

Alfabetización en salud y adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en un centro de atención primaria

Health literacy and adherence to chronic disease management in a primary care center

Luis Fernando Cieza-Arámbulo^{1,a} , Ángel Enrique Zapata-Bayona^{1,2,b}

Filiación y grado académico

¹ Universidad Privada Antenor Orrego, Piura, Perú.

² Hospital de la Amistad Perú Corea. Santa Rosa II-2, Piura, Perú.

^a Bachiller de Medicina Humana.

^b Médico internista.

Contribución de los autores

LFC-A: concepción de la idea de investigación, redacción del proyecto, recolección y análisis de datos, redacción del manuscrito final.

AEZ-B: redacción del proyecto, revisión del análisis estadístico y manuscrito final.

Fuentes de financiamiento

El estudio fue autofinanciado.

Conflictos de interés

No se presentaron conflictos de interés.

Recibido: 21-03-2022

Aceptado: 27-06-2022

Publicado en línea: 11-07-2022

Citar como

Cieza-Arámbulo LF, Zapata-Bayona AE. Alfabetización en salud y adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en un centro de atención primaria. Rev Peru Cienc Salud. 2022; 4(3): 145-52. doi: https://doi.org/10.37711/rpcs.2022.4.3.382

Correspondencia

Luis Fernando Cieza Arámbulo

Dirección: Los Nogales S1-Lt14, Urb. Miraflores, Castilla-Piura, Perú.

Tel: 986 293 501

Email: juanluisfernandocieza@gmail.com

RESUMEN

Objetivo. Evidenciar la relación entre el grado de alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en un centro de atención primaria. **Métodos.** Estudio transversal-analítico-observacional; se tomó a 326 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial o diabetes mellitus, entre el 1 de diciembre del 2020 y el 27 de marzo del 2021. Se aplicó cuestionarios para medir el nivel de alfabetización en salud, así como la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. Se compararon estadísticamente los resultados con la prueba de Chi-cuadrado, para evaluar la asociación entre el grado de alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (MD). **Resultados.** El 51,84 % tan solo tenía HTA, el 19,02 % DM y el 29,14 % tanto HTA como DM. El 69,3 % tenía una alfabetización sanitaria suficiente, mientras que en el 30,7 % fue inadecuada. El 25,2 % de los pacientes son adherentes al tratamiento (farmacológico y no farmacológico), mientras que el 74,8 % no tienen buena adherencia al tratamiento. El 43,9 % de los pacientes tienen buena adherencia al tratamiento farmacológico, lo cual se encuentra asociado a la edad (sig. = 0,011) y el nivel socioeconómico (sig. = 0,025). El 49,7 % tenía buena adherencia al tratamiento no farmacológico y no se encontró asociación con alguna característica sociodemográfica. Se demostró asociación entre la alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento (sig. = 0,011). **Conclusiones.** Existe una relación significativa entre el nivel en alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento.

Palabras clave: alfabetización en salud; enfermedad crónica; adherencia al tratamiento; hipertensión arterial; diabetes mellitus (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Objective. To evidence the relationship between the degree of health literacy and adherence to the treatment of chronic diseases in a primary care center. **Methods.** Cross-sectional-analytic-observational study; 326 patients with a diagnosis of arterial hypertension or diabetes mellitus were taken between December 1, 2020 and March 27, 2021. Questionnaires were applied to measure the level of health literacy, as well as adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment. The results were statistically compared with the Chi-square test to evaluate the association between the degree of health literacy and adherence to treatment in patients with arterial hypertension (AHT) and diabetes mellitus (DM). **Results.** 51.84 % had only AHT, 19.02 % had DM and 29.14 % had both AHT and DM. 69.3 % had sufficient health literacy, while 30.7 % had inadequate health literacy. 25.2 % of patients are adherent to treatment (pharmacological and non-pharmacological), while 74.8 % do not have good adherence to treatment. Forty-three point nine percent of the patients had good adherence to pharmacological treatment, which was associated with age (sig. = 0.011) and socioeconomic level (sig. = 0.025) 49.7 % had good adherence to non-pharmacological treatment and no association was found with any sociodemographic characteristic. There was an association between health literacy and adherence to treatment (sig. = 0.011). **Conclusions.** There is a significant relationship between the level of health literacy and adherence to treatment.

Keywords: health literacy; chronic disease; adherence to treatment; arterial hypertension; diabetes mellitus (Source: DeCS-BIREME).

