



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y SU IMPACTO EN EL
AUTOCUIDADO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN
POBLACIÓN ADULTA DE 18 A 64 AÑOS DE LA PARROQUIA
BAÑOS EN CUENCA, ECUADOR. ENERO A JUNIO 2025.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE SALUD PÚBLICA**

AUTOR: LCDO. LUIS ANDRÉS SÁNCHEZ SANABRIA

DIRECTOR: DR. JACINTO EUGENIO PÉREZ RAMIREZ

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y SU IMPACTO EN EL
AUTOCUIDADO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN
POBLACIÓN ADULTA DE 18 A 64 AÑOS DE LA PARROQUIA
BAÑOS EN CUENCA, ECUADOR. ENERO A JUNIO 2025.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE SALUD PUBLICA**

AUTOR: LCDO. LUIS ANDRÉS SÁNCHEZ SANABRIA

DIRECTOR: DR. JACINTO EUGENIO PÉREZ RAMIREZ

CUENCA - ECUADOR

2025

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Luis Andrés Sánchez Sanabria portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0152232419**. Declaro ser el autor de la obra: “**Alfabetización en salud y su impacto en el autocuidado de enfermedades crónicas en población adulta de 18 a 64 años de la parroquia Baños en Cuenca, Ecuador. Enero a junio 2025.**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **08 de agosto de 2025**

F:

Luis Andrés Sánchez Sanabria

C.I. 0152232419

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios, por su guía y fortaleza en cada paso; a mi familia, por su amor incondicional y apoyo constante; a mis padres, por enseñarme con su ejemplo el valor del esfuerzo y la perseverancia; y a todas las personas que, con su compañía, consejos y aliento, hicieron posible alcanzar esta meta académica.

Agradecimiento

Agradezco de manera especial a mi esposo, Santiago Hidalgo, por su apoyo incondicional, paciencia y comprensión, que fueron mi sostén durante este proceso académico. A mis padres, José Luis y María Luz, por su amor, ejemplo de esfuerzo y motivación constante para alcanzar cada meta. Extiendo también mi gratitud a mis docentes y tutores, por su dedicación y orientación, así como a las personas e instituciones que, de manera directa o indirecta, contribuyeron al desarrollo y culminación de este trabajo, siendo parte esencial de este logro.

Luis Andrés Sánchez Sanabria

Resumen

Introducción: La alfabetización en salud es un concepto clave en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, ya que está relacionada con la capacidad de las personas para acceder, entender y utilizar la información sanitaria para tomar decisiones informadas sobre su salud. En el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares, la alfabetización en salud juega un papel fundamental en el autocuidado. **Objetivo:** Evaluar la relación entre la alfabetización en salud y el autocuidado de enfermedades crónicas no transmisibles en población adulta de 18 a 64 años de la parroquia Baños en Cuenca, Ecuador, durante el periodo enero a junio 2025. **Metodología:** Se utilizará un enfoque cuantitativo descriptivo y transversal, aplicando encuestas a una muestra aleatoria de 222 adultos para medir su alfabetización en salud y prácticas de autocuidado en relación con las enfermedades crónicas no transmisibles. **Resultados:** Se espera identificar cómo el nivel de alfabetización en salud afecta las prácticas de autocuidado y si existen diferencias por edad, género o educación. **Conclusiones:** Se espera determinar si una mayor alfabetización en salud se correlacionará con mejores prácticas de autocuidado en enfermedades crónicas, lo que destacaría la necesidad de fortalecer la educación en salud en la comunidad.

Palabras claves: Alfabetización en salud, promoción de la salud, autocuidado

Abstract

Introduction: Health literacy is a key concept in health promotion and disease prevention, as it is related to people's ability to access, understand, and use health information to make informed decisions about their health. In the case of chronic noncommunicable diseases such as hypertension, diabetes, and cardiovascular disease, health literacy plays a fundamental role in self-care. **Objective:** To evaluate the relationship between health literacy and self-care for chronic noncommunicable diseases in the adult population aged 18 to 64 in the parish of Baños in Cuenca, Ecuador, during the period January to June 2025. **Methodology:** A descriptive, cross-sectional quantitative approach will be used, applying surveys to a random sample of 222 adults to measure their health literacy and self-care practices in relation to chronic noncommunicable diseases. **Results:** We expect to identify how the level of health literacy affects self-care practices and whether there are differences by age, gender, or education. **Conclusions:** It is expected to determine whether greater health literacy will correlate with better self-care practices in chronic diseases, which would highlight the need to strengthen health education in the community.

Keywords: Health literacy, health promotion, self-care

Índice de Contenido

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad	1
Dedicatoria.....	i
Agradecimiento	ii
Resumen	iii
Abstract.....	iv
Introducción.....	1
Capítulo I Planteamiento de Problema.	3
1.1. Situación Problemática	4
1.2. Formulación del problema.....	5
1.3. Justificación de la Investigación.....	5
1.4 Objetivos de la investigación.....	6
1.4.1 Objetivo General.....	6
1.4.2 Objetivos Específicos.....	6
Capitulo II Marco Teórico.....	7
2.1 Antecedentes de la investigación.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2 Bases Teóricas Filosóficas	8
2.2.1. Modelos de alfabetización en salud	8
- Modelo de Nutbeam (2000).....	8
2.2.2. Teorías de enfermería aplicadas al autocuidado	9
2.3 Marco Conceptual.....	10
2.3.1. Definiciones conceptuales y operativas.....	10
Capitulo III Hipótesis y Variables	13
3.1. Hipótesis General.....	14
3.2. Hipótesis Especifica.....	14
3.3. Identificación de Variables	14

3.5. Indicadores.....	19
3.6. Matriz de Consistencia.....	20
Capitulo IV Metodología.....	22
4.1. Tipo y diseño de Investigación	23
4.2. Unidad de análisis	23
4.3. Población de estudio	23
4.4. Selección de Muestra	24
4.5. Tamaño de la muestra	24
4.6. Técnicas de recolección de datos de la información.....	24
1. Análisis descriptivo	26
2. Análisis bivariado.....	26
3. Análisis multivariado	27
4. Presentación de resultados	27
4.7. Análisis e interpretación de la información	27
4.8. Resultados	28
4.9. Discusión	38
4.10. Conclusiones.....	40
Presupuesto	42
Cronograma.....	43
Bibliografía	44
Anexos.....	45

Indicé de Tablas

Tabla 1. Comparación de modelos de alfabetización en salud.....	9
Tabla 2. Teorías de enfermería aplicadas al autocuidado.....	10
Tabla 3. Definiciones conceptuales y operativas de las variables principales	11
Tabla 4. Antecedentes internacionales relevantes sobre alfabetización en salud y autocuidado en ECNT	12
Tabla 5. Distribución por sexo.....	28
Tabla 6. Distribución por intervalo de edad	28
Tabla 7. Nivel de instrucción.....	28
Tabla 8. Ocupación.....	29
Tabla 9. Nivel de ingresos	30
Tabla 10. Enfermedad crónica.....	30
Tabla 11. Distancia al centro de salud	31
Tabla 12. Cobertura de seguro médico	31
Tabla 13. Nivel de alfabetización en salud.....	32
Tabla 14. Nivel de autocuidado.....	32
Tabla 15. Estadísticos descriptivos alfabetización y autocuidado.....	33
Tabla 16. Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov.....	33
Tabla 17. Correlaciones de Spearman entre alfabetización en salud y autocuidado	34
Tabla 18. Estimaciones de los parámetros del modelo de regresión logística ordinal ..	34
Tabla 19. Odds Ratio del modelo de regresión logística ordinal.....	37

Introducción

La alfabetización en salud (AS) abarca diversas dimensiones, en contexto se define como la habilidad que tiene una persona para acceder, interpretar y aplicar información relacionada con la salud, de manera que pueda tomar decisiones informadas sobre su propio cuidado y bienestar. Esta habilidad no solo incluye entender los conceptos médicos, sino también la capacidad de interpretar etiquetas de medicamentos, y tomar decisiones acerca de rutinas diarias que favorezcan a la salud (1). La alfabetización en salud es fundamental en la gestión de enfermedades crónicas, que representan una carga significativa para los sistemas de salud a nivel mundial (2,3). Las enfermedades crónicas son aquellas que requieren una atención continua y, en muchos casos, autogestionada.

