



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Humanidades y Arte - Programa de Magíster en Lingüística Aplicada

**Elementos pragmadiscursivos en la adaptación de instrumentos que miden
Alfabetización en Salud: formulación y aplicación del cuestionario Newest
Vital Sign**



Tesis para optar al grado de Magíster en Lingüística Aplicada

CARLA MICHELE VERGARA ESPINOZA
CONCEPCIÓN-CHILE
2018

Profesor Guía: Omar Salazar Provoste
Dpto. de Español, Facultad de Humanidades y Arte
Universidad de Concepción

TABLA DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS	iv
INDICE DE ILUSTRACIONES	v
AGRADECIMIENTOS	vii
RESUMEN	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO Y PRECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	6
II.1 Pragmática y discurso	6
II.2 Oralidad, escritura y digitalización	11
II.3 Alfabetización en salud	14
II.4 Adaptación transcultural	20
II.5 Modos de análisis cualitativo	24
II.5.1 La entrevista	25
II.5.2 Observación etnográfica	27
II.6 Precedentes de la investigación	28
II.6.1 Antecedentes generales de la Alfabetización en Salud	28
II.6.2 Proyecto FONIS SA15I20193: proceso de adaptación y validación	30
III. SUPUESTO DE INVESTIGACIÓN	34
IV. OBJETIVOS	34
V. METODOLOGÍA	35
V.1) Tipo de estudio	35
V.2) Población	35
V.3) Objeto de estudio	36
V.4) Métodos de estudio	38
VI. RESULTADOS	40
VI.1 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	40
VI.2 ENCUESTA THE NEWEST VITAL SIGN (NVS)	48
1. Resultados generales	48
2. Resultados por preguntas	53
VI.3 ENCUESTA PARA RECOGER IMPRESIONES DEL PROCESO	71

1. Resultados generales	71
2. Resultados por preguntas	73
VI.4 OBSERVACIÓN ETNOGRÁFICA	77
VI.4.1 Lista de cotejo sobre información pragmática	77
VI.4.2 Registro anecdótico	83
VII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	86
VII.1 Resultados de la aplicación del Nuevo Signo Vital	86
VII.2 Resultados de la encuesta de para recoger impresiones del proceso	88
VII.3 Observación etnográfica: lista de cotejo y del registro anecdótico	89
VIII. CONCLUSIONES	92
VIII.1 Acerca de las preguntas de investigación	92
VIII. 2 Hallazgos de la investigación	95
VIII.3 Dificultades o limitaciones del estudio	97
VIII.4 Proyecciones de la investigación	98
IX. ANEXOS	103
ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	103
The Newest Vital Sign	109
ENCUESTA PARA RECOGER IMPRESIONES DEL PROCESO	112
DATOS DEL ENCUESTADO	114
INFORMACION AL PARTICIPANTE	115
CONSENTIMIENTO INFORMADO	116
X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	117



INDICE DE TABLAS

Tabla 2.1 Elementos primordiales de la Alfabetización en Salud	17
Tabla 6.1 Presuposiciones en el NVS	43
Tabla 6.2 Comparación entre etiqueta de helados	47
Tabla 6.3 Aplicación online general	49
Tabla 6.4 Aplicación presencial general	49
Tabla 6.5 Aplicación online ítem I	53
Tabla 6.6 Aplicación presencial ítem I	53
Tabla 6.7 Aplicación online ítem II	56
Tabla 6.8 Aplicación presencial ítem II	56
Tabla 6.9 Aplicación online ítem III	59
Tabla 6.10 Aplicación presencial ítem III	59
Tabla 6.11 Aplicación online ítem IV	62
Tabla 6.12 Aplicación presencial ítem IV	62
Tabla 6.13 Aplicación online ítem V	65
Tabla 6.14 Aplicación presencial ítem V	65
Tabla 6.15 Aplicación online ítem VI	68
Tabla 6.16 Aplicación presencial ítem VI	68
Tabla 6.17 Impresiones del proceso pregunta 1	73
Tabla 6.18 Impresiones del proceso pregunta 2	74
Tabla 6.19 Impresiones del proceso pregunta 3	75
Tabla 6.20 Impresiones del proceso pregunta 4	76
Tabla 6.21 Información pragmática general	78



INDICE DE ILUSTRACIONES

Imagen 6.1: Flujograma del proyecto FONIS	40
Imagen 6.2: Primera versión de la etiqueta de helados	45
Imagen 6.3: Segunda versión de la etiqueta de helados	46
Imagen 6.4: Gráfico resultados generales	50
Imagen 6.5: Gráfico resultados por formato de aplicación	51
Imagen 6.6: Gráfico resultados por género	52
Imagen 6.7: Gráfico ítem I por formato de aplicación	54
Imagen 6.8: Gráfico ítem I por género	55
Imagen 6.9: Gráfico ítem II por formato de aplicación	57
Imagen 6.10 Gráfico ítem II por género	58
Imagen 6.11: Gráfico ítem III por formato de aplicación	60
Imagen 6.12: Gráfico ítem III por género	61
Imagen 6.13: Gráfico ítem IV por formato de aplicación	63
Imagen 6.14: Gráfico ítem VI por género	64
Imagen 6.15: Gráfico ítem V por formato de aplicación	66
Imagen 6.16: Gráfico ítem V por género	67
Imagen 6.17: Gráfico ítem VI por formato de aplicación	69
Imagen 6.18: Gráfico ítem VI por género	70
Imagen 6.19: Gráfico resultados generales sobre impresiones del proceso	71
Imagen 6.20: Gráfico resultados pregunta 1	73
Imagen 6.21: Gráfico resultados pregunta 2	74
Imagen 6.22: Gráfico resultados pregunta 3	75
Imagen 6.23: Gráfico resultados pregunta 4	76
Imagen 6.24: Gráfico sobre información pragmática general	80
Imagen 6.25: Gráfico sobre información pragmática por ítem	81



© 2019 CARLA MICHELE VERGARA ESPINOZA

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.



AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Omar Salazar Provoste por haber sido un excelente profesor durante el desarrollo de esta tesis. Le doy las gracias por sus buenos consejos, por su paciencia y dedicación.

Al Dr. Aldo Vera Calzaretta por brindarme la oportunidad de desarrollar este estudio en el marco del proyecto FONIS SA15I20193.

A la estudiante de Enfermería, la Srta. Camila Escobar Espinoza, por asistirme en la aplicación de los instrumentos y en las entrevistas presenciales.

Finalmente, doy las gracias a todas aquellas personas que de forma desinteresada me han apoyado durante la elaboración de esta tesis.

RESUMEN

En el presente seminario, daremos cuenta de los elementos pragmadiscursivos de la lengua que intervienen en el proceso adaptación transcultural del instrumento *The Newest Vital Sign (NVS)*, empleado para medir el grado de alfabetización en salud de una población y cuya elaboración es originaria de una lengua distinta a la del español de Chile. Al mismo tiempo, el estudio tiene como propósito identificar la información pragmática más relevante que está presente en la aplicación en formato virtual y presencial del cuestionario NVS.

Por otro lado, el trabajo busca evidenciar el carácter interdisciplinario de la Lingüística y el Análisis del Discurso, a partir de la descripción y análisis del proceso de validación del cuestionario, considerando en dicho proceso elementos pragmadiscursivos de la lengua (Grice, H. P.; Hymes, D.; Escandell M. V.; Gallardo Paul B.; Wilson D. y Sperber D.).

El estudio es de tipo descriptivo y su abordaje es cualitativo. Para lograr los objetivos se consideran dos etapas que cohesionan y ordenan la propuesta metodológica del trabajo: a) descripción y análisis del proceso de validación del cuestionario y b) aplicación del instrumento validado para observar y registrar información pragmática y contextual durante las entrevistas con los sujetos encuestados.

Finalmente, cabe destacar que el trabajo se enmarca en el proyecto FONIS SA15I20193 titulado *Adaptación y validación del instrumento Nuevo Signo Vital para la alfabetización en salud (AS) en pacientes crónicos de la Atención Primaria de Salud (APS)*.

I. INTRODUCCIÓN

Los trabajos relacionados con alfabetización en salud han captado en los últimos años el interés de los investigadores en gran parte del mundo. Lo anterior se debe a que la Alfabetización en Salud (en adelante AS) corresponde a un predictor aún más determinante, en el estado de salud de un individuo, que sus ingresos, nivel de instrucción o grupo racial o étnico (Weiss, 2003, p.7). Es más, la alfabetización en salud es un factor de riesgo en sí mismo: estudios europeos (Bostock, 2009) demuestran que los pacientes con baja AS presentan el doble de mortalidad que aquellos que presentan una alta AS, en un seguimiento realizado a 7.857 pacientes mayores de 52 años. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud ha señalado que una limitada AS constituye un importante problema de salud pública desde distintas perspectivas.

El origen del concepto *Alfabetización en Salud* se remonta a la década del setenta en el marco de la Educación en Salud, y fue empleado por Simonds (1974) para referirse a la educación en salud como una política social. Posteriormente, la AS se ha utilizado desde una mirada clínica (individual), en la cual se emplea como un instrumento de entrega de conocimientos a los pacientes para que puedan entender con claridad las indicaciones del equipo de salud. Así también, se ha usado este concepto desde una mirada de la salud pública (holística), en la que se enfrenta el problema desde *el tratamiento, la prevención y la promoción de la salud*.

La producción científica y los estudios de AS se ha concentrado prioritariamente en países de Norteamérica (EEUU y Canadá) y Europa. En cambio, en los países latinoamericanos ha sido escaso el desarrollo de investigaciones y publicaciones entorno a esta temática. En el caso de Chile, los trabajos son incipientes y apuntan a sectores específicos de la población; por

ejemplo, hipertensos y diabéticos, y utilizan instrumentos que miden alfabetización en un sentido general (competencia lectora y aritmética).

De manera que es relevante contar con mayor cantidad de instrumentos que permitan medir la AS en la población chilena, ya sea a través de la construcción de pruebas o mediante la adaptación de encuestas, considerado en todo momento el contexto sociocultural nacional. Es decir, la existencia de instrumentos validados especialmente para su uso en el ámbito clínico de la Atención Primaria en Salud, permitirá no solo mejorar los procesos de atención, sino que también reorientar los enfoques que subyacen a estas prácticas. Lo anterior, admite eventualmente una mejor focalización de los esfuerzos hacia aquellas áreas más vulnerables y medir el impacto de las intervenciones en relación a la modificación de conductas, actitudes y hábitos de la población.

En este contexto, es fundamental el aporte de este trabajo por el impacto social que puede generar en las políticas de salud pública, y porque además presenta un elemento diferenciador en comparación con otras investigaciones en las que se han adaptado instrumentos que miden AS a la realidad sociocultural chilena, ya que se considera en el proceso de validación semántica y durante la aplicación del cuestionario elementos pragmadiscursivos del español de Chile. Esto es, tanto para la homologación del significado del instrumento, como para dar cuenta de la variación en los índices de Alfabetización en Salud según las condiciones pragmáticas que afectan la aplicación.

Es por motivo que se destaca la importancia de la información pragmática (Escandell) y elementos de la teoría de la relevancia (D. Wilson y D. Sperber) para tomar decisiones oportunas durante el proceso de validación y aplicación del instrumento.

Considerando lo anterior, es necesario definir qué se entenderá por información pragmática en esta indagatoria. Para ello, Escandell (1993) brinda una

apropiada definición, entendiendo la información pragmática como la interiorización de la realidad objetiva, es decir, comprende todo lo que constituye nuestro universo mental, desde lo más objetivo a las manías más personales. La información pragmática corresponde al conjunto de creencias, supuestos, opiniones y sentimientos de un individuo en un momento cualquiera de la interacción verbal (p. 37). Por lo tanto, si se espera que la adecuación de un cuestionario norteamericano y que su formulación discursiva sea exitosa, su estructura textual debe ser modificada y aplicada considerando el perfil de las personas que serán encuestadas.

Asimismo, Dik (1989) establece que la información pragmática puede ser clasificada como *general, situacional y contextual*¹ (citado en Escandell, 1993, p. 37) y su contenido es considerado durante la adecuación de los instrumentos, puesto que en la interacción verbal -cara a cara o mediada por un texto escrito- activamos nuestros saberes de mundo y nuestra experiencia previa para completar la información que no es aportada por el texto o nuestros interlocutores. En ese sentido, los tres tipos de información: general, situacional y contextual se activan inconscientemente en los sujetos evaluados, por lo que deben ser considerados por los investigadores que trabajan en la adecuación de las pruebas.

Junto con la información pragmática, es importante dar cuenta de la teoría de la relevancia y de las implicaturas como elementos que también se consideran en la validación semántica de los instrumentos. Los autores que explican esta teoría señalan que puede entenderse como el intento de profundizar en una de las tesis fundamentales de Grice: una característica esencial de la mayor parte de la comunicación humana es la expresión y el reconocimiento de intenciones (Wilson

¹ **Información pragmática general** o conocimiento de mundo; **información pragmática situacional** que corresponde a lo que los interlocutores perciben durante la intervención; **información pragmática contextual** que deriva de las expresiones lingüísticas inmediatamente precedentes.

y Sperber, 2004, p. 238). Grice sentó las bases de un modelo inferencial de la comunicación, alternativo al modelo clásico del código.

Según el modelo inferencial, el comunicador proporciona una evidencia de su intención de transmitir un cierto significado, que el interlocutor deberá inferir a partir de esa evidencia suministrada. De modo que la búsqueda de la relevancia es una característica fundamental del conocimiento humano que concierne no solo a los enunciados u otros fenómenos perceptibles, sino también a los pensamientos, a los recuerdos y a las conclusiones de las inferencias.

Este modelo surge de los planteamientos de Wilson y Sperber (2004) sobre la teoría de la relevancia, en la cual se señalan que un input es relevante para un sujeto cuando entra en contacto con una información previa de la que éste dispone, produciendo con ello una serie de resultados que le incumben: responder a una pregunta que tenía en su mente, aumentar sus conocimientos sobre ciertos asuntos, resolver una duda, confirmar una sospecha o corregir una impresión que ha resultado ser equivocada. Cuando el efecto en el sujeto supone una diferencia significativa para la representación mental que tiene del mundo se denomina efecto cognitivo positivo, y cuando este efecto es el más importante se conoce como implicatura contextual, la cual se deduce del input y del contexto (p. 239-240).

Así también, en dicha teoría de la relevancia se establece que la relevancia es inversamente proporcional al esfuerzo (ley del mínimo esfuerzo). Esto es, cuanto mayor sea el esfuerzo requerido para una percepción, recuerdo o inferencia, menor será la recompensa que se alcance por su procesamiento y, por tanto, merecerá un menor grado de atención (Wilson y Sperber, 2004, p. 249).

En síntesis, el modelo inferencial y la teoría de la relevancia dan cuenta de lo que se dice en el proceso de comunicación y lo que se hace con este proceso, o sea, los efectos que el hablante quiere producir en el oyente con su(s) enunciado(s), a partir del reconocimiento de intenciones y mediante las implicaturas que son

elementos independientes de las estructuras lingüísticas; es decir, son provocadas por las palabras, pero no están en las palabras mismas.



II. MARCO TEÓRICO Y PRECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

II.1 Pragmática y discurso

Convertirse en miembro de una cultura es sobre todo aprender a percibir, pensar y actuar como lo hacen los miembros de esa cultura. De modo que la forma en la que los individuos son capaces de comportarse en la sociedad dependerá de la manera en la que son capaces de representar internamente el contexto social.

Por esta razón, los intercambios lingüísticos no se limitan únicamente a la transmisión de información en un código compartido. Muchos de estos intercambios propenden a la construcción y conservación de las relaciones humanas, por lo que existe un vínculo social entre los participantes de una situación comunicativa determinada. Además, los participantes poseen una capacidad de evaluación y sus acciones son calculadas según sus fines particulares en la interacción.

Considerando lo anterior, corresponde aclarar que la revisión teórica de este apartado contempla principalmente los conceptos de *discurso* y *pragmática* porque son aspectos que sostienen ideológicamente el proceso de validación semántica y la aplicación de un instrumento que mide AS y que se aplica en contextos determinados. En este sentido, se entenderá el discurso como una forma específica del uso del lenguaje y como una forma específica de interacción social; mientras que la pragmática, busca establecer con precisión los factores que determinan sistemáticamente el modo en que funcionan los intercambios comunicativos.

Ahora bien, en esta investigación ambos conceptos: pragmática y discurso se articulan a través de una relación de interdependencia, puesto que la interpretación concreta de un enunciado en una situación dada no podrá ser analizada exclusivamente considerando las reglas internas del sistema lingüístico, ya que también es necesario que se analicen los elementos extralingüísticos del discurso.

Uno de estos elementos extralingüísticos se conoce como *intención*. En ella se produce una relación entre el hablante y su información pragmática, de un lado, y el destinatario y el entorno, del otro. Se presenta como una relación dinámica, de voluntad de cambio y de causa-efecto: la intención se explica a partir del hecho de que todo discurso es un tipo de acción, es decir, de las marcas y de los resultados de la acción se deduce la intención. Al igual que la información pragmática, la intención funciona como un principio regulador de la conducta porque conduce al hablante a utilizar los medios que considera más idóneos para alcanzar sus fines (Escandell, 1993, p. 41).

En este sentido, la propuesta teórica de este trabajo tendrá un enfoque sustentado en los estudios de la lingüística perceptiva. Para ello, Sperber y Wilson (1994) explican que en la comunicación se intenta atraer la atención de los oyentes o lectores, que comparten una serie de presunciones. Es un principio comunicativo que todos los hablantes asumen al expresarse y que garantiza que el esfuerzo será recompensado con información relevante sobre las intenciones del emisor.

Cuando un hablante emite un estímulo lingüístico intencionado para un oyente determinado, se considera que lo dicho es relevante en grado óptimo para ese oyente y que le proporciona un conjunto de premisas (la proposición expresada más el contexto) que le exige un esfuerzo mínimo de procesamiento. De este modo, la primera proposición que llega a la mente del oyente, viene con una garantía que le permitirá deducir la interpretación que aporta mayor cantidad de información con el mínimo esfuerzo cognitivo: “En otras palabras, la comunicación verbal empieza propiamente cuando se reconoce no que el hablante está sencillamente hablando, ni que está comunicándose al hablar, sino que le está diciendo algo a alguien” (Sperber y Wilson, 1994, 222).

En *El contexto en la Teoría de la Relevancia*, Varón López (s.f) explica que, a la hora de interpretar un enunciado, hay un nivel básico en el que operan

procesos de tipo convencional, codificación y descodificación; y otro nivel más general, no convencional, en el que se realizan procesos de tipo inferencial. Ambos niveles funcionarían con total independencia en áreas cognitivas diferentes, encargándose de: a) establecer la proposición expresada (*lo dicho*); y b) seleccionar las proposiciones complementarias –el contexto–, que se combinan con la proposición inicial para determinar la intención del hablante (*lo comunicado*) (p. 32).

Para los autores Sperber y Wilson no existe un contexto inicial fijado antes de la emisión del enunciado. Cuando el hablante construye su enunciado, si realmente quiere comunicarse, se asegurará de que el oyente tenga acceso al contexto adecuado. El oyente hará hipótesis y elegirá los supuestos que le parezcan más relevantes para interpretar el enunciado. En definitiva, la interpretación que el hablante intenta que se haga y la que el oyente debe elegir es aquella que resulta más relevante. Una vez establecida una meta común en la comunicación verbal, resulta más fácil describir cómo se produce ésta.

El enfoque pragmático-discursivo y los estudios sobre lingüística perceptiva, se desarrollaron en párrafos precedentes para realizar un análisis en el que se reconozcan los aspectos pragmáticos que intervienen en la formulación y aplicación del cuestionario NVS, a partir de la información pragmática general, situacional y contextual que están latentes en las distintas situaciones comunicativas registradas en este estudio. Dicho análisis lingüístico, también considerará tres categorías pragmáticas² de significación implícitas, las cuales son expuestas a continuación y serán de gran utilidad para describir la validación del NVS.

² Las categorías pragmáticas que se presentan a continuación se recogen del artículo titulado *Categorías inferenciales en pragmática clínica* (2005) de Gallardo Paúls.

- *Implícitos convencionales: las presuposiciones*

La presuposición es una categoría de significado inferencial que manejan los hablantes a partir del uso gramatical; es, por tanto, la inferencia más próxima al uso explícito, puesto que se trata de significados que dependen de las palabras concretas que se pronuncian. Las presuposiciones son significados que se asumen como verdaderos al utilizar ciertos enunciados. Por ejemplo: “lamento que llueva” presupone la veracidad de ‘llueve’, y “¿cuándo vienes?” presupone “vienes”.

En español podemos citar varias categorías morfosintácticas que activan presuposiciones, por ejemplo:

Las preguntas no polares o pronominales presuponen la verdad de su complemento: “¿quién ha dibujado en la pared?” presupone “alguien ha dibujado en la pared”.

Los verbos de cambio de estado presuponen la veracidad del complemento: *dejar de, empezar a*.

Los verbos factivos también presuponen su complemento: *saber, lamentar*.

Condicionales contrafácticos: “*si hubieras usado el paraguas no estarías empapada*” presupone “*no usaste el paraguas*”.

(Gallardo Paúls, 2005, p. 67)

A pesar de que las presuposiciones tienen un anclaje directo con el significante, su manejo no depende del componente semántico. La presuposición constituye una categoría pragmática porque sirve para que el emisor organice los distintos planos informativos según sus intereses.

- *Implícitos no convencionales: las implicaturas*

La implicatura es un tipo de significado inferencial no convencional que no se basa en el uso de ciertas palabras, sino en la aplicación de ciertas normas comunicativas. Esta categoría pragmática, se origina a partir de un principio

cooperativo que no es exclusivo de la actividad lingüística, sino que caracteriza a la interacción social de los seres humanos;

Las implicaturas derivan de la aplicación de cuatro máximas conversacionales que surgen del principio de cooperación propuesto por el filósofo H. Paul Grice. Son máximas que se aplican básicamente a los intercambios informativos, y que Grice equiparaba a otros posibles intercambios humanos³:

- a. Máxima de la cantidad: ‘no des más ni menos información de la necesaria’.
- b. Máxima de la cualidad: ‘no digas aquello de lo que no tengas evidencia o creas falso’.
- c. Máxima de la manera: ‘sé breve y ordenado, evita la oscuridad y la ambigüedad’.
- d. Máxima de la pertinencia o de la relevancia: ‘haz contribuciones relevantes, ve al grano’.

• *Categorías inferenciales textuales: moralejas y conclusiones*

Las inferencias que se acaban de abordar se sitúan en el nivel enunciativo y son activadas por el emisor en su uso del lenguaje. Sin embargo, existen otras inferencias de nivel más complejo que se basan en la superestructura textual, es decir, en el esquema discursivo abstracto que tiene cada texto.

En el ámbito de la superestructura argumentativa, el silogismo es el ejemplo más evidente de inferencia textual: cuando alguien proporciona dos premisas, se tiende a inferir la conclusión sin necesidad de que el hablante la explicita. Por ejemplo, a la pregunta “¿has hablado con Joaquín?” el interlocutor responde: “lo llamé, pero sonaba ocupado”; en ese caso se deduce que no ha podido hablar gracias a un proceso inferencial lógico.

³ Tomado de Gallardo Paúls, 2005, p. 68

En el nivel de la superestructura narrativa, las moralejas y los aspectos evaluativos de la historia son confiados con frecuencia a los procesos inferenciales del receptor, especialmente en las historias conversacionales. Además, la capacidad de inferir un elemento del texto a partir de la información que está explícita se relaciona con la capacidad de mantener la coherencia textual (tanto en la emisión como en la recepción).

II.2 Oralidad, escritura y digitalización

Desde el punto de vista histórico, oralidad y escritura son consideradas categorías opuestas entre sí pues poseen marcadas diferencias en sus rasgos constituyentes. Anteriormente, se admitía la idea de que las tecnologías de la escritura habían producido un impacto en el desarrollo de la cultura occidental y que, por consiguiente, la cultura escrita se relacionaba directamente con la formación de organizaciones sociales complejas y con los procesos superiores del pensamiento (Cassany, 1999, p. 222).

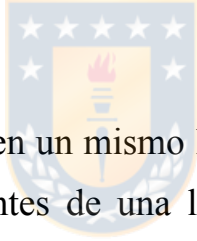
Sin embargo, la concepción reduccionista que relaciona la escritura con la idea de civilización o cultura, se trataba, según Cassany, de una “visión esquemática de la realidad” en la que “se reduce una realidad compleja a esquemas binarios de oposiciones, e incluso puede inducir a concepciones falsas y peligrosas por ser claramente eurocéntrica y discriminatoria. Sería absurdo asociar los términos civilización o ciudadano unilateralmente a la denominada cultura escrita y negarlos, por defecto, a las comunidades orales” (1999, p. 225).

Actualmente, la lingüística asume un enfoque interactivo, discursivo y pragmático, por lo que ambas categorías: oralidad y escritura, son aceptadas como modalidades discursivas complementarias para “expresar las distintas manifestaciones culturales de una comunidad compuesta por personas con distintas

experiencias y formaciones comunicativas” (Cassany, 1999, p. 226). Por ende, en palabras de Mostacero (2004), la relación entre cultura oral y escrita no puede ser definida y analizada dicotómicamente, se debe considerar la existencia de un *continuum* donde los fenómenos se perciben en un espectro, sin más diferencias que los matices o grados de pertenecer a la oralidad o a la escrituralidad⁴ (p. 67).

Es frecuente que en algunos discursos se produzca un cruce entre ambas modalidades y compartan un mismo espacio de comunicación. Así, el cambio de la oralidad a la escritura -o viceversa- implica que ciertos elementos del discurso se modifiquen o se sustituyan, por ejemplo, la escritura deberá conservar elementos no verbales mediante procedimientos como la deíxis, repetición y anáfora, para sustituir recursos proxémicos y kinésicos propios de la oralidad.

Cassany (1991) en su artículo *Lo escrito desde el análisis del discurso* sostiene que:



lo oral y lo escrito comparten un mismo lugar, que es el de la comunicación en la comunidad de hablantes de una lengua, expresan formas culturales complementarias y se re canalizan y transforman entre sí de modo continuo: se escribe lo oral para poder ser recordado, se ejecuta oralmente lo escrito en contextos particulares, etc (p.225).

Por consiguiente, debido al fenómeno discursivo que se genera entre oralidad y escrita, y la variedad de sistema que las desbordan, nos vemos en la necesidad de recurrir a otro término para integrar en él todas las formas de la producción discursiva: La *textualidad* humana. Schmidt (1977) entendía, por una parte, que existe la actividad semiótica de *textualizar*, como la capacidad de

⁴ El concepto *escrituralidad* es definido por Mostacero (1997) como todos aquellos productos que se crean y circulan en el contexto de las tecnologías de la escritura y la textualización, por lo tanto, obedecen a pautas institucionales, dependientes de los “aparatos ideológicos del estado” y de las nuevas posibilidades de comunicación en el ciberespacio (como se cita en Mostacero, 2004, p. 57)

producir e interpretar textos y, por otra, la noción de *textualidad*, como el conjunto de todos los tipos de textos y discursos que una persona o una sociedad han sido capaces de producir (como se cita en Mostacero, 2004, p. 65). Su campo, por ende, está formado por fenómenos tan variados, pertenecientes a diferentes esferas semiótico-comunicativas que funcionan como sistemas de complejas tecnologías.

Ahora bien, una de las formas de textualidad que comunica la experiencia humana hoy en día es la digitalización que se caracteriza por pertenecer a otro paradigma comunicativo distinto al de la comunicación analógica o lineal. En este tipo de discursos cambia el soporte y se incorporan la red (Internet), la multimedia y las relaciones hipertextuales. En palabras de Rodríguez (1999), esta herramienta tecnológica se trata de un “híbrido cultural” donde los recursos de multimedia han terminado por romper la linealidad de la escritura y dar paso a una “virtualidad” sin soportes contables como los segmentos de la voz o de la escritura convencional. Gracias al hipertexto el cibernauta o lector puede “construir un texto predispuesto a multitud de enlaces y conexiones con otros textos y donde el trayecto o recorrido de lectura está igualmente liberado a los propios intereses del lector de turno” (Mostacero, 2004, p. 64)

Estamos viviendo los tiempos de la multimodalidad y de la multimedialidad, la era de la globalización comunicacional e ideológica, por lo tanto, la digitalización no solo cambió el soporte de escritura, sino que introdujo nuevas formas narrativas y orales (e-mail, chat, foro), nuevos sistemas de referencia, otros posicionamientos entre emisor y receptor, lo cual se traduce en distintas maneras de intentar y organizar la lectura y, por consiguiente, de interpretar el sentido (Piscitelli, 2002, p. 125).

II.3 Alfabetización en salud

A comienzos del siglo XX, las enfermedades infecciosas se consideraban una gran amenaza para las personas y el concepto de *salud* se desarrolló de acuerdo a este fenómeno, por lo que la noción de salud se entendía y definía como la ausencia de una enfermedad.

Sin embargo, a mediados del mismo siglo, aumentó la prevalencia de las enfermedades crónicas, y con ello cambió también el concepto de salud y la utilización de los modelos de prevención y promoción. Es decir, la salud pasó a considerarse como un estado completo de bienestar físico, mental y social de los individuos.

En relación con lo anterior, la declaración de Almá-Atá (1978) destacó que la salud era un derecho fundamental y un objetivo social, que necesita de la intervención de sectores sociales, políticos y económicos, además del sector de la salud. Junto con ello, enfatiza que la salud debe considerarse como un principio básico de justicia social para asegurar que las personas tengan acceso a ella y a una vida saludable.

