario realizado se adjunta completo en el Anexo I.

Antes de la realización del cuestionario, se creó un cuestionario piloto con el que se hicieron diversas pruebas con voluntarios que propusieron mejoras del mismo para facilitar su comprensión. Estas sugerencias fueron tenidas en cuenta para obtener el cuestionario definitivo.

#### 3.3.1. Instrumento HLS-EU-Q16 Versión adaptada

El HLS-EU fue el primer proyecto europeo de alfabetización en salud, y se creó para iniciar el primer estudio comparativo de alfabetización en salud en Europa (Sørensen et al.,2015) Es un instrumento versátil que puede ser usado tanto para realizar un screening, como para una investigación más en profundidad de la alfabetización en salud (Storms et al.,2017)

El HLS-EU-Q47 se confeccionó con el objetivo de evaluar los tres dominios que componen el concepto de alfabetización en salud: el cuidado de la salud, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Esto es debido a que una de las limitaciones más aparentes de la mayoría de las herramientas, es que no tanteaba todos los aspectos de la alfabetización en salud.

De forma que en cada uno de estos tres dominios se valoraba la habilidad de acceso a la obtención de información, la comprensión de esta y la aplicación de la información relevante para la salud (Sørensen et al.,2013)

Existen varias versiones del cuestionario de 47 ítems, como el HLS-Q12 (Finbråten et al.,2018) o el HLS-EU-Q16 (Nolasco et al.,2020)

Esta última fue diseñada para conseguir un screening más rápido de la alfabetización en salud, siendo posible realizarla por un entrevistador o de manera independiente por las personas. Esto es una de las ventajas que tiene este cuestionario, mientras que otra ventaja a destacar es que permite la comparación con otros pacientes o con poblaciones (Storms et al.,2017)

La que se va a utilizar en este estudio es la versión adaptada del HLS-EU-Q16 donde se utilizan 9 de los 16 ítems para evaluar la alfabetización en la COVID-19. (González-Moreno,2020).

Estos ítems se evalúan de acuerdo con el grado de dificultad, siendo 5 “muy difícil” y 1 “muy fácil”. Teniendo en cuenta que el sumatorio máximo es de 45 puntos, se determinó que un nivel de alfabetización “deficiente”, corresponde a una puntuación menor de 15 puntos, el nivel de alfabetización “insuficiente” a una puntuación de entre 15 y 30 puntos, y por último, un nivel de alfabetización “suficiente” se relaciona con una puntuación mayor de 30 puntos.

### 3.3.2. Instrumento SAHLSA

El SAHLSA o “Short Assesment of Health literacy for Spanish-speaking Adults” es una herramienta validada de evaluación, destinada a probar la habilidad de lectura y de comprensión de términos médicos comunes en el contexto de la salud de los adultos hispano-hablantes. El test contiene 50 ítems, y estos fueron validados a su vez que demostraban que tenían buenas propiedades psicométricas. (Lee et al.,2010)

En su creación, se basaron en el “Rapid Estimates of Adult Literacy in Medicine” (REALM) que es uno de los instrumentos más ampliamente usados para medir la alfabetización en salud junto con el “Test of functional Health literacy” (TOFHLA). Dos de cada tres estudios utilizan, bien uno de los dos, o bien ambos para la evaluación de los pacientes.

El REALM consiste en una serie de términos médicos, los cuales se tienen que leer en voz alta en dificultad creciente. Esta herramienta ganó popularidad por necesitar de un periodo corto de tiempo para realizarse. (Dumenci et al., 2013)

Sin embargo, surgió la necesidad de desarrollar un nuevo cuestionario al estar la mayoría de las herramientas disponibles centradas en los países anglo-hablantes, y ser necesario algo más que una rudimentaria traducción literal, sino que las propiedades psicométricas de los ítems, fueran evaluadas.

Para realizar el procedimiento de administración del cuestionario se suelen utilizar tarjetas plastificadas donde aparece una palabra de referencia, y otras dos palabras escritas de forma que estas se tienen que leer en voz alta, y elegir cuál se parece más a la palabra de referencia. A las personas evaluadas se les pide que intenten no adivinar, y que cuando no sepan la respuesta escojan la opción “No se”.

En este trabajo, administramos el cuestionario con unas ligeras variaciones.

Se desestimó la posibilidad de utilizar las tarjetas, y en su lugar, la entrevistadora decía en voz alta la palabra principal y luego las opciones, de forma que simplemente se evaluó la capacidad de elegir la opción que más similar a la palabra principal. Un resultado entre 0 y 37 sugería que el examinado tenía una alfabetización en salud inadecuada.

### 3.4. Procedimiento a seguir en la realización de los cuestionarios

Desde el mostrador de la farmacia se les preguntaba a los pacientes si estaban interesados en la realización del cuestionario. Si estaban interesados, se les preguntaba por los criterios de exclusión, y si no los cumplían, pasaban a la zona de atención personalizada de la farmacia para realizar el cuestionario.

Cada cuestionario fue identificado con un número, garantizando preservar la privacidad de los participantes. Se realizaron también variables demográficas para caracterizar la muestra: edad, sexo, la existencia o no de un trabajo relacionado con la salud y el nivel de estudios.

Para categorizar el nivel de estudios se siguió la clasificación del instituto Nacional de estadística, que se muestra en la tabla 2.

Al entrevistado se le preguntó “¿Qué nivel de estudios tiene?” Escuela primaria, secundaria (Graduado escolar), bachiller, formación profesional o universitaria. A la respuesta escuela se pregunta hasta qué edad y se resuelven las dudas que el entrevistado pueda tener sobre la correspondencia entre niveles en diferentes sistemas educativos.

Tabla 2. Nivel de estudios. Instituto Nacional de Estadística.

#### NIVEL

<b>1</b>	Analfabeto por problemas físicos o psíquicos	
<b>2</b>	Analfabeto por otras razones	<p>Personas de más de 10 años que son:</p> <p>Capaces de leer o pero no de escribir</p> <p>Capaces de leer y escribir una o varias frases que saben de memoria.</p>

<b>3</b>	Sin estudios	Han asistido menos de 5 años a la escuela
<b>4</b>	Estudios primarios	Asistencia mínimo 5 años a la escuela.
<b>5</b>	Enseñanza secundaria de primer ciclo	Enseñanza que dura 4 cursos y que corresponde a las edades de 11 a 14 años
<b>6</b>	Enseñanza profesional de 2º grado	Corresponde actualmente a un ciclo formativo de grado medio, anteriormente, oficial industrial o técnico auxiliar
<b>7</b>	Enseñanza general secundaria de segundo ciclo	Bachiller, tanto el actual como el antiguo.
<b>8</b>	Enseñanzas profesionales superiores	Corresponde actualmente a las enseñanzas de grado superior.
<b>9</b>	Estudios universitarios equivalentes	Incluye carrera y posgrados.

Se procesaron los datos obtenidos utilizando una hoja de cálculo tipo Excel para su análisis y representación.

#### 4. Resultados y discusión:

##### 4.1. Influencia del entorno en el estudio.

Los participantes residen en uno de los barrios del Distrito Macarena que colindan con el distrito Norte. A este distrito pertenecen barrios marginales como “Polígono Norte”, “El vacie” y “La Bachillera”. [Fuente: Consejo económico y social de Sevilla]

El Distrito Macarena es un barrio obrero, multicultural, donde conviven vecinos de distintas culturas, nivel social y económico, siendo la mayor parte de sus habitantes de un nivel

socioeconómico limitado, lo cual impide una formación de continuidad y lleva aparejada una baja cualificación profesional, lo que al final influye en la alfabetización en salud.

