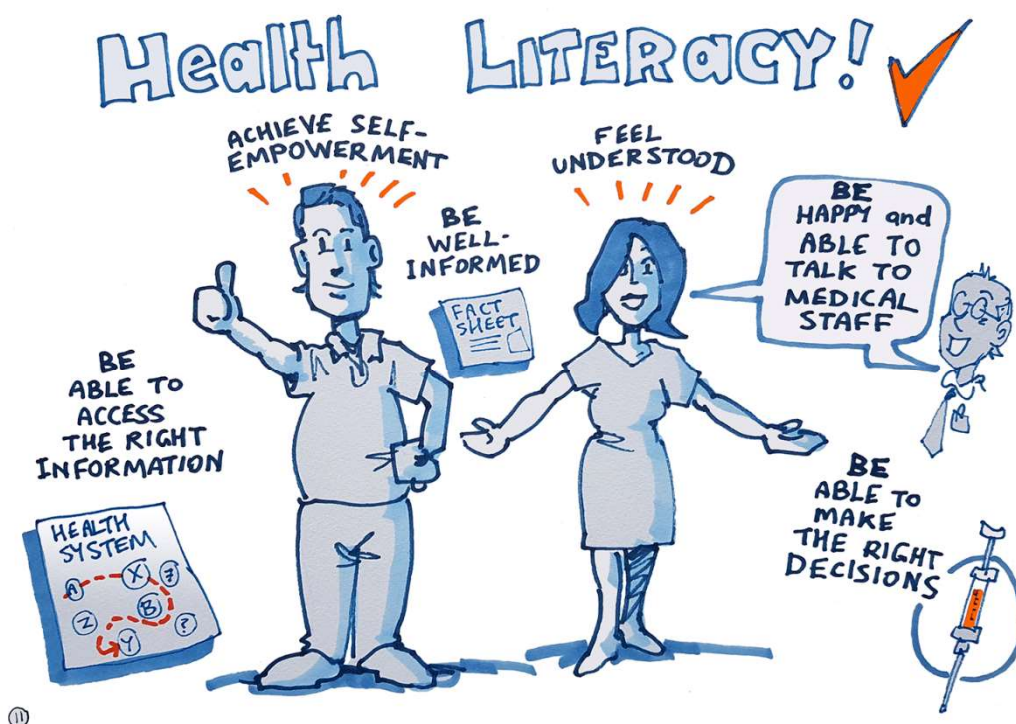


ALFABETITZACIÓ EN SALUT EN PARES DE NENS SANS ENTRE 0 i 4 ANYS



Andrea Lucero del Toro

Treball de Final de Grau

Tutora: Rosa Suñer Soler

Grau en Infermeria

Curs acadèmic: 2019-2020

Agraïments

Després d'un intens període de feina, ha arribat el dia que puc escriure que he acabat el meu Treball de Final de Grau, moment que no m'imaginava el dia que el meu germà em va acompanyar a fer la matrícula ni fins fa uns mesos. Presentar aquest treball ha tingut un impacte molt important per a mi, perquè el tema m'ha agradat molt des del principi i és un dels principals motius que m'han fet l'estona de feina més amena i també, pel que significava aquest TFG, que ja estava al tram final del meu període universitari. Crec que és just dedicar un apartat d'aquest treball a agrair a tothom que m'ha fet suport durant tot aquest temps.

En primer lloc, vull agrair a la meva família que m'ha fet costat durant tota aquesta etapa i que mai ha dubtat de mi. També m'agradaria agrair a les infermeres del sociosanitari on vaig fer pràctiques del setembre fins a l'octubre que em varen ajudar a decidir entre la meva llarga llista de temes quins podien resultar més interessants. Al final no vaig triar cap dels que vam comentar, però de totes maneres agraeixo molt la vostra voluntat.

Com he dit abans, aquest TFG per a mi també simbolitza la fi d'una etapa que vaig començar amb molta il·lusió, però també amb molta por i haig de dir que ha estat més fàcil gràcies al grup d'amigues que he fet i que espero no perdre mai. També vull dedicar unes paraules a la Sara Feixas i a en Dani Pulgarín que sempre m'han fet sentir que era capaç de superar tot el que el grau impliqués i m'han ajudat a sentir-me més segura en alguns moments.

I per últim, però no per això menys important, m'agradaria agrair a la Rosa Suñer la seva ajuda i la seva gran implicació amb aquest treball. Es nota molt que la investigació és una de les seves passions i així m'ho ha demostrat essent una guia i tutora excel·lent. T'estic molt i molt agraïda, Rosa.

Moltíssimes gràcies a tots! Us estic molt agraïda!

ÍNDEX

| | |
|--|-----------|
| 1. Resum | 4 |
| 2. Abstract | 6 |
| 3. Marc teòric | 8 |
| 3.1 Apoderament, alfabetització en salut i promoció de la salut..... | 8 |
| 3.2 Alfabetització en salut: concepte i definicions | 9 |
| 3.3 Diferents instruments de mesura de l'alfabetització en salut..... | 14 |
| 3.4 Importància de l'alfabetització en salut en la salut dels adults i nens..... | 20 |
| 3.5 Internet i altres fonts d'informació utilitzades pels pares per buscar informació relacionada amb salut..... | 23 |
| 4. Hipòtesis i objectius | 27 |
| 5. Materials i mètodes | 27 |
| 5.1 Disseny de l'estudi | 27 |
| 5.2 Àmbit d'estudi..... | 27 |
| 5.3 Població i mostra..... | 27 |
| 5.4 Variables de l'estudi | 28 |
| 5.5 Tècniques i instruments d'estudi | 28 |
| 5.6 Consideracions ètiques | 29 |
| 5.7 Anàlisi de dades..... | 29 |
| 6. Resultats | 30 |
| 6.1 Grau d'alfabetització en salut en els pares..... | 33 |
| 6.2 Fonts d'informació en salut que utilitzen els pares..... | 35 |
| 7. Discussió | 37 |
| 8. Conclusions | 44 |
| 9. Referències bibliogràfiques | 45 |
| 10. Annexes | 52 |
| Annex 1. Full d'informació sobre el projecte..... | 52 |
| Annex 2. Consentiment informat de la mostra..... | 55 |
| Annex 3. Enquesta als participants | 56 |

1. Resum

▪ Marc teòric

L'alfabetització en salut són totes aquelles habilitats que capaciten a les persones per buscar, comprendre i aplicar la informació relacionada amb salut. En el cas de pares i mares, tenir aquestes habilitats i coneixements implica una millor gestió de la salut dels seus fills, d'una malaltia, tractament farmacològic o d'obtenir una informació fiable relacionada amb la salut dels nens.

▪ Objectius

Determinar el grau d'alfabetització en salut en pares de nens d'entre 0 i 4 anys sans i identificar l'ús de fonts d'informació en salut que utilitzen els pares.

▪ Metodologia

Es tracta d'un estudi analític-transversal amb una població de pares i mares de nens sans d'entre 0 i 4 anys del CAP Santa Clara. S'estudiaran variables sociodemogràfiques, variables relacionades amb el nivell d'alfabetització per a la salut i les fonts d'informació que utilitzen els pares. Les dades es recullen amb el qüestionari *ad-hoc* HLS-EU-Q16 *Questionnaire* validat amb llengua castellana i l'anàlisi de les dades d'ambdós objectius es va realitzar a través del programa estadístic SPSS® versió 25.0 (IBM). L'estudi ha estat avaluat pel Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC) de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona.

▪ Resultats

A l'estudi es va comptar amb un total de 34 participants, dels quals un 76.5% eren del sexe femení i el 23.5% restant, masculí. La seva mitjana d'edat fou de 36.56 anys i més d'un 60% d'aquests tenien un nivell d'estudis alt.

D'acord amb l'eina utilitzada per la valoració de l'alfabetització en salut dels pares i mares de nens sans d'entre 0 i 4 anys, la majoria d'aquests, un 67.6%, presenten un nivell adequat amb un resultat de 3.06, amb un valor mínim de, pràcticament, 2.40 i un de màxim de 4 punts. Si es comparen els resultats obtinguts a l'enquesta per sexe, es pot distingir una lleu diferència: la mitjana

de puntuació de les dones va ser de 3.08 punts, mentre que la dels homes, fou de 2.97. Prenent com a referència totes les categories professionals, el grup que va obtenir una major puntuació a l'escala varen ser les persones classificades al grup de científics i intel·lectuals amb un resultat de 3.15.

Pel que fa a les fonts d'informació que utilitzen els pares i mares per fer les seves cerques relacionades amb salut, en relacionar-se el tipus de font utilitzada i el nivell d'estudis, s'ha vist que només al grup d'estudis alt, més d'un 50% de les persones incloses utilitza fonts segures, en canvi, els nivells mitjà i baix utilitzen majoritàriament fonts no segures. Referent a l'ús de webs en salut es va veure que la majoria dels participants, un 55.9%, feien les seves cerques a planes webs de salut i sobre la consulta amb els professionals sanitaris, independentment del nivell d'estudis, un percentatge superior al 50% en cada grup es decantava per demanar informació o aclarir dubtes als professionals de la salut.

▪ **Conclusions**

Aproximadament 7 de cada 10 participants presenta un nivell d'alfabetització en salut suficient. Un 52.9% dels participants utilitzaven fonts segures per la seva cerca d'informació relacionada amb salut. Tot i que els resultats són favorables, cal continuar treballant per la millora de l'alfabetització en salut i formació envers on cercar informació vàlida i fiable en els pares i mares de nens sans de 0 a 4 anys.

▪ **Paraules clau**

Alfabetització en salut; promoció de la salut; educació per a la salut; nens; pares; cures d'infermeria.

2. Abstract

▪ Background

Health literacy are the competences that enable people to search, comprehend and apply health information. Referring to parents, having these skills and knowledge involves a better management of their children's health, disease, pharmacological treatment or obtaining more trustworthy children's health-related information.

▪ Aims

To determine health literacy levels in parents of healthy children aged from 0 to 4 years old and to identify the health-related sources of information used by parents.

▪ Methodology

This is an analytic-transversal study whose participants are composed by parents from healthy children aged from 0 to 4 years that visit the Santa Clara Primary Health Care Centre.

Socio-demographic data, health literacy-related variables and the sources typology used by parents will be studied. The data will be collected with the *ad-hoc* HLS-EU-Q16 Questionnaire validated in Spanish and the analysis of the information of both of the objectives stated before was practised by means of the 25.0 version (IBM) of the SPSS[®] statistic programme. The Clinical Research Ethics Committee from Dr. Josep Trueta University Hospital in Girona evaluated this study.

▪ Outcomes

This study was possible thanks to 34 people that took part in it, of which a 76.5% were women and the 23.5% left, men. The average age was 36.56 years and more than the 60% of the participants had a high level of education.

According to the instrument used to measure health literacy levels in parents of healthy children aged from 0 to 4 years old, most of them, a 67.6%, showed a

sufficient health literacy level with a result of 3.06. The lowest punctuation collected was, practically, 2.40 points and the highest, 4. When comparing the results obtained by sex, it has been seen a small difference: women's average punctuation was 3.08 and men's, 2.97. Using all professional categories as a point of reference, the group that obtained the highest result were the participants included into the scientists and scholars group, whose mark was of 3.15 points.

Concerning to the information sources consulted by parents for their health researches, when the type of source and the studies level is compared, it shows that more than the 50% of the participants included in the high level of education group uses reliable sources, however, people included in the middle and low level of education groups, mainly consulted non-secure sources. Referring to consulting specific online health sites, it was seen that most of the participants, a 55.9%, carried on their searches in health sites. In terms of health professionals' consultation, regardless of the level of education, more than the 50% of people from each group expressed that asking health professionals' opinion was a good option to solve any doubts or to ask for further information.

▪ **Conclusions**

Approximately, 7 out of 10 participants presented a sufficient health literacy level. A 52.9% of the participants used reliable health information sources. Although the outcomes obtained are positive, it is necessary to keep on working in order to improve health literacy and education regarding to secure sites to find trustworthy information for parents with healthy children from 0 to 4 years.

▪ **Keywords**

Health literacy; health promotion; health education; children; parents; nursing care.

3. Marc teòric

3.1 Apoderament, alfabetització en salut i promoció de la salut

El concepte d'**apoderament** (*empowerment* en anglès) va néixer als anys 70 i estava íntegrament relacionat amb l'opressió i la no equitat, la qual cosa va generar moviments socials i polítics reclamant el poder i la seva distribució. Zimmerman el defineix com *“la habilidad de la gente para comprender y controlar las fuerzas personales, políticas, sociales y económicas para tomar decisiones que mejoren sus vidas”*; Rappaport, al 1981, com *“el poder que ejercen los individuos sobre sus propias vidas, a la vez que participan democráticamente en la vida de la comunidad”* i, Ortiz-Torres ho descriu tal com *“el proceso por el cual los individuos, grupos, organizaciones y comunidades desarrollan un sentido de control sobre sus vidas, para actuar eficientemente en el ámbito público, tener acceso a recursos y promover cambios en sus contextos comunes”*. És Rowlands qui concreta i resumeix millor aquesta idea aportant que *“debe consistir en introducir dentro del proceso de decisiones a las personas que se encuentran fuera del mismo”* (1,2).

D'acord amb les anàlisis de Zimmerman l'any 2000 i Keys *et al*; el 2017, dins de l'apoderament, hi ha 3 visions diferents: la personal o del subjecte, que fa referència al creixement personal i la capacitat que tenen les persones per les relacions i les intervencions socials; l'organitzacional, que inclou a processos que permeten tenir el control de les organitzacions influents i, per últim, la visió comunitària o col·lectiva, que és definit com el poder i l'habilitat d'una comunitat per aconseguir el canvi desitjat. De nou, Zimmerman va voler fer una distinció dins de la visió comunitària i col·lectiva referides a l'apoderament. Explicava que hi havia 2 tipus d'organitzacions: les apoderades, “amb poder d'incidència social” i les apoderadores, “que faciliten el creixement personal dels seus membres” (1,2).

Aquestes 3 visions comentades anteriorment estan definides de forma individual però estan relacionades les unes amb les altres, és a dir, una s'inclou dins de l'altra (2).

La finalitat de l'apoderament en salut és que els usuaris busquin i tinguin el

control de tots els factors que determinen la salut personal i la comunitària.

Tenint en compte aquest objectiu, podem veure que aquesta idea està íntimament relacionada amb els conceptes d'**alfabetització en salut** i **promoció de la salut**. Aquest últim va aparèixer a mitjans del segle XX (3) i és definit per la carta d'Ottawa l'any 1986 i la Declaració de Jakarta el 1977 com "el procés que proporciona als individus i a les comunitats els mitjans necessaris per exercir un major control sobre els seus determinants de la salut per millorar-la" (4–6). És a partir d'aquesta promoció en salut que es poden identificar tots aquells àmbits (factors personals i socials) que han de modificar-se per canviar uns determinants en salut perjudicials (6).

