



ORIGINAL

Nivel de Alfabetización en Salud entre Adultos Mayores Atendidos en Dos Centros Comunitarios de Rehabilitación

Level of Health Literacy among Older Adults Served in Two Community Rehabilitation Centers

Daniela Torrejón-Peces^{1,2,3}, Samuel Durán-Agüero⁶, Rafael Pizarro-Mena⁵,
Ruby Vásquez-Vergara^{3,4}

¹ Depto. de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Católica del Norte. Chile

² CCR CESFAM Juan Pablo II; La Serena, Chile

³ Programa, Magíster en Kinesiología Gerontológica y Geriátrica. Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud. Universidad San Sebastián. Chile

⁴ CCR CESFAM Dr. Pedro Pulgar Melgarejo; Alto Hospicio, Chile

⁵ Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad San Sebastián. Chile

⁶ Facultad de Ciencias Para el Cuidado de la Salud, Universidad San Sebastián, Sede Los Leones, Chile

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ruby.vasquez.v@gmail.com (Ruby Vásquez-Vergara).

Recibido el 14 de diciembre de 2020; aceptado el 16 de febrero de 2021.

Cómo citar este artículo:

Torrejón-Peces D, Durán-Agüero S, Pizarro-Mena R, Vásquez-Vergara R. Nivel de Alfabetización en Salud entre Adultos Mayores Atendidos en Dos Centros Comunitarios de Rehabilitación. JONNPR. 2021;6(11):1327-40. DOI: 10.19230/jonnpr.4155

How to cite this paper:

Torrejón-Peces D, Durán-Agüero S, Pizarro-Mena R, Vásquez-Vergara R. Level of Health Literacy among Older Adults Served in Two Community Rehabilitation Centers. JONNPR. 2021;6(11):1327-40 DOI: 10.19230/jonnpr.4155



This work is licensed under a Creative Commons
Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos,
ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

Resumen

Objetivos. Determinar el nivel de Alfabetización en Salud (AS) en población adulta mayor de 2 Centros Comunitarios de Rehabilitación del Norte de Chile

Configuración y Diseño. Estudio descriptivo transversal



Materiales y Métodos. Se aplicó el Cuestionario Short Assessment of Health Literacy for Spanish-Speaking Adults (SAHLSA-50), que evalúa alfabetización en Salud en Adultos Mayores (AM) atendidos en 2 Centros Comunitarios de Rehabilitación del Norte de Chile.

Análisis Estadístico utilizado. Al comparar grupos que tenían variables normales se utilizó la prueba de T de Student, para 3 o más grupos se utilizó la prueba ANOVA. Para variables categóricas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado

Resultados. Se entrevistaron a 221 adultos mayores. Edad promedio $72,7 \pm 5,9$ años, 70,7% a mujeres. El 79,5% de los adultos mayores presenta un adecuado AS. Las diferencias en el puntaje del cuestionario SAHLSA-50 se presentaron con la escolaridad de los participantes, es mayor el puntaje a mayor escolaridad ($p < 0,001$), y en edad, los sujetos que presentaban menor edad (< 75 años) presentaban significativamente mayor puntaje ($p < 0,05$)

Conclusiones. El Cuestionario SAHLSA-50 evidenció un buen nivel de AS, sin embargo, se observa una mejor AS en sujetos de menor escolaridad y de menor edad.

Palabras clave

Adulto Mayor; Alfabetización en salud; Escolaridad; Atención Primaria de Salud; Funcionalidad

Abstract

Aims. To determine the level of Health Literacy (SA) in the older adult population of 2 Community Rehabilitation Centers in the North of Chile

Settings and Design. descriptive and cross-sectional study

Methods and Material. The Short Assessment of Health Literacy for Spanish-Speaking Adults Questionnaire (SAHLSA-50) was applied, which assesses health literacy in MA attended in 2 Community Rehabilitation Centers in the North of Chile.