Por otra parte, en él coexisten problemas asociados a la salud, a los hábitos de vida poco saludables en menores, adolescentes y jóvenes, escasa planificación familiar que deriva en prácticas de riesgo, alto nivel en adicciones, consumo de alcohol y otras drogas...

Los datos extraídos del informe socioeconómico son del año 2019 pues los del 2020 no están todavía disponibles. Es importante destacar que el nivel económico habrá disminuido por lo que la preocupación de las personas habrá aumentado, y con ello los trastornos relacionados con la salud mental.

#### 4.2. Descripción de los participantes.

Participaron un total de 63 personas, de las cuales 2 se descartaron por abandonar la realización del cuestionario sin finalizarlo.

De las 61 personas que finalmente realizaron el cuestionario completo, se descartó a una persona que cumplía el criterio de exclusión referente a las personas que tenían una profesión sanitaria.

##### 4.2.1. Distribución de los participantes según su sexo

El 75,41% de los participantes en la encuesta fueron mujeres (46 personas) y el 24,59% restante fueron hombres (15 personas) (Figura 1)

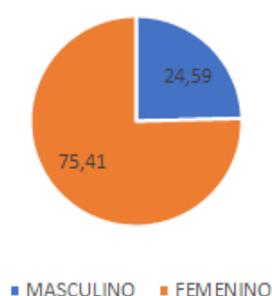


Figura 1: Distribución por sexo expresada en porcentaje

Los resultados muestran claramente que hay más mujeres que hombres que acudieron a la farmacia y realizaron el cuestionario. Además, la mayoría de ellos acudían acompañando a sus mujeres.

Esto puede ser interesante de cara a ver la influencia que tienen los familiares, o en este caso los cónyuges, en la alfabetización en salud (Ishikawa and kiuchi, 2019).

En un estudio propuesto por Edwards et al, (Edwards et al.,2015) se revela que la alfabetización en salud se distribuye en redes de personas, de forma que los individuos muchas veces dependen de las habilidades de otros para entender y usar la información sobre la salud.

Por ello, los autores Ishikawa y Kiuchi, sacan como conclusión en su estudio que la baja alfabetización de algunos individuos se compensa con la alta alfabetización de otros componentes de la familia.

La presencia de una mayoría de mujeres es normal dentro del contexto demográfico del barrio, pues en el distrito al que este pertenece, hay más mujeres que hombres [Fuente: Consejo económico y social de Sevilla]

Esto se muestra en la figura 2, donde se representa la pirámide de población del distrito Macarena, y se observa que conforme aumenta el rango de edad, la proporción de mujeres es mayor que la de hombres. Asimismo, en la distribución tradicional de tareas, el ámbito del cuidado suele ser asumido por las mujeres de la unidad familiar. En estos cuidados, se incluye acudir a la farmacia a que les sean dispensados tanto sus medicamentos como los de sus familiares.

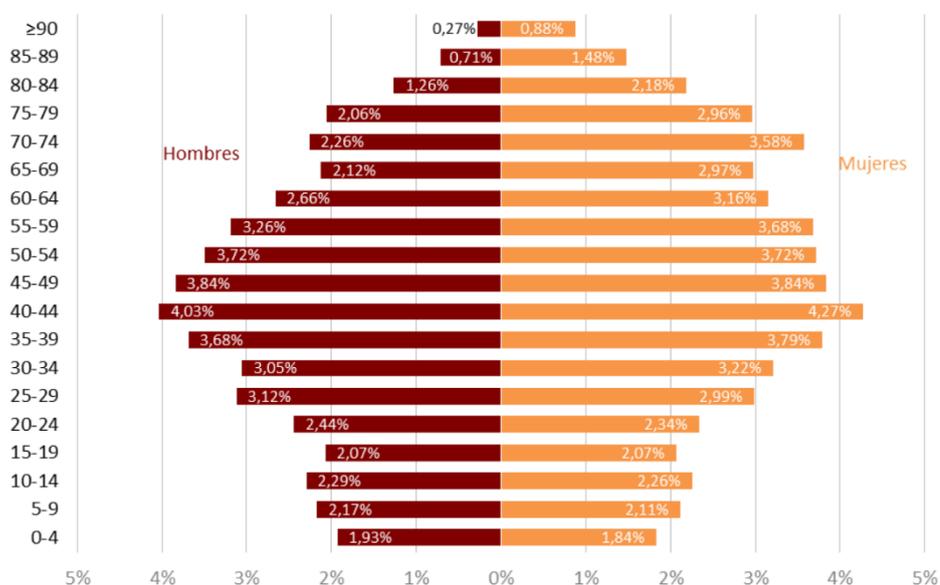


Figura 2: Pirámide de población del distrito Macarena

#### 4.2.2. Distribución de los participantes según su edad

De los 61 participantes de la encuesta, 16 pertenecen al rango de 60-69 años (26,23%), 19 pertenecen al rango de 70-79 años (31,15%), 20 pertenecen al rango de 80-89 años (32,79%) y por último 6 personas pertenecen al rango de 90 años o más (9,84%). (Figura 3).

En la tabla 3, se muestran las edades que componen los distintos rangos.

Tabla 3: Edades que componen los distintos rangos

Rango de edad	Edad y número de personas entre paréntesis.
<b>60-69</b>	60 (3), 61 (2), 62 (2), 63 (1), 64 (2), 65 (2), 69 (4)
<b>70-79</b>	70 (1), 71 (2), 72 (4), 73 (1), 74 (2), 75 (1), 76 (1), 77 (2), 78 (4), 79 (1)
<b>80-89</b>	80 (2), 81 (5), 82 (2), 83 (2), 84 (2), 85 (1), 86 (4), 89 (1)
<b>90 en adelante</b>	90 (1), 91 (4), 95 (1)

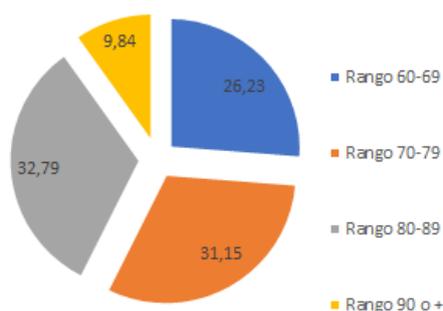


Figura 3: Distribución por edad expresada en porcentajes

El rango de 70 a 79 años y el de 80-89 coinciden en el número de participantes, y constituyen la mayoría. Estos resultados concuerdan con la pirámide de población del distrito representada en la figura 2, siendo en esta predominante la franja de 70 a 79 años.

Un aspecto destacable de cara a las respuestas obtenidas es que la diferencia de edad entre el grupo mayor de 90 años, y del grupo 60 a 69, es de 30 años.

Esta apreciación a priori puede parecer obvia, pero es importante resaltarla, porque la diferencia de edad junto con las diferencias sociales, políticas e incluso económicas, pueden ser un factor de cambio en la percepción de las preguntas y sus respuestas.

De hecho, el concepto de generación como “todas las personas que nacen y viven más o menos al mismo tiempo, considerada colectivamente”, se suele asumir que corresponde a un ciclo de 20-30 años, ya que este es el periodo de tiempo en el que los niños crecen, se convierten en adultos y ellos mismos son padres y madres. Se completa así un ciclo de biogénesis, que, junto a los cambios sociales, influyen en la opinión, percepción e interpretación de los acontecimientos que hacen las personas.

Es relevante, asimismo, cuando tratamos alfabetización en grupos de edad avanzados, que las tasas de analfabetismo en España, han cambiado enormemente en 30-40 años. Por ejemplo, en 1991 (hace 30 años), la tasa de analfabetismo en la provincia de Sevilla era de 56,37% en personas de 45-49 años (hoy el grupo de 75 a 79 años), y que ese porcentaje ascendía al 82,71%

si solo se tienen en cuenta a las mujeres (Fuente: Instituto Nacional de Estadística). Estas tasas son incluso mayores en los grupos que tenían entre 50 a 69 años en 1991.