Luego de las declaraciones de Almá-Atá, tuvo lugar la Primera Conferencia de Promoción de salud en Ottawa (1986) con el lema *Salud para todos en el año 2000*. En dicha conferencia, se definió la promoción de la salud como un proceso que proporcionaba a las comunidades los medios necesarios para mejorar su salud y llevar un mayor control sobre esta, abarcando cinco ámbitos: el familiar, el escolar, el laboral, el sanitario y el comunitario. En esta instancia también se destacó que las estrategias de promoción de salud y los programas que se lleven a cabo deben adaptarse a las necesidades locales y las posibilidades de los individuos de cada país, teniendo presente las diferencias sociales, económicas y culturales.

A partir de estos antecedentes, y considerando los procesos educativos, se desprende un área de estudio relacionada con el concepto de *Alfabetización en la*

Salud, cuyo propósito supone alcanzar niveles de conocimientos, habilidades personales y confianza que permitan adoptar medidas para mejorar la salud personal y de la comunidad, mediante un cambio de los estilos de vida y de las condiciones personales. De esta manera, la Alfabetización en Salud admite algo más que poder leer un folleto y pedir citas: mediante el acceso de las personas a la información sanitaria, y su capacidad para utilizarla con eficiencia, se alcanzan competencias que permiten el empoderamiento de los sujetos.

En este sentido, el concepto de *Alfabetización en Salud* es un importante predictor de inequidades sociales, y su dominio implica los conocimientos y competencias que tienen los individuos para hacer frente a los desafíos que impone el cuidado de la salud durante el ciclo vital. Por lo tanto, la alfabetización para la salud depende de niveles más generales de alfabetización. Así, una baja alfabetización general puede afectar a la salud de las personas directamente, ya que limita su desarrollo personal, social y cultural.

En la sociedad actual, existe un aumento de conductas menos saludables y de acciones deficitarias que reflejan un crecimiento de patologías crónicas (obesidad, accidente vascular cerebral, depresión, cáncer, etc.) vinculadas a un proceso de estrés acumulado. Muchos estudios científicos advierten sobre la relación entre conductas/actitudes y enfermedad, por lo que proseguir con investigaciones relacionadas a la alfabetización resulta de interés para médicos y especialistas preocupados por la prevención de enfermedades y por la promoción de estilos de vida más saludables.

Como ya se mencionó, la Alfabetización en Salud es un fenómeno complejo, dinámico y social. Este concepto reconoce los determinantes de salud individuales (conocimientos previos, nivel de instrucción, etc.) y los factores ambientales (núcleo familiar, contexto social, etc.) como aspectos que intervienen en el proceso de la AS, al mismo tiempo que identifica las principales competencias necesarias

para navegar en las tres etapas del continuum salud-enfermedad: prevención, promoción y atención o rehabilitación⁵. De modo que el concepto de AS subyacente en este trabajo, considera la definición planteada por la Unión Europea porque contempla sus diferentes dimensiones:

“La Alfabetización en Salud está vinculada con la alfabetización general y comprende el conocimiento, la motivación y la competencia de los individuos para acceder, comprender, valorar y aplicar la información en salud para realizar juicios y tomar decisiones en la vida cotidiana en materia de salud, prevención de enfermedades y promoción de salud para mantener o mejorar la calidad de vida durante su curso” (HLS-EU Consortium, 2012).⁶

Además de esta definición, para entender en su totalidad el concepto de Alfabetización en Salud hay que tener presente las diversas competencias que están implicadas en su contenido y la importancia de su adquisición y desarrollo (ver tabla 1.2).

⁵ Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. Health Literacy: The Solid Facts. 2013.

⁶ Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project 2009.2012. Maastricht, HLS-EU Consortium, 2012.

Tabla 2.1 Elementos primordiales de la Alfabetización en Salud

Competencias de la AS	Importancia de las AS
Comprensión de textos: leer, escribir e interpretar documentos. Ejemplo: comprender instrucciones escritas, como un folleto informativo de algún medicamento.	DECISIONES POCO SALUDABLES: un nivel bajo de AS puede traducirse en mal estado físico y mental, debido a las alternativas que escojan los individuos.
Habilidades aritméticas: capacidad de hacer cálculos y resolver problemas de tipo matemático. Ejemplo: calcular una dosis.	COMPORTAMIENTOS RIESGOSOS: un nivel bajo de AS puede traer consigo un menor cuidado preventivo, no uso o abuso de medicamentos, demora en la búsqueda de tratamiento.
Competencia comunicativa: escuchar y hablar de manera efectiva. Ejemplo: preguntarle algo al médico y comprender su respuesta.	MENOR AUTOCUIDADO: un nivel no adecuado de AS deriva en el mal manejo de enfermedades crónicas.

Fuente: Elaboración propia.



Por su parte, la medición de la Alfabetización en Salud se ha masificado especialmente en la última década. Al respecto, es posible diferenciar tres enfoques: uno objetivo, otro subjetivo y uno mixto. El enfoque objetivo, se caracteriza por considerar la medición de habilidades en los pacientes a través de la resolución de tareas relacionadas con la interpretación de documentos, la lectura de estos y la escritura en prosa (print literacy), el uso de información cuantitativa (numeracy o quantitative literacy) y la capacidad de comunicarse efectivamente (oral literacy). La perspectiva subjetiva, en cambio, se caracteriza por el auto-reporte del desempeño de habilidades percibidas en múltiples dominios, mientras que el enfoque mixto se va a caracterizar por una combinación de las perspectivas objetiva y subjetiva.

Como resultado de los enfoques anteriores, organismos internacionales han construido variados tipos de instrumentos que miden los índices de AS en la población. A continuación se presentan y describen tres de estos cuestionarios:

The Newest Vital Sign (NVS)

El test NVS (Weiss, 2005) fue creado por el doctor Barry Weiss en la Universidad de Arizona, Estados Unidos, en base a REALM y TOFHLA, con ayuda de especialistas de la alfabetización de la salud y alfabetismo en general. Se plantean inicialmente cinco escenarios para medir comprensión lectora y habilidades matemáticas: receta de un analgésico, consentimiento informado para una angiografía coronaria, instrucciones de auto-cuidado para fallas del corazón, información nutricional de una etiqueta de un helado e instrucciones de remedios para el asma. Se formulan 21 preguntas, entre 3 y 6 ítems por cada escenario. Estos escenarios son candidatos para definir la versión final, la cual contiene uno solo de ellos. La muestra a la cual se le aplica el instrumento consta de 500 personas, 250 de habla inglesa y otro tanto de habla española, reclutados de tres consultorios de Tucson, Arizona y vinculados a la Escuela de Medicina de la Universidad de Arizona.

Short Assessment of Health Literacy–Spanish (SAHL-S)

El Short Assessment of Health Literacy–Spanish and English (SAHL–S) es un instrumento consistente, construido en inglés y español, con buena confiabilidad y validez en ambos lenguajes. El test tiene como objetivo "detectar la habilidad de adultos hispano parlantes para leer y entender términos médicos comunes" (descripción de SAHL–S). Se constituye de 18 términos que tienen una palabra con significado relacionado y una palabra distractora con significado no relacionado al término del test. De esta forma se evalúa la comprensión, así como

la pronunciación (decodificación) de los términos relacionados con salud. Su administración toma aproximadamente entre 2 a 3 minutos y requiere entrenamiento mínimo. La administración de este instrumento puede ser facilitada usando tarjetas que contiene una palabra impresa en la parte superior y dos palabras (1 distractor / 1 correcta) en la parte inferior, estas últimas deberán asociarse al concepto que se encuentra en la parte superior. Se interpreta como punto de corte para baja AS, un puntaje ≤ 14 .

Health Literacy Survey -EU

Falcón-Romero et. al. (2012) presentan la Encuesta Europea de Alfabetización en Salud, del Programa Europeo de Salud Pública. El proyecto propone un modelo conceptual que, por una parte, integra tres dimensiones: "estar enfermo/asistencia sanitaria; estar en riesgo/prevención de enfermedades, y estar sano/promoción de la salud", y por otra parte considera en su medición cuatro niveles de utilización de la información: "encontrarla, entenderla, evaluarla y aplicarla" en la toma de decisiones vinculadas a su salud. Este esquema define un modelo conceptual que vincula el grado de conocimiento o alfabetización en salud a la posibilidad del paciente de participar en forma autónoma de las decisiones relativas a su propia salud y calidad de vida. La encuesta se constituye por 47 ítems distribuidos en 12 sub dimensiones, las cuales se vinculan no solamente a conocimientos sobre autocuidado, sino a conocimiento sobre derechos, formas de acceso a servicios públicos, etc.

El primer grupo de cuatro sub dimensiones se relacionan con dominio de la *Atención en Salud* y evalúan la capacidad para: 1) acceder a la información sobre temas médicos o clínicos; 2) comprender la información médica o clínica; 3) interpretar y evaluar la información médica o clínica; 4) tomar decisiones informadas sobre cuestiones médicas o clínica.

El segundo grupo de cuatro sub dimensiones se relacionan con el dominio *Prevención de Enfermedades* y evalúan la capacidad de: 5) acceder a la información sobre los factores de riesgo; 6) comprender la información sobre los factores de riesgo y derivar el significado; 7) capacidad para interpretar y evaluar información sobre los factores de riesgo; 8) la capacidad de juzgar la pertinencia de la información sobre los factores de riesgo.

El tercer grupo da cuenta del dominio de la *Promoción de la Salud* y evalúa la capacidad de; 9) actualizarse en temas de salud; 10) comprender la información relacionada con la salud; 11) interpretar y evaluar la información sobre temas relacionados con la salud; y 12) enjuiciar temas relacionados con la salud.

El formato de respuesta es de tipo Likert de 4 puntos (muy fácil, fácil, difícil, muy difícil). A partir de las 12 sub dimensiones y 3 dominios obtienen 4 índices de alfabetización: a) Índice General de Alfabetización en Salud; b) Índice Alfabetización en Salud relacionado con la Atención en Salud; c) Índice Alfabetización en Salud relacionado con la Prevención de Enfermedades; d) Índice Alfabetización en Salud relacionado con la Promoción de la Salud.

II.4 Adaptación transcultural

La adaptación cultural de un instrumento es un proceso extenso y complejo que repercute decisivamente en la calidad final del instrumento y en los datos que se obtienen a partir de su aplicación. Actualmente, no resulta admisible emplear instrumentos sin tener en cuenta el método de traducción y adaptación mediante el cual han sido preparados, de manera que exista la certeza de que la versión original y la resultante son culturalmente equivalentes, por lo tanto, resultan igualmente aplicables y aceptadas en distintos contextos sociales y culturales.

Asimismo, la nueva versión debe presentar también características psicométricas adecuadas, puesto que no se puede asumir que los instrumentos, aunque esté perfectamente validados en su país de origen, sea igualmente confiable o válidos después de que se haya realizado un proceso de traducción y adaptación transcultural.

Por consiguiente, para obtener una nueva versión de un instrumento, es importante que se cumpla con los criterios anteriores, y que el autor del instrumento original esté de acuerdo con las adaptaciones incorporadas, evitando así la existencia de versiones no autorizadas que pueden diferir en sus propiedades, y de esta forma se consiga equivalencia con la primera versión.

Gaite, Ramírez y Herrera (1997) aclaran en el artículo *Traducción y adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en psiquiatría: aspectos metodológicos* la distinción entre los procesos de traducción y adaptación, refiriéndose a ellos de la siguiente manera:

[..]no es fácil delimitar la línea que separa una versión correctamente «traducida» de una versión correctamente «adaptada» al nuevo idioma. En el proceso de traducción se deben tener en cuenta las circunstancias culturales del lugar donde se va a emplear el instrumento, de manera que ciertas modificaciones en los términos utilizados o bien en los ejemplos empleados se pueden considerar como variaciones culturales permitidas, e incluso necesarias, y no como errores de traducción, ya que es necesario tener siempre presente que el objetivo a perseguir no es la traducción lingüística literal. Por este motivo el proceso de traducción y el de adaptación, que trataremos a continuación, comparten bastantes elementos comunes, debiendo ser considerados como un «continuum» en la tarea de obtener una nueva versión idiomática, aunque al mismo tiempo deben permanecer como dos procesos independientes (p. 95).

Ahora bien, la traducción constituye el primer paso a la hora de obtener una nueva versión de un instrumento en un idioma diferente. Gaité, Ramírez y Herrera (1997) señalan que “siempre que se lleve a cabo la traducción de un instrumento es necesario conseguir que la versión original y la traducida sean equivalentes, es decir, midan lo mismo” (p. 97). Sin embargo, esta equivalencia puede lograrse en diferentes niveles. Sartorius y Kuyken (1994) señalan tres tipos de equivalencia⁷ existentes al llevar a cabo una adecuada adaptación idiomática o cultural de un instrumento:

1. *Equivalencia técnica*: se refiere a la estructura general de la escala y de cada uno de los ítems, al modo en que se plantean las preguntas, a la similitud en los rasgos técnicos del lenguaje (gramática y sintaxis), al grado de complejidad según el nivel socio-cultural, a la longitud y grado de abstracción de las preguntas, al número de rangos de respuesta por ítem, etc.
2. *Equivalencia semántica*: supone la existencia de una correspondencia lingüística a nivel de palabras y expresiones entre las dos versiones.
3. *Equivalencia conceptual*: consiste en lograr que el mismo concepto subyazca en el mismo ítem o pregunta en ambos instrumentos. Es necesario tener siempre en cuenta que la equivalencia en el sentido de una frase (equivalencia semántica) no asegura la equivalencia conceptual, puesto que en muchas ocasiones el mismo término o expresión presenta sentidos diferentes en función del idioma o la cultura.

En cualquier adaptación es importante lograr estos tres tipos de equivalencia para conseguir un homólogo cultural del instrumento, de manera que a lo largo de todo el proceso de traducción será necesario tener en cuenta no sólo el equivalente

⁷ Tomado de Gaité, Ramírez y Herrera, 1997, p. 97

literal de una palabra o expresión, sino también cuál es el concepto o sentido que el autor original ha embestido en el instrumento.

Marín y Van Oss (1991), junto con Brislin (1986), proponen una serie de recomendaciones que, si bien son esenciales en la fase de desarrollo de un instrumento, para facilitar su ulterior traducción/adaptación a otras culturas, también son aplicables para la adaptación y traducción de la nueva versión.

Recomendaciones prácticas gramaticales y de estructura en la traducción⁸:

- Evitar en los ítems términos que puedan ser insultantes o molestos en la nueva cultura
- Evitar coloquialismos o metáforas
- Emplear frases breves
- Emplear preferentemente la voz activa en vez de la pasiva
- Mejor repetir nombres que emplear pronombres que los sustituyan
- Repetir palabras siempre que sea necesario para clarificar el contexto y sentido de una frase.
- Evitar adverbios y preposiciones que indiquen lugar y tiempo (ej., a menudo, etc.)
- Utilizar términos específicos más que generales (ej. “perros” más que “mascotas”)
- Evitar palabras que conlleven vaguedad (ej. “en general”)
- Evitar frases con dos verbos distintos si estos implican acciones diferentes
- Evitar el subjuntivo o frases condicionales (Gaité, Ramírez y Herrera, 1997, p. 98).

⁸ En Gaité, Ramírez y Herrera, 1997, p. 98

II.5 Modos de análisis cualitativo

Los estudios relacionados con salud o alfabetización en esta materia, han despertado el interés de investigadores pertenecientes a la ciencias sociales y las humanidades, lo cual ha motivado que la investigación cualitativa en salud se esté utilizando en mayor medida y como un complemento del análisis psicométrico. De hecho, cuando el investigador se preocupa por evidenciar los problemas de salud en su dimensión social o cultural, los métodos de análisis basados en estadísticas no son lo suficientemente efectivos para dar cuenta de la magnitud del fenómeno, por lo que es necesario contar con instrumentos metodológicos más flexibles.

En el contexto de la salud, la metodología cualitativa ha abierto un espacio multidisciplinario que convoca a profesionales de diversas disciplinas (médicos, enfermeras, psicólogos, sociólogos, antropólogos, trabajadores sociales, etc), lo que lejos de ser un inconveniente aporta una gran riqueza en la producción (Amezcuca y Gálvez Toro, 2002, p. 424).

No obstante, la influencia de especialistas de distintas áreas, ajenos a lo propiamente relacionado con las ciencias de la salud, también ha provocado efectos negativos como la gran variabilidad en la manera de afrontar el análisis: imprecisión y confusión de conceptos, multiplicidad de métodos, más descripción y menos interpretación, riesgo de especulación, etc. De modo que es importante conocer cuáles son los objetivos del análisis cualitativo para registrar e interpretar los datos de manera adecuada, y así evitar consecuencias contraproducentes.

Por consiguiente, el investigador deberá tener presente tres finalidades del método cualitativo para obtener resultados confiables: 1) dar cuenta del significado de los fenómenos a partir de los datos concretos, 2) confirmar o rechazar hipótesis, y 3) ampliar la comprensión de la realidad como una totalidad. Además, el investigador deberá ser precavido evitando el condicionamiento de la realidad según su propia trayectoria o experiencia subjetiva.

II.5.1 La entrevista

La entrevista es un instrumento técnico de gran utilidad en la investigación cualitativa para recabar datos (Díaz, Torruco, Martínez y Varela, 2013, p. 163). También puede ser entendida como una instancia de comunicación en la que dos o más personas intercambian mensajes y consiguen hacerse conscientes recíprocamente de lo que sienten y piensan, por medio de expresiones verbales y no verbales. La RAE define *entrevistar* como la acción de mantener o tener una conversación con una o varias personas para un fin determinado; por lo tanto, es un proceso de comunicación en el que los participantes procuran entenderse.

Dentro de la tipología de entrevistas se encuentra una conocida como *entrevista semiestructurada* que se caracteriza por plantear preguntas que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja se traduce en la posibilidad de adaptarse a los sujetos con el fin de motivar al interlocutor, aclarar términos durante la conversación, identificar ambigüedades y minimizar los formalismos.

Para Díaz et al. (2013) las entrevistas semiestructuradas ofrecen un grado de flexibilidad aceptable, al mismo tiempo que mantienen la suficiente sistematicidad para alcanzar interpretaciones acordes con los propósitos del estudio. Este tipo de entrevista es la que ha despertado mayor interés ya que “[...]se asocia con la expectativa de que es más probable que los sujetos entrevistados expresen sus puntos de vista. de manera relativamente abierta, que en una entrevista estandarizada o un cuestionario” (p. 163).

Considerando los antecedentes anteriores, en el presente trabajo se empleará este método para recabar información sobre la validación del NVS. Para ello, nos ajustaremos a las recomendaciones propuestas por Miguel Martínez (1998) sobre cómo llevar a cabo entrevistas semiestructuradas:

- Contar con una guía de entrevista, con preguntas agrupadas por temas o categorías, con base en los objetivos del estudio y la literatura del tema.
- Elegir un lugar agradable que favorezca un diálogo profundo con el entrevistado y sin ruidos que entorpezcan la entrevista y la grabación.
- Explicar al entrevistado los propósitos de la entrevista y solicitar autorización para grabarla o video-grabarla.
- Tomar los datos personales que se consideren apropiados para los fines de la investigación.
- La actitud general del entrevistador debe ser receptiva y sensible, no mostrar desaprobación en los testimonios.
- Seguir la guía de preguntas de manera que el entrevistado hable de manera libre y espontánea, si es necesario se modifica el orden y contenido de las preguntas acorde al proceso de la entrevista.
- No interrumpir el curso del pensamiento del entrevistado y dar libertad de tratar otros temas que el entrevistador perciba relacionados con las preguntas.
- Con prudencia y sin presión invitar al entrevistado a explicar, profundizar o aclarar aspectos relevantes para el propósito del estudio (como se cita en Díaz et al., 2003, p. 163-164).

Junto con estas recomendaciones, otros autores como Báez y Pérez de Tudela (2009) establecen ocho sugerencias⁹ para la formulación de preguntas, las cuales también consideramos en este trabajo:

1. Ser sencillas (breves y comprensibles), pero adecuadas para el objetivo de la pregunta de investigación.

⁹ Como se cita en en Díaz et al., 2003, p. 163-164

2. Ser válidas, es decir, que los indicadores informen sobre lo que se requiere explorar.
3. Planteadas de tal forma que los entrevistados las entiendan de la misma manera.
4. Aun cuando las preguntas se encuentren en un cuestionario escrito, deben estar formuladas en la forma de lenguaje oral y no escrito.
5. Referirse a un solo hecho.
6. No contener presuposiciones.
7. Adecuarse a la percepción, el conocimiento y el horizonte de previsión del entrevistado.
8. Evitar enunciarlas de forma sugerente.

II.5.2 Observación etnográfica ¹⁰



Los estudios descriptivos, también llamados por Taylor-Bogdan (1990) etnografías para diferenciarlos de los estudios teóricos o conceptuales, tratan de responder a las preguntas de qué está sucediendo y cómo ocurre, pretenden proporcionar una imagen «fidel a la vida» de lo que las personas dicen y del modo en que las personas actúan (citado en Amezcua y Gálvez Toro, 2002, p. 426).

La etnografía entrega una escasa o nula interpretación y conceptualización de la situación que se expone, permitiendo a los destinatarios que extraigan sus propias conclusiones y generalizaciones. Esta técnica se basan en la narración de una historia como instrumento para la descripción de las personas, escenarios o acontecimientos.

¹⁰ En este sub-apartado se entrega información general sobre la etnografía; no se incluye antecedentes teóricos sobre el origen, tipología y estilos de la observación etnográfica, porque su función en este trabajo se limita al registro anecdótico de información contextual: se utiliza para complementar el análisis cuantitativo de las encuestas.

Sin embargo, a pesar de que se sostiene que hay mínima intervención del investigador en los datos, esto es solo aparente, ya que de él depende la selección de los mismos y su ordenamiento, acciones que están en función de lo que para él es importante.

II.6 Precedentes de la investigación¹¹

II.6.1 Antecedentes generales de la Alfabetización en Salud

Gran parte de la evidencia encontrada en relación a salud y alfabetización, da cuenta de la relación entre un inadecuado nivel de AS y un estado de salud no óptimo. En la revisión sistemática de Berkman y cols en el 2011¹² sobre AS y distintos tipos de resultados en salud (outcomes), se encontraron los siguientes hallazgos para distintos grupos de estudios:

- A. Una baja AS y se asoció con un aumento en el uso de la atención de emergencia y riesgo de hospitalización, lo cual fue similar para personas de edad avanzada, pacientes hospitalizados, pacientes con asma y pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, entre otras.
- B. Una baja AS se asoció a una baja probabilidad en la realización de exámenes de mamografía y de inmunización.
- C. Una limitada AS también se asoció a la falta de habilidades para el consumo apropiado de medicamentos, por ejemplo, aquellos pacientes con una enfermedad coronaria y una baja AS tenían menos probabilidades de identificar todos sus medicamentos. Lo mismo se observó en pacientes con VIH, en personas en edad avanzada y en

¹¹ La revisión bibliográfica de los sub-apartados que preceden a esta sección fue tomada del marco conceptual del proyecto FONIS SA15I20193.

¹² Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of internal medicine*. 2011;155(2):97-107. Epub 2011/07/20.

pacientes a los que se les sometió a una prueba de dosificación de sus medicamentos y en la interpretación de etiquetas.

- D. También se encontró que pacientes con una limitada AS eran más propensos a tener síntomas de depresión o ser considerados con depresión.
- E. En personas en edad avanzada la AS se asoció a un peor estado de salud en términos generales.
- F. Asimismo, se encontró que para distintas causas de mortalidad, personas en edad avanzada con una inadecuada AS comparadas con aquellas que tienen una adecuada AS, tiene una mayor tasa de mortalidad.
- G. Respecto de los costos de atención en salud por nivel de AS, la evidencia reportada en la revisión realizada da cuenta de resultados inconsistentes a favor y en contra.
- H. Por otro lado, al analizar un grupo de estudios que daban cuenta de la relación entre el uso de información cuantitativa (*numeracy*) con el uso de los servicios de salud y el estado de salud, se encontró que un mal manejo del asma y la diabetes está relacionada a un mal uso de información cuantitativa.

En el caso de Chile, se registra solo un estudio que incluye al test NSV, este correspondió a una tesis de licenciatura de Escoda y Terrazas (2008) titulada *La Alfabetización de la Salud en el Sistema de Salud Pública en Chile*. Por otra parte, también se encontró un estudio de validación del Health Literacy Survey of European Union al contexto chileno, realizado por un grupo interdisciplinar de académicos de la Universidad de Concepción el año 2014.

En el contexto latinoamericano, la AS ha sido objeto de una incipiente actividad investigadora. Existen estudios que abordan el tópico desde una perspectiva teórica, con el fin de facilitar su comprensión, como la investigaciones

de Bonal, Marzán, Castillo y Rubán (2013) titulada *Alfabetización en salud en medicina general integral* y el trabajo de Passamai, Sampaio, Dias y Cabral (2012) titulado *Functional health literacy: reflections and concepts on its impact on the interaction among users, professionals and the health system*.

Se pueden encontrar, además, trabajos que reportan el estudio de la AS en contextos de cuidados de salud mental como el de Fresán, Berlanga, Robles, Álvarez y Vargas (2013) titulado *Alfabetización en salud mental en el trastorno bipolar: Asociación con la percepción de agresividad y el género en estudiantes de medicina*. Junto con este trabajo, la AS ha sido abordada en estudios de ancianos hipertensos, en los cuales se han aplicado instrumentos de medición tales como el Short-Test of Functional Health Literacy in Adults (S-TOFHLA), el Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM), el High Blood Pressure - Health Literacy Scale (HBP-HLS) y el Korean Health Literacy Scale (HBP-HLS)¹³. También se han reportado experiencias de validación de instrumentos tal como la del Short Assessment of Health Literacy for Portuguese-speaking Adults (SAHLPA)¹⁴, adaptado para su aplicación en la población brasileña.

II.6.2 Proyecto FONIS SA15I20193: proceso de adaptación y validación

Durante el año 2015 un equipo de investigadores de la Universidad de Concepción se adjudicó el proyecto FONIS SA15I20193, cuyo objetivo consiste en adaptar y validar el instrumento Newest Vital Sign (NVS) para medir el nivel de Alfabetización en Salud en usuarios del sistema de Atención Primaria de Salud de la realidad chilena. Junto con lo anterior, la investigación tiene como finalidad

¹³ Machado ALG, Lima FET, Cavalcante TF, Araújo TLd, Vieira NFC. Instruments of health literacy used in nursing studies with hypertensive elderly. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2014;35(4):101-7.

¹⁴ Apolinario D, Braga RdCOP, Magaldi RM, Busse AL, Campora F, Brucki S, et al. Short assessment of health literacy for Portuguese-speaking adults. *Revista de saude publica*. 2012;46(4):702-11.

contribuir al desarrollo de tecnología de medición de la AS a través de un estudio transversal, descriptivo y asociativo, con un abordaje cualitativo y cuantitativo. Su relevancia se justifica en la inexistencia de instrumentos validados al contexto sociocultural de Chile que permitan medir los niveles de AS en la atención y, así identificar su directa relación con el nivel de salud de la población.

El proyecto FONIS se inscribe en el ámbito de lo clínico-individual, esto es; hace referencia a las habilidades individuales para obtener, procesar y entender la información sobre salud, necesarias para tomar decisiones apropiadas. Este enfoque de AS, desarrollado en EEUU, ha tenido como fin apoyar a los médicos en la comunicación de sus indicaciones y en ayudar a los pacientes a entender y cumplir de mejor modo con las indicaciones de tratamiento. Esta tradición ha sido la base del desarrollo de la gran mayoría de los instrumentos más conocidos en la medición de la AS.

La población donde se realizó el estudio está constituida por todos los pacientes mayores de 17 años consultantes del Programa de Salud Cardiovascular de los Centros de Salud Familiar (CESFAM) del nivel primario de Atención que adhirieron a la iniciativa del MINSAL “Fortalecimiento de la Capacidad Formativa de la Macro-Red Sur para la Formación de Médicos de Familia” liderado por el Programa de Medicina Familiar y Salud Familiar de la Universidad de Concepción. Cabe destacar también que se usaron distintas muestras en función de las etapas del proceso de validación y para su selección, se utilizaron diferentes muestreos no probabilísticos de tipo intencionado, garantizando la homogeneidad de las mismas.

Ahora bien, en relación con los procedimientos para la validación del test, su diseño se dividirá en en cuatro fases: 1) traducción y re-traducción de los test, 2) validación del contenido de los test por juicio experto, 3) pre-test y validación

semántica y 4) análisis de las propiedades psicométricas de los test y la estimación de la sensibilidad y especificidad.

En la primera fase se traduce al español chileno los instrumentos Newest Vital Sign, Test of Functional Health Literacy in Adults versión (TOFHLA-S) y SAHLSA¹⁵, ambas versiones en español de USA. Para esto efectos, se utiliza el método de traducción y re traducción¹⁶, cuyo fin, por una parte, será traducir al español chileno cada uno de los test, y por otra, establecer la consistencia de las nuevas versiones traducidas en relación con las versiones originales.

En la segunda fase se se evalúa la validez de contenido de los test (pertinencia teórica y conceptual) y la forma en que estos están expresados (estructura). Una vez traducidos los cuestionarios, se emplea el método de juicio de expertos y se elabora una pauta de especificación en la cual los jueces de modo independiente emiten juicios sobre: la apariencia general de los test, sus instrucciones, sus reactivos (ítems), su duración y sus formatos de respuestas (escala de medición de cada ítem). La cantidad de expertos para validar el contenido de los test, es entre siete y once especialistas, los cuales deben cumplir con los siguientes criterios: a) conocer los procesos de atención de pacientes en la APS, b) tener conocimiento sobre temas relacionados con alfabetización en salud, c) ser profesional en el área de la salud (médico, enfermero, psicólogo, sociólogo, TENS, etc) y estar familiarizados con la psicometría.