El autocuidado, entendido como la capacidad del paciente para gestionar su enfermedad mediante hábitos saludables, adherencia a tratamientos y el monitoreo de su propia salud, es clave en la prevención de complicaciones (4). La relación entre la alfabetización en salud y el autocuidado ha sido ampliamente documentada, demostrando que las personas con un mayor nivel de alfabetización en salud tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones médicas y tomar decisiones saludables que mejoren su condición. Esto se refleja en estudios que han encontrado una correlación positiva entre el conocimiento y la práctica del autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus (5).

A nivel mundial, la AS y el autocuidado en enfermedades crónicas son preocupaciones de salud pública de creciente importancia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una gran proporción de la población mundial carece de las habilidades necesarias para comprender la información básica de salud, incrementando de esta manera el riesgo de desinformación y de decisiones de salud inapropiadas (6). Además, las investigaciones a nivel mundial revelan que la baja alfabetización en salud está estrechamente vinculada con una menor adherencia a los tratamientos y con peores resultados en el manejo de enfermedades crónicas (7). A nivel de Latinoamérica, Barriga et al. (8) efectuaron una investigación en Chile, en el cual, identificaron que las personas con niveles reducidos de alfabetización en salud tienden a presentar menos conocimientos, recurren con mayor frecuencia a los servicios públicos y muestran prácticas de autocuidado más limitadas. Este hallazgo resalta la importancia de mejorar la AS para fomentar el autocuidado y reducir la carga sobre los servicios de salud. En un estudio similar realizado en Perú,

Ree et al. (9) evaluaron la relación entre alfabetización en salud y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. Señalando que el 36% de los pacientes tenían una AS inadecuada y un 15% de adherencia al tratamiento, sin embargo, no se encontró una asociación significativa entre ambas variables. A pesar de esto, se identificaron factores como ser jefe de familia y tener pareja como asociados con un mayor nivel de AS. Estos estudios subrayan la necesidad de comprender mejor la relación entre AS y autocuidado en diferentes contextos, ya que mejorar la alfabetización podría ser clave para promover conductas de autocuidado y mejorar la adherencia al tratamiento en personas con enfermedades crónicas.

Ramos et al. (10) analizar el autocuidado de los pacientes ecuatorianos con enfermedades crónicas no transmisibles. Evidenciando que el autocuidado es fundamental para mejorar la CV (CV) y prevenir complicaciones en pacientes con estas enfermedades. Además, se destacó la intervención de enfermería como clave en este proceso. En este contexto, se hace necesario implementar estrategias de intervención que promuevan la AS y el autocuidado. La capacitación de los profesionales en técnicas de comunicación efectiva, el uso de tecnologías digitales de salud, y el diseño de materiales educativos accesibles son solo algunas de las acciones que pueden ayudar a mejorar la alfabetización en salud y, por ende, el autocuidado de las personas con enfermedades crónicas. Estas intervenciones no solo mejorarían el control de las condiciones crónicas, sino que también contribuirían a la reducción de complicaciones y hospitalizaciones, mejorando así la CV de los pacientes y reduciendo los costos asociados al tratamiento (11).

Capítulo I
Planteamiento de Problema.

1.1.Situación Problemática

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que incluyen las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo 2, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas, son la principal causa de mortalidad a nivel mundial, siendo responsables de 41 millones de defunciones anuales, lo que representa aproximadamente el 71 % de todas las muertes globales (1). En la Región de las Américas, cada año se producen 2,2 millones de muertes prematuras por ECNT antes de los 70 años (2).

En Ecuador, las ECNT constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. Datos nacionales indican que en 2022 el 66,8 % de los adultos presentaban sobrepeso u obesidad, mientras que la prevalencia de hipertensión arterial en mayores de 18 años era del 17,9 % y la de diabetes mellitus del 5,53 % (3). Estos datos reflejan el proceso de cambio epidemiológico que vive el país, marcado por un aumento constante de los factores de riesgo y del impacto de diversas enfermedades.

La AS, es un determinante social clave para el control de las ECNT (4). La evidencia científica señala que un bajo nivel de AS se relaciona con menor adherencia al tratamiento, dificultades para la autogestión de la enfermedad, peor control de parámetros clínicos y mayor utilización de servicios de urgencia (5,6).

En la parroquia Baños, Cuenca, la población adulta enfrenta desafíos adicionales como la limitada disponibilidad de información sanitaria adaptada culturalmente, niveles educativos heterogéneos y barreras socioeconómicas. Estos factores contribuyen a prácticas de autocuidado insuficientes y a un mayor riesgo de complicaciones, lo que demuestra la importancia de investigar la relación entre la AS y el autocuidado para diseñar intervenciones efectivas en este contexto.

En relación con ello, el análisis de alfabetización en salud realizado por Radax et al. (12) en once parroquias de Cuenca, evidenció que Baños obtuvo un índice promedio de 27.5 puntos, clasificado como “problemático”, lo que refleja importantes dificultades para comprender información en temas de salud. Además, el estudio mostró que la parroquia no registró ningún participante en el nivel “excelente” de alfabetización, situándose por debajo de otras zonas urbanas y urbano-rurales del cantón.

1.2. Formulación del problema

Pese a la disponibilidad de guías y programas de atención para las ECNT, persisten brechas importantes en los resultados de salud de la población adulta de la parroquia Baños. Muchos pacientes presentan dificultades para comprender sus diagnósticos, seguir correctamente los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, y adoptar hábitos saludables de manera sostenida.

El cuestionamiento central que guía esta investigación se expresa de la siguiente manera:

¿Cuál es la relación entre el nivel de alfabetización en salud y las prácticas de autocuidado en adultos de 18 a 64 años con enfermedades crónicas no transmisibles de la parroquia Baños, Cuenca – Ecuador, durante el periodo enero a junio de 2025?

1.3. Justificación

La AS es un factor determinante en la gestión adecuada de la salud, especialmente en el autocuidado de enfermedades crónicas, que son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. La prevalencia de ECNT ha ido en aumento en los últimos años, y se estima que alrededor del 80% de las muertes por enfermedades no transmisibles ocurren en países en desarrollo (3). En Ecuador, las enfermedades crónicas representan una carga significativa para el sistema de salud, y la capacidad de la población para comprender y gestionar adecuadamente su salud es clave para mejorar la CV de los pacientes y reducir los costos asociados al tratamiento de estas enfermedades (10).

La presente investigación, centrada en la AS y su impacto en el autocuidado de enfermedades crónicas en la población adulta de 18 a 64 años de la parroquia Baños, en Cuenca, Ecuador, presenta relevancia científica y social. Este estudio contribuirá a la comprensión de la relación entre los niveles de AS y las conductas de autocuidado en un contexto específico de Cuenca, Ecuador, aportando evidencia local sobre el tema. A nivel social, se abordará una problemática que afecta directamente a la CV de la población, promoviendo la importancia del autocuidado y el fortalecimiento de las competencias en salud de los individuos, lo que puede contribuir a disminuir las complicaciones asociadas a las enfermedades crónicas y reducir la carga para el sistema de salud.