#### 4.2.3. Distribución de los participantes según su nivel de estudios

Siguiendo la clasificación del Instituto nacional de estadística, un 16% de los participantes no tiene estudios (10 personas), un 34,4% sólo tiene estudios primarios (21 personas), un 18% tiene estudios secundarios (11 personas), un 8% tiene estudios de Formación profesional (5 personas), y un 11,5% tiene estudios de bachiller y estudios universitarios (7 personas en cada categoría) (Figura 4).

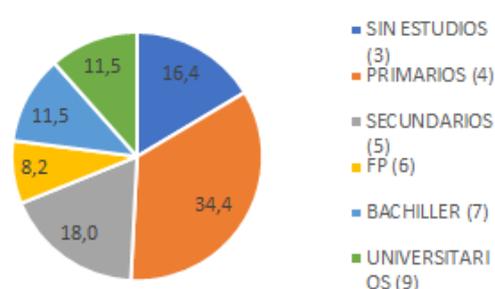


Figura 4: Distribución según el nivel de estudios expresada en porcentaje

Teniendo en cuenta que la mayoría de las personas que realizan la encuesta están entre los 70 y 80 años, conforme aumenta la edad, observamos una disminución del nivel de estudios, siendo predominante el número de personas que sólo tienen estudios primarios. Esta información que relaciona la edad y el nivel de estudios se muestra en la tabla 4. Comprobamos, que de acuerdo con los datos obtenidos del INE, todos los entrevistados que no tuvieron la oportunidad de tener un mínimo nivel educativo, se corresponde a los de mayor edad.

Tabla 4: Edades que componen los distintos niveles de estudio.

Nivel de estudios	Edad y número de personas entre paréntesis.
<b>Sin estudios (3)</b>	72 (1), 78 (2), 80 (1), 82 (2), 84 (1), 91 (1), 95 (1)
<b>Estudios Primarios (4)</b>	60 (1), 61 (1), 63 (1), 64 (1), 70 (1), 71 (2), 76 (1), 77 (1), 80 (1), 81 (3), 83 (2), 86 (2), 89 (1), 91 (3)
<b>Estudios secundarios (5)</b>	60 (1), 61 (1), 62 (1), 64 (1), 69 (3), 73 (1), 78 (1), 81 (2)
<b>Estudios de Formación Profesional (6)</b>	69, (1), 72 (1), 74 (1), 75 (1), 84 (1)
<b>Bachiller (7)</b>	60 (1), 62 (1), 65 (1), 72, (1), 79 (1), 86 (2)
<b>Estudios universitarios o superiores (9)</b>	65 (1), 72 (1), 74 (1), 77 (1), 78 (1), 90 (1)

Según esta idea, y según un estudio realizado por Van der Heide et al (Van der Heide et al.,2013) donde se relaciona la alfabetización en salud con el nivel de estudios poniendo de manifiesto que un nivel más bajo de alfabetización es más frecuente en personas con niveles educativos menores, cabría esperar unos resultados de alfabetización mayormente bajos.

#### 4.3. Cuestionario HLS-EU-Q16 Versión adaptada

De las 61 personas que participaron en el estudio, **42** obtuvieron una puntuación entre 15 y 30 puntos (70%), lo que equivale a una **alfabetización insuficiente**; **14** personas obtuvieron una **alfabetización deficiente** (23%) y sólo 5 personas (8%) obtuvieron una puntuación equivalente a una **alfabetización suficiente**. (Figura 5).

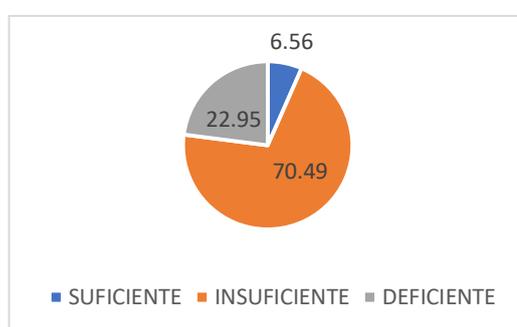


Figura 5: Distribución de los resultados del cuestionario HLS-EU-Q16 versión adaptada

En el anexo II, se adjuntan varias tablas donde se representan los resultados globales clasificados por el nivel de estudios, y dentro de ellos por edades.

Según la idea que proponía el estudio realizado por Van der Heide et al., de que la relación entre la alfabetización en salud y el nivel de estudios es directamente proporcional, los resultados que se deberían obtener deberían ser crecientes conforme aumenta el nivel de estudios, hasta llegar a su nivel máximo en los estudios superiores.

Al contrario que esto, los resultados que se obtienen en el presente estudio son muy distintos a la hipótesis planteada.

Siguiendo la estela de los resultados globales donde predomina una alfabetización en salud insuficiente, el **100%** de los encuestados que no tienen estudios han obtenido un **resultado de alfabetización en salud insuficiente**.

A pesar de que los resultados de las personas sin estudios deberían ser los peores, los más bajos en alfabetización en salud los tienen las personas de estudios superiores. De forma que el

**57,14%** de los encuestados pertenecientes a dicho grupo, una **alfabetización deficiente**, y el **resto**, una **alfabetización insuficiente**.

Esto puede ser debido a que la mayor parte de las personas que tienen estudios superiores, pertenecen al grupo de edad avanzada por lo que la capacidad cognitiva ya es la asociada a la edad y no al nivel de estudios.

A continuación, en la tabla 5 quedan reflejados los ítems y los datos de las respuestas a la primera parte del cuestionario, resaltándose en negro los porcentajes más representativos de cada pregunta.

Tabla 5: Resultados obtenidos del cuestionario en números y en porcentajes del cuestionario tipo Likert.

Items según la pregunta del cuestionario: ¿Cómo de fácil o difícil le resulta siendo 1 muy fácil y 5 muy difícil...?	Resultados según grado de dificultad en número de respuestas y en porcentaje.				
	Muy fácil (1)	Fácil (2)	Normal (3)	Difícil (4)	Muy difícil (5)
Encontrar información sobre los tratamientos asociados al coronavirus	<b>12</b> (19,67%)	9 (14,75%)	16 (26,23%)	6 (9,84%)	<b>18</b> (29,51%)
Averiguar dónde conseguir ayuda profesional cuando se encuentra enfermo de coronavirus.	<b>32</b> (52,46%)	11 (18,03%)	6 (9,84%)	6 (9,84%)	6 (9,84%)
Encontrar información sobre la manera de abordar problemas de salud mental, como el estrés o la depresión derivadas de la crisis sanitaria del coronavirus (Ya sea no poder salir, no poder moverse entre provincias, no ver a los familiares) ....	<b>25</b> (40,98%)	11 (18,03%)	12 (19,67%)	5 (8,20%)	8 (13,11%)
Comprender las advertencias sanitarias relacionadas con hábitos como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso como factores de contagio del coronavirus.	<b>28</b> (45,90%)	9 (14,75%)	13 (21,31%)	5 (8,20%)	6 (9,84%)
Comprender por qué necesita mantenerse en cuarentena, aislarse de las interacciones sociales, y usar la mascarilla.	<b>40</b> (66,57%)	11 (18,03%)	5 (8,20%)	3 (4,92%)	2 (3,28%)
Valorar la fiabilidad de la información sobre riesgos para la salud que aparece en los medios de	14 (22,95%)	10 (16,39%)	16 (26,23%)	8 (13,11%)	13 (21,31%)

comunicación *(Redes sociales, programas de televisión, Prensa...)					
Decidir cómo protegerse del coronavirus gracias a la información que proporcione el medio de comunicación que utilice usted.	<b>21</b> (34,43%)	15 (24,59%)	9 (14,75%)	4 (6,56%)	12 (19,67%)
Comprender la información proporcionada por los medios comunicación sobre cómo mejorar su salud contra el coronavirus.	16 (26,23%)	<b>18</b> (29,51%)	13 (21,31%)	4 (6,56%)	10 (16,39%)
Valorar cuáles de sus hábitos diarios inciden en el riesgo de contagiarse de coronavirus.	<b>37</b> (60,66%)	14 (22,95%)	6 (9,84%)	2 (3,28%)	2 (3,28%)

En el anexo III se adjuntan las tablas donde están representadas las respuestas en función de la edad de la persona. Estas tablas serán utilizadas para el análisis individual de cada uno de los ítems del cuestionario.

