

Artículos Originales · Original Articles

Alfabetización en salud y COVID-19 en mayores: aproximación desde la Farmacia Comunitaria

Health literacy and COVID-19 in the elderly: approach from the Community Pharmacy

Información

Fechas:

Recibido: 06/10/2022

Aceptado: 28/11/2022

Publicado: 15/12/2022

Correspondencia:

María Álvarez de Sotomayor
aldesoto@us.es

Conflicto de intereses:

En esta publicación no se presentó ningún conflicto de interés.

Financiación:

En esta publicación no ha recibido ninguna ayuda o financiación.

Agradecimientos:

Agradecemos a Inés Soler Álvarez su necesaria colaboración para la realización del cuestionario.

Autorías

María Álvarez de Sotomayor¹  0000-0001-8466-1698

Paula M Fernandez Cuesta¹  0000-0003-2851-9843

¹Universidad de Sevilla, Facultad de Farmacia, Departamento de Farmacología, Sevilla, España.

Contribución de autorías

PMFC: diseño del estudio, trabajo de campo, evaluación de resultados y redacción del trabajo.

MAS: diseño del estudio, evaluación de resultados y redacción del trabajo.

Cómo citar este trabajo

Álvarez de Sotomayor M, Fernández Cuesta PM. Alfabetización en salud y COVID-19 en mayores: aproximación desde la Farmacia Comunitaria. Pharm Care Esp. 2022;24(6):18-34.

RESUMEN

Introducción: La alfabetización en salud son las habilidades cognitivas y sociales que determinan que los individuos puedan acceder, entender y usar la información para promover y mantener su salud. La necesidad de estas habilidades ha sido notable en la pandemia.

Método: Se realiza un cuestionario específico a los pacientes mayores de 60 años. Este consta de tres partes: el instrumento HLS-EU-Q16 adaptado a COVID-19, preguntas sobre la actuación del farmacéutico y la herramienta SAHLSA.

Resultados: La población era mayoritariamente femenina (75,4%) y su edad era de 79,2±9,4 años. El nivel educativo mayoritario fue de educación primaria (34,4%), predominando éste y el sin estudios en mayores de 80 años. El cuestionario HLS-EU-Q16 reveló que la alfabetización en salud sobre COVID-19 era deficiente (23%), insuficiente (70,5%) y suficiente (6,6%). El cuestionario SAHLSA mostró alfabetización suficiente en el 80%. Mientras que el primer cuestionario no mostró relación con el nivel educativo, ningún bachiller o universitario presentó valores insuficientes en el cuestionario SAHLSA. Por último, los entrevistados consideraron como primer sanitario al que acudir para obtener información fiable al médico (77%), seguido por el farmacéutico (13%). El 75% consideró que el farmacéutico le había ayudado a comprender las precauciones frente a la COVID-19.

Conclusiones: Los pacientes presentan dificultades para identificar la información fiable y para encontrar información de tratamientos frente a la COVID. Esta necesidad no está relacionada con el nivel educativo ni con la alfabetización en salud en otras áreas. El farmacéutico puede ser un agente clave en resolver esta necesidad.

Palabras clave: alfabetización en salud; farmacia comunitaria; COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: Health literacy is the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions. The need for such capacity has been notable during pandemic.

Method: A specific questionnaire was made to patients older than 60 years. The questionnaire included the HLS-EU-Q16 instrument adapted to COVID-19, some questions about the role of pharmacists and the SAHLSA tool.

Results: Most of the patients were women (75.4%) and the age was 79.2±9.4 years. The level of education of the majority was primary education (34.4%). Primary education and no schooling were the most common levels in older than 80 years. As HLS-EU-Q16 questionnaire showed, health literacy about COVID-19 was deficient (23%), insufficient (70.5%) and sufficient (6.6%). SAHLSA tool pointed out sufficient health literacy in 80%. The results of the first questionnaire were not related to the level of education. However, all participants with intermediate or advanced education had sufficient marks in the SAHLSA tool. Finally, the responders considered physicians as the main health professional who can help them to obtain reliable information (77%), followed by pharmacists (13%). 75% of responders agreed that pharmacists helped them understand the measures against COVID-19.

Conclusions: Patients have difficulties to identify reliable information and to find information about COVID treatments. This need is not related to the educational level or to the health literacy in other fields. Pharmacists may be a key agent to solve that need.

Key Words: Health literacy; community pharmacy; COVID-19.

Puntos clave

La alfabetización en salud son las habilidades cognitivas y sociales que determinan que los individuos puedan acceder, entender y usar la información para promover y mantener su salud. La necesidad de estas habilidades ha sido notable en la pandemia. Un cuestionario específico realizado a pacientes mayores de 60 años de una farmacia comunitaria mostró que incluso los pacientes con niveles educativos altos y cuya alfabetización en salud en otros campos estaba demostrada, tenían dificultades a la hora de valorar si la información recibida sobre la COVID era fiable y en encontrar información sobre los tratamientos disponibles. La figura del farmacéutico es valorada por los encuestados como adecuada para resolver esta necesidad, aunque la mayoría de los pacientes señalan al médico como el principal referente.

Introducción

La alfabetización en salud podría ser definida como el grado de capacidad (incluyendo habilidades cognitivas y sociales) que tienen los pacientes de obtener, procesar y entender información básica sobre la salud y sus servicios y que les son de utilidad para tomar decisiones apropiadas sobre la salud^(1,2). Es un componente importante para la búsqueda de la salud y del bienestar de la población y bien aplicado, evita desigualdades en salud y fomenta el empoderamiento de la población y la equidad^(3,4).