Respecte a l'alfabetització en salut, aquesta carta concretava que és en el context en el qual la persona fa la seva vida en el que es podran prendre decisions en salut que la millorin o que l'empitjorin i que, per tant, serà on es posi en pràctica l'alfabetització en salut treballada (7). I pel que fa a la promoció de la salut, a aquesta mateixa carta s'especifica que la promoció no és un objectiu que cal assolir a la vida, sinó que és un recurs per viure-la respectant l'equitat entre les persones i tractant els recursos socials i personals (4,5).

Nutbeam explica que es porta treballant l'alfabetització en salut des dels anys 60 i 70 i que anava enfocat principalment a la prevenció de malalties contagioses gràcies a la promoció d'estils de vida saludables. Però més endavant, es va veure que aquests eren només efectius per un sector amb més estudis i amb un nivell econòmic més elevat, el qual podia facilitar l'accés i la comprensió de la informació. Fou a partir d'aquí, als anys 80, quan es va canviar el punt d'atenció en l'elaboració de programes d'alfabetització i es varen intentar centrar en cada persona de forma individual, estudiant-la a ella i als seus hàbits i canviar-los per altres més saludables (6).

3.2 Alfabetització en salut: concepte i definicions

Segons l'última actualització de l'Institut Nacional d'Estadística, actualment, l'esperança de vida a Espanya ha augmentat considerablement respecte anys anteriors, hem passat d'una esperança de vida de 82 anys al 2012 a una de 86 anys en qüestió de 6 anys (8). Diversos estudis confirmen la relació entre

l'alfabetització en salut i els resultats que s'obtenen en salut (9) i és per aquest motiu que el principal objectiu de la sanitat i també de la comunitat, hauria de ser mantenir i aconseguir una bona salut per les persones sanes, però també per aquelles que actualment estan convivint amb el procés d'una malaltia. Per tal que això sigui possible, s'hauran de prendre decisions dins de l'entorn sanitari, però, per una altra banda, cal treballar també amb l'entorn comunitari, és a dir la societat, per tal d'acostumar-la a unes condicions que predisposin a generar salut (7). És en aquest punt en el qual s'ha de començar a treballar i enfocar a la societat amb la prevenció, promoció i apoderament de la salut (1). Al principi, només varen mostrar aquest interès els EUA i el Canadà, però als anys 90 es va començar a internacionalitzar i altres països, com per exemple Austràlia i Suïssa, varen començar a fer estudis (10). És gràcies a les 3 nocions esmentades anteriorment (prevenció, promoció i apoderament en salut), que **l'alfabetització en salut** (*health literacy, HL*) és possible i cal recordar que ha sorgit com un principal problema de salut i també com un component crític de l'assistència sanitària d'alta qualitat (11).

L'HL, segons *The European Health Literacy Project* “se basa en la alfabetización en general y engloba motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de esta” (11,12).

Sørensen *et al*; varen destacar que és a partir de les diferents definicions d'alfabetització en salut que sorgeixen 2 perspectives diferents: la clínica, que fa referència a totes les eines i recursos amb els quals compta la població per actuar a l'entorn sanitari; i, per una altra banda, hi ha el vessant de salut pública, que es centra en l'entorn familiar, laboral i comunitari, apart del sanitari (7,13).

D'acord amb l'Organització Mundial de la Salut (OMS), l'alfabetització en salut és definida com “*las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud*” (6,10,14,15). D'aquesta manera el pacient esdevé molt més actiu i responsable

de la seva salut, és a dir, que participa d'una manera més autònoma col·laborant al mateix temps amb la salut de la comunitat (15,16).

Kickbusch *et al*; el 2005 va complementar l'actual definició de l'OMS especificant que les decisions que havien d'acabar prenent els usuaris havien de ser encertades i també afegí que aquestes decisions correctes no han de prendre's sempre a l'entorn sanitari, sinó també a casa, a la comunitat, al centre de treball... (7).

L'any 2000, segons Nutbeam, l'alfabetització en salut va ser definida com “el procés per capacitar a les persones i a les comunitats per incrementar el control sobre els determinants en salut i així millorar la seva salut”, és a dir, que l'educació per a la salut (procés) tindrà com a objectiu millorar l'alfabetització en salut (resultat final del procés) (1,4,7). Encara que no s'hagi esmentat específicament a cap de les definicions prèvies, cal tenir en compte que la promoció de la salut també inclou una modificació de les condicions socials, ambientals i econòmiques que formen part de l'entorn dels usuaris per tal de controlar el seu impacte en la salut tant pública com individual (3).

Altres definicions d'alfabetització en salut són:

- Segons l'*Institute of Medicine*, l'any 2004, és “la capacitat de les persones de rebre, processar i entendre la informació sobre salut i serveis bàsics que es necessiten per prendre decisions adequades respecte a la salut” (7,10).
- Segons Zarcadoolas, Pleasant i Greer, el 2006, ho defineixen com “l'ampli ventall d'habilitats i competències que les persones desenvolupen per buscar, entendre, avaluar i fer servir informació sobre la salut i els conceptes associats per prendre decisions informades, reduir els riscos per a la salut i incrementar la qualitat de vida” (10,17).
- Segons Rootman i Gordon-el-bihbety, a l'any 2008, la defineixen com “la capacitat d'accedir, entendre, avaluar i comunicar informació com a manera de promoure, mantenir i millorar la salut en diverses circumstàncies al llarg de la vida” (7,10).
- Segons el Consell de Consumidors del Regne Unit (NCC) és definida com “la capacidad de una persona de obtener, interpretar y comprender

los servicios y la información sanitaria básica con el objetivo de mejorar la salud” (6).

- Segons *ad-Hoc Committee on Health Literacy*, a l'any 1999, era *“the relationship between patient literacy levels and their ability to comply with prescribed therapeutic regimens” (6).*
- Segons l'*Australian Bureau of Statistics*, el 2008, ho definien com *“the knowledge and skills required to understand and use information relating to health issues such as drugs and alcohol, disease prevention and treatment, safety and accident prevention, first aid, emergencies, and staying healthy” (10).*
- D'acord amb *Yost et al;* a l'any 2009: *“the degree to which individuals have the capacity to read and comprehend health-related print material, identify and interpret information presented in graphical format (charts, graphs and tables), and perform arithmetic operations in order to make appropriate health and care decisions” (10).*
- D'acord amb *Adams et al;* (2009): *“the ability to understand and interpret the meaning of health information in written, spoken or digital form and how this motivates people to embrace or disregard actions relating to health” (10).*
- I segons *Adkins et al;* a l'any 2009, la definia tal com *“the ability to derive meaning from different forms of communication by using a variety of skills to accomplish health-related objectives” (10).*

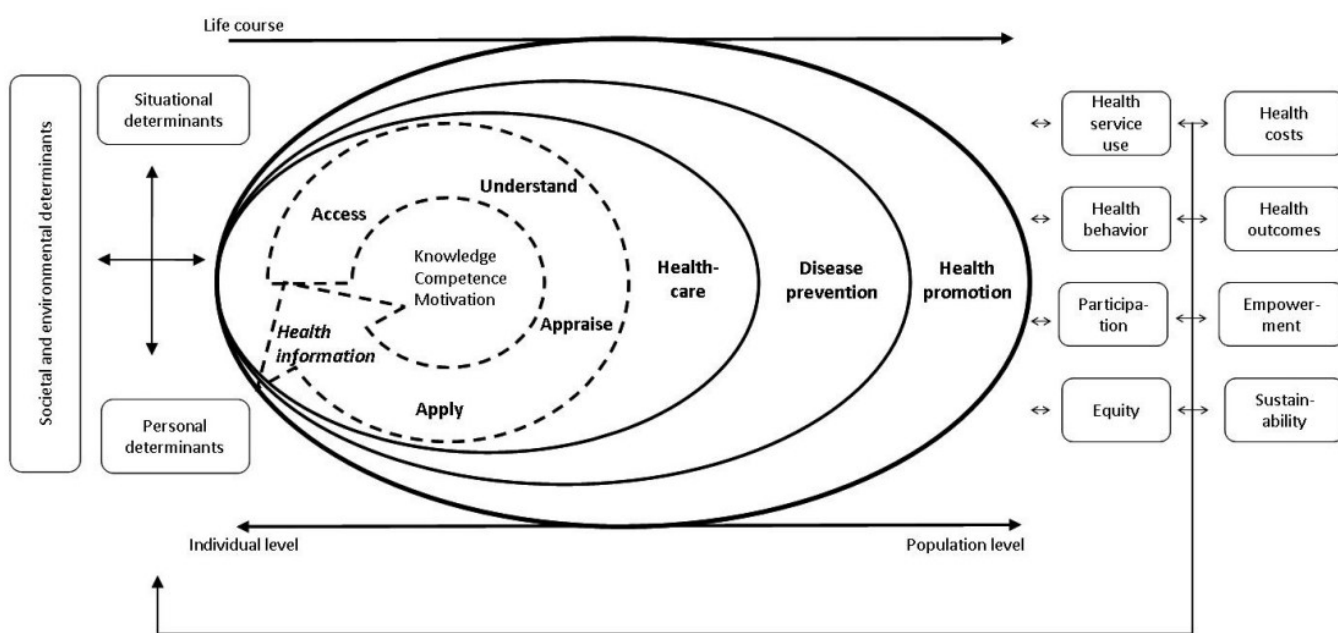
Així i tot, de totes les definicions que existeixen actualment, la que té millor avinença és la de **Sørensen et al;** del 2011. És reconeguda pel **Consorti Europeu sobre l'Alfabetització en Salut** i diu que *“la alfabetización para la salud está vinculada a la alfabetización y conlleva el conocimiento, la motivación y las aptitudes para acceder, comprender y aplicar la información en temas de salud, con el fin de hacer valoraciones y tomar decisiones en lo concerniente a temas cotidianos de salud, prevención de enfermedades y fomento de la salud, con la intención de mantener o mejorar la calidad de vida en el transcurso de esta”,* de manera que així es pot aplicar en diferents contextos i situacions (7,13).

És gràcies al concepte de HL que ha sorgit una nova imatge de pacient, passant de ser passiu a actiu. El pacient actiu és aquell capaç de responsabilitzar-se de la seva salut, amb l'ajuda dels professionals sanitaris i amb la voluntat de participar en un procés de millora de la seva malaltia i de la qualitat de vida a través de l'autocura. Per tal que això es compleixi, cal que l'usuari tingui accés a fonts d'informació de qualitat i contrastades i també que pugui acudir a sessions d'alfabetització sanitària com per exemple, tallers programats i guiats per professionals de la salut. Un altre exemple de programa que fomenta l'autonomia i la independència del pacient és el Programa Pacient Expert de Catalunya (16).

Independentment de la definició d'alfabetització que es prengui com a referència, podem classificar-la en 3 tipus: funcional, interactiva i crítica. La funcional, que valora habilitats bàsiques de lectura i escriptura; la interactiva, si la persona té habilitats socials per saber-se moure pel context sanitari; i la crítica, segons Nutbeam, en la qual es valora si la persona pot analitzar críticament la informació que se li ha proporcionat per prendre una decisió de forma autònoma (18).

L'any 2012, es va elaborar el següent esquema on relacionen els 4 dominis de l'HL i els 3 dominis de salut on poden aplicar-se (10):

Figura 1. Model integrat d'alfabetització en salut. Sørensen *et al*; (2012) (10)



3.3 Diferents instruments de mesura de l'alfabetització en salut

Un estudi de l'*Institute of Medicine* va arribar a la conclusió de què la meitat dels EUA podien presentar dificultats per prendre decisions havent-se-li proporcionat la informació sanitària necessària, anomenat (*health literacy epidemic*) (10). És a partir d'exemples com aquest on es mostra la gran importància de l'alfabetització en salut i, per això, és imprescindible l'ús d'instruments que ens ajudin a veure les potencialitats i les limitacions de la població per tal de realitzar mesures efectives i saber des d'on partir (18).

Així i tot, encara que comptem amb una àmplia varietat d'instruments que ho haurien de fer possible, a causa de les limitacions psicomètriques que cada escala presenta, avui dia no és possible que totes elles classifiquin a una persona a un mateix nivell d'HL (14).

Els instruments trobats a la bibliografia són:

- **L'escala REALM** (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*): fou creada el 1991 per Davis *et al*; i consisteix a valorar l'habilitat lectora (7,9,11,13,14), la pronúncia i també la capacitat de relació de paraules amb salut en usuaris de centres sanitaris, hospitals, de la comunitat i dels centres d'atenció primària. Quan es va crear aquesta escala, hi havia un total de 125 paraules i durava entre 3 i 5 minuts. L'any 1993, els mateixos autors la van escurçar a un total de 66 paraules i es podia passar entre 1 i 2 minuts aproximadament. Més endavant, el 2003 Bass *et al*; la va tornar a retallar a un total de 8 paraules i va passar a dir-se REALM-R. Un cop fetes les modificacions, es va mesurar que la fiabilitat i la validesa i va resultar que eren molt bones en ambdues modificacions. Cal afegir que la versió actual del REALM conté un total d'11 paraules (7,11,13,14).

Els avantatges d'aquesta escala és que és molt ràpid i fàcil de passar; és senzilla de puntuar; està molt ben tolerada i acceptada pels usuaris; el REALM-R pot passar-se a tota la població i té una validesa i fiabilitat ($\alpha=0.91$ i 0.99 al test-retest) elevades. Per una altra banda, les limitacions que presenta és que cap de les versions avalua la comprensió de les paraules, només la capacitat de lectura; la versió de 125 i 66 paraules estan dissenyades per a nens amb una edat màxima

de 13-14 anys i només existeix una versió d'aquesta escala i és en anglès (7,9,18).

Un cop passada l'escala, es classifica a la persona en elemental baix, nivell elemental, júnior i avançat (18). Entre 0 i 18 es classifica a les persones en nivell d'HL més baix i, entre 61 i 66, als usuaris amb un nivell més alt (7).

- L'**escala HLQ** (*Health Literacy Questionnaire*): va ser creada l'any 2013 per Osborne *et al*; i consisteix a avaluar els coneixements en salut, els punts forts i els febles dels usuaris de l'atenció primària per tal de fer-ho saber als professionals de la salut, a diferents organitzacions i al govern per tal d'actuar de la manera pertinent tenint en compte els resultats que s'obtinguin (13,18).

Aquest instrument mesura si la persona es sent compresa i sostinguda pels professionals de la salut; si la persona disposa d'una quantitat suficient d'informació; si la persona pot avaluar la informació que se li proporciona; si pot moure's de forma autònoma pel sistema sanitari i l'habilitat per trobar informació i comprendre-la per prendre decisions (18).

- L'**escala MART** (*Medical Achievement Reading Test*): fou creada per Hason-Divers l'any 1997 i consisteix a valorar la capacitat dels pacients sanitaris per relacionar 42 paraules amb vocabulari utilitzat en salut, com per exemple paraules mèdiques, receptes, noms de fàrmacs... A diferència del REALM, va ser creada per persones amb dificultats de lectura (7).