- **Ítem 1: Encontrar información sobre los tratamientos asociados al coronavirus**

Las opiniones de los encuestados parecen estar divididas mayormente en los dos polos, encontrando también un número importante de respuestas en el nivel de dificultad “normal”.

Una explicación a este hecho podría ser que según la habilidad que tenga el individuo con las nuevas tecnologías e internet serán de mayor o menor magnitud los inconvenientes que se encuentre a la hora de encontrar información acerca de los tratamientos.

La mayoría de la población que ha respondido que era difícil o muy difícil era una población adulta de edad avanzada, mientras que las respuestas de la población adulta más joven dependían más de sus habilidades.

Además, tal y como se expresó en el apartado 4.1.2. dada la diferencia de edad, y en este caso particular de la búsqueda de información, de habilidades tecnológicas, es normal que las respuestas sean variables.

- **Ítem 2: Averiguar dónde conseguir ayuda profesional cuando se encuentra enfermo de coronavirus.**

En este ítem una gran mayoría de las personas encuestadas encuentra muy fácilmente dónde conseguir ayuda profesional cuando se encuentran enfermos de covid, porque todos tienen un acceso rápido al médico.

Además al principio de la pandemia, las autoridades incidieron mucho en que se hiciera uso de los números de teléfono puestos a disposición de los ciudadanos como “salud responde” para comunicar los positivos y realizar los rastreos pertinentes.

Las personas que por el contrario opinaban que era muy difícil conseguir ayuda profesional alegaron que era porque este teléfono estaba colapsado por tantas llamadas, lo que para ellos, comentaban, era desesperante.

Por tanto, es posible que la respuesta haya sido condicionada por la experiencia propia, lo que nos sugiere que hubiera sido deseable incluir en el cuestionario alguna pregunta que hiciera referencia a si el paciente había tenido que hacer uso de los servicios sanitarios por causa de la covid, la sea por la aparición de síntomas compatibles, la posibilidad de contacto con positivos o incluso el haber padecido la enfermedad.

Por otro lado, se debe tener en cuenta que las personas objetivo de este cuestionario, son usuarios frecuentes de los servicios públicos sanitarios, por su edad que con frecuencia se asocia a patologías crónicas. Por tanto, conocen cómo contactar con el sistema incluso con los centros de atención primaria cerrados y con atención telefónica.

- **Ítem 3: Encontrar información sobre la manera de abordar problemas de salud mental, como el estrés o la depresión derivadas de la crisis sanitaria del coronavirus**

La gran parte de encuestados considera que es muy fácil conseguir ayuda para paliar los problemas de salud mental, porque lo asocian a que también lo detecta su médico de familia con el cual es fácil contactar.

Sin embargo, esta percepción contrasta con los datos de prescripción de ansiolíticos e hipnóticos de larga duración entre este sector de la población, y la duración de dichos tratamientos que excede la pauta recomendada por las guías clínicas y el creciente empleo de los benzodiazepinas durante la pandemia. Este cuestionario no puede detectar dichos aspectos, ni por tanto, relacionar la percepción de estos pacientes con el empleo que estos hagan de los servicios de salud mental.

- **Ítem 4: Comprender las advertencias sanitarias relacionadas con hábitos como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso como factores de contagio del coronavirus**

La mayoría de las personas encuestadas respondieron que las advertencias eran muy fáciles de comprender. Algunos al responder a la pregunta, comentaron que, no asociaban estos factores

(alcohol, tabaco y la falta de ejercicio) A un peor estado de salud y por tanto, mayor riesgo en caso de padecer la covid, sino que los consideraban factores determinantes en el contagio, asociando el alcohol y el tabaco a la restauración, y al contacto con gente y a las aglomeraciones.

#### **Ítem 5: Comprender por qué necesita mantenerse en cuarentena, aislarse de las interacciones sociales y usar la mascarilla**

Más de la mitad de las personas que realizaron la encuesta, respondieron “Muy fácil”. Esto puede ser debido a que ya esté interiorizado en la sociedad. Si esta encuesta completa se hubiera realizado al principio de la pandemia, tal vez los resultados hubieran sido completamente diferentes.

Los pocos encuestados a los que les haya resultado difícil comprenderlo, pueden ser personas con una baja alfabetización en salud, a los que no les hayan adaptado la información de la situación actual lo suficiente, y simplemente cumplan estos preceptos por obligación de un familiar o del estado.

- **Ítem 6: Valorar la fiabilidad de la información sobre los riesgos para la salud que aparecen en los medios de comunicación**

Nos encontramos una moderada inclinación de las respuestas hacia “fácil-muy fácil”. Y en este caso hay que tener en cuenta lo que se ha referido en el ítem anterior. Si la encuesta se hubiera realizado antes de la pandemia, no hubiera habido el margen de ensayo-error que se ha producido en todo este tiempo en el que se ha aprendido en mayor o menor grado a distinguir la información fiable, de la menos fiable aunque a veces se cometan errores.

- **Ítems 7, 8 y 9: Decidir cómo protegerse del coronavirus gracias a la información de medios de comunicación, comprender la información sobre cómo mejorar la salud y valorar que hábitos inciden en el riesgo de contagiarse**

En estos ítems predomina la respuesta muy fácil por la misma razón que se ha expuesto en el ítem 6, el aprendizaje con el tiempo ha hecho que poco a poco mejore la situación personal de cada uno de los encuestados y detecten sus propios errores a la hora de protegerse.

Debemos tener en cuenta que este cuestionario no pretende valorar si los entrevistados actúan correctamente en cuanto a las medidas preventivas que tomen frente al virus. El objetivo es valorar la propia percepción que ellos encuentren en seguir y comprender las recomendaciones, y en este sentido, el resultado global parece indicar que tan solo los aspectos relacionados con el tratamiento del virus, les ofrecieron dificultad.

Asimismo, dado que el cuestionario se diseñó durante los meses de enero y febrero, en los que la información sobre las vacunas y la campaña de vacunación era muy incipiente, no se incluyeron preguntas al respecto. Sería interesante en un estudio posterior, identificar las dificultades que encontrarán en el acceso a la información sobre las vacunas.

Por último, hay que señalar que en general los resultados son positivos, mostrando que los entrevistados han comprendido los mensajes recibidos en cuanto a las medidas de protección necesarias frente a la COVID. El factor del riesgo que supone la edad para esta enfermedad ha podido también contribuir a que los pacientes se impliquen más en la obtención de información sobre dichas medidas.