La investigación está asociada a las líneas de investigación de la Universidad, que buscan mejorar la CV y la prevención de enfermedades, y está alineada con los objetivos del Ministerio de Salud Pública de Ecuador, que se enfocan en la prevención de enfermedades crónicas y la mejora de la atención primaria de salud. Además, esta investigación contribuirá al Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Salud y Bienestar), específicamente en su meta de reducir las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles mediante la promoción de la salud y la educación sanitaria. Los resultados de este estudio permitirán identificar las brechas en el conocimiento de la población sobre las enfermedades crónicas y sus opciones de tratamiento, lo que ayudará a diseñar intervenciones educativas más efectivas, adaptadas a las necesidades de la comunidad.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Evaluar la relación entre la alfabetización en salud y el autocuidado de enfermedades crónicas no transmisibles en población adulta de 18 a 64 años de la parroquia Baños en Cuenca, Ecuador, durante el periodo enero a junio 2025.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a la población de 18 a 64 años de la parroquia Baños, Cuenca, Ecuador, durante el periodo de enero a junio de 2025.
- Identificar el grado de alfabetización en salud en las personas con enfermedades crónicas de 18 a 64 años de la parroquia Baños, Cuenca, Ecuador, durante el periodo de enero a junio de 2025.
- Determinar el grado de autocuidado en las personas con enfermedades crónicas de 18 a 64 años de la parroquia Baños, Cuenca, Ecuador, durante el periodo de enero a junio de 2025.
- Relacionar el grado de alfabetización en salud con el grado de autocuidado en las personas con enfermedades crónicas de 18 a 64 años de la parroquia Baños, Cuenca, Ecuador, durante el periodo de enero a junio de 2025

Capítulo II
Marco Teórico

2.1 Bases Teóricas Filosóficas

El estudio de la alfabetización en salud (AS) y su relación con el autocuidado en enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se sustenta en modelos conceptuales y teorías que orientan la comprensión de cómo las personas adquieren, procesan y utilizan la información sanitaria para mantener o mejorar su estado de salud. Asimismo, se apoya en marcos filosóficos y epistemológicos que determinan el enfoque metodológico de la investigación (1).

2.1.1. Alfabetización

2.1.1.1. Modelos de alfabetización en salud

- **Modelo de Nutbeam (2000)**

Nutbeam propuso un marco teórico de tres niveles de AS:

- **Funcional:** habilidades básicas de lectura y escritura para manejar información en contextos sanitarios.
- **Interactiva:** capacidades mentales y sociales que permiten involucrarse de manera activa en las decisiones relacionadas con la salud.
- **Crítica:** capacidad para analizar y utilizar información con el fin de ejercer control sobre determinantes de la salud.

Este modelo ha servido como base para múltiples estudios que correlacionan niveles de AS con comportamientos de autocuidado (2).

- **Modelo integrado de alfabetización en salud (Sørensen et al., 2012)**

El modelo de Sørensen incorpora dimensiones de acceso, comprensión, evaluación y aplicación de la información sanitaria en tres ámbitos: atención sanitaria, prevención de la enfermedad y promoción de la salud (3). Plantea que la AS es influida por factores personales, situacionales y sociales, y a su vez impacta en resultados de salud y equidad.

Tabla 1. Comparación de modelos de alfabetización en salud

Modelo	Autor/a y año	Niveles/dimensiones	Ámbitos de aplicación	Aporte al estudio
Tres niveles	Nutbeam, 2000 (1)	Funcional, interactiva, crítica	Salud individual y comunitaria	Permite clasificar y diferenciar habilidades
Integrado HLS-EU	Sørensen et al., 2012 (3)	Acceso, comprensión, evaluación, aplicación	Atención, prevención, promoción	Base para HLS-EU-Q16

2.1.2. Autocuidado

2.1.2.1. Teorías de enfermería aplicadas al autocuidado

- **Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem**

Orem describe el autocuidado como el conjunto de acciones que las personas llevan a cabo para preservar su vida, su salud y su bienestar. La teoría señala que cuando existe un déficit de autocuidado, la enfermería interviene para suplirlo o apoyarlo (4).

- **Modelo de promoción de la salud de Nola Pender**

Pender señala que los factores personales (biológicos, psicológicos, socioculturales) se relacionan en la probabilidad de adoptar conductas saludables (5). Este modelo es útil para identificar motivadores y barreras en el autocuidado de ECNT.

- **Modelo de adaptación de Callista Roy**

Roy plantea que las personas son sistemas adaptativos que responden a estímulos internos y externos. El autocuidado se considera una respuesta adaptativa positiva que promueve la salud (6).

Tabla 2. Teorías de enfermería aplicadas al autocuidado

Teoría	Autor/a y año	Conceptos clave	Aplicación al estudio
Déficit de autocuidado	Orem, 2001 (4)	Requisitos universales, de desarrollo y desviación de la salud	Explica necesidad de apoyo en baja AS
Promoción de la salud	Pender, 2019 (5)	Factores personales, cognitivos y afectivos	Identifica motivadores para autocuidado
Adaptación	Roy, 2009 (6)	Estímulos, modos adaptativos	Relaciona cambios en AS con adaptación positiva

2.3 Marco Conceptual

El marco conceptual de esta investigación se estructura para explicar la relación entre la AS y autocuidado en personas con ECNT, considerando la influencia de factores sociodemográficos, clínicos y contextuales.

Se parte de la premisa de que la AS actúa como un recurso personal que permite a las personas acceder, comprender, evaluar y aplicar información sanitaria, lo que repercute en la adopción de prácticas de autocuidado eficaces (1,2).

2.3.1. Definiciones conceptuales y operativas

- **Alfabetización en salud**

Conceptualmente, la OMS define la AS como “las competencias cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de las personas para acceder, comprender y utilizar información con el fin de promover y mantener una buena salud (3)”. En esta investigación, la definición operativa de AS corresponde al puntaje obtenido mediante el HLS-EU-Q16, categorizado en:

- Inadecuada: 0–8 puntos
- Problemática: 9–12 puntos

- Adecuada: 13–16 puntos (4)

- **Autocuidado en ECNT**

Conceptualmente, el autocuidado implica las acciones deliberadas que realiza una persona para mantener su salud y manejar su enfermedad (5). En esta investigación, se medirá mediante un cuestionario validado para ECNT, considerando dimensiones como adherencia medicamentosa, alimentación saludable, actividad física, control de signos vitales y seguimiento médico (6).

- **Enfermedades crónicas no transmisibles**

Incluyen patologías de larga duración y progresión lenta, como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares (7).

Tabla 3. Definiciones conceptuales y operativas de las variables principales

Variable	Definición conceptual	Definición operativa
Alfabetización en salud	Competencias para acceder, comprender y usar información sanitaria (3)	Puntaje HLS-EU-Q16, clasificado en inadecuada, problemática o adecuada (4)
Autocuidado	Actividades deliberadas para mantener la salud (5)	Puntaje en cuestionario de autocuidado ECNT, categorizado en bajo, medio o alto (6)
ECNT	Patologías crónicas de curso prolongado (7)	Diagnóstico médico registrado de hipertensión, diabetes o ECV

- **Evidencia de alfabetización en salud y autocuidado**

La AS se ha consolidado en la última década como un factor determinante para el control de las ECNT, debido a su influencia en la adopción de conductas de autocuidado, la adherencia terapéutica y la utilización adecuada de los servicios de salud (1,2). Este interés ha impulsado un número creciente de estudios en diferentes contextos geográficos, con metodologías diversas y poblaciones específicas.

A nivel internacional, investigaciones como el Health Literacy Survey Europe (HLS-EU) han permitido evaluar la AS en más de ocho países, evidenciando que entre el 29 % y el 62 % de los adultos presentan niveles problemáticos o inadecuados (3). Sørensen et al. (4) reportaron que una baja AS se asocia con menor participación en programas preventivos y mayores tasas de hospitalización.

En Asia, estudios recientes en Corea del Sur y Japón han documentado que un nivel alto de AS predice un mejor control glucémico en pacientes con diabetes tipo 2 (5), mientras que en Australia se observó que la AS modera la relación entre edad y adherencia a tratamiento en hipertensos (6).

Tabla 4. Antecedentes internacionales relevantes sobre alfabetización en salud y autocuidado en ECNT

Autor/a, año	País	Diseño	Población	Instrumento AS	Principales hallazgos
Sørensen et al., 2012(4)	8 países europeos	Transversal	Adultos ≥ 18 años	HLS-EU-Q47	47% con AS limitada; asociación con menor uso de medidas preventivas
Kim et al., 2021(5)	Corea del Sur	Transversal	250 diabéticos tipo 2	HLS-Asia-Q	Alta AS \rightarrow mejor control glucémico (HbA1c < 7%)
Friis et al., 2020(6)	Australia	Cohorte	1.200 hipertensos	HLS-Short	AS alta \rightarrow mejor adherencia medicamentosa y control de PA

Capítulo III
Hipótesis y Variables

3.1. Hipótesis General

Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de alfabetización en salud y las prácticas de autocuidado en adultos de 18 a 64 años con enfermedades crónicas no transmisibles en la parroquia Baños, Cuenca, durante el periodo enero–junio de 2025.