¹⁵ A pesar de que el objetivo principal del proyecto FONIS SA15I20193 consiste en validar el NVS, también se validaron otros dos instrumentos que miden Alfabetización en Salud para complementar los resultados obtenidos por la el test principal del estudio y robustecer el trabajo de investigación.

¹⁶ Según los informes del proyecto FONIS SA15I20193 la traducción de los instrumentos es realizada de modo independiente por dos profesionales bilingües expertos en los idiomas español e inglés y cuya lengua materna debe ser el español. Uno de ellos tiene que estar familiarizado con el instrumento (en qué consiste y sus objetivos) y el otro no. Luego de culminar con las traducciones, ambos traductores acuerdan una versión final y emiten un informe en función de las indicaciones del equipo investigador.

Una vez finalizada la traducción de los test al español chileno, se procede a la re-traducción de los mismos al idioma de las versiones originales. Los traductores deberán tener como lengua de origen el español de USA y el procedimiento de consenso de las versiones definitivas será el mismo que se utilizó en etapa de traducción.

En la tercera fase se analiza la consistencia de las primeras versiones de los instrumentos considerando elementos discursivos y estructurales de la lengua. Luego de la validación semántica, se realiza un pre-testeo de los instrumentos antes de aplicarlos en la muestra definitiva. Para ello, se selecciona a cincuenta sujetos (veinticinco hombres y veinticinco mujeres) distribuidos entre los distintos CESFAM y como criterio de exclusión de esta muestra se considera lo siguiente: tener menos de 18 años, no estar inscrito en el Programa de Salud Cardiovascular, tener dificultades para la expresión oral, tener una deficiente función cognitiva para el procesamiento de la información, tener dificultades de lectura y de comprensión lectora, tener dificultades auditivas, padecer de patología psiquiátrica severa o trastorno mental y encontrarse en condiciones de salud física no óptimas al momento de la entrevista.

Finalmente, en la cuarta fase se realiza un análisis de las propiedades psicométricas de los test y la estimación de la sensibilidad y especificidad, para lo cual se selecciona una muestra 1.200 personas, todas distribuidas de modo homogéneo en cantidad en los doce CESFAM incluidos en el estudio.

III. SUPUESTO DE INVESTIGACIÓN¹⁷

- I. Los índices de alfabetización en salud de una población determinada varían (positiva o negativamente) según las condiciones pragmáticas que afecten la aplicación los cuestionarios.
- II. Los instrumentos que en su proceso de validación semántica han incorporado elementos pragmadiscursivos logran enriquecer su validez de contenido.

IV. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Identificar los elementos pragmadiscursivos de la lengua que intervienen en el proceso adaptación de transcultural y aplicación de un instrumento que miden AS: formulación y aplicación de Newest Vital Sign.

Objetivos específicos:

- Identificar la información pragmática más relevante que está presente en la aplicación del cuestionario NVS.
- Describir los elementos pragmadiscursivo en el proceso de validación semántica del NSV.
- Dar cuenta de una aplicación online y una aplicación presencial del NVS.

¹⁷ Utilizaremos el término “supuestos” para referirnos a las soluciones del problema de investigación, es decir, son conjeturas sobre las características, las causas de un problemas específicos o los planteamientos del fenómenos que se va a estudiar. Además, su la validez se comprueba mediante información empírica, reglas de lógica o en forma cualitativa, y no requiere de estadística. En cambio, la “hipótesis” es una respuesta tentativa al problema de investigación y consiste en una aseveración (o pregunta) que puede validarse estadísticamente. Por lo tanto, en este caso y para los propósitos de la investigación, se prefiere emplear el primer concepto aludido.

V. METODOLOGÍA

V.1) Tipo de estudio

El estudio es de tipo descriptivo, tiene un abordaje cualitativo y está dividido en dos etapas. En la primera se realizó una entrevista semiestructurada a un académico de la Universidad de Concepción, especialista en salud pública y responsable de la validación del test NVS, con el propósito de evidenciar cómo se llevó a cabo el proceso de adaptación cultural de la encuesta que se utiliza en el presente estudio. En la segunda etapa, se aplicó la encuesta validada y otros instrumentos para dar cuenta de la frecuencia de respuestas en los ítems y para identificar los elementos pragmadiscursivos que pueden afectar los resultados de la evaluación¹⁸.



V.2) Población

La población del estudio está constituida por estudiantes de la Universidad de Concepción y de la Universidad Andrés Bello que pertenecen a distintas carreras universitarias como Fonoaudiología, Enfermería, Kinesiología, Derecho, Ingeniería en Marina Mercante, Ingeniería Civil Industrial, Terapia Ocupacional y Odontología. El grupo que participó de este estudio varía entre los 18 y 28 años de edad. Además, veinte sujetos (50% de la población) realizaron la encuesta en formato virtual con un tiempo máximo de aplicación de cinco minutos y a los demás encuestados se les aplicó el test presencialmente, por lo que debían llevar a cabo los cálculos matemáticos y las tareas de comprensión lectora utilizando la memoria y la capacidad de abstracción sin el apoyo de papel y lápiz.

¹⁸ En la segunda etapa de la propuesta metodológica, los instrumentos empleados se aplicarán en dos formatos: virtual y presencial. El primer formato se implementará en la plataforma Google Form, mientras que, el segundo formato será presentado por escrito y aplicado en una entrevista dirigida por una estudiante de la carrera de Enfermería de la Universidad Andrés Bello, junto con la encargada de esta investigación.

V.3) Objeto de estudio

Se consideró la aplicación de cuatro instrumentos para dar respuesta a los objetivos de la investigación: a) el test NVS, b) encuesta para recoger impresiones del proceso, c) registro anecdótico y d) lista de cotejo para identificar información pragmática. A continuación, se describen los instrumentos empleados.

- ***Newest Vital Sign***

El test Nuevo Signo Vital (NSV o Newest Vital Sign) fue creado por Weiss y Cols el 2005 a partir de un proyecto financiado por la compañía Pfizer de la industria farmacéutica. Se utiliza en el contexto de la atención clínica y se caracteriza por evaluar aspectos relacionados con la comprensión lectora y el cálculo numérico. La aplicación de este instrumento consiste en mostrarle al paciente/usuario una etiqueta de un helado con información nutricional, a partir de la cual se formulan 6 preguntas para evaluar cómo interpreta y cómo actuaría respecto de la información presente en la etiqueta. El formato de respuesta es dicotómico (correcta e incorrecta) y en función del puntaje obtenido, en un rango de 0 a 6 puntos, se clasifica al paciente en tres categorías: nivel bajo alfabetización (obtiene 1-2 puntos), nivel medio de alfabetización (logra 3-4 puntos), pero limitado, y nivel adecuado de alfabetización (alcanza 5-6 puntos). El NSV se caracteriza por ser simple, de fácil comprensión y por tener un tiempo de aplicación de aproximadamente de 3 a 6 minutos. (Para revisar este cuestionario ver en Adjuntos).

En este trabajo se aplicó la encuesta validada a la realidad sociocultural chilena en proyecto FONIS SA15I2019, considerando dos formatos: entrevista presencial y encuesta online. Para la entrevista presencial se

mantuvo el protocolo de aplicación utilizado en el proyecto FONIS SA15I20193, mientras que para la aplicación online, se implementó en la plataforma Google Form la encuesta tal y como se dispone en el formato original, entregando las instrucciones por escrito y programando el cuestionario con un temporizador que otorga un tiempo máximo de cinco minutos para resolver el test.

- ***Encuesta para recoger impresiones del proceso***

Este instrumento fue construido para que los sujetos que participan de este estudio valoren y opinen sobre el test NVS, y así retroalimenten la aplicación del cuestionario que medie Alfabetización en Salud. La encuesta presenta cuatro preguntas de selección múltiple con espacio para escribir comentarios y sugerencias. (Ver en Adjuntos). Se implementó también en versión online.



- ***Registro anecdótico***

Es un tipo de bitácora o diario de campo, en el cual se describen las entrevistas presenciales y se anotan las impresiones entorno a la relación entre los participantes, el espacio en el que se desarrolla la comunicación, el lenguaje no verbal utilizado por destinatario de la encuesta y el grado de comprensión de las preguntas. El instrumento consta de tres partes: antecedentes, guión de observación y notas de campo.

- ***Lista de cotejo sobre información pragmática***

La lista de cotejo se construyó para identificar los elementos pragmáticos presentes en la distintas aplicaciones del instrumento y fue utilizada para registrar las reacciones del encuestado y las características del entorno.

El instrumento posee nueve indicadores que representan categorías pragmáticas como: características del espacio o entorno, lenguaje utilizado y reconstrucción del significado por parte del destinatario. Además, los indicadores se evalúan dicotómicamente; en el caso de que “SI” se presente o “NO” se presente la información pragmática.

Además, el cuestionario incluye al inicio un espacio para el registrar los antecedentes sociodemográficos (edad, género, nivel educacional y nivel ingresos) y, al igual que en los casos anteriores, se construyó una versión online.

V.4) Métodos de estudio

1. Entrevista semiestructurada: la entrevista se realizó al docente e investigador Aldo Vera, académico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción y responsable del proyecto FONIS SA15I20193 para adaptar y validar instrumentos que miden Alfabetización en Salud. En la entrevista se consideran ocho preguntas que recogen información sobre las características del cuestionario Newest Vital Sign. Asimismo, mediante este procedimiento el especialista da cuenta de la importancia de la interdisciplinariedad en los estudios científicos y explica cuál es el rol de la lingüística en el proceso de validación semántica de este instrumento. Respecto de las condiciones de realización de la entrevista, se destaca que la evidencia acústica se grabó usando un teléfono móvil y la duración no sobrepasó los 16 minutos.
2. Observación etnográfica: a partir de esta técnica, se describió el proceso de aplicación de las encuestas presenciales, considerando la relación

entre el entrevistador y el entrevistado, el espacio en el que se desarrolla la comunicación, el lenguaje no verbal del destinatario de la encuesta y el grado de comprensión de las preguntas. Para estos efectos, se anotó la información obtenida en un registro anecdótico y se evaluó la situación comunicativa con una lista de cotejo para identificar la información pragmática.

3. Análisis de frecuencia de respuesta: se realizó un análisis porcentual de la frecuencia de repuestas obtenidas por ítem, considerando la variable *género* (femenino/masculino) y la variable *formato de aplicación de la encuesta* (online/presencial). La información obtenida permitió conocer el promedio de las puntuaciones en las encuestas, los ítems con mayores y menores porcentajes de logro y la tendencia de respuesta de los sujetos; esto, conlleva a conjeturas que dan cuenta de las diferencias o similitudes entre formatos de aplicación y género de los sujetos.
4. Análisis comparativo de respuestas: considerando el análisis de frecuencia de respuestas se llevó a cabo un análisis comparativo contrastando las respuestas obtenidas por lo individuos en los tres instrumentos aplicados. Este análisis registró la relación que exista entre las encuestas y sus resultados, permitiendo aclarar si el proceso de validación semántica fue exitoso y cuál fue efectivamente la incidencia de los elementos pragmáticos en los resultados del NVS.

VI. RESULTADOS

VI.1 ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

La entrevista al profesor Aldo Vera recoge una visión global de su experiencia y la de su equipo de trabajo al adaptar y aplicar el test Nuevo Signo Vital a la realidad sociocultural chilena. La entrevista tiene una duración de 15 minutos y 38 segundos, se desarrolla en un tono formal, a través de un canal oral y la técnica utilizada es la de una conversación semidirigida. Esta instancia forma parte del método de investigación y su propósito consiste en recoger evidencia de un estudio sobre con Alfabetización en Salud.

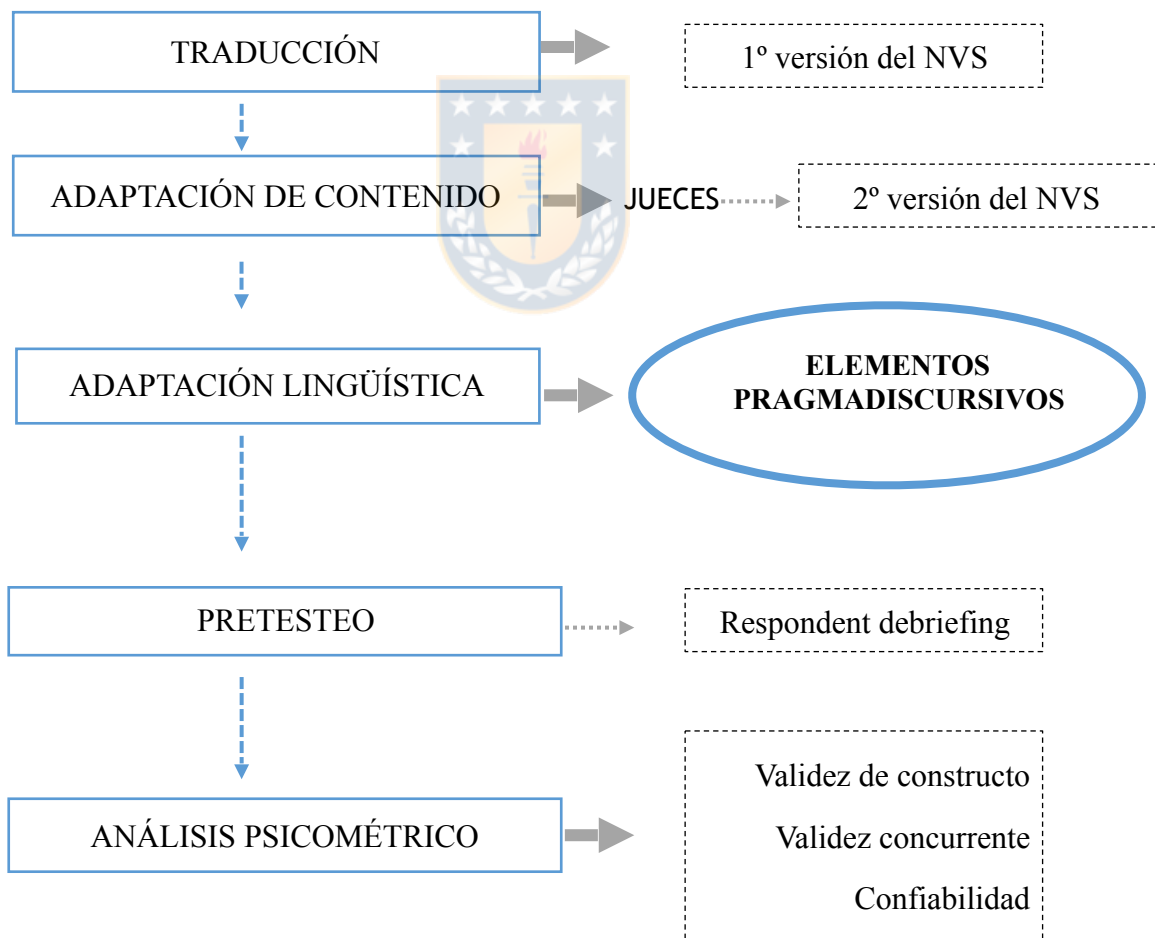


Imagen 6.1: Flujograma del proyecto FONIS

Fuente: Elaboración propia.

Luego de escuchar el testimonio que se registra en la entrevista y de revisar los insumos del proyecto FONIS SA15I20193 se comprobó que el cuestionario aplicado presenta una adecuada consistencia y confiabilidad¹⁹, por lo tanto su versión final fue la que se aplicó en la muestra de estudiantes universitarios del presente estudio.

En la entrevista el docente explica cómo se llevó a cabo la validación del instrumento (ver Flujograma) y cuál es el paradigma que subyace al proceso de adaptación y validación en su investigación. Además, se refiere a las dificultades que se presentaron en el desarrollo de su estudio y a las proyecciones en la línea de Alfabetización en Salud.

Gracias a la experiencia que expone el académico, se procura evitar en este trabajo algunas dificultades que pueden obstaculizar la investigación. Por ejemplo, se reduce el tiempo de aplicación, ya que sólo se realiza el NVS junto con dos encuestas acotadas, para no extender demasiado el periodo de aplicación. También, se resguarda la tranquilidad de los espacios para responder eficazmente a los cuestionarios, y existe una gran preocupación por la preparación del encuestador quien debe tener amplio conocimiento del test que aplicará.

Ahora bien, la conversación con Aldo Vera, no sólo fue de gran utilidad para aprender sobre la aplicación del cuestionario y sobre las complicaciones que pueden presentarse en la investigación. También compartió antecedentes relevantes que pueden ser considerados como la antesala para operacionalizar el análisis discursivo del instrumento. En la entrevista, el docente explica que en la etapa de validación se reconoce la existencia de un tipo de validez relacionada con el contenido semántico del discurso, en la cual operan elementos favorecedores de la comunicación y de la interpretación del texto.

¹⁹ A pesar de que los valores estadísticos de consistencia y confiabilidad se presentan y describen en la investigación del proyecto FONIS SA15I20193, no contamos con la autorización para transparentar y socializar estos resultados, debido a que los estudios en el marco de este proyecto aún están en vías de desarrollo.

De acuerdo a lo referido en el marco conceptual de este trabajo, *discurso* y *pragmática* son conceptualizaciones que sostiene ideológicamente el proceso de validación del NVS. En este sentido, resulta interesante comprobar cuál es la función de las categorías pragmáticas como elementos reguladores de la validación semántica y en la adaptación de este cuestionario.

Una de estas categorías son las presuposiciones o implícitos convencionales que le permiten al emisor organizar los distintos planos informativos según sus intereses, mediante la información compartida entre los participantes de una situación comunicativa determinada. En el caso del Newest Vital Sign, la información compartida en la comunicación es el idioma que manejan los hablantes (español de Chile) y el contenido de la etiqueta de helado, a partir de estos insumos se activan las presuposiciones en las pregunta de la encuesta (ver tabla 1.4).



Tabla 6.1 Presuposiciones en el NVS

Preguntas NVS	Presuposición
1. Si usted se come todo el helado que contiene el envase, ¿cuántas calorías habrá consumido?	<ul style="list-style-type: none"> - Hay cuatro porciones en el envase de helado - Una porción corresponde a 250 calorías
2. Si tiene permitido consumir 60 gramos (grs.) de carbohidratos en la colación, ¿cuánta cantidad de helado podría consumir?	Hay 30 grs. de carbohidratos en una porción de helado
3. Su doctor le recomienda que reduzca la cantidad de grasas saturadas en su dieta. Suponga que usted consume 42 gr de grasas saturadas a diario, lo que incluye una porción de helado. Si deja de comer helado, ¿cuántos gramos de grasas saturadas estaría consumiendo por día?	Hay 9 gr. de grasas saturadas en una porción de helado
4. Si normalmente usted consume 2.500 calorías en un día, ¿qué porcentaje de su consumo diario de calorías estaría ingiriendo si se come una porción?	Una porción de helado tiene 250 calorías.
<p>LEA AL PACIENTE: Imagine que usted es alérgico(a) a lo siguiente: penicilina, maní, guantes de látex y picaduras de abeja.</p>	
5. ¿Es seguro para usted comer este helado?	El helado no es seguro para una persona alérgica
6. (Pregunte sólo si el paciente respondió NO a la pregunta 5): ¿Por qué no?	El helado contiene aceite de maní

Fuente: Elaboración propia.

En la pregunta 1, por ejemplo, se presupone que el lector comprende dos cosas: hay cuatro porciones en el envase de helado y que una porción corresponde a 250 calorías. En la pregunta 2, la presuposición que se presenta en la interrogante dice relación con que el encuestado conoce que existen 30 grs. de carbohidratos en una porción de helado. En la pregunta 3, se presupone que el receptor del test sabe que hay 9 gr. de grasas saturadas en una porción de helado y en la pregunta 4, el destinatario conoce que la porción tiene 250 calorías. Finalmente, en las preguntas 5 y 6 la presuposición tiene relación con que el lector u oyente recuerda que el

helado contiene la presencia de aceite de maní, por lo tanto es perjudicial para una persona alérgica a esa sustancia.

Otra de las categorías pragmáticas que opera en la validación semántica son las implicaturas o implícitos no convencionales que están basadas en un principio cooperativo, característico de la interacción social de los seres humanos. Su análisis consiste en la aplicación de ciertas normas comunicativas que derivan en cuatro máximas conversacionales: la *máxima de cantidad* se relaciona con la entrega de información estrictamente necesaria, la *máxima de cualidad* establece la veracidad de lo que se enuncia, la *máxima de manera* pone énfasis en que se debe evitar la ambigüedad por lo que es importante el orden y la brevedad, mientras que la *máxima de pertinencia* explicita que lo expuesto debe ser relevante y tiene que aportar información nueva.

Como sentenció Aldo Vera en la entrevista, este tipo de instrumentos busca una medición objetiva de los índices de Alfabetización en Salud en una población. De modo que es fundamental en la construcción discursiva de la encuesta, considerar la incorporación de estos principios de cooperación para que el instrumento mida estandarizadamente el desempeño de los pacientes; por ende, el empleo de las *máximas* es una condición que se debe respetar, tanto en la adaptación y validación de este cuestionario como en la de otros instrumentos de similares características.

La última categoría pragmática que se identifica, corresponde a un tipo de inferencia relacionada con la superestructura textual, es decir, al esquema discursivo abstracto que tiene cada texto. A esta categoría se le conoce como moralejas o conclusiones y se puede reconocer cuando se realiza la modificación de la etiqueta de helado original para homologarla al etiquetado nacional.

Las moralejas o conclusiones permiten que se mantenga la coherencia textual; tanto para la emisión como en la recepción del mensaje. En el caso del

NVS, fue necesario adaptarlo considerando el formato de etiquetas de helados más frecuente en Chile para que la comprensión de la información y la medición de la Alfabetización en Salud fuese lo más certera y fidedigna posible. De acuerdo a la información entregada en la entrevista, el propósito del proyecto FONIS era adaptar el instrumento a la realidad sociocultural chilena, por lo que en este caso fue necesario adecuar algunos aspectos del formato de la etiqueta de helados durante el proceso de validación del Newest Vital Sign.

Para explicar el punto anterior, se presentan a continuación dos versión de la etiqueta de helados: la primera, es el resultado de las etapas de traducción y de validación de contenidos, la segunda etiqueta es la que se modificó tras el proceso de validación semántica y que además, se empleó en el proyecto FONIS SA15I20193, así como en este estudio.

Información Nutricional			
Tamaño de la Porción		½ taza	
Porciones por envase		4	
Cantidad por porción			
Calorías	250	Cal Grasa	120
			%DV
Grasa Total	13g	20%	
Grasas Sat	9g	40%	
Colesterol	28mg	12%	
Sodio	55mg	2%	
Total Carbohidratos	30g	12%	
Fibras Dietéticas	2g		
Azúcares	23g		
Proteína	4g	8%	
*Porcentaje de Valores Diarios (DV) se basan en una dieta de 2.000 calorías. Sus valores diarios pueden ser mayores o menores dependiendo de las calorías que usted necesite.			
Ingredientes: Crema, Leche Descremada, Azúcar Líquida, Agua, Yemas de Huevo, Azúcar Morena, Aceite de Cacahuete (Maní), Azúcar, Mantequilla, Sal, Carragenina, Extracto de Vainilla.			

Imagen 6.2: Primera versión de la etiqueta de helados

Fuente: Proyecto FONIS SA15I20193

INFORMACIÓN NUTRICIONAL		
1 Porción: ½ Taza Porciones por envase: 4		
	1 Porción	%VD*
Calorías	250	
<i>Calorías de grasa</i>	120	
Proteínas	4g	8%
Grasas totales	13g	20%
<i>Grasas saturadas</i>	9g	40%
Colesterol	28mg	12%
Carbohidratos disponibles	30g	12%
<i>Azúcares totales</i>	23g	
Fibra dietética total	2g	
Sodio	55mg	2%
*El Porcentaje de Valores Diarios (VD) se basa en una dieta de 2.000 calorías. Dependiendo de las calorías que usted necesita, sus valores diarios pueden ser mayores o menores.		
Ingredientes: Crema, Leche descremada, Azúcar Líquida, Agua, Yemas de Huevo, Azúcar Morena, Aceite de Maní (Cacahuete), Azúcar, Mantequilla, Sal, Carragenina, Extracto de Vainilla.		

Imagen 6.3: Segunda versión de la etiqueta de helados

Fuente: Proyecto FONIS SA15I20193

La comparación entre ambos formatos (ver tabla 2.4) da cuenta de algunas adaptaciones como la redistribución de la información nutricional en tres columnas (aporte nutricional, valores por porción y porcentajes diarios), el nuevo ordenamiento de los aportes nutricionales según el estándar de etiquetado que se encuentra en el mercado (calorías, proteínas, grasas totales, grasas saturadas, carbohidratos disponibles, azúcares totales, fibra dietética total, sodio) y, la

modificación del enunciado con Valores Diarios (VD) para enfatizar que las necesidades calóricas dependen del consumo de cada individuo, y no viceversa.

Tabla 6.2 Comparación entre etiqueta de helados

	Primera versión del NVS	Segunda versión del NVS
Modificaciones incorporadas	<hr/> Información Nutricional Tamaño de la Porción ½ taza Porciones por envase 4 <hr/> Cantidad por porción Calorías 250 Cal Grasa 120	INFORMACIÓN NUTRICIONAL 1 Porción: ½ Taza Porciones por envase: 4
	<hr/> Grasa Total 13g <hr/> Grasas Sat 9g <hr/> Colesterol 28mg <hr/> Sodio 55mg <hr/> Total Carbohidratos 30g <hr/> Fibras Dietéticas 2g <hr/> Azúcares 23g <hr/> Proteína 4g	Calorías <i>Calorías de grasa</i> Proteínas Grasas totales <i>Grasas saturadas</i> Colesterol Carbohidratos disponibles <i>Azúcares totales</i> Fibra dietética total Sodio
	Sus valores diarios pueden ser mayores o menores dependiendo de las calorías que usted necesite.	Dependiendo de las calorías que usted necesita, sus valores diarios pueden ser mayores o menores.

Fuente: Elaboración propia

La moraleja o conclusión que se analizó en el caso anterior, no es la única que opera en el discurso. Esta categoría pragmática, también se presenta en las expectativas que existen en torno a las habilidades de los sujetos que responden la encuesta, ya que se cree que son capaces de solucionar operaciones matemáticas simples y que lograrán alcanzar un adecuado nivel de comprensión lectora; se espera, por tanto, que los pacientes tenga competencias básicas de desempeño en lectura y aritmética.

VI.2 ENCUESTA THE NEWEST VITAL SIGN (NVS)

1. Resultados generales

El Nuevo Signo Vital se aplicó a 40 estudiantes universitarios cuyas edades oscilaban entre los 18 y 28 años de edad. Del total de individuos, treinta y cuatro son de género femenino (85% de la población) y seis de género masculino (15%). Además, el 100% de la población encuestada dice pertenecer a un nivel socioeconómico *medio* según la información recabada en el registro de antecedentes sociodemográficos. Por otro lado, todos los encuestados están cursando una carrera de pregrado en la educación superior.

A continuación se presentan los resultados generales de la aplicación de la encuesta Newest Vital Sign. Para estos efectos, se dispone los datos obtenidos en dos tablas: en una de ellas, se presenta la información correspondiente a la aplicación online (Tabla 3.4); y en la otra, se registran los datos relacionados con la aplicación presencial (Tabla 4.4).



Tabla 6.3 Aplicación online general**Tabla 6.4 Aplicación presencial general**

SUJETOS	PUNTAJE	SEXO	EDAD	SUJETOS	PUNTAJE	SEXO	EDAD
Sujeto 1	6	M	27	Sujeto 21	6	M	25
Sujeto 2	5	H	28	Sujeto 22	6	M	25
Sujeto 3	4	M	18	Sujeto 23	4	M	25
Sujeto 4	6	M	18	Sujeto 24	4	M	27
Sujeto 5	6	M	20	Sujeto 25	3	M	25
Sujeto 6	5	M	20	Sujeto 26	2	H	25
Sujeto 7	3	M	20	Sujeto 27	1	M	28
Sujeto 8	5	M	21	Sujeto 28	1	H	22
Sujeto 9	5	M	21	Sujeto 29	5	M	23
Sujeto 10	6	M	19	Sujeto 30	5	H	23
Sujeto 11	5	M	21	Sujeto 31	5	M	22
Sujeto 12	5	M	18	Sujeto 32	5	M	21
Sujeto 13	6	M	20	Sujeto 33	2	M	26
Sujeto 14	6	M	18	Sujeto 34	2	M	26
Sujeto 15	6	M	21	Sujeto 35	5	M	20
Sujeto 16	6	M	18	Sujeto 36	6	M	26
Sujeto 17	5	M	20	Sujeto 37	5	H	22
Sujeto 18	4	M	21	Sujeto 38	5	H	23
Sujeto 19	6	M	19	Sujeto 39	6	M	26
Sujeto 20	5	M	18	Sujeto 40	6	M	25

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio.

Junto con las Tablas 3.4 y 4.4, se dispone también un gráfico en el que se resumen los resultados generales obtenidos tras la aplicación del cuestionario.

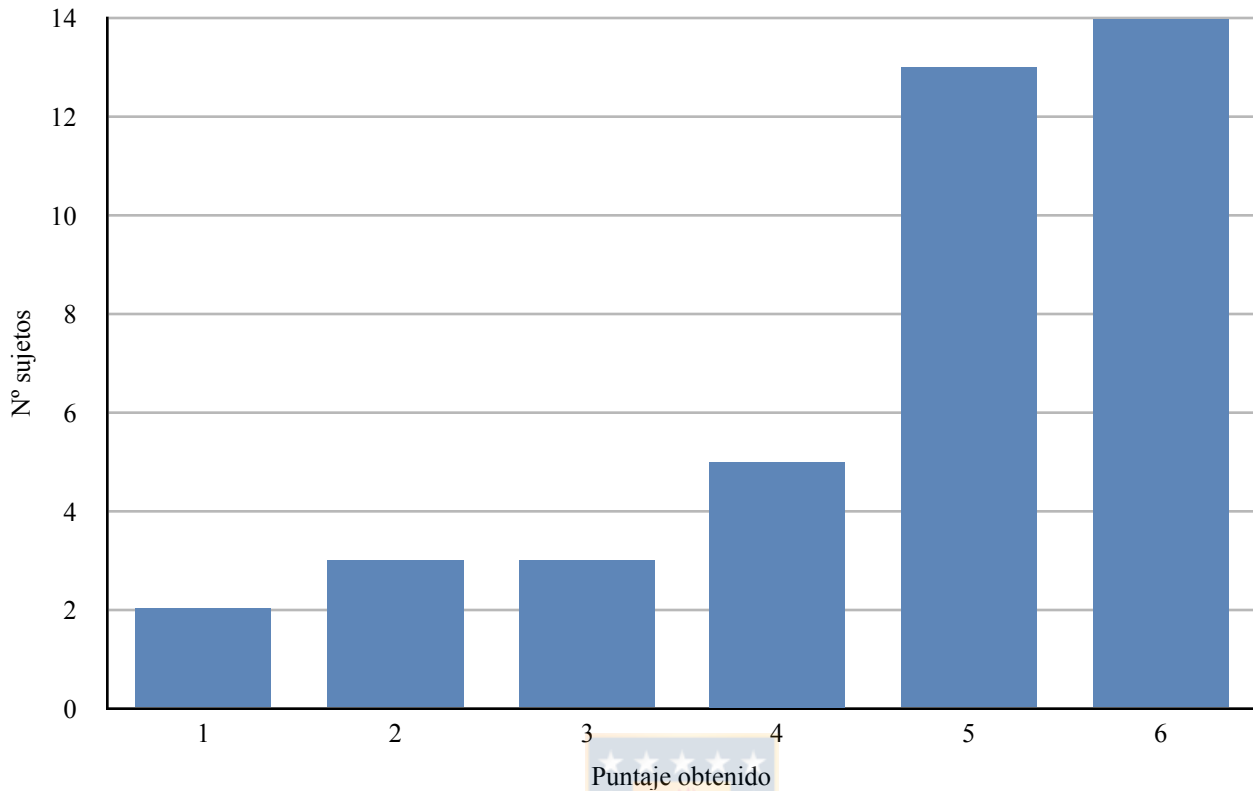


Imagen 6.4: Gráfico resultados generales

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

En el gráfico anterior, se registra que dos sujetos (5%) obtienen 1 punto en la encuesta, tres encuestados (8%) alcanzan 2 puntos, tres entrevistados (8%) obtienen 3 puntos, siete participantes (17%) logran 4 puntos, trece individuos (32%) obtienen 5 puntos y catorce sujetos (35%) tienen como resultado 6 puntos en el test.

El **promedio** de respuestas general es de 4,15 puntos y la **moda** corresponde a 6 puntos.

Asimismo, en el análisis general de los resultados también se considerarán dos variables: formato de aplicación (imagen 5.4) y género (imagen 6.4).

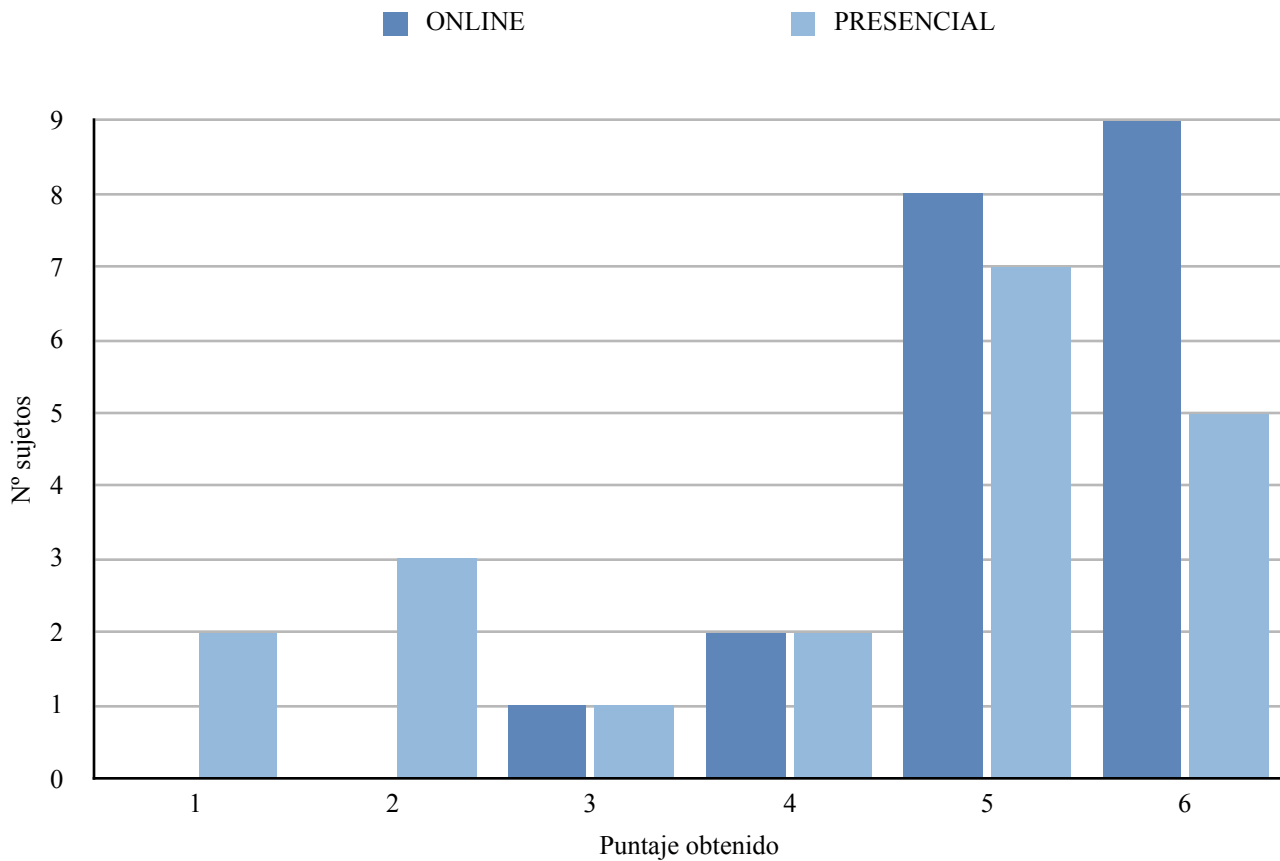


Imagen 6.5: Gráfico resultados por formato de aplicación

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Resultados según el formato de aplicación de la encuesta: en el caso del formato online, nueve sujetos (45%) obtuvieron 6 puntos (puntaje máximo), ocho de los encuestados (40%) obtuvieron 5 puntos, dos de los entrevistados (10%) alcanzaron 4 puntos y sólo uno (5%) de los participantes consiguió 3 punto en el test. Mientras que en el formato presencial, cinco (25%) obtuvieron 6 puntos (puntaje máximo), siete de los encuestados (35%) obtuvieron 5 puntos, dos de los entrevistados (10%) alcanzaron 4 puntos, un (5%) participante consiguió 3 puntos, tres sujetos (15%) lograron 2 puntos y dos (10%) de los individuos alcanzaron 1 punto en el test.

El **promedio** de respuestas en el formato online es de 5,25 puntos y en el formato presencial es de 4,2 puntos. La **moda** en la aplicación online es de 6 puntos y en la aplicación presencial es de 5 puntos.

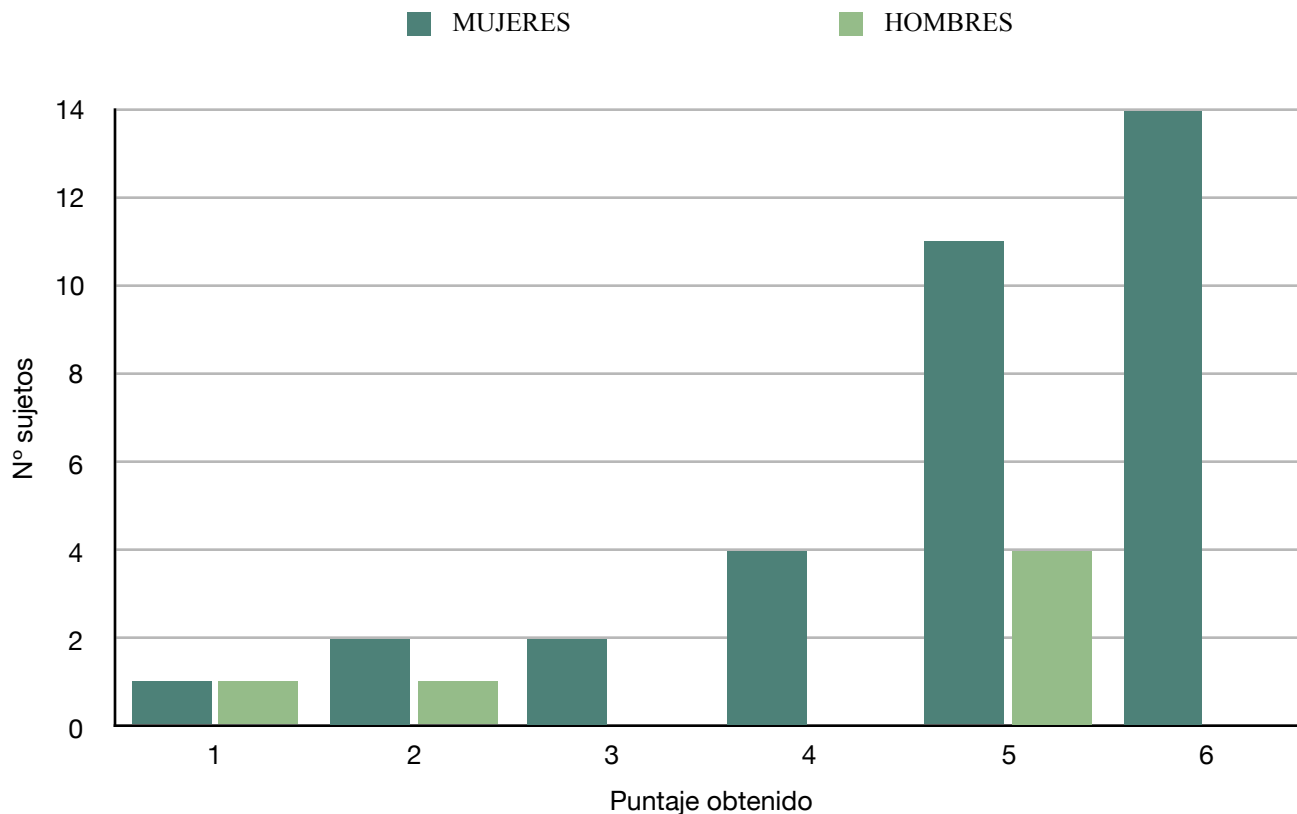


Imagen 6.6: Gráfico resultados por género

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Resultados según el género de los encuestados: en el caso del género femenino, catorce sujetos (41%) obtuvieron 6 puntos (puntaje máximo), once de las encuestadas (32%) obtuvieron 5 puntos, cuatro de las entrevistadas (12%) alcanzaron 4 puntos, dos (6%) de las participantes consiguieron 3 puntos, dos (6%) lograron 2 puntos y una (3%) de las encuestadas obtuvo 1 punto en el test. En cambio, cuatro hombres (66%) alcanzaron 5 puntos, uno (17%) obtuvo 2 puntos y un participante masculino (17%) logró 1 punto en el cuestionario.

El **promedio** de respuestas en el género femenino es de 4,88 puntos y en el género masculino es de 3,83 puntos. La **moda** en las mujeres es de 6 puntos y en los hombres es de 5 puntos.

2. Resultados por preguntas

Pregunta 1: Si usted se come todo el helado que contiene el envase, ¿cuántas calorías habrá consumido?

Tabla 6.5 Aplicación online ítem I

Tabla 6.6 Aplicación presencial ítem I

SUJETOS	PREGUNTA 1	SEXO	EDAD	SUJETOS	PREGUNTA 1	SEXO	EDAD
Sujeto 1	C	M	27	Sujeto 21	C	M	25
Sujeto 2	C	H	28	Sujeto 22	C	M	25
Sujeto 3	C	M	18	Sujeto 23	C	M	25
Sujeto 4	C	M	18	Sujeto 24	C	M	27
Sujeto 5	C	M	20	Sujeto 25	C	M	25
Sujeto 6	I	M	20	Sujeto 26	I	H	25
Sujeto 7	C	M	20	Sujeto 27	I	M	28
Sujeto 8	C	M	21	Sujeto 28	I	H	22
Sujeto 9	C	M	21	Sujeto 29	C	M	23
Sujeto 10	C	M	19	Sujeto 30	C	H	23
Sujeto 11	C	M	21	Sujeto 31	C	M	22
Sujeto 12	C	M	18	Sujeto 32	C	M	21
Sujeto 13	C	M	20	Sujeto 33	C	M	26
Sujeto 14	C	M	18	Sujeto 34	C	M	26
Sujeto 15	C	M	21	Sujeto 35	C	M	20
Sujeto 16	C	M	18	Sujeto 36	C	M	26
Sujeto 17	C	M	20	Sujeto 37	I	H	22
Sujeto 18	C	M	21	Sujeto 38	I	H	23
Sujeto 19	C	M	19	Sujeto 39	C	M	26
Sujeto 20	I	M	18	Sujeto 40	C	M	25

Fuente: Elaboración propia

Resultados según el formato de aplicación de la encuesta (ver imagen 7.4): en el caso del formato online, dieciocho sujetos (90%) responden correctamente la pregunta 1 y dos (10%) responden incorrectamente. Mientras que en el formato presencial, quince (75%) responden correctamente la pregunta 1 y cinco de los encuestados (25%) responden incorrectamente.

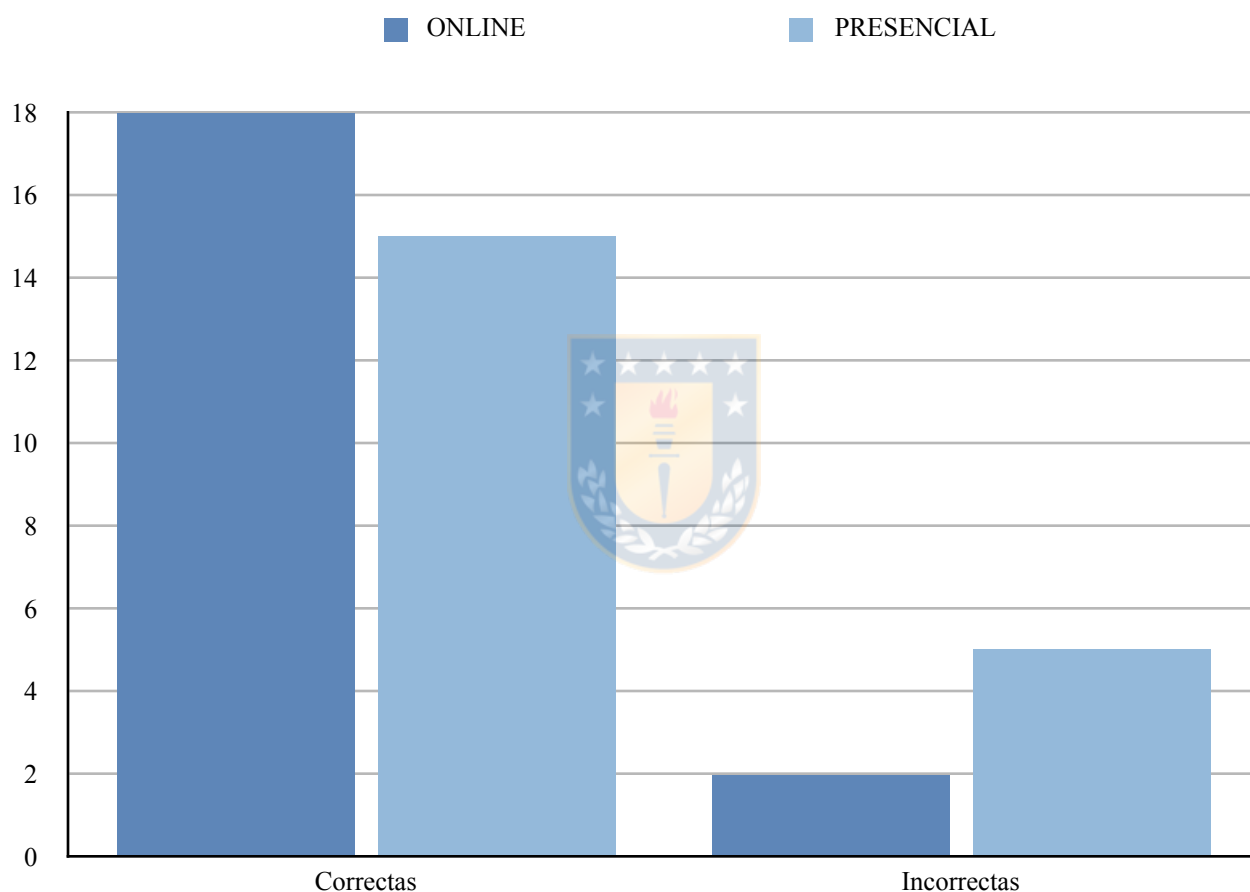


Imagen 6.7: Gráfico ítem I por formato de aplicación

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Resultados según el género de los encuestados (ver imagen 8.4): en el caso del género femenino, treinta y una de las encuestadas (91%) responden correctamente la pregunta 1 y tres de las entrevistadas (9%) responden incorrectamente. En cambio, cuatro hombres (67%) responden incorrectamente la pregunta 1 y dos participantes masculinos (33%) responden correctamente.

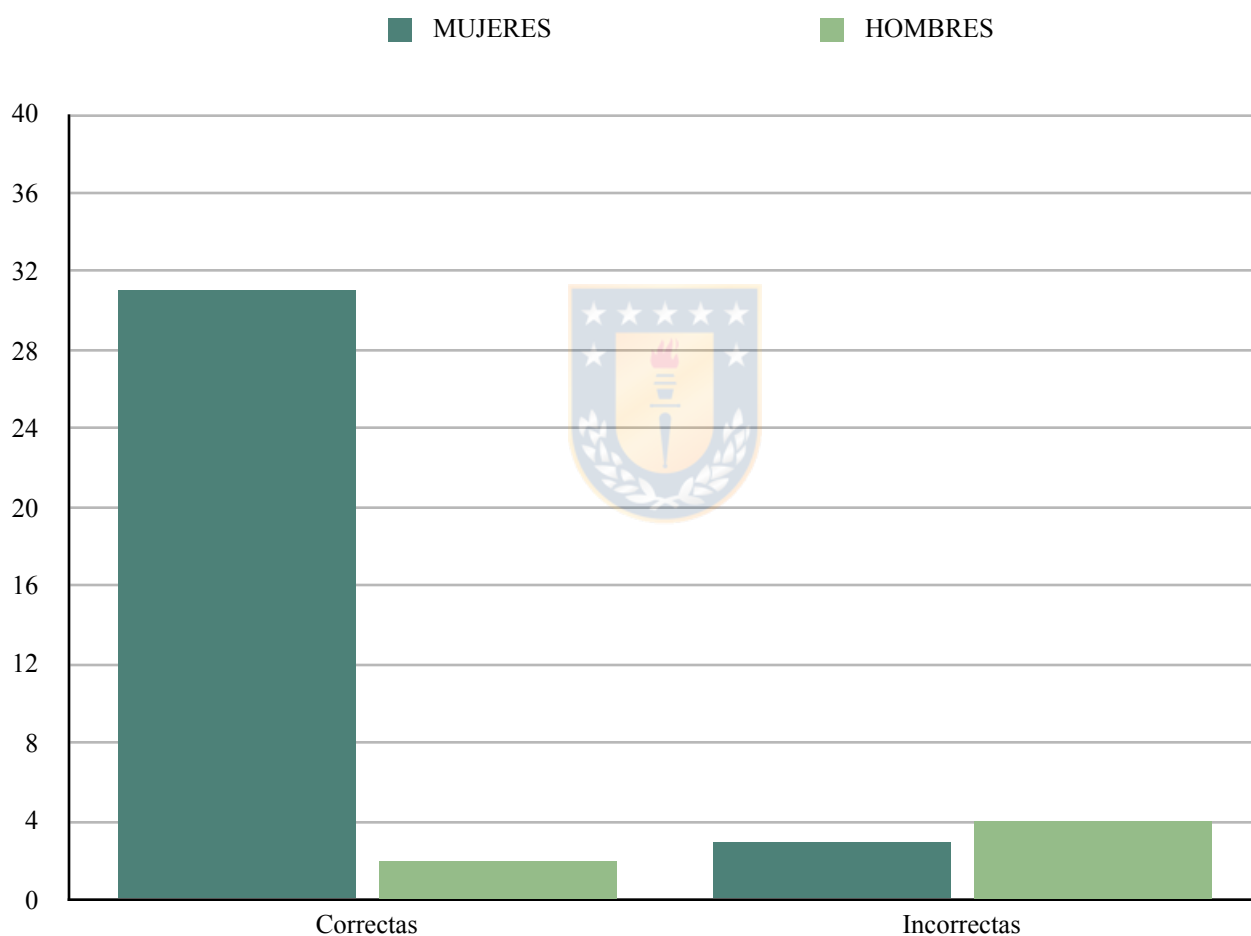


Imagen 6.8: Gráfico ítem I por género

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Pregunta 2: Si tiene permitido consumir 60 gramos (grs.) de carbohidratos en la colación, ¿cuánta cantidad de helado podría consumir?

Tabla 6.7 Aplicación online ítem II

Tabla 6.8 Aplicación presencial ítem II

SUJETOS	PREGUNTA 2	SEXO	EDAD	SUJETOS	PREGUNTA 2	SEXO	EDAD
Sujeto 1	C	M	27	Sujeto 21	C	M	25
Sujeto 2	C	H	28	Sujeto 22	C	M	25
Sujeto 3	C	M	18	Sujeto 23	I	M	25
Sujeto 4	C	M	18	Sujeto 24	I	M	27
Sujeto 5	C	M	20	Sujeto 25	I	M	25
Sujeto 6	C	M	20	Sujeto 26	I	H	25
Sujeto 7	C	M	20	Sujeto 27	I	M	28
Sujeto 8	C	M	21	Sujeto 28	I	H	22
Sujeto 9	C	M	21	Sujeto 29	I	M	23
Sujeto 10	C	M	19	Sujeto 30	I	H	23
Sujeto 11	I	M	21	Sujeto 31	C	M	22
Sujeto 12	C	M	18	Sujeto 32	C	M	21
Sujeto 13	C	M	20	Sujeto 33	C	M	26
Sujeto 14	C	M	18	Sujeto 34	C	M	26
Sujeto 15	C	M	21	Sujeto 35	C	M	20
Sujeto 16	C	M	18	Sujeto 36	C	M	26
Sujeto 17	I	M	20	Sujeto 37	C	H	22
Sujeto 18	C	M	21	Sujeto 38	C	H	23
Sujeto 19	C	M	19	Sujeto 39	C	M	26
Sujeto 20	C	M	18	Sujeto 40	C	M	25

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Resultados según el formato de aplicación de la encuesta (ver imagen 9.4): en el caso del formato online, dieciocho sujetos (90%) responden correctamente la pregunta 2 y dos de los encuestados (10%) responden incorrectamente. Mientras que en el formato presencial, doce (60%) responden correctamente la pregunta 2 y ocho de los encuestados (40%) responden incorrectamente.

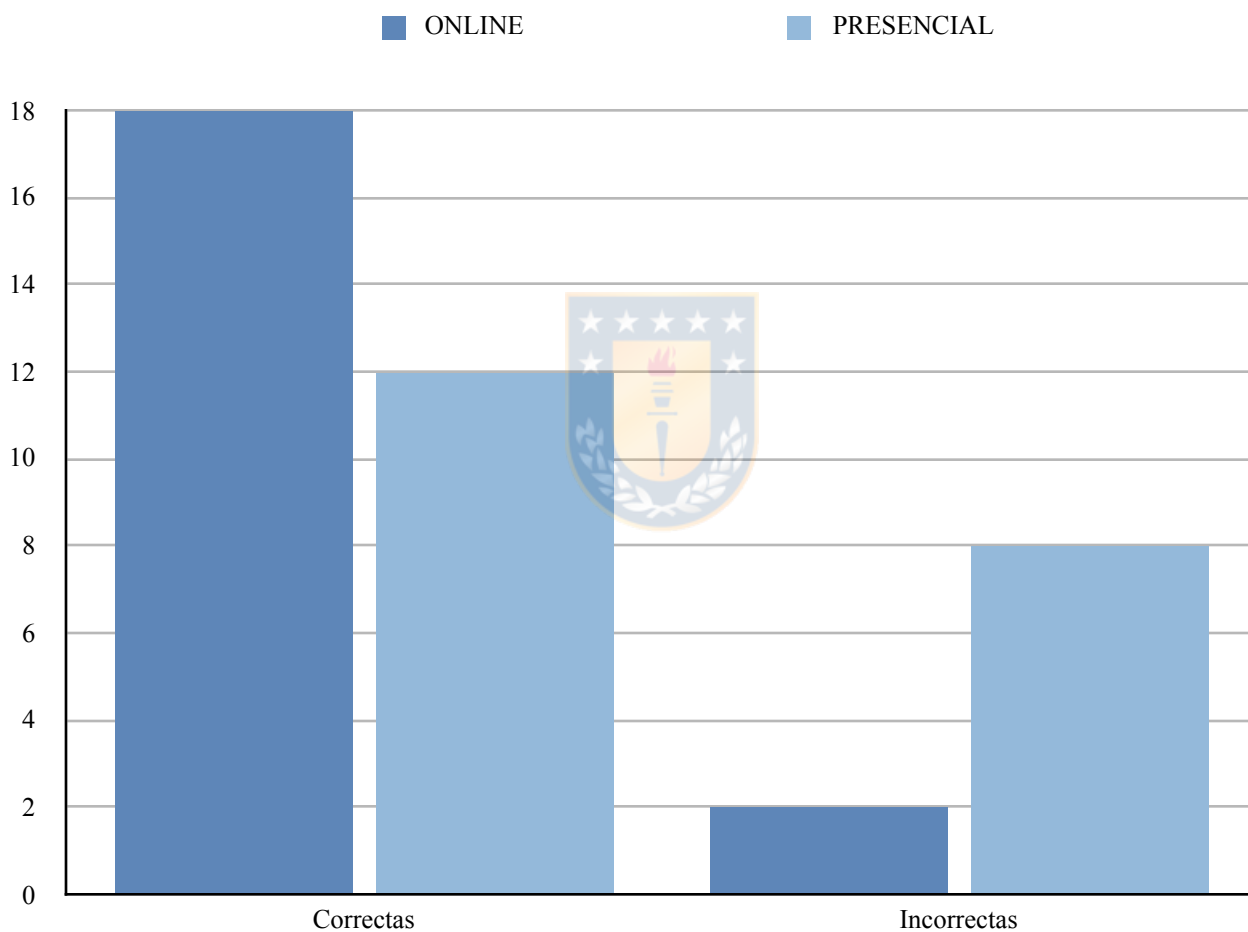


Imagen 6.9: Gráfico ítem II por formato de aplicación

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Resultados según el género de los encuestados (ver imagen 10.4): en el caso del género femenino, veintisiete de las encuestadas (79%) responden correctamente la pregunta 2 y siete de las entrevistadas (21%) responden incorrectamente. En cambio, tres hombres (50%) responden incorrectamente la pregunta 2 y tres participantes masculinos (50%) responden correctamente.