#### 4.4. Papel del Farmacéutico

En la pregunta “Entre estas opciones, ¿A dónde acudiría para obtener información fiable sobre alguna duda relacionada con el Coronavirus en primer lugar? un 77% (47 personas) respondieron que acudirían al médico, un 13% respondió el farmacéutico (8 personas), un 9,84% (6 personas) respondió “Otro” refiriéndose en la mayoría de los casos a un familiar, con o sin profesión sanitaria. Los enfermeros no obtuvieron ningún porcentaje. (Figura 6)

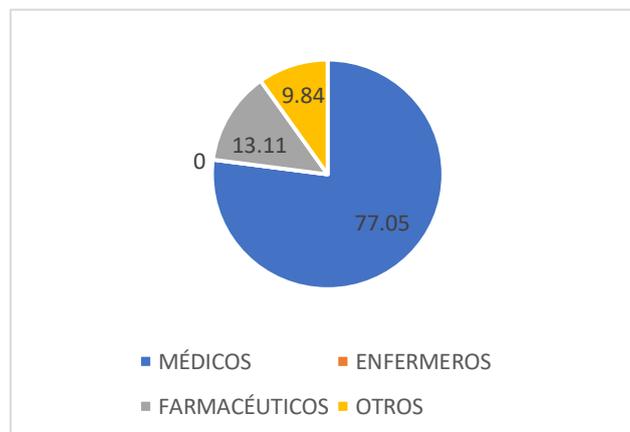
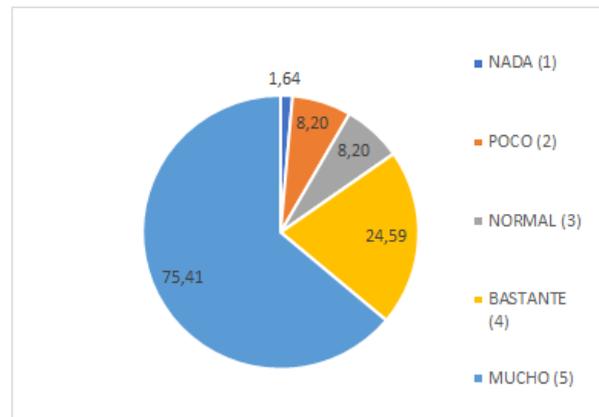


Figura 6: Resultados de la pregunta: “¿A quién acudiría para obtener información fiable sobre alguna duda relacionada con el Coronavirus en primer lugar?” expresados en porcentaje.

En la segunda pregunta que se hizo sobre el papel del farmacéutico, en la que se preguntaba si **los farmacéuticos habíamos ayudado a entender las precauciones dictadas por sanidad**, un 75% respondió que habíamos ayudado mucho, un 24,6% respondió que habíamos ayudado bastante, un 8,20% respondió que habíamos ayudado una cantidad normal, y otro 8,20% respondió que habíamos ayudado poco. Por último, sólo 1 persona respondió que no habíamos ayudado nada (Figura 7).

Figura 7: Resultados de la pregunta sobre la puntuación de la ayuda del farmacéutico a la hora de comprender las precauciones sanitarias expresados en porcentaje



Claramente los encuestados tienen como persona de referencia al médico, aunque en la práctica, se comprueba que la mayoría acuden a la farmacia con frecuencia antes de acudir al médico.

Esto ha sido notable durante la pandemia, pues al igual que en la figura 6, el médico ocupa la mayor parte del diagrama, en la figura 7 los pacientes reconocen ampliamente que los farmacéuticos han ayudado en gran medida a comprender las precauciones sanitarias, y en general han ayudado a facilitarles las problemáticas que hayan podido tener durante este tiempo, actuando como agentes facilitadores de información en salud, esenciales para la actividad de la sociedad.

Esta percepción del médico como figura de primera referencia por encima de otros sanitarios, puede tener su fuente en el sistema sanitario, en el que el médico de atención primaria es referente y coordinador de acciones. Por otro lado, el sistema no utiliza todo el potencial que tiene el farmacéutico, cuando la realidad es que si se aprovechara la formación transversal del mismo, se ayudaría a que el sistema sanitario se descongestionase.

El farmacéutico por definición provee de consejos sobre el cuidado de uno mismo con respecto de la salud, no se limita a darle la medicación al paciente si no que también educa en la importancia de un estilo de vida saludable, aconseja sobre medicación en caso de síndromes menores y deriva al médico si es necesario (Bell et al.,2016)

Por otra parte, en las vacunas los farmacéuticos han tenido el papel tranquilizador que ha demandado la sociedad, favoreciendo la vacunación, explicando los beneficios de estas y desmintiendo los mitos que estaban presentes a pie de calle. (Bragazzi,2019)

Esta es una cuestión que sería conveniente explorar en un futuro, e incluso plantear el aumento de la implicación del farmacéutico en la vacunación de la población adulta sana, tal y como ocurre en el resto de países de Europa.

En definitiva, los farmacéuticos ayudan a los pacientes a mejorar su alfabetización en salud, pues les aportan información útil en su día a día y los acompañan en su aprendizaje.

#### 4.5. Cuestionario SAHLSA

De las 61 personas que realizaron la encuesta, 49 (80%) y obtuvieron un valor superior a 37, y por tanto, se puede considerar que tienen un nivel adecuado de alfabetización en salud. 12 (20%) entrevistados, no alcanzaron las 37 respuestas correctas (Figura 8)

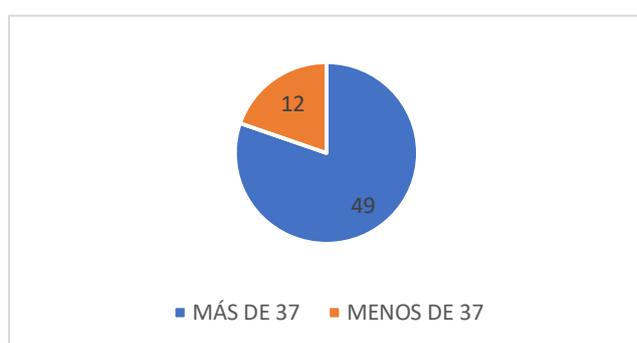


Figura 8: Distribución de los resultados del cuestionario SAHLSA versión adaptada

De las 49 personas que superaron el cuestionario, 39 eran mujeres (80%), y 10 hombres (20%). De las 12 personas que no lo superaron, 7 son mujeres (58%) y 5 son hombres (41,67%). Por lo que de estos datos se podría deducir que la proporción de aptos frente a no aptos es mayor en mujeres que en hombres. Este resultado está también relacionado con la mayor proporción de mujeres en la muestra.

Por otra parte, en cuanto al número de aciertos, no hubo ningún encuestado que obtuviera menos de 20 aciertos. El resto de valores estaban en el intervalo de 21-36 aciertos.

El grueso de la población de la encuesta se encontraba en el intervalo de 37-45 aciertos.

Una de las limitaciones de este trabajo se encuentra en la aplicación de este cuestionario, ya que se modificó respecto al original que implicaba la lectura por parte del paciente de los términos incluidos en el mismo. La lectura y posterior interpretación conlleva más dificultades

que simplemente la escucha e interpretación. Sin embargo, muchas de las instrucciones sobre la actuación frente a la COVID que recibe la población, no provienen de textos escritos, ya que el formato vídeo y audio es cada vez más frecuente, no solo en los medios tradicionales (televisión y radio) sino que abundan en redes sociales e incluso en la prensa adaptada a la web.

En este sentido, sería de interés valorar si por tanto, la adaptación del cuestionario, necesita una adaptación de los umbrales a partir de los cuales se considera insuficiente el nivel de alfabetización. Dicha adaptación no resulta sencilla de abordar objetivamente con el número de datos y resultados de los que disponemos.