Aquesta escala té com a avantatges la seva alta fiabilitat ($\alpha=0.98$); la rapidesa amb la qual pot passar-se (3-5 minuts) i, un gran avantatge és que els usuaris no noten que se'ls està avaluant. Pel que fa a les seves limitacions, té una mala validesa, no es valora si l'usuari coneix el significat de les paraules que reconeix i, com les proves de l'escala varen fer-se amb una mostra molt petita, aquest fet impedeix que es puguin generalitzar els resultats (7).

- L'**escala SAHLSA** (*Short Assessment of Health Literacy for Spanish-Speaking Adults*): es va crear l'any 2006 per Lee *et al*; per les persones que parlessin exclusivament castellà. Aquest test consisteix a reconèixer

50 paraules mèdiques, a partir de 66 punts de l'escala REALM, i relacionar-ho amb altres paraules de significat semblant. Valora la comprensió i la pronunciació (7).

Presenta com a avantatges que es passa als usuaris molt fàcilment; es fa i es puntua en 3-6 minuts; té una fiabilitat alta SAHLISA ($\alpha=0.92$ i 0.86 al test-retest) i és un instrument que el podem trobar en espanyol. Cal destacar com a limitacions la seva baixa validesa; la majoria de dones participants en les proves que impedeix generalitzar els resultats; segons Padilla-Santoyo *et al*; el 2008 cal revisar 8 punts del total per diferències que s'han vist respecte a altres països de parla hispana i, com a últim desavantatge, presenta que no avalua cap mena de coneixement numèric (7).

Classifica a la persona en un nivell inadequat d'HL si s'obté una puntuació entre 0 i 37 punts (7,18).

- **L'escala NVS** (*Newest Vital Sign Measure*): aquest test va ser creat per Weiss *et al*; l'any 2005. Aquesta escala consisteix a detectar de forma ràpida, precisa i precoç el nivell d'alfabetització dels usuaris clínics a partir de només 6 preguntes. Valora la comprensió lectora i numèrica a partir de l'etiqueta d'un gelat (7,11,14).

Valorant aquesta escala podem veure que té com a avantatges que pot passar-se en 3-5 minuts i que té una molt bona sensibilitat. En canvi, com a limitacions, caldria destacar que els resultats no poden generalitzar-se a tota la població a causa de la baixa mostra durant les seves proves; hi ha una manca de precisió en els descriptors; es poden produir errors de classificació i també pot haver-hi una sobreestimació de pacients amb nivell d'alfabetització limitat i, per últim, la fiabilitat, la validesa i les propietats psicomètriques de la versió espanyola no són tan bones com en l'anglesa. En anglès la fiabilitat representa un $\alpha=0.76$ i en espanyol, $\alpha=0.69$ (7,18).

Si la puntuació que s'obté a l'escala és entre 0 i 1 punt, implica que hi ha una alta probabilitat de que l'usuari presenti $\geq 50\%$ d'alfabetització limitada; si està entre 2 i 3, existeix la possibilitat que hi hagi un nivell d'alfabetització limitat i, finalment, si el resultat és d'entre 4 i 6 punts, el nivell d'HL seria adequat (7).

- **L'escala TOFHLA** (*Test of Functional Health Literacy in Adults*): fou creada a l'any 1995 per Parker *et al*;. La valoració es fa a partir de la comprensió de pautes numèriques i la comprensió lectora, és a dir, si els pacients dels centres sanitaris comprenen aquelles tasques que han de fer llegint la informació escrita que se'ls proporciona i també les dades numèriques. Té una duració d'uns 22 minuts aproximadament (12 per realitzar la comprensió lectora i 10, per la numèrica) i la seva fiabilitat és molt bona. Existeix una versió curta d'aquest test que dura 7 minuts (7,11,13,14,18).

Com a avantatges es podria destacar que hi ha una versió adaptada per a persones amb problemes de visió i també en espanyol; és considerada la prova de referència en HL (*gold standard*) amb una alta fiabilitat ($\alpha=0.98$) i vàlida; permet classificar a la persona a un nivell determinat de comprensió lectora i, que avalua habilitats lectores però també les numèriques. Com a limitacions cal afegir que existeix una versió en espanyol creada per Parker *et al*; però aquesta no està reconeguda; la duració de la prova és elevada (22 minuts aproximadament) i la consegüent mala tolerància que implica allò que s'esmenta anteriorment però, també el fet d'estar cronometrats (7,18).

Un cop passada l'escala, si la puntuació obtinguda és entre 0 i 59 punts, implicaria que aquell usuari presentaria una HL inadequada; si obté 60-74 punts, presentaria HL marginal, és a dir, que aquella persona tindria dificultats per interpretar i llegir textos de salut; i, finalment, si els punts sumen entre 75 i 100, voldria dir que aquella persona tindria una adequada HL (7).

A partir d'aquesta escala, varen sorgir d'altres aplicables a altres àmbits o a altres llengües com per exemple "*The Hebrew Health Literacy Test*" (HHLT); la "*Health Literacy Test for Singapore*" (HLTS), creada per Ko *et al*; i el "*Test of Functional Health Literacy in Dentistry*" (TOFHLiD) (18).

- **L'escala HLS-EU-Q47/HLS-EU** (*European Health Literacy Survey*): l'any 2009 alguns països (Àustria, Bulgària, Alemanya, Grècia, Espanya, Irlanda, Països Baixos i Polònia) de la Unió Europea (UE) (18,19) van decidir valorar els nivells d'alfabetització en salut a Europa, ja que, malgrat que hi ha molta evidència que reflecteix els nivells d'HL a escala

mundial, cap estudi es centra únicament a la UE i, per aquest motiu, no es poden conèixer els punts forts ni els punts febles en relació amb l'alfabetització en salut dels països participants i, per tant, tampoc es podran establir polítiques de millora si no se sap prèviament la base de coneixements de la societat (19–21).

Per tal que aquest estudi fos possible, la *European Health Literacy Project* va haver d'elaborar el seu propi instrument de mesura, l'HLS-EU-Q47 (19), que conté 47 ítems classificats en 3 dimensions: atenció i cures sanitàries, prevenció de malalties i promoció de la salut. I aquestes 3, s'engloben dins de les capacitats de: recerca i accés a la informació, comprensió, capacitat per avaluar i analitzar la informació trobada i la seva aplicació (14,18–20,22). Fou passat als 8 països europeus participants coordinats per la universitat de Maastricht (14,19,22) i, a partir dels resultats que s'obtenien, a cada participant se'l classificava amb el seu nivell pertinent d'HL: HL inadequada (si obté entre 0 i 25 punts); problemàtica (>25-33 punts); suficient (>33-42 punts) i, excel·lent (>42-60 punts) (20).

Com a limitacions, cal destacar que és una escala molt llarga de passar, per aquest motiu a l'any 2014, Pelikan i Sørensen varen reduir la HLS-EU-Q47 a un total de 16 preguntes que classifiquen el grau de dificultat percebut per la persona enquestada davant de tasques o d'alguna situació en molt fàcil, fàcil, difícil, molt difícil o no sap/no contesta. La variable “nivell d'alfabetització en salut” es va construir a partir dels participants que varen participar i que contestaren com a mínim 14 ítems. Seguidament, es va transformar cada resposta en una dicotòmica de la següent manera: molt difícil i difícil = 0 i fàcil i molt fàcil = 1. La puntuació de cada participant es va obtenir a partir de la suma de les puntuacions del total de 16 ítems considerant “nivell inadequat o problemàtic”, puntuacions entre 0 i 12 i “nivell suficient” (23).

A més, darrerament s'ha creat una versió més breu en la qual es torna a reduir el nombre de preguntes a un total de 6 i pot passar-se en 1 minut aproximadament (24).

L'any 2006, Macuso va fer una revisió dels següents instruments:

- **L'escala HALS** (*Health Activities Literacy Scale*): és una escala creada l'any 2007 per Rudd. Consta de 196 punts i s'enfoca cap a la població adulta. Estudia habilitats d'alfabetització en salut i les classifica en diferents nivells a través de la comprensió lectora. D'acord amb Nutbeam, a diferència de l'escala TOFHLA o la REALM, aquesta és més comprensible pels usuaris i classifica el total de punts en 5 dominis: promoció de la salut, protecció de la salut, prevenció de malalties, cures, manteniment de la salut i sistemes de navegació (7,13).
Obtenint una puntuació d'1 punt, es classificaria a la persona amb un nivell baix, i amb un 5, un nivell alt (7).
- **L'instrument METER** (*Medical Term Recognition Test*): va ser creat l'any 2009 per Rawson i té com a objectiu avaluar de forma ràpida la HL en l'àmbit clínic, és a dir, que pretén detectar els usuaris que poden necessitar ajuda per entendre la informació sanitària que se'ls proporciona (7).
- **L'escala e-HEALS** (*Health Literacy Scale*): fou creada el 2006 al Canadà per Norman i Skinner. Consta de 8 ítems i és una autoavaluació dels coneixements, el confort i les habilitats percebudes per la persona mentrestant cerca la informació que desitja, l'avaluació del seu contingut i la seva aplicació. La mostra amb què es va provar aquesta escala tenien edats compreses entre els 13 i els 21 anys i es va veure que la fiabilitat representava una limitació (7).
- **El SILS** (*Single Item Literacy Screener*): fou creat per Morris *et al*; l'any 2006 per identificar quins pacients amb diabetis i/o amb insuficiència cardíaca poden presentar limitacions per llegir qualsevol mena de document que proporcioni informació relacionada amb la salut en l'atenció primària i/o hospitalària gràcies a l'escala Likert (7).
Es classifica a la persona amb un nivell d'HL inadequat si la puntuació obtinguda és entre 0 i 16; marginal, entre 17 i 22 i, adequada si està entre 23 i 36 punts (7).
- **PHLAT Spanish** (*Health Literacy Activities Test*): va ser creat el 2012 per Yin *et al*; comprovar l'alfabetització en salut i les habilitats numèriques en pares de nens de menys de 30 mesos que parlin espanyol. Aquest test consta de 10 punts a valorar, però existeix una

altra versió més curta en la qual hi ha 2 punts menys amb la qual no hi ha massa diferències pel que fa a la fiabilitat i validesa. Estudia les àrees de nutrició/creixement/desenvolupament, lesió/seguretat i cures preventives (7).

Altres instruments de mesura de l'alfabetització en salut són: la **Glimore Oral Reading Test** (11); la **Set of Brief Screening Questions and Derivative (SBSQ)** creada per Chew, Bradley i Boyko l'any 2004; la **eHealth Literacy Scale (eHEALDS)**; la **Health Literacy Skill Instrument (HLSI)** creada per McCormack *et al*; el 2010; **All Aspects Health Literacy Scale (AAHLS)**, creada per Chin i McCarthy l'any 2013 i la **Health Literacy Management Scale (HeLMS)**, desenvolupada a Melbourne el 2013 per Jordan *et al*; (18).

És gràcies a aquests instruments que podem adaptar la informació i la forma de proporcionar-la individualitzant cada persona i les seves capacitats per millorar la seva educació en salut (18).

Independentment de l'eina utilitzada per mesurar l'HL, la idea central és que totes aquestes permeten fer una distinció entre qui pot realitzar tasques d'escriptura i comprensió i/o qui no sobre temes relacionats amb salut. A més a més, també fan una anàlisi sobre qui és capaç de realitzar tasques d'alfabetització i qui no pot (25).

3.4 Importància de l'alfabetització en salut en la salut dels adults i nens

A la revisió bibliogràfica dut a terme per la *University of North Carolina* es va veure que diversos estudis varen arribar a la conclusió del fet que hi ha una forta relació entre l'alfabetització i els coneixements i els resultats obtinguts en salut i del total, 8 varen arribar a la conclusió de què una baixa HL implica uns pitjors resultats en salut, comportaments, ús de serveis d'urgències i assistencials (9). Per tal de posar en pràctica l'alfabetització en salut de manera efectiva, es recomana que els professionals adaptin el seu llenguatge a la persona que tenen davant, és a dir, utilitzar majoritàriament un llenguatge senzill evitant tecnicismes, preguntar quina informació se'ls ha proporcionat fins aquell moment, preguntar si tenen algun dubte i fraccionar la informació que se'ls transmet (7).

És important incrementar-la, ja que un nivell inadequat s'associa a una mala administració de la medicació pertinent (9); pitjor estat de salut; pitjors hàbits preventius i limitació dels seus recursos; un increment de la demanda dels serveis assistencials; pitjor comunicació entre el professional i pacient; pitjor adherència terapèutica; una elevada preocupació per part dels pares envers la malaltia del nen, és a dir, una pitjor qualitat de vida tant del nen com dels pares i disminució en el nombre d'assistències a l'escola (6,7,14,18,26,27).

En canvi, quan hi ha una correcta HL, ocorre tot el contrari, hi ha uns nivells més alts d'apoderament, una millor habilitat per prendre decisions i també hi ha una millor eficàcia dels recursos sanitaris amb els quals la societat disposa (7,11-13).

Encara que hi ha un gran nombre d'estudis que es centren en l'HL d'adults tractant la seva mateixa salut, n'hi ha d'altres que també estudien el nivell d'alfabetització en salut dels pares o cuidadors principals respecte a la salut dels seus fills i s'arriba a la mateixa conclusió que al paràgraf anterior, però aplicat als nens (27).

Un exemple seria la relació que hi ha entre el nivell d'alfabetització en adults i el seu pes. D'un total de 22 estudis, 17 varen arribar a la conclusió del fet que una HL baixa podia associar-se amb un índex de massa corporal (IMC) de >24.9 kg/m², és a dir, elevat, que pot implicar sobrepès i obesitat. A excepció d'un estudi que indicava que les persones grans, amb una HL baixa, se'ls relacionava amb un IMC baix (14).

Centrant-nos en nens i adolescents, s'ha vist que l'associació entre el nivell de HL i l'IMC que s'estableix en els adults és la mateixa que en el grup d'edat esmentat a l'inici d'aquest mateix paràgraf, però l'associació en nens i adolescents és encara molt més consistent (14).

En el cas de nens asmàtics, l'evidència explica que uns nivells baixos d'alfabetització en salut poden relacionar-se directament amb un mal control de l'asma en nens i un elevat ús dels serveis assistencials, ja que comencen a patir abans per la salut dels seus fills que en el cas de pares amb una HL més alta (9,11,26,27). A més a més, aquests nens tenen més possibilitats de patir

asma de gravetat moderada-greu de forma persistent, fan un ús molt més elevat de l'Albuterol i tenen un nombre més elevat nombre d'hospitalitzacions (que conseqüentment comporta una disminució de les assistències a l'escola) (11,26,27). Ara bé, no tots els estudis varen arribar a aquesta mateixa conclusió, tot i que la gran majoria, sí (26).

Diferents autors també varen estudiar si hi havia relació entre la HL i el control glicèmic dels seus fills. Hassan, mitjançant l'hemoglobina glicosilada (HbA1c), va arribar a la conclusió de que l'alfabetització en salut en els pares condicionava el control glicèmic del seu fill, però en canvi, altres investigadors no varen poder relacionar una HL baixa amb un mal control de la glicèmia però n'hi ha un altre que sí que va veure que els pares que tenien una mala alfabetització en salut, s'obtenien uns resultats inadequats de glicèmia quan es mesurava als seus fills (27).

