

ORIGINAL

Recibido: 29/6/2023
 Aceptado: 4/4/2024
 Publicado: 14/5/2024
 e202405035

e1-e13

Literacy in sexual and reproductive health as well as associated variables: multicenter study

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

CORRESPONDENCIA

Juan Guerrero-Núñez
 Copayapu, 2862.
 Copiapó, Chile. CP 153000.
juan.guerrero@uda.cl

CITA SUGERIDA

Guerrero-Núñez J, Jofré-Olivares D, Guillén-Gríma F, Aguinaga-Ontoso I, Bacho-Tapia A, Araya-Moraga L, Iturrieta-Guaita N, Villanueva-Pabón L, Correa-Butrón M, Briones-Lorca M, Parada-Navarro A, Hernández-Valenzuela C, Ortiz-Llorenz M, Marrodán-García M, Goretta-Sandoval D, Vilches-Arredondo C. Alfabetización en salud sexual y reproductiva así como variables asociadas: estudio multicéntrico. Rev Esp Salud Pública. 2024; 98: 14 de mayo e202405035.

Alfabetización en salud sexual y reproductiva así como variables asociadas: estudio multicéntrico

AUTORES

Juan Guerrero-Núñez (1) Marisell Correa-Butrón (6)
 Dámaris Jofré-Olivares (2) María Briones-Lorca (7)
 Francisco Guillén-Gríma (3) Alicia Parada-Navarro (7)
 Inés Aguinaga-Ontoso (3) Christian Hernández-Valenzuela (8)
 Angélica Bacho-Tapia (1) Manuel Ortiz-Llorenz (9)
 Leticia Araya-Moraga (1) Marco Marrodán-García (10)
 Nicole Iturrieta-Guaita (4) Daniela Goretta-Sandoval (11)
 Loreto Villanueva-Pabón (5) Claudia Vilches-Arredondo (4)

FILIACIONES

- (1) Departamento de Obstetricia y Puericultura; Facultad de Ciencias de la Salud; Universidad de Atacama. Copiapó, Chile.
- (2) Glocal Learning. Chile.
- (3) Departamento de Ciencias de la Salud; Universidad Pública de Navarra. Pamplona, España.
- (4) Escuela de Obstetricia y Puericultura; Universidad de Valparaíso. Valparaíso, Chile.
- (5) Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido; Universidad de Chile. Santiago de Chile, Chile.
- (6) Departamento de Obstetricia y Puericultura; Universidad de Tarapacá. Arica, Chile.
- (7) Carrera de Obstetricia y Puericultura; Facultad de Ciencias de la Salud; Universidad de Talca. Talca, Chile.
- (8) Escuela de Obstetricia y Puericultura; Facultad de Ciencias Médicas; Universidad Bernardo O'Higgins. Santiago de Chile, Chile.
- (9) Escuela de Obstetricia; Facultad de Ciencias para el Cuidado de la Salud; Universidad San Sebastián. Santiago de Chile, Chile.
- (10) Departamento de Obstetricia y Puericultura; Facultad de Ciencias de la Salud; Universidad de Antofagasta. Antofagasta, Chile.
- (11) Carrera de Obstetricia y Puericultura; Escuela de Salud; Facultad de Ciencias de la Salud; Universidad Central Coquimbo. Coquimbo, Chile.

CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO, SUPERVISIÓN, REDACCIÓN
 J Guerrero-Núñez
 F Guillén-Gríma
 I Aguinaga-Ontoso

ANÁLISIS ESTADÍSTICO, EDICIÓN FINAL
 J Guerrero-Núñez
 D Jofré-Olivares

IMPLEMENTACIÓN DEL ESTUDIO, REVISIÓN CRÍTICA DEL BORRADOR
 D Jofré-Olivares
 A Bacho-Tapia

L Araya-Moraga
 N Iturrieta-Guaita
 L Villanueva-Pabón
 M Correa-Butrón
 M Briones-Lorca
 A Parada-Navarro
 C Hernández-Valenzuela
 M Ortiz-Llorenz
 M Marrodán-García
 D Goretta-Sandoval
 C Vilches-Arredondo

APROBACIÓN DEL MANUSCRITO FINAL
 Todos los autores

RESUMEN

FUNDAMENTOS // La Alfabetización en Salud Limitada implica una comprensión insuficiente de la información relevante en salud, asociándose con diversas variables. El objetivo del estudio fue medir la prevalencia del nivel de Alfabetización en Salud Sexual y Reproductiva (AS-SR) Limitada, sus variables asociadas y las diferencias de puntajes entre niveles de AS-SR, universidades y ciencia de estudio en universitarios chilenos.

MÉTODOS // Se realizó un estudio multicéntrico y transversal, que aplicó una escala validada para medir niveles de AS-SR, en una muestra de 2.186 estudiantes universitarios chilenos, categorizándola en *alta*, *media-alta*, *media-baja* y *baja*. El nivel de AS-SR Limitada se obtuvo mediante el sumatorio de categorías *media-baja* y *baja*. Se realizaron pruebas: descriptivas, psicométricas y fiabilidad; asociación, regresión logística y de diferencias entre variables de interés.

RESULTADOS // La prevalencia de AS-SR Limitada fue del 52,7%. Las variables mayormente asociadas al nivel de AS-SR Limitada fueron: bajo interés en información sobre atención en salud (OR=2,819; IC 95%:2,132-3,726), prevención (OR=2,564; IC 95%: 1,941-3,388), sexualidad (OR=2,497; IC 95%: 1,807-3,452) y promoción de la salud (OR=1,515; IC 95%: 1,239-1,853); ciertas fuentes de Información (OR=1,915; IC 95%:1,614-2,272); bajo ingreso económico (OR=1,661; IC 95%: 1,361-2,026), entre otras. Existieron diferencias estadísticamente significativas de puntajes entre categorías de niveles de AS-SR, universidades y ciencia de estudio. La escala presentó fiabilidad de 0,940.

CONCLUSIONES // Más de la mitad de los estudiantes poseen AS-SR Limitada, asociada principalmente al bajo interés en información en salud. La escala presenta excelentes indicadores psicométricos, siendo recomendable para diagnósticos de situación de salud.