Si enfrentamos los resultados de los dos instrumentos utilizados en el cuestionario global, una **alfabetización en salud insuficiente** en la primera parte del cuestionario podría equivaler a **valores aptos** cercanos al límite marcado por 37 aciertos del cuestionario SAHLSA (entre 37-45 aciertos), mientras que una **alfabetización en salud suficiente** corresponde a **valores altos** de este cuestionario (por encima de 45 aciertos aproximadamente) y una **alfabetización en salud deficiente** corresponde a un **No apto** en este cuestionario.

Si consideramos como válida esta equivalencia de resultados entre las dos herramientas, los resultados son parecidos en las dos partes, **predominando una alfabetización insuficiente en la población de estudio.**

En el anexo IV se muestran una serie de tablas que componen la representación de los resultados ordenados por nivel de estudios del cuestionario HLS-EU-Q16 versión adaptada, frente a los resultados del cuestionario SAHLSA.

En estas tablas hay variaciones entre los resultados de ambos cuestionarios, lo que puede deberse a factores que se consideran una limitación en el estudio.

De estos factores considerados como limitaciones del estudio el más importante es el **azar** puesto que aunque había una opción para marcar en caso de no saber la respuesta, muchas de las personas que realizaban el cuestionario preferían contestar al azar una de las dos opciones, antes de admitir que no sabían la respuesta. De hecho, varios participantes comunicaban este hecho abiertamente.

Otro factor que se puede considerar como una limitación en el estudio es el que se expone en el apartado 4.2.1, el condicionamiento de respuestas entre familiares.

## 5. Conclusiones

- Tras la valoración de la alfabetización en salud de la población objeto de estudio mayor de 60 años, perteneciente al radio de acción de la farmacia Soler-Alvarez en la ciudad de Sevilla, concluimos con que la mayoría de las personas que realizaron el cuestionario tienen un nivel de alfabetización insuficiente.
- En los resultados obtenidos en el cuestionario, se refleja fuertemente el contexto socioeconómico de la población de estudio., siendo este uno de los factores que propician el bajo grado de alfabetización en salud.
- Uno de los factores que ha contribuido a mejorar la alfabetización en salud en la pandemia ha sido el apoyo entre los componentes de la familia de los encuestados, pues forman una red que atenúa las carencias que pueden mostrar estos en el cuestionario.
- Si se hubiera realizado el mismo cuestionario antes de la pandemia de la COVID-19 probablemente los resultados habrían variado, pues en ellos se muestra que los encuestados han mejorado su alfabetización en el transcurso de la pandemia por la interiorización de las medidas de seguridad.
- El profesional de referencia para la mayoría de estos pacientes en cuestiones relacionadas con la COVID-19 es el médico aunque el farmacéutico ha tenido un papel importante como agente facilitador de información fiable en cuanto a diversas cuestiones de la pandemia.
- Los encuestados han valorado en gran medida la presencia de los farmacéuticos en la pandemia.
- Aunque el estudio no sea extrapolable a la población general, si se ampliara la muestra, se podría realizar una investigación útil de cara a plantear programas de promoción de la salud que tengan como objetivo aumentar la alfabetización en salud.

## 6. Anexos.

Anexo I: Cuestionario realizado a la población de estudio.

### ➤ PREGUNTAS PRE-CUESTIONARIO:

EDAD	
SEXO	
TRABAJO RELACIONADO CON LA SALUD	
NIVEL DE ESTUDIOS	

### ➤ PREGUNTAS CUESTIONARIO HLS-EU-Q16 ADAPTADO AL COVID:

¿Cómo puntuaría según el nivel de dificultad del 1-5, siendo el 5 muy difícil y el 1 muy fácil...?

PREGUNTA	1	2	3	4	5
1. Encontrar información sobre los tratamientos asociados al coronavirus.					
2. Averiguar dónde conseguir ayuda profesional cuando se encuentra enfermo de coronavirus.					
3. Encontrar información sobre la manera de abordar problemas de salud mental, como el estrés o la depresión derivadas de la crisis sanitaria del coronavirus (Ya sea no poder salir, no poder moverse entre provincias, no ver a los familiares) ....					
4. Comprender las advertencias sanitarias relacionadas con hábitos como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso como factores de contagio del coronavirus.					

5. Comprender por qué necesita mantenerse en cuarentena, aislarse de las interacciones sociales, y usar la mascarilla.					
6. Valorar la fiabilidad de la información sobre riesgos para la salud que aparece en los medios de comunicación *(Facebook, whatsapp, las noticias, el periódico...)					
7. Decidir cómo protegerse del coronavirus gracias a la información que proporciona *El medio de comunicación que utilice* (Facebook, whatsapp, las noticias, el periódico...).					
8. Comprender la información proporcionada por los medios comunicación sobre cómo mejorar su salud contra el coronavirus.					
9. Valorar cuáles de sus hábitos diarios inciden en el riesgo de contagiarse de coronavirus.					

➤ PREGUNTAS SOBRE EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO.

	MÉDICOS	ENFERMEROS	FARMACÉUTICOS	OTROS	
Entre estas opciones, ¿A dónde acudiría para obtener información fiable sobre alguna duda relacionada con el coronavirus en primer lugar?					

	1	2	3	4	5
¿Considera usted que los farmacéuticos hemos ayudado a entender las precauciones dictadas por sanidad siendo un 0 el no haber ayudado nada y el 5 la máxima puntuación? Como por ejemplo el correcto uso de la mascarilla, distinguir los bulos de la realidad, en caso de encontrarse mal derivarlo al médico...					

➤ **CUESTIONARIO SAHLSA.**

<b>PALABRA PRINCIPAL</b>	<b>OPCIONES (CLAVE O PALABRA DE DISTRACCIÓN)</b>		
1. Próstata	Glándula	Circulación	No se
2. Empleo	Trabajo	Educación	No se
3. Menstrual	Mensual	Diario	No se
4. Gripe	Sano	Enfermo	No se
5. Avisar	Medir	Decir	No se
6. Comidas	Cena	Paseo	No se
7. Alcoholismo	Adicción	Recreo	No se
8. Grasa	Naranja	Manteca	No se
9. Asma	Respirar	Piel	No se
10. Cafeína	Energía	Agua	No se
11. Osteoporosis	Hueso	Músculo	No se
12. Depresión	Apetito	Sentimientos	No se
13. Estreñimiento	Bloqueado	Suelto	No se
14. Embarazo	Parto	Niñez	No se
15. Incesto	Familia	Vecinos	No se
16. Pastilla	Tableta	Galleta	No se
17. Testículo	Óvulo	Esperma	No se
18. Rectal	Regadera	Inodoro	No se
19. Ojo	Oír	Ver	No se
20. Irritación	Rígido	Adolorido	No se
21. Abnormal	Diferente	Similar	No se
22. Estrés	Preocupación	Feliz	No se
23. Aborto espontáneo	Pérdida	Matrimonio	No se
24. Ictericia	Amarillo	Blanco	No se
25. Papanicolau	Prueba	Vacuna	No se
26. Impétigo	Pelo	Piel	No se

<b>27. Indicado</b>	Instrucción	Decisión	No se
<b>28. Ataque</b>	Herida	Sano	No se
<b>29. Menopausia</b>	Señoras	Niñas	No se
<b>30. Apéndice</b>	Rascar	Dolor	No se
<b>31. Comportamiento</b>	Pensamiento	Conducta	No se
<b>32. Nutrición</b>	Saludable	Gaseosa	NO se
<b>33. Diabetes</b>	Azúcar	Sal	No se
<b>34. Sífilis</b>	Anticonceptivo	Condón	No se
<b>35. Inflamatorio</b>	Hinchazón	Sudor	NO se
<b>36. Hemorroides</b>	Venas	Corazón	NO se
<b>37. Herpes</b>	Aire	Sexo	No se
<b>38. Alérgico</b>	Resistencia	Reacción	No se
<b>39. Riñón</b>	Orina	Fiebre	NO se
<b>40. Caloría</b>	Alimento	Vitamina	No se
<b>41. Medicamento</b>	Instrumento	Tratamiento	No se
<b>42. Anemia</b>	Sangre	Nervios	No se
<b>43. Intestino</b>	Digestión	Sudor	No se
<b>44. Potasio</b>	Mineral	Proteína	No se
<b>45. Colitis</b>	Intestino	Vejiga	No se
<b>46. Obesidad</b>	Peso	Altura	No se
<b>47. Hepatitis</b>	Pulmón	Hígado	NO se
<b>48. Vesícula biliar</b>	Arteria	Órgano	No se
<b>49. Convulsiones</b>	Mareado	Tranquilo	No se
<b>50. Artritis</b>	Estómago	Articulación	No se

Anexo II: Representación de los resultados globales del cuestionario HSL-EU-Q16 versión adaptada en función del nivel de estudios y ordenados en función de la edad.