INTRODUCCIÓN

Con el tiempo, la mayoría de personas tendrán por lo menos una o dos enfermedades crónicas no transmisibles, ocasionantes en la actualidad de 41 millones de decesos por año, lo cual corresponde al 71 % de los decesos en todo el mundo. Pero si a la vez estas personas tienen un grado de alfabetización de salud limitada, podrían tener más dificultades para manejar estas condiciones a largo plazo ⁽¹⁻³⁾.

En la actualidad, según el censo del 2017, en el Perú se observa el incremento al 65,2 % de la población de 15 a 64 años, así como el incremento a 8,4 % en la población mayor de 65 años de edad ⁽⁴⁾. Este incremento en población adulta puede ser una de las causas de una mayor incidencia en las enfermedades crónicas no transmisibles. Según la encuesta de Demográfica y de Salud Familiar 2018, en personas que tenían 15 o más años de edad, se encontró un incremento del 1,2 % y 0,3 % de pacientes con HTA y DM, respectivamente, durante el primer semestre del año 2018, en comparación con datos obtenidos en el año 2017 ⁽⁵⁾; Siendo Piura la cuarta región con mayor porcentaje de HTA. Además, existen 80 000 piuranos con diagnóstico de DM, de los cuales solo el 20 % se encuentran controlados ^(5,6).

La adherencia al tratamiento es definida por la OMS como “el grado en que el comportamiento de una persona –tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” ⁽⁷⁾. En un estudio realizado en Perú, un 15 % de pacientes con hipertensión arterial tenían adherencia al tratamiento farmacológico ⁽⁸⁾, mientras que en Chile hubo adherencia en el 58,8 % de pacientes con enfermedades crónicas ⁽⁹⁾.

La alfabetización en salud (AS) es “la capacidad para obtener, entender, evaluar y emplear la información médica para tomar las decisiones más adecuadas con respecto a nuestra salud, a fin de conservar o perfeccionar la calidad de vida” ^(1, 10, 11).

El Consorcio Europeo desarrolló el cuestionario, *European Health Literacy Survey Questionnaire* (HLS-EU-Q) con la finalidad de poder calcular y observar la alfabetización en salud. Fue empleado en el año 2011 en 8 países europeos ⁽¹⁾. Se encontró que, en Europa, 1 de cada 2 personas tenían una alfabetización sanitaria limitada ⁽¹²⁾. Adreu et al. usaron la versión corta, HLS-EU-Q16, llegando a la conclusión de que era un instrumento válido para medir la alfabetización sanitaria ⁽¹³⁾. En España, el 81,5 % de la población evaluada tenía un nivel de alfabetización

sanitaria inconveniente ⁽¹⁴⁾. En Brasil, el 55,9 % tenían una alfabetización inadecuada y se relacionó directamente con una menor adherencia, además de tasas más altas de reingreso y muerte ⁽¹⁵⁾. En Ecuador, se concluyó que una buena AS reduciría la cantidad de consultas en los establecimientos de primer nivel de atención y permitiría ofrecer más tiempo a los pacientes ⁽¹⁶⁾. En Perú, el nivel de alfabetización sanitaria fue inadecuada en un 43 %, 34,4 %, 8 %, tanto en hospitales públicos como en privados, siendo el bajo grado de instrucción, el ser adulto mayor, contar con SIS, no haber asistido a un centro de salud en el último año y no tener trabajo, factores que influyen en la AS ^(8, 17, 18-21).

Estos datos constituyeron, por iniciar el presente proyecto de investigación, que fue elaborado con el objetivo de encontrar asociación entre el nivel de alfabetización en salud en pacientes con diagnóstico de HTA o DM, así como su adherencia al tratamiento a estas enfermedades. Demostrar una relación entre estas dos variables será beneficioso para que se puedan implementar estrategias futuras con el objeto de mejorar el grado de alfabetización sanitaria y así poder obtener una mejor adherencia al tratamiento; todo esto, con el propósito de poder mejorar la calidad de vida de los pacientes.

MÉTODOS

Tipo y área de estudio

Se diseñó un estudio transversal, analítico y observacional. El estudio se llevó a cabo en el Centro de atención primaria Metropolitano de la Red Asistencial de EsSalud de Piura (Perú), entre los meses de diciembre del 2020 y marzo del 2021.

Población y muestra

La población fueron 326 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial o diabetes mellitus del Programa del adulto con enfermedades crónicas no transmisibles” del CAP III Metropolitano EsSalud de Piura, los cuales fueron 2134 pacientes. Se incluyeron a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial o Diabetes mellitus, mayores de edad, con acceso a una vía telefónico y a los que aceptaron participar voluntariamente en el estudio. Se excluyó a los pacientes con alteraciones auditivas o visuales, como sordera y ceguera. El tamaño de la muestra se calculó con el programa EPIDAT 4,2, usando un intervalo de confianza del 95 %, obteniéndose tamaño muestral de 326.