PALABRAS CLAVE // Alfabetización en Salud; Salud sexual y reproductiva; Salud adolescente.

ABSTRACT

BACKGROUND // Limited Health Literacy implies an insufficient understanding of relevant health information, being associated with various variables. The objective of the study was to measure the prevalence of the level of Limited Sexual and Reproductive Health Literacy (AS-SR), its associated variables and the differences in scores between levels of AS-SR, universities and science of study in Chilean university students.

METHODS // A multicenter and cross-sectional study, which applied a validated scale to measure levels of AS-SR, was carried out in a sample of 2,186 Chilean university students, categorizing it as *high*, *medium high*, *medium low* and *low*. The level of Limited AS-SR was obtained by adding the *medium-low* and *low* categories. Tests were carried out: descriptive, psychometric and reliability; association, logistic regression and differences between variables of interest.

RESULTS // The prevalence of Limited AS-SR was 52.7%. The variables most associated with the level of Limited AS-SR were: low interest in information about health care (OR=2.819; 95% CI: 2.132-3.726), prevention (OR=2.564; 95% CI: 1.941-3.388), sexuality (OR=2.497; 95% CI: 1.807-3.452) and health promotion (OR=1.515; 95% CI: 1.239-1.853); certain sources of Information (OR=1.915; 95% CI:1.614-2.272); low economic income (OR=1.661; 95% CI: 1.361-2.026), among others. There were statistically significant differences in scores between categories of AS-SR levels, universities and study science. The scale had a reliability of 0.940.

CONCLUSIONS // More than half of the students have Limited AS-SR, mainly associated with low interest in health information. The scale presents excellent psychometric indicators, being recommended for diagnoses of health situations.

KEYWORDS // Health literacy; Sexual and reproductive health; Teen health.

INTRODUCCIÓN

LA ALFABETIZACIÓN EN SALUD (AS) ES UN concepto utilizado desde 1974 y que apareció en la literatura de salud en 1990, iniciando un creciente desarrollo en investigación y publicación (1). Según el Glosario de Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la AS está constituida por las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud” (2).

En el marco del Consorcio Europeo de AS, se propuso una definición que reconoce tres ámbitos (Promoción, Prevención y Atención en Salud) y cuatro dimensiones (Acceder, Comprender, Evaluar y Aplicar), señalando: “La alfabetización en salud está vinculada a la alfabetización e implica el conocimiento, la motivación y las competencias de las personas para acceder, comprender, evaluar y aplicar información” (3). A partir de esta definición, se diseñó una escala con la cual se realizó el primer diagnóstico de AS en ocho países europeos, siendo hasta hoy el instrumento psicométrico más utilizado a nivel internacional (4). Los resultados de su aplicación evidenciaron que el 47,6% de las personas presentó AS Limitada, porcentaje constituido por los dos niveles más bajos (Deficiente: 12,4% / problemática: 35,2%). Se observó mayor porcentaje de AS Limitada en Bulgaria (62,1%), España (58,3%) y Austria (56,4%) y en subgrupos con bajo nivel económico, social, educacional y por vejez (5).

Por otro lado, en el contexto de la Salud Pública internacional, la meta 7 del tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible se compromete para 2030 “garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales” (6). En este contexto, la OMS estableció un marco de referencia reco-

nociendo la relación entre salud sexual y salud reproductiva, advirtiendo que la salud reproductiva abarca concretamente la anticoncepción, el aborto seguro, la esterilidad, la gestación, el parto y el puerperio, mientras que cuando se fusionan ambos conceptos erróneamente se tiende a pasar por alto aspectos sobre la salud sexual. La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. Esto permite adoptar un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad, promoviendo experiencias placenteras, seguras, libres de coacción, discriminación y violencia (7).

Algunos determinantes sociales de la salud sexual y reproductiva (SSR) incluyen el inicio temprano de la actividad sexual, las enfermedades y las infecciones de transmisión sexual (ITS), la falta de uso de anticoncepción, el nivel educativo de los padres, el apoyo materno, la violencia verbal y física, la comunicación con amigos sobre sexualidad, la curiosidad de experimentar relaciones sexuales, los antecedentes familiares de embarazos adolescentes, tener más de dos parejas sexuales y el desconocimiento o desinformación sobre las ITS y otros temas de SSR (8-10). Estos factores tienen un mayor impacto durante la adolescencia, que se define tradicionalmente entre los diez y los diecinueve años (11). Sin embargo, se sugiere ampliar el rango de edad de la adolescencia de los diez a los veinticuatro años para reflejar mejor la realidad actual (12), considerando que la pubertad marca el inicio y que la independencia similar a la de un adulto marca el final de este periodo (13).

En 2022 la OMS publicó el documento *Consideraciones críticas y acciones para lograr el acceso universal a la SSR en el contexto de la cobertura universal de salud, a través de un enfoque de atención primaria de salud*, estableciendo el derecho de mujeres y hombres para acceder a métodos de planificación, a servicios de atención y a recibir información (14). Frente al reconocimiento de la varia-

ble información, es fundamental evaluar los niveles de AS, ya que permite conocer la capacidad que tiene una población para gestionar la información en salud. En el ámbito de la SSR, en América existe una experiencia cubana donde se validó un instrumento de AS general, con ítems reformulados a la SSR, en una muestra de treinta estudiantes de medicina (15). En Europa, un estudio portugués utilizó una escala original, informando excelentes resultados psicométricos de validación, pero aplicando Análisis Factorial Exploratorio (AFE) y Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) en la misma muestra (16). En Asia, un estudio en Laos validó un instrumento para población de entre catorce y diecinueve años (17).

El objetivo del presente estudio fue medir la prevalencia de los niveles de Alfabetización en Salud Sexual y Reproductiva (AS-SR) Limitada, sus variables asociadas y las diferencias en puntajes entre niveles de AS-SR, universidades y ciencias de estudio en universitarios chilenos.

MATERIALES Y MÉTODOS

SE REALIZÓ UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO, transversal y analítico, entre mayo y diciembre de 2022, enmarcado en la última etapa de la tesis doctoral del investigador principal, destinada a diseñar y validar una escala de AS-SR en adolescentes y jóvenes. El instrumento desarrollado y validado en experiencias anteriores fue aplicado en estudiantes de nueve universidades chilenas, que representan la zona norte, centro y sur de Chile: Universidad de Tarapacá; Universidad de Antofagasta; Universidad de Atacama; Universidad Central; Universidad de Valparaíso; Universidad de Chile; Universidad Mayor; Universidad Bernardo O'Higgins; Universidad de Talca.