Statistical analysis used. When comparing groups that had normal variables, the Student's t test was used, for 3 or more groups the ANOVA test was used. For categorical variables, the Chi-square test was used

Results. 221 older people were interviewed. Average age 72.7 ± 5.9 years, 70.7% women. 79.5% of the elderly have adequate SA. The differences in the score of the SAHLSA-50 questionnaire were presented with the schooling of the participants, the higher the score the higher the schooling ($p < 0.001$), and in terms of age, the subjects who were younger (< 75 years) had significantly higher score ($p < 0.05$)

Conclusions. The SAHLSA-50 questionnaire showed a good level of SA, however, a better SA is observed in subjects with less education and younger age.

Keywords

Elderly; Health Literacy; status educational; Primary Health Care; functionality



Introducción

En Chile, un 92% de la población adulta mayor (AM) se atiende en el Sistema Público de Salud, basado en la Atención Primaria, con un modelo de Salud Familiar y Comunitaria, cuyos ejes de acción incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos⁽¹⁾. En el año 2003 se desarrolla el modelo de rehabilitación integral bajo la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), que intenta asegurar el cumplimiento de la Estrategia Nacional de Salud y los objetivos sanitarios 2011-2020 propuesto por el Ministerio de Salud (MINSAL), entre ellos, el de mejorar la funcionalidad de los AM y la reducción de discapacidad. Entre las prestaciones de la RBC, modelo enfocado en la atención de las personas en situación de discapacidad, destaca la educación en salud la que es clave en el proceso de la entrega de conocimientos y herramientas a las personas y su entorno familiar para lograr estilos de vida saludables⁽²⁾, que se lleva a cabo a través de la comunicación oral y social (folletos de difusión, afiches, videos, formularios, encuestas, cuestionarios, recetas médicas, etc.), que requiere de conocimiento y comprensión de parte de los AM⁽³⁾. Conocimiento denominado Alfabetización en Salud (AS), considerada como una interacción entre las demandas de los sistemas de salud y las habilidades de los individuos para obtener, procesar y entender información en materias de salud, que se relaciona con el nivel educacional y edad de los AM, siendo esta última la variable que mejor se asocia con un bajo nivel de AS⁽⁴⁾. El concepto de AS se ha concebido bajo la idea que tanto la salud como la alfabetización son elementos básicos para la vida diaria. De este modo, es considerada por la OMS como un determinante social de la salud básico para las poblaciones, puesto que incorpora componentes propios tanto del campo de la salud como del campo educativo, transformándose en un indicador de resultado de la educación en salud⁽⁵⁾.

Entre las consecuencias de una baja AS, se encuentra el uso limitado de los recursos promocionales y preventivos, desconocimiento de síntomas y tratamiento, menor capacidad de preocuparse por condiciones crónicas, consumo inadecuado de medicamentos y mayor tasa de consultas a los servicios de urgencias, por lo que es fundamental contar con un buen nivel de AS, y así aumentar la participación de los AM en los programas de salud, adherencia a tratamientos, empoderamiento y eficacia en el uso de los recursos sanitarios⁽⁶⁾. En Chile, se ha evidenciado un déficit de los niveles de AS en diversas áreas de la atención sanitaria; sin



embargo, el desarrollo de la investigación local en torno al tema ha sido escasa y frecuentemente en población general, lo que parece ser una oportunidad para el mejoramiento de los indicadores sanitarios y el fortalecimiento del modelo de salud familiar y comunitaria⁽⁷⁾.

Es así como, dada la importancia de la AS para el estado de salud y para orientar intervenciones efectivas de Educación Sanitaria, se hace necesario evaluar las deficiencias o potencialidades de las capacidades de la población, obteniendo indicadores que permitan generar actuaciones efectivas, y del mismo modo ajustar los modelos y las intervenciones con grupos poblacionales específicos en términos de promoción de la salud⁽⁵⁾. En virtud de su impacto social, la identificación del nivel de AS es fundamental, tanto en profesionales de la salud como en quienes participan del cuidado e intervención de los AM, visualizando el nivel de conocimiento de su población a cargo, y consecuencias de tener un inadecuada AS. El propósito de este estudio fue determinar el nivel de Alfabetización en Salud (AS) en población adulta mayor de 2 Centros Comunitarios de Rehabilitación del Norte de Chile.