És per aquest motiu que l'alfabetització en salut és considerada un determinant de salut més, per la relació que aquesta té amb l'estat i l'evolució de la salut i de la malaltia. S'ha d'intentar dotar als pares dels coneixements necessaris per poder controlar mínimament la salut i la malaltia del seu fill, ja que així podran prendre decisions adequades en les situacions que així ho requereixin (11–13).

Com s'ha vist anteriorment, és important apoderar i capacitar a la població per prendre decisions responsables sobre la seva salut. Aconseguir-ho no serà gens fàcil, ja que no només implicaria l'esforç del col·lectiu sanitari, sinó que també requereix el compromís dels mateixos usuaris, el de la indústria farmacèutica i alimentària, mitjans de comunicació científics i divulgatius, la representació del col·lectiu sanitari i dels usuaris, però, sobretot, el compromís polític (12,13). Un compromís polític que prioritzi l'alfabetització en salut per fer promoció i prevenció en salut, millorar l'equitat i l'accessibilitat de la població individualitzant la situació de cada usuari, ja siguin pels contextos tant socials com culturals. En aquest punt, el rol d'infermeria és essencial, aprofitant la proximitat que tenim amb els pacients i la nostra visió holística, caldria que participéssim més activament en el disseny de polítiques i estratègies en salut, com per exemple treballant la comunicació oral i l'escrita, l'autogestió,

l'apoderament esmentat prèviament i, també, els sistemes de suport a les persones (12,13).

D'acord amb *The European Health Literacy Project*, comparant els països que hi varen participar, el que va obtenir el millor resultat amb diferència va ser Holanda seguida d'Irlanda, Alemanya i Polònia. A la conclusió a la qual es va arribar va ser que 1 de cada 10 participants, és a dir el 12.4% de la mostra, presentava uns nivells inadequats d'alfabetització en salut. Ara bé, cal afegir que aquesta dada es va obtenir tenint en compte les respostes dels altres països participants. Hi ha diferències molt significants entre països tal com podem veure al següent exemple. Un nivell d'alfabetització en salut inadequada, als Països Baixos representa a un 28.7% de la població, mentre que a Bulgària, un 62,1% (19).

3.5 Internet i altres fonts d'informació utilitzades pels pares per buscar informació relacionada amb salut

Relacionat amb els nivells d'alfabetització per a la salut, és important que les persones siguin competents en salut i tinguin coneixements però extrets de fonts fiables. Segons l'Eurobaròmetre, 6 de cada 10 europeus consulten la xarxa per resoldre els dubtes que tenen sobre la seva salut o la dels seus fills (9), però resulta que fins fa no massa temps, els professionals sanitaris eren la font més fiable d'informació relacionada amb la salut, però l'aparició de la Internet i les xarxes socials ha resultat ser una eina de gran facilitat i utilitat per als usuaris, ja que així poden trobar molta més informació i, a sobre, ho fan d'una manera més ràpida i fàcil. És per això que a hores d'ara, als professionals sanitaris no els hauria de sorprendre rebre a consulta pacients que han consultat prèviament la xarxa i que vénen informats (13,28,29).

A través d'un estudi que es va realitzar a l'hospital de Móstoles, es va veure que 377 metges d'atenció primària i 348 metges d'atenció hospitalària afirmaven que un 70% dels seus pacients acudien a consulta o a l'hospital havent revisat prèviament continguts a la xarxa. Alguns, ho varen fer de forma independent, però un 27.6% ho va fer perquè el mateix metge de capçalera/d'hospital els recomanava llocs web (28).

Un altre estudi va determinar que el sexe que més consulta llocs web era el femení, un 61.1% i un 36.9%, el masculí; que el seu nivell d'estudis era entre mitjà, 49.2%, i alt, 36.2% i també s'associava a un nivell d'ingressos més elevat. De tots aquests usuaris, un 62.2% varen considerar que la xarxa és una font d'informació molt vàlida, un 4% afirmava que el seu metge li havia recomanat alguna plana web i un 83.3% havien consultat aquesta plana (28).

Els avantatges d'aquesta nova actitud dels usuaris són, fonamentalment, augmentar la seva autonomia, facilitar i/o reforçar els missatges de promoció de salut i la prevenció de malalties. En canvi, alguns desavantatges que implica són la gran varietat dels continguts de la xarxa i també, una mala qualitat d'aquests; la desestructuració i la mala classificació de les dades; l'ansietat o confusió que poden patir els usuaris per les diferències informatives entre una font i una altra, indecisió; augmentar les expectatives i demandes dels pacients envers alguns tractaments o teràpies i que després, per motius desconeguts, no estiguin disponibles; la pèrdua de confiança amb el seu metge; i un augment de l'assistència sanitària i dels recursos, com per exemple, visites a especialistes o administració de vacunes (28,30).

Un altre problema que sorgeix i que representa un gran desavantatge entre els investigadors i la societat és que no totes les fonts d'informació a la xarxa són de lliure accés, és a dir, que per visualitzar determinats continguts l'usuari de subscriure's a la revista o a la plana web i pagar. D'aquesta manera, s'estan limitant els recursos amb què compta la població per gestionar la informació en salut. Fou per aquest motiu que l'any 2016, la Unió Europea va acordar donar lliure accés a totes les investigacions científiques l'any 2020, és a dir, que l'accés a la informació qualificada passés de ser un benefici individual a un de col·lectiu. Ara bé, a hores d'ara no ha canviat res, moltes revistes científiques de la xarxa continuen cobrant per visualitzar articles (30).

Una manera de proporcionar als usuaris informació de qualitat de forma lliure i oberta, és a través dels professionals de la salut, compartint els coneixements que tenen i que aprenen diàriament, d'aquesta forma s'estableix un compromís social entre l'usuari i el professional, a més de millorar la confiança i comunicació entre ells. Així també es garanteix que aquelles persones que no

tinguin accés o que en tinguin un de limitat a la informació i a les tècniques d'informació i comunicació (TICs), se'n beneficiïn de la mateixa manera que ho fan les persones que sí que hi tenen accés (30,31).

Un últim gran desavantatge impossible de predir quan va aparèixer la Internet és la "infoxicació/intoxicació informacional", que és definida com la intoxicació per un excés d'informació o per una informació superior a la que una persona pot controlar realment, a causa de la constant actualització de les dades fent que les dades prèvies quedin obsoletes. El més important d'aquest fet és que les noves publicacions conviuen conjuntament a la xarxa juntament amb les obsoletes, és a dir, no s'eliminen de la xarxa, de manera que la població pot accedir a dades actualitzades però a les obsoletes també sense adonar-se'n. Això implica que els usuaris puguin tenir alguna noció d'alguna malaltia o procés errònia i que a més puguin prendre determinades decisions referents a la seva salut que serien diferents si comptessin únicament amb la informació més recent i actualitzada (32).

Per tal de buscar informació a Internet, cal tenir en compte 2 idees. La primera és que hi ha informació que ens pot resultar molt valuosa o útil i que no apareix a les recerques convencionals, sinó que queda amagada entre tota la resta d'articles i planes web, és a dir, a la Internet invisible que són totes aquelles fonts a les quals altres planes ens deriven. I la segona idea, que cal recordar és que encara que 2 fonts tractin el mateix concepte o idea no es proporcionarà sempre el mateix contingut i això dependrà del grau de processament de la informació. A partir d'aquí, les fonts poden classificar-se en primàries, secundàries, terciàries, buscadors o metabuscadors d'Internet i les Wikis (32).

Les fonts primàries tracten o exposen informació original, és a dir, són la mateixa revista. Alguns exemples serien la *Free Medical Journals*, *PubMed Central* (PMC) o la *US National Institutes of Health* (32).

Les fonts secundàries representen bases de dades són una col·lecció d'informacions organitzades de tal manera que qui faci la recerca pot seleccionar ràpidament aquelles dades que siguin del seu interès. Alguns exemples són l'*Índice Médico Español (IME)*, l'*Índice Bibliográfico Español en*

Ciencias de la Salud (Ibecs), Medes (Medicina en español), Cuiden (Cuidados en Enfermería), Medline, Science Citation Index (SCI)... (32).

Les fonts terciàries recopilen informació en forma de revisions sistemàtiques, projectes de metanàlisis i guies de pràctica clínica (GPC). Representen el tipus de documents més emprats i citats pels investigadors. Un exemple de font terciària seria la *Cochrane Library Plus*, que emmagatzema, elabora i fa difusió de revisions sistemàtiques i també les tradueix a l'espanyol (32).

Els buscadors o metabuscadors generals seleccionen informació a partir de diferents motors de recerca, no compten amb cap base de dades. Un clar exemple seria *Google*. Existeixen buscadors específics per medicina com per exemple *NHS Evidence* o *AtPediatrics* (32).

Les Wikis representen planes webs que s'elaboren i es van millorant gràcies als diferents usuaris que estan interessats en un tema concret. La Wiki més coneguda actualment és la Viquipèdia, la fiabilitat i qualitat dels continguts de la qual està molt qüestionada per la facilitat que qualsevol usuari de la xarxa pot realitzar modificacions o introduir nova informació (32).

Per una altra banda, hi ha altres fonts a partir de les quals es pot obtenir informació relacionada amb salut. Dins d'aquest grup trobem la *Media Health Literacy* (MHL), que com la paraula mostra, és la informació relacionada amb salut provinent dels mitjans de comunicació. És a partir d'aquí que la persona ha de ser capaç d'identificar el contingut explícit o implícit relacionat amb salut; analitzar de forma crítica la informació que es proporciona (alfabetització crítica sobre salut); reconèixer la influència d'aquestes noves dades i la voluntat modificar la conducta sanitària seguida fins al moment (6,31).

La MHL és un factor que participa en la potenciació en salut, motiu pel qual es pot considerar precursor de l'alfabetització en salut electrònica (*eHealth Literacy*), la qual engloba els mitjans digitals (Internet, xarxes socials, aplicacions mòbils, etc.) i no digitals (telèfon, radio, fulls informatius, etc.) (31).

4. Hipòtesis i objectius

Hipòtesis:

H₁: L'alfabetització en salut que presenten els pares de nens entre 0 i 4 anys és insuficient.

H₂: Les principals fonts d'informació que s'empren avui dia en recerca de salut són fonts no fiables disponibles a la xarxa.

Objectius

1. Determinar el grau d'alfabetització en salut en pares de nens d'entre 0 i 4 anys sans.
2. Identificar l'ús de fonts d'informació en salut que utilitzen els pares.

5. Materials i mètodes

5.1 Disseny de l'estudi

Es tracta d'un estudi quantitatiu de tipus analític-transversal.

5.2 Àmbit d'estudi

L'estudi es va realitzar entre els dies 18 de novembre i el 16 de desembre de 2019 en el Centre d'Atenció Primària de Santa Clara, que es troba al carrer que el seu nom indica al número 33-35 i que és gestionat per l'Institut Català de la Salut (ICS). Forma part d'un dels quatre ABS que hi ha a la ciutat de Girona ocupant aquest el lloc número 1. Els altres CAPs són el de Can Gibert del Pla (ABS de Girona 2), Montilivi/Vila-Roja (ABS de Girona 3) i Taialà-Girona (ABS de Girona 4).

5.3 Població i mostra

La mostra amb la qual es va treballar és probabilística i aleatòria, és a dir, es va elaborar una llista d'aleatorització que determinava quins dels pares que acudien a la consulta d'atenció primària s'havien de seleccionar i sol·licitar la seva participació. Els criteris d'inclusió foren: que les persones enquestades siguin pares, mares i/o representants legals dels usuaris; edats compreses dels nens entre 0 i 4 anys i l'assistència al Centre d'Atenció Primària de Santa Clara. Com a únic factor d'exclusió hi ha el fet que el nen/-a pateixi alguna malaltia crònica o malformació congènita.

5.4 Variables de l'estudi

Les variables a estudiar en aquest estudi es classifiquen en sociodemogràfiques i socioeconòmiques. En relació amb les sociodemogràfiques s'ha estudiat l'edat de la persona enquestada (resposta oberta); el sexe (resposta tancada); el nombre de fills (resposta oberta); la seva condició de convivència actual (resposta tancada); el nivell d'estudis finalitzats (resposta tancada) i la seva situació laboral principal (resposta tancada). Pel que fa a les socioeconòmiques, es va estudiar la professió actual de la persona (resposta oberta i posteriorment recodificada) i el tipus de cobertura sanitària (pública, privada i mixta).

Pel que fa a la variable sociodemogràfica del nivell d'estudis, es va reagrupar en nivell d'estudis baix, mitjà i alt. Un nivell d'estudis baix engloba: la primera etapa de la secundària i la formació de grau mitjà; un nivell d'estudis mitjà, formació de grau superior i batxillerat i un nivell d'estudis alt, diplomatura, estudis universitaris i doctorat. A més a més, també es va estudiar la variable nivell d'alfabetització en salut, que es va mesurar amb l'instrument HLS-EU-Q16 (resposta tancada i que a continuació s'explica) i les fonts d'informació emprades relacionades amb la salut (resposta oberta i posteriorment recodificada).

5.5 Tècniques i instruments d'estudi

Es va utilitzar l'escala HLS-EU-Q16 (Annex 3) per valorar el nivell d'alfabetització en salut que té la persona en funció del grau de dificultat percebuda que té la persona per realitzar les accions esmentades. A tots els ítems, es dona 5 opcions de resposta: molt fàcil, fàcil, difícil, molt difícil i no sap/no contesta (23).

Aquest abreujament conté 16 preguntes del total de 47 que conté l'escala original. Com a avantatges té que la pot completar la mateixa persona si no vol ser entrevistada i que és molt fàcil d'administrar, tant en un entorn clínic com a escala poblacional, al mateix temps que permet fer comparacions amb altres poblacions, siguin pacients o en general (21,23).

Per poder mesurar nivell d'alfabetització en salut dels participants, es va haver de transformar la resposta de cada ítem en una resposta dicotòmica. A les

respostes “molt difícil” i “difícil” se’ls va donar la puntuació de 0 punts i “molt fàcil” i “fàcil”, 1 punt. D’aquesta manera, sumant el total de punts de cada participant es pot determinar si tenen un nivell inadequat o problemàtic (0-12 punts) o bé, un nivell suficient (13-16 punts) (23).

5.6 Consideracions ètiques

L’estudi garanteix l’anonimat de les persones participants i respecta la normativa internacional vigent de la investigació amb persones humanes com és la normativa de Hèlsinki. A més, pel que fa a la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre de protecció de dades de caràcter personal i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals.

L’estudi va estar avaluat pel Comitè d’Ètica d’Investigació Clínica (CEIC) de l’Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona.