Técnica e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta, aplicada de manera directa, mientras que los instrumentos usados fueron: el cuestionario

sociodemográfico, el test de Morisky-Green, el test para medir la adherencia al tratamiento no farmacológico y el test HLS-EU-Q16. El cuestionario sociodemográfico permitió conocer sexo, edad, grado de instrucción, diagnóstico de HTA y/o DM y nivel socioeconómico (“NSE-A, muy alto”; “NSE-B, alto”; “NSE-C, medio”; “NSE-D, bajo”; “NSE-E, muy bajo”) de los encuestados ⁽²²⁾.

Para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico se usó el test Morisky-Green. Para el tratamiento no farmacológico se usó el test para medir la adherencia al tratamiento farmacológico, que pasó por como resultado una excelente validez. Además, se realizó una prueba piloto con 30 pacientes, donde se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,786.

Para medir el grado de alfabetización en salud se usó el cuestionario HLS-EU-Q16, el cual pasó por una validación por expertos, además, se realizó una prueba piloto, donde se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,767.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico, los datos obtenidos mediante los cuestionarios se ingresaron en Excel, posteriormente, se exportó la data al programa estadístico SPSS versión 26 para Windows. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher, para el análisis estadístico, los

datos para evaluar la asociación entre las características sociodemográficas de los pacientes con el nivel de alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el comité de Ética de la Universidad Privada Antenor Orrego y por el establecimiento donde se llevó a cabo dicho trabajo. Este trabajo de investigación respetó los principios establecidos en la Declaración de Helsinki ⁽²³⁾ y tuvo en cuenta los principios bioéticos de beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia, además de proteger la privacidad de la muestra estudiada y sus derechos individuales.

RESULTADOS

La población estuvo representada en un 59,8 % por el sexo femenino y un 40,2 % por el sexo masculino. La edad mínima fue de 21 años y la edad máxima fue de 98 años, con una edad media y desviación estándar de $67,8 \pm 11,58$ años de edad. Con respecto al grado de instrucción, se obtuvo que el 5,2 % tenía “primaria incompleta”, 5,5 % “primaria completa”, 9,2 % “secundaria incompleta”, 26,1 % “secundaria completa”, 14,7 % “superior incompleta” y 39,3 % “superior completa”. En relación al nivel socioeconómico se encontró que el 0,3 % se ubica dentro del nivel A, el 4,9 % en el nivel B, 12,3 %

Tabla 1. Asociación entre las características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento

Características	Adherencia al tratamiento								
	Adherencia		No adherencia		Total		p	X ² o p de Fisher	
	fi	%	fi	%	fi	%			
Sexo	Femenino	53	27,2	142	72,8	195	100,0	0,304	X ² = 1,058
	Masculino	29	22,1	102	77,9	131	100,0		
	Total	82	25,2	244	74,8	326	100,0		
Edad	De “21 a 30” años	0	0,0	1	100,0	1	100,0	0,011*	P de Fisher = 11,690
	De “31 a 40” años	0	0,0	5	100,0	5	100,0		
	De “41 a 50” años	7	36,8	12	63,2	19	100,0		
	De “51 a 60” años	5	9,6	47	90,4	52	100,0		
	De “61 a más” años	70	28,1	179	71,9	249	100,0		
	Total	82	25,2	244	74,8	326	100,0		
Grado de Instrucción	Primaria completa	5	27,8	13	72,2	18	100,0	0,721	X ² = 2,862
	Primaria incompleta	5	29,4	12	70,6	17	100,0		
	Secundaria completa	26	30,6	59	69,4	85	100,0		
	Secundaria incompleta	7	23,3	23	76,7	30	100,0		
	Superior completa	30	23,4	98	76,6	128	100,0		
	Superior incompleta	9	18,8	39	81,3	48	100,0		
	Total	82	25,2	244	74,8	326	100,0		
Nivel socioeconómico	A	0	0,0	1	100,0	1	100,0	0,025*	P de Fisher = 10,391
	B	3	18,8	13	81,3	16	100,0		
	C	6	15,0	34	85,0	40	100,0		
	D	13	16,3	67	83,8	80	100,0		
	E	60	31,7	129	68,3	189	100,0		
	Total	82	25,2	244	74,8	326	100,0		