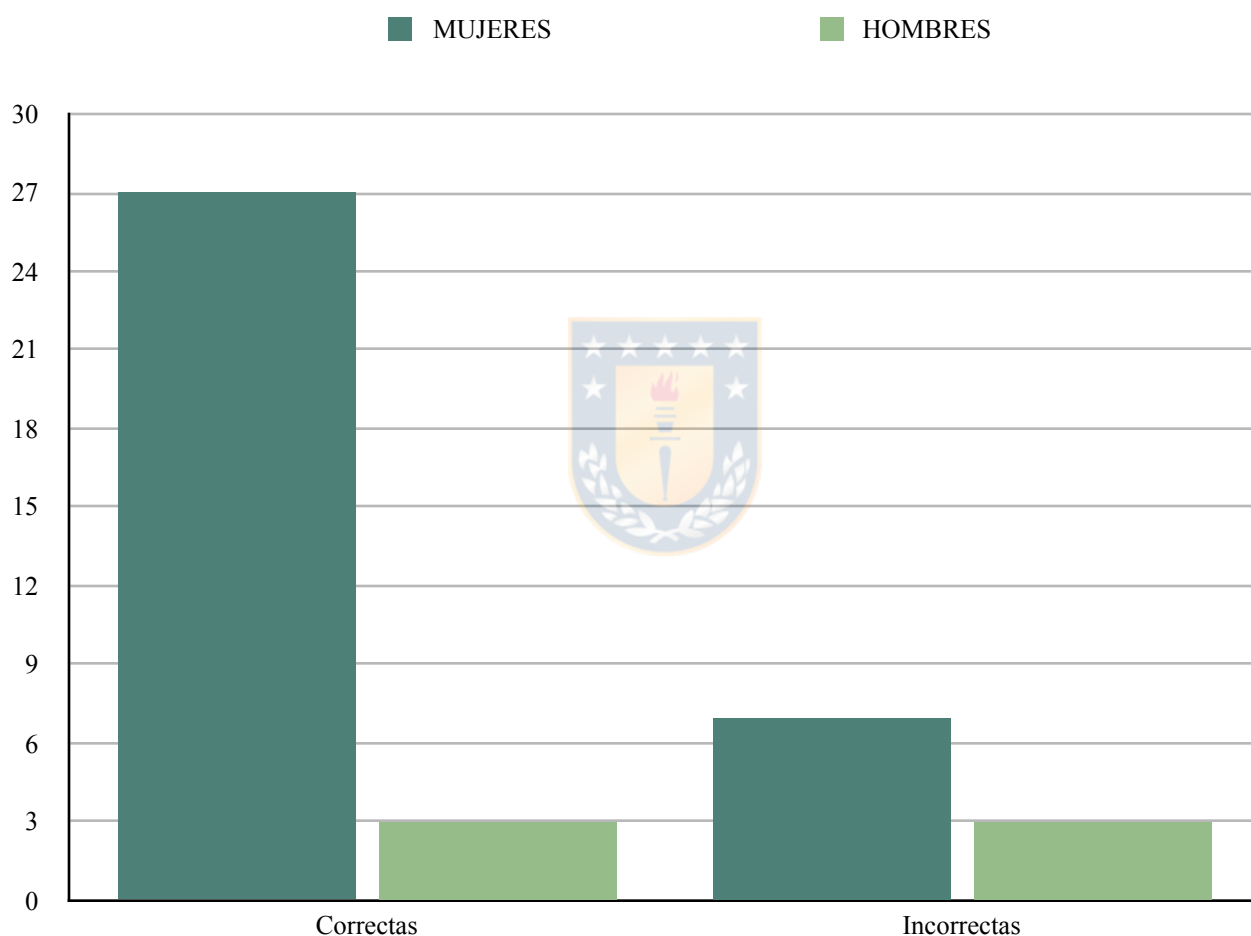


Imagen 6.10 Gráfico ítem II por género

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Pregunta 3: Su doctor le recomienda que reduzca la cantidad de grasas saturadas en su dieta. Suponga que usted consume 42 gr de grasas saturadas a diario, lo que incluye una porción de helado. Si deja de comer helado, ¿cuántos gramos de grasas saturadas estaría consumiendo por día?

Tabla 6.9 Aplicación online ítem III

Tabla 6.10 Aplicación presencial ítem III

SUJETOS	PREGUNTA 3	SEXO	EDAD	SUJETOS	PREGUNTA 3	SEXO	EDAD
Sujeto 1	C	M	27	Sujeto 21	C	M	25
Sujeto 2	C	H	28	Sujeto 22	C	M	25
Sujeto 3	C	M	18	Sujeto 23	C	M	25
Sujeto 4	C	M	18	Sujeto 24	I	M	27
Sujeto 5	C	M	20	Sujeto 25	I	M	25
Sujeto 6	C	M	20	Sujeto 26	I	H	25
Sujeto 7	C	M	20	Sujeto 27	I	M	28
Sujeto 8	C	M	21	Sujeto 28	I	H	22
Sujeto 9	C	M	21	Sujeto 29	C	M	23
Sujeto 10	C	M	19	Sujeto 30	C	H	23
Sujeto 11	C	M	21	Sujeto 31	C	M	22
Sujeto 12	C	M	18	Sujeto 32	C	M	21
Sujeto 13	C	M	20	Sujeto 33	I	M	26
Sujeto 14	C	M	18	Sujeto 34	I	M	26
Sujeto 15	C	M	21	Sujeto 35	C	M	20
Sujeto 16	C	M	18	Sujeto 36	C	M	26
Sujeto 17	C	M	20	Sujeto 37	C	H	22
Sujeto 18	C	M	21	Sujeto 38	C	H	23
Sujeto 19	C	M	19	Sujeto 39	C	M	26
Sujeto 20	C	M	18	Sujeto 40	C	M	25

Fuente: Elaboración propia

Resultados según el formato de aplicación de la encuesta (ver imagen 11.4): en el caso del formato online, veinte sujetos (100%) responden correctamente la pregunta 3. Mientras que en el formato presencial, trece (65%) responden correctamente la pregunta 3 y siete de los encuestados (35%) responden incorrectamente.

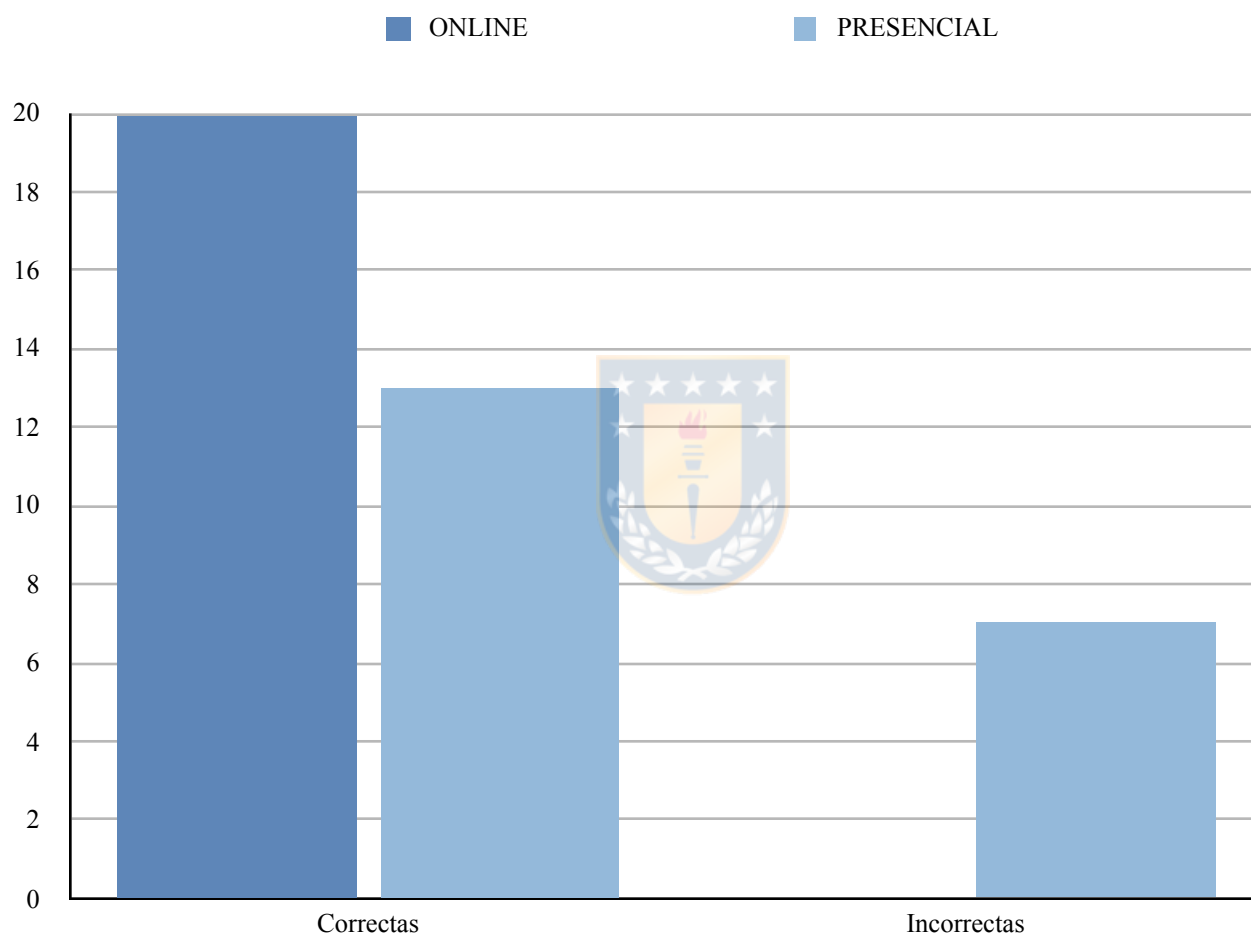


Imagen 6.11: Gráfico ítem III por formato de aplicación

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Resultados según el género de los encuestados (ver imagen 12.4): en el caso del género femenino, veintinueve de las encuestadas (85%) responden correctamente la pregunta 3 y cinco de las entrevistadas (15%) responden incorrectamente. En cambio, cuatro hombres (67%) responden correctamente la pregunta 3 y dos participantes masculinos (33%) responden incorrectamente.

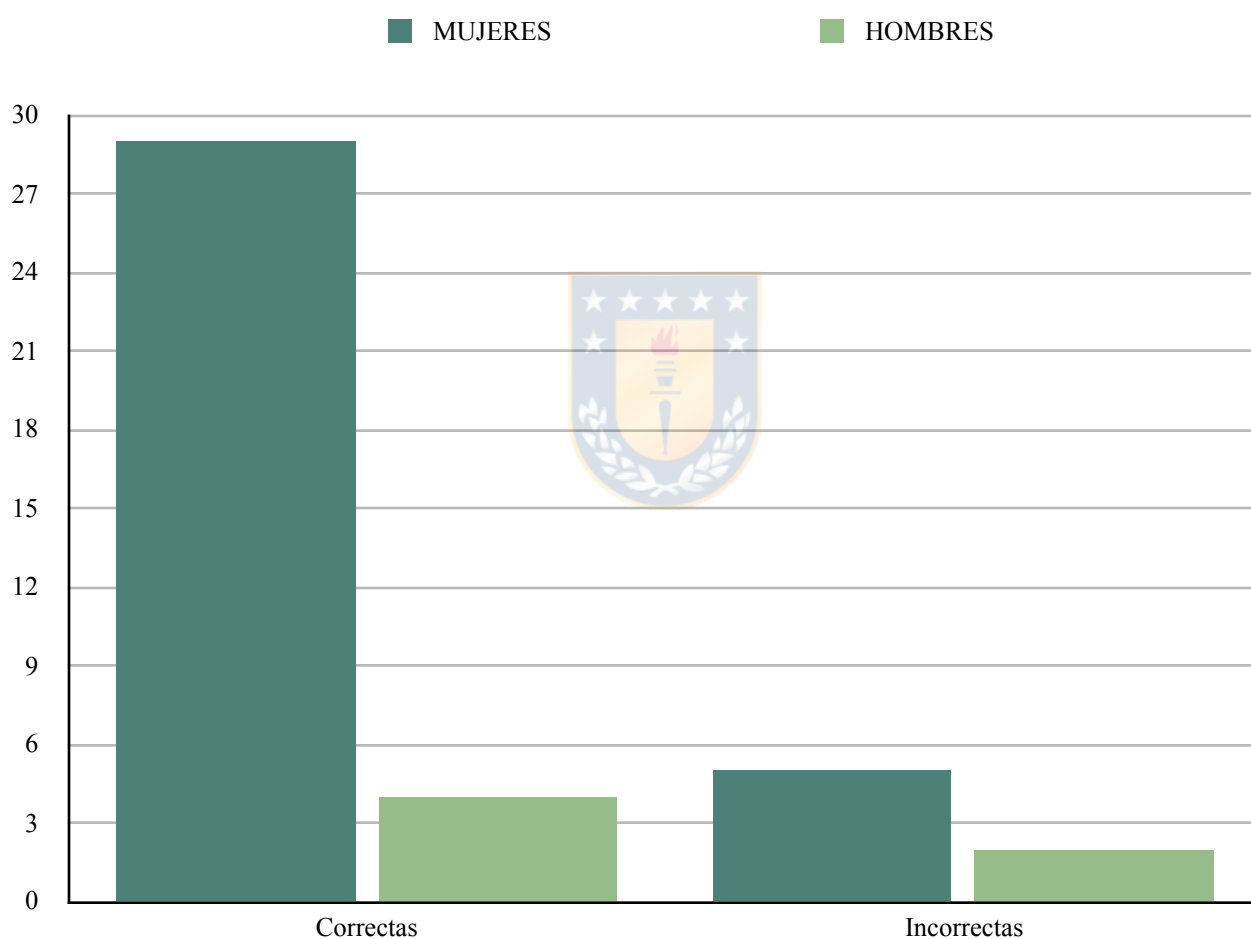


Imagen 6.12: Gráfico ítem III por género

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Pregunta 4: Si normalmente usted consume 2.500 calorías en un día, ¿qué porcentaje de su consumo diario de calorías estaría ingiriendo si se come una porción?

Tabla 6.11 Aplicación online ítem IV

Tabla 6.12 Aplicación presencial ítem IV

SUJETOS	PREGUNTA 4	SEXO	EDAD	SUJETOS	PREGUNTA 4	SEXO	EDAD
Sujeto 1	C	M	27	Sujeto 21	C	M	25
Sujeto 2	I	H	28	Sujeto 22	C	M	25
Sujeto 3	C	M	18	Sujeto 23	I	M	25
Sujeto 4	C	M	18	Sujeto 24	I	M	27
Sujeto 5	C	M	20	Sujeto 25	I	M	25
Sujeto 6	C	M	20	Sujeto 26	I	H	25
Sujeto 7	I	M	20	Sujeto 27	C	M	28
Sujeto 8	I	M	21	Sujeto 28	C	H	22
Sujeto 9	I	M	21	Sujeto 29	C	M	23
Sujeto 10	C	M	19	Sujeto 30	C	H	23
Sujeto 11	C	M	21	Sujeto 31	I	M	22
Sujeto 12	I	M	18	Sujeto 32	I	M	21
Sujeto 13	C	M	20	Sujeto 33	I	M	26
Sujeto 14	C	M	18	Sujeto 34	I	M	26
Sujeto 15	C	M	21	Sujeto 35	I	M	20
Sujeto 16	C	M	18	Sujeto 36	C	M	26
Sujeto 17	C	M	20	Sujeto 37	C	H	22
Sujeto 18	C	M	21	Sujeto 38	C	H	23
Sujeto 19	C	M	19	Sujeto 39	C	M	26
Sujeto 20	C	M	18	Sujeto 40	C	M	25

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Resultados según el formato de aplicación de la encuesta (ver imagen 13.4): en el caso del formato online, quince sujetos (75%) responden correctamente la pregunta 4 y cinco (25%) la responden incorrectamente. Mientras que en el formato presencial, once (55%) responden correctamente la pregunta 4 y nueve de los encuestados (45%) responden incorrectamente.

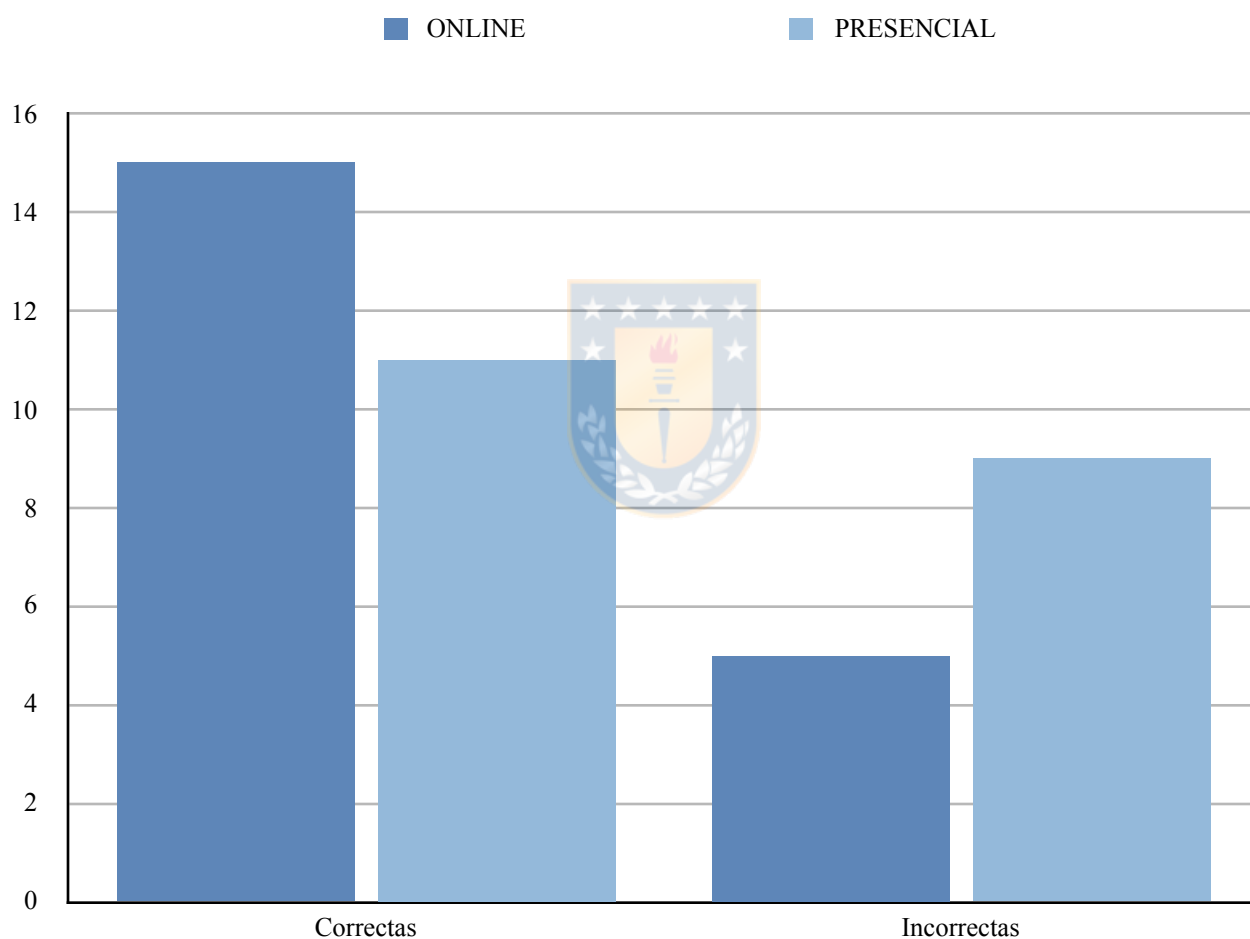


Imagen 6.13: Gráfico ítem IV por formato de aplicación

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Resultados según el género de los encuestados (ver imagen 14.4): en el caso del género femenino, veintidós de las encuestadas (65%) responden correctamente la pregunta 4 y doce de las entrevistadas (35%) responden incorrectamente. En cambio, cuatro hombres (67%) responden correctamente la pregunta 4 y dos participantes masculinos (33%) responden incorrectamente.

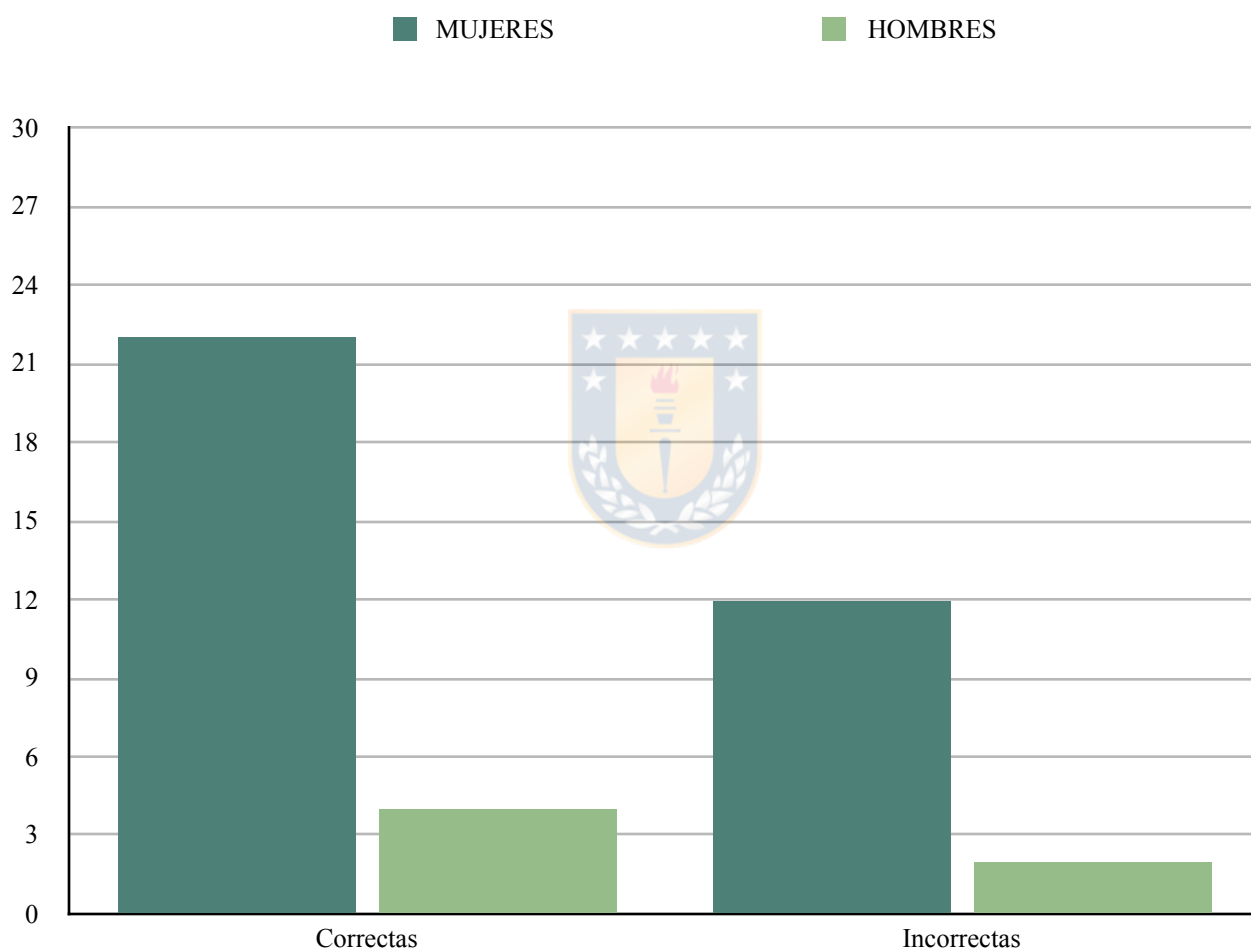


Imagen 6.14: Gráfico ítem VI por género

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Pregunta 5: Imagine que usted es alérgico(a) a lo siguiente: penicilina, maní, guantes de látex y picaduras de abeja. ¿Es seguro para usted comer este helado?

Tabla 6.13 Aplicación online ítem V

Tabla 6.14 Aplicación presencial ítem V

SUJETOS	PREGUNTA 5	SEXO	EDAD	SUJETOS	PREGUNTA 5	SEXO	EDAD
Sujeto 1	C	M	27	Sujeto 21	C	M	25
Sujeto 2	C	H	28	Sujeto 22	C	M	25
Sujeto 3	I	M	18	Sujeto 23	C	M	25
Sujeto 4	C	M	18	Sujeto 24	C	M	27
Sujeto 5	C	M	20	Sujeto 25	C	M	25
Sujeto 6	C	M	20	Sujeto 26	C	H	25
Sujeto 7	I	M	20	Sujeto 27	I	M	28
Sujeto 8	C	M	21	Sujeto 28	I	H	22
Sujeto 9	C	M	21	Sujeto 29	C	M	23
Sujeto 10	C	M	19	Sujeto 30	C	H	23
Sujeto 11	C	M	21	Sujeto 31	C	M	22
Sujeto 12	C	M	18	Sujeto 32	C	M	21
Sujeto 13	C	M	20	Sujeto 33	I	M	26
Sujeto 14	C	M	18	Sujeto 34	I	M	26
Sujeto 15	C	M	21	Sujeto 35	C	M	20
Sujeto 16	C	M	18	Sujeto 36	C	M	26
Sujeto 17	C	M	20	Sujeto 37	C	H	22
Sujeto 18	I	M	21	Sujeto 38	C	H	23
Sujeto 19	C	M	19	Sujeto 39	C	M	26
Sujeto 20	C	M	18	Sujeto 40	C	M	25

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Resultados según el formato de aplicación de la encuesta (ver imagen 15.4): en el caso del formato online, diecisiete sujetos (85%) responden correctamente la pregunta 5 y tres (15%) responden incorrectamente. Mientras que en el formato presencial, dieciséis (80%) responden correctamente la pregunta 5 y cuatro de los encuestados (20%) responden incorrectamente.

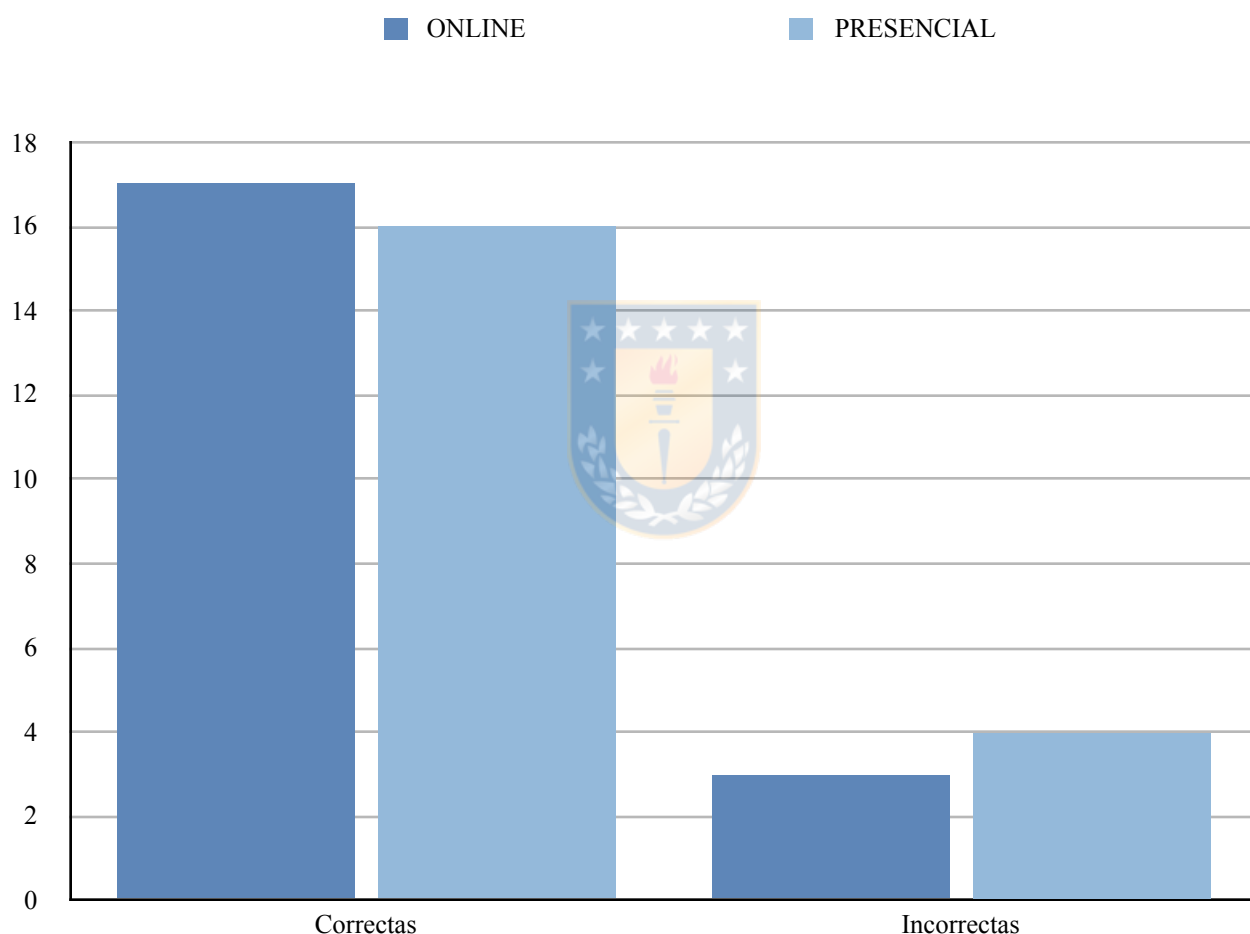


Imagen 6.15: Gráfico ítem V por formato de aplicación

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Resultados según el género de los encuestados (ver imagen 16.4): en el caso del género femenino, veintiocho de las encuestadas (82%) responden correctamente la pregunta 5 y seis de las entrevistadas (18%) responden incorrectamente. En cambio, cinco hombres (83%) responden correctamente la pregunta 5 y un participante masculino (17%) responde incorrectamente.