Población y Métodos

Estudio descriptivo-transversal, realizado entre los meses de marzo a agosto de 2018. La muestra es de tipo no probabilística. El cálculo del tamaño de la muestra, fue realizado mediante un plan de análisis cualitativo a través de la ecuación para proporciones poblacionales, considerando ambas poblaciones de forma dependiente, CCR del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Pedro Pulgar Melgarejo (Alto Hospicio) y CCR del CESFAM Juan Pablo II (La Serena), pertenecientes a la zona norte del país; requiriendo un total de 219 usuarios; con un nivel de confianza de 95. En cuanto al error máximo admisible fue de 5%. Los criterios de inclusión fueron: AM de ambos sexos, comprender órdenes e instrucciones, no presentar alteración cognitiva severa (Mini Mental abreviado \geq a 14 puntos según el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) (1) y poseer capacidad de lectura. Se excluyeron personas con discapacidad visual y auditiva no corregibles con ayudas técnicas, que impida la lectura de las tarjetas y órdenes del examinador.

La AS definida como "El grado en que los individuos tienen la capacidad de obtener, procesar y comprender la información básica de salud y los servicios necesarios para tomar las decisiones de salud apropiadas"⁽⁸⁾; fue medida a través del Cuestionario SAHLSA-50 (Short Assessment of Health Literacy for Spanish-Speaking Adults). Este cuestionario ha sido validado en población chilena para evaluar la capacidad de leer y entender los términos médicos comunes de un adulto de habla hispana⁽⁹⁾. El instrumento tiene 50 términos



médicos/items (una puntuación máxima de 50 puntos), que permiten 2 opciones de respuesta (clave o distractor) más la posibilidad “no sé”. Con ello, se requiere la lectura de la lista de los 50 términos médicos y asociarlos con otras palabras similares en significado para demostrar su comprensión. La respuesta es considerada correcta sólo cuando se pronuncia correctamente la palabra y además se asocia con el término correcto (clave); así cada pronunciación y asociación correcta vale 1 punto. Se clasifica al participante con una “adecuada AS” si obtiene 38 puntos o más⁽⁹⁾. Junto a la administración del cuestionario se recogen en la ficha de antecedentes personales una serie de variables sociodemográficas y de salud; edad, sexo, ciudad a la que pertenece, antecedentes educacionales, problemas de visión, audición, presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), patologías músculo-esqueléticas (EME), neurológicas (EN) y nivel de funcionalidad según la Evaluación Funcional del Adulto Mayor-EFAM⁽¹⁾ o el grado de dependencia según la clasificación del Índice de Barthel; cuyas variables permiten Caracterizar el perfil sociodemográfico y de salud de la población AM de ambos CCRs.

El estudio fue aprobado por la dirección de los Centros de salud respectivos para la realización del estudio, por el comité de ética de la Universidad San Sebastián. Además, cumplió las orientaciones de la Declaración de Helsinki. En consecuencia, y previa investigación los AM firmaron el consentimiento informado.

Una vez finalizado el registro de las respuestas en cada ficha y aplicación del instrumento, se procedió a informar al usuario sobre su resultado a través de una retroalimentación oral, indicando puntaje y significado breve, además se le señaló, que en caso de requerir los resultados de la investigación podría solicitar un resumen por escrito o asistir a una charla abierta a la comunidad en su CESFAM respectivo.

Estadística

El análisis estadístico se realizó mediante el Software IBM ® SPSS ® Statistics, Versión 22. Se evaluó la normalidad de las variables a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Al comparar grupos que tenían variables normales se utilizó la prueba de T de Student, en caso contrario, se utilizó la prueba de Mann-Whitney, para 3 o más grupos se utilizó la prueba ANOVA. Para variables categóricas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado, finalmente se consideró significativo un $p < 0,05$.

Resultados



Se entrevistó a un total de 221 AM, 110 de Alto Hospicio y 111 de La Serena. De los cuales, 6 no fueron considerados, por no cumplir con los criterios de inclusión (2 en la ciudad de Alto Hospicio y 4 en la ciudad de La Serena).