Se ha descrito que una baja alfabetización en salud se asocia con un peor estado de salud general y una mayor mortalidad⁽⁵⁾. Las personas con una baja alfabetización en salud parecen tener mayores tasas de hospitalización, mayor uso de emergencias, y con mayor frecuencia no se presentan a las citas de programas de prevención de la enfermedad o de vacunación. Además, tienen un uso más pobre de la medicación^(1,6).

A pesar de los potenciales beneficios de una mayor alfabetización en salud, este objetivo no es fácil de conseguir, pues hay muchas limitaciones en distintos ámbitos a la hora de planificar una estrategia de implantación. Una de ellas se presenta en la resistencia por parte del paciente. Con una atención sanitaria que promueve el autocuidado del paciente, éste puede volverse más reactivo a asumir la responsabilidad que implica este proceso.

Otra limitación importante, es la forma en la que se muestra la información sanitaria. La mayoría de las ocasiones, está escrita en un nivel más alto del que los pacientes pueden comprender y muchos profesionales no tienen suficiente conocimiento o tiempo para detectar a los pacientes con una baja alfabetización en salud, y sobrestiman su capacidad de comprensión en base a un criterio subjetivo⁽⁷⁾.

Durante la situación generada con la epidemia de COVID-19, los conocimientos de cada paciente y sus habilidades para comprender y discriminar los múltiples mensajes que en el ámbito de la salud se han recibido, han sido de gran importancia para tomar las decisiones adecuadas a la protección y al autocuidado. Además, las farmacias comunitarias se han mantenido abiertas al público durante todo el periodo, sin la limitación de la necesidad de solicitar cita y manteniendo una atención presencial.

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

Así, nos planteamos los siguientes objetivos: valorar el nivel de alfabetización en salud general de una población mayor de 60 años, y perteneciente al radio de acción de una farmacia de la ciudad de Sevilla; evaluar la alfabetización en salud de esa misma población en el contexto de la COVID-19; y, por último, conocer si la población encuestada consideraba al farmacéutico un agente facilitador de la información en salud necesaria durante los meses de pandemia.

Métodos

Este estudio constituyó el Trabajo de Fin de Grado en Farmacia de la primera autora. Se trata de un estudio descriptivo, llevado a cabo sobre la población mayor de 60 años que acudía a una Farmacia de Sevilla. El estudio se llevó a cabo entre los meses de febrero y mayo de 2021, durante parte del periodo de prácticas tuteladas de la primera autora.

Se incluyeron personas con edad igual o superior a 60 años que asistían a la farmacia, y que accedieron libremente a contestar a los cuestionarios. Se excluyeron a los menores de 60 años, a las personas con algún tipo de deterioro cognitivo que dificultara o imposibilitara la resolución del cuestionario, a personas que ejercen o han ejercido como médicos, enfermeros o farmacéuticos y a personas que declinan contestar.

Cada cuestionario fue identificado con un número, garantizando preservar la privacidad de los participantes. El cuestionario estaba constituido por:

- Variables demográficas para caracterizar la muestra: edad, sexo, la existencia o no de un trabajo relacionado con la salud y el nivel de estudios según la clasificación del instituto Nacional de Estadística (Tabla 1).
- El cuestionario HLS-EU-Q16^(8;10) adaptado al COVID-19⁽¹¹⁾, donde se evalúa el nivel de dificultad que encuentran los encuestados en diferentes ítems relativos a su alfabetización en salud. La valoración se hace mediante una

escala Likert, siendo 5 “muy difícil” y 1 “muy fácil”. Para la evaluación global, se consideraron tres niveles: menos de 15 puntos alfabetización deficiente, entre 15 y 30 insuficiente y más de 30 suficiente.

- Preguntas específicas sobre el papel del farmacéutico en la pandemia.
- El cuestionario SAHLISA⁽¹²⁾ (“Short Assessment of Health literacy for Spanish-speaking Adults”), que fue administrado con ligeras variaciones. Se desestimó la posibilidad de utilizar las tarjetas, y en su lugar, la entrevistadora leía la palabra principal y luego las opciones, evaluando la capacidad de elegir la opción que más similar a la palabra principal. Un resultado entre 0 y 37 sugería que el examinado tenía una alfabetización en salud inadecuada.

El cuestionario realizado se adjunta completo en el Anexo I. Previamente, se creó un cuestionario piloto con el que se hicieron diversas pruebas con voluntarios que propusieron mejoras del mismo para facilitar su comprensión.

Finalmente, los datos obtenidos fueron recogidos en una hoja de cálculo de MS Excel® para el análisis descriptivo que incluyó cálculo de los porcentajes de cada respuesta, media aritmética y desviación estándar. Los datos fueron también disgregados por sexo y se establecieron diferentes grupos de edad para el análisis.