Prèviament a l’estudi, es va proporcionar als participants un full informatiu on es descriu detalladament el nom de l’estudi, l’objectiu d’aquest, com es duu a terme i la seva durada. A més a més, també se’ls va lliurar el full del consentiment informat on s’ha de signar d’acord: s’ha llegit la informació donada, s’han resolt tots els dubtes necessaris i que la persona comprèn els seus drets que té com a participant lliure, és a dir, que pot decidir abandonar l’estudi de seguida que vulgui i sense haver-se de justificar i, que aquest fet no comportarà cap mena de repercussió cap a l’atenció del seu fill.

5.7 Anàlisi de dades

Per fer l’estudi, es va utilitzar el paquet estadístic SPSS[®] versió 25.0 (IBM). Les variables quantitatives es descriuen amb la mitjana i la seva desviació estàndard i les categòriques, amb la seva freqüència absoluta i el seu percentatge. S’ha fet una anàlisi descriptiva i bivariada amb les dades recollides. En tots els casos s’ha considerat com estadísticament significatiu el p valor <0.05.

6. Resultats

Característiques sociodemogràfiques de la mostra

Es va retirar de l'anàlisi a 1 cas dels 35 totals, ja que a l'enquesta d'aquest participant s'havien desat més de 2 ítems en blanc.

Pel que fa a les característiques sociodemogràfiques principals de la mostra, es troben recollides a la següent taula:

Taula 1. Perfil sociodemogràfic de la mostra

| Variable | | Mostra total |
|--------------------------------|--------------------|---------------------|
| | | N: 34 |
| Edat | | 36.56 (\pm 5.70) |
| Sexe | | |
| | Dona | 26 (\pm 76.5) |
| | Home | 8 (\pm 23.5) |
| Nivell d'estudis | | |
| | Baix ^a | 2 (\pm 5.9) |
| | Mitjà ^b | 10 (\pm 29.4) |
| | Alt ^c | 22 (\pm 64.7) |
| Condició de convivència | | |
| | Sol | 2 (\pm 5.9) |
| | Amb parella | 31 (\pm 91.2) |
| | Amb pares | 1 (\pm 1) |

Nota: ^a Nivell d'estudis baix: inclou primera etapa de la secundària i formació de grau mitjà, ^b Nivell d'estudis mitjà: inclou formació de grau superior i batxillerat, ^c Nivell d'estudis alt: inclou diplomatura, estudis universitaris i doctorat.

Les variables quantitatives s'expressen en la mitjana i la seva desviació estàndard entre parèntesis i les variables categòriques s'expressen amb la freqüència absoluta i el seu percentatge entre parèntesis.

De totes les persones enquestades, el 76.5% representaven un col·lectiu majoritari de dones i el 23.5% restant, eren homes. La seva edat mitjana era de

36.56 anys (± 5.70). Quan es relaciona el sexe amb l'edat, s'observa que els homes tenen una mitjana d'edat de 41.6 anys i les dones de 35 anys essent una diferència estadísticament significativa ($p=0.003$).

Pel que fa al seu nivell d'estudis, el 64.7% dels enquestats tenien un nivell d'estudis alt representant d'aquesta manera els estudis universitaris de grau un percentatge del 50%. Un nivell d'estudi mitjà, és representat per un 26.4% de la mostra, és a dir, 9 persones, 8 de les quals els havien completat amb el batxillerat.

Del total de la mostra, una àmplia majoria, un 91.2%, convivia amb la seva parella, mentre que 2 persones vivien soles (5.9%) i 1, amb els pares (2.9%).

Tal com es descriu a la figura 2, el 52.9% dels enquestats tenien 1 fill i el 47.1%, 2 fills.

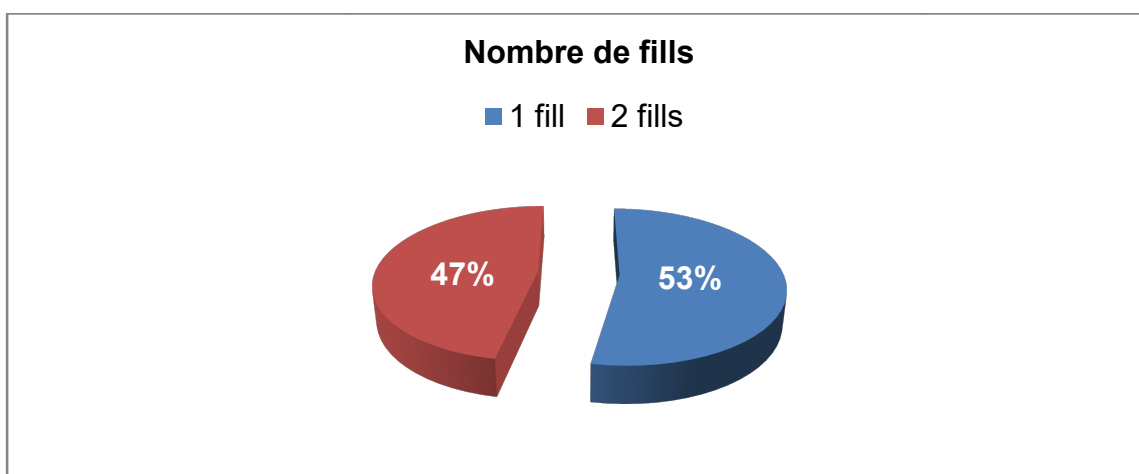


Figura 2. Nombre de fills de la mostra

D'acord amb la figura 3, la mostra seleccionada per l'estudi és de diverses nacionalitats. La mitjana d'anys obtinguda de residència a Espanya era de 29.76 anys. La nacionalitat més significativa és l'espanyola, amb un 73.5%, seguida de l'hondureny amb una representació de l'11.8%.

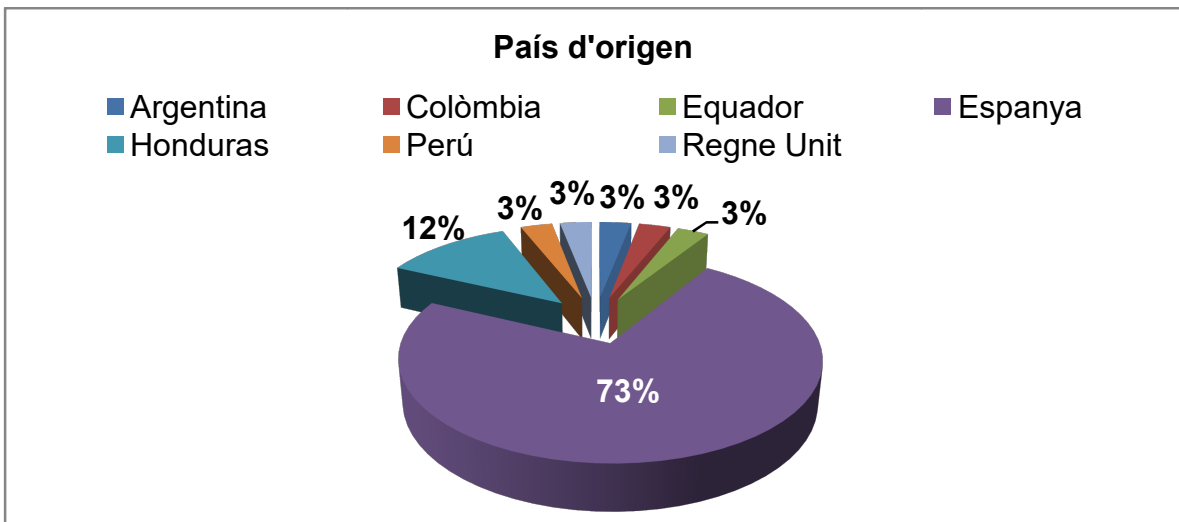


Figura 3. País d'origen de la mostra

De totes les persones enquestades, una majoria significativa, 82.4%, es troba en actiu tal com mostra la següent figura.

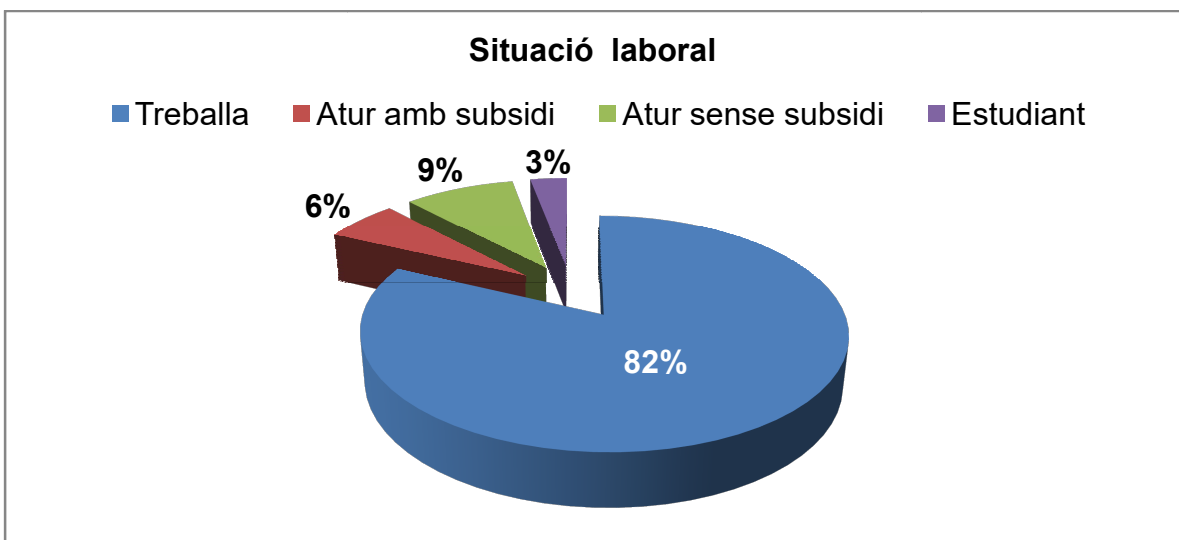


Figura 4. Situació laboral de la mostra

Tal com descriu la figura 5, més del 50% de la mostra tenen una professió englobada dins del camp de científic i intel·lectual.

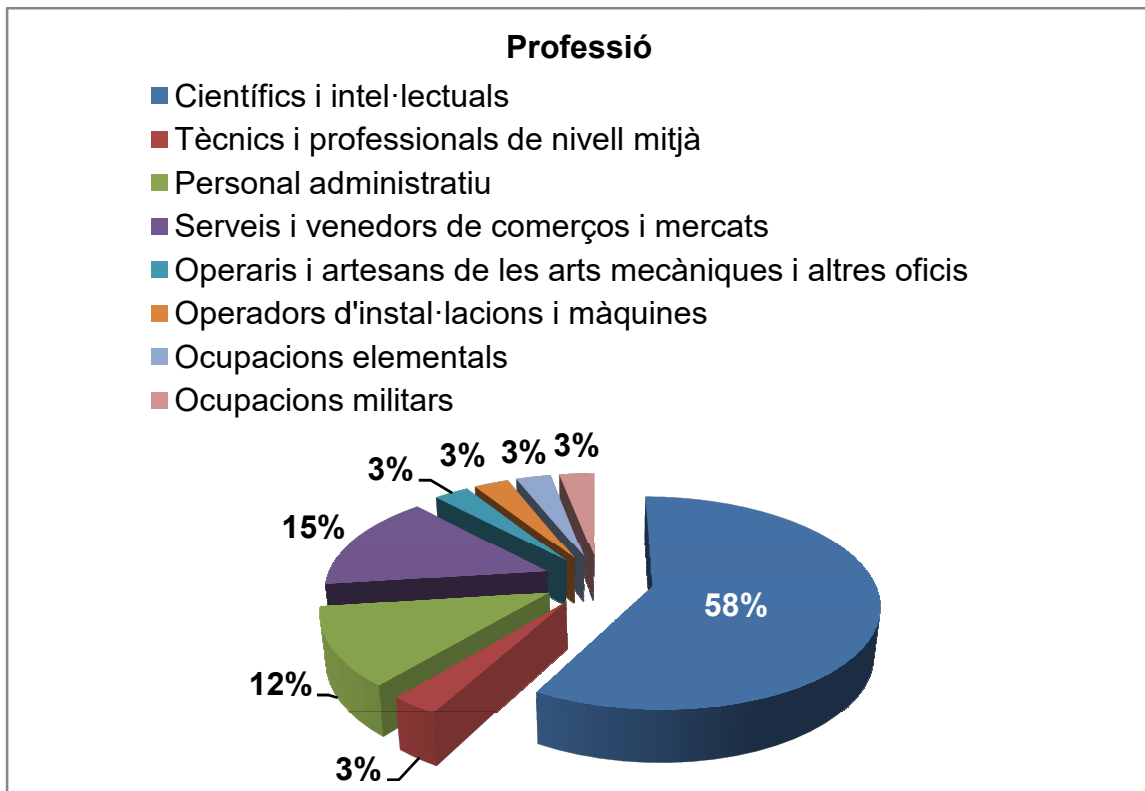


Figura 5. Professió de la mostra

6.1 Grau d'alfabetització en salut en els pares

Prenent com a referència la mostra total, s'observa una mitjana d'alfabetització en salut de 3.06 (± 0.39) obtenint com a resultat mínim el valor de 2.38 punts i un màxim de 4 sobre el total.

Quan es relaciona el sexe amb els resultats obtinguts a l'estudi, s'observa una mitjana en el sexe masculí de 2.97 (± 0.46) i una de 3.08 (± 0.37) en el femení. No es va observar una diferència estadísticament significativa ($p=0.47$).

Tenint en compte les agrupacions de professions de tots els participants, el nivell d'alfabetització en salut obtingut és de 3.06, però centrant-nos en les professions més comunes, s'obtenen els resultats recollits a la taula 2.

Taula 2. Puntuacions del nivell d'alfabetització en salut en relació a la professió

| Professió | Mitjana | Desviació estàndard | Valor mínim | Valor màxim |
|---|----------------|----------------------------|--------------------|--------------------|
| Científics i intel·lectuals (N=19) | 3.15 | ± 0.37 | 2.69 | 4 |
| Personal administratiu (N=4) | 3 | ± 0.67 | 2.38 | 3.85 |
| Serveis i venedors de comerços i mercats (N=5) | 3.06 | ± 0.18 | 2.88 | 3.38 |

Tal com s'observa, el grup amb el millor nivell d'alfabetització en salut és el grup de científics i intel·lectuals però també és el grup que presenta la diferència més significativa entre el valor mínim i el màxim.

Quan es relaciona el nivell d'estudis amb la mitjana d'alfabetització en salut, s'obtenen els resultats obtinguts a la següent taula:

Taula 3. Puntuacions mitjanes de nivell d'alfabetització en salut en relació al nivell d'estudis

| Nivell d'estudis | Mitjana d'HL | Desviació estàndard |
|---------------------|--------------|---------------------|
| Baix (N=2) | 3.09 | ± 0.04 |
| Mitjà (N=10) | 2.89 | ± 0.33 |
| Alt (N=22) | 3.13 | ± 0.41 |

S'observa que la millor mitjana és obtinguda per la mostra amb un nivell d'estudis més elevat, però també és important comentar que els participants classificats al grup de nivell d'estudis baix han demostrat tenir una millor alfabetització en salut que els del nivell d'estudis mitjà ($p=0.28$).