Del total de la muestra el 29,3% corresponde a hombres y 70,7% a mujeres, la edad promedio fue de $72,7 \pm 5,9$ años. Del total de sujetos sólo el 14,4% supera los 80 años. Sólo el 8,3% tiene escolaridad superior y un 1,9% no tiene escolaridad. En términos de funcionalidad, según EFAM el 51,2% es autovalente, y el 8,3% es independiente según Barthel, dado que en los casos en que no se puede aplicar EFAM, se aplica Barthel. La medición del nivel de AS muestra que el 79,5% posee un adecuado conocimiento en salud. (Tabla 1). Al comparar la AS según clasificación SALSHA-50 de adultos mayores según sexo, se presentan diferencias significativas.

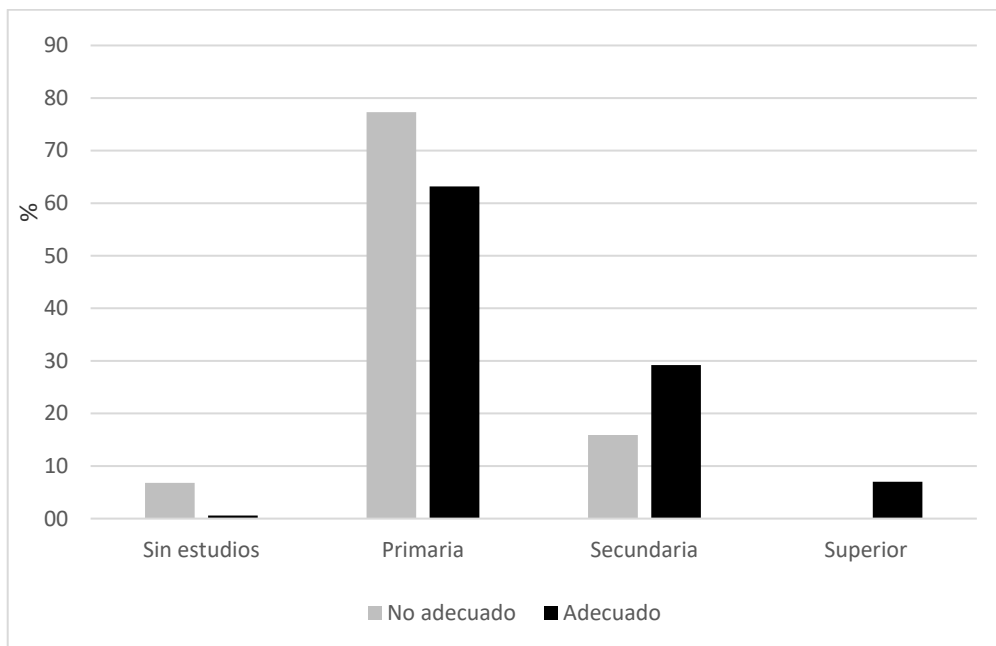
Tabla 1. Caracterización del perfil sociodemográfico y de salud de la población adulta mayor

EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
65 - 69 años	23	36,5	58	38,2	81	37,7
70 - 74 años	17	27,0	41	27,0	58	27,0
75 - 79 años	13	20,6	32	21,1	45	20,9
80 y más	10	15,9	21	13,8	31	14,4
SEXO	63	29,3	152	70,7	215	100,0
ESCOLARIDAD						
Sin escolaridad	2	3,2	2	1,3	4	1,9
Básica	32	50,8	110	72,4	142	66,0
Media	20	31,7	37	24,3	57	26,5
Superior	9	14,3	3	2,0	12	5,6
FUNCIONALIDAD: EFAM						
Autovalente sin riesgo	25	49,0	76	53,1	101	52,1
Autovalente con riesgo	23	45,1	57	39,9	80	41,2
Riesgo de dependencia	3	5,9	10	7,0	13	6,7
FUNCIONALIDAD: ÍNDICE DE BARTHEL						
Independiente	1	8,3	0	0,0	1	8,3
Dependiente leve	9	75,0	0	0,0	9	75,0
Dependiente moderado	2	16,7	0	0,0	2	16,7
Dependiente grave	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dependiente total	0	0,0	0	0,0	0	0,0



ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES						
No tiene	12	19,0	20	13,2	32	14,9
Tiene 1	21	33,3	31	20,4	52	24,2
Tiene 2 o más	30	47,6	101	66,4	131	60,9
ENFERMEDADES MUSCULO ESQUELÉTICAS						
No tiene	14	22,2	22	14,5	36	16,7
Tiene 1	40	63,5	94	61,8	134	62,3
Tiene 2 o más	9	14,3	36	23,7	45	20,9
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS						
No tiene	44	69,8	128	84,2	172	80,0
Tiene 1	15	23,8	24	15,8	39	18,1
Tiene 2 o más	4	6,3	0	0,0	4	1,9
PUNTAJE SALSHA-50						
Inadecuado	15	23,8	29	19,1	44	20,5
Adecuado	48	76,2	123	80,9	171	79,5

En la Figura 1 se presenta la clasificación de SAHLSA-50 según nivel de escolaridad, se observa que la distribución de AS difiere según nivel de escolaridad ($p < 0,01$).

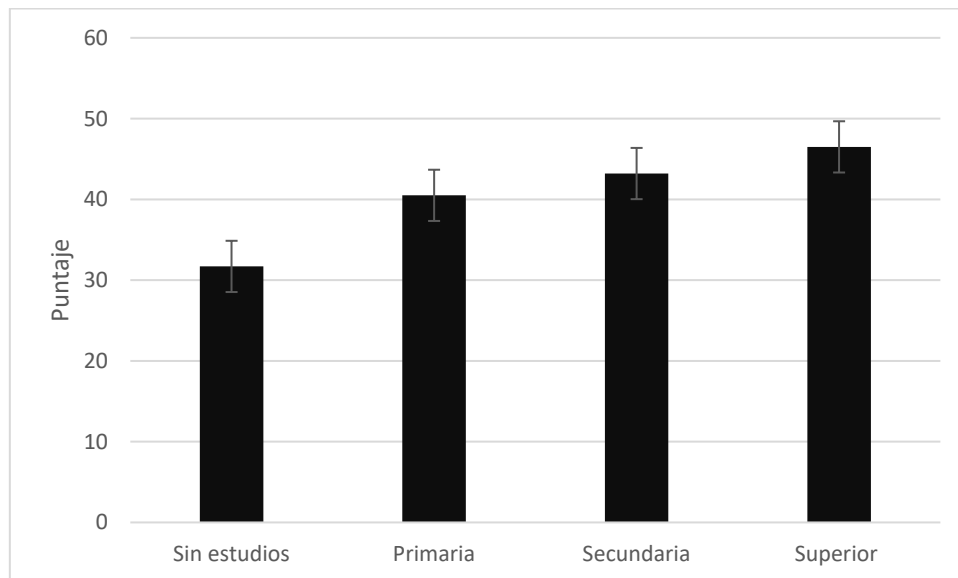


Test Chi 2, valor $p = 0,003$

Figura 1. Distribución según clasificación del cuestionario SAHLSA-50 según nivel de escolaridad.



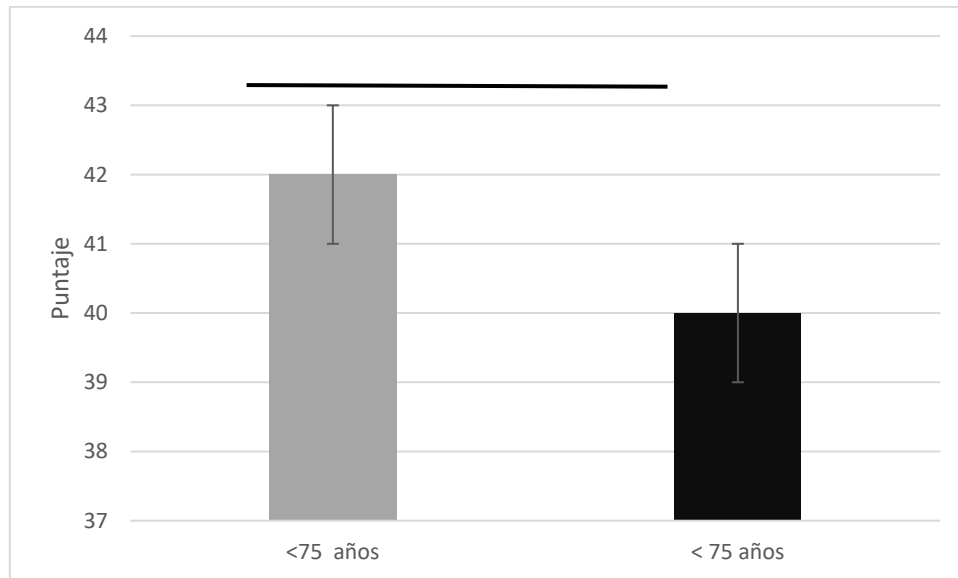
En la Figura 2, al comparar el puntaje del cuestionario SAHLSA-50 según nivel de escolaridad, se observa que a mayor escolaridad es significativamente mayor el puntaje ($p < 0,001$).