Nivel 1	Analfabeto por problemas físicos o psíquicos	
Nivel 2	Analfabeto por otras razones	Personas de más de 10 años que son: Capaces de leer o pero no de escribir o capaces de leer y escribir solo una o varias frases que saben de memoria.
Nivel 3	Sin estudios	Han asistido menos de 5 años a la escuela
Nivel 4	Estudios primarios	Asistencia mínimo 5 años a la escuela
Nivel 5	Enseñanza secundaria de primer ciclo	Enseñanza que dura 4 cursos y que corresponde a las edades de 11 a 14 años
Nivel 6	Enseñanza profesional de 2º grado	Corresponde actualmente a un ciclo formativo de grado medio, anteriormente, oficial industrial o técnico auxiliar
Nivel 7	Enseñanza general secundaria de segundo ciclo	Bachiller, tanto el actual como el antiguo
Nivel 8	Enseñanzas profesionales superiores	Corresponde actualmente a las enseñanzas de grado superior
Nivel 9	Estudios universitarios equivalentes	Incluye carrera universitaria y posgrados.

Tabla 1. Clasificación de nivel de estudios según Instituto Nacional de Estadística.

Resultados

64 personas accedieron a realizar el cuestionario, aunque 2 de ellas fueron descartadas por no finalizarlo. Asimismo, otra persona fue también excluida por haber desempeñado un trabajo como sanitario. Por lo tanto, nuestro estudio consta de 61 participantes.

El 75,41% de los participantes fueron mujeres (46 personas) y el 24,59% fueron hombres (15 personas). La Tabla 2 recoge la distribución por edad y sexo

y se muestra que los rangos de edad más numerosos son de 70 a 79 y de 80 a 89 años. La edad promedio de los participantes fue de 79,2 años con una desviación estándar de 9,4.

Edad (años)	Total	Hombres	Mujeres
60-69	26,2% (16)	8,2% (5)	18,0% (11)
70-79	31,1% (19)	4,9% (3)	26,2% (16)
80-89	32,7% (20)	11,5% (7)	21,3% (13)
≥ 90	9,8% (6)	-	9,8% (6)

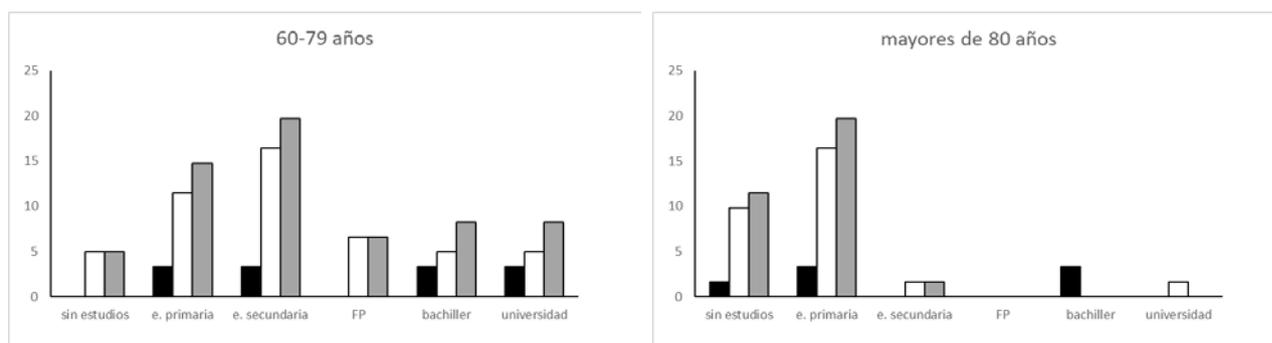
Se representan los porcentajes respecto al total de participantes y entre paréntesis el número de personas en cada grupo etario.

La Tabla 3 recoge el nivel educativo de los participantes en el estudio. El grupo más numeroso es el de las personas con solo estudios primarios (34,4%), seguido por el de personas con estudios secundarios (18%) y personas sin estudios (16,4%). Para mayor claridad, representamos los datos en dos subgrupos etarios: personas de 60 a 79 años y personas mayores de 80 y agrupados según sexo.

Nivel estudios	Total	Hombres	Mujeres
Sin estudios	16,4% (10)	1,6% (1)	14,8% (9)
Primarios	34,4% (21)	6,6% (4)	27,8% (17)
Secundarios	18,0% (11)	4,9% (3)	13,1% (8)
FP	8,2% (5)	-	8,2% (2)
Bachiller	11,5% (7)	6,6% (4)	4,9% (3)
Universidad	11,5% (7)	4,9% (3)	6,6% (4)

Se representan los porcentajes respecto al total de participantes y entre paréntesis el número de personas en cada nivel educativo.

La Figura 1 muestra como en la población de 60 a 79 años predominan las personas con educación secundaria, siendo escasas las personas sin estudios. Por el contrario, en mayores de 80 años, el porcentaje de personas sin estudios es del 11,5% frente al 4,9% en los menores de 80.



En la Tabla 4 comprobamos los resultados a cada una de las preguntas del cuestionario HLS-EU-Q16 adaptado al COVID-19. Se trata de cuestiones en las que se trata de identificar el grado de dificultad que tiene el encuestado para autogestionar aspectos relacionados con la pandemia.