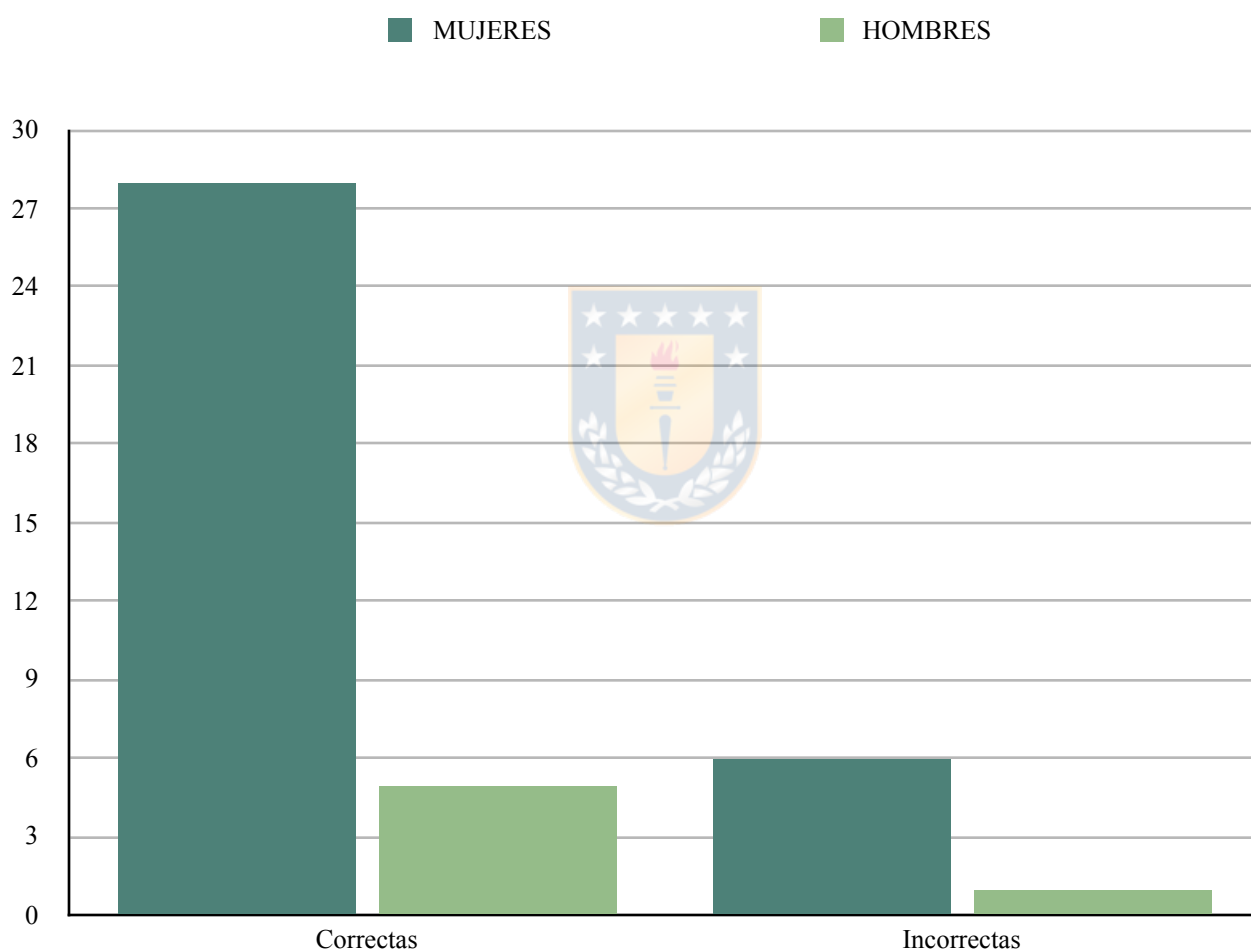


Imagen 6.16: Gráfico ítem V por género

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Pregunta 6: Si la respuesta a la pregunta anterior fue NO, explique el por qué de su elección.

Tabla 6.15 Aplicación online ítem VI

Tabla 6.16 Aplicación presencial ítem VI

SUJETOS	PREGUNTA 6	SEXO	EDAD	SUJETOS	PREGUNTA 6	SEXO	EDAD
Sujeto 1	C	M	27	Sujeto 21	C	M	25
Sujeto 2	C	H	28	Sujeto 22	C	M	25
Sujeto 3	I	M	18	Sujeto 23	C	M	25
Sujeto 4	C	M	18	Sujeto 24	C	M	27
Sujeto 5	C	M	20	Sujeto 25	C	M	25
Sujeto 6	C	M	20	Sujeto 26	C	H	25
Sujeto 7	I	M	20	Sujeto 27	I	M	28
Sujeto 8	C	M	21	Sujeto 28	I	H	22
Sujeto 9	C	M	21	Sujeto 29	C	M	23
Sujeto 10	C	M	19	Sujeto 30	C	H	23
Sujeto 11	C	M	21	Sujeto 31	C	M	22
Sujeto 12	C	M	18	Sujeto 32	C	M	21
Sujeto 13	C	M	20	Sujeto 33	I	M	26
Sujeto 14	C	M	18	Sujeto 34	I	M	26
Sujeto 15	C	M	21	Sujeto 35	C	M	20
Sujeto 16	C	M	18	Sujeto 36	C	M	26
Sujeto 17	C	M	20	Sujeto 37	C	H	22
Sujeto 18	I	M	21	Sujeto 38	C	H	23
Sujeto 19	C	M	19	Sujeto 39	C	M	26
Sujeto 20	C	M	18	Sujeto 40	C	M	25

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Resultados según el formato de aplicación de la encuesta (ver imagen 17.4): en el caso del formato online, diecisiete sujetos (85%) responden correctamente la pregunta 6 y tres (15%) responden incorrectamente. Mientras que en el formato presencial, dieciséis (80%) responden correctamente la pregunta 6 y cuatro de los encuestados (20%) responden incorrectamente.

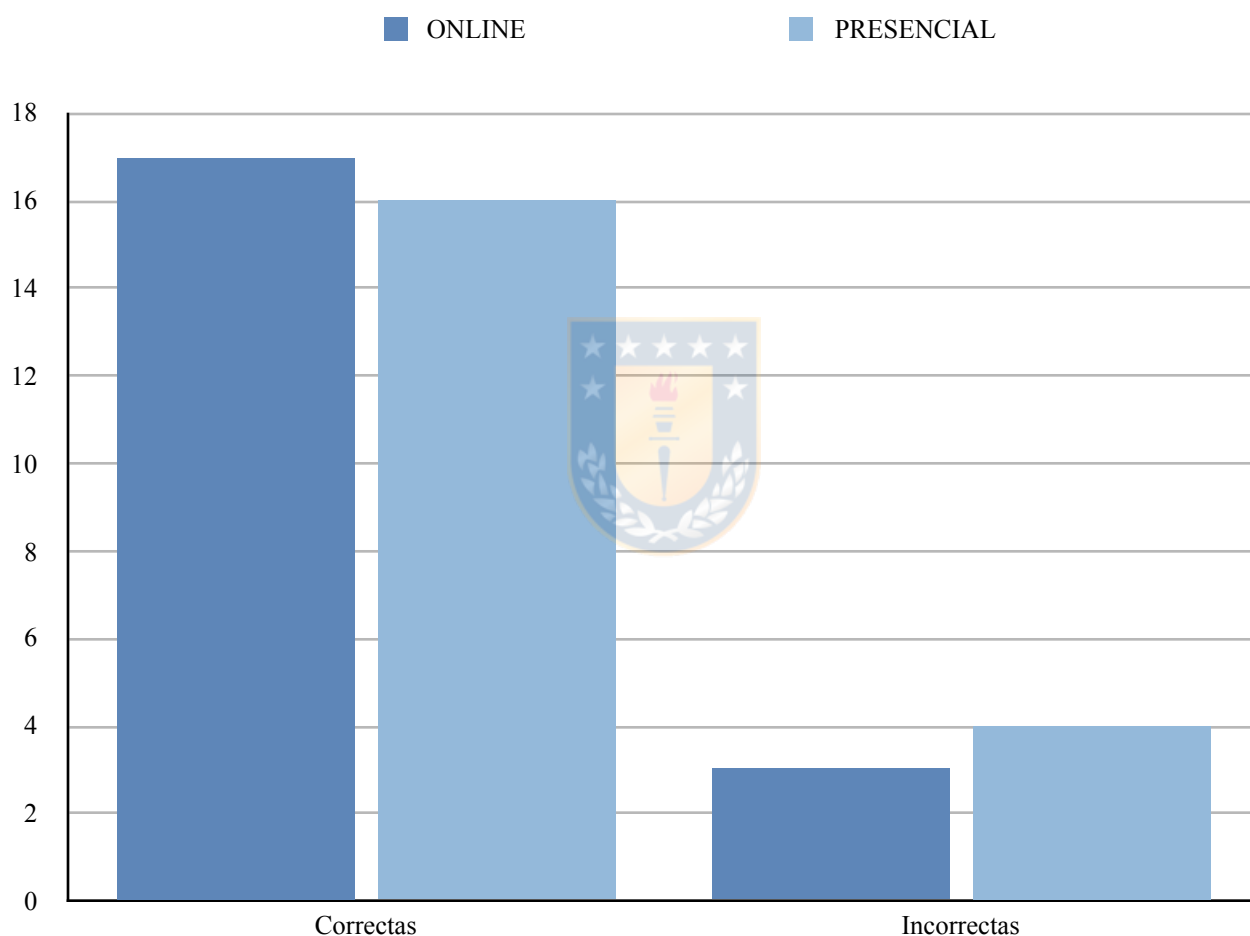


Imagen 6.17: Gráfico ítem VI por formato de aplicación
Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Resultados según el género de los encuestados (ver imagen 18.4): en el caso del género femenino, veintiocho de las encuestadas (82%) responden correctamente la pregunta 6 y seis de las entrevistadas (18%) responden incorrectamente. En cambio, cinco hombres (83%) responden correctamente la pregunta 6 y un participante masculino (17%) responde incorrectamente.

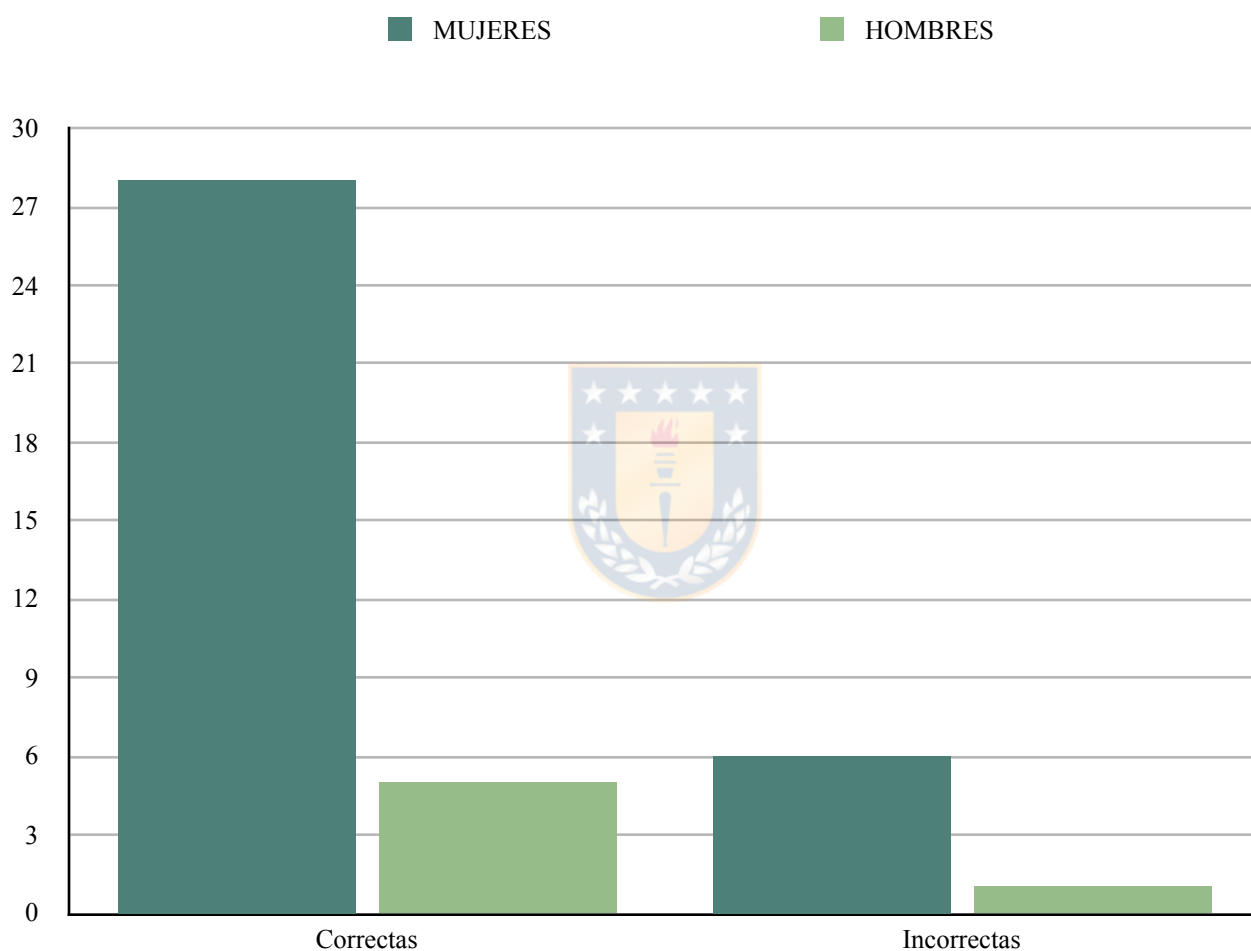


Imagen 6.18: Gráfico ítem VI por género

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

VI.3 ENCUESTA PARA RECOGER IMPRESIONES DEL PROCESO

1. Resultados generales

En general, la valoración del cuestionario fue positiva, ya que en las cuatro preguntas los sujetos parecen estar de acuerdo con el contenido y la estructura del instrumento.

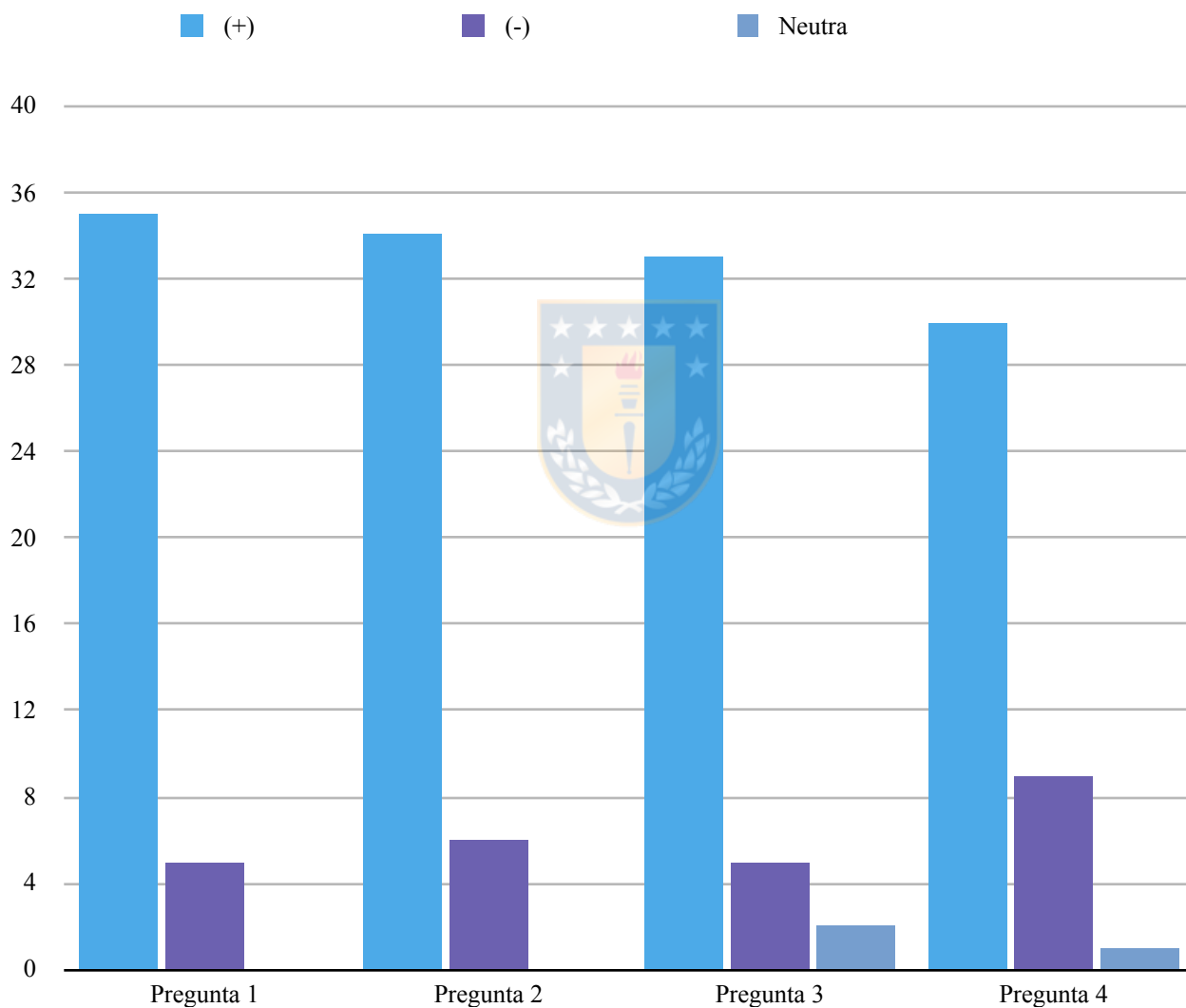


Imagen 6.19: Gráfico resultados generales sobre impresiones del proceso

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

La mayor frecuencia de respuestas positivas se alcanzan en la pregunta 1 con treinta y cinco sujetos (88%) quienes admiten que no existen dudas sobre el cuestionario. En cambio, la menor cantidad de respuestas positivas se obtienen en la pregunta 4 con treinta (75%) personas a las que les parece adecuada la redacción de las preguntas.

En el caso de la pregunta 1, treinta y cinco (88%) sujetos valoran positivamente las preguntas y cinco (12%) las valoran negativamente. En la pregunta 2, treinta y cuatro personas (85%) evalúan positivamente las preguntas y seis (15%) las valoran negativamente. Mientras, en la pregunta 3, treinta y tres encuestados (83%) valoran positivamente la etiqueta de helado, cinco (12%) la valoran negativamente y dos (5%) son neutrales en sus apreciaciones. Por último, en la pregunta 4, treinta individuos (75%) evalúan positivamente la redacción de las preguntas, nueve (23%) negativamente y uno (2%) la evalúa de modo neutral.



2. Resultados por preguntas

Pregunta 1: ¿Ha quedado con dudas frente alguna pregunta de los cuestionarios?

Tabla 6.17 Impresiones del proceso pregunta 1

Tipo de respuesta	Valoración	Cantidad de sujetos	Porcentaje
Sí existen dudas	(-)	5 sujetos	13%
No existen dudas	(+)	35 sujetos	88%

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

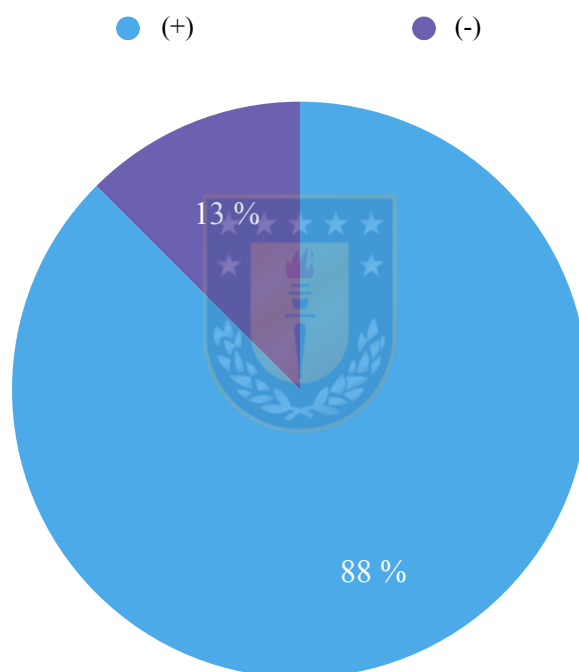


Imagen 6.20: Gráfico resultados pregunta 1

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Comentarios de los encuestados:

(1)Etiquetas confusas; no son claras. (2)Dificultad para realizar cálculos matemáticos. (3)No comprendo la pregunta del porcentaje.

Pregunta 2: ¿Haría alguna sugerencia para las preguntas del cuestionario?

Tabla 6.18 Impresiones del proceso pregunta 2

Tipo de respuesta	Valoración	Cantidad de sujetos	Porcentaje
Sí, tengo sugerencias	(-)	6 sujetos	15%
No, me parecen adecuadas las preguntas	(+)	34 sujetos	85%

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

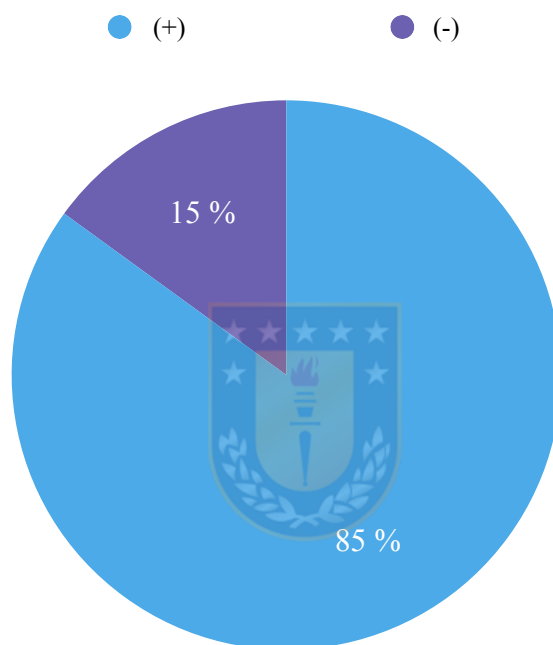


Imagen 6.21: Gráfico resultados pregunta 2

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Comentarios de los encuestados:

(4) Algunas preguntas son muy extensas y requieren de una segunda o tercera lectura para poder ser comprendida. (5) Están bien redactadas las preguntas. (6) Creo que la redacción es bastante comprensible, por lo que desde mi percepción considero que no necesita modificaciones. (7) Quizás hacer más preguntas o utilizar una imagen con más datos. (8) Hacer una relación con los nuevos sellos y la tabla de atrás de los helados.

Pregunta 3: ¿Tiene alguna observación para las etiquetas?

Tabla 6.19 Impresiones del proceso pregunta 3

Tipo de respuesta	Valoración	Cantidad de sujetos	Porcentaje
Sí la tengo	(-)	5 sujetos	13%
No la tengo	(+)	33 sujetos	83%
No me acuerdo	Neutra	2 sujetos	5%

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

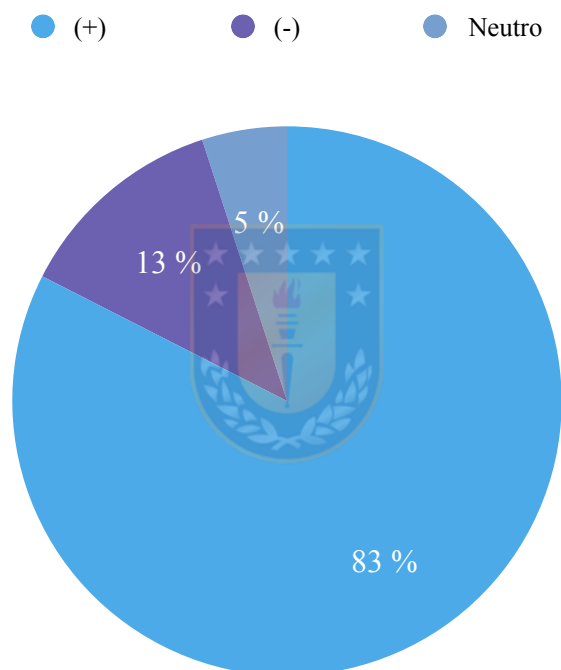


Imagen 6.22: Gráfico resultados pregunta 3

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Comentarios de los encuestados:

(9) La mayoría de las etiquetas contienen solo los valores y porcentajes de lo que equivale a una porción, siendo que pocas personas consumen solo la porción indicada en el envase, por lo que pienso que deberían contener además los valores equivalentes a otras porciones. (10) Los nuevos sellos generalmente equivalen a 100 gr de la cantidad, pero la etiqueta de helado está por porción.; eso a algunas personas las podría confundir.

Pregunta 4: ¿Qué le pareció la redacción de las preguntas?

Tabla 6.20 Impresiones del proceso pregunta 4

Tipo de respuesta	Valoración	Cantidad de sujetos	Porcentaje
Adecuada	(+)	30 sujetos	75%
Inadecuada	(-)	9 sujetos	23%
No me acuerdo	Neutra	1 sujetos	2%

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

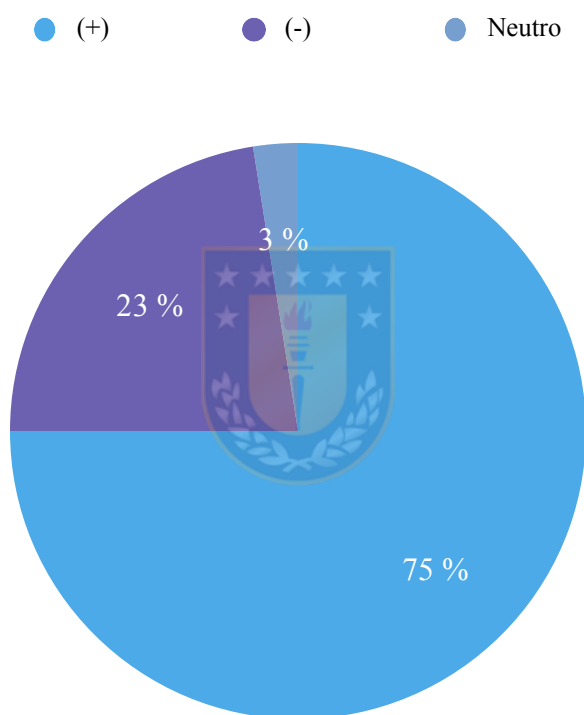


Imagen 6.23: Gráfico resultados pregunta 4

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Comentarios de los encuestados:

(11) Las preguntas son confusas (tres personas mencionan esto en sus comentarios). (12) Mejorar la redacción.

VI.4 OBSERVACIÓN ETNOGRÁFICA

VI.4.1 Lista de cotejo sobre información pragmática

1. Resultados generales

La lista de cotejo presenta nueve indicadores que comprenden información pragmática relacionada con las características del entorno, el tipo de lenguaje utilizado y la reconstrucción del significado del destinatario:

P1 - El cuestionario se realiza en un lugar tranquilo donde no existen ruidos que interfieren o impiden la comunicación.

P2 - La entrevista se realiza en un espacio privado.

P3 - El encuestado utiliza el apoyo de papel, lápiz u otros recursos que le ayudan a resolver las preguntas del test.

P4 - Las instrucciones se socializan en voz alta.

P5 - Se realiza en un contexto formal de comunicación.

P6 - El encuestado se manifiesta conforme con la claridad en la redacción de las preguntas.

P7 - El entrevistado comprende las instrucciones inmediatamente.

P8 - Las preguntas son rápidamente respondidas por el entrevistado.

P9 - El encuestado se muestra hábil para resolver problemas de cálculo matemático mental y de comprensión lectora.

Cabe destacar también que la presencia y permanencia de estos indicadores puede favorecer la adecuada aplicación del Newest Vital Sign. En el caso de los primeros veinte sujetos encuestados (números del 1 al 20), ellos mismos evaluaron la información pragmática de acuerdo a su experiencia en la resolución del cuestionario. Mientras que los sujetos entre el 21 y el 40 fueron evaluados por una tercera persona, quién observaba la aplicación del NVS.

En la siguiente tabla se disponen los resultados obtenidos luego de la aplicación de este instrumento. Los indicadores que “SÍ” están presentes se simbolizan con 1 y los que “NO” se identifican se representan con 0.

Tabla 6.21 Información pragmática general

S	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	PT	%
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	100
2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	7	78
3	1	1	0	0	1	1	1	1	1	7	78
4	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8	89
5	0	1	0	0	1	1	1	1	1	6	67
6	1	1	0	0	1	1	1	0	1	6	67
7	1	1	0	0	1	1	1	0	0	5	56
8	1	1	0	0	1	1	1	1	1	7	78
9	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8	89
10	0	1	0	0	1	1	1	1	1	6	67
11	1	1	0	0	1	1	1	1	1	7	78
12	1	1	0	0	1	1	1	1	1	7	78
13	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8	89
14	1	1	0	0	1	1	1	1	1	7	78
15	1	1	0	0	1	1	1	1	1	7	78
16	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8	89
17	1	1	0	0	1	1	1	1	1	7	78
18	0	1	0	0	1	1	1	1	0	5	56
19	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8	89
20	0	1	0	0	1	1	1	1	1	6	67
21	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7	78
22	0	1	0	1	1	0	0	0	1	4	44
23	0	1	0	1	1	1	1	0	0	5	56

S	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	PT	%
24	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3	33
25	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3	33
26	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3	33
27	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3	33
28	0	1	0	1	1	0	0	0	0	3	33
29	0	1	0	1	1	1	1	0	1	6	67
30	0	1	0	1	1	1	1	1	1	7	78
31	1	1	0	1	1	0	1	1	1	7	78
32	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8	89
33	1	1	0	1	1	0	0	0	0	4	44
34	1	1	0	1	1	0	0	0	0	4	44
35	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8	89
36	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8	89
37	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8	89
38	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8	89
39	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8	89
40	1	1	0	1	1	1	1	1	1	8	89
PT	26	40	6	21	40	31	31	28	30	/	/
%	65	100	15	53	100	78	78	70	75	/	/

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

Notas: en las filas “PT” corresponde a la cantidad total de elementos pragmáticos presentes en cada pregunta y “%” equivale al porcentaje de elementos presentes en cada pregunta en relación al total de sujetos.

En las columnas “PT” corresponde a la información pragmática general que se percibió en la aplicación por individuo y “%” equivale al porcentaje de elementos pragmáticos favorecedores por sujeto, en relación con el total de indicadores de la lista de cotejo.

Junto con la tabla anterior, se disponen un gráfico para apoyar el análisis general de los datos.

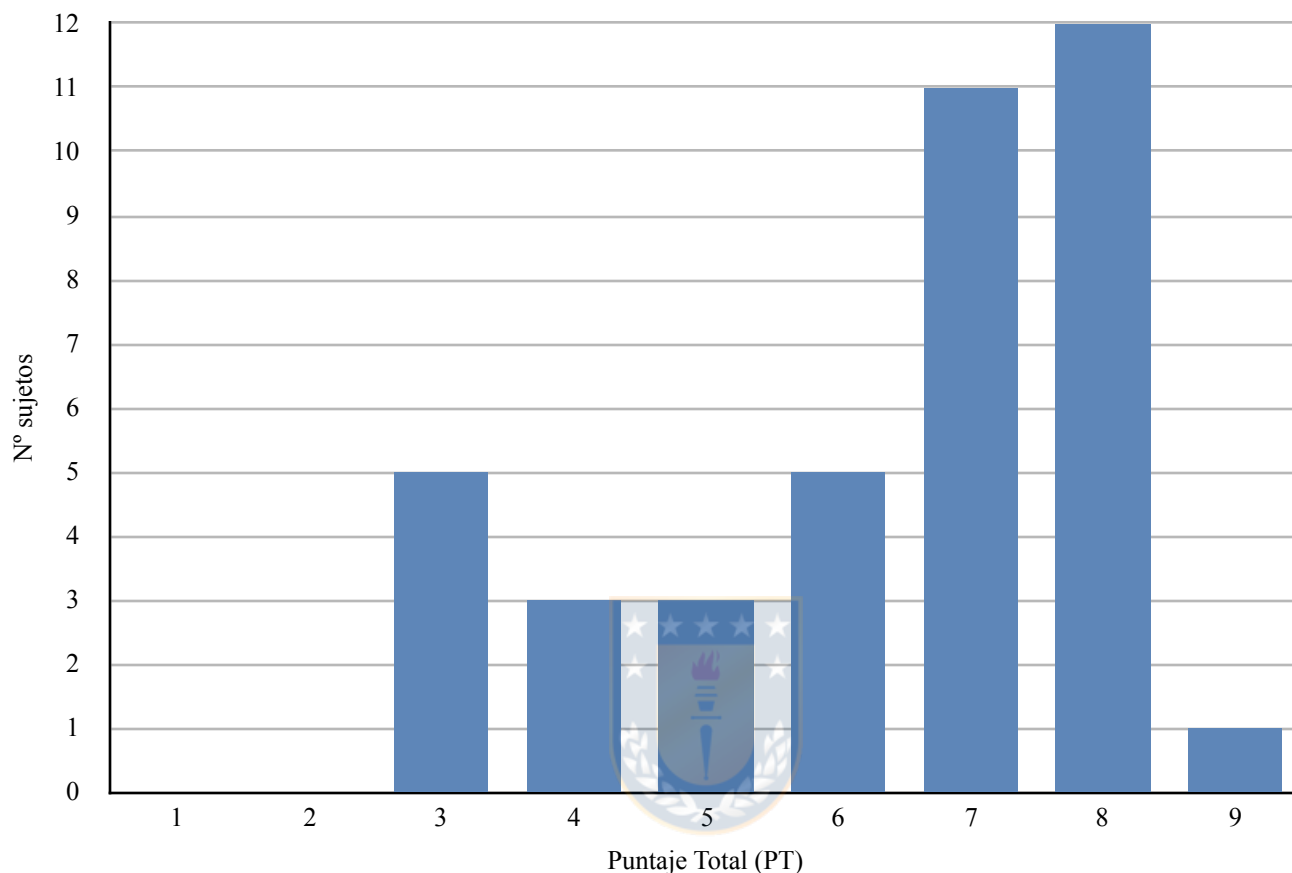


Imagen 6.24: Gráfico sobre información pragmática general

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

En esta instancia, cinco sujetos (12%) obtuvieron 3 puntos, es decir, tienen tres elementos pragmáticos que favorecen la adecuada resolución del instrumento. Además, tres sujetos (8%) obtuvieron 4 puntos y otros tres individuos (8%) lograron 5 puntos. También, cinco encuestados (12%) obtuvieron 6 puntos, once (27%) alcanzaron 7 puntos y doce (30%) consiguieron 8 puntos. Finalmente, solo uno (3%) obtuvo 9 puntos, por lo tanto, este entrevistado se encontraba en condiciones contextuales ideales para la aplicación del cuestionario.

El *promedio* de elementos pragmáticos favorecedores corresponde a 6,35 y la *moda* es igual a 8 puntos. En consecuencia, se registra que en esa población veintinueve sujetos, es decir, el 72% de los casos, presentan seis o más elementos pragmáticos favorecedores de la adecuada aplicación del test NVS.

2. Resultados por preguntas

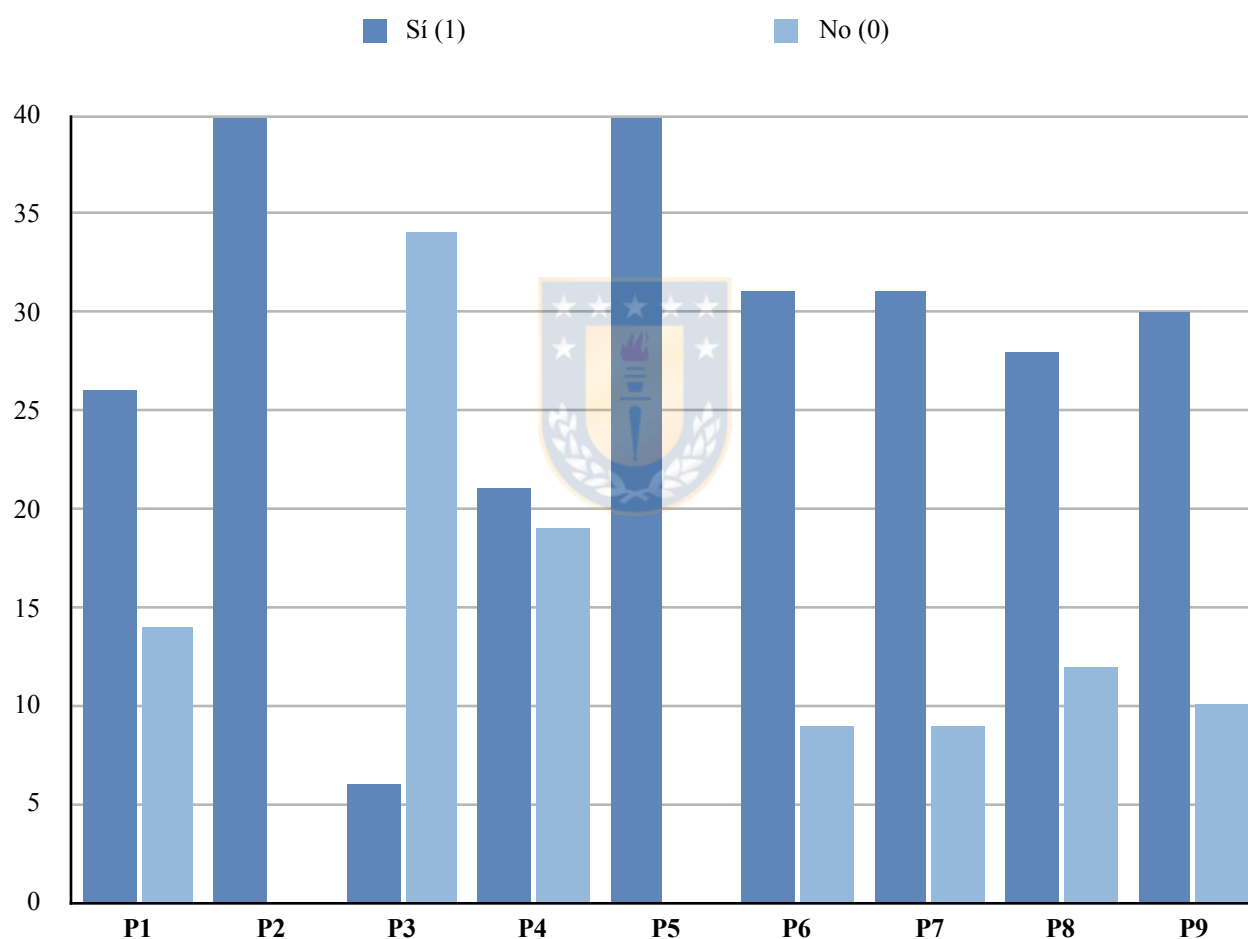


Imagen 6.25: Gráfico sobre información pragmática por ítem

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos en el estudio

En la pregunta 1, veintiséis sujetos (65%) realizan el test NVS en un lugar tranquilo donde no existen ruidos que interfieren o impiden la comunicación. En la

pregunta 2, todos los sujetos (100%) realizan la encuesta en un espacio privado. En la pregunta 3, seis individuos (15%) utilizan el apoyo de papel, lápiz u otro recurso para resolver las preguntas del test. En la pregunta 4, veintiún encuestados (53%) recibieron la socialización de las instrucciones en voz alta. En la pregunta 5, todos los sujetos (100%) realizan el cuestionario en un contexto formal de comunicación. En la pregunta 6, treinta y uno de los participantes (78%) se manifiestan conformes con la claridad en la redacción de las preguntas. En la pregunta 7, treinta y uno de los entrevistados (78%) comprenden las instrucciones inmediatamente. En la pregunta 8, veintiocho de los individuos (70%) responden rápidamente las preguntas, y en la pregunta 9 treinta encuestados (75%) se muestran hábiles para resolver problemas de cálculo matemático mental y de comprensión lectora.



VI.4.2 Registro anecdótico²⁰

ANTECEDENTES

Lugar o entorno: Universidad Andrés Bello, sede Concepción - sala 114

Observador: Carla Vergara Espinoza
Fecha: 20 de diciembre de 2018

Observado: estudiantes universitarios
Horario de aplicación: 9:00 a 9:43 hrs.

GUIÓN DE OBSERVACIÓN

- Describir cómo es la relación entre el entrevistador y el entrevistado.
- Describir el espacio en el que se desarrolla la comunicación.
- Dar cuenta del lenguaje no verbal utilizado por destinatario de la encuesta.
- Explicar si se le facilita al sujeto encuestado la comprensión de las preguntas: ¿qué indicios demuestra?

NOTAS DE CAMPO

Sujeto 21: la relación entre los participantes es cordial y simétrica. Durante la entrevista hay ruido en el entorno porque entran y salen personas de la sala. El lenguaje utilizado por el entrevistador es formal. La encuestada se muestra segura al contesta el cuestionario, pues responde rápidamente y sin vacilar.

Sujeto 22: la entrevistada estudia una carrera del área de la salud. La relación entre los participantes es cordial y simétrica. Durante la entrevista hay ruido en el entorno porque entran y salen personas de la sala. El lenguaje utilizado por el entrevistador es formal. La encuestada niega con la cabeza cuando responde a una pregunta y se demora en contestar el ítem 4. Solicita que le repitan las instrucciones y las preguntas 3 y 4.

Sujeto 23: la relación entre los participantes es cordial y simétrica. Durante la entrevista hay ruido en el entorno porque entran y salen personas de la sala. El lenguaje utilizado por el entrevistador es formal. La encuestada se demora en contestar todos los ítems del test, suspira y vacila al responder.

Sujeto 24: la relación entre los participantes es cordial y simétrica. Durante la entrevista hay ruido en el entorno porque hay personas trabajando en los pasillos (reparando el inmobiliario). El lenguaje utilizado por el entrevistador es formal. La encuestada se demora en contestar el test, solicita que le lean dos veces las preguntas porque le cuesta mantener la concentración y demuestra poca destreza para resolver cálculos matemáticos mentalmente.

Sujeto 25: la relación entre los participantes es cordial y simétrica. Durante la entrevista hay ruido en el entorno porque hay personas trabajando en los pasillos (reparando el inmobiliario). El lenguaje utilizado por el entrevistador es formal. La encuestada vacila al responder, presenta algunas muletillas como “emm” y alargamiento vocálicos al finalizar un enunciado y demuestra poca destreza para resolver cálculos matemáticos mentalmente.

Sujeto 26: el entrevistado estudia una carrera del área de la salud. La relación entre los participantes es cordial y simétrica. Durante la entrevista hay ruido en el entorno porque hay personas trabajando en los pasillos (reparando el inmobiliario). El lenguaje utilizado por el entrevistador es formal. El encuestado se demora en contestar y manifiesta explícitamente que no comprende las preguntas 1, 2 y 3.

²⁰ La encargada de aplicar el NVS y la encuesta para recoger impresiones del proceso es Camila Escobar Espinoza, estudiantes de Enfermería de la UNAB. Mientras que, la responsable de esta investigación aplicó la lista de cotejo sobre información pragmática y completó el registro anecdótico que se adjunta en este apartado.

ANTECEDENTES

Lugar o entorno: Universidad Andrés Bello, sede Concepción - sala 114

Observador: Carla Vergara Espinoza

Observado: estudiantes universitarios

Fecha: 21 de diciembre de 2018

Horario de aplicación: 8:30 a 9:07 hrs.

GUIÓN DE OBSERVACIÓN

- Describir cómo es la relación entre el entrevistador y el entrevistado.
- Describir el espacio en el que se desarrolla la comunicación.
- Dar cuenta del lenguaje no verbal utilizado por destinatario de la encuesta.
- Explicar si se le facilita al sujeto encuestado la comprensión de las preguntas: ¿qué indicios demuestra?

NOTAS DE CAMPO

Sujeto 27: la encuestada piensa mucho antes de responder y luego de contestar se da cuenta que pudo cometer errores, pues señala “no estar segura” o “no saber”. La entrevistada indaga con el entrevistador sobre cuáles pueden ser las respuesta del cuestionario y reconoce que se siente confundida. La relación entre los participantes es cordial y simétrica. Durante la entrevista existe poco ruido, debido a que hay otras personas en la sala que conversan en voz baja. El lenguaje utilizado por el encuestador es formal.

Sujeto 28: el encuestado se distrae con facilidad, le cuesta mantener la atención y le solicita al encuestador que repita varias veces las preguntas del test. Además, manifiesta en reiteradas oportunidades que “no sabe”, se rasca la cara y se toma los brazos como señales de ansiedad y confusión. La relación entre los participantes es cordial y simétrica. Durante la entrevista existe poco ruido, debido a que hay otras personas en la sala que conversan en voz baja. El lenguaje utilizado por el entrevistador es formal.

Sujeto 29: la encuestada mueve sus piernas, debido a que se siente ansiosa por la evaluación, y piensa mucho antes de responder el cuestionario. La relación entre los participantes es cordial y simétrica. Durante la entrevista existe poco ruido, debido a que hay otras personas en la sala que conversan en voz baja. El lenguaje utilizado por el encuestador es formal.

Sujeto 30: el encuestado responde rápidamente las preguntas, aunque se demora un poco más de lo acostumbrado en contestar el ítem 2. La relación entre los participantes es cordial y simétrica. Durante la entrevista existe poco ruido, debido a que hay otras personas en la sala que conversan en voz baja. El lenguaje utilizado por el encuestador es formal.

Sujeto 31: la entrevistada estudia una carrera del área de la salud, responde rápidamente las preguntas y manifiesta no comprender el ítem 4 porque la pregunta es poco clara. El lenguaje utilizado por el encuestador es formal. No hay elementos distractores en el entorno.

Sujeto 32: la entrevistada estudia una carrera del área de la salud, demuestra habilidad en la resolución mental de las preguntas, aunque comenta que algunos ítem le parecen confusos. El lenguaje utilizado por el encuestador es formal. No hay elementos distractores en el entorno.

ANTECEDENTES

Lugar o entorno: Universidad Andrés Bello, sede Concepción - sala 114

Observador: Carla Vergara Espinoza

Observado: estudiantes universitarios

Fecha: 21 de diciembre de 2018

Horario de aplicación: 15:00 a 15:55 hrs.

GUIÓN DE OBSERVACIÓN

- Describir cómo es la relación entre el entrevistador y el entrevistado.
- Describir el espacio en el que se desarrolla la comunicación.
- Dar cuenta del lenguaje no verbal utilizado por destinatario de la encuesta.
- Explicar si se le facilita al sujeto encuestado la comprensión de las preguntas: ¿qué indicios demuestra?

NOTAS DE CAMPO

Sujeto 33: la entrevistada estudia una carrera del área de la salud. Se demora en contestar el test; solicita que le lean más de una vez las instrucciones y las preguntas, porque le cuesta mantener la concentración. La entrevistada demuestra poca destreza para resolver cálculos matemáticos mentalmente. La relación entre los participantes es cordial y simétrica. El lenguaje utilizado por el entrevistador es formal. No hay elementos distractores en el entorno.

Sujeto 34: la entrevistada estudia una carrera del área de la salud. Se demora en contestar el test y señala que no entiende las instrucciones ni las preguntas 3 y 4. La entrevistada demuestra poca destreza para memorizar información. La relación entre los participantes es cordial y simétrica. El lenguaje utilizado por el entrevistador es formal. No hay elementos distractores en el entorno.

Sujeto 35: la encuestada responde rápida y claramente las preguntas. La relación entre los participantes es cordial y simétrica. No hay elementos distractores en el entorno. El lenguaje utilizado por el encuestador es formal.

Sujeto 36: la encuestada responde con seguridad el cuestionario y no tarda mucho tiempo en completar la evaluación. La relación entre los participantes es cordial y simétrica. No hay elementos distractores en el entorno. El lenguaje utilizado por el encuestador es formal.

Sujeto 37: el entrevistado estudia una carrera del área de la salud, responde rápida y claramente las preguntas. La relación entre los participantes es cordial y simétrica. No hay elementos distractores en el entorno. El lenguaje utilizado por el encuestador es formal.

Sujeto 38: el entrevistado estudia una carrera del área de la salud, se muestra ansioso al inicio de la entrevista y tarda poco tiempo en completar la evaluación. La relación entre los participantes es cordial y simétrica. No hay elementos distractores en el entorno. El lenguaje utilizado por el encuestador es formal.

Sujeto 39: la encuestada responde con seguridad el cuestionario y no tarda mucho tiempo en completar la evaluación. La relación entre los participantes es cordial y simétrica. No hay elementos distractores en el entorno. El lenguaje utilizado por el encuestador es formal.

Sujeto 40: la encuestada responde rápidamente y con seguridad la evaluación. La relación entre los participantes es cordial y simétrica. No hay elementos distractores en el entorno. El lenguaje utilizado por el encuestador es formal.

VII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

VII.1 Resultados de la aplicación del Nuevo Signo Vital

Los resultados de la aplicación del instrumento pueden revisarse en detalle en el apartado VI.2 de este trabajo. No obstante, para la discusión y análisis de esta información se considerará el promedio general obtenido en la prueba, la puntuación que se repite con mayor frecuencia en los sujetos encuestados, los resultados generales por género y por formato de aplicación, la pregunta con mayor porcentaje de éxito y la con menos cantidad de aciertos.

Como se mencionó en apartados anteriores, el promedio de los sujetos que rindieron la evaluación es de 4 puntos, por lo que estamos frente a un resultado general medianamente adecuado, pero limitado. A pesar de esto, veintisiete sujetos (67%) alcanzan un nivel adecuado o satisfactorio de alfabetización, ya que registran puntajes superiores a 5 puntos y sólo ocho personas (21%) logran niveles inadecuados de alfabetización porque obtiene puntajes iguales o inferiores a 3 puntos. Por consiguiente, podemos interpretar estas cifras como resultados positivos, puesto que en más de la mitad de la población entrevistada los índices de Alfabetización en Salud son satisfactorios y sólo un porcentaje pequeño de la muestra posee niveles inadecuados.

En el caso de los resultados obtenidos según el género, el promedio de respuestas obtenido por las mujeres fue de 5 puntos, lo cual se puede interpretar como un resultado satisfactorio, y en los hombres el promedio fue de 4 puntos, lo que se puede interpretar como medianamente adecuado. Por su parte, veinticinco mujeres (73%) obtuvieron 5 puntos o más en el test, mientras que cuatro hombres (66%) alcanzaron 5 puntos en el cuestionario. Por ende, esta información tiene un carácter positivo, porque más de la mitad de la población de ambos géneros responde adecuadamente al cuestionario.

Respecto a los resultados que se alcanzaron según el formato de aplicación, el promedio del test online es de 5 puntos, lo cual se puede interpretar como un resultado satisfactorio, y en el formato presencial fue de 4 puntos, lo que se puede interpretar como medianamente adecuado. Diecisiete sujetos (85%) tienen 5 puntos o más en el formato online, mientras que en el formato presencial, doce encuestados (60%) sacaron 5 puntos o más. Ambos datos tienen una connotación positiva, pues más de la mitad de la población en formato online y presencial obtiene niveles de alfabetización adecuados.

Ahora bien, para discutir sobre los resultados por preguntas solo se considerará el formato de aplicación, y no el género de los encuestados, debido a que la proporción de hombres versus mujeres es desigual. Esto, podría dar como resultado conclusiones arbitrarias que no dan cuenta de la realidad objetiva de un grupo.

La pregunta 4 es el ítem que presenta una mayor cantidad de desaciertos; es la pregunta en la que fallaron más sujetos, tanto en formato online como en formato presencial. En el caso del formato online, cinco encuestados (25%) tienen incorrecta esta pregunta y en el formato presencial nueve se equivocaron (45%) al contestar.

A diferencia de la situación anterior, en las preguntas 1, 5 y 6 se presenta la menor cantidad de desaciertos, son las preguntas que tienen mayor porcentaje de éxito en ambas aplicaciones. En el caso de las preguntas 5 y 6, tres sujetos (15%) tienen incorrecto este ítem en el formato online y cuatro de los encuestados (20%) fallaron al responder en el formato presencial, por lo tanto, no existe una diferencia significativa entre los grupos. En cambio, en la pregunta 1 hay una desigualdad mayor en los formatos de aplicación, porque en la encuesta online dos personas (10%) tienen incorrecto el test y en la entrevista presencial cinco de los participantes (25%) erraron en la evaluación.

Finalmente, en la pregunta 3 también hay una baja cantidad de desaciertos, al igual que en las preguntas 1, 5 y 6. Sin embargo, en este ítem es donde existe la mayor disimilitud entre los resultados obtenidos durante la aplicación online y en la presencial. En la primera modalidad no existen preguntas erradas, en cambio, en la modalidad presencial siete entrevistados (35%) responden de manera incorrecta.

VII.2 Resultados de la encuesta de para recoger impresiones del proceso

A partir de la aplicación del Newest Vital Sign en este estudio, se registran niveles adecuados de Alfabetización en Salud en 67% de los encuestados y niveles inadecuados en 21% de los individuos que respondieron el cuestionario. Esta información general se condice con la positiva valoración de los participantes cuando se les consultó sobre las impresiones del proceso. Es más, la evaluación positiva de los sujetos sobre los contenidos y el formato del cuestionario, tras la validación y adaptación de la encuesta, es más alta que los niveles de Alfabetización en Salud obtenidos gracias a la aplicación del NVS.

Los cuatro ítems del instrumento registran valoraciones iguales o superiores al 75% de aprobación, concentrándose la mayor frecuencia de respuestas positivas en el ítem 1 (el 88% admite que tiene claro el contenido y no existen dudas) y la menor cantidad de respuestas positivas en el ítem 4 (a 75% personas les parece adecuada la redacción)

En el caso del ítem 2, treinta y cuatro personas (85%) respondieron que no tenían sugerencias para el cuestionario porque les parecía un buen instrumento, seis (15%) valoran negativamente las preguntas y sugirieron simplificarlas. En el ítem 3, treinta y tres encuestados (83%) valoran positivamente la etiqueta de helado, cinco (12%) la valoran negativamente porque les parece que podría

mejorar y dos (5%) son neutrales en sus apreciaciones pues no recordaban el formato de la etiqueta.

VII.3 Observación etnográfica: lista de cotejo y del registro anecdótico

En este subapartado se analizarán los resultados obtenidos en la lista de cotejo y el registro anecdótico de la observación etnográfica realizada. Para ello, se tomarán en cuenta dos elementos: las condiciones del entrevistado y la relevancia o incidencia de la información pragmática en los niveles de Alfabetización en Salud de los sujetos.

Según la información que se ha entregado en capítulos anteriores, la muestra se caracteriza por su homogeneidad, dado que los participantes pertenecen a un mismo grupo etario en el que no existen diferencias significativas entre las edades de los encuestados, además, la presencia de mujeres es mayoritaria (corresponden al 85% de la población), y la situación social, cultural y económica del grupo evaluado se enmarca dentro del mismo perfil (educación universitaria incompleta y nivel socioeconómico medio).

Por lo tanto, la gran diferencia que existe entre los entrevistados, y partir de la cual se puede realizar una categorización o división, se relaciona con el formato de aplicación del cuestionario. A esto se le conocerá como condición del entrevistado, la cual puede estar determinada por una relación comunicativa indirecta o por una comunicación directa.

La primera relación comunicativa es la que se establece a partir de la aplicación online del instrumento, y se caracteriza por presentar un soporte escrito y digital, en el que se rompe la linealidad de la escritura para dar paso a una virtualidad. Esta relación comunicativa es indirecta porque los participantes no interactúan al mismo tiempo que se produce la emisión y recepción del mensaje: la

encuesta adaptada se sube a una plataforma online y los encuestados deben ingresar al sitio web, cuando puedan hacerlo, para resolver el cuestionario. Por este motivo, existe un distanciamiento temporal entre los participantes de la comunicación, puesto que el destinatario no recibe el mensaje inmediatamente después de ser emitido, sino que pueden pasar horas o días antes de que decida ingresar a la plataforma virtual para realizar la evaluación.

Esta situación, permitirá que los sujetos entrevistados puedan regular las condiciones de recepción del mensaje y cuidar que la información pragmática que los rodea sea favorecedora para la resolución de las preguntas. Así, al considerar la información dispuesta en los resultados de la lista de cotejo, se desprende que dieciocho de los individuos encuestados virtualmente tiene seis o más elementos pragmáticos favorecedores, en contraste con los sujetos que fueron entrevistados presencialmente, de los cuales onces presentan seis o más elementos pragmáticos favorecedores.

La segunda relación comunicativa, se produce en la entrevista cara a cara, en la cual se socializan las preguntas en voz alta y el entrevistado no tiene acceso a la lectura de las preguntas; este sólo puede conservar en sus manos la etiqueta de helados para recurrir a ella cuando la necesite. Por lo tanto, a diferencia de la situación anterior, este formato de aplicación implica una relación directa entre los participantes, puesto que la emisión y recepción del mensaje es inmediata.

Lo anterior, podría interpretarse como una ventaja porque se produce una retroalimentación instantánea y gracias al registro anecdótico (revisar subapartado VII.4.2) se recopila información pragmática relevante durante la observación de la situación. Aunque, también puede ser visto como una dificultad, pues hay que tomar mayores precauciones para resguardar los elementos pragmáticos favorecedores de la comunicación, y así los individuos pueden responder concentrados las preguntas en una situación que les acomode.

Otro punto importante, consiste en la relación entre la información pragmática favorecedora de la comunicación y el nivel de alfabetización en salud. Por ejemplo, en el caso de los estudiantes 25, 26, 27 y 28, cada uno presenta sólo tres elementos pragmáticos favorecedores y sus niveles de alfabetización varían entre 1 y 3 puntos tras la aplicación del Nuevo Signo Vital. Asimismo, en el registro anecdótico se evidencia que sus comportamientos demuestran ansiedad, confusión y baja concentración debido a las distracciones, lo cual podría ser una variable que afecta el desempeño.

Ahora, si se considera el análisis general de la información, los individuos que presentan 6 o más elementos pragmáticos favorecedores alcanza un promedio de 5,41 puntos de alfabetización y los que presentan 4 o menos elementos pragmáticos favorecedores registran un promedio de 2,62 puntos en la test.



VIII. CONCLUSIONES

VIII.1 Acerca de las preguntas de investigación

En relación con los índices de alfabetización en salud de una población determinada, podemos concluir que varían (positiva o negativamente) según las condiciones pragmáticas que afectan la aplicación de los cuestionarios. Si comparamos los resultados de la observación etnográfica (lista de cotejo sobre información pragmática y registro anecdótico) y los resultados de los índices de AS luego de la aplicación del NSV, se concluye que los individuos que presentan 6 o más elementos pragmáticos favorecedores alcanza un promedio de 5,41 puntos de alfabetización y sus puntajes fluctúan entre los 5 y 6 puntos. Por el contrario, los individuos que presentan 4 o menos elementos pragmáticos favorecedores registran un promedio de 2,62 puntos en la test y poseen puntajes que varía entre 1 y 4 puntos. En consecuencia, mientras más elementos pragmáticos favorecedores se presenten mayor es el puntaje obtenido en el NVS, por su parte, mientras menos elementos pragmáticos favorecedores se registren los índices de Alfabetización en Salud serán más bajos.

Si revisamos otro ejemplo; en el caso de los sujetos 33 y 34 ambos presentan 4 elementos pragmáticos favorecedores, lo cual es considerado un puntaje bajo, dentro de un rango de 9 puntos que se podrían obtener en el checklist de la lista de cotejo. Además, cada uno de los sujetos tienen un nivel de Alfabetización en Salud de 2 puntos.

En contraste con la situación anterior, los individuos 1 y 36 registran 9 y 8 elementos pragmáticos favorecedores respectivamente, lo que es considerado un puntaje alto, dentro de un rango de 9 puntos que podrán obtener. Sumado a lo anterior, cada uno de ellos obtiene 6 puntos (puntaje máximo) en la encuesta de Alfabetización en Salud.

Estos ejemplos, aportan evidencia y complementan la información entregada al inicio de este capítulo, pues son indicios del vínculo que existe entre la información pragmática y los niveles de AS. No obstante, en el estudio también se encontraron dos situaciones excepcionales que no se condicen con los resultados generales de la investigación ni con los resultados registrados en el 95% de los casos. A pesar de que estos datos pueden ser considerados como poco significativo, igualmente transparentaremos sus resultados: los sujetos 3 y 22 tienen 7 y 4 elementos pragmáticos favorecedores respectivamente, sin embargo, obtiene 4 y 6 puntos respectivamente en la encuesta NVS. Por lo tanto, aunque en el primer caso existen bastantes elementos pragmáticos favorecedores de la comunicación, el sujeto alcanza un nivel de alfabetización medianamente adecuado; en cambio, en el segundo caso existen pocos elementos pragmáticos favorecedores de la comunicación, pero el sujeto alcanza un nivel de alfabetización satisfactorio.