Prueba Anova, valor $p < 0,001$

Figura 2. Comparación puntaje promedio del cuestionario SAHLSA-50 en según nivel de escolaridad.

Finalmente, en la Figura 3 se compara el puntaje del cuestionario SAHLSA-50 según edad, se observa que a mayor edad es significativamente menor el puntaje ($p < 0,05$).



Prueba T de Student, valor $p < 0,05$

Figura 3. Comparación puntaje promedio del cuestionario SAHLSA-50 en según de edad.

Discusión

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas de forma consciente, las cuales suponen un perfil de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud, así como el desarrollo de habilidades personales y la autoestima, cuestiones que conducirán a la salud individual, familiar y de la comunidad⁽¹⁴⁾.

La evaluación de la AS mostró una correlación estadísticamente significativa entre la edad, escolaridad y puntaje promedio del cuestionario SAHLSA-50, es decir, en la medida que aumenta la edad, el nivel de AS disminuye, y en la medida que hay más años de escolaridad, el nivel de AS aumenta. Es sabido que la edad es un importante marcador demográfico; varios estudios han demostrado su relación inversa con la AS^(15,16), consecuencia del proceso de envejecimiento que conlleva una disminución de la capacidad de procesar tareas cognitivas complejas y de la memoria de trabajo, tareas que implican la búsqueda consciente de información de la memoria, manipulación mental activa de la información e intentos conscientes de resolver un problema⁽¹⁷⁾. Un metaanálisis que incluyó 60 estudios mostró que la edad avanzada se asoció fuertemente con una limitada AS en los análisis que midieron la AS como comprensión lectora, razonamiento y habilidades numéricas (OR=4,20; IC95%: 3,13-5,64), en



contraste, la edad avanzada se asoció débilmente con una limitada AS salud en estudios que midieron la AS como vocabulario médico (efectos aleatorios $OR=1,19$; $IC95\%: 1,03-1,37$)⁽¹⁸⁾. Se ha considerado que la AS en personas de edad avanzada es el determinante social más importante aún por sobre el nivel de escolaridad para la provisión de asistencia médica, mejor predictor de comportamientos relacionados con la salud, y al conocimiento en salud de las personas⁽¹⁹⁾. Así como una menor probabilidad de adquirir conductas de riesgo como fumar, consumir alcohol regularmente, falta de ejercicio físico y baja adherencia a controles de salud anualmente, y a su vez, reportar, una buena autopercepción de salud⁽²⁰⁾. En consecuencia, se hace fundamental que los profesionales de los programas de APS que aborden a AM evalúen la AS en todos los AM con mayor énfasis en los más mayores y/o con menor escolaridad, y generen intervenciones tanto de AS como de estimulación cognitiva asociadas, que permitan a los AM incorporar la promoción y prevención en salud como parte de sus estilos de vida saludables.

Según comportamiento entre sexos, este estudio indica una posible mayor nivel de AS en el sexo femenino (sin diferencias significativas), similar a lo señalado por otros estudios^(21,22), explicado en parte por el rol tradicional de cuidador informal que las mujeres han asumido históricamente al velar por la salud de familiares enfermos, y a una mayor utilización de los servicios médicos al presentar más problemas de salud que los hombres⁽²³⁾, así como también, a una mayor preocupación de su misma salud comparado con los hombres.