Tabla 1: Resultados pertenecientes a las personas sin estudios

<b>EDAD</b>	<b>Resultado global</b>
<b>72</b>	Insuficiente
<b>78</b>	Insuficiente
<b>78</b>	Insuficiente
<b>80</b>	Deficiente
<b>81</b>	Insuficiente
<b>82</b>	Insuficiente
<b>82</b>	Insuficiente
<b>84</b>	Insuficiente
<b>91</b>	Suficiente
<b>95</b>	Suficiente

Tabla 2: Resultados pertenecientes a las personas con estudios primarios

<b>EDAD</b>	<b>Resultado global</b>
<b>60</b>	Insuficiente

61	Insuficiente
63	Insuficiente
64	Insuficiente
70	Insuficiente
71	Insuficiente
71	Insuficiente
76	Insuficiente
77	Insuficiente
80	Insuficiente
81	Deficiente
81	Insuficiente
81	Insuficiente
83	Insuficiente
83	suficiente
86	Insuficiente
86	Deficiente
89	Insuficiente
91	Suficiente
91	Deficiente
91	Deficiente

Tabla 3: Resultados pertenecientes a las personas con estudios secundarios

<b>EDAD</b>	<b>Resultado global</b>
60	Deficiente
61	Insuficiente
62	Deficiente
64	Insuficiente
69	Insuficiente
69	Insuficiente
69	Deficiente
73	Insuficiente
78	Insuficiente
81	Suficiente
81	Insuficiente

Tabla 4: Resultados pertenecientes a las personas con estudios de formación profesional

<b>EDAD</b>	<b>Resultado global</b>
69	Insuficiente
72	Insuficiente
74	Insuficiente
75	Insuficiente
84	Insuficiente

Tabla 5: Resultados pertenecientes a las personas con estudios de bachillerato

EDAD	Resultado global
60	Insuficiente
62	Insuficiente
65	Deficiente
72	Deficiente
79	Insuficiente
86	Insuficiente
86	Insuficiente

Tabla 6: Resultados pertenecientes a las personas con estudios superiores

EDAD	Resultado global		
65	Insuficiente		
72	Deficiente		
74	Insuficiente		
77	Deficiente	85	Insuficiente
78	Deficiente	90	Deficiente

Anexo III : Representación de las respuestas de cada uno de los ítems del cuestionario HLS-EU-Q16 adaptado, según la edad de las personas encuestadas.

Ítem 1	Edad
MUY FÁCIL	60, 61, 62, 72, 77, 78, 80, 84, 86, 90, 91
FÁCIL	64, 65, 69, 70, 72, 73, 74
NORMAL	60, 64, 65, 69, 71, 74, 76, 77, 78, 79, 81, 83, 84, 85, 89, 91
DIFÍCIL	60, 61, 63, 69, 81
MUY DIFÍCIL	62, 71, 75, 78, 81, 82, 83, 86, 91, 95

Ítem 2	Edad
MUY FÁCIL	60, 61, 62, 64, 65, 69, 71, 72, 73, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 86, 90, 91
FÁCIL	60, 71, 72, 74, 76, 77, 78, 83, 85, 89
NORMAL	61, 63, 74, 78, 81, 70, 84.
DIFÍCIL	60, 63, 74, 78, 81, 82
MUY DIFÍCIL	72, 78, 83, 86, 91, 95

Ítem 3	Edad
MUY FÁCIL	60, 61, 62, 65, 69, 72, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 86, 91
FÁCIL	60, 62, 63, 64, 69, 70, 71, 72, 74, 76, 85
NORMAL	65, 69, 73, 74, 77, 78, 80, 82, 83, 84, 89, 90
DIFÍCIL	64, 78, 81, 82, 86
MUY DIFÍCIL	60, 61, 71, 78, 83, 84, 91, 95

<b>Ítem 4</b>	<b>Edad</b>
<b>MUY FÁCIL</b>	60, 61, 62, 65, 69, 71, 72, 73, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 90, 91
<b>FÁCIL</b>	69, 71, 76, 78, 81, 84, 86
<b>NORMAL</b>	60, 61, 63, 64, 65, 70, 72, 74, 77, 81, 83, 89
<b>DIFICIL</b>	60, 64, 82, 91, 95
<b>MUY DIFICIL</b>	69, 78, 81, 83, 91

<b>Ítem 5</b>	<b>Edad</b>
<b>MUY FÁCIL</b>	60, 61, 62, 63, 64, 65, 69, 70, 71, 72, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 90, 91
<b>FÁCIL</b>	60, 69, 71, 73, 74, 76, 81, 83, 89, 91
<b>NORMAL</b>	64, 65, 80, 81
<b>DIFICIL</b>	86, 91, 95
<b>MUY DIFICIL</b>	79, 91

<b>Ítem 6</b>	<b>Edad</b>
<b>MUY FÁCIL</b>	60, 62, 65, 71, 72, 78, 80, 81, 84, 86, 91
<b>FÁCIL</b>	64, 69, 70, 72, 75, 77, 78, 81, 89, 90
<b>NORMAL</b>	62, 63, 64, 65, 69, 71, 72, 74, 76, 77, 81, 83, 84, 85, 91
<b>DIFICIL</b>	60, 69, 73, 78, 81, 82, 86
<b>MUY DIFICIL</b>	60, 61, 69, 79, 81, 82, 83, 86, 91, 95

<b>Ítem 7</b>	<b>Edad</b>
<b>MUY FÁCIL</b>	60, 62, 65, 72, 75, 77, 78, 80, 81, 84, 86, 91
<b>FÁCIL</b>	62, 64, 65, 69, 70, 71, 72, 74, 78, 79, 81, 89, 90
<b>NORMAL</b>	63, 69, 72, 74, 76, 77, 78, 82, 83, 85
<b>DIFICIL</b>	69, 73, 81, 86
<b>MUY DIFICIL</b>	60, 61, 69, 71, 81, 82, 83, 91, 95

<b>Ítem 8</b>	<b>Edad</b>
<b>MUY FÁCIL</b>	60, 61, 62, 65, 72, 78, 80, 81, 82, 86, 90, 91
<b>FÁCIL</b>	62, 64, 69, 70, 71, 72, 74, 78, 79, 81, 84, 95
<b>NORMAL</b>	60, 65, 71, 74, 76, 77, 83, 83, 84, 85, 86, 89, 91
<b>DIFICIL</b>	63, 69, 73, 81
<b>MUY DIFICIL</b>	60, 61, 69, 75, 77, 78, 81, 82, 91.

<b>Ítem 9</b>	<b>Edad</b>
<b>MUY FÁCIL</b>	60, 61, 62, 65, 69, 71, 72, 73, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 90, 91
<b>FÁCIL</b>	60, 62, 63, 64, 69, 70, 71, 72, 74, 76, 85
<b>NORMAL</b>	70, 74, 78, 83, 86, 91
<b>DIFICIL</b>	63, 80
<b>MUY DIFICIL</b>	78

Anexo IV: Representación de los resultados ordenados por nivel de estudios del cuestionario HLS-EU-Q16 versión adaptada, frente a los resultados del cuestionario SAHLSA.

Tabla 1: Personas encuestadas sin estudios

EDAD	HLS-EU-Q16	SAHLSA
72	Insuficiente	Apto
78	Insuficiente	No apto
78	Insuficiente	Apto
80	Deficiente	No apto
81	Insuficiente	Apto
82	Insuficiente	Apto
82	Insuficiente	Apto
84	Insuficiente	No apto
91	Suficiente	No apto
95	Suficiente	Apto

Tabla 2: Personas encuestadas con estudios primarios

EDAD	HLS-EU-Q16	SAHLSA
60	Insuficiente	Apto
61	Insuficiente	Apto
63	Insuficiente	Apto
64	Insuficiente	Apto
70	Insuficiente	Apto
71	Insuficiente	Apto
71	Insuficiente	Apto
76	Insuficiente	Apto
77	Insuficiente	Apto
80	Insuficiente	Apto
81	Deficiente	No apto
81	Insuficiente	Apto
81	Insuficiente	Apto
83	Insuficiente	No Apto
83	suficiente	No Apto
86	Insuficiente	No Apto
86	Deficiente	Apto
89	Insuficiente	No Apto
91	Suficiente	Apto
91	Deficiente	Apto
91	Deficiente	Apto

Tabla 2: Personas encuestadas con estudios secundarios

EDAD	HLS-EU-Q16	SAHLSA
60	Deficiente	Apto
61	Insuficiente	Apto
62	Deficiente	Apto
64	Insuficiente	Apto
69	Insuficiente	Apto
69	Insuficiente	No Apto
69	Deficiente	Apto

<b>73</b>	Insuficiente	Apto
<b>78</b>	Insuficiente	Apto
<b>81</b>	Suficiente	No Apto
<b>81</b>	Insuficiente	Apto

Tabla 3: Personas encuestadas con estudios de Formación Profesional (FP)

<b>EDAD</b>	<b>HLS-EU-Q16</b>	<b>SAHLSA</b>
<b>69</b>	Insuficiente	APTO
<b>72</b>	Insuficiente	APTO
<b>74</b>	Insuficiente	APTO
<b>75</b>	Insuficiente	APTO

Tabla 4: Personas encuestadas con estudios de Bachillerato

<b>EDAD</b>	<b>HLS-EU-Q16</b>	<b>SAHLSA</b>
<b>60</b>	Insuficiente	APTO
<b>62</b>	Insuficiente	APTO
<b>65</b>	Deficiente	APTO
<b>72</b>	Deficiente	NO APTO
<b>79</b>	Insuficiente	APTO
<b>86</b>	Insuficiente	APTO
<b>86</b>	Insuficiente	APTO

Tabla 5: Personas encuestadas con estudios superiores

<b>EDAD</b>	<b>HLS-EU-Q16</b>	<b>SAHLSA</b>
<b>65</b>	Insuficiente	APTO
<b>72</b>	Deficiente	APTO
<b>74</b>	Insuficiente	APTO
<b>77</b>	Deficiente	APTO
<b>78</b>	Deficiente	APTO
<b>85</b>	Insuficiente	APTO
<b>90</b>	Deficiente	APTO

## 7. Bibliografía

Bell J, Dziekan G, Pollack C, Mahachai V. Self-Care in the Twenty First Century: A Vital Role for the Pharmacist. *Adv Ther.* 2016 Oct;33(10):1691-1703

Bragazzi NL. Pharmacists as Immunizers: The Role of Pharmacies in Promoting Immunization Campaigns and Counteracting Vaccine Hesitancy. *Pharmacy (Basel).* 2019 Dec 5;7(4):166.

Consejo Económico y Social de Sevilla. Informe socioeconómico de la ciudad de Sevilla. 2019 [en línea]. [Consultado en junio de 2021]. Disponible

en: <https://www.sevilla.org/ayuntamiento/areas-municipales/area-hacienda-administracion-publica/cess/publicaciones/publicaciones-cess-2020/2020-11-11-dictamen-del-informe-socioeconomico-de-la-ciudad-de-sevilla-2019-firmado.pdf>

Don Nutbeam, Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century, *Health Promotion International*, Volume 15, Issue 3, September 2000, Pages 259–267

Dumenci L, Matsuyama RK, Kuhn L, Perera RA, Siminoff LA. On the Validity of the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) Scale as a Measure of Health Literacy. *Commun Methods Meas.* 2013 Jun 18;7(2):134-143.

Dwinger S, Kriston L, Härter M, Dirmaier J. Translation and validation of a multidimensional instrument to assess health literacy. *Health Expect.* 2015 Dec;18(6):2776-86.

Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. 'Distributed health literacy': longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition. *Health Expect.* 2015 Oct;18(5):1180-93.

Finbråten, H.S., Wilde-Larsson, B., Nordström, G. *et al.* Establishing the HLS-Q12 short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire: latent trait analyses applying Rasch modelling and confirmatory factor analysis. *BMC Health Serv Res* **18**, 506 (2018).

González-Moreno, S. E. (2020). Alfabetización en COVID-19 a través de redes sociales. *Revista De Estilos De Aprendizaje*, 13(Especial), 128–139.

Instituto Nacional de Estadística. [en línea] [Consultado en junio 2021] <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/listaoperaciones.htm>

Ishikawa H, Kiuchi T. Association of Health Literacy Levels Between Family Members. *Front Public Health.* 2019 Jun 19;7:169

Janse van Rensburg Z. Levels of health literacy and English comprehension in patients presenting to South African primary healthcare facilities. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2020 Jan 30;12(1):e1-e6

Lee SY, Stucky BD, Lee JY, Rozier RG, Bender DE. Short Assessment of Health Literacy-Spanish and English: a comparable test of health literacy for Spanish and English speakers. *Health Serv Res*. 2010 Aug;45(4):1105-20.

Nolasco A, Barona C, Tamayo-Fonseca N, Irles MÁ, Más R, Tuells J, Pereyra-Zamora P. Alfabetización en salud: propiedades psicométricas del cuestionario HLS-EU-Q16 [Health literacy: psychometric behaviour of the HLS-EU-Q16 questionnaire]. *Gac Sanit*. 2020 Jul-Aug;34(4):399-402. Spanish.

Pita Fernández S. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. Pita Fernández, S. Epidemiología. Conceptos básicos. En: *Tratado de Epidemiología Clínica*. Madrid; DuPont Pharma, S.A.; Unidad de epidemiología Clínica, Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Alicante: 1995. p. 25-47.

Rajah R, Hassali MA, Lim CJ. Health Literacy-Related Knowledge, Attitude, and Perceived Barriers: A Cross-sectional Study among Physicians, Pharmacists, and Nurses in Public Hospitals of Penang, Malaysia. *Front Public Health*. 2017

Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Uiters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, van den Broucke S, Brand H; HLS-EU Consortium. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015 Dec;25(6):1053-8.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J.M. *et al*. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* **13**, 948 (2013)

Storms H, Claes N, Aertgeerts B, Van den Broucke S. Measuring health literacy among low literate people: an exploratory feasibility study with the HLS-EU questionnaire. *BMC Public Health*. 2017 May 19;17(1):475.

Van der Heide, I., Rademakers, J., Schipper, M. *et al*. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health* **13**, 179 (2013).