Inicialmente, considerando una población de 127.356 estudiantes matriculados en las universidades participantes, con un margen de error del 5% y nivel de confianza del 95%, mediante programa *Openepi* (18) se cal-

culó un tamaño muestral de 383. Sin embargo, dado que recientemente se había iniciado la actividad presencial pospandemia, el equipo implementó un muestreo no aleatorio y por conveniencia, como estrategia para asegurar la mayor participación posible. Como criterios de inclusión se consideró a estudiantes con matrícula activa en 2022, de diferentes sexos, facultades y carreras, menores de veinticinco años y que aceptaron el Consentimiento Informado (CI). Se excluyó a estudiantes de intercambio y a quienes consideraron no poder responder tranquilamente al instrumento.

Se utilizó la plataforma *Google Forms*® para aplicar un formulario autoadministrado de tres secciones:

- Primera: Invitó a participar en el estudio, presentando el CI, donde se explicaron los objetivos de la investigación, las medidas de manejo, resguardo, privacidad y confidencialidad de la información, así como el carácter voluntario de la participación y el derecho a abandonar el estudio.
- Segunda: Aplicó la escala de AS-SR.
- Tercera: Consultó sobre variables sociodemográficas, familiares, económicas, académicas, de salud, sexualidad y SSR e información en Salud. En información en Salud se aplicaron cuatro preguntas con el encabezado “¿Qué tan fácil o difícil es para usted interesarse en información sobre...?”, agregando un complemento final de temas asociados a cuatro ámbitos, 1) Promoción de la Salud, 2) Prevención, 3) Atención de Salud, 4) Sexualidad y SSR, con cuatro opciones de respuesta: *Muy fácil, fácil, difícil, muy difícil*. Estas preguntas pretendían evaluar el nivel autopercebido de Interés en Información en Salud en los cuatro ámbitos señalados y fueron diseñadas por el autor principal, basadas en el modelo de Alfabetización en Salud de Sorensen (3). El nivel de funcionalidad familiar se midió con el Apgar de Smilkstein (19). La Percep-

Alfabetización en salud sexual y reproductiva así como variables asociadas: estudio multicéntrico

JUAN GUERRERO-NÚÑEZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
14/5/2024
e202405035

ción del Estado de Salud, mediante la pregunta “¿Cómo es su salud general?”, con tres opciones de respuesta: *Igual de sano que otros, Más sano que otros, No tan sano como otros.*

El instrumento de AS-SR es una escala original, diseñada y validada en su contenido, constructo y convergencia, conformada por veinticuatro ítems diseñados en base a cuatro dimensiones y tres ámbitos del modelo de AS de Sorensen y cinco subdimensiones propuestas por el investigador principal (20,21). Los ítems tienen un encabezado común que pregunta “¿Qué tan fácil o difícil es para usted...?”, seguido por el verbo de la subescala (acceder, comprender, evaluar o aplicar) y una frase complementaria. Las opciones de respuestas son: *Muy fácil, fácil, difícil, muy difícil.* En su validación de contenido participaron expertos académicos de universidades chilenas, el Ministerio de Salud de Chile y UNESCO. En aplicaciones exploratorias y prueba piloto, evidenció excelentes índices de ajuste ($\chi^2/df=2,15$; RMSEA=0,056; SRMR=0,037; CFI=0,961; TLI=0,957), con estructura de cuatro factores correspondientes a sus subescalas (acceder, comprender, evaluar y aplicar). La fiabilidad mediante Omega de McDonald’s y Alfa de Cronbach fue de 0,986 (Etapa exploratoria) y 0,966 (Prueba piloto); en las subescalas fue de 0,865 (Acceder) a 0,946 (Evaluar).

Se aplicaron pruebas de tendencia central, dispersión y frecuencia; Pruebas de asociación (χ^2); Bartlett, Kaiser-Meller-Olkin (KMO), AFC y fiabilidad. Las variables asociadas al nivel de AS-SR se dicotomizaron brindando valor 1 a las categorías de mayor riesgo; cada universidad se comparó con las ocho restantes (como referencia). Estas se analizaron con el nivel de AS-SR dicotomizado en Limitada (sumatorio de los niveles de AS-SR *media-baja* y *baja*) y No Limitada (sumatorio de los niveles de AS-SR *media-alta* y *alta*), aplicando regresión logística para obtener *Odds ratio* (OR). Finalmente, se efectuaron pruebas de diferencias no paramétricas para

evaluar diferencias de medianas entre: 1) niveles de AS-SR; 2) Universidades; y 3) Ciencia de estudio. Esta última, comparando estudiantes de *Medicina y Ciencias de la Salud* con estudiantes de *Otras Ciencias de Estudio*. Todas las pruebas se realizaron con nivel de significación estadística de $p<0,05$. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Antofagasta (Certificado N° de Folio 361/2022, 16 de marzo del 2022).

RESULTADOS

|||||

LA MUESTRA FUE DE 2.186 ESTUDIANTES, con edad media de 20,5 años (rango de dieciséis a veinticuatro), con mayor porcentaje de mujeres (73,2%), solteros (99,5%), chilenos (98,2%), sin identificación étnica (84,8%), sin religión (50,9%), de primer año de universidad (30,5%), estudiantes de Medicina y Ciencias de la Salud (54,3%) y con seguro de salud (94,6%). Mayormente consumían alcohol (77,3%) y, en menor, porcentaje tabaco (24%) y otras drogas (23,5%). Presentaron baja prevalencia de enfermedades crónicas (inferior al 2%) y alto porcentaje de antecedentes mórbidos familiares (61,4% de hipertensión arterial y 60,3% de diabetes). El 30,1% cursó la educación secundaria en establecimientos públicos, el 71,3% presentó promedio de evaluaciones superior a 6,0 (escala de evaluaciones en Chile de 1,0 a 7,0) y la tasa de reprobación no alcanzó el 4%. Un tercio se desplazó a otra ciudad por sus estudios, seis de cada diez estudiantes vivían con sus familias nucleares y el 7,7% vivían solo o sola. La mayoría refirió un nivel Muy satisfactorio con la vivienda (51,1%) y el barrio donde vivían (42,6%). Sus familias vivían en zonas urbanas y el 56,6% refirió ingresos económicos familiares que no superaban los dos sueldos mínimos mensuales. El mayor porcentaje poseía madres con Educación Media completa (41,1%) y padres con Educación Superior completa (36%). Percibían un estado de salud *Igual de sano que otros* el 56,1%, seguido por *Menos sano que otros* (26,5%) y *Más sano que otros* (17,4%). La funcionalidad familiar fue en su mayoría *alta-*