Un cop recodificades les respostes dels participants d'acord amb l'escala HLS-EU-Q16 *Questionnaire*, es pot veure que un 67.6% de la mostra, té un nivell d'alfabetització en salut suficient, mentre que un 32.4%, el presenta problemàtic o inadequat. A més a més, s'ha detectat que els participants classificats en els dos grans grups de nivell d'alfabetització (suficient i problemàtica/inadequada), tenen una edat molt similar, de 36.35 i 37 anys ($p=0.76$).

6.2 Fonts d'informació en salut que utilitzen els pares

Més d'un 50% dels participants a l'estudi varen utilitzar fonts segures per fer la seva cerca en salut i, dins d'aquest grup, un 55.9% varen utilitzar planes webs específiques de salut. A més a més, un 82.4% de la mostra consultava amb els professionals de la salut. Tal com es descriu a la figura 6, cap persona amb un nivell d'estudis baix va consultar planes web segures, mentre que qui tenia un nivell d'estudis alt, ho fa majoritàriament ($p=0.14$).

Pel que fa a les edats d'aquests pares, tant qui utilitza llocs webs segurs i no segurs tenen una mitjana d'edat de quasi 37 anys, 36.28 (± 3.90) i 36.88 (± 7.34) respectivament.

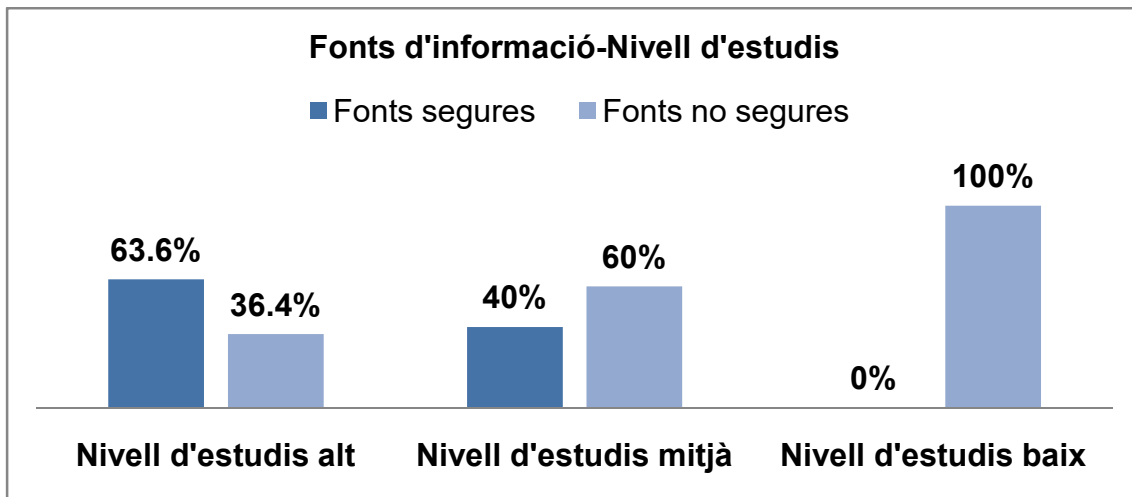


Figura 6. Relació d'ús de fonts segures d'informació amb el nivell d'estudis

A la mostra total, un 55.9% va manifestar que utilitzava webs de salut, mentre que un 44.1%, n'utilitzava d'altres. Tal com es veu a la següent figura, la majoria de les persones amb un nivell d'estudis mitjà, no consulta webs de salut per fer la seva cerca, en canvi, al nivell baix hi ha un equilibri de 50-50 entre qui consulta webs de salut i d'altres ($p=0.45$).

La mitjana d'edat de pares que consulten planes webs relacionades en salut és de 36.37 anys (± 4.71) i la dels que no, 36.80 (± 6.92).

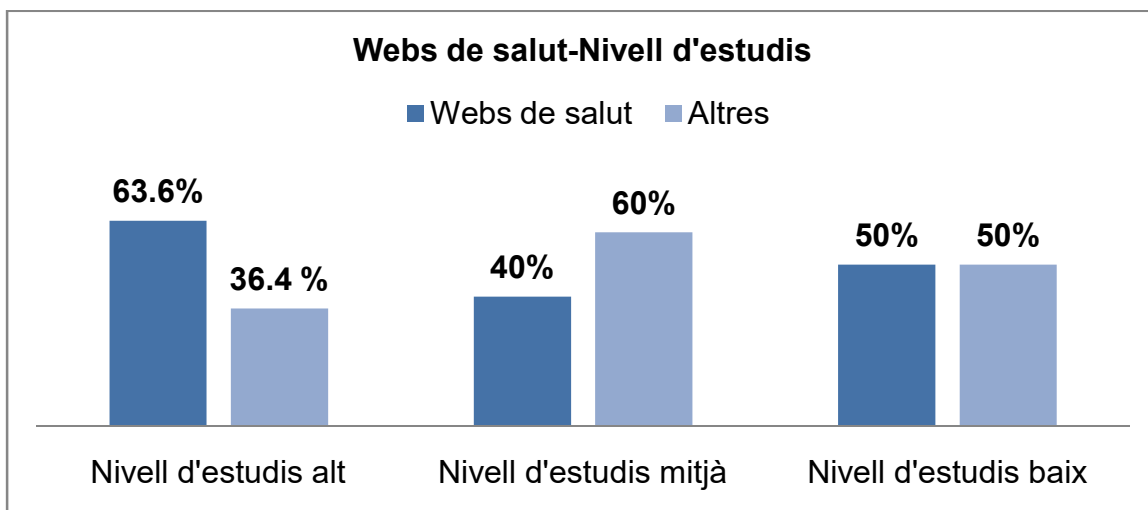


Figura 7. Relació de l'ús de planes web de salut amb el nivell d'estudis

Més d'un 80% dels participants consulta amb els professionals davant de dubtes o quan necessiten informació relacionada amb la salut.

D'acord amb la figura 8, podem veure que malgrat que a menor nivell d'estudis s'ha observat que es consulta més als professionals de la salut, aquestes dades no són estadísticament significatives ($p=0.54$).

En aquest cas, hi ha una diferència entre la mitjana d'edat dels pares que consulten amb els professionals de la salut, 37.04 anys (± 5.91) i els que no, 34.33 anys (± 4.32), però malgrat això, aquesta no es significativa ($p=0.29$).

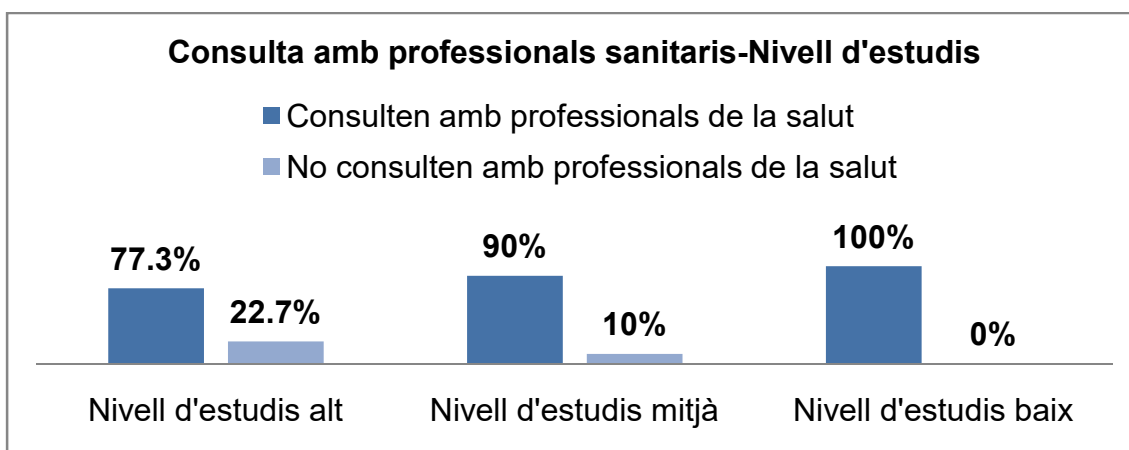


Figura 8. Relació del nivell d'estudis amb consulta de professionals de la salut

7. Discussió

L'objectiu d'aquest projecte era determinar quin nivell d'alfabetització tenia un sector de la població de Girona i relacionar-ho amb les fonts d'informació utilitzades per aquesta mostra per respondre qualsevol interrogant que els pot sorgir relacionat amb la salut. A la conclusió a la qual s'ha arribat en aquest projecte, tal com s'ha comentat anteriorment, és que gairebé un 70% de la nostra mostra presentava un nivell d'alfabetització en salut suficient, però no tots els estudis que han utilitzat aquesta mateixa eina han arribat a la mateixa conclusió.

L'*Università degli Studi di Firenze* (Florència, Itàlia) i la *University of Lucerne* (Lucerna, Suïssa) varen dur a terme un estudi a la ciutat de Florència, el qual tenia com a objectiu valorar l'alfabetització en salut de 223 persones amb una edat mitjana de 53.7 anys (± 11.8 anys) i dels quals un 44.4%, havia cursat i acabat estudis de grau universitaris. A la conclusió a la qual varen arribar els investigadors és que el nivell d'alfabetització en salut de la seva mostra era

inadequat/problemàtic amb un resultat d'11.3 (± 2.6) punts, mentre que els nostres participants obtingueren una mitjana que correspon a un nivell suficient. Pel que fa a la mitjana d'edat dels participants, a diferència del nostre estudi, la seva mitjana d'edat, 53.7 anys (± 11.8 anys), és molt més superior que la de la nostra mostra, 36.56 (± 5.70). Val a dir també que a Florència es varen enquestar a 223 persones i, en aquest estudi, a una totalitat de 32 (33).

Un altre estudi que arriba a la mateixa conclusió que a l'esmentat anteriorment, fou elaborat entre les Universitats de Girona, Barcelona i l'Institut Regional de Treball Social de Perpinyà. La seva mostra tenia una edat mitjana de 24.9 anys (± 5.2) i el seu nivell d'alfabetització en salut era inadequat/problemàtic. És important destacar que un 23.7% del total de la seva mostra eren estudiants d'infermeria i que aquests varen obtenir l'índex d'alfabetització en salut més elevat comparat amb la resta, 13.2 punts, és a dir, que aquests estudiants tenien un nivell considerat suficient però amb la resta de puntuacions, va fer que s'obtingués un nivell global inadequat/problemàtic (34). Si es comparen ambdós estudis, es pot veure que la nostra mostra té una mitjana d'edat 10 anys superior aproximadament, 36.56 (± 5.70) i que, malgrat que la majoria dels nostres participants no formaven part del camp sanitari, no va afectar negativament al resultat global d'alfabetització en salut, ja que es va obtenir una puntuació mitjana de nivell d'alfabetització suficient.

A Islàndia, varen adaptar l'escala HLS-EU-Q16 a l'islandès i, un cop traduïda, es varen fer diverses proves per tal de saber si aquesta eina podia aplicar-se a la població. Després de fer les correccions pertinents i considerada apta, es va valorar el nivell d'alfabetització en salut a una mostra de 244 persones d'edats compreses entre els 18 i els 65 anys. Es va arribar a la conclusió que tenien un índex d'alfabetització en salut de 13.76 (± 2.6), és a dir, un índex considerat suficient. A més a més, es va veure que qui tenia menys estudis tenia un pitjor nivell d'alfabetització (35). Al nostre estudi, el nombre de participants era notablement inferior, malgrat això, es va obtenir el mateix resultat d'alfabetització en salut, suficient i és important explicar que, al nostre cas, les persones amb nivell d'estudis baix varen obtenir una puntuació més elevada a la HLS-EU-Q16 que aquelles amb un nivell d'estudis mitjà, fet que no es compleix a l'estudi islandès.

A Alemanya, es va fer un altre estudi amb el mateix objectiu i amb una mitjana d'edat dels participants de 69.9 anys (± 6.7). En aquesta mostra, més d'un 50% presentava un nivell d'estudis alt, el qual va influenciar significativament en el nivell d'alfabetització en salut suficient obtingut. En ambdós estudis es varen obtenir nivells d'alfabetització adequats, l'única dissimilitud entre aquests és la mitjana d'edat dels participants, 69.9 i 36.56 anys. En aquests casos, es pot dir que el nivell d'estudis té un major poder d'influència en un resultat favorable a l'escala HLS-EU-Q16 que l'edat (36). Més endavant, es va voler realitzar un estudi de característiques similars al seguit a Alemanya. El seu objectiu era valorar el nivell d'alfabetització en salut a una mostra de 126 persones que tenien edats compreses entre els 21 i els 95 anys, amb una mitjana de 63.7 anys (± 16.1). La puntuació mitjana d'alfabetització en salut que es va obtenir fou de 12.2 (± 4.2), d'aquesta manera, un 61.9% dels participants tenien un nivell suficient i el 38.1% restant, inadequat/problemàtic. Al nostre estudi, el percentatge que va representar un nivell suficient era lleugerament superior, 67.6%, però també cal comentar que, comparant les mitjanes d'edat, la nostra mostra és molt més jove, 36.56 anys (± 5.70) respecte a 63.7 anys (± 16.1) d'aquest últim estudi comentat. A més a més, el 65.6% de la mostra de l'estudi seguit a Alemanya, tenien màximament d'estudis la secundària, mentre que al nostre, pràcticament el 65% dels participants havien cursat estudis que inclouen diplomatura, estudis universitaris i doctorat (37).

El Departament de Salut de Catalunya volia conèixer quins determinants podien afectar el nivell d'alfabetització en salut dels catalans, per aquest motiu, a l'any en què es va realitzar aquest projecte es varen decidir afegir els 16 ítems de l'eina HLS-EU-Q16 a l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA), per poder valorar també el nivell d'alfabetització d'una part de la mostra a la qual es passaria l'ESCA. Es va passar el qüestionari a 2433 persones amb una edat mitjana de 45.9 anys (± 18), de les quals, un 84.6% varen presentar un nivell d'alfabetització en salut suficient, mentre que un 15.8%, inadequat/problemàtic. A la conclusió a la qual es va arribar és que hi havia una relació entre el nivell d'estudis i estatus socioeconòmic amb el resultat obtingut a l'eina HLS-EU-Q16, és a dir, que a pitjor nivell d'estudis i estatus socioeconòmic, pitjor puntuació es va obtenir a l'escala. Aquesta tendència no es va respectar al nostre estudi, ja

que, tal com s'ha comentat anteriorment, els participants que tenien un nivell d'estudis baix, obtingueren un resultat superior a aquells que tenien un nivell mitjà d'estudis. A l'estudi realitzat a Catalunya 84.6% dels participants presentaven un nivell d'alfabetització en salut suficient a diferència els nostres participants que presentaven un nivell suficient el 67.6% (38).