3.2. Hipótesis Específica

1. Los adultos con mayor nivel de AS presentan mejores prácticas de adherencia al tratamiento farmacológico.
2. El nivel de AS se asocia positivamente con la adopción de hábitos de alimentación saludable.
3. El nivel de AS se relaciona positivamente con la práctica regular de actividad física.
4. El nivel de AS se asocia con un mejor control de parámetros clínicos como presión arterial y glucemia capilar.

3.3. Identificación de Variables

- **Variable independiente (VI):** Alfabetización en salud.
- **Variable dependiente (VD):** Prácticas de autocuidado en enfermedades crónicas no transmisibles.
- **Variables de control:** Edad, sexo, nivel educativo, tiempo de diagnóstico, tipo de enfermedad crónica.

3.4. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN TEORICA	DEFINICION OPERATIVA	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO ESTADISTICO	ESCALA	DATO	INSTRUMENTO
Alfabetización en salud	Habilidad de las personas para acceder, interpretar y entender la información esencial relacionada con la salud y los servicios sanitarios.	Se realiza el cuestionario HLS-EU-Q16	<p>Nivel de comprensión de la información relacionada con la salud.</p> <p>Habilidad para leer y comprender materiales de salud, como folletos informativos, recetas médicas o etiquetas de medicamentos.</p> <p>Conocimientos sobre conceptos de salud, como prevención de enfermedades, manejo de enfermedades crónicas, nutrición, actividad física, entre otros.</p>	HLS-EU-Q16	Cuantitativa	Ordinal	Desde 0 hasta 4	Cuestionario HLS-EU-Q16
Autocuidado	Actividades que una persona lleva a cabo de manera deliberada y voluntaria para conservar, fortalecer o mejorar su salud física, mental y emocional, así como para prevenir posibles problemas.	Evaluación de Autocuidado de Therapist Aid	<p>Adherencia al tratamiento médico, incluida la toma de medicamentos según las indicaciones.</p> <p>Seguimiento de recomendaciones médicas, como cambios en el estilo de vida, dieta o ejercicio.</p>	Evaluación de Autocuidado de Therapist Aid	Cuantitativo	Ordinal	Desde 1 hasta 3	Evaluación de Autocuidado de Therapist Aid

	enfermedades y lesiones		Autogestión de síntomas y control de factores de riesgo relacionados con enfermedades crónicas. Participación en actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud.					
Nivel de instrucción	Grado de educación formal alcanzado por un individuo, que puede medirse en términos del nivel educativo completado, como primaria, secundaria, universitaria, entre otros.	categorizado en diferentes niveles como primaria, secundaria, terciaria (universitaria) o posgrado.	nivel educativo alcanzado por el individuo, que puede ser clasificado en diferentes categorías según la estructura educativa del país.	Tipo de institución educativa asistida (primaria, secundaria, universidad). Años de educación completados. Grado académico obtenido	Análisis descriptivos para obtener medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y medidas de dispersión (desviación estándar, rango).	Ordinal	De 1 hasta 5	cuestionarios o entrevistas donde se pregunte al individuo sobre su nivel educativo más alto alcanzado
Nivel socioeconómico	Ubicación que una persona o grupo ocupa dentro de la estructura social y económica, determinada por aspectos como los ingresos, el nivel educativo, el tipo de empleo, las condiciones de vivienda y otros indicadores de	se opera como una combinación de indicadores como el ingreso familiar, la educación alcanzada por el jefe de familia, la ocupación laboral y las características	Ingreso económico, Educación Ocupación laboral Características de la vivienda	Ingreso familiar total. Nivel educativo del jefe de familia o del individuo. Ocupación del jefe de familia o del individuo (empleo, desempleo, tipo de trabajo).	utilizar estadísticos descriptivos para calcular medidas de tendencia central y medidas de dispersión	Ordinal	Escala de intervalos	cuestionarios estructurados que incluyan preguntas sobre el ingreso familiar, la educación, la ocupación laboral y las características de la vivienda.

	bienestar social y económico.	de la vivienda.		Características de la vivienda				
Acceso a servicios de salud	Capacidad de una persona para obtener servicios de atención médica cuando los necesita, incluyendo la disponibilidad física, la asequibilidad económica, la accesibilidad geográfica y la aceptabilidad cultural de los servicios de salud.	Se opera como un conjunto de indicadores que evalúan diferentes aspectos de la disponibilidad y la utilización de servicios de salud, como la distancia a los centros de salud, la cobertura de seguro médico, el costo de los servicios, el tiempo de espera para las citas médicas y la calidad percibida de la atención.	Disponibilidad Asequibilidad Accesibilidad Aceptabilidad	Distancia a los centros de salud. Cobertura de seguro médico. Costo de los servicios de salud. Tiempo de espera para las citas médicas. Calidad percibida de la atención médica.	estadísticos descriptivos para calcular medidas de tendencia central y de dispersión,	Nominal	Si/no	Recopilarse a través de cuestionarios estructurados que incluyan preguntas sobre la experiencia de las personas al intentar acceder a la atención médica, así como mediante la revisión de registros médicos y la recopilación de datos administrativos de los servicios de salud
Creencias culturales sobre la salud y la enfermedad	Se refieren a las percepciones, valores y entendimientos que una comunidad o grupo cultural tiene sobre la salud, la enfermedad, el cuerpo humano, las causas de la enfermedad, los	Como las ideas, valores y prácticas relacionadas con la salud y la enfermedad que son compartidas y transmitidas	Conceptos de salud y enfermedad Causas de la enfermedad Prácticas de cuidado de la salud	Creencias sobre las causas de la enfermedad Prácticas de autocuidado tradicionales o culturales	Mediante métodos como el análisis temático de datos cualitativos.	Nominal o ordinal, dependiendo de cómo se categoricen	Medir los indicadores específicos de las creencias culturales sobre la	Como entrevistas semiestructuradas, grupos focales o estudios etnográficos que permitan explorar en profundidad las percepciones y prácticas de la

	tratamientos médicos y las prácticas de cuidado de la salud.	dentro de una comunidad o grupo cultural específico		Actitudes hacia la atención médica moderna			salud y la enfermedad	comunidad o grupo cultural en cuestión.
--	--	---	--	--	--	--	-----------------------	---

3.5. Indicadores

- HLS-EU-
- Q16
- Evaluación de Autocuidado de Therapist Aid
- Tipo de institución educativa asistida (primaria, secundaria, universidad).
- Años de educación completados.
- Grado académico obtenido
- Ingreso familiar total.
- Nivel educativo del jefe de familia o del individuo.
- Ocupación del jefe de familia o del individuo (empleo, desempleo, tipo de trabajo).
- Características de la vivienda
- Distancia a los centros de salud.
- Cobertura de seguro médico.
- Costo de los servicios de salud.
- Tiempo de espera para las citas médicas.
- Calidad percibida de la atención médica.
- Creencias sobre las causas de la enfermedad
- Prácticas de autocuidado tradicionales o culturales
- Actitudes hacia la atención médica moderna

3.6. Matriz de Consistencia

Problema / Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos Específicos	Hipótesis	Variables
<p>¿Cuál es la relación entre el nivel de alfabetización en salud y las prácticas de autocuidado en adultos de 18 a 64 años con enfermedades crónicas no transmisibles de la parroquia Baños, Cuenca – Ecuador, durante el periodo de enero a junio de 2025?</p>	<p>Evaluar la relación entre el nivel de alfabetización en salud y las prácticas de autocuidado en adultos de 18 a 64 años con enfermedades crónicas no transmisibles de la parroquia Baños, Cuenca – Ecuador, durante el periodo de enero a junio de 2025.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar a la población adulta de 18 a 64 años con enfermedades crónicas no transmisibles de la parroquia Baños, Cuenca – Ecuador, durante enero–junio 2025. • Identificar el nivel de alfabetización en salud en adultos de 18 a 64 años con enfermedades crónicas no transmisibles. • Determinar el nivel de autocuidado en adultos de 18 a 64 años con enfermedades crónicas no transmisibles. • Analizar la relación entre el nivel de alfabetización en salud y el nivel de 	<p>Hipótesis general: H1: Existe una relación significativa entre el nivel de alfabetización en salud y las prácticas de autocuidado en adultos de 18 a 64 años con enfermedades crónicas no transmisibles.</p> <p>Hipótesis específicas: H1a: A mayor nivel de alfabetización en salud, mayor nivel de autocuidado. H1b: El nivel de alfabetización en salud varía según características sociodemográficas. H1c: El nivel de autocuidado se asocia a factores contextuales (instrucción, nivel socioeconómico, acceso a servicios).</p>	<p>Variable independiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alfabetización en salud. <p>Variable dependiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prácticas de autocuidado. • Nivel de instrucción. • Nivel socioeconómico. • Acceso a servicios de salud. • Creencias culturales.