La literatura señala un mayor número de comorbilidades en AM con menor nivel de AS, ya sea por mayor dificultad para encontrar un profesional idóneo⁽²⁴⁾, desconocimiento o menor uso de los servicios preventivos, que podría contribuir aún más a la carga de morbi-mortalidad del país. Además, un estudio realizado en AM con cáncer de mama mostró que la AS inadecuada se asoció significativamente con niveles más altos de miedo a la progresión del cáncer, respaldando evidencia que sugiere que la AS limitada está asociada con un pobre bienestar mental⁽²⁵⁾. Por otro lado, el nivel de AS podría condicionar el estado funcional de los AM, y del mismo modo, ser un factor de riesgo para caer en deterioro físico y/o mental⁽²⁶⁾. Considerando que, en la estrategia de RBC los usuarios en situación de discapacidad presentan diferentes niveles de funcionalidad, es que se recomienda la inclusión de la evaluación e intervención de programas de AS en este modelo de atención en APS, considerando que la educación en salud es una de sus principales intervenciones.

Disponer y medir los niveles de AS en el contexto de APS, y en sus diferentes programas, es de suma relevancia ya que esta es considerada un elemento clave para emprender acciones encaminadas a la mejora de la salud, por lo que su incorporación como



parte de las herramientas de la Valoración Gerontológica Integral en los CCRs, así como a la propia historia clínica de las personas en APS, contribuiría al conocimiento por parte de los profesionales de su población, y así mejorar los canales de información y mensajes, adaptar los esquemas tradicionales de educación en salud y utilizar recursos complementarios como dibujos, audios, la repetición de conceptos claves, entregar información escrita pertinente e individualizada⁽²⁷⁾. Para ello, el Cuestionario SAHLSA-50 al ser un instrumento validado en población AM Chilena, permite una evaluación rápida, económica y práctica de la AS⁽⁹⁾, posibilitando dar cumplimiento al objetivo general de este estudio, identificando el nivel de conocimiento en salud que tienen los AM en el sistema de APS de 2 CCRs de la zona Norte de Chile, siendo este nivel adecuado en ambas ciudades; factor protector para obtener mejores resultados en salud durante el proceso de rehabilitación.

Uno de las debilidades del estudio, es que la muestra no es representativa de la población AM asistente a los centros de salud, sino sólo a la atendida en CCRs y que es un estudio transversal por lo que solo puede mostrar asociaciones.

Conclusiones

El Cuestionario SAHLSA-50 evidenció un buen nivel de AS, sin embargo, se observa una mejor AS en sujetos de menor escolaridad y de mayor edad. En el contexto de una transición demográfica avanzada e incremento de esperanza de vida en Latinoamérica, se hace indispensable identificar el nivel de conocimiento en salud e implementar esta intervención como un eje estratégico en salud pública, puesto que de ello depende el buen uso de la información médica y toma de decisiones para impactar de manera positiva en la calidad de vida, indicadores y recursos sanitarios.

Finalmente, se recomienda dar a conocer a los profesionales y personal del equipo de salud la importancia de identificar el nivel de conocimiento en salud de su población, que permitirá optimizar las campañas y traspaso de información, de tal forma que los planificadores de los programas utilicen términos más adecuados para un mejor entendimiento o diseñen programas audiovisuales para asegurar la efectividad y adherencia de las intervenciones, ya que de este conocimiento y su buen uso, se tomarán mejores y buenas decisiones sobre el cuidado de la salud de las personas, lo que se traducirá en una mejor asignación de los recursos del estado y mejores indicadores sanitarios.



Reconocimiento

A los directores y autoridades de los Centros que permitieron realizar esta investigación