Alfabetización en salud sexual y reproductiva así como variables asociadas: estudio multicéntrico

JUAN GUERRERO-NÚÑEZ et al.

mente funcional (65,4%). Respecto a la SSR, la edad media de iniciación sexual fue de 16,6 años en hombres, 16,4 en mujeres y 15,4 en otro sexo. La **TABLA 1** presenta variables de interés en sexualidad y SSR.

Análisis psicométrico, puntajes de escala y subescalas: Se evidenció capacidad discriminante de la escala, de las cuatro subescalas y de los veinticuatro ítems, mediante comparación de medianas entre el primer y cuarto cuartil del puntaje, reportando la prueba U de Mann Whitney diferencias estadísticamente significativas (con valor $p < 0,001$). En los ítems se descartaron los efectos techo y suelo. Se obtuvo un KMO de 0,953 y prueba de Bartlett de 42460,367, $gl=276$ y $p < 0,001$; los cuatro factores (subescalas) explicaron una varianza total del 54,8%. El AFC reportó excelentes índices de ajuste (CFI=0,995, TLI=0,994; RMSEA=0,052; SRMR=0,039, GFI=0,995) y excelente coeficiente de fiabilidad mediante Alfa de Cronbach (Escala 0,940; Subescalas de 0,832 a 0,911). A nivel de escala, el puntaje presentó distribución no paramétrica, rango de 24 a 96, media de 75,2 (DE=11,9, EEM=0,255) y mediana de 75. A nivel de subescalas (puntaje máximo de 24), la mayor mediana se observó en *comprender* (20) y la menor en *acceder* (17,5). La mayor mediana de puntaje se presentó en la Universidad de Atacama (77), seguida por la Universidad Mayor (76) y la menor (72) en las Universidades Tarapacá, Antofagasta y Central. A nivel de Ciencia de estudio, la mayor mediana se obtuvo en estudiantes de *Medicina y Ciencias de la Salud* respecto a *Otras Ciencias de Estudios* (76 frente a 73).

Prevalencias de Niveles de AS-SR: Mediante un baremo basado en cuartiles del puntaje, se establecieron los niveles de AS-SR: *Media-baja* (68 a 75); *Media-alta* (76 a 85); y *Alta* (86 a 96). La mediana del puntaje obtenido por la muestra (75) le clasificó en nivel de AS-SR *Media-baja*, al igual que siete de las nueve universidades y uno de cada cuatro estudiantes. A par-

tir de la **FIGURA 1**, el sumatorio de los niveles de AS-SR *Media-baja* y *Baja* permite evidenciar que la muestra total del estudio presentó una prevalencia de AS-SR Limitada del 52,7%, existiendo cuatro universidades con prevalencias sobre este valor. La mayor prevalencia de nivel de AS-SR Limitada fue del 63,4% y la menor del 47,2%; solo dos universidades presentaron prevalencias menores del 50%. En la **FIGURA 2** se observa que los estudiantes de *Medicina y Ciencias de la Salud* presentaron menor AS-SR Limitada respecto a estudiantes de *Otras Ciencias de Estudio* (47,7 frente a 58,8).

Pruebas de asociación: Del total de variables estudiadas, quince presentaron asociación estadísticamente significativa con el nivel de AS-SR. Tras dicotomizarlas junto al nivel de AS-SR, mediante regresión logística se obtuvieron *Odds ratio*, presentados en la **TABLA 2**, donde se observan valores significativos en todas las variables, excepto en seis universidades y en el nivel de satisfacción con la vivienda. De las tres universidades con OR estadísticamente significativos, dos poseían valores mayores a 1.

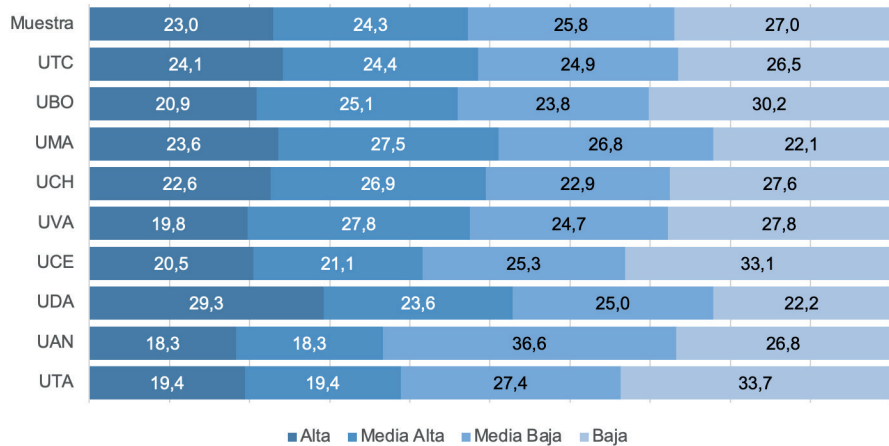
Pruebas de diferencias: Mediante prueba de Kruskal Wallis se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre medianas de puntajes de la escala entre: 1) Niveles de AS-SR (2.048,325, $gl=3$ y $p < 0,001$), con prueba *post hoc* de Dunn que reportó diferencias estadísticamente significativas entre la comparación de los cuatro niveles con $p < 0,001$, lo que demostró la capacidad discriminante de la prueba; 2) Universidades (23,861, $gl=8$ y $p=0,002$), con prueba *post hoc* que presentó diferencias estadísticamente significativas entre once pares de universidades, según se observa en **TABLA 3**; y 3) Ciencia de estudio mediante U de Mann Whitney, reportando diferencias estadísticamente significativas entre medianas de puntajes obtenidos por estudiantes de *Medicina y Ciencias de la Salud* respecto a *Otras Ciencias de Estudio* (680.479,000, $gl=1$, $p < 0,001$).

Alfabetización en salud sexual y reproductiva así como variables asociadas: estudio multicéntrico

JUAN GUERRERO-NÚÑEZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
14/5/2024
e202405035

Figura 1
Prevalencias de los Niveles de AS-SR según Universidad.



AS-SR Limitada= Baja+Media Baja

UTA: Universidad de Tarapacá (n:175)

UAN: Universidad de Antofagasta (n:142)

UDA: Universidad de Atacama (n:352)

UCE: Universidad Central (n:166)

UVA: Universidad de Valparaíso (n:162)

UCH: Universidad de Chile (n:301)

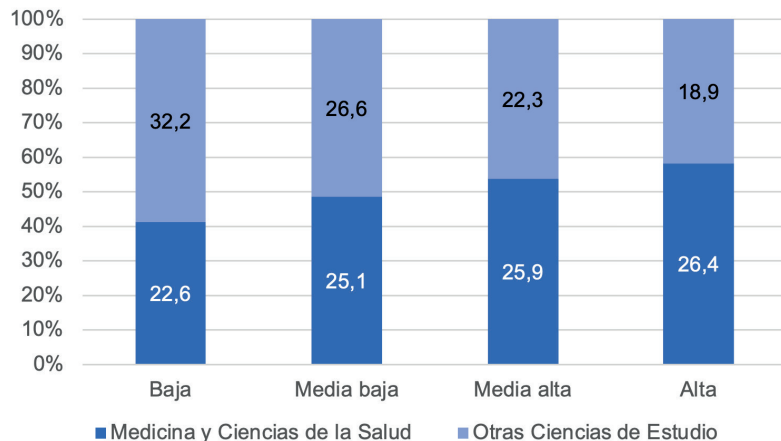
A.U. Bernardo O'Higgins (n:235)

C: U. Mayor (n:280)

G: U. Talca (n:373)

Fuente: Elaboración propia.

Figura 2
Prevalencias de los Niveles de AS-SR según Ciencia de Estudio.



AS-SR Limitada= Baja+Media baja

Medicina y Ciencias de la Salud=47,7% Otras Ciencias de Estudio=58,8%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1
Variables de sexualidad y salud sexual y reproductiva.

Variables de sexualidad y SSR		Hombre		Mujer		Otro		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
1. Orientación sexual	Heterosexuales	416	75,1	1.102	68,9	2	6,25	1.520	69,5
	Bisexuales	62	11,2	381	23,8	12	37,5	455	20,8
	Homosexuales	56	10,1	30	1,88	8	25	94	4,3
	No se identifica con ninguna	20	3,6	87	5,44	10	31,3	117	5,3
2. Recibió Educación Sexual en el colegio		392	70,8	1.000	62,5	16	50	1.408	64,4
3. Interés por Educación Sexual en la Universidad		486	87,7	1.560	97,5	31	96,8	2.077	95,0
4. Inició su actividad Sexual	Sí	400	72,2	1.230	76,88	22	68,75	1.652	75,9
5. Grupo edad de iniciación sexual	Antes de 15 años	48	12	195	15,9	6	27,3	249	15,1
	Entre 15 a 19 años	312	78	953	77,4	16	72,7	1.281	77,5
	Entre 20 y más años	40	10	82	6,7	0	0	122	7,4
6. Uso de Preservativo	Preservativo en primer coito	301	75,3	911	74	17	77,3	1.229	74,4
	Actualmente sin pareja	68	17	205	16,7	2	9,1	275	16,6
	Usan preservativo siempre	199	49,7	401	32,6	8	36,3	608	36,8
	Usan preservativo a veces	105	26,3	389	31,6	6	27,3	500	30,3
7. Paternidad o maternidad	No	395	98,8	1.191	96,8	22	100	1.608	97,3
	Antes de los 20 años	5	1,2	26	2,1	0	0	31	1,9
	Después de los 20 años	0	0	13	1,1	0	0	13	0,8
8. Número de parejas sexuales en la vida	0	6	1,5	0	0	0	0	6	0,4
	1 a 2	179	44,7	703	57,1	8	36,4	890	53,9
	3 a 4	105	26,3	276	22,5	4	18,1	385	23,3
	5 a 6	50	12,5	118	9,6	0	0	168	10,2
	Más de 6	60	15	133	10,8	10	45,5	203	12,3
9. Relaciones sexuales con consumo de alcohol o drogas		209	52,2	712	57,9	17	72,3	938	56,8
10. Relaciones sexuales con personas extrañas		117	29,3	213	17,3	9	41	339	20,5
11. Ha sufrido acoso o violencia por parte de su pareja			11,8	267	21,2	8	36,4	322	19,5
12. Evento de violencia ejercida por la pareja	Revisado el móvil	166	41,5	436	35,5	12	54,5	614	37,2
	Impedido ver personas	125	31,3	317	25,6	8	36,4	450	27,2
	Insultos o humillaciones	90	22,5	302	24,6	7	31,8	399	24,2
	Amenazas	59	14,7	134	10,9	7	31,8	200	12,1
	Grabado o fotografiado sin consentimiento	22	5,5	107	8,6	3	13,6	132	8,0
	Relaciones sexuales forzadas	42	10,5	227	18,5	6	27,2	275	16,6
	Golpes o apretones	51	12,8	126	10,2	4	18,1	181	11,0
13. Se ha realizado Test de VIH		175	43,8	602	48,9	15	68,1	792	47,9
14. Sexo con personas que ejercen comercio sexual		18	4,5	4	0,3	3	13,6	25	1,5
15. Ha tenido sospecha de ITS		72	18	196	15,9	7	31,8	275	16,6
16. Se le ha diagnosticado profesionalmente una ITS			3,8	50	4	3	13,6	68	4,1

(*) n=2.186. Para variables 1 a 4 (total de la muestra). (**) n=1.652. Para variables 5 a 16 (submuestra conformada por quienes iniciaron su actividad sexual). (***) Seis hombres respondieron cero parejas, probablemente por no comprender la pregunta.