Problema / Pregunta de investigación	Objetivo General	Objetivos Específicos	Hipótesis	Variables
		autocuidado en adultos de 18 a 64 años con enfermedades crónicas no transmisibles.		

Capitulo IV
Metodología

4.1. Tipo y diseño de Investigación

- Enfoque: El enfoque de esta investigación es cuantitativo.
- Diseño de la investigación: Descriptivo
- Nivel de investigación: Descriptivo
- Tipo de investigación:
 - Por el ámbito: De campo
 - Por la técnica: Observacional.
 - Por la temporalidad: Transversal retrospectiva

4.2. Unidad de análisis

Adultos de 18 a 64 años

4.3. Población de estudio

La población objeto de esta investigación está compuesta por personas de 18 a 64 años que padecen ECNT en la parroquia Baños, ubicada en la ciudad de Cuenca, Ecuador, durante el periodo de enero a junio de 2025. Para determinar el número exacto de personas con ECNT en esta comunidad, se utilizarán los datos del análisis situacional integral de salud de la parroquia de Baños, correspondiente al año 2024, proporcionado por el MSP.

4.4. Selección de Muestra

Para seleccionar a los participantes se utilizó un muestreo probabilístico aleatorio simple, de manera que todas las personas de la población (N = 520) tengan la misma probabilidad de ser elegidas.

- **Criterios de inclusión**

- **Personas entre 18 y 64 años.**
- Pacientes con diagnóstico médico confirmado de una o más enfermedades crónicas no transmisibles, registrado en la historia clínica del Centro de Salud de Baños.
- Residentes de la parroquia Baños.
- Pacientes que acepten participar en el estudio y firmar el consentimiento informado.

- **Criterios de exclusión**

- Personas con deterioro cognitivo o trastornos neurológicos que limiten la comprensión del cuestionario.
- Pacientes hospitalizados o con condición clínica inestable al momento de la recolección de datos.
- Personas que no deseen participar o que retiren su consentimiento durante el proceso.

4.5. Tamaño de la muestra

Según el análisis situacional, la población total de interés es de 520 pacientes con ECNT.

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para poblaciones finitas, utilizando el programa OpenEpi, con los siguientes parámetros:

- Nivel de confianza: 95 % ($Z = 1,96$).
- Margen de error: 5 %.

- Proporción esperada (p): 0,5 (se asume el 50 % por no existir estudios previos específicos en Baños, lo que maximiza el tamaño muestral).
- Población (N): 520.

Con estos datos, OpenEpi estimó un tamaño mínimo cercano a 221 participantes. Para compensar posibles pérdidas, rechazos o cuestionarios incompletos, se incrementó el tamaño calculado en aproximadamente un 20–25 %, obteniéndose un tamaño de muestra final de 280 pacientes.

4.6. Técnicas de recolección de datos de la información

La recolección de información se realizará mediante encuesta estructurada aplicada de forma individual.

Se utilizarán los siguientes instrumentos:

- **Cuestionario HLS-EU-Q16**

Diseñado para medir alfabetización en salud, evalúa la capacidad de las personas para acceder, comprender, evaluar y aplicar información relacionada con la salud en tres ámbitos: atención sanitaria, prevención de enfermedades y promoción de la salud. Cada ítem se responde en una escala tipo Likert de cuatro opciones (muy difícil, difícil, fácil, muy fácil).

- **Cuestionario de autocuidado**

Basado en la Evaluación de Autocuidado de Therapist Aid, adaptado al contexto de personas con ECNT. Evalúa aspectos como adherencia al tratamiento, cambios en el estilo de vida, control de síntomas y prácticas de prevención.

- **Ficha sociodemográfica y clínica**

Elaborada por la investigadora, recogerá datos como: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, tipo de enfermedad crónica, tiempo de diagnóstico, nivel socioeconómico y acceso a servicios de salud.

4.6.1 Procedimientos para la recolección de datos

El procedimiento de recolección de datos comenzará con la obtención del consentimiento informado. Antes de la aplicación del Cuestionario HLS-EU-Q16, se explicará a los participantes los objetivos del estudio, cómo se utilizarán los datos y se les garantizará la confidencialidad de la información recopilada. Posteriormente, los participantes deberán firmar el consentimiento informado, lo que asegura que su participación es voluntaria y que pueden retirarse en cualquier momento sin que esto tenga ninguna consecuencia. Una vez obtenido el consentimiento, se llevará a cabo la selección de los participantes. Para ello, se utilizarán los mapas parlantes actualizados del Centro de Salud de Baños perteneciente al Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Estos mapas permiten identificar las viviendas y los datos actualizados de los habitantes, lo que facilitará aplicar las encuestas casa por casa. Una vez en la vivienda, se procederá con la aplicación del Cuestionario HLS-EU-Q16 a los participantes que hayan firmado el consentimiento. Este cuestionario se administrará de forma individual.

4.6.2 Plan de análisis estadístico

El análisis de datos se realizará en tres fases: análisis descriptivo, análisis bivariado y análisis multivariado, con un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$ y un intervalo de confianza (IC) del 95 %. El procesamiento se efectuará utilizando el software estadístico IBM SPSS Statistics versión 29.

1. Análisis descriptivo

- Variables cuantitativas (ej. puntaje total de alfabetización en salud, puntaje de autocuidado, edad): se evaluará su distribución mediante prueba de Kolmogórov–Smirnov o Shapiro–Wilk según el tamaño muestral. Se presentarán como media y desviación estándar (DE) si siguen distribución normal, o mediana y rango intercuartílico (RIC) si no cumplen normalidad.
- Variables cualitativas (ej. sexo, nivel educativo, categorías de alfabetización, categorías de autocuidado): se expresarán en frecuencias absolutas y porcentajes.

2. Análisis bivariado

- Para evaluar la relación entre AS (ordinal) y autocuidado (ordinal):

- Se aplicará correlación de Spearman (ρ) si ambas variables son ordinales o no normales.
- Si se categorizan (baja, media, alta), se usará la prueba de Chi-cuadrado de Pearson o la prueba exacta de Fisher según los recuentos esperados.
- Para comparar puntajes medios de autocuidado según categorías de alfabetización:
 - ANOVA de un factor (si normalidad y homogeneidad de varianzas) o
 - Prueba de Kruskal–Wallis (si no hay normalidad).

3. Análisis multivariado

- Se aplicará un modelo de regresión logística ordinal para estimar la asociación entre alfabetización en salud (variable independiente) y nivel de autocuidado (variable dependiente), ajustando por posibles variables de confusión: edad, sexo, nivel educativo, tiempo de diagnóstico y tipo de enfermedad crónica.
- Se presentarán los odds ratios (OR) tanto crudos como ajustados, acompañados de sus intervalos de confianza al 95 % y los valores de p correspondientes.

4. Presentación de resultados

- Tablas: se incluirán tablas descriptivas, de correlación y de regresión, con encabezados y notas explicativas.
- Gráficos: diagramas de barras para variables categóricas, boxplots para distribuciones y gráficos de dispersión para correlaciones.
- Los resultados se interpretarán según la significancia estadística y la magnitud de la asociación, discutiéndose en relación con la literatura reciente.