¿Cómo le resulta de fácil o difícil ... siendo 1 muy fácil y 5 muy difícil?	1	2	3	4	5
Encontrar información sobre los tratamientos asociados al coronavirus	19,7% (12)	14,8% (9)	26,2% (16)	9,8% (6)	29,5% (18)
Averiguar dónde conseguir ayuda profesional cuando se encuentra enfermo de coronavirus	52,5% (32)	18,0% (11)	9,8% (6)	9,8% (6)	9,8% (6)
Encontrar información sobre la manera de abordar problemas de salud mental, como el estrés o la depresión derivadas de la crisis sanitaria del coronavirus (ya sea no poder salir, no poder moverse entre provincias, no ver a los familiares).	41,0% (25)	18,0% (11)	19,7% (12)	8,2% (5)	13,1% (8)
Comprender las advertencias sanitarias relacionadas con hábitos como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso como factores de contagio del coronavirus.	45,9% (28)	14,8% (9)	21,3% (13)	8,2% (5)	9,8% (6)
Comprender por qué necesita mantenerse en cuarentena, aislarse de las interacciones sociales, y usar la mascarilla	66,6% (40)	18,03% (11)	8,2% (5)	4,9% (3)	3,3% (2)
Valorar la fiabilidad de la información sobre riesgos para la salud que aparece en los medios de comunicación *(Redes sociales, programas de televisión, Prensa...)	23,0% (14)	16,4% (10)	26,2% (16)	13,1% (8)	21,3% (13)
Decidir cómo protegerse del coronavirus gracias a la información que proporcione el medio de comunicación que utilice usted.	34,4% (41)	24,6% (15)	14,8% (9)	6,6% (4)	19,7% (12)
Comprender la información proporcionada por los medios comunicación sobre cómo mejorar su salud contra el coronavirus	26,2% (16)	29,5% (18)	21,3% (13)	6,6% (4)	16,4% (10)
Valorar cuáles de sus hábitos diarios inciden en el riesgo de contagiarse de coronavirus	60,7% (37)	23,0% (14)	9,8% (6)	3,3% (2)	3,3% (2)

Se representan los porcentajes respecto al total de participantes y entre paréntesis el número de personas

Tabla 4. Resultados de cada uno de los ítems del cuestionario HLS-EU-Q16 adaptado.

De los entrevistados, el 23,0% presentó un nivel deficiente (14 personas), 70,5% un nivel insuficiente (43 personas) y solamente 4 personas, el 6,6%, presentó una alfabetización suficiente según el instrumento HLS-EU-Q16 adaptado. La Figura 2 representa los datos de la población entrevistada agrupándolos por edad y por niveles educativos.

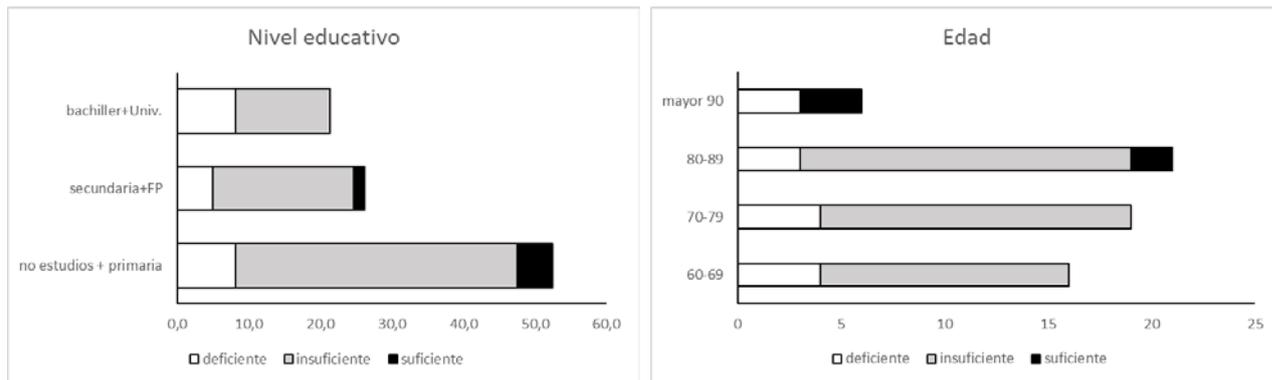


Figura 2. Niveles de alfabetización en salud valorados con el cuestionario HLS-EU-Q16 y agrupados en niveles educativos y edades de los participantes.

Un 77% (47 personas) respondieron que acudirían al médico para obtener información fiable sobre sus dudas con el coronavirus y un 13% al farmacéutico (8 personas). Un 9,84% (6 personas) respondió “otro” refiriéndose a un familiar, con o sin profesión sanitaria. El porcentaje de entrevistados que acudirían a la enfermera fue nulo.

Respecto a si los farmacéuticos habíamos ayudado a entender las precauciones dictadas por sanidad un 75% respondió “mucho”, un 24,6% “bastante”, un 8,2% “normal”, el 8,2% “poco”, y 1 (0,02%) persona “nada”.

De las 61 personas que realizaron el cuestionario SAHLSA, 49 (80%) obtuvieron un valor superior a 37, y, por tanto, se puede considerar que tienen un nivel adecuado de alfabetización en salud. 12 (20%) entrevistados, no alcanzaron las 37 respuestas correctas. De las 49 personas que superaron el cuestionario, 39 eran mujeres (80%), y 10 hombres (20%). De las 12 personas que no lo superaron, 7 son mujeres (58%) y 5 son hombres (41,7%). La proporción de aptos frente a no aptos es mayor en mujeres que en hombres.

Por otra parte, en cuanto al número de aciertos, no hubo ningún encuestado que obtuviera menos de 20 aciertos. El resto de valores estaban en el intervalo de 21-36 aciertos. El grueso de la población de la encuesta se encontraba en el intervalo de 37-45 aciertos.

En este cuestionario las mayores proporciones de pacientes que no fueron capaces de dar al menos 37 respuestas correctas, se encontraban en los niveles educativos inferiores.

La Figura 3 muestra los resultados agrupados por nivel educativo.

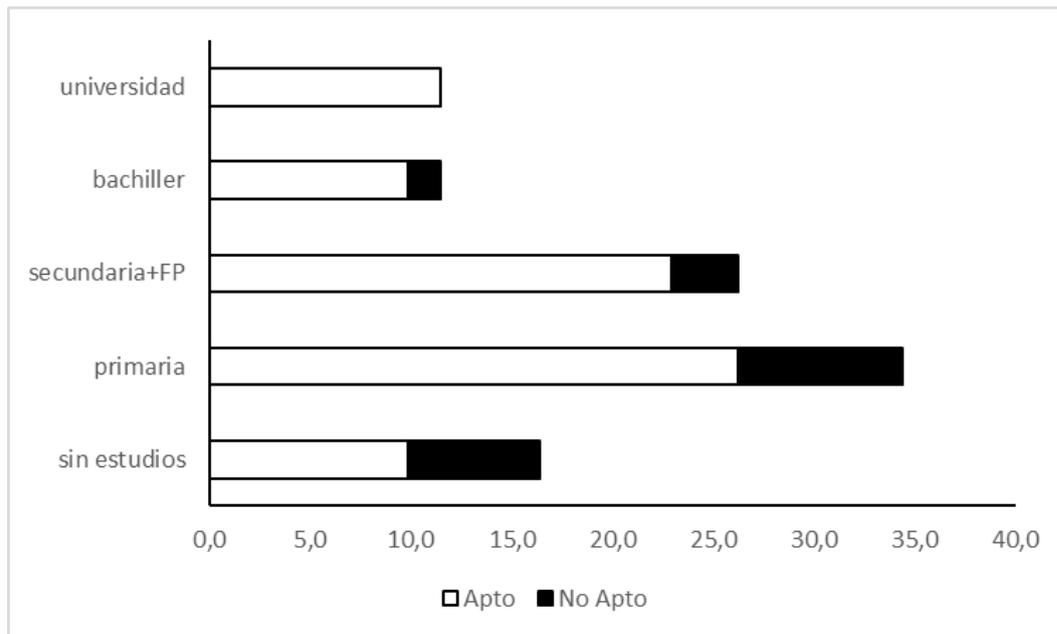


Figura 3. Resultados del cuestionario SA-HLSA agrupados por niveles educativos. Se considera apto los cuestionarios con un número de respuestas correctas mayor o igual a 37.

Finalmente, la edad promedio del grupo de personas que contestaron correctamente al menos 37 respuestas fue de 74,9 años con una desviación estándar de 9,6. Los que no alcanzaron el nivel de apto en el cuestionario tenían un promedio de edad de 81,3 y desviación de 6,3 años.

Discusión

Los participantes residen en uno de los barrios del Distrito Macarena, que es un barrio obrero, donde conviven vecinos de distintas culturas, siendo la mayor parte de sus habitantes de un nivel socioeconómico limitado, lo cual impide una formación de continuidad y lleva aparejada una baja cualificación profesional. Según recogen los datos del Consejo Económico y Social del Ayuntamiento de Sevilla, en 2019 existía en el Distrito Macarena una población extranjera del 19,4%, siendo uno de los distritos sevillanos con mayor población migrante⁽¹³⁾.

Además, la población mayor de 60 años en este distrito era en 2019 del 28,28%, con ligera mayoría femenina (17,21 vs 11,07%)⁽¹³⁾. Nuestra muestra es mayoritariamente femenina (75,41%), probablemente por ser la que se ocupa de tareas relacionadas con los cuidados, entre las que se encuentra la adquisición de medicamentos. De hecho, la mayor parte de los hombres entrevistados, acudían a la farmacia acompañados de sus esposas. Este dato, puede ser de interés, ya que se ha descrito la influencia que tienen los familiares, o en este caso los cónyuges, en la alfabetización en salud⁽¹⁴⁾. En un estudio propuesto por Edwards et al.⁽¹⁵⁾, se revela que la alfabetización en salud se distribuye en redes de personas, de forma que los individuos muchas veces dependen de las habilidades de otros para entender y usar la

información sobre la salud. Por ello, Ishikawa y Kiuchi, concluyen que la baja alfabetización de algunos individuos se compensa con la alta alfabetización de otros componentes de la familia⁽¹⁴⁾. Sin embargo, nosotros no planificamos el trabajo con el objetivo de identificar los lazos familiares de los sujetos entrevistados, por lo que no podemos confirmar esta hipótesis.

Nuestro trabajo incluye a personas mayores de 60 años, aunque con diferencias entre ellos. Debemos tener en cuenta que las tasas de analfabetismo en España, han cambiado enormemente en 30-40 años. Por ejemplo, en 1991 (30 años antes del año de realización del estudio), la tasa de analfabetismo en la provincia de Sevilla era de 56,37% en personas de 45-49 años (correspondería al el grupo de 75 a 79 años), y que ese porcentaje ascendía al 82,71% si solo se tienen en cuenta a las mujeres⁽¹⁶⁾. Estas tasas son incluso mayores en los grupos que tenían entre 50 a 69 años en 1991. Estos cambios en la sociedad española se plasman en nuestros datos, ya que mientras en mayores de 80 los dos grupos predominantes son las personas sin estudios o solo con estudios primarios, en menores de 80, predominan las personas con educación secundaria. Respecto a la influencia del sexo, resulta difícil llegar a conclusiones, ya que nuestra muestra era mayoritariamente femenina y no del tamaño suficiente para inferir, ya que, si bien es cierto que no hay hombres sin estudios menores de 80 años, y sí mujeres (3 mujeres), también entrevistamos a una mujer de 90 años con estudios universitarios.