Tabla 2. Asociación entre las características sociodemográficas y la adherencia al tratamiento farmacológico

Características	Adherencia al tratamiento farmacológico								
	Adherencia		No adherencia		Total		p	X ² o p de Fisher	
	fi	%	fi	%	fi	%			
Sexo	Femenino	89	45,6	106	54,4	195	100,0	0,430	X ² = 0,622
	Masculino	54	41,2	77	58,8	131	100,0		
	Total	143	43,9	183	56,1	326	100,0		
Edad	De "21 a 30" años	0	0,0	1	100,0	1	100,0	0,025*	P de Fisher = 9,728
	De "31 a 40" años	1	20,0	4	80,0	5	100,0		
	De "41 a 50" años	9	47,4	10	52,6	19	100,0		
	De "51 a 60" años	14	26,9	38	73,1	52	100,0		
	De "61 a más" años	119	47,8	130	52,2	249	100,0		
	Total	143	43,9	183	56,1	326	100,0		
Grado de instrucción	Primaria completa	7	38,9	11	61,1	18	100,0	0,336	X ² = 5,706
	Primaria incompleta	6	35,3	11	64,7	17	100,0		
	Secundaria completa	46	54,1	39	45,9	85	100,0		
	Secundaria incompleta	14	46,7	16	53,3	30	100,0		
	Superior completa	50	39,1	78	60,9	128	100,0		
	Superior incompleta	20	41,7	28	58,3	48	100,0		
	Total	143	43,9	183	56,1	326	100,0		
Nivel socioeconómico	A	0	0,0	1	100,0	1	100,0	0,046*	P de Fisher = 8,854
	B	4	25,0	12	75,0	16	100,0		
	C	11	27,5	29	72,5	40	100,0		
	D	38	47,5	42	52,5	80	100,0		
	E	90	47,6	99	52,4	189	100,0		
	Total	143	43,9	183	56,1	326	100,0		

*: Prueba significativa

en el nivel C, 24,5 % en el nivel D y el 58 % en el nivel E. Finalmente, se obtuvo que el 51,84 % tan solo tenía HTA, el 19,02 % DM y 29,14 % tanto HTA como DM.

El 69,3 % tenía una alfabetización suficiente; el resto, 30,7 %, evidenció una alfabetización inadecuada. Las características sociodemográficas: sexo (sig. = 0,238), edad (sig. = 0,920), grado de instrucción (sig. = 0,624) y nivel socioeconómico (sig. = 0,687), no guardan relación significativa con la alfabetización en salud.

El 25,2 % de los pacientes investigados eran adherentes al tratamiento, mientras que la mayoría, 74,8 %, no lo eran. La adherencia al tratamiento no se asoció de manera significativa con el sexo del paciente ni con su grado de instrucción. Por el contrario, dicha adherencia evidenció asociación significativa con la edad y con el nivel socioeconómico. Los resultados mostraron que los pacientes que tenían de 41 a 50 años y los que tenían de 61 años a más eran los más adherentes al tratamiento. Además, aquellos pacientes que pertenecían al nivel socioeconómico E, fueron los más adherentes. (ver Tabla 1)

El 43,9 % de los pacientes eran adherentes al tratamiento farmacológico. Ni el sexo, ni el grado de instrucción estuvieron asociados de manera significativa con la adherencia al tratamiento farmacológico. Por el contrario, la edad y el nivel socioeconómico evidenciaron

relación significativa con dicha adherencia. En el caso de la edad, los más adherentes al tratamiento farmacológico fueron los pacientes del grupo que tenían de 41 a 50 años y de los que tienen 61 años a más. En el caso del nivel socioeconómico, los más adherentes a este tipo de tratamiento fueron los que pertenecen al nivel socioeconómico D y E, según se evidencia en las respuestas del 47,5 % y 47,6 %. (ver Tabla 2)

El 49,7 % de los pacientes fueron adherentes al tratamiento no farmacológico. Ninguna de las características sociodemográficas investigadas, sexo, edad, grado de instrucción y nivel socioeconómico, se asocian de manera significativa con el tratamiento no farmacológico. Estos resultados indican que la adherencia a dicho tratamiento era similar en hombres y mujeres,

Tabla 3. Adherencia al tratamiento en relación a la alfabetización en salud

Alfabetización en salud	Adherencia al tratamiento						
	Adherencia		No adherencia		Total	p	X ²
	fi	%	fi	%			
Suficiente	66	29,2	160	70,8	226	100,0	
Inadecuado	16	16,0	84	84,0	100	100,0	0,011 6,420
Total	82	25,2	244	74,8	326	100,0	