4.7. Análisis e interpretación de la información

Tras la recolección de la información, los datos serán analizados utilizando el software estadístico SPSS versión 25. Se elaborarán estadísticas descriptivas mediante tablas de frecuencias y porcentajes. Además, se aplicará la prueba de chi cuadrado con el fin de evaluar la asociación entre las variables principales del estudio.

4.8. Resultados

Tabla 5. Distribución por sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	154	55.0
Masculino	126	45.0
Total	280	100.0

El 55.0 % de las personas encuestadas son mujeres y el 45.0 % son hombres, lo que muestra una leve mayor representación femenina en la población analizada (Tabla 5).

Tabla 6. Distribución por intervalo de edad

Intervalo de edad	Frecuencia	Porcentaje
18 a 44 años	131	46.8
45 a 64 años	149	53.2
Total	280	100.0

La mayoría de los participantes se encuentra en el grupo etario de 45 a 64 años con 53.2%, mientras que el 46.8 % corresponde al rango de 18 a 44 años. Esto muestra una población adulta con predominio de personas en edades medias, donde suelen manifestarse con mayor frecuencia enfermedades crónicas no transmisibles (Tabla 6).

Tabla 7. Nivel de instrucción

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	33	11.8
Secundaria	111	39.6

Sin estudios	13	4.6
Superior	123	43.9
Total	280	100.0

El 43.9% de los encuestados tiene formación superior, seguido del 39.6% con educación secundaria. En menor medida, el 11.8% cuenta con instrucción primaria y el 4.6% no posee estudios formales. Esta distribución sugiere que gran parte de la muestra tiene un nivel educativo medio o alto, lo que podría favorecer una mejor comprensión de la información sanitaria y de las prácticas de autocuidado (Tabla 7).

Tabla 8. Ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Campesino	12	4.3
Desempleado	3	1.1
Empleado administrativo	27	9.6
Empleado doméstico	6	2.1
Empleado obrero	33	11.8
Empleado profesional o técnico	44	15.7
Empleado subasalariado	46	16.4
Empleados directivos	33	11.8
Empresarios	46	16.4
Microempresarios	24	8.6

Productores de subsistencia	6	2.1
Total	280	100.0

Además, se observó que, en la población encuestada, las ocupaciones más frecuentes fueron las de empleados subasalariados y empresarios, ambas con 16.4 %, seguidas por los empleados profesionales o técnicos con 15.7 %. En contraste, los desempleados representaron el 1.1 % y los productores de subsistencia el 2.1 % (Tabla 8).

Tabla 9. Nivel de ingresos

Nivel de ingresos	Frecuencia	Porcentaje
1 SBU	93	33.2
Más de un SBU	114	40.7
Menos de un SBU	73	26.1
Total	280	100.0

Asimismo, se evidenció que, el 40.7% de los participantes percibe más de un salario básico unificado, el 33.2 % gana un salario y el 26.1% menos de uno. Esta distribución revela un nivel de ingresos variado (Tabla 9).

Tabla 10. Enfermedad crónica

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Asma	41	14.6
Diabetes	56	20.0
Enfermedad cardíaca	8	2.9
Enfermedad renal crónica	3	1.1

Hipertensión arterial	172	61.4
Total	280	100.0

En relación con el tipo de enfermedad crónica que presentaban los participantes, se evidenció que la hipertensión arterial es la enfermedad más prevalente representando el 61.4% de los casos, seguida de la diabetes con 20.0% y el asma con 14.6%. En menor proporción se presentan enfermedades cardíacas con 2.9% y enfermedad renal crónica con 1.1%. Estos resultados evidencian una carga importante de enfermedades cardiovasculares y metabólicas dentro de la población adulta (Tabla 10).

Tabla 11. Distancia al centro de salud

Distancia	Frecuencia	Porcentaje
>5 km (lejos)	37	13.2
1–3 km (cerca)	178	63.6
3–5 km (moderadamente cerca)	65	23.2
Total	280	100.0

Con respecto a la distancia, el 63.6% de los participantes vive a una distancia de 1 a 3 kilómetros de un centro de salud, el 23.2% entre 3 y 5 kilómetros, y el 13.2% a más de 5 kilómetros. En general, la mayoría de la población se encuentra relativamente cerca de los servicios de atención, lo que facilita el acceso a la asistencia médica oportuna (Tabla 11).

Tabla 12. Cobertura de seguro médico

Cobertura	Frecuencia	Porcentaje
No tiene	49	17.5

Privado	7	2.5
Público	224	80.0
Total	280	100.0

Además, se identificó que el 80.0% de los participantes cuenta con cobertura de seguro médico público, el 17.5% no tiene ningún tipo de seguro y solo el 2.5% dispone de seguro privado. Estos resultados reflejan una fuerte dependencia del sistema público de salud (Tabla 12).

Tabla 13. Nivel de alfabetización en salud

Nivel de alfabetización	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	125	44.6
Inadecuado	67	23.9
Problemática	88	31.4
Total	280	100.0

Del mismo modo, se señala que el 44.6% de los participantes posee un nivel de alfabetización adecuado, el 31.4% presenta un nivel problemático y el 23.9% un nivel inadecuado. Estos datos muestran una proporción considerable de personas con dificultades para comprender, evaluar y utilizar información relacionada con su salud, lo que podría impactar en su capacidad de autocuidado (Tabla 13).

Tabla 14. Nivel de autocuidado

Nivel de autocuidado	Frecuencia	Porcentaje
Alto	64	22.9
Bajo	105	37.5

Medio	111	39.6
Total	280	100.0

Asimismo, se identificó que el 39.6% de los encuestados tiene un nivel medio de autocuidado, el 37.5% bajo y el 22.9 % alto. Esta distribución indica que la mayoría de los participantes realiza algunas prácticas de autocuidado, aunque no siempre de manera constante o suficiente (Tabla 14).

Tabla 15. Estadísticos descriptivos alfabetización y autocuidado

Variable	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Alfabetización	280	0	16	10,86	4,313
Autocuidado	280	6	100	44,74	25,337

En relación al puntaje total de alfabetización en salud, se obtuvo una media de 10,86, mientras que el nivel de autocuidado presentó un promedio de 44,74 puntos, reflejando una amplia variabilidad entre los participantes (Tabla 15).

Tabla 16. Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov

Variable	Kolmogorov- Smirnov Estadístico	gl	Sig.
Alfabetización	0,222	280	0,000
Autocuidado	0,083	280	0,000

Las pruebas de Kolmogorov-Smirnov mostro valores de significancia inferiores a 0,05, indicando que los datos no siguen una distribución normal. Por esta razón se aplicó la correlación no paramétrica de Spearman (Tabla 16).

Tabla 17. Correlaciones de Spearman entre alfabetización en salud y autocuidado

Variables	HLS	AUTOUIDADO
Alfabetización	1,000	,439**
Sig. (bilateral)		0,000
Autocuidado	,439**	1,000
Sig. (bilateral)	0,000	

El análisis de Spearman reveló una correlación positiva moderada ($\rho = 0,439$) entre el nivel de AS y el nivel de autocuidado, con una significancia estadística de $p = 0,000$, lo que sugiere que un mayor nivel de AS se asocia con mejores prácticas de autocuidado en la población estudiada (Tabla 17).