Se ha descrito que la relación entre la alfabetización en salud y el nivel de estudios es directamente proporcional⁽¹⁷⁾. Sin embargo, nuestros resultados del cuestionario HLS-EU-Q16 adaptado no muestran ninguna relación con el nivel educativo. De hecho, en el grupo de mayor nivel educativo (bachilleres y universitarios), ninguno de los participantes alcanzaba un nivel suficiente en esta escala. Por el contrario, en el cuestionario SAHLSA, no hubo ningún participante que no llegara a las 37 respuestas correctas en el grupo de los universitarios. En esta ocasión el resultado sí concuerda con el del estudio de Van der Heide et al⁽¹⁷⁾.

Las diferencias entre los resultados de los distintos cuestionarios pueden explicarse si se tienen en cuenta diferentes circunstancias. La primera es la propia naturaleza del cuestionario. Tal y como se puede comprobar en el Anexo I, mientras que el cuestionario SAHLSA valora conocimientos, en el HLS-EU-Q16, es el propio sujeto el que califica su dificultad en resolver algunas cuestiones relacionadas con su salud, y concretamente con el COVID-19. Asimismo, el hecho de que la situación vivida con la COVID-19 fuera completamente nueva e inesperada, puede conllevar que incluso personas con un nivel educativo medio-alto y con alfabetización en salud suficiente en general, reconozcan sus dificultades para comprender las instrucciones y los tratamientos de esta.

Por otro lado, y debido a las restricciones sanitarias, en lugar de tarjetas que el participante debía leer, en el cuestionario SAHLSA, el paciente elegía una de las opciones leídas por el entrevistador. La lectura y posterior interpretación conlleva más dificultades que simplemente la escucha e interpretación. Sin embargo, muchas de las instrucciones sobre la actuación frente a la COVID que recibe la población, no provienen de textos escritos, ya que el formato vídeo y audio es cada vez más frecuente, no solo en los medios tradicionales (televisión y radio) sino que abundan en redes sociales e incluso en la prensa adaptada a la web. En este sentido, sería de interés valorar si por tanto, la adaptación del cuestionario, necesita una modificación de los umbrales a partir de los cuales se considera insuficiente el nivel de alfabetización. Dicha adaptación no resulta sencilla de abordar objetivamente con el número de datos y resultados de los que disponemos.

En cualquier caso, el hecho de que solamente 4 personas de las 14 que presentaron un nivel de alfabetización deficiente en el HLS-EU-Q16, presentaran valores por debajo de 37 en el cuestionario SAHLSA, pone de manifiesto que estos instrumentos valoran aspectos diferentes de la alfabetización, y señalan la necesidad de emplear cuestionarios mixtos para identificar las distintas dimensiones de la alfabetización en salud.

Además de los resultados globales, puede ser interesante analizar las respuestas a las diferentes cuestiones planteadas en el cuestionario HLS-EU-Q16. Por ejemplo, encontrar información sobre los tratamientos asociados al coronavirus, solo le resultaba fácil o muy fácil al 34,5% de los entrevistados. Por el contrario, encontrar ayuda profesional en caso de enfermedad, le resultaba fácil o muy fácil al 70,5%. En este sentido, puede ser importante la edad de los entrevistados, ya que muchos son pacientes crónicos que tienen experiencia en desenvolverse en el sistema sanitario pero por el contrario, tienen menores habilidades para la búsqueda de información por ejemplo, usando internet.

Otro de los aspectos destacables, es que solamente el 39,4% dijo encontrar fácil o muy fácil valorar la fiabilidad de las informaciones aparecidas en los medios mientras que el 55,7% consideraba fácil o muy fácil comprender la información proporcionada por los medios de comunicación. Esta respuesta señala otro aspecto destacable, ya que durante la pandemia, se han recibido muchos mensajes que aunque sean sencillos de comprender y por tanto seguidos mayoritariamente por la población, no todos son capaces de valorar la veracidad y fiabilidad de los mismos.

Es asimismo destacable que hasta el 59% de los entrevistados encontraba fácil o muy fácil encontrar información sobre cómo abordar los problemas de salud mental y estrés relacionados con la crisis sanitaria. Resulta llamativo este dato en un entorno en el que los datos de prescripción de benzodiazepinas ansiolíticas e hipnóticas entre este sector de la población son alarmantes, más cuando la duración de dichos tratamientos excede la pauta

recomendada por las guías clínicas y la pandemia ha mostrado una tendencia creciente en el empleo de estos fármacos. Tal vez estas situaciones estén relacionadas, percibiendo el paciente que el medicamento puede solucionar fácilmente los problemas de salud mental. Sin embargo, no podemos llegar a ninguna conclusión al respecto ya que no indagamos en el consumo de benzodiazepinas entre los entrevistados.

Finalmente, los resultados muestran como los encuestados tienen como persona de referencia para encontrar información fiable sobre el coronavirus al médico. Asimismo, los entrevistados reconocen ampliamente que los farmacéuticos han ayudado en gran medida a comprender las precauciones sanitarias, y en general han ayudado a facilitarles las problemáticas que hayan podido tener durante este tiempo, actuando como agentes facilitadores de información en salud, esenciales para la actividad de la sociedad.