Conflicto de interés

Ninguno

Referencias

1. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Pública. Orientación Técnica para la Atención de Salud de las Personas Adultas Mayores en Atención Primaria. Santiago de Chile.; 2014. <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/440>
2. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Cuadernos Modelo de atención n°1 [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud ; 2005. p. 1–30. Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>
3. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud ; 2013. p. 1–143. Available from: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
4. Chesser A, Keene Woods N, Smothers K, Rogers N. Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. *Gerontol Geriatr Med.* 2016;2:1–13. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28138488/>
5. Bas P, Fernández M, Poza M, Pelicano N. Propuestas de evaluación de la Alfabetización en Salud. *Psychol Lat.* 2015;6:1–11. Available from: https://psicologia.ucm.es/data/cont/docs/29-2016-06-16-01_BAS_SARMIENTO24.pdf
6. Davis T, Wolf M. Health literacy: implications for family medicine. *Fam Med.* 2004;36:595–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15343422>
7. Lee S, Bender D, Ruiz R, Cho Y. Development of an easy-to-use Spanish health literacy test. *Health Serv Res.* 2006;41:1392–412. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16899014/>
8. Bonal R, Marzán M, Castillo M, Rubán M de los Á. Alfabetización en salud en medicina general integral. *Perspectivas en Santiago de Cuba. MEDISAN.* 2013;17:126–40.



Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100016

9. Monsalves MJ, Mañalich J, Fuentes E. Validación del test Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults en Chile, para medir alfabetización en salud. *Rev Med Chil.* 2016;144:604–10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27552011/>
10. WMA – The World Medical Association. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2018. Available from: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
11. UNESCO. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humano [Internet]. UNESCO . 2005. p. 1. Available from: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
12. Ministerio de Salud S de SP. Ley 29.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud ; 2015. p. 1–16. Available from: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
13. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Ley 19.628 Sobre protección de la vida privada [Internet]. Santiago; 2012. p. 1–11. Available from: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=141599>
14. Casanova M, Navarro D, Bayarre H, Sanabria G, Trasancos M, Moreno M. Diseño de un programa de educación para la salud dirigido a adultos mayores con diabetes mellitus. *Rev Arch Médico Camagüey.* 2016;20:394–402. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000400008
15. Cutilli C. Health literacy in geriatric patients: An integrative review of the literature. *Orthop Nurs.* 2007;26:43–8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17273109/>
16. Clouston S, Manganello J, Richards M. A life course approach to health literacy: The role of gender, educational attainment and lifetime cognitive capability. *Age Ageing.* 2017;46:493–9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27940567/>
17. Baker D, Gazmararian J, Sudano J, Patterson M. The Association Between Age and Health Literacy Among Elderly Persons. *Journals Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci.* 2000;55:368–74. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11078114/>
18. Kobayashi L, Wardle J, Wolf M, Von Wagner C. Aging and Functional Health Literacy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journals Gerontol - Ser B Psychol Sci Soc Sci.* 2016;71:445–57. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25504637/>



19. Rajda C, George N. The Effect of Education and Literacy Levels on Health Outcomes of the Elderly. *J Nurse Pract.* 2009;5:115–9.
20. Liu Y, Liu L, Li Y, Chen Y. Relationship between health literacy, health-related behaviors and health status: A survey of elderly Chinese. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12:9714–25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26295246/>
21. Lee H, Lee J, Kim N. Gender Differences in Health Literacy Among Korean Adults: Do Women Have a Higher Level of Health Literacy Than Men? *Am J Mens Health.* 2015;9:370–9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25122719/>
22. Lee E, Lee H, Chung S. Age Differences in Health Literacy: Do Younger Korean Adults Have a Higher Level of Health Literacy than Older Korean Adults? *Heal Soc Work.* 2017;42:133–42. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28859424/>
23. Sudore R, Mehta K, Simonsick E, Harris T, Newman A, Satterfield S, et al. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54:770–6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16696742/>
24. Levy H, Janke A. Health literacy and access to care. *J Health Commun.* 2016;21:43–50. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27043757/>
25. Halbach S, Enders A, Kowalski C, Pfortner T, Pfaff H, Wesselmann S, et al. Health literacy and fear of cancer progression in elderly women newly diagnosed with breast cancer-A longitudinal analysis. *Patient Educ Couns.* 2016;99:855–62. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26742608/>
26. Wolf M, Feinglass J, Thompson J, Baker D. In search of “low health literacy”: Threshold vs. gradient effect of literacy on health status and mortality. *Soc Sci Med.* 2010;70:1335–41. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20167411/>
27. Juvinyà D, Bertran C, Suñer R. Alfabetización para la salud, más que información. *Gac Sanit.* 2018;32:8–10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28967453/>