Fuente: Elaboración propia.

Alfabetización en salud sexual y reproductiva así como variables asociadas: estudio multicéntrico

JUAN GUERRERO-NÚÑEZ et al.

	Variable	Valor	df	p	OR	IC 95
1	Universidad de Tarapacá	5,607	1	0,018	1,463	1,066 2,007
	Universidad de Antofagasta	7,118	1	0,008	1,609	1,131 2,289
	Universidad de Atacama	5,461	1	0,019	0,761	0,605 0,957
	Universidad Central	2,477	1	0,116	1,293	0,938 1,782
	Universidad de Valparaíso	0,011	1	0,916	0,983	0,713 1,355
	Universidades de Chile	0,803	1	0,370	0,894	0,701 1,142
	Universidad B. O'Higgins	0,171	1	0,679	1,059	0,807 1,390
	Universidad Mayor	1,878	1	0,171	0,839	0,652 1,079
	Universidad de Talca	0,271	1	0,603	0,942	0,754 1,178
2	Insatisfacción con la vivienda	0,981	1	0,322	1,135	0,883 1,460
3	Insatisfacción con el Barrio	4,541	1	0,033	1,241	1,017 1,513
4	Bajos Ingresos Económicos Familiares	25,205	1	<0,001	1,661	1,361 2,026
5	Otra Ciencia de estudio	26,226	1	<0,001	1,558	1,314 1,847
6	Peor Percepción de Salud	7,845	1	0,005	1,373	1,099 1,715
7	Disfunción Familiar	12,568	1	<0,001	1,380	1,155 1,649
8	No realización de Test de VIH	10,137	1	<0,001	1,324	1,114 1,574
9	No haber recibido Educación Sexual	18,242	1	<0,001	1,471	1,232 1,756
10	Sospecha de ITS	5,086	1	0,024	1,337	1,038 1,722
11	Bajo IEI sobre Promoción de la Salud (**)	16,530	1	<0,001	1,515	1,239 1,853
12	Bajo IEI sobre Prevención (**)	46,260	1	<0,001	2,564	1,941 3,388
13	Bajo IEI sobre Atención en salud (**)	56,388	1	<0,001	2,819	2,132 3,726
14	Bajo IEI sobre Sexualidad y SSR (**)	32,402	1	<0,001	2,497	1,807 3,452
15	Ciertas Fuentes de Información (***)	55,901	1	<0,001	1,915	1,614 2,272

(*) Valor significativo. (**) IEI=Interés en Información. (***) Ciertas fuentes de información: diferentes a Profesionales de la Salud, Revistas Científicas y Blogs (estas tres fuentes presentaron mayor puntaje medio).

Fuente: Elaboración propia.

Alfabetización en salud sexual y reproductiva así como variables asociadas: estudio multicéntrico

JUAN GUERRERO-NÚÑEZ et al.

Tabla 3
Comparaciones post hoc con diferencias significativas, entre medianas de puntaje de universidades.

Pares de universidades y medianas				Z	p	
UDA	77	-	UTA	72	3,546	<0,001
UAN	72	-	UDA	77	-3,376	<,001
UCE	72	-	UDA	77	-3,118	0,002
UMA	76	-	UTA	72	2,529	0,011
UBO	74	-	UDA	77	-2,443	0,015
UMA	76	-	UAN	72	2,440	0,015
UDA	77	-	UTC	75	2,230	0,026
UDA	77	-	UVA	74,5	2,164	0,030
UCE	72	-	UMA	76	-2,137	0,033
UCH	75	-	UTA	72	2,030	0,042
UAN	72	-	UCH	75	-1,970	0,049

UTA: Universidad de Tarapacá (n: 175); UAN: Universidad de Antofagasta (n: 142); UDA: Universidad de Atacama (n: 352); UCE: Universidad Central (n: 166); UVA: Universidad de Valparaíso (n: 162); UCH: Universidad de Chile (n: 301); A: U. Bernardo O'Higgins (n: 235); C: U. Mayor (n: 280); G: U. Talca (n: 373).

Fuente: Elaboración propia.

DISCUSIÓN



EL PRESENTE ESTUDIO MULTICÉNTRICO constituye un hito significativo en el campo de la AS-SR, siendo el primer diagnóstico multicéntrico realizado en adolescentes y jóvenes en idioma español. Una de las principales contribuciones radica en la aplicación de una escala original que ha demostrado, en experiencias anteriores, excelentes resultados psicométricos, constituyéndose en una herramienta válida y confiable para la evaluación de la AS-SR en esta población (20,21). Esta escala es una herramienta válida y confiable para evaluar la AS-SR en adolescentes y jóvenes hispanohablantes, dada la escasez de investigaciones existentes en este ámbito. Como se ha señalado en la introducción, los únicos precedentes encontrados en la bibliografía son una experiencia en América (Cuba) (15), una en Europa (Portugal) (16) y una experiencia en Asia (Laos) (22).

Los resultados obtenidos permiten no solo medir las prevalencias de los diferentes niveles de AS-SR y de la AS-SR Limitada, sino también explorar su asociación con una amplia gama de variables en la muestra estudiada. Esta aproximación integral complementa el paradigma de los diagnósticos de salud sexual tradicionales, basados únicamente en variables sociodemográficas y económicas, reconociendo la importancia de la capacidad de gestionar la información en salud como un determinante clave de la salud poblacional (23).

Respecto a las prevalencias de los niveles de AS-SR, los resultados demuestran heterogeneidad entre las universidades participantes y sus diferencias estadísticamente significativas, además de destacar la importancia de considerar el contexto institucional y las iniciativas locales en la promoción de la AS-SR. Además, sugieren la influencia de factores específicos de cada institución en los niveles

Alfabetización en salud sexual y reproductiva así como variables asociadas: estudio multicéntrico

JUAN GUERRERO-NÚÑEZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
14/5/2024
e202405035

de AS-SR de sus estudiantes. En este sentido, la implementación de proyectos y programas de promoción, como el llevado a cabo por la Universidad de Atacama en 2017, el cual integró la docencia, la investigación y la extensión en un proyecto de AS, podrían resultar beneficiosos. Además, podría ser clave el fortalecimiento del programa de Universidades Promotoras de Salud (24), la utilización de los recursos educativos disponibles, la implementación de educación sexual y el fortalecimiento de políticas institucionales, incorporando el enfoque de AS entendiendo que este es un determinante con mayor capacidad predictiva que otras variables tradicionalmente examinadas e intervenidas (25,26).

Respecto a las asociaciones entre las variables y el nivel de AS-SR Limitada, se revelan una serie de factores de riesgo, incluyendo la insatisfacción con el entorno residencial, los niveles bajos de ingresos familiares, la falta de educación sexual previa y la preferencia por fuentes de información no profesionales de la salud; pero sobre todo, la falta de interés en información en salud. Estos hallazgos subrayan la importancia de adoptar enfoques integrales y multifactoriales en las intervenciones dirigidas a mejorar la AS-SR, reconociendo la interacción de factores individuales, familiares y contextuales en la determinación de estos niveles.

Siendo, por tanto, la AS-SR un fenómeno de asociación multifactorial, las intervenciones deberían considerar las variables mencionadas, generando acciones con responsabilidad compartida, más allá de los tradicionales determinantes intervenidos (27). En este sentido, las variables de información en salud confirman en la muestra una mayor determinación sobre el nivel de AS-SR, observándose mayor riesgo de AS-SR Limitada entre quienes refieren dificultades para interesarse sobre información en salud, mayormente en el ámbito de la Atención en Salud (OR:2,819; IC:2,132-3,726), coincidiendo con un metanálisis que reportó como factor protector de la AS

el interés en información en salud (28). Frente a esto, uno de los desafíos de los sistemas educacionales y de salud, debería ser promover el interés en la información de salud, considerando que esto no depende de forma exclusiva de la información propiamente dicha, sino del tipo de fuente. Las fuentes pasivas, como los folletos entregados en centros asistenciales, según los adolescentes suelen ser desechados, sin despertar ningún interés por analizarlos. En relación a las fuentes activas disponibles en medios e internet, los adolescentes reconocen que no son confiables, lo que implica la necesidad de verificar la información que proporcionan (29).

Las diferencias estadísticamente significativas de los puntajes, además de ser evidentes entre universidades, se observan entre estudiantes de *Ciencias de la Salud y Medicina* respecto a estudiantes de *Otras Ciencias de Estudios*. Estas disparidades estadísticamente significativas podrían indicar que el campo de estudio tiene un impacto discernible en la competencia de los estudiantes para gestionar la información relacionada con la SSR. Es plausible que los programas académicos en *Ciencias de la Salud y Medicina* proporcionen una base sólida de conocimientos y habilidades específicas que contribuyan a una mayor comprensión y aplicación de conceptos. En cambio, los estudiantes de *Otras Ciencias de Estudio* podrían, entre otros factores, no acceder de manera extensa o directa a estos temas en su currículo académico, lo que podría influir en sus niveles de competencia en AS-SR. Estos resultados subrayan la importancia de diseñar e implementar estrategias educativas específicas para mejorar la AS-SR en Educación Primaria y Secundaria, y, a nivel terciario, la necesidad de un enfoque particular en aquellos fuera del campo de la salud, para garantizar el acceso y el desarrollo de competencias para comprender, evaluar y aplicar la información.


Entre otros hallazgos, destaca el alto porcentaje de estudiantes que llegan a la univer-

sidad sin haber recibido educación sexual (35,6%), confirmando problemas de implementación declarados en otro estudio (30). Frente a esto, las universidades deberían promover la asociatividad con el sistema educativo para la formación de docentes en educación sexual, así como generar iniciativas de intervención que incluyan la educación superior; esto es coherente con el 95% de la muestra que considera necesaria la implementación de dicha educación en la universidad. Garantizar una educación sexual integral y servicios de atención e información permitiría a los adolescentes y jóvenes aumentar sus capacidades de AS-SR (31). Otro hallazgo es la identificación de la violencia como un problema presente y de alta frecuencia en ambos sexos, destacándose la revisión del móvil, la prohibición de ver personas, los insultos y humillaciones e, incluso, las relaciones sexuales forzadas. Esto podría ser estudiado en mayor profundidad y amplitud, a fin de generar respuestas integrales y pertinentes.

En cuanto a las implicaciones de la investigación, se destaca la necesidad de realizar nuevos estudios que evalúen la escala en diferentes contextos internacionales, lo que permitirá no solo validar su uso en diferentes poblaciones, sino también comprender mejor el comportamiento de las variables asociadas con los niveles de AS-SR en distintas culturas y entornos sociales. Además, la alta asociación encontrada entre la AS-SR y el interés en la información sugiere la importancia de investigar más a fondo el papel de este factor en los modelos de AS y su relación con el acceso, la comprensión, la evaluación y la aplicación de la información en salud. En resumen, este estudio proporciona una base

sólida para futuras investigaciones y acciones prácticas orientadas a mejorar la AS-SR en adolescentes y jóvenes.

Entre las limitaciones del estudio, se debe considerar que fue aplicado en una muestra con mayor nivel académico que otros grupos sociales de jóvenes y adolescentes; además, se realizó en una muestra no aleatoria, lo que sugiere interpretar con prudencia los resultados; y los participantes fueron universitarios chilenos, por lo que sería interesante contrastar con nuevos estudios de la escala en contextos internacionales a fin de evaluar, no solo aspectos psicométricos, sino también el comportamiento de las variables que demostraron asociación con los niveles de AS-SR. Por último, al evidenciarse la más alta asociación entre la AS-SR y la variable *Interés en la información*, futuros proyectos podrían investigar su rol en los modelos de AS y su relación con el acceso, la comprensión, la evaluación y la aplicación de la información.

A modo de conclusión, señalar que más de la mitad de los estudiantes poseen AS-SR limitada, asociada principalmente al bajo interés en información en salud. La escala utilizada presenta excelentes indicadores psicométricos, lo que la hace altamente recomendable para realizar diagnósticos de situación de salud. Así mismo, se sugiere su aplicación para la validación en otros grupos sociales e hispanohablantes. 

AGRADECIMIENTOS



Se agradece a las nueve universidades participantes la aprobación y apoyo en la implementación local del proyecto.