Esta percepción del médico como figura de primera referencia, puede tener su origen en el sistema sanitario, en el que el médico de atención primaria es coordinador de acciones. Por otro lado, el sistema no utiliza todo el potencial que tiene el farmacéutico. El farmacéutico por definición provee de consejos sobre el cuidado de uno mismo, no se limita a entregar la medicación al paciente, sino que también educa en la importancia de un estilo de vida saludable, aconseja sobre medicación en caso de síndromes menores y deriva al médico si es necesario⁽¹⁸⁾.

En la fecha de planificación de este trabajo, enero de 2021, las campañas de vacunación frente a COVID-19 estaban en su inicio, por lo que no se incluyeron cuestiones específicas sobre las mismas en el cuestionario. Sin embargo, es importante destacar el papel tranquilizador que los farmacéuticos han tenido, favoreciendo la vacunación, explicando los beneficios de estas y desmintiendo los mitos que estaban presentes a pie de calle, como ya se había puesto de manifiesto en otras campañas de inmunización⁽¹⁹⁾ y se ha confirmado en acciones específicas⁽²⁰⁾. En definitiva, los farmacéuticos ayudan a los pacientes a mejorar su alfabetización en salud, pues les aportan información útil en su día a día y los acompañan en su aprendizaje. Además, por su cercanía, disposición y formación, tienen un papel fundamental para atender una de las mayores necesidades de los pacientes, que es la capacidad para valorar la fiabilidad de las informaciones recibidas.

En resumen, se puede concluir que los pacientes presentan dificultades para identificar la información fiable y para encontrar información de tratamientos frente a la COVID. Esta necesidad no está relacionada con el nivel educativo ni con la alfabetización en salud en otras áreas. El farmacéutico puede ser un agente clave en resolver esta necesidad.

Aunque nuestro trabajo está limitado a un grupo pequeño de población, este tipo de estudios puede contribuir a detectar las necesidades de alfabetiza-

ción en salud y por tanto, ayudar a diseñar campañas específicas que mejoren la capacidad de los pacientes.

Bibliografía

1. Janse van Rensburg Z. Levels of health literacy and English comprehension in patients presenting to South African primary healthcare facilities. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2020;12(1):e1-e6. doi: 10.4102/phcfm.v12i1.2047.
2. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud, glosario. World Health Organization 1998. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=DF0D72180E4E-24D5A866C882FD7593CD?sequence=1
3. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health.* 2015;25(6):1053-8. doi: 10.1093/eurpub/ckv043.
4. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International.* 2000;15(3):259–267, doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
5. Nolasco A, Barona C, Tamayo-Fonseca N, et al . Alfabetización en salud: propiedades psicométricas del cuestionario HLS-EU-Q16. *Gac Sanit.* 2020;34(4): 399-402. Doi: 10.1016/j.gaceta.2018.08.006.
6. Dwinger S, Kriston L, Härter M, Dirmaier J. Translation and validation of a multidimensional instrument to assess health literacy. *Health Expect.* 2015;18(6):2776-86. doi: 10.1111/hex.12252.
7. Rajah R, Hassali MA, Lim CJ. Health Literacy-Related Knowledge, Attitude, and Perceived Barriers: A Cross-sectional Study among Physicians, Pharmacists, and Nurses in Public Hospitals of Penang, Malaysia. *Front Public Health.* 2017;5:281. doi: 10.3389/fpubh.2017.00281.
8. Storms H, Claes N, Aertgeerts B, Van den Broucke S. Measuring health literacy among low literate people: an exploratory feasibility study with the HLS-EU questionnaire. *BMC Public Health.* 2017;17(1):475. doi: 10.1186/s12889-017-4391-8.
9. Finbråten HS, Wilde-Larsson B, Nordström G, et al. Establishing the HLS-Q12 short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire: latent trait analyses applying Rasch modelling and confirmatory factor analysis. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):506. doi: 10.1186/s12913-018-3275-7.
10. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health.* 2013;13:948. doi: 10.1186/1471-2458-13-948.
11. González-Moreno SE. Alfabetización en COVID-19 a través de redes sociales. *REA 2022;*13:128-139. doi: 10.55777/rea.v13iEspecial.2166.
12. Lee SY, Stucky BD, Lee JY, Rozier RG, Bender DE. Short Assessment of Health Literacy-Spanish and English: a comparable test of health literacy for Spanish

and English speakers. *Health Serv Res.* 2010;45(4):1105-20. doi: 10.1111/j.1475-6773.2010.01119.x.

13. Consejo económico y social de Sevilla. Informe socioeconómico de la ciudad de Sevilla 2019. Disponible en: <https://www.sevilla.org/cess/publicaciones/publicaciones-cess-2020/2020-11-11-dictamen-del-informe-socioeconomico-de-la-ciudad-de-sevilla-2019-firmado.pdf>

14. Ishikawa H, Kiuchi T. Association of Health Literacy Levels Between Family Members. *Front Public Health.* 2019;7:169. doi: 10.3389/fpubh.2019.00169.

15. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. 'Distributed health literacy': longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition. *Health Expect.* 2015;18(5):1180-93. doi: 10.1111/hex.12093.