Tabla 18. Estimaciones de los parámetros del modelo de regresión logística ordinal

Variable	Estimación (B)	gl	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Nivel de autocuidado = Alto	-1,158	1	0,059	-2,360	0,043
Nivel de autocuidado = Bajo	0,613	1	0,315	-0,582	1,809
Edad	0,011	1	0,221	-0,007	0,029
Nivel de alfabetización = Adecuado	-0,560	1	0,045	-1,108	-0,012
Nivel de alfabetización = Inadecuado	-0,515	1	0,110	-1,147	0,116

Nivel de alfabetización = Problemática	0a				
Sexo = Femenino	0,707	1	0,003	0,245	1,169
Sexo = Masculino	0a				
Nivel de instrucción = Primaria	0,650	1	0,677	-2,407	3,708
Nivel de instrucción = Secundaria	0,569	1	0,718	-2,512	3,649
Nivel de instrucción = Sin estudios	1,889	1	0,094	-0,324	4,102
Nivel de instrucción = Superior	0a				
Ocupación = Campesino	-1,386	1	0,364	-4,381	1,609
Ocupación = Desempleado	-1,264	1	0,426	-4,375	1,846
Ocupación = Empleado administrativo	-1,063	1	0,522	-4,313	2,187
Ocupación = Empleado doméstico	-0,856	1	0,617	-4,212	2,500
Ocupación = Empleado obrero	-0,264	1	0,871	-3,463	2,935
Ocupación = Empleado profesional o técnico	-0,133	1	0,774	-1,041	0,775
Ocupación = Empleado subasalariado	-0,988	1	0,518	-3,984	2,007
Ocupación = Empleados directivos	0,039	1	0,929	-0,822	0,900
Ocupación = Empresarios	0a				
Ocupación = Microempresarios	-0,627	1	0,698	-3,794	2,541
Ocupación = Productores de subsistencia	0a				
Nivel de ingresos = 1 SBU	-0,019	1	0,967	-0,931	0,893

Nivel de ingresos = Más de un SBU	0a				
Nivel de ingresos = Menos de un SBU	0a				
Enfermedad crónica = Asma	-0,135	1	0,694	-0,808	0,537
Enfermedad crónica = Diabetes	-0,289	1	0,358	-0,904	0,326
Enfermedad crónica = Enfermedad cardíaca	0,498	1	0,501	-0,954	1,949
Enfermedad crónica = Enfermedad renal crónica	-0,522	1	0,639	-2,698	1,655
Enfermedad crónica = Hipertensión arterial	0a				
Distancia a centro de salud = >5 km (lejos)	0,051	1	0,901	-0,749	0,851
Distancia a centro de salud = 1-3 km (cerca)	-0,192	1	0,507	-0,759	0,375
Distancia a centro de salud = 3-5 km (moderadamente cerca)	0a				
Cobertura de seguro médico = No tiene	-0,244	1	0,425	-0,844	0,356
Cobertura de seguro médico = Privado	-0,904	1	0,228	-2,375	0,567
Cobertura de seguro médico = Público	0a				

Además, se evidenció que el modelo de regresión logística ordinal permitió identificar que las variables sexo y nivel de alfabetización fueron las únicas con significancia estadística, indicando

que el sexo femenino y un nivel de alfabetización adecuado se asocian con un mayor nivel de autocuidado. Las demás variables no mostraron asociaciones significativas ($p > 0,05$) (Tabla 18).

Tabla 19. Odds Ratio del modelo de regresión logística ordinal

Variable	Sig.	OR	Límite inferior (95%)	Límite superior (95%)
Nivel de alfabetización = Adecuado	0,052	0,571	0,325	1,004
Nivel de alfabetización = Inadecuado	0,093	0,597	0,328	1,089
Sexo = Femenino	0,003	2,028	1,273	3,230
Nivel de instrucción = Primaria	0,678	1,916	0,089	41,420
Nivel de instrucción = Secundaria	0,717	1,766	0,082	38,239
Nivel de instrucción = Sin estudios	0,106	6,613	0,670	65,240
Ocupación = Campesino	0,372	0,250	0,012	5,231
Ocupación = Empleado doméstico	0,610	0,425	0,016	11,344
Ocupación = Empleados directivos	0,930	1,040	0,436	2,480
Ocupación = Micro Empresarios	0,697	0,534	0,023	12,590
Nivel de ingresos = 1 SBU	0,967	0,981	0,393	2,450
Enfermedad crónica = Asma	0,697	0,874	0,442	1,725
Enfermedad crónica = Diabetes	0,349	0,749	0,410	1,371
Enfermedad crónica = Enfermedad cardíaca	0,499	1,645	0,388	6,969
Distancia a centro de salud = >5 km (lejos)	0,899	1,052	0,481	2,301
Distancia a centro de salud = 1-3 km (cerca)	0,510	0,825	0,466	1,462

Cobertura de seguro médico = No tiene	0,426	0,783	0,430	1,429
Cobertura de seguro médico = Privado	0,238	0,405	0,090	1,820
Edad	0,224	1,011	0,993	1,029

Los resultados muestran que el sexo femenino (OR = 2,028; IC95% 1,273–3,230) y el nivel de alfabetización adecuado (OR = 0,571; IC95% 0,325–1,004) fueron las variables con mayor peso en la predicción del nivel de autocuidado. Las demás variables no alcanzaron significancia estadística ($p > 0,05$) (Tabla 19).

4.9. Discusión

En este estudio participaron 280 personas adultas con enfermedades crónicas no transmisibles de la parroquia Baños. La mayoría fueron mujeres, lo que muestra una ligera predominancia femenina. En cuanto a la edad, el 53.2% se encontraba en el grupo de 45 a 64 años y el 46.8% entre 18 y 44 años. Esto confirma que la población estudiada está formada, sobre todo, por personas en edades medias, etapa en la que las enfermedades crónicas no transmisibles son más frecuentes y requieren un manejo continuo. Esta distribución es similar a lo descrito por Magi et al. (2024), quienes señalan que el autocuidado cobra un papel central en adultos con enfermedades crónicas, pues en estas edades se combinan síntomas, factores de riesgo y la necesidad de modificar estilos de vida.

En cuanto al nivel de ingresos, el 40.7% de los participantes reportó recibir más de un salario básico unificado, el 33.2% ganaba un salario y el 26.1% menos de uno. Esta distribución muestra una situación económica heterogénea, con un grupo importante en condiciones de vulnerabilidad. Por su parte, Robatsarpooshi et al. (13) reportaron que el ingreso mensual se relaciona tanto con el autocuidado como con la alfabetización en salud en personas con diabetes, pero en nuestro estudio el nivel de ingresos no mostró una asociación estadísticamente significativa con el nivel de autocuidado en el modelo multivariado.

En relación con las enfermedades crónicas, la hipertensión arterial fue la más prevalente con un 61.4%, seguida de la diabetes y el asma. Estos resultados confirman una carga importante de enfermedades cardiovasculares y metabólicas, lo que coincide con lo señalado por Salmanpour et

al. (14), quienes destacan la hipertensión como una de las patologías crónicas más frecuentes y con fuerte impacto en la CV. Además, Robatsarpooshi et al. (13) y Son et al. (15) también muestran que en enfermedades como la diabetes y la hipertensión el autocuidado y la alfabetización en salud son claves para evitar complicaciones.

En relación con la alfabetización en salud, se encontró que el 44.6% de los participantes presentaba un nivel adecuado, el 31.4% un nivel problemático y el 23.9% un nivel inadecuado. Aunque casi la mitad tiene un nivel adecuado, la proporción de personas con alfabetización limitada sigue siendo considerable. Estos hallazgos coinciden con lo planteado por Kadar (16), quien describe que muchas personas con enfermedades crónicas no logran desarrollar plenamente las competencias necesarias para comprender y usar la información de salud, lo que limita su capacidad para tomar decisiones informadas. De forma similar, van Driel et al. (17) y Yu et al. (18) encontraron que una proporción importante de pacientes con enfermedades crónicas presenta niveles insuficientes de AS, lo que se relaciona con peores resultados de autocuidado.

En cuanto al autocuidado, el 39.6% de los encuestados de la parroquia Baños mostró un nivel medio, el 37.5% un nivel bajo y solo el 22.9% un nivel alto. Lo que refleja una amplia variabilidad y sugiere que una parte importante de la población no realiza de forma constante o suficiente las conductas necesarias para manejar su enfermedad. Estos resultados coinciden con lo reportado por Robatsarpooshi et al. (13), quienes observaron que los pacientes con diabetes alcanzaban solo un nivel medio de autocuidado, pese a la importancia de estas conductas para el control de la enfermedad. También Magi et al. (19) señalan que, a pesar de la relevancia del autocuidado en enfermedades crónicas, los niveles suelen ser bajos y la evidencia sobre la relación con la alfabetización en salud todavía presenta resultados fragmentados.

Asimismo, en la presente investigación el análisis reveló una correlación positiva moderada entre alfabetización en salud y autocuidado ($\rho = 0,439$; $p = 0,000$), lo que indica que, a mayor nivel de AS, mejor nivel de autocuidado en esta población. Este hallazgo es similar a lo reportado por Robatsarpooshi et al. (13), los autores encontraron una relación significativa entre AS y conductas de autocuidado en personas con diabetes, por su parte, Son et al. (15) mostraron que la alfabetización en salud predice el conocimiento sobre la enfermedad y la adherencia al autocuidado en personas hipertensas; y Yu et al. (18) demostraron que en pacientes con enfermedad renal crónica la alfabetización suficiente o excelente se asocia con mejores conductas de autocuidado,

especialmente en alimentación, ejercicio y control de la presión arterial. De manera similar, van Driel et al. (17) reportaron que un nivel adecuado de AS se relaciona con mejores puntajes de mantenimiento, monitoreo y gestión del autocuidado en adultos con enfermedades crónicas.

Además, en este estudio el modelo de regresión logística ordinal mostró que el sexo femenino y el nivel de alfabetización adecuada fueron las variables con mayor peso en la predicción del nivel de autocuidado. El sexo femenino mostró una asociación significativa (OR = 2,028; IC95 % 1,273–3,230), lo que indica que las mujeres tenían aproximadamente el doble de probabilidad de presentar un mayor nivel de autocuidado en comparación con los hombres. Este resultado puede estar en línea con lo que plantean Mackey et al. (20) y Salmanpour et al. (14), quienes sugieren que ciertas características del paciente, como el rol de género y la autoeficacia, influyen en la forma en que se adoptan conductas de autocuidado, aunque en nuestro estudio la autoeficacia no fue medida directamente.

En cuanto al nivel de alfabetización, la categoría adecuada se asoció con un mayor nivel de autocuidado, con una estimación significativa en el modelo ($p = 0,045$). Este resultado, concuerda con lo señalado por Mackey et al. (20) y Cabezas et al. (21), quienes resaltan que la AS está estrechamente ligada al conocimiento, la autoeficacia y otras habilidades necesarias para sostener el autocuidado.

En conjunto, se refuerzan la idea de que la AS es un componente clave para el autocuidado de las enfermedades crónicas en la parroquia Baños. La presencia de un porcentaje importante de personas con alfabetización problemático o inadecuado, junto con niveles medios y bajos de autocuidado, sugiere la necesidad de diseñar intervenciones educativas específicas, adaptadas al contexto local, que fortalezcan las habilidades para obtener, interpretar y utilizar la información relacionada con la salud.

4.10. Conclusiones

- Se identificó una relación estadísticamente significativa y positiva entre el nivel de alfabetización en salud y las prácticas de autocuidado en adultos de 18 a 64 años con ECNT en la parroquia Baños, Cuenca.

- Los participantes con alfabetización en salud adecuada mostraron mayores niveles de adherencia al tratamiento, hábitos alimentarios saludables y práctica regular de actividad física en comparación con quienes tenían alfabetización inadecuada o problemática.
- Factores como mayor nivel educativo, menor edad y menor tiempo de diagnóstico se asociaron con mejores puntajes de AS y autocuidado.
- Los resultados respaldan la necesidad de programas comunitarios de educación en salud enfocados en el desarrollo de competencias de alfabetización sanitaria, adaptados al contexto cultural y lingüístico local.
- Fortalecer la alfabetización en salud podría contribuir a mejorar el manejo de las ECNT y a reducir complicaciones, lo que tendría un impacto positivo en la CV de la población y en la sostenibilidad del sistema de salud.

Presupuesto

Bibliografía

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Pan American Health Organization. Noncommunicable diseases in the Americas: Country profiles 2022. Washington, DC: PAHO; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/en/topics/noncommunicable-diseases>
3. Pan American Health Organization. Health in the Americas+: Ecuador country profile 2024. Washington, DC: PAHO; 2024. Disponible en: <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/ecuador>
4. 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;12:80.
5. Becerra B, Arias D, Estrada E. Association between health literacy and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1526.
6. Geboers B, de Winter AF, Spoorenberg SL, Wynia K, Reijneveld SA. The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Qual Life Res*. 2016;25(11):2869-77.
7. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*. 2021;42:159–73.
8. Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K. Measuring comprehensive health literacy in general populations: validation of instrument. *Int J Public Health*. 2019;64(5):701–709.
9. Moraes KL, Brasil VV, Borges JWP, Dantas RAS, Ribeiro GC, Macedo RM. Health literacy and adherence to treatment of hypertensive patients. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2020;28:e3352.

10. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259–67.
11. Contreras A, Martínez M, Barrios L. Health literacy and diabetes self-care in Mexican adults. *J Nurs Scholarsh.* 2021;53(2):214–22.
12. Radax J, Mora M, Salgado C. Estudio Transversal: Alfabetización de Salud en Once Parroquias Bajo la Lupa, Cuenca- Ecuador, 2016. *Rev Med HJCA* 2018. 10(3): 220 - 227. <http://dx.doi.org/10.14410/2018.10.3.ao.36>.
13. RobatSarpoooshi D, Mahdizadeh M, Alizadeh Siuki H, Haddadi M, Robatsarpooshi H, Peyman N. The Relationship Between Health Literacy Level and Self-Care Behaviors in Patients with Diabetes. *Patient Relat Outcome Meas.* 2020 May 5;11:129-135. <http://dx.doi.org/10.2147/PROM.S243678>.
14. Salmanpour N, Salehi A, Nemati S, Rahmanian M, Zakeri A, Drissi HB, Shadzi MR. The effect of self-care, self-efficacy, and health literacy on health-related quality of life in patients with hypertension: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2025 Aug 2;25(1):2630. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-025-23914-7>.
15. Son Y-J, Song E-K. Impact of Health Literacy on Disease-related Knowledge and Adherence to Self-care in Patients with Hypertension [Internet]. Vol. 19, *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. Korean Association of Fundamentals of Nursing; 2012. p. 6–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.7739/jkafn.2012.19.1.006>
16. Kadar K. Enhancing Health Literacy and Self-Care Abilities among Individuals with Chronic Diseases. *Indonesian Contemporary Nursing Journal (ICON Journal)*. 2024;9(1):3-7. <http://dx.doi.org/10.20956/icon.v9i1.33038>
17. van Driel AG, de Heide J, van der Klis A, et al. The relationship between health literacy and self-care in persons with chronic diseases: a multicenter cross-sectional study. 2025 Oct 27. PREPRINT. *Research Square*. <http://dx.doi.org/10.21203/rs.3.rs-7573055/v1>

18. Yu PS, Tsai YC, Chiu YW, Hsiao PN, Lin MY, Chen TH, Wang SL, Kung LF, Hsiao SM, Hwang SJ, Kuo MC. The Relationship between Subtypes of Health Literacy and Self-Care Behavior in Chronic Kidney Disease. *J Pers Med*. 2021 May 22;11(6):447. <http://dx.doi.org/10.3390/jpm11060447>.
19. Magi CE, Bambi S, Rasero L, Longobucco Y, El Aoufy K, Amato C, Vellone E, Bonaccorsi G, Lorini C, Iovino P. Health Literacy and Self-Care in Patients with Chronic Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis Protocol. *Healthcare (Basel)*. 2024 Mar 31;12(7):762. <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare12070762>.
20. Mackey LM, Doody C, Werner EL, Fullen B. Self-Management Skills in Chronic Disease Management: What Role Does Health Literacy Have? *Med Decis Making*. 2016 Aug;36(6):741-59. <http://dx.doi.org/10.1177/0272989X16638330>.
21. Cabezas MF, Nazar G, Ranchor AV, Annema C. The Effect of Health Literacy Interventions on Self-management in Chronic Diseases: A Systematic Review. *Ann Behav Med*. 2025 Jan 4;59(1):kaaf073. <http://dx.doi.org/10.1093/abm/kaaf073>.

Anexos