En un altre context, concretament a l'Hospital Universitari de Zealand (a Køge, Dinamarca) es va voler determinar quin era el nivell d'alfabetització en salut que tenien determinats pacients de la consulta oftalmològica. La mostra es va classificar en 3 grups: qui patia degeneració macular senil (DMS), edema macular diabètic (EMD) i oclusió de la vena central de la retina (OVCR). La mostra sumava un total de 223 persones i els classificats al grup de DMS tenien una edat mitjana de 77.4 anys (± 7.4); qui estava a EMD, 61.8 anys (± 13) i a OVCR, 74.5 anys (± 9.9). Del total de la mostra, només 1 de cada 4 participants (un 25%) tenien un nivell d'estudis elevat. El nivell d'alfabetització que es va observar en més d'un 50% dels integrants de cada grup, va ser problemàtic/inadequat. Es va mirar també si hi havia relació entre el resultat obtingut i el nivell d'estudis i, finalment, es va arribar a la conclusió de què a major nivell d'estudis, millor resultat en l'HLS-EU-Q16 obtenien ($p=0.036$). En el nostre estudi, els participants eren significativament més joves, 36.56 anys (± 5.70) i, a més a més, mentre que un 25% de la població danesa tenia un nivell d'estudis alts, entre els nostres participants aquests estudis foren representats pràcticament per un 65% de la mostra (39). Tal com s'ha vist amb la comparació amb un estudi anterior, el nivell d'estudis és un dels factors de més influència en els nivells d'alfabetització en salut.

A causa de la massiva arribada d'immigrants de diversos països a Suècia uns anys enrere, principalment des de Síria, Afganistan i Somàlia, es va voler determinar amb quin nivell d'alfabetització en salut arribaven. Per aquest motiu es va adaptar l'HLS-EU-Q16 i, a Suècia, va passar a anomenar-se S-FHL. Aquesta escala té com a objectiu valorar la *functional health literacy*, FHL (per exemple, la capacitat per llegir informació i instruccions relacionades amb salut) i la *comprehensive health literacy*, CHL, (com per exemple, l'habilitat per accedir, comprendre, avaluar i aplicar la informació relacionada amb salut per mantenir i millorar aquesta). La mostra fou de 446 persones en total i la seva

mitjana d'edat era de 35.8 anys (± 10.69). Els resultats que es varen obtenir, tant a la FHL i a la CHL, va ser d'un nivell inadequat/problemàtic representat per un 79.8% i un 61.8% respectivament. Més endavant, aquests mateixos autors varen dur a terme un estudi de característiques molt similars en el qual només es tindria en compte com a paràmetre a mesurar, la CHL i els resultats que es varen obtenir, foren també d'un percentatge molt elevat de nivell inadequat/problemàtic. Als 2 estudis comentats, només 1 de cada 3 persones havia estudiat més de 12 anys. Com a similituds, val a dir que al nostre estudi també es varen incloure usuaris provinents d'altres països amb una altra nacionalitat, un 23% exactament. Les mitjanes d'edat són molt similars, 36 anys aproximadament als 2 casos, però malgrat aquests punts en comú, els resultats obtinguts són completament diferents, ja que ells obtingueren un resultat inadequat problemàtic en més d'un 60% dels participants i al nostre cas va ocórrer el contrari, més d'un 60% de la mostra el va obtenir suficient. Tal com s'ha dit abans en aquest sentit, a l'estudi conduït a Suècia, un 30% presentava un nivell d'estudis baix, en el cas dels nostres participants, un nivell d'estudis elevat fou representat per més d'un 60% de la mostra (40,41).

L'altre objectiu d'aquest projecte era identificar l'ús de fonts d'informació en salut que utilitzen els pares. D'acord amb els resultats obtinguts, a major nivell d'estudis, més es consulta a la xarxa i menys als professionals de la salut. No va arribar a aquesta mateixa conclusió un estudi que es va dur a terme a una mostra de 66 dones a Austràlia, ja que aquestes generalment com a primera opció s'estimaven més consultar els seus dubtes a la xarxa, al "Dr. Google", independentment del nivell d'estudis. Segons algunes d'elles, preferien resoldre el seu dubte a través de grups de suports amb altra gent. També afirmaven la dificultat d'aconseguir cita mèdica quan elles la demandaven i, a més a més, consideraven que amb la xarxa, s'estalvien el temps que comporta acudir a la consulta amb infermeria o medicina. A més a més, des dels centres de salut s'animava a la població a fer consultes a la xarxa per contrastar la informació que el professional de medicina o d'infermeria els explica per així poder-los apoderar i prendre una decisió de manera autònoma pel que fa a aquell aspecte en salut. Val a dir que en cap moment es concreta quines fonts recomanaven aquests professionals, de manera que és probable que, encara

que el seu nivell d'estudis fos de secundària cap amunt, consultessin fonts no segures o no especialitzades, sobretot, si no són professionals de l'àmbit sanitari (42). En el present estudi, un 100% dels participants han manifestat que consulten a la xarxa, però sí que es va poder valorar quins tipus de fonts eren emprades per aquests usuaris i es va veure que un 52.9% de la mostra utilitzaven fonts segures i, dins d'aquest percentatge, un 55.9% eren webs específiques que tractaven temes de salut. A diferència de les participants de l'estudi australià, que preferien no visitar la consulta mèdica o infermera i fer la seva cerca de forma autònoma, els nostres participants no coincideixen amb aquest criteri, perquè més d'un 80% s'estimaven sí consultar amb els professionals.

Tenint en compte únicament l'ús de la xarxa, un altre estudi que es va realitzar a més de 70.000 dones de 40 clíniques nord-americanes diferents, va arribar a la conclusió de què quasi un 60% de la seva mostra consultava a Internet per buscar temes relacionats amb salut. El nivell d'estudis en més d'un 80% d'aquestes participants eren alt i d'acord amb aquesta dada, es va relacionar aquest l'ús de la xarxa amb un elevat millor d'estudis i amb una edat més jove. A la present recerca, independentment del nivell d'estudis, els participants han manifestat que consulten la xarxa per buscar informació, però amb diferències entre el tipus de fonts emprades d'acord amb el nivell d'estudis, ítem que no fou valorat a l'estudi nord-americà i que per tant, no és possible realitzar comparacions (43).

Si enlloc de tenir en compte una mostra d'edat madura, la prenem d'adolescents, tal com mostra un estudi de 916 adolescents d'entre 14 i 18 anys que pretenia recollir les principals fonts d'informació de salut sexual d'adolescents, s'obtenen dades diferents (44). Primerament, es va classificar als joves entre aquells qui prefereixen consultar informació als mitjans de comunicació (Internet, llibres, ràdio, televisió...) i qui no (pares/mares, familiars, amics, metge/infermer...). Del grup que sí, es va veure que, en primer lloc, un 38.25% d'ells consultava a llibres i, seguidament, un 37%, feia servir la xarxa. Val a dir, que en aquest estudi no es varen incloure com a mitjans de comunicació les Tecnologies de la Informació i la Comunicació (TICs) en salut, les quals presenten una tendència *in crescendo* i més rellevant a mesura que

passa el temps. Si es compara aquest estudi amb el nostre, veiem que cap participant ens va contestar que utilitzés llibres per extreure informació relacionada amb salut, sinó que tothom utilitzava la xarxa, un 55.9% consultava planes específiques de salut; el percentatge restant, altres planes web; i d'altres consultaven als professionals de la salut o a coneguts.

8. Conclusions

- ✓ La mostra d'edat dels 34 participants fou majoritàriament femenina (76.5%) i 7 de cada 10 participats tenien nacionalitat espanyola i poc més d'1 de cada 10, de nacionalitat hondurenya. Un 85% de les persones es trobava en actiu i d'aquestes, més d'un 50% formen part de l'agrupació professional de científics i intel·lectuals.
- ✓ S'ha observat una mitjana d'alfabetització en salut de 3.06 (\pm 0.39) obtenint com a resultat mínim el valor de 2.38 punts i un màxim de 4 sobre el total. No s'han observat diferències en funció del sexe.
- ✓ Un 67.6% de la mostra estudiada té nivells d'alfabetització en salut suficient, mentre que un 32.4% presentava nivells problemàtic o inadequat.
- ✓ El millor resultat obtingut fou per al sector dels participants inclosos dins del grup de científics i intel·lectuals amb un nivell d'estudis elevat i dels 3 sectors professionals més comuns dins dels nostres participants (científics i intel·lectuals; personal administratiu; i serveis i venedors de comerços i mercats), el que va presentar més varietat de resultats fou el personal administratiu, aconseguint com a resultat el valor mínim de 2.38 i com a màxim, 3.85.
- ✓ La primera eina que els participants han manifestat que utilitzen per consultar informació sobre salut és la xarxa i segons el nivell d'estudis, s'ha vist que hi ha una relació entre els estudis dels participants i el tipus de fonts consultades, segures o no segures, és a dir, que a major nivell d'estudis, més percentatge de la mostra utilitza fonts segures.
- ✓ Un 52.9% de la mostra utilitzaven fonts segures i, dins d'aquest percentatge, un 55.9% eren webs específiques que tractaven temes de salut.
- ✓ Les persones amb estudis mitjans han manifestat que utilitzen menys planes webs especialitzades en salut que qui té un nivell d'estudis inferior.

9. Referències bibliogràfiques

1. Rodríguez-Beltrán M. Empoderamiento y promoción de la salud. Red salud [Internet]. 2009;20-31. Disponible a:
<http://www.academia.cat/files/425-8234-DOCUMENT/empoderamientopsmrodriguez.pdf>
2. Sánchez-Vidal A. Empoderamiento, liberación y desarrollo humano. Psychol Interv [Internet]. 2017;26(1):155-63. Disponible a:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592017000300155
3. Álvarez-Estupiñán M. La promoción y prevención: pilares para salud y la calidad de vida. Correo Científico Médico [Internet]. 2013;17(1):80-3. Disponible a: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000100013
4. Soler-Torroja M. Promoción de la salud, atención comunitaria y medicina de familia. Atención Primaria [Internet]. 2005;36(7):355-7. Disponible a:
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13080286>
5. López-Fernández LA, Solar-Hormazábal O. Repensar la Carta de Ottawa 30 años después. Gac Sanit [Internet]. 2017;31(6):443-5. Disponible a:
<http://scielo.isciii.es/pdf/gv/v31n6/0213-9111-gs-31-06-00443.pdf>
6. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int [Internet]. 2006;15(3):259-67. Disponible a:
https://watermark.silverchair.com/150259.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAac485ysgAAAI8wggJbBgkqhkiG9w0BBwagggJMMIICSAIBADCCAkeGCSqGS1b3DQEHATAeBglghkgBZQM EAS4wEQQM0E6AScQcLgC21XRYAgEQgIICEgP_sr3FWj5KIO4ijcJwWaxiEBmmzv4soxBneWnuvnm40j_-
7. Suñer-Soler R, Santiñà-Vila M, Pujiula-Masó J, Borrell-Brau N, Corominas-Vilalta D, Fernández-Aguilera M, et al. Alfabetització per a la salut: estàndards i recomanacions per als professionals de la salut. 1a ed. Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona, editor. Girona: Documenta Universitaria; 2014. 1-115 p.
8. Esperanza de vida [Internet]. 2019 [citad 9 gener 2020]. p. 13. Disponible

a:

https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout

9. DeWalt DA, Hink A. Health literacy and child health outcomes: A systematic review of the literature. *Pediatrics* [Internet]. 2009;124(3):265-74. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19861480>
10. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* [Internet]. 2012;12(80):1-13. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22276600>
11. Yu-Fen T, Bor-Luen C, Yu-Hsia C, Bih-Shya G. Health literacy in children with asthma: A systematic review. *Pediatr Neonatol* [Internet]. 2018;59(5):429-38. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875957217301882>
12. Cobo-Sánchez JL. Alfabetización en salud y cuidados: Mucho más que educar en salud. *Metas de Enfermería* [Internet]. 2019;22(5):1. Disponible a: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81427/alfabetizacion-en-salud-y-cuidados-mucho-mas-que-educar-en-salud/>
13. Juvinyà- Canal D, Bertran-Noguer C, Suñer-Soler R. Alfabetización para la salud, más que información. *Gac Sanit* [Internet]. 2018;32(1):8-10. Disponible a: <http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v32n1/0213-9111-gs-32-01-00008.pdf>
14. Michou M, Panagiotakos DB, Costarelli V. Low health literacy and excess body weight: A systematic review. *Cent Eur J Public Health* [Internet]. 2018;26(3):234-41. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30419628>
15. Marina-Ocaña J, Feliz-Murias T. Percepciones en la búsqueda de información y educación para la salud en entornos virtuales en español. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. 2018;92(1):1-18. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272018000100418&script=sci_arttext&tlng=pt

16. González-Mestre A. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2014;24(1):67-73. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-autonomia-del-paciente-con-S1130862113001769>
17. Pleasant A. Advancing health literacy measurement: A pathway to better health and health system performance. *J Health Commun* [Internet]. 2014;19(12):1481-96. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292229/pdf/uhcm-19-1481.pdf>
18. Bas-Sarmiento P, Fernández-Gutiérrez M, Poza-Méndez M, Pelicano-Piris N. Propuestas de evaluación de la Alfabetización en Salud. *Psychol Lat* [Internet]. 2015;6(1):1-11. Disponible a: [https://psicologia.ucm.es/data/cont/docs/29-2016-06-16-01 BAS SARMIENTO24.pdf](https://psicologia.ucm.es/data/cont/docs/29-2016-06-16-01_BAS_SARMIENTO24.pdf)
19. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* [Internet]. 2015;25(6):1053-8. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668324/pdf/ckv043.pdf>
20. Basagoiti I. Alfabetización en salud: de la información a la acción [Internet]. 1a ed. ITACA, editor. Alfabetización en salud.: De la información a la acción. Valencia; 2014. Disponible a: https://www.researchgate.net/publication/261950238_Alfabetizacion_en_salud_De_la_informacion_a_la_accion
21. 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* [Internet]. 2017;17(1):1-10. Disponible a: https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal%3A188058/datastream/PDF_01/view
22. León-Landa EH, Orozco-Castillo L, Argüelles-Nava VG, Hernández-Barrera L, Luzanía-Valerio MS, Campos-Uscanga Y. La alfabetización en salud como factor clave en el autocuidado de la dieta en personas con