16. Instituto Nacional de Estadística: base de datos. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/listaoperaciones.htm>

17. Van der Heide I, Rademakers J, Schipper M, et al. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. *BMC Public Health.* 2013;13:179. doi: 10.1186/1471-2458-13-179.

18. Bell J, Dziekan G, Pollack C, Mahachai V. Self-Care in the Twenty First Century: A Vital Role for the Pharmacist. *Adv Ther.* 2016;33(10):1691-1703. doi: 10.1007/s12325-016-0395-5.

19. Bragazzi NL. Pharmacists as Immunizers: The Role of Pharmacies in Promoting Immunization Campaigns and Counteracting Vaccine Hesitancy. *Pharmacy (Basel).* 2019 Dec 5;7(4):166. doi: 10.3390/pharmacy7040166.

20. Osibanjo O, Benkstein K, Slater J, Shah A. The role of managed care clinical pharmacists in improving COVID-19 vaccination rates for culturally specific Medicaid populations. *J Am Coll Clin Pharm.* 2022 Aug;5(8):812-820. doi: 10.1002/jac5.1662.

Anexo I

PREGUNTAS PRE-CUESTIONARIO:

EDAD

SEXO

TRABAJO RELACIONADO CON LA SALUD

NIVEL DE ESTUDIOS

PREGUNTAS CUESTIONARIO HLS-EU-Q16 ADAPTADO AL COVID:

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

PREGUNTA	1	2	3	4	5
Encontrar información sobre los tratamientos asociados al coronavirus.					
Averiguar dónde conseguir ayuda profesional cuando se encuentra enfermo de coronavirus.					
Encontrar información sobre la manera de abordar problemas de salud mental, como el estrés o la depresión derivadas de la crisis sanitaria del coronavirus (Ya sea no poder salir, no poder moverse entre provincias, no ver a los familiares)					
Comprender las advertencias sanitarias relacionadas con hábitos como fumar, hacer poco ejercicio físico o beber alcohol en exceso como factores de contagio del coronavirus.					
Comprender por qué necesita mantenerse en cuarentena, aislarse de las interacciones sociales, y usar la mascarilla.					
Valorar la fiabilidad de la información sobre riesgos para la salud que aparece en los medios de comunicación *(Facebook, whatsapp, las noticias, el periódico...)					
Decidir cómo protegerse del coronavirus gracias a la información que proporciona *El medio de comunicación que utilice* (Facebook, whatsapp, las noticias, el periódico...).					
Comprender la información proporcionada por los medios comunicación sobre cómo mejorar su salud contra el coronavirus.					
Valorar cuáles de sus hábitos diarios inciden en el riesgo de contagiarse de coronavirus.					

PREGUNTAS SOBRE EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO.

MÉDICOS ENFERMEROS FARMACÉUTICOS OTROS

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

1 2 3 4 5

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

CUESTIONARIO SAHLSA.

PALABRA PRINCIPAL	OPCIONES (CLAVE O PALABRA DE DISTRACCIÓN)		
Próstata	Glándula	Circulación	No se
Empleo	Trabajo	Educación	No se
Menstrual	Mensual	Diario	No se
Gripe	Sano	Enfermo	No se
Avisar	Medir	Decir	No se
Comidas	Cena	Paseo	No se
Alcoholismo	Adicción	Recreo	No se
Grasa	Naranja	Manteca	No se
Asma	Respirar	Piel	No se
Cafeína	Energía	Agua	No se
Osteoporosis	Hueso	Músculo	No se
Depresión	Apetito	Sentimientos	No se
Estreñimiento	Bloqueado	Suelto	No se
Embarazo	Parto	Niñez	No se
Incesto	Familia	Vecinos	No se
Pastilla	Tableta	Galleta	No se
Testículo	Óvulo	Esperma	No se
Rectal	Regadera	Inodoro	No se
Ojo	Oír	Ver	No se
Irritación	Rígido	Adolorido	No se
Anormal	Diferente	Similar	No se
Estrés	Preocupación	Feliz	No se
Aborto espontáneo	Pérdida	Matrimonio	No se
Ictericia	Amarillo	Blanco	No se
Papanicolau	Prueba	Vacuna	No se
Impétigo	Pelo	Piel	No se
Indicado	Instrucción	Decisión	No se
Ataque	Herida	Sano	No se

PALABRA PRINCIPAL	OPCIONES (CLAVE O PALABRA DE DISTRACCIÓN)		
Menopausia	Señoras	Niñas	No se
Apéndice	Rascar	Dolor	No se
Comportamiento	Pensamiento	Conducta	No se
Nutrición	Saludable	Gaseosa	No se
Diabetes	Azúcar	Sal	No se
Sífilis	Anticonceptivo	Condón	No se
Inflamatorio	Hinchazón	Sudor	No se
Hemorroides	Venas	Corazón	No se
Herpes	Aire	Sexo	No se
Alérgico	Resistencia	Reacción	No se
Riñón	Orina	Fiebre	NO se
Caloría	Alimento	Vitamina	No se
Medicamento	Instrumento	Tratamiento	No se
Anemia	Sangre	Nervios	No se
Intestino	Digestión	Sudor	No se
Potasio	Mineral	Proteína	No se
Colitis	Intestino	Vejiga	No se
Obesidad	Peso	Altura	No se
Hepatitis	Pulmón	Hígado	No se
Vesícula biliar	Arteria	Órgano	No se
Convulsiones	Mareado	Tranquilo	No se
Artritis	Estómago	Articulación	No se