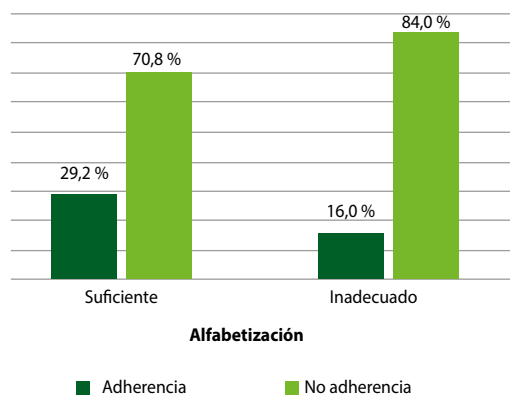


Figura 1. Adherencia al tratamiento en relación a la alfabetización

así como en pacientes de todas las edades, grado de instrucción y nivel socioeconómico.

La cifra de adherentes que cuentan con una alfabetización suficiente, 29,2 %, fue más alta que los que tienen una alfabetización inadecuada, que suma 16 %. Se obtuvo una sig. = 0,011, por lo que nos permitió aceptar una asociación entre el nivel de alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento. Este resultado confirmó que, a mayor alfabetización mayor adherencia al tratamiento (ver Tabla 3 y Figura 1).

No se encontró asociación significativa entre la alfabetización en salud y el tratamiento no farmacológico, según se deduce de la significancia de la prueba, sig. = 0,108, superior a 0,05 (ver Tabla 4).

La alfabetización en salud se encontró asociada en forma significativa con la adherencia al tratamiento farmacológico, según se deduce de la significancia de la prueba, sig.=0,017, inferior a 0,05. (ver Tabla 5).

Tabla 4. Adherencia al tratamiento no farmacológico en relación a la alfabetización en salud

Alfabetización en salud	Adherencia al tratamiento no farmacológico						p	χ ²
	Adherencia		No adherencia		Total			
	fi	%	fi	%	fi	%		
Suficiente	119	52,7	107	47,3	226	100,0	0,108	2,585
Inadecuado	43	43,0	57	57,0	100	100,0		
Total	162	49,7	164	50,3	326	100,0		

Nota: Cuestionario aplicado a los adultos
Chi-cuadrado=2,585, sig.=0,108 (no significativa).

Tabla 5. Adherencia al tratamiento farmacológico en relación a la alfabetización en salud

Alfabetización en salud	Adherencia al tratamiento no farmacológico						p	χ ²
	Adherencia		No adherencia		Total			
	fi	%	fi	%	fi	%		
Suficiente	109	48,2	117	51,8	226	100,0	0,017	5,701
Inadecuado	34	34,0	66	66,0	100	100,0		
Total	143	43,9	183	56,1	326	100,0		

Nota: Cuestionario aplicado a los adultos
Chi cuadrado=5,701, Sig.=0,017 (Significativa).

DISCUSIÓN

En el trabajo de investigación se pudo encontrar que el 30,7 % de los 326 encuestados tenían una inadecuada alfabetización en salud (AS), mientras que el 69,3 % tenía un nivel suficiente en AS. Estos resultados guardan mucha similitud con las investigaciones de Rosas et al., quienes obtuvieron que el 36 % de los pacientes tenían un nivel inadecuado de alfabetización en salud⁽⁸⁾. En otros estudios se halló que entre el 34,4 % y el 43 % de los pacientes estudiados tenían un bajo grado de alfabetización en salud, lo cual difiere de la investigación de Deriaz et al., donde solo el 8 % de 300 pacientes encuestados tenían un nivel bajo^(17-9,21).

En 2 trabajos realizados en Argentina, el nivel de alfabetización en salud era inadecuado en un 30,1 % y en un 60,3 %^(24,25); mientras que, en Brasil, arrojó que el nivel inadecuado en alfabetización en salud era de un 66 % y 41,1 %^(15, 26). Finalmente, en un hospital de España, el 81,5 % de los encuestados tenía un nivel inadecuado de AS⁽¹⁴⁾.

Esto coloca a nuestra población en un nivel de alfabetización sanitaria similar a la mayoría de las poblaciones estudiadas en el Perú, pero con un nivel mayor a estas. Mientras que, con respecto a los trabajos internacionales evaluados, se observa que nuestra población tiene un nivel superior a la mayoría de la población extranjera evaluada.

No se encontró asociación significativa entre AS y las características sociodemográficas como: sexo, edad, grado de instrucción y nivel socioeconómico, donde se obtuvieron los siguientes valores: (sig. = 0,238), (sig. = 0,920), (sig. = 0,624) y (sig. = 0,687), respectivamente. Estos resultados dejan en evidencia que el nivel de AS es similar en hombres o mujeres de nuestra población,

así como en grupos de diferentes edades, con diferente grado de instrucción y nivel socioeconómico.

En otros estudios se pudo demostrar una asociación entre alfabetización sanitaria con el nivel de escolaridad y el ser adulto mayor. Según la bibliografía revisada, se halló que un bajo nivel de alfabetización en salud se encuentra asociado con el nivel de escolaridad⁽¹⁷⁾; se asoció la AS con características como ser "adulto mayor", "menor grado de instrucción", "tener cobertura SIS" y "menor número de veces que los pacientes acudieron a un establecimiento de salud en el último año"⁽¹⁸⁾; el bajo grado de instrucción se vio asociado con un bajo nivel en AS⁽¹⁹⁾; un nivel inadecuada en alfabetización sanitaria se asoció con ser adulto mayor, no tener trabajo y un bajo nivel de instrucción⁽²⁰⁾; se obtuvo una relación entre la AS con ser jefe de familia, tener pareja⁽⁸⁾. En el estudio de Huamaní Condori se evidenció asociación entre una alfabetización sanitaria inadecuada con ser adulto mayor, tener un bajo nivel de educación y tener una enfermedad crónica y aguda⁽²¹⁾.

En nuestro trabajo de investigación se tomó en cuenta tanto la adherencia al tratamiento farmacológico como no farmacológico, por lo tanto, para poder tomar a un paciente como adherente a su tratamiento tuvo que haber logrado adherencia a ambos. De acuerdo a lo mencionado en este trabajo, se encontró que tan solo el 25,2 % de los pacientes lograron adherencia al tratamiento, mientras que el 74,8 % no logró la adherencia al mismo. Se encontró que la adherencia al tratamiento no se asocia de manera significativa con el sexo (sig. = 0,304) ni con su grado de instrucción (sig. = 0,721). Por el contrario, dicha adherencia evidencia asociación significativa con la edad (sig. = 0,011) y con el nivel socioeconómico (sig. = 0,025). Los resultados muestran que los pacientes que tienen de 41 a 50 años y los que tienen de 61 años a más, son los más adherentes al tratamiento, según se deduce de las respuestas del 36,8 % y 28,1 %. Además, los pacientes que pertenecen al nivel socioeconómico E son los más adherentes; las cifras indican que el 31,7 %, de pacientes de este grupo son adherentes.

Con respecto a la adherencia al tratamiento farmacológico, se obtuvo que tan solo el 43,9 % de los pacientes tenían una buena adherencia, mientras que el 56,1 % no tenían buena adherencia al tratamiento farmacológico. En el estudio de Rosas et al., un 15 % de pacientes con hipertensión arterial tenían adherencia al tratamiento farmacológico⁽⁸⁾, mientras que en un estudio realizado en Chile hubo adherencia en el 58,8 % de pacientes con enfermedades crónicas⁽⁹⁾. Además, en nuestro trabajo se encontró que ni el sexo

(Sig. = 0,430), ni el grado de instrucción (Sig. = 0,336) se asocian de manera significativa con la adherencia al tratamiento farmacológico. Por el contrario, la edad y el nivel socioeconómico evidencian relación significativa con dicha adherencia.

En el caso de la edad (Sig = 0,025), los más adherentes al tratamiento farmacológico son los pacientes del grupo que tienen de 41 a 50 años y de los que tienen 61 años a más; en dichos grupos, las cifras de adherentes, 47,4 % y 47,8 %, son muy superiores a los pacientes de los otros grupos etarios. En el caso del nivel socioeconómico (sig. = 0,046), los más adherentes a este tipo de tratamiento son los que pertenecen al nivel socioeconómico D y E, según se evidencia en las respuestas del 47,5 % y 47,6 %. Al evaluar dicha asociación, Rosas et al., no pudieron demostrar una relación entre el grado de adherencia al tratamiento y las características sociodemográficas⁽⁸⁾.

La literatura ha descrito que la edad, el poseer algún tipo de seguro y tener un mayor grado de instrucción, se encuentran asociadas a una mayor adherencia al tratamiento farmacológico⁽²⁷⁾, lo cual difiere de lo encontrado en nuestro trabajo, donde el grado de instrucción no se asocia con un mayor nivel de adherencia al tratamiento farmacológico. Además, se ha demostrado que otras razones como los efectos adversos del fármaco pueden ser la causa del incumplimiento del tratamiento farmacológico⁽²⁸⁾. Dentro del cuestionario Morisky- Green" utilizado en nuestro trabajo, en el ítem 4 ("Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?"), se halló que hasta el 30,1 % de los pacientes dejaban de tomar el medicamento por algún efecto adverso de este. Otra razón por la que no se logra una buena adherencia al tratamiento farmacológico es la relacionada con el personal sanitario, por falta de tiempo en la comunicación médico-paciente, junto con dificultades en la comunicación entre ambos⁽²⁸⁾.

Al hablar de la adherencia no farmacológica, en nuestra población el 49,7 % tenían buena adherencia al tratamiento no farmacológico, mientras que el 50,3 % no tuvo buena adherencia al tratamiento. No se encontró asociación entre las características sociodemográficas y el tratamiento no farmacológico: sexo (sig. = 0,067), edad (sig. = 0,180), grado de instrucción (sig. = 0,263) y nivel socioeconómico (sig. = 0,199).

Por último, se encontró una asociación entre el nivel de alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento (farmacológico y no farmacológico) (sig. = 0,011) y se encontró que la cifra de adherentes que cuentan con una alfabetización suficiente, 29,2 %, es más alta que los que tienen una alfabetización inadecuada, que suma

16 %. Este resultado sugiere que, a mayor alfabetización en salud mayor adherencia al tratamiento. Al evaluar la asociación entre la alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento no farmacológico, no se pudo comprobar una asociación significativa entre estas (sig. = 0,108).

Finalmente, se pudo demostrar una asociación entre la alfabetización en salud y la adherencia al tratamiento farmacológico (sig. = 0,017). En este caso, los más adherentes al tratamiento son los pacientes que evidencian una alfabetización sanitaria suficiente; en este grupo, el 48,2 % evidencia adherencia, mientras que la cifra para los que tienen una alfabetización inadecuada es del 34 %. Estos resultados difieren de otros estudios, donde no hubo asociación entre ambas variables. En otro estudio, los pacientes con un nivel de alfabetización sanitaria limitada tenían más probabilidades de olvidarse de tomar sus medicamentos⁽²⁸⁾. En el estudio que se realizó en la ciudad de Temuco también se demostró asociación entre dichas variables⁽⁹⁾. Por lo tanto, se puede concluir que hay una mejor adherencia al tratamiento farmacológico en aquellos pacientes con un mayor nivel de alfabetización sanitaria.

Se concluye que los pacientes con un mayor nivel de alfabetización en salud presentan una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de manera conjunta. Además, se demuestra que más del 50 % de los pacientes no lograron una buena adherencia al tratamiento.

Asimismo, se recomienda realizar nuevos estudios para determinar si la población de otros centros de salud se encuentra en la misma situación que la población estudiada, con el fin de tomar medidas oportunas y lograr una mejora en la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Health literacy. The solid facts. Regional Office for Europe: Copenhagen; 2013.
2. Organización Mundial de la Salud. Nombre del documento [Internet]; 2018 [Consultado 2018 Jun 1]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
3. OMS. "Organización Mundial de la Salud". [En línea]; 2017 [citado 2017 Sep. 18]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/18-09-2017-who-launches-new-ncds-progress-monitor>
4. Perú. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. Resultado Definitivos de los Censos Nacionales 2017 [Internet]. Lima: INEI; 2018 [Consultado 2022 Ene 21]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1544/
5. Perú. Dirección Regional de Salud Piura. Piura [Internet]. Piura: DIRESA; 2018 [Consultado 2018 Nov 21] Disponible en: <https://diresapiura.gob.pe/diresa-piura/9315-2/>
6. Ortega JJ, Sánchez D, Rodríguez ÓA, Ortega JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2018; 16(3).
7. Rosas G, Romero CA, Ramirez E, Málaga G. El grado de alfabetización en salud y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en un hospital nacional de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019; 36(2): 214-221.
8. Figueroa CS, Otzen T, Figueroa V, Candia J. Alfabetización en salud y adherencia farmacológica en adultos mayores con enfermedades crónicas, de la ciudad de Temuco. *Rev Med Chile*. 2020 Mayo; 148(653-656).
9. Kickbusch I, Maag D. Health Literacy. En: Heggenhougen K, Quah S, editores. *International Encyclopedia of Public Health*. San Diego: Academic Press; 2008. pp. 204-11.
10. Montesi M. Alfabetización en salud: revisión narrativa e interdisciplinaria de la literatura publicada en biomedicina y en biblioteconomía y documentación. *Rev Cub de Inf en Cienc Salud*. 2017 jul- set; 28(3).
11. Sørensen K, Pelikan J, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *EUPHA*. 2015 Dic; 25(6): 1053-1058.
12. Nolasco A, Barona C, Tamayo-Fonseca N, Irlés MÁ, Más R, Tuells J, et al. Alfabetización en salud: propiedades psicométricas del cuestionario HLS-EU-Q16. *Gac Sanit*. 2018; 32(6).
13. Fernández MJ, Alonso A, González E, Gestal JJ, Díaz GJ. Alfabetización en salud en pacientes con diabetes tipo 2: un estudio transversal con el cuestionario HLS-EU-Q47. *SEMERGEN*. 2019; 45(1): 30-36.
14. Lopes I, Pinto M, Barbosa Lopes C, Batista A, Vancini Campanharo R. Alfabetización en salud y adherencia al tratamiento para pacientes con insuficiencia cardíaca. *Rev Esc Enferm USP*. 2019 Jul; 53: e03447.
15. Radax JF, Mora Verdugo MA, Salgado Castillo CM. Estudio Transversal: Alfabetización de Salud en Once Parroquias Bajo la Lupa, Cuenca - Ecuador, 2016. *Rev Med HJCA*. 2018; 10(3): 220-227.
16. Vílchez R, Quiliano R, Canales N, Solano Ch. Factores Demográficos Asociados con el Conocimiento Sobre Salud en una Muestra de Mujeres de la Ciudad de Lima (Perú) en 2008: Resultados del Cuestionario SAHLSA-50. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol*. 2009; 60(3): 223-229.
17. Macha LF, Samanamú AE, Rodríguez DC. Alfabetización sanitaria y factores relacionados en pacientes que acuden a consulta externa de Medicina Interna en un Hospital Nacional en Lima, Perú. *Revista de Salud Pública*. 2017; 19(5): 679-685.
18. Deriaz J, Fernández D. Alfabetización sanitaria: evaluación del conocimiento y comprensión sobre temas de salud mediante un instrumento validado y factores relacionados en pacientes que acuden a consulta externa en una clínica privada en Lima Perú 2017 [Tesis para obtener el grado de bachiller en Medicina Humana]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima; 2017 Nacionales 2017 [Internet]. Lima: INEI; 2018 [Consultado 2022 Ene 23]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/935>

19. Hidalgo Cruz I, Valero Delgado. Alfabetización sanitaria evaluada mediante un instrumento validado y factores relacionados en pacientes hospitalizados en los servicios de Medicina Interna en un Hospital Nacional en Lima-Perú 2018. Tesis para obtener el grado de Bachiller en Medicina Humana. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima; 2018. Pendiente publicación. [Consultado 2022 Ene 24] Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/1463>
20. Huamaní Condori XP. Nivel de Alfabetización Sanitaria en Pacientes Hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – 2019. Tesis Para optar el Título Profesional de Médica Cirujana. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2019. Pendiente publicación. [Consultado 2022 Ene 24] Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/8710>
21. Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados. Niveles Socioeconómicos 2018 [Internet]. Lima; 2018 [Consultado 2022 Feb 22]. Disponible en: <http://apeim.com.pe/informes-nse-antteriores/>
22. Manzini JL. Declaración de helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta bioeth. 2000 Dic; 6(2).
23. Konfino J, Mejia R, Majdalini M, Perez E. Alfabetización en salud en pacientes que asisten a un hospital universitario. Medicina. Buenos Aires, 2009; 69(6): 631-34.
24. Ariza A, Lanteri ME, Cícero CY, Pérez A, Puchulu FM, Mejía R. Health literacy and diabetes control in patients attending a university outpatient clinic in Argentina. Medicina (B Aires). 2017; 77(3): 167-172. 2017.
25. Apolinario D, Braga R, De Castro M, Regina Miksian, Busse, Alexandre Leopold, Campora, Flavia, Brucki, Sonia, & Lee, Shouu-Yih Daniel. (2012). Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults. Rev Saúde Pública, 46(4), 702-711. Epub July 10, 2012. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000047>
26. Mathes T, Jaschinski T, Pieper D. Adherence influencing factors - a systematic review of systematic reviews. Arch Public Health. 2014; 72(1): 37. doi: 10.1186/2049-3258-72-37
27. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria. 2009 May; 41(6).
28. Mayo T, Mouton C. Examining the Association Between Health Literacy and Medication Adherence Among Older Adults. Health Commun. 2018 Sep; 33(9). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28636404/>