- diabetes mellitus tipo 2. Univ y Salud [Internet]. 2019;21(2):132-40.
Disponible a: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v21n2/2389-7066-reus-21-02-132.pdf>
23. Nolasco-Bonmatí A, Barona-Vilar C, Tamayo-Fonseca N, Irlés MÁ, Más R, Tuells J, et al. Alfabetización en salud: propiedades psicométricas del cuestionario HLS-EU-Q16. Gac Sanit [Internet]. 2018;4. Disponible a: https://www.researchgate.net/publication/329134968_Alfabetizacion_en_salud_propiedades_psicometricas_del_cuestionario_HLS-EU-Q16
 24. Okan O, Bauer U, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K. International Handbook of Health Literacy: Research, Practice and Policy across the Life-span [Internet]. 1a ed. Press P, editor. Bristol: ResearchGate; 2019. 1-766 p. Disponible a: https://www.researchgate.net/publication/329811044_International_Handbook_of_Health_Literacy_Research_Practice_and_Policy_across_the_Life-span/link/5d41778c4585153e59305ba8/download
 25. Nutbeam D, McGill B, Premkumar P. Improving health literacy in community populations: a review of progress. Health Promot Int [Internet]. 2018;33(5):901-11. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28369557>
 26. Harrington KF, Zhang B, Magruder T, Bailey WC, Gerald LB. The Impact of Parent's Health Literacy on Pediatric Asthma Outcomes. Pediatr Allergy, Immunol Pulmonol [Internet]. 2015;28(1):20-6. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4365507/>
 27. Keim-Malpass J, Letzkus LC, Kennedy C. Parent/caregiver health literacy among children with special health care needs: a systematic review of the literature. BMC Pediatr [Internet]. 2015;15(92):1-10. Disponible a: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4525748/pdf/12887_2015_Article_412.pdf
 28. Marin-Torres V, Valverde-Aliaga J, Sánchez-Miró I, Sáenz del Castillo-Vicente MI, Polentinos-Castro E, Garrido-Barral A. Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente. Atención Primaria [Internet]. 2013;45(1):46-53. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4365507/>

29. Kunze KN, Cohn MR, Wakefield C, Hamati F, LaPrade RF, Forsythe B, et al. YouTube as a Source of Information About the Posterior Cruciate Ligament: A Content-Quality and Reliability Analysis. *Arthrosc Sport Med Rehabil* [Internet]. 2019;1(2):109-14. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7120836/>
30. D'Agostino M, Medina-Mejía F, Martí M, Novillo-Ortiz D, Hazrum F, de Cosío FG. Infoxicación en salud. La sobrecarga de información sobre salud en la web y el riesgo de que lo importante se haga invisible. *Rev Panam salud pública* [Internet]. 2017;41(1):1-8. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29466516>
31. Levin-Zamir D, Bertschi I. Media health literacy, eHealth Literacy, and the Role of the Social Environment in Context. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2018;15(1643):1-12. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30081465>
32. Aleixandre-Benavent R. Fuentes de información en ciencias de la salud en Internet. *Panace@ Rev Med Leng y Traducción* [Internet]. 2011;12(33):112-20. Disponible a: <https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n33-Ponencias-Aleiandre.pdf>
33. Lorini C, Lastrucci V, Mantwill S, Vettori V, Bonaccorsi G. Measuring health literacy in Italy: a validation study of the HLS-EU-Q16 and of the HLS-EU-Q6 in Italian languagem conducted in Florence and its surroundings. *Ann Ist Super Sanità* [Internet]. 2019;55(4):10-8. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30968831>
34. Juvinyà-Canal D, Suñer-Soler R, Boixadós-Porquet A, Vernay M, Blanchard H, Bertran-Noguer C. Health Literacy among Health and Social Care University Students. *Int J Environ Reasearch Public Heal* [Internet]. 2020;17(2223):1-10. Disponible a: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/7/2273>
35. Gustafsdottir SS, Sigurdardottir AK, Arnadottir SA, Heimisson GT, Mártensson L. Translation and cross-cultural adaptation of the European Health Literacy Survey Questionnaire, HLS-EU-Q16: the Icelandic version. *BMC Public Health* [Internet]. 2020;20(61):1-11. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31937293>
36. Tiller D, Herzog B, Kluttig A, Haerting J. Health literacy in an urban elderly

- East-German population - Results from the population-based CARLA study. *BMC Public Health* [Internet]. 2015;15(1):1-9. Disponible a: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-015-2210-7>
37. Ehmann AT, Groene O, Rieger MA, Siegel A. The Relationship between Health Literacy, Quality of Life, and Subjective Health: Results of a Cross-Sectional Study in a Rural Region in Germany. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020;17(5):1-12. Disponible a: <https://0-www-ncbi-nlm-nih-gov.catalog.udg.edu/pubmed/32150820>
 38. Garcia-Codina O, Juvinyà-Canal D, Amil-Bujan P, Bertran-Noguer C, González-Mestre MA, Masachs-Fatjo E, et al. Determinants of health literacy in the general population: Results of the Catalan health survey. *BMC Public Health* [Internet]. 2019;19(1122):1-12. Disponible a: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7381-1>
 39. Jandorf S, Krogh Nielsen M, Sørensen K, Sørensen TL. Low health literacy levels in patients with chronic retinal disease. *BMC Ophthalmol* [Internet]. 2019;19(1):1-5. Disponible a: <https://bmcephthalmol.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12886-019-1191-1>
 40. Wångdahl J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling R. Health literacy among refugees in Sweden - A cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 2014;14(1):1-12. Disponible a: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-14-1030>
 41. Wångdahl J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling R. Poor health and refraining from seeking healthcare are associated with comprehensive health literacy among refugees: a Swedish cross-sectional study. *Int J Public Health* [Internet]. 2018;63(3):409-19. Disponible a: <https://doi.org/10.1007/s00038-017-1074-2>
 42. Maslen S, Lupton D. «You can explore it more online»: a qualitative study on Australian women's use of online health and medical information. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018;18(916):1-10. Disponible a: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12913->

018-3749-7

43. Sedrak MS, Soto-Perez-De-Celis E, Nelson RA, Liu J, Waring ME, Lane DS, et al. Online Health Information-Seeking among Older Women with Chronic Illness: analysis of the Women's Health Initiative. *J Med Internet Res* [Internet]. 2020;22(4):1-7. Disponible a: <https://www.jmir.org/2020/4/e15906/pdf>
44. Baheiraei A, Khoori E, Foroushani AR, Ahmadi F, Ybarra ML. What sources do adolescents turn to for information about their health concerns? *Int J Adolesc Med Health* [Internet]. 2014;26(1):61-8. Disponible a: https://www.degruyter.com/view/journals/ijamh/26/1/article-p61.xml?tab_body=contentReferences-69374

10. Annexes

Annex 1. Full d'informació sobre el projecte

HOJA DE INFORMACIÓN A LOS PADRES/TUTORES

TÍTULO DEL ESTUDIO: Desarrollo y beneficios para la salud de una aplicación móvil basada en los problemas pediátricos no urgentes

INVESTIGADORA PRINCIPAL: Cristina Perruca Martínez. Departamento de Enfermería. Universidad de Girona. Contacto: cpmdui@gmail.com

CENTRO: Centro de Atención Primaria Montilivi (ABS Girona 3)
Centro de Atención Primaria Sta. Clara

Nombre del participante:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico:

Nº del participante:

INTRODUCCIÓN: Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (del IDIAP Jordi Gol).

Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de su lectura. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento sin que por ello se altere la relación con el personal sanitario ni se produzca perjuicio alguno en la atención sanitaria de su hijo/a.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: Este estudio pretende analizar las capacidades, habilidades, conocimientos y aptitudes que presentan los padres delante de los problemas de salud más frecuentes que aparecen durante la infancia.

¿EN QUÉ CONSISTE EL ESTUDIO?: El departamento de Enfermería de la Universidad de Girona ha desarrollado una aplicación móvil para ayudar a resolver los problemas pediátricos no urgentes. El estudio consiste en comparar la eficacia de esta aplicación con la educación sanitaria habitual que se realiza en la consulta del niño sano. Esto quiere decir que habrá dos tipos de participantes; los del grupo de utilización de la aplicación móvil (padres y madres atendidos en el CAP Montilivi) y el grupo de educación sanitaria habitual (padres y madres atendidos en el CAP Sta. Clara). En cada centro la selección de participantes se realizará al azar mediante una lista aleatoria.

DURACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN: Su participación tendrá una duración de 6 meses a partir de la aceptación en el estudio.

¿QUÉ PASA DURANTE EL PERIODO DE SEGUIMIENTO?: Si usted decide participar en este estudio debe saber que se le pedirá la cumplimentación de un cuestionario al principio y al final del estudio. El tiempo para cumplimentarlo es, aproximadamente, 10 minutos. Asimismo se realizará un seguimiento del uso que haga de la aplicación.

La participación en este estudio no conlleva ningún riesgo asociado ni para usted ni para la salud de su hijo/a. Sin embargo, podría ayudarle a usted y a otros padres en el abordaje de los problemas de salud que puedan presentar sus hijos.

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES: Los datos recogidos de los sujetos participantes de este estudio se ajustarán a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador del estudio. Los datos recogidos para este estudio son anónimos, de forma que aseguraremos que en ningún caso la identificación de los participantes. Solo el investigador y los colaboradores del

estudio podrían relacionar dichos datos con usted y con la historia clínica de su hijo/a.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, expresa su conformidad en a participación dl estudio y que si fuera necesario se consultaría del historial médico de su hijo/a la información relacionada con este estudio. Por otra parte, acepta que personal relacionado con el presente estudio se ponga en contacto con usted durante la duración del mismo.

En caso de aceptar participar, le agradecemos por adelantado su colaboración.

Annex 2. Consentiment informat de la mostra

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr/a..... (Nombre y apellidos)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio “Desarrollo y beneficios para la salud de una aplicación móvil basada en los problemas pediátricos no urgentes”.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: (Nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en la atención sanitaria de mi hijo/a

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos y los de mi hijo/a en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del padre y/o madre

Firma del investigador

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

Annex 3. Enquesta als participants

Marque con una X la casilla que corresponda

| | SÍ | NO |
|--|----|----|
| P1. ¿Es usted e padre/madre o tutor/a de su hijo/a? | | |
| P2. ¿Su hijo/a tiene alguna enfermedad crónica o malformación congénita? | | |

P3. ¿Qué edad tiene su hijo/a?

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. ¿Qué edad tiene usted?

2. ¿Cuál es su sexo? Hombre

Mujer

3. ¿Cuál es el número de hijos que tiene usted?

4. ¿Cuál es su condición de convivencia? Solo/a

Con los padres

En pareja

5. *Sólo en el caso de haber nacido fuera de España conteste las siguientes preguntas:

5.1 ¿En qué país nació?

5.2 ¿Cuántos lleva de residencia en España?

6. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios finalizados?

01. Primarios incompletos: sabe leer y escribir sin haber finalizado la educación primaria

02. Primarios completos: cinco cursos aprobados de EGB

- 03. Primera etapa de educación secundaria: graduado escolar, bachillerato elemental, EGB o ESO.
- 04. Enseñanzas de bachillerato: bachillerato superior, BUP, bachillerato plan nuevo, PRECIO o COU.
- 05. FP de grado medio: oficialía industrial, FPI, ciclos formativos de grado medio
- 06. FP de grado superior: maestría industrial, FPII, ciclos formativos de grado superior
- 07. Universitarios de grado medio: diplomaturas y enseñanzas universitarias de primer ciclo.
- 08. Universitarios de grado superior: licenciaturas y enseñanzas universitarias de segundo ciclo.
- 09. Universitarios de tercer ciclo: doctorados
- 10. Otra posibilidad. Especificar:

7. ¿Cuál es su situación laboral principal actual?*

- 01. Trabaja
- 02. Trabaja, pero tiene una baja laboral de más de 3 meses
- 03. Parado/a con subsidio
- 04. Parado/a sin subsidio
- 05. Tareas del hogar (amo/a de casa)
- 06. Estudiante
- 07. Incapacidad o con invalidez permanente

DATOS SOCIOECONÓMICOS

1. ¿Cuál es su profesión? Especificar:

01. Directores y gerentes (directores ejecutivos, comerciales, gerentes de hoteles y/o restaurantes... etc.).

02. Profesionales científicos e intelectuales (matemáticos, biólogos, ingenieros, médicos, diplomados/graduados en enfermería, profesores y maestros... etc.).

03. Técnicos y profesionales de nivel medio (técnicos en ciencias físicas y en ingeniería, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería y otros técnicos sanitarios, técnicos de la tecnología de la información y las comunicaciones... etc.).

04. Personal de apoyo administrativo (oficinistas, empleados en el trato directo al público, otro personal de apoyo administrativo... etc.).

05. Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados (camareros, cocineros, peluqueros, vendedores cuidados de niños y/o otros cuidados personales en servicios de salud... etc.)

06. Agricultores y trabajadores cualificados agropecuarios, forestales y pesqueros

07. Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios (albañilería, electricistas, carpinteros y otros operarios de la construcción, joyeros, artesanos... etc.).

08. Operadores de instalaciones: máquinas y ensambladores

09. Ocupaciones elementales (limpiador/a, asistentes, peones agropecuarios... etc.)

10. Ocupaciones militares

2. ¿Qué tipo de cobertura/seguro sanitario tiene contratado?

01. Seguridad Social (tiene la Tarjeta Sanitaria Individual o TSI)

02. Mutua de afiliación obligatoria (MUFACE, ISPA, PAMEM o similar) con prestación sanitaria de la Seguridad Social

03. Mutua de afiliación obligatoria con prestación sanitaria de un seguro privado

04. Seguro sanitario privado, concertado individualmente (SANITAS, ASISA, la Alianza... etc.).

CUESTIONARIO DE ALFABETIZACIÓN SOBRE LA SALUD HLS-EU-Q16

En una escala de “muy fácil” a muy difícil”, indique cuál es el grado de dificultad que encontraría para realizar las siguientes actividades

| | Muy fácil | Fácil | Difícil | Muy difícil | NS/NC |
|---|------------------|--------------|----------------|--------------------|--------------|
| ...encontrar información sobre los tratamientos asociados a las enfermedades que son de su interés. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...averiguar dónde conseguir ayuda profesional cuando se encuentra enfermo (p. ej., médico, farmacéutico o psicólogo). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...entender lo que le dice el médico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...entender las instrucciones del médico o farmacéutico sobre cómo tomar las medicinas recetadas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...valorar cuándo puede necesitar una segunda opinión de otro médico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...utilizar la información proporcionada por el médico para tomar decisiones sobre su enfermedad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...seguir las instrucciones de su médico o farmacéutico. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...encontrar información sobre la manera de abordar problemas de salud mental, como el estrés o la depresión. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...comprender las advertencias sanitarias relacionadas con hábitos como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ...comprender por qué necesita hacerse pruebas de detección precoz de enfermedades o chequeos médicos (p. ej., mamografía, prueba de azúcar en sangre y presión arterial). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...valorar la fiabilidad de la información sobre riesgos para la salud que aparece en los medios de comunicación (p. ej. televisión, Internet u otros medios de información). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...decidir cómo protegerse de las enfermedades gracias a la información que proporcionan los medios de comunicación (p. ej., periódicos, folletos, Internet u otros medios de información). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...encontrar actividades que sean buenas para su bienestar mental (p. ej., meditación, ejercicio, paseos, pilates, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...comprender los consejos sobre salud que dan la familia y los amigos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...comprender la información proporcionada por los medios de comunicación sobre cómo mejorar su salud (p. ej., Internet, periódicos, revistas). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ...valorar cuáles de sus hábitos diarios afectan a su salud (p. ej., costumbres relacionadas con el consumo de alcohol, hábitos alimenticios, ejercicio, etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |