

ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y NECESIDADES FORMATIVAS PERCIBIDAS POR ADOLESCENTES EN UN ÁREA DE ASTURIAS, UN ESTUDIO TRANSVERSAL

Cristina García Martínez (1), M^a de Fátima Ramos Martín (1) y Patricio Suárez Gil (2)

(1) Centro de Salud El Llano. Gijón. España.

(2) Plataforma Bioestadística y Epidemiología. Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias. Oviedo. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

RESUMEN

Fundamentos: A la vista de los resultados desfavorables del Proyecto HLS-EU en España y, dado que apenas hay estudios de Alfabetización en Salud (AES) en adolescentes, se planteó como objetivo principal determinar el grado de AES tras la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y las necesidades formativas percibidas en Educación para la Salud (EpS).

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal con estudiantes de 1^o de Bachillerato durante el curso 2018/2019 en el Área Sanitaria V (Asturias). El muestreo fue equiprobabilístico, por conglomerados monoetápico, seleccionando 12 aulas, con 323 alumnos. Se empleó el cuestionario validado HLS-EU-Q16 para medir la AES, así como uno de elaboración propia sobre necesidades formativas, validado por la Consejería de Educación y Cultura. Se realizó un análisis descriptivo y de inferencia bayesiana en R 3.5.2.

Resultados: Se estudiaron 206 sujetos. La AES resultó suficiente en el 55,8%, problemática en el 40,3% e inadecuada en el 3,9%. Un 98,6% consideró necesaria la formación en EpS, prefiriendo talleres y charlas puntuales (58,7%). La AES únicamente mostró relación con la salud autopercebida, y no con el sexo, el nivel de estudios de padres/madres/tutores o haber recibido EpS.

Conclusiones: Casi la mitad de adolescentes obtuvieron una AES problemática o inadecuada, que se relaciona, según la evidencia, con conductas de riesgo para la salud y peor uso de los recursos sanitarios. Haber recibido EpS no se asoció a una mejor AES, lo que sugiere que las necesidades en EpS no están cubiertas actualmente.

Palabras clave: Alfabetización en salud, Educación en salud, Adolescente, Promoción de la salud.

ABSTRACT

Health literacy and educational necessities perceived by adolescents in an area of Asturias, a cross-sectional study

Background: In view of the unfavourable results of the HLS-EU Project in Spain and given that there are hardly any studies about health literacy (HL) in adolescents, it was proposed as main objective to determine the degree of HL of adolescents after Obligatory Secondary Education (OSE) and the educational necessities which they perceive in Health Education (HE).

Methods: Observational descriptive cross-sectional study with students in their first year of Upper Secondary Education for the academic year 2018/2019 from Healthcare Area V (Asturias). It was an equi-probabilistic one-stage cluster sampling, selecting 12 classrooms with 323 students. The HLS-EU-Q16 questionnaire was used to measure the HL and a self-designed one about educational necessities, which was validated by the Regional Ministry of Education and Culture. A descriptive and Bayesian inference analysis was performed in R 3.5.2.

Results: 206 individuals were studied. HL proved sufficient in 55.8%, problematic in 40.3% and inadequate in 3.9%. A 98.6% considered training in HE necessary, preferring workshops and one-time talks (58.7%). HL only showed relation with self-perceived health, and not with sex, mothers'/fathers'/guardians' educational level nor having received HE.

Conclusions: Almost half of adolescents got problematic or inadequate HL, which relates with health risk behaviours and worse use of health resources, according to the evidence. Having received HE did not associated with better HL, which suggests that currently their educational necessities are not covered.

Key words: Health literacy, Health education, Adolescent, Health promotion.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la “*Alfabetización en Salud*” (AES) como “*las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud*”. Otra definición que expresa la amplitud de este concepto es la de Sorensen: “*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*”. La AES constituye un elemento crucial en el empoderamiento de las personas y un importante determinante de salud modificable⁽¹⁻⁴⁾.

A pesar de ser utilizados en ocasiones como sinónimos, la AES es un concepto más amplio que la Educación para la Salud (EpS), ya que implica la capacitación, adquisición de conocimientos y habilidades provenientes de esta, además de la autonomía para aplicarlos y personalizarlos. Así pues, la EpS es una herramienta para mejorar la AES⁽¹⁾.

Diversas instituciones internacionales consideran que los centros educativos son un escenario idóneo para mejorar la AES a través de la EpS^(5,6).

Determinar el nivel de AES sirve para identificar aquellas áreas o grupos en los que es necesario mejorarla, así como para valorar el efecto de las intervenciones realizadas en una determinada población. El Proyecto de la *Encuesta Europea de Alfabetización en Salud* (abreviado HLS-EU en inglés) surgió con el objetivo de medir y analizar la AES de la población europea. Participaron ocho países entre los años

2009 y 2012. La AES medida en este estudio fue inadecuada en el 12,4% y problemática en un 35,2% de los europeos. España resultó ser uno de los países con menor alfabetización inadecuada (7,5%). Sin embargo, fue el país con mayor presencia de alfabetización problemática (50,8%)^(2,4,7).

A la vista de los resultados del Proyecto HLS-EU en España y la escasez de estudios de alfabetización en adolescentes, se planteó como objetivo principal determinar el grado de AES de los adolescentes tras la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y las necesidades formativas percibidas en EpS. Los objetivos específicos fueron: distinguir los factores que influyen en la AES, describir las fuentes de información utilizadas, conocer la opinión sobre la EpS recibida, identificar el método didáctico que consideran más adecuado y estudiar la aceptación que tendría incluir una asignatura de EpS en la ESO.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo y transversal, con estudiantes matriculados en 1º de Bachillerato durante el curso 2018/2019 en el Área Sanitaria V de Asturias (Gijón, Carreño y Villaviciosa). La recogida de datos se realizó durante el último trimestre de 2018, en horario de tutoría bajo supervisión de una investigadora, y el análisis y redacción de los resultados en el primer trimestre de 2019.

La muestra se obtuvo a partir de una base de datos aportada por la Consejería de Educación y Cultura con la relación de aulas de 1º de Bachillerato de los tres concejos a estudio. El muestreo fue equiprobabilístico, por conglomerados monoetápico, utilizando el aula como unidad de aleatorización. Se seleccionaron 12 aulas (323 alumnos/as) de las 70 existentes, distribuidas en 9 centros educativos. El tamaño muestral se determinó en base a criterios de

factibilidad y a los recursos disponibles (principalmente número de investigadores y tiempo).

Fueron excluidos quienes no aportaron el consentimiento firmado, tanto por ellos como por sus padres/madres/tutores legales, así como los que no cumplieron correctamente las preguntas correspondientes a las variables principales del estudio: alfabetización en salud (mínimo 14 ítems de 16) y necesidades formativas percibidas.

Se utilizó un cuestionario ad hoc autoadministrado, que incluía el cuestionario validado HLS-EU-Q16^(8,9), variables sociodemográficas (edad, sexo, nacionalidad española, nivel máximo de estudios padres/madres/tutores) y preguntas de elaboración propia (salud autopercibida, fuentes de información, EpS previa, necesidades formativas percibidas, formadores en EpS, método didáctico, inclusión de asignatura de EpS). Además, se dio opción a justificar la selección en la variable formadores, así como a añadir cualquier aclaración o comentario que considerasen oportuno.

El HLS-EU-Q16 es la versión corta del HLS-EU-Q47^(2,10), y se utiliza para determinar el grado de alfabetización a partir de los 15 años de edad. Consta de 16 ítems en los que se pregunta el grado de dificultad que encuentran para realizar una tarea concreta, mediante una escala Likert con cuatro categorías: “*Muy difícil*”, “*Difícil*”, “*Fácil*” y “*Muy fácil*”. Los ítems 1-7 evalúan la dimensión “*Atención y cuidado sanitario*”, 8-12 “*Prevención de enfermedades*” y 13-16 “*Promoción de la salud*”. Para calcular el grado de alfabetización, se puntuaron como 0 las categorías “*Muy difícil*” y “*Difícil*”, y como 1 las categorías “*Fácil*” y “*Muy fácil*”. Por tanto, los valores de esta variable estuvieron comprendidos entre 0 y 16 puntos. A partir de la puntuación total, se clasificó a los individuos en las siguientes categorías: alfabetización inadecuada

(0-8 puntos), problemática (9-12 puntos) y suficiente (13-16 puntos).

Las necesidades formativas percibidas se exploraron mediante una escala Likert de cuatro niveles, desde “*nada necesario*” a “*muy necesario*”.

El contenido y la comprensibilidad de las preguntas del cuestionario fueron validados por expertos en diseño y construcción de pruebas y cuestionarios de evaluación educativa de la Consejería de Educación y Cultura, de forma independiente y con el método de doble ciego.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables, así como un análisis mediante inferencia bayesiana, que es un paradigma de análisis estadístico contrapuesto y alternativo al clásico. En él se consideran los parámetros poblacionales como variables aleatorias que tienen su distribución de probabilidad a priori (que refleja el conocimiento o incertidumbre acerca de su valor antes de observar los datos). El producto -vía Teorema de Bayes- de la distribución a priori y la verosimilitud da lugar a la distribución a posteriori que refleja el conocimiento que se tiene del parámetro después de realizar el estudio. Por tanto, puede haber dos fuentes de conocimiento: el previo y el que procede de los datos. A diferencia del modelo clásico, permite incorporar de una manera formal el conocimiento existente a un estudio concreto, así como hacer afirmaciones sobre la probabilidad de los parámetros o de las hipótesis^(11,12).

Por otra parte, se analizó la información que aportaron en texto libre.

Se construyó un modelo de regresión lineal múltiple para la variable de “*alfabetización en salud*” (puntuación total en el HLS), y de regresión logística para las variables dependientes de “*necesidades formativas percibidas*” e “*inclusión asignatura de EpS*”, en ambos

casos a partir de distribuciones previas no informativas para los coeficientes. Se estimaron los coeficientes de regresión lineal múltiple para el primer modelo y la *odds ratio* (OR) para los modelos logísticos, con sus intervalos de credibilidad del 95% (ICred 95%). Estos representan la alternativa bayesiana a los intervalos de confianza clásicos y presentan la ventaja de poder ser interpretados directamente en términos probabilísticos, es decir, representan el rango de valores entre los que se encuentra el parámetro con probabilidad del 95%. El análisis se llevó a cabo mediante JAGS (*JustAnotherGibbsSampler*) en R 3.5.2.

Previo al análisis de los modelos, se transformaron algunas variables, eliminando categorías que en el análisis previo no mostraron diferencias estadísticamente relevantes con el resto de categorías de la misma variable y cuya elección fue baja. Se eliminó la categoría “mala” de la variable “salud autopercibida”, así como las categorías “nada necesario” y “poco necesario” de la variable necesidades formativas percibidas.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Principado de Asturias y por la Gerencia del Área Sanitaria V. Asimismo, se incluyó en el catálogo de proyectos de investigación autorizados por la Consejería de Educación y Cultura para el curso académico 2018/2019.

RESULTADOS

Finalmente, participaron en el estudio 206 sujetos, el 63,8% de la muestra (figura 1). Sus principales características se recogen en la tabla 1. La edad media fue de 16 años (DE=0,5), el 57,8% fueron mujeres y el 41,3% hombres. Uno de los 9 centros fue de titularidad privada (19,9% del alumnado). El nivel de estudios máximo alcanzado por los padres/madres/tutores se distribuyó de la siguiente forma: el 1,5%

sin estudios, el 11,7% con estudios obligatorios, el 21,8% postobligatorios y el 64,6% superiores. El 3,4% identificó su salud como mala mientras que el 64,6% y el 32% como buena y muy buena respectivamente. En cuanto a las fuentes de información sobre salud, Internet fue la más utilizada (86,9%), seguida por la familia (64,1%), profesionales sanitarios (51,1%), otros medios de comunicación como televisión, revistas o prensa (31,1%), amistades (21,8%) y profesorado (12,1%).

En el HLS-EU-Q16 se obtuvo una puntuación media de 12,55 (DE=2), con una puntuación mínima de 6 y máxima de 16, y una mediana de 13. La distribución de la puntuación se observa en la figura 2. La puntuación más alta se alcanzó en la dimensión “Promoción de la salud”, cuya media fue de 3,4 (DE=0,8) sobre una puntuación máxima de 4; seguido de “Atención y cuidado sanitario” con 5,7 puntos sobre 7 (DE=1) y “Prevención de enfermedades” con 3,5 puntos sobre 5 (DE=1). Los dos ítems en los que se obtuvo una mayor puntuación, es decir, se consideraron las cuestiones más fáciles, fueron “seguir las instrucciones de tu médico/a, enfermero/a o farmacéutico/a” con una media de 0,98 (DE=0,16) y “averiguar dónde conseguir ayuda profesional cuando te encuentras enfermo” (0,97; DE=0,17). Por el contrario, los dos ítems con menor puntuación fueron “valorar cuándo puedes necesitar una segunda opinión de otro/a profesional sanitario” con media de 0,44 (DE=0,50) y “encontrar información sobre la manera de abordar problemas de salud mental como el estrés o la depresión” (0,46; DE=0,50).

Un 3,9% tuvieron una AES inadecuada, un 40,3% problemática y un 55,8% suficiente.

La mayoría refirieron haber recibido EpS anteriormente (89,8%) y la consideraron útil o muy útil el 72,8%, frente a un 16% que la valoraron como nada o poco útil. La necesidad de

Figura 1
Participación en el estudio.

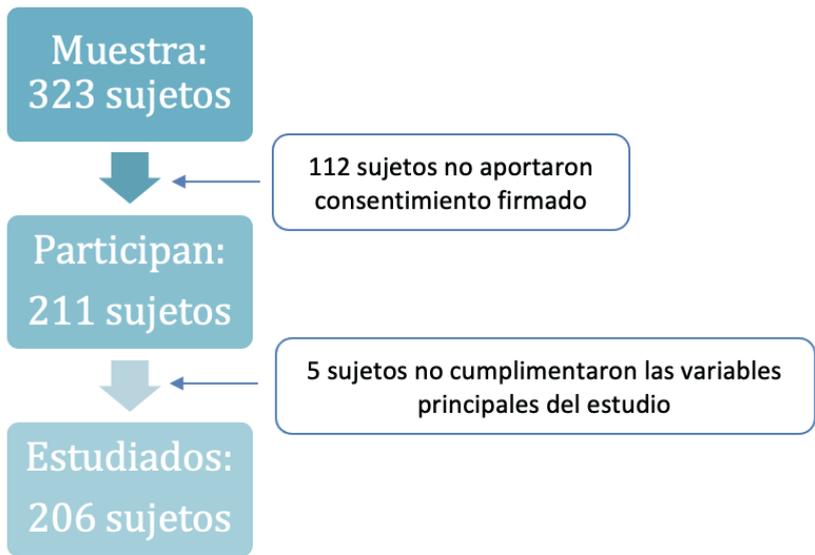


Figura 2
Grado de Alfabetización en Salud.

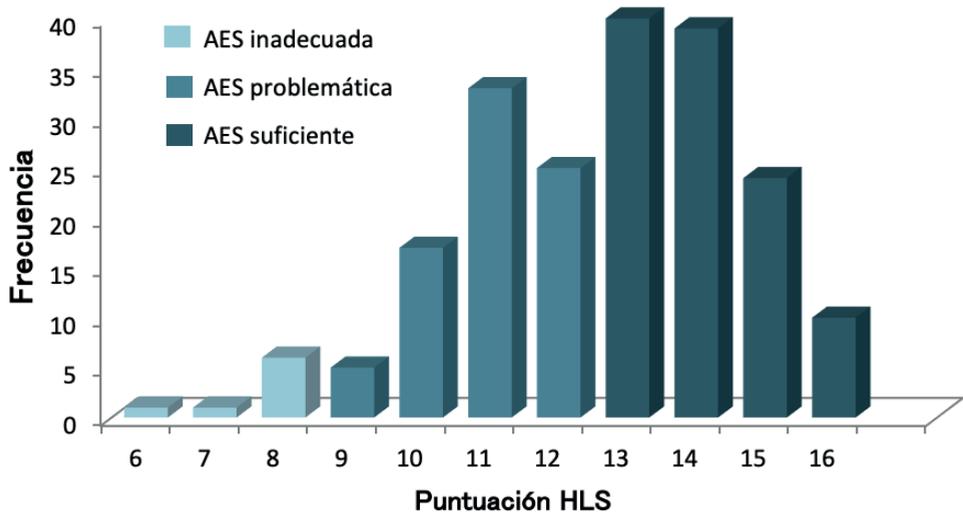


Tabla 1
Análisis univariante.

Variables		Descripción ^(a)
Edad (años)		16 (DE=0,5)
Sexo	Mujer	119 (57,8%)
	Hombre	85 (41,3%)
Titularidad centro educativo	Pública	165 (80,1%)
	Privada	41 (19,9%)
Nacionalidad española		198 (96,1%)
Nivel máximo de estudios de padres/madres/tutores	Sin estudios	3 (1,5%)
	Estudios obligatorios	24 (11,7%)
	Estudios postobligatorios	45 (21,8%)
	Estudios superiores	133 (64,6%)
Salud autopercibida	Muy mala	0 (0%)
	Mala	7 (3,4%)
	Buena	133 (64,6%)
	Muy buena	66 (32%)
Fuentes de información	Internet	179 (86,9%)
	Otros medios de comunicación	64 (31,1%)
	Familia	132 (64,1%)
	Amigos/as	45 (21,8%)
	Profesorado	25 (12,1%)
	Profesionales sanitarios	106 (51,5%)
HLS-EU-Q16 total		12,55 (DE=2)
AES categorizada	Inadecuada	8 (3,9%)
	Problemática	83 (40,3%)
	Suficiente	115 (55,8%)
EpS previa		185 (89,8%)
Utilidad EpS previa	Nada útil	8 (3,95%)
	Poco útil	25 (12,1%)
	Útil	123 (58,7%)
	Muy útil	29 (14,1%)
Necesidad formativa percibida	Nada necesario	2 (1%)
	Poco necesario	1 (0,5%)
	Necesario	58 (28,2%)
	Muy necesario	145 (70,4%)
Preferencia formador EpS	Familia	45 (21,8%)
	Profesorado	48 (23,3%)
	Personal sanitario	190 (92,2%)
Preferencia método EpS	Asignatura	63 (30,6%)
	Talleres/charlas	121 (58,7%)
	Inclusión en otras asignaturas	16 (7,8%)
Inclusión asignatura EpS	Muy en desacuerdo	9 (4,4%)
	En desacuerdo	40 (19,45%)
	De acuerdo	93 (45,1%)
	Muy de acuerdo	64 (31,1%)

(a) Las variables cualitativas se describen mediante frecuencias absolutas y porcentajes; las variables cuantitativas mediante media y desviación estándar (DE). EpS: educación para la salud; AES: alfabetización en salud.

recibir EpS se detalla en la **figura 3**. Pudiendo seleccionar varios formadores en EpS, el 92,2% eligió al personal sanitario, un 23,3% al profesorado y un 21,8% a su familia. Los principales motivos que les llevaron a elegir al personal sanitario fueron su cualificación, fiabilidad y ser personas ajenas al entorno. Por otra parte, a la familia la consideraron más cercana, de confianza y que puede aportar consejos en base a su experiencia.

“Que un personal sanitario me informe me hace comprender mejor que un profesor o mi familia”. “Porque es un grupo preparado. La familia y el profesorado puede equivocarse al dar consejos relacionados con la salud”. “Porque te pueden dar consejos mucho más fiables y efectivos”.

“Creo que los familiares te pueden aconsejar de una forma más personal y subjetiva, y el personal sanitario de forma objetiva”.

“Son personas cercanas a las que puedo acudir si necesito algo. Me dan confianza”.

El método preferido para recibir EpS fue la impartición de talleres y charlas puntuales (58,7%), seguido de una asignatura específica (30,6%) y la inclusión de contenidos en otras asignaturas (7,8%). Por otra parte, el 76,2% estuvo de acuerdo o muy de acuerdo en incluir una asignatura de EpS en la ESO como se aprecia en la **figura 4**.

En el modelo de regresión lineal múltiple de “alfabetización en salud” (**tabla 2**) solo se encontró relación con la salud autopercebida modificada. Tener muy buena salud respecto a tenerla buena aumentó en promedio 0,80 puntos el grado de AES [ICred 95%: 0,18; 1,42].

Con la variable “necesidades formativas percibidas” se elaboró un modelo de regresión logística (**tabla 3**). Mostró asociación con las

Figura 3
Necesidades formativas percibidas.

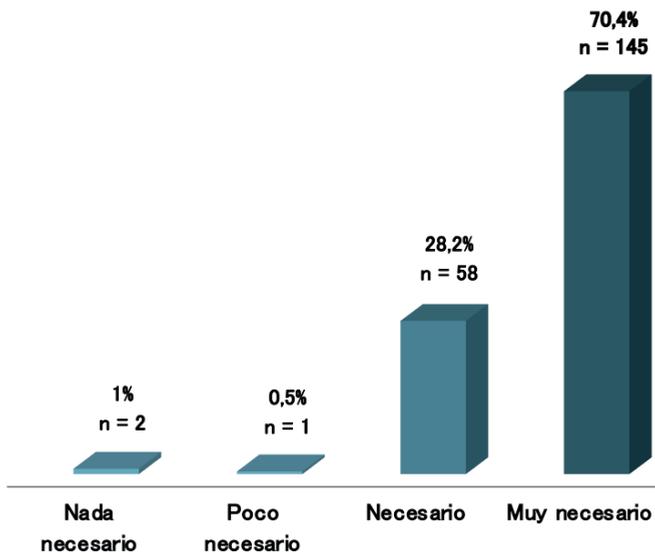


Figura 4
Inclusión de una asignatura específica de EpS.

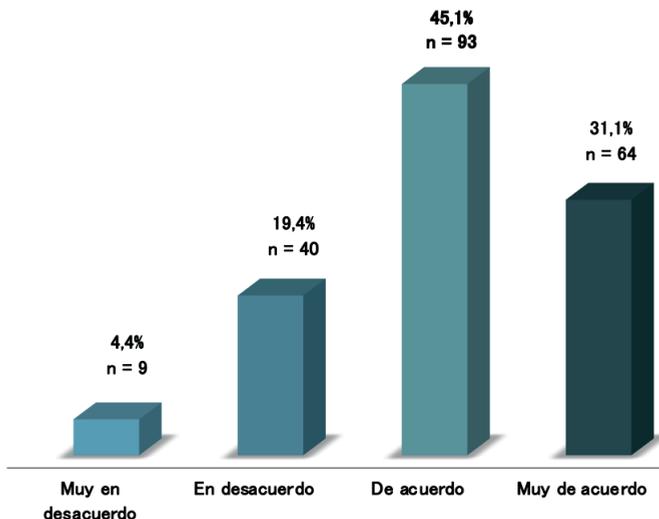


Tabla 2
Regresión lineal múltiple de la variable “alfabetización en salud”.

Variables		Coefficiente de regresión lineal múltiple	ICred 95%
Sexo	Hombre	-0,02	[-0,60; 0,56]
	Mujer		
EpS previa	Sí	-0,02	[-1,08; 1,06]
	No		
Nivel máximo de estudios de padres/madres/tutores	Superiores	-0,23	[-0,86; 0,40]
	Sin estudios, obligatorios y postobligatorios		
Salud autopercebida modificada	Muy buena	-0,80	[-1,42; -0,18]
	Buena		
Titularidad centro educativo	Pública	0,55	[-0,22; 1,32]
	Privada		
Fuentes de información (Uso respecto a no uso de cada una)	Internet	0,46	[-0,39; 1,31]
	Otros medios de comunicación	-0,19	[-0,84; 0,46]
	Familia	-0,001	[-0,62; 0,62]
	Amigos/as	0,05	[-0,65; 0,73]
	Profesorado	0,49	[-0,39; 1,38]
	Profesionales sanitarios	-0,22	[-0,80; 0,36]

El coeficiente de regresión lineal múltiple se encuentra junto a la categoría de referencia, siendo resultado de la comparación de ésta con las demás categorías de la variable; ICred 95%: intervalo de credibilidad al 95%; EpS: educación para la salud.

Tabla 3 Regresión logística de la variable “necesidades formativas percibidas”				
Variables		OR (media posterior)	ICred 95%	Probabilidad posterior OR >1 (%)
Sexo	Hombre	0,60	[0,29; 1,11]	4,8
	Mujer			
EpS previa	Sí	4,89	[1,32;13,52]	99,2
	No			
Nivel máximo de estudios de padres/madres/tutores	Superiores	0,43	[0,18; 0,85]	0,7
	Sin estudios, obligatorios y postobligatorios			
Salud autopercibida modificada	Muy buena	0,37	[0,15; 0,75]	0,3
	Buena			
HLS-EU-Q16 total		0,85	[0,72; 1,01]	3
Titularidad centro educativo	Pública	1,04	[0,39; 2,19]	45,8
	Privada			

El OR se encuentra junto a la categoría de referencia, siendo resultado de la comparación de ésta con las demás categorías de la variable; ICred 95%: intervalo de credibilidad al 95%; OR: *odds ratio*; EpS: educación para la salud.

Tabla 4 Regresión logística de la variable “aceptación de incluir una asignatura de EpS”.				
Variables		OR (media posterior)	ICred 95%	Probabilidad posterior OR >1 (%)
Necesidad formativa percibida	Muy necesario	3,20	[1,49; 6,10]	99,9
	Necesario			
Titularidad centro educativo	Pública	0,49	[0,15; 1,13]	4,4
	Privada			
Sexo	Hombre	0,55	[0,25; 1,04]	3,1
	Mujer			
Salud autopercibida modificada	Muy buena	1,00	[0,44; 1,92]	43,6
	Buena			
HLS-EU-Q16		0,95	[0,79; 1,13]	27,5

El OR se encuentra junto a la categoría de referencia, siendo resultado de la comparación de ésta con las demás categorías de la variable; ICred 95%: intervalo de credibilidad al 95%; OR: *odds ratio*; EpS: educación para la salud.

variables: “sexo”, “EpS previa”, “nivel máximo de estudios de padres/madres/tutores” y “salud autopercebida”.

En cuanto al sexo, con un 95,2% de probabilidad, ser hombre disminuyó la percepción de necesidad de formarse en EpS [OR=0,60, ICred 95%: 0,29; 1,11].

Haber recibido EpS previa influyó positivamente, con un 99,2% de probabilidad, en la necesidad percibida de esta formación [OR=4,89, ICred 95%: 1,32; 13,52].

En relación al nivel máximo de estudios de los padres/madres/tutores, que estos tuvieran estudios superiores (universitarios o Formación Profesional Grado Superior) respecto a no tenerlos o que fueran obligatorios o postobligatorios, disminuyó la necesidad percibida, con una probabilidad del 99,3%, [OR=0,43, ICred 95%: 0,18; 0,85].

Por otro lado, con una probabilidad del 99,7%, identificar su salud como “muy buena” frente a “buena” afectó negativamente a la necesidad percibida [OR=0,37, ICred 95%: 0,15; 0,75].

Con la variable “inclusión asignatura de EpS” se elaboró también un modelo de regresión logística (tabla 4), mostrando relación con las variables “sexo”, “titularidad del centro educativo” y “necesidades formativas percibidas”.

Con un 96,9% de probabilidad, ser hombre disminuyó la probabilidad de estar de acuerdo o muy de acuerdo con incluir una asignatura sobre EpS [OR=0,58, ICred 95%: 0,25; 1,04].

La pertenencia a un centro educativo público tuvo un efecto negativo sobre la aceptación de la asignatura, con una probabilidad del 95,6% [OR=0,49, ICred 95%: 0,15; 1,13].

Considerar la EpS muy necesaria respecto a necesaria aumentó, con una probabilidad del 99,9%, la conformidad con implantar la asignatura [OR=3,20, ICred 95%: 1,49; 6,10].

DISCUSIÓN

El grado de AES fue suficiente en poco más de la mitad de la muestra (55,8%) y se relacionó solamente con la salud autopercebida, de forma que una mejor autopercepción de la misma, supuso un mayor grado de alfabetización. Casi la totalidad consideró necesaria o muy necesaria la formación en EpS. Esta necesidad fue percibida en menor medida por hombres, quienes tenían padres/madres/tutores con estudios superiores, manifestaban mejor salud autopercebida o no habían recibido EpS previamente.

En la *Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana* del 2016, la AES fue suficiente en el 87,2% de la población, superando incluso el 90% si nos referimos al grupo de edad comprendido entre los 15 y 24 años⁽¹³⁾. A pesar de haber sido utilizado en ambos casos el HLS-EU-Q sobre poblaciones de edades similares, la diferencia de resultados es notoria.

Cabe señalar que en este estudio, el 44,2% tuvo una AES problemática o inadecuada, en línea con los resultados europeos del HLS-EU-Q (47,6%). Este dato es inferior al alcanzado por España en dicho proyecto (58,3%)^(2,7). El hecho de que el HLS-EU-Q se haya realizado sobre población general y que diversos estudios apunten a que la AES disminuye con la edad^(2,7,13), podría justificar, al menos en parte, las diferencias observadas.

Resulta preocupante que casi la mitad de adolescentes estudiados hayan obtenido una AES problemática o inadecuada, ya que existe

evidencia de su relación con conductas de riesgo para la salud. También se ha demostrado que una baja AES implica un mayor y peor uso de los recursos sanitarios, lo que conlleva a su vez un mayor coste económico⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

En cuanto a las dimensiones, se obtuvieron las puntuaciones más altas en “*Promoción de la salud*”, seguido de “*Atención y cuidado sanitario*” y “*Prevención de enfermedades*”. Por el contrario, en el HLS-EU-Q la población española recogió la media más baja en la dimensión “*Promoción de la salud*”⁽²⁾.

En concordancia con otros estudios^(2,7,13,17-19) se demostró que existe una relación positiva entre la AES y la salud autopercebida. La mayoría identificó su salud como buena o muy buena, acorde a la bibliografía revisada tanto a nivel nacional como autonómico^(2,20,21). Por otro lado, la influencia del sexo en la AES no es clara. Existen estudios que sí han demostrado su relación^(7,13), mientras que otros, como este, no muestran diferencias^(2,22).

Cabe destacar que haber recibido EpS previamente no aumentó la AES del alumnado. Sorprende que la mayoría del alumnado hubiera afirmado recibir EpS, ya que la implantación de los programas de EpS en Asturias es baja y heterogénea⁽²³⁻²⁵⁾. Habría que tener en cuenta que la pregunta utilizada para explorar esta variable no evaluaba la calidad ni cantidad de la EpS, no pudiendo así discriminar entre quienes habían recibido programas estructurados y continuados en el tiempo y los/las que habían recibido EpS aislada. Aunque no se viera reflejado el efecto de la EpS recibida en la AES, la mayoría la consideraron útil o muy útil.

Independientemente de su grado de AES, casi la totalidad del alumnado consideró necesario o muy necesario recibir EpS. No se encontraron estudios que exploraran esta cuestión en adolescentes. Esta necesidad fue percibida

en mayor medida por las mujeres y quienes habían recibido EpS previa. Por el contrario, fue menor en quienes tenían una mejor autopercepción de salud y cuyos padres/madres/tutores tenían un mayor nivel de estudios.

Investigaciones previas sugieren que los adolescentes utilizan a su familia como principal fuente de información sobre temas de salud^(26,27). En el presente estudio, identificaron a la familia como fuente de información el 64,1%, siendo este dato ligeramente inferior al obtenido en otro, llevado a cabo en 2011 con adolescentes en Gijón (74,6%). La diferencia más llamativa encontrada entre ambos fue respecto al uso de Internet, que fue consultado por un 86,9% en este estudio, respecto a únicamente un 13,9% en el de 2011⁽²⁷⁾. Dicho cambio puede estar parcialmente motivado por el aumento del uso, contenido y accesibilidad a Internet. A pesar de no haber encontrado relación entre el grado de AES y las fuentes de información consultadas, un estudio previo demostró que una mayor AES facilita el aprovechamiento de la información disponible en Internet⁽²⁸⁾.

La mayoría de adolescentes estudiados prefieren recibir EpS por parte del personal sanitario respecto a otros formadores. No se encontraron otros estudios en los que se les pregunte sobre sus preferencias en este aspecto. No obstante, sí se exploró la opinión del profesorado y personal sanitario. En un proyecto de la Asociación Española Contra el Cáncer realizado con profesorado, el 65,1% consideraba a los sanitarios como los más idóneos⁽²⁹⁾. Otro estudio de la Comunidad Valenciana observó que este colectivo identifica a la familia y a los sanitarios como los responsables de la EpS, mientras que los sanitarios valoran que tiene que ser el profesorado⁽³⁰⁾. Las principales barreras identificadas por el profesorado para encargarse de la EpS son la falta de tiempo, cualificación, recursos y apoyo institucional^(29,31).

Respecto al método didáctico en EpS, resaltar que la opción menos elegida fue la inclusión de contenidos en otras asignaturas, aunque sea la metodología propuesta en la legislación vigente y en la que se basan varios proyectos de EpS desarrollados actualmente^(32,33).

A pesar de que menos de un tercio del alumnado optó por una asignatura como método de enseñanza en EpS, la mayoría estaba de acuerdo en incluirla en la ESO. Tal vez esta discrepancia se deba a que el concepto de asignatura está habitualmente relacionado con una actividad pasiva, teórica y sujeta a evaluación. En esta línea, algunos/as aclararon que el enfoque de la asignatura debería ser práctico, participativo y no evaluable, acorde con un estudio realizado en el País Vasco⁽³⁴⁾, en el que rechazaban un aprendizaje individual como la lectura y el estudio sistemático de un temario.

“Preferiría que fuese más práctica que teórica, ya que aprenderíamos más que memorizando datos. Tampoco que hubiese exámenes”.

Algunos países europeos han introducido una asignatura independiente de EpS dentro del plan de estudios (por ejemplo, Islandia, Finlandia o Irlanda). En Finlandia existe una asignatura impartida por profesorado especializado, que demostró en un estudio tener potencial para mejorar la AES y obtuvo una buena valoración por parte del alumnado⁽⁶⁾.

Pese a que los resultados del presente estudio indican que la inclusión de una asignatura específica tendría una buena aceptación y que este método puede, conforme a la evidencia, incrementar la AES⁽⁶⁾, su uso es novedoso y se encuentra poco extendido. En su lugar, en España, existen una gran variedad de programas en activo sobre EpS, segmentados y desvinculados

entre sí, habitualmente dedicados en exclusiva a un área de la promoción de la salud y estructurados en sesiones o charlas puntuales⁽³¹⁾.

Como limitaciones de este estudio, deben tenerse en cuenta las propias de un estudio transversal, como la imposibilidad de determinar el sentido de las asociaciones encontradas. Señalar que la AES se comparó con la EpS previa utilizando únicamente información autodeclarada por el alumnado. Al no disponer de datos actualizados sobre los programas de EpS recibidos a nivel individual ni por centros, no se pudo profundizar más en este aspecto. Al realizar el estudio con alumnado de 1º de Bachillerato se asumió la pérdida de quienes no continuaron sus estudios por esta vía. Por otro lado, no se estudiaron variables que podrían afectar a la AES, como el nivel socioeconómico o los hábitos de vida, por la complejidad de explorarlas en la población elegida y por la extensión del cuestionario.

Cabría esperar que los resultados fueran extrapolables a población de zonas urbanas con características similares dentro de la comunidad autónoma, sin poder generalizarlo al territorio nacional, debido a las diferencias tanto socioeconómicas como educativas.

El hecho de que la población a estudio fuera menor de edad y precisara, además de su consentimiento, el de padres/madres/tutores legales, pudo disminuir la participación.

Existen pocos estudios que, como este, hayan indagado en la opinión de quienes reciben EpS. A la hora de desarrollar intervenciones educativas, sería recomendable tener en cuenta las necesidades y prioridades del alumnado, para que estas sean efectivas y susciten interés, fomentando su participación activa en las mismas.

Aunque se conoce la importancia de la EpS y de la AES, así como sus repercusiones, hasta el momento la inclusión de estos contenidos en el currículum académico parece no haber recibido la atención oportuna y no cuenta con una regularización clara. Sería conveniente invertir esfuerzos en la mejora de la formación, reconociendo a la juventud como un colectivo activo y responsable de sus decisiones sobre temas de salud.

En conclusión, destaca que casi la mitad de adolescentes obtuvieron una AES problemática o inadecuada. Es un dato preocupante, ya que la evidencia relaciona bajos niveles de AES con conductas de riesgo para la salud y un peor uso de los recursos sanitarios. Haber recibido EpS previamente no mejoró la AES, lo que debería hacer reflexionar sobre la EpS que reciben, ya que parece no responder a sus necesidades. Desean ser formados por sanitarios con talleres y charlas puntuales, pero no descartan la inclusión de una asignatura específica.

AGRADECIMIENTOS

A los centros educativos y al alumnado, por su participación desinteresada en el estudio, así como a la Consejería de Educación y Cultura del Principado de Asturias por el apoyo mostrado.

BIBLIOGRAFÍA

- Basagoiti I. Alfabetización en salud. De la información a la acción [Internet]. Valencia: ITACA-TSB; 2012 [acceso 10 de febrero de 2018]. Disponible en: <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>
- Luna Ruíz-Cabello A. La alfabetización en salud de la población española: variables relacionadas según los resultados del Proyecto Europeo de Alfabetización en Salud [Tesis Doctoral]. Murcia: Digitum (Repositorio Institucional de la Universidad de Murcia); 2015.
- Juvinyà-Canal D, Bertran-Noguer C, Suñer-Soler R. Alfabetización para la salud, más que información. *GacSanit*. 2018; 32(1):8–10.
- Van der Heide I, Uiters E, Sorensen K, Rothlin F, Pelikan J, Rademakers J *et al*. Health literacy in Europe: the development and validation of health literacy prediction models. *European Journal of Public Health*. 2016; 1-6.
- Gavidia Catalán V. El Proyecto COMSAL (Competencias en Salud). En: Tirant Lo Blanch, editor. Los ocho ámbitos de la Educación para la Salud en la escuela. Valencia: Tirant Humanidades; 2016. p. 3-18.
- Aira T, Välimaa R, Paakkari L, Villberg J, Kannas L. Finnish pupils' perceptions of health education as a school subject. *GlobHealthPromot*. 2014; 21(3):6-18.
- Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J *et al*. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J PublicHealth*. 2015; 25(6):1053-1058.
- Nolasco A, Barona C, Tamayo-Fonseca N, Irlas MA, Más R, Tulles J *et al*. Alfabetización en salud: propiedades psicométricas del cuestionario HLS-EU-Q16. *GacSanit*. 2018. doi: 10.1016/j.gaceta.2018.08.006.
- Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, 2014. Measuring comprehensive health literacy in general populations: validation of instrument, indices and scales of the HLS-EU study. 6th Annual Health Literacy Research Conference. Bethesda, Maryland: Hyatt Regency. <http://www.bumc.bu.edu/healthliteracyconference/files/2014/06/Pelikan-et-al-HARC-2014-fin.pdf>
- Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z *et al*. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC PublicHealth*. 2013;13:948.
- Hervada Vidal X, NaveiraBarbeito G, Santiago Pérez MI, Mujica Lengua OJ, Vázquez Fernández E, Manrique

- Hernández R *et al*. Epidat 4: ayuda general. Análisis epidemiológico de datos. Versión 4.2.[Internet] España: Consellería de Sanidade (Xunta de Galicia), OPS-OMS y Universidad CES de Colombia; 2016. Disponible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/1890/Epidat4_Ayuda-general_Julio2016.pdf
12. Kruschke, JR. Doing Bayesian Data Analysis. A tutorial with R and Bugs. 1st Edition. AcademicPress; 2010.
13. Servicio de Planificación y Evaluación de Políticas de Salud. Encuesta de salud de la Comunitat Valenciana 2016. Principales resultados [Internet]. València: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; 2017 [acceso 16 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.sp.san.gva.es/DgspPortal/docs/ES_principalesResultados2018.pdf
14. Ran M, Peng L, Liu Q, Pender M, He F, Wang H. The association between quality of life (QOL) and health literacy among junio middle school students: a cross-sectional study. BMC PublicHealth. 2018; 18:1183.
15. Vandenbosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, Avalosse H, Verniest R, Callens M. Health literacy an the use of healthcare services in Belgium. J EpidemiolCommunityHealth. 2016;70:1032–1038.
16. Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos JE. Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. J Adolesc. 2018; 62:116-1127.
17. Sukys S, Cesnaitiene VJ, Ossowsky ZM. Is Health Education at University Associated with Students' Health Literacy? Evidence from Cross-Sectional Study Applying HLS-EU-Q. BioMed Res Int. 2017; 2017:8516843.
18. Office of the Commissioner for Mental Health. HealthLiteracySurvey: Malta 2014.
19. Levin-Zamir D, Baron-Epel OB, Cohen V, Elhayany A. The Association of Health Literacy with Health Behavior, Socioeconomic Indicators, and Self-Assessed Health From a National Adult Survey in Israel. J HealthCommun. 2016; 21(Supl 2):61-68.
20. Estudio HBSC [Internet]. Sevilla: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2019 [acceso 28 de marzo de 2019]. Datos del HBSC-2018 [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://www.hbsc.es/datos2018>
21. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; 2018 [acceso 25 de febrero de 2019]. Encuesta Nacional de Salud. Valoración del estado de salud [aprox. 5 pantallas]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2017/p01/10/&file=01001.px&L=0>
22. Van der Heide I, Radenakers J, Schipper M, Droomers M, Sorensen K, Uiters E. Health literacy of Dutch adults: a cross sectional survey. BMC PublicHealth. 2013; 13:179.
23. Astursalud. Portal de Salud del Principado de Asturias [Internet]. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias; 2017 [acceso 10 de febrero de 2018]. Ni ogros ni princesas. Evaluación del curso 2015-16 [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/171458/NONP%2C+seguimiento+2015-16.pdf/36af6e3e-1fa9-e17a-639e-27dfb937de57?version=1.0>
24. Astursalud. Portal de Salud del Principado de Asturias [Internet]. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias; 2017 [acceso 10 de febrero de 2018]. ESO por la Salud., seguimiento 2015-2016 [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/documents/31867/535542/evaluacion+eso+por+la+salud+2015-16.pdf/55e3ba4a-f9b2-3a9a-be78-fb08a8fb172e>
25. Astursalud. Portal de Salud del Principado de Asturias [Internet]. Asturias: Gobierno del Principado de Asturias; 2017 [acceso 10 de febrero de 2018]. EPS! Toma el timón, programa de educación y promoción de la salud [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/en/noticias/-/noticias/eps-toma-el-timon-programa-de-educacion-y-promocion-de-la-salud>
26. Michaelson V, Mckerron M, Davison C. Forming ideas about health: A qualitative study of Ontario adolescents. Int J QualitativeStudHealthWell-being. 2015; 10:275506.

27. Miguel González I, Echevarría Broz C, Ferrero Fernández E, Suárez Gil P. Uso de Internet por parte de los adolescentes de Gijón (Asturias) como fuente de información sobre salud. *Aten Primaria*. 2011; 43 (6): 281-286.
28. Anuja VJ, Bickham. Adolescent health literacy and the Internet: challenges and opportunities. *Current Opinion in Pediatrics*. 2014; 26 (4): 435-439.
29. Asociación Española Contra el Cáncer. Situación de la Educación para la Salud en centros de primaria y secundaria [Internet]. Madrid: ASAP Operational Research; 2016 [acceso 13 noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/800/Estudio-EPSenlaescuela-AECC-2017.pdf>
30. Talavera M, Gavidia V. Percepción de la educación para la salud en el personal docente y el sanitario. *Didact. Cienc. Exp. Soc*. 2013; (27):115-129.
31. Vega Fuente A, AramendiJauregui P, Buján Vidales MK, Garín Casales S. La educación para la salud en la ESO: Aportaciones de un estudio sobre el País Vasco. *Educ. XXI*. 2015; 18(1): 167-188.
32. Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. *Boletín Oficial del Estado*, nº 295, 10 de diciembre de 2013.
33. Montero-Pau J, Tuzón P, Gavidia V. La Educación para la Salud en las leyes de educación españolas: comparativa entre la LOE y la LOMCE. *RevEsp Salud Pública*. 2018; 92.
34. AramendiJauregui P, Bujan Vidales K, Arburua Goyeneche R. Educación para la salud e intervención educativa en la Educación Secundaria Obligatoria. La percepción del alumnado. *Rev. esp. pedagog.* 2014; 72(259): 543-566.