Alfabetización en salud sexual y reproductiva así como variables asociadas: estudio multicéntrico

JUAN GUERRERO-NÚÑEZ et al.



1. Cutilli CC, Bennett IM. *Understanding the health literacy of America: results of the National Assessment of Adult Literacy*. Orthop Nurs. 2009;28(1):27-34.
2. OMS. *Glosario de Promoción de la Salud*. 1998. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
3. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z et al. *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*. BMC Public Health. 2012;12(1):80.
4. Tavousi M, Mohammadi S, Sadighi J, Zarei F, Kermani RM, Rostami R et al. *Measuring health literacy: A systematic review and bibliometric analysis of instruments from 1993 to 2021*. PLoS One. 2022;17(7):e0271524.
5. Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G et al. *Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)*. European journal of public health. 2015;25(6):1053-1058.
6. Unidas N. *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe 2018*. Disponible en: https://www.cepa.org/sites/default/files/publication/files/40155/S1801141_es.pdf
7. OMS. *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>. 2018.12.
8. Hogben M, Leichter JS. *Social determinants and sexually transmitted disease disparities*. Sex Transm Dis. 2008;35(12 Suppl):S13-18.
9. Tapia SBF. *Determinantes sociales que condicionan la actividad sexual precoz de los adolescentes*. Revista Peruana de Ciencias de la Salud. 2020;2(3):e194-e.
10. Soltero-Rivera SG, Santos-Flores JM, Guzmán-Rodríguez LM, Gutiérrez Valverde JM, Guevara-Valtier MC. *Determinantes sociales de salud y necesidad educativa sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes embarazadas*. Sanus. 2020;5(14).
11. OMS. *Adolescencia: un período que requiere una atención especial. Edad, no toda la historia*. Fecha de acceso 12 Febrero 2021. Disponible en: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page2/age-not-the-whole-story.html>. 2020.
12. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. *The age of adolescence*. Lancet Child Adolescent Health. 2018;2(3):223-228.
13. Somerville LH. *Special issue on the teenage brain: Sensitivity to social evaluation. Current directions in psychological science*. 2013;22(2):121-127.
14. OMS. *Critical considerations and actions for achieving universal access to sexual and reproductive health in the context of universal health coverage through a primary health care approach*. Disponible en: https://www.who.int/translate/goog/publications/i/item/9789240052659?x_tr_sl=auto&x_tr_tl=es&x_tr_hl=es&x_tr_pto=wapp. 2022:60.
15. Espinola OZ, Chong Quesada D, Rodríguez Ariles M, Álvarez Pérez NL. *Instrumento de medición de la alfabetización en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios*. MEDISAN. 2018;22:568-577.
16. Nelas P, Ferreira M, Rua M, Santos MJ, Campos S. *Construção e validação da escala de literacia em saúde sexual e reprodutiva*. Revista INFAD de Psicología International Journal of Developmental and Educational Psychology. 2022;1(1):113-124.
17. Vongxay V, Thongmixay S, Stoltenborg L, Inthapanyo A, Sychareun V, Chaleunvong K et al. *Validation of the Questionnaire on Sexual and Reproductive Health Literacy for Adolescents Age 15 to 19 Years in Lao People's Democratic Republic*. HLRP: Health Literacy Research and Practice. 2022;6(1):e37-e50.
18. AG D, KM S, MM S. *OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Versión*. www.OpenEpi.com, actualizado 2013/04/06.

19. MINSAL. *Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: Dirigido a equipos de salud*. Minsal Chile-OPS; 2013.
20. Guerrero Núñez J. *Diseño y validación de contenido de escala de alfabetización en salud sexual y reproductiva*. Revista de Salud Pública. 2021;26(2):19-30.
21. Guerrero-Núñez J, Guillén-Grima F, Aguinaga-Ontoso I. *Validación de constructo de escala que mide alfabetización en salud sexual y reproductiva: Validação do construto de uma escala que mede a alfabetização em saúde sexual e reprodutiva*. Revista de Salud Pública. 2023;28(2).
22. Vongxay V, Albers F, Thongmixay S, Thongsombath M, Broerse JE, Sychareun V et al. *Sexual and reproductive health literacy of school adolescents in Lao PDR*. PLoS one. 2019;14(1):e0209675.
23. Liang M, Simelane S, Fortuny Fillo G, Chalasani S, Weny K, Salazar Canelos P et al. *The State of Adolescent Sexual and Reproductive Health*. J Adolesc Health. 2019;65(6s):S3-s15.
24. Rincón-Méndez AY, Mantilla-Uribe BP. *Universidades Promotoras de la Salud: Reflexión para su implementación desde los determinantes sociales de la salud*. Univ salud. 2020:24-32.
25. Wilson JF. *The crucial link between literacy and health*. American College of Physicians; 2003.
26. Speros C. *Health literacy: concept analysis*. Journal of advanced nursing. 2005;50(6):633-640.
27. Acharya G. *The right to health is a fundamental human right but better health is a shared responsibility*. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2016;95(11):1203-1204.
28. Mao Y, Xie T, Zhang N. *Chinese Students' Health Literacy Level and Its Associated Factors: A Meta-Analysis*. Int J Environ Res Public Health. 2020;18(1).
29. MasseyPM, PrelipM, CalimlimBM, QuiterES, GlikDC. *Contextualizing an expanded definition of health literacy among adolescents in the health care setting*. Health Educ Res. 2012;27(6):961-974.
30. Castro-Sandoval G, Carrasco-Portiño M, Solar-Bustos F, Catrien-Carrillo M, Garcés-González C, Marticorena-Guajardo C. *Impacto de las políticas de educación sexual en la salud sexual y reproductiva adolescente en el sur de Chile, período 2010-2017*. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2019;84:28-40.
31. Vongxay V, Albers F, Thongmixay S, Thongsombath M, Broerse JEW, Sychareun V et al. *Sexual and reproductive health literacy of school adolescents in Lao PDR*. PLoS One. 2019;14(1):e0209675.

Alfabetización en salud sexual y reproductiva así como variables asociadas: estudio multicéntrico

JUAN GUERRERO-NÚÑEZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 98
14/5/2024
e202405035