Sin perjuicio de lo anterior, reiteramos que en treinta y ocho de los cuarenta casos analizados sí se reconoce una relación entre información pragmática y niveles de AS. Además, la tendencia que existe en la población observada, evidencia que mientras mayor es el puntaje en una de las evaluaciones la otra medición también aumentará su puntuación. Por consiguiente, mantenemos nuestro planteamiento inicial y respaldamos las conjeturas dispuestas en estas conclusiones.

Ahora bien, también podemos afirmar que los instrumentos que en su proceso de validación semántica han incorporado elementos pragmadiscursivos logran enriquecer su validez de contenido. Por una parte, destacamos que la validación del NVS durante el proyecto FONIS SA15I20193 fue un proceso complejo y exhaustivo que dio cuenta de la validez semántica, de constructo y de contenido al adaptar la encuesta al contexto sociocultural chileno.

Por otra parte, en el presente estudio se ilustró la existencia de tres categorías pragmáticas que facilitan la comunicación. Las presuposiciones, las implicaturas y las moralejas permiten analizar pragmática y discursivamente el instrumento clínico, el cual es válido semánticamente porque la interpretación de los destinatarios se ajuste a la intencionalidad original del instrumento.

Por lo tanto, es posible ajustar la encuesta y constatar su equivalencia cultural a partir del análisis discursivo, complementando los procedimientos de la adaptación transcultural utilizados en el proyecto FONIS con los elementos pragmadiscursivos de la lengua. Esto, dio como resultado un cuestionario consistente y confiable que puede ser utilizado en otras investigaciones, y cuyo método de adaptación también puede ser replicado para validar semánticamente otras encuestas extranjeras.

Este análisis se puede complementar con los resultados obtenidos en la encuesta sobre impresiones del proceso, cuya valoración, tras la validación y adaptación de la encuesta, es bastante positiva. Los cuatro ítems del instrumento registran evaluaciones iguales o superiores al 75% de aprobación, por consiguiente, los receptores se manifestaron en general conformes con la claridad del test, con la redacción de las preguntas y con el formato del etiquetado. Además, valoraron su utilidad y reconocieron que no se habían enfrentado a cuestionarios similares (incluso los estudiantes de carreras afines al área de la salud).

De todos modos, existen algunas sugerencias que nos manifestaron las personas encuestadas, y que serán consideradas en trabajos posteriores por su relevancia e incidencia en el mejoramiento del instrumento y su aplicación. Entre ellas encontramos los siguientes aportes: *incorporar más colores; más espacio para rellenar datos y responder a las preguntas; adaptar la etiqueta porque los nuevos sellos generalmente equivalen a 100 gr de la cantidad, pero la etiqueta de helado está por porción.*

VIII. 2 Hallazgos de la investigación

Uno de los descubrimientos que no estaban contemplados en los supuestos de investigación de este trabajo, pero que tiene gran relevancia para estudios afines, es la factibilidad de la aplicación online y las características del formato virtual. Se comprobó a partir de los resultados obtenidos que determinados individuos pueden regular las condiciones de recepción del mensaje y cuidar que la información pragmática que los rodea favorezca la resolución de una evaluación.

Sin embargo, hay que ser precavidos y rigurosos con el traspaso de la encuesta al formato online, ya que no debemos olvidar que este instrumento busca medir las competencias aritméticas y de comprensión lectora mediante la destreza mental y la capacidad de abstracción. Por lo mismo, se debe programar la duración del instrumento (entre 5 y 6 minutos) para que los encuestados consideren como indicador, además de las competencias lectoras y lógico-matemáticas, la rapidez con la que resolverán los ítems del test. Asimismo, es importante incluir en las instrucciones que idealmente la encuesta debe ser contestada sin apoyo de papel y lápiz, porque su objetivo es evaluar la memoria a corto plazo y el cálculo mental, junto con los niveles de Alfabetización en Salud.

Salvo por estas consideraciones, la aplicación online resulta muy beneficiosa para la difusión y masificación del instrumento, debido a la simultaneidad y a la operatividad del proceso, permitiendo así que se agilice el acceso a los resultados. Muchos de los servidores virtuales, automatiza inmediatamente el cálculo de los valores estadísticos (moda, media, mediana) más relevantes, por ende, el análisis se lleva a cabo rápidamente.

La aplicación online, también posibilita la incorporación de textos multimodales lo que podría ser de gran utilidad para construir una encuesta

inclusiva que atienda la diversidad cultural, por esta razón sería interesante profundizar en esta temática y evaluar la posibilidad de adaptar la encuesta a un formato online inclusivo.

Otro hallazgo que se desprende de la investigación, tiene que ver con la información pragmática como punto de divergencia, cuya implicancia es determinante en las conclusiones y en los resultados de la investigación. En el inicio, desarrollo y cierre del estudio el conocimiento de mundo (*información pragmática general*), lo que los interlocutores perciben durante la intervención (*información pragmática situacional*) y la información que deriva de las expresiones lingüísticas inmediatamente precedentes (*información pragmática contextual*) afectan a la construcción y reconstrucción del significado del emisor-destinatario, también moldean el discurso e influyen en el procesamiento del input lingüístico. De modo que, es interesante conocer la variabilidad de posibles resultados que eventualmente podrían desprenderse de la información pragmática presente en discursos clínicos, en instrumentos que miden AS y en el proceso de aplicación de este tipo de encuestas.

Algunos elementos que podrían considerarse como tópicos de investigación en futuros trabajos son: la socialización de las preguntas en voz alta, los distintos tipos de distracciones o elementos disruptivos, las características de la información que se añade en la comunicación para facilitar la interpretación, la relación entre los participante de la comunicación en contextos clínicos, las intenciones de emisor y el destinatario, la ideología que subyace a la construcción lingüística del discurso, las competencia de los destinatarios, el propósito del texto, entre otros. Sólo cabe destacar que es preponderante continuar con la contribución científica en este campo, cuyos avances permitirán hacer más eficientes y eficaces las herramientas clínicas para que la población tome decisiones responsables e informadas en materia de salud.

VIII.3 Dificultades o limitaciones del estudio

Las principal limitación de este trabajo se presentó cuando se aplicaron las encuestas en la población, puesto que demoramos más de lo previsto en entrevistar a los individuos, debido a protocolos burocráticos que nos impidieron aplicar a tiempo los cuestionarios. Además, el estudio se realizó en una población diferente a la que originalmente habíamos pensado, pues esperábamos entrevistar a pacientes que se encontraran en la sala de espera de hospitales y CESFAM de la provincia de Concepción. Sin embargo, no logramos conseguirnos la autorización del comité de ética de los centros asistenciales que contactamos para que nos permitieran realizar las evaluaciones. Por este motivo, aplicamos las encuestas en estudiantes universitarios.

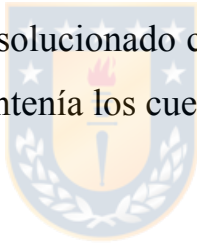
Distinto fue el caso del equipo de investigación del proyecto FONIS SA15I20193, porque su trabajo estaba respaldado por el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Concepción y contaba con la participación de académicos que forman parte de las redes profesionales en el Servicio de Salud y en centros asistenciales donde, también, se coordinan prácticas para estudiantes de las carreras de la Facultad de Medicina.

Por su lado, el cambio en la selección de la población, implicó que se produjera un desajuste en la heterogeneidad del grupo encuestado, pues los voluntarios que se interesaron en participar de este estudio fueron en su mayoría mujeres; por consiguiente, se registraron los resultados de un grupo en el que prevalece la presencia femenina.

A pesar de que en un principio se consideró que dicha homogeneidad podría ser problemática, luego se constató que los resultados revelan una preocupación de un determinado grupo por adquirir conocimientos en materia de salud. Como se mencionó anteriormente, la resolución del cuestionario era optativo y se le informó

a una colectividad mixta de estudiantes sobre los objetivos/beneficios de la investigación, no obstante, el interés fue más preponderante en el género femenino que en el masculino, lo que podría traducirse como una respuesta sociocultural de las mujeres de un rango etario y de un nivel socioeconómico determinado.

Además, de la modificación de la población original y de su homogeneidad, producto de la mayoritaria presencia femenina, existe otra limitación o dificultad relacionada con la operatividad de la aplicación de la entrevista para resguardar elementos pragmáticos favorables. Aunque éramos conscientes de la importancia de estos elementos pragmáticos, fue bastante complejo resguardar condiciones ideales en el entorno. Por ejemplo, se procuró mantener silencio y evitar las distracciones, pero aún así existieron ruidos y acontecimiento que interferían en la entrevista. En el caso de la aplicación online, las instrucciones no se socializaron en voz alta, lo que podría haberse solucionado con la incorporación de una nota de audio en la plataforma web que contenía los cuestionarios.



VIII.4 Proyecciones de la investigación

En el marco del panorama actual en materia de salud, la Subsecretaría de Salud Pública establece como uno de sus objetivos estratégicos el desarrollo de políticas que fomenten estilos y hábitos de vida saludables, a través del fortalecimiento de los programas de prevención y promoción a nivel nacional y regional, para fomentar en la población competencias de autocuidado y protección de estilos de vida y entornos saludables, así como también para mejorar la capacidad de detección temprana de enfermedades que puedan ocasionar discapacidades.

En este sentido, el concepto de Alfabetización en Salud cumple un rol preponderante en los asuntos de políticas de salud pública, porque su dominio

implica los conocimientos y competencias que tienen los individuos para hacer frente a los desafíos que impone el cuidado de la salud durante el ciclo vital. Así, una baja alfabetización puede afectar a la salud de las personas directamente, ya que limita su desarrollo personal, social y cultural.

De hecho, en la sociedad actual, existe un aumento de conductas menos saludables y de acciones deficitarias que reflejan un crecimiento de patologías crónicas como es el caso de la obesidad, accidentes vasculares cerebral, depresión, cáncer, embarazo adolescente, entre otras. Los estudios científicos en esta materia advierten sobre la relación entre conductas/actitudes y enfermedad, por lo que proseguir con investigaciones relacionadas a la alfabetización resulta importante para médicos y especialistas preocupados por la prevención de enfermedades y por la promoción de estilos de vida más saludables.

Por ejemplo, en el caso de Chile el aumento continuo de los índices de obesidad, es una situación que mantiene intranquila a la opinión pública. Según el informe de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) entregado el año 2018²¹, se posiciona a Chile como el segundo país OCDE con mayor índice de obesidad: el 34,4% de la población chilena mayor de 15 años presenta altos índices de obesidad.

El último reporte de la OCDE²² indica que entre 2016 y 2017, el país registró un aumento del 9,3% en la proporción de adultos obesos mayores de 15 años. En 2016 Chile ocupaba el octavo lugar entre países OCDE con un 25,1%, de obesidad en adultos, hoy, en cambio, se posiciona como segundo con el 34,4%. El ranking lo lidera Estados Unidos donde el 40% de la población adulta sufre de obesidad. En el caso de menores de 5 años, el último informe de la FAO indica que

²¹ El ranking de la OCDE compara países con datos de obesidad de distintos años y con datos auto-reportados y medidos según el caso de cada país.

²² Las cifras que se disponen en los párrafos siguientes se extraen de una publicación de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, titulada *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo* (2018). Recuperado en <http://www.fao.org/chile/noticias/detail-events/es/c/1157509/>

Chile tiene una de las mayores tasas de sobrepeso infantil de América Latina y el Caribe con un 9,3%.

Por consiguiente, hoy en día estamos frente a un panorama nutricional crítico: “el sobrepeso y la obesidad están deteriorando el bienestar de la población chilena y aumentando el riesgo de enfermedades no transmisibles, como infartos, diabetes y ciertos tipos de cáncer”, advirtió Eve Crowley, representante de la FAO en Chile (recuperado en <http://www.fao.org/chile/noticias/detail-events/es/c/1157509/>).

Según la Encuesta de Consumo Alimentario del Ministerio de Salud, sólo el 5% de la población chilena come saludable y un 86,7% a nivel nacional es sedentario. Además, las personas no siguen las recomendaciones mínimas de las guías alimentarias. A nivel nacional el 28,3% de la población toma agua regularmente y sólo el 15% consume las porciones recomendadas de frutas y verduras.

Eve Crowley, representante de la FAO en Chile, señaló también que en nuestro país se “están aplicando medidas para combatir este fenómeno como el etiquetado nutricional, quioscos saludables y restricción de la publicidad, pero hay que avanzar más. Más educación, más incentivos para acceder a alimentos sanos, más vinculación con ferias libres y mercados saludables” (recuperado en <http://www.fao.org/chile/noticias/detail-events/es/c/1157509/>).

Por este motivo, una de las preocupaciones gubernamentales, se centra en programas como *Elige vivir sano* y *El derecho a vivir sano*, además de la creación de un proyecto de ley impulsado por el Ministerio de Desarrollo Social, y cuyo objetivo consiste en promover hábitos y estilos de vida saludables²³ para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas. Asimismo, el Sistema Elige Vivir

²³ Para efectos de dicha ley, se entenderá por hábitos y estilos de vida saludables, aquellos que propenden y promueven una alimentación saludable, el desarrollo de actividad física, la vida familiar y las actividades al aire libre, como también aquellas conductas y acciones que tengan por finalidad contribuir a prevenir, disminuir o revertir los factores y conductas de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles.

Sano, será un modelo de gestión constituido por políticas, planes y programas que tienen por finalidad informar, educar y fomentar la prevención de los factores y conductas de riesgo asociadas a las enfermedades no transmisibles, derivadas de hábitos y estilos de vida no saludables.

Siguiendo con la misma lógica, otro organismo que se pronuncia sobre este asunto es el Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello, el cual manifiesta que el estado de salud de las personas depende de las estrategias y acciones desarrolladas a nivel de la sociedad en su conjunto, muchas veces representadas por el estado; y, del compromiso individual por tomar decisiones responsables alineadas con la propia salud, la del grupo familiar y las de su comunidad.

Por lo tanto, para el Instituto una sociedad saludable vela porque su población, a lo largo de todo el ciclo de vida, pueda: alcanzar una dieta nutritiva y desarrollar una actividad física adecuada; evitar conductas de riesgo para la salud, tales como el fumar, beber en exceso y consumir drogas ilícitas; habitar en una vivienda adecuada que lo proteja y que promueva el bienestar físico y mental familiar; disfrutar de barrios y comunidades seguros y libres de contaminación, diseñados para promover la actividad física y la interacción social.

El acontecer de estos últimos años, impulsó nuestros esfuerzos por realizar el presente trabajo de investigación, ya que estudios de este tipo nos permiten adoptar un enfoque de salud centrado en las personas, en el cual los individuos participan de las decisiones y se hacen responsables de su salud, involucrándose activamente en el proceso de atención. Además, la información puede ser de gran utilidad para las instituciones que buscan la medición estandarizada de un colectivo y no los resultados individuales. También, los resultados de este trabajo pueden contribuir en la creación de instrumentos clínicos y en la promoción de políticas públicas en materia de salud.

La Alfabetización en Salud es un tópico que requieren de equipos variados y del involucramiento de diversas disciplinas que colaboren mutuamente en la construcción de conocimiento. La interrelación entre los distintos campos de estudios como la lingüística, las ciencias sociales, las matemáticas, la psicología y las ciencias de la educación, permite ampliar la mirada de un fenómeno y evitar que la construcción del conocimiento sea incompleta, se segmente o incluso que caiga en reduccionismos. Esto, favorece la producción científica, ya que gracias a la interdisciplinariedad los objetos de estudio son abordados de modo integral y se promueve el desarrollo de nuevos enfoques metodológicos para la resolución de problemas.

Finalmente, esperamos que la comunidad científica continúen aportando conocimientos en esta línea de investigación, consolidando, para dichos fines, equipos de trabajo interdisciplinarios que busquen impactar en la construcción social de la idea de salud, en las políticas públicas del país, y en las actitudes/ conductas de los ciudadanos para al promoción y prevención de las enfermedades. Por nuestra parte, proseguiremos estudios en esta línea a través de nuevas aplicaciones del Newest Vital Sign en una población más numerosa y heterogénea, considerando la adaptación de la encuesta a nuevos formatos de aplicación, y haciéndonos cargo de la perspectiva de género y el rol de la mujer en esta materia.

IX. ANEXOS

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Ficha Técnica

- A. *Investigador:* Carla Vergara Espinoza
- B. *Datos identificadores de la grabación*
- Fecha de la grabación: 18 de diciembre de 2019
 - Tiempo de la grabación: 15:38 minutos
 - Lugar de la grabación: Facultad de Medicina, Universidad de Concepción
- C. *Situación comunicativa*
- Tema: investigación relacionada con Alfabetización en Saludos y aplicación del Newest Vital Sign
 - Tono: formal
 - Modo o canal: oral
- D. *Tipo de discurso:* entrevista
- E. *Técnica de grabación:* conversación semidirigida



Características del entrevistado

- *Nombre:* Aldo Vera Cazaretta
- *Profesión:* Psicólogo, Doctor en Salud Pública, Magíster en Administración, Esp. Gestión de Políticas de Recursos Humanos en Salud y Diplomado en Psiquiatría Comunitaria.
- *Cargo:* Profesor asociado en la Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.
- *Área de interés e investigación:* Alfabetización en Salud; Aprendizaje Organizacional; Atención Primaria en Salud; Factores Psicosociales, Estrés y Trabajo; Presentismo y Ausentismo Laboral; Diseño y Evaluación de Intervenciones en Salud.

Transliteración de la entrevista

A: entrevistador

B: entrevistado

/: pausa de medio segundo

//: paso de un segundo

[...]: omisión de un fragmento o enunciado de la entrevista.

A: ¿Qué es para usted el proceso de validación de un instrumento?

B: Para responder esa pregunta primero tengo que hablar de la validez. // La validez de un cuestionario o un instrumento dice relación con que dicho cuestionario, dicho instrumento, pueda evaluar o medir para lo cual fue creado. Entonces la pregunta es si este cuestionario o este instrumento evalúa o no para lo que fue creado.

Ahora, el proceso de validación dice relación con un conjunto de etapas que son secuenciales en el tiempo y que me van a permitir a mi dos cosas. El primero tiene que ver con poder establecer y determinar la validez del instrumento, es decir, si el instrumento mide lo que pretende medir ¿ok? Y hay distintos tipos de validez: validez semántica, validez de contenido, validez concurrente, validez factoriales, etcétera, etcétera, y hay distintos métodos para lograr eso.

Y el segundo aspecto que busca el instrumento es ser confiables ¿ok? ¿que significa eso? Que si el instrumento es estable en el tiempo y en los resultados que se obtienen con él, para lo cual nosotros hablamos de consistencia interna; estamos hablando de confiabilidad.

La confiabilidad se asocia a la validez naturalmente, y después hay otros aspectos que tiene que ver con el proceso de validación. Cuando tú quieres discriminar personas, entre personas, quién tiene mejor o peor rendimiento / y eso tiene que ver

con establecimiento de baremos o puntos de cortes o establecer cuál es la sensibilidad o especificidad del instrumento, / si el instrumento detecta esencialmente a los casos que hay que detectar que tienen una buena alfabetización; por ejemplo, cuánto de eso discrimina ¿no? O si naturalmente logra detectar aquellos casos que son falsos también de manera correcta. A veces encontramos casos que son verdadero como verdaderos, pero que en realidad son falsos o a veces detectamos casos que son falsos que responden de manera incorrecta o tiene una mala alfabetización, pero resulta que sí son correctos ¿me entiende?

Bueno eso tiene que ver con cuán sensible y específico es el instrumento va a poder discriminar aquel que es caso de aquel que no es caso.

A: Considerando las características de la encuesta Newest Vital Sign o Nuevo Signo Vital, ¿por qué escogieron este instrumento para la validación a pesar de que existen otras encuesta que miden alfabetización en salud?

B: En el ámbitos de los instrumentos de alfabetización en salud hay muchos, no obstante, el Nuevo Signo Vital tiene características muy particulares. /Primero/ es un instrumento muy breve, muy simple de aplicar y que requiere de poco tiempo, y comparado con los otros instrumentos resulta ser una herramienta muy muy atractiva. Ahora, qué mide este instrumentos es re interesante saberlo, por una parte, este instrumento va a medir la capacidad que tienen las personas para hacer cálculos mentales numéricos a partir de insumos de información que se les entregan al momento de la entrevista / y lo segundo tiene que ver con la comprensión lectora ya sea por mensajes que lee la persona o la comprensión a través de la comunicación oral. Entonces resulta ser un instrumento de amplio uso internacional pero eminentemente es porque es muy simple de poder aplicar y que tiene una alta validez y discrimina bastante bien quienes tienen una buena

alfabetización de quienes no. // Y lo otro que es atractivo es que es una medida de rendimiento asociada al rendimiento de la persona, o sea, lo hace bien o lo hace mal. Una medida objetiva de la alfabetización en cambio otros instrumentos como el HLSU que es el instrumento europeo // evalúa más que la alfabetización objetiva evalúa la alfabetización subjetiva porque da cuenta de cuánto se valora la persona respecto de ciertas habilidades y competencias que tiene y ese aplicado en el mundo clínico podría ser útil pero no hay mucha evidencia al respecto. El que más se ha utilizado ha sido este, // y por qué se crea el TOFLA y este instrumento: / se crean porque se dan cuenta que en el mundo americano que hay muchas personas que no entienden temas de la seguridad social, tema de los seguros, atención, exámenes, y este es uno de ellos.



A: ¿Podría describirme el marco de desarrollo de la investigación?

B: Proyecto FONIS que surge como una iniciativa que se inserta en otra iniciativa en el contexto de la formación de médicos especialistas en salud familiar. Ese es el contexto. Se intenta genera un instrumento que quede a disposición de ellos para efectos de hacer aplicaciones en el mundo clínico.

A: ¿Cuáles son los pasos o etapas que se consideraron para validar el instrumento antes mencionado? ¿Puede describir estos pasos detalladamente?

B: Hay varios pasos que se pueden leer en el proyecto. Bueno se parte desde la traducción del instrumento al contexto chileno, luego se utiliza el criterio de jueces, se valida el contenido por parte de expertos, hasta llegar a una aplicación piloto y posteriormente a la muestra definitiva, / y después se trabajan aspectos que tienen que ver con la psicometría utilizando distintas técnicas desde la teoría de

respuesta al ítem hasta ecuaciones estructurales en algunos casos / para determinar si es que este instrumento tiene validez de constructo y al mismo tiempo si es confiable.

A: Entonces, ¿cuáles fueron los criterios para seleccionar a los jueces expertos que opinaron sobre el instrumento?

B: Que tuvieran experiencia clínica, / algunos no todos tiene que tener las mismas habilidades, que tuvieran conocimientos sobre metodología, que tuvieran experiencia en la aplicación de instrumentos y que pudieran emitir un juicio experto. Formación en metodología y estadística.

A: ¿En qué consiste el proceso de validación semántica del instrumento?

B: Bueno / en esta etapa se solicitó la colaboración de especialistas en el área de la lingüística para que formaran parte del proceso de adaptación y validación del instrumentos. Ellos opinaron luego de que se realizara la traducción y después de que los especialistas del área de la salud emitieran juicios sobre el contenido de la encuesta. //Se realizaron algunos cambios en el formato de la etiqueta de helado para dejarla lo más parecida al común de los etiquetados nutricionales en Chile / y también se modificaron algunos términos para evitar las interpretaciones ambiguas.

A: En relación a las mayores dificultades que enfrentaron durante el desarrollo de la investigación, nombre tres obstáculos que recuerde relacionados con la aplicación de la encuesta para el estudio.

B: Primero/ este instrumento se tiene que aplicar en contextos breves, en ocasiones // como este era el instrumentos de validación se utilizan otros instrumentos y el espacio fue muy amplio, el tiempo fue mucho. /Segundo/ hay que preparar la aplicación / al principio uno se da cuenta en los pilotos que las personas no siempre

preparan las aplicaciones; ósea el que lo va a aplicar tiene que estudiarlo muy bien. /Tercero/ hay que ser muy cauteloso respecto de quiénes responden el instrumento hay personas que tiene problemas de lectoescritura, sordera, entre otras cosas. /Cuatro/ la época en que se aplica esto necesariamente requiere de resguardar tiempo y otras cosas porque se aplicó en el sistema de salud y además en asistencial, el riesgo es altísimo. En algunos casos se nos cayó la planificación, hubo que reprogramar, etcétera, etcétera. // Dentro de todos estos están los principales obstáculos.

A: Si piensa en los desafíos a futuro: ¿Cuál es su opinión sobre el desarrollo de investigaciones relacionadas con AS?, y ¿cuáles son los próximos pasos a seguir de su equipo de investigación?

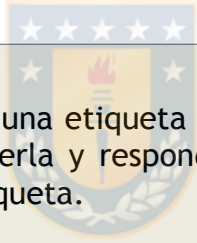
B: En alfabetización en salud está todo por hacer, / vamos tarde en este proceso. Estamos atrasados diez años tenemos que ver si efectivamente estos es un determinante o no de la salud de la población, de las personas. /Lo segundo/ los siguientes pasos son seguir investigando y plantearnos algunas interrogantes que quedaron pendientes y que tiene que ver, no solo con el diagnóstico de la alfabetización, sino que también con el desarrollo de intervenciones, /cuán efectivas son.

The Newest Vital Sign

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN:

Sr. entrevistador, a continuación solicitamos a usted considerar las siguientes instrucciones:

1. Planifique el tiempo para aplicar este instrumento de forma adecuada.
2. Indique la hora de inicio (_____) y la hora de término (_____).
3. Usted contará con una etiqueta que posee información nutricional de un helado. El encuestado deberá leer la etiqueta y responder a seis preguntas que usted realizará, a partir de la lectura comprensiva y el contenido nutricional del texto.
4. Antes de aplicar el test deberá sociabilizar las instrucciones de esta prueba a su entrevistado:



A continuación voy a mostrarle una etiqueta con información nutricional de un helado. Usted deberá leerla y responder seis preguntas sobre la información contenida en la etiqueta.

5. Lea en voz alta las preguntas sobre la etiqueta de helados.
6. Anote la respuesta en la **Hoja Resultados**. En ella encontrará dos categorías: “CORRECTA” e “INCORRECTA”, deberá marcar el espacio que corresponda según la respuesta de la persona encuestada.
7. Usted puede repetir las instrucciones para que la persona evaluada se sienta cómoda con el procedimiento, pero no puede explicar el significado de las palabras.
8. Evite cualquier gesto que condicione las respuestas del encuestado durante el desarrollo de la entrevista.

INFORMACIÓN NUTRICIONAL

1 Porción: ½ Taza
Porciones por envase: 4

	1 Porción	%VD*
Calorías	250	
<i>Calorías de grasa</i>	120	
Proteínas	4g	8%
Grasas totales	13g	20%
<i>Grasas saturadas</i>	9g	40%
Colesterol	28mg	12%
Carbohidratos disponibles	30g	12%
<i>Azúcares totales</i>	23g	
Fibra dietética total	2g	
Sodio	55mg	2%

*El Porcentaje de Valores Diarios (VD) se basa en una dieta de 2.000 calorías. Dependiendo de las calorías que usted necesita, sus valores diarios pueden ser mayores o menores.

Ingredientes: Crema, Leche descremada, Azúcar Líquida, Agua, Yemas de Huevo, Azúcar Morena, Aceite de Maní (Cacahuete), Azúcar, Mantequilla, Sal, Carragenina, Extracto de Vainilla.

Hoja de Resultados para el Nuevo Signo Vital

Preguntas y Respuestas

LEA AL PACIENTE: Esta información aparece en el reverso de un envase de helado.	RESPUESTAS	
	CORRECTA	INCORRECTA
1. Si usted se come todo el helado que contiene el envase, ¿cuántas calorías habrá consumido? Respuesta: 1,000 es la única respuesta correcta		
2. Si tiene permitido consumir 60 gramos (grs.) de carbohidratos en la colación, ¿cuánta cantidad de helado podría consumir? Respuesta: cualquiera de las siguientes son correctas: 1 taza (o cualquier cantidad hasta 1 taza), la mitad del recipiente. Nota: si el paciente responde “dos porciones”, pregúntele “¿cuánto helado sería si tuviera que medirlo dentro de un recipiente?”		
3. Su doctor le recomienda que reduzca la cantidad de grasas saturadas en su dieta. Suponga que usted consume 42 gr de grasas saturadas a diario, lo que incluye una porción de helado. Si deja de comer helado, ¿cuántos gramos de grasas saturadas estaría consumiendo por día? Respuesta: 33 es la única respuesta correcta.		
4. Si normalmente usted consume 2.500 calorías en un día, ¿qué porcentaje de su consumo diario de calorías estaría ingiriendo si se come una porción? Respuesta: 10%. Única respuesta correcta.		
LEA AL PACIENTE: Imagine que usted es alérgico(a) a lo siguiente: penicilina, maní, guantes de látex y picaduras de abeja.		
5. ¿Es seguro para usted comer este helado? Respuesta: no		
6. (Pregunte sólo si el paciente respondió NO a la pregunta 5): ¿Por qué no? Respuesta: Porque contiene aceite de maní.		
Número de respuestas correctas		

ENCUESTA PARA RECOGER IMPRESIONES DEL PROCESO

1. ¿Ha quedado con dudas frente alguna pregunta de los cuestionarios?

- a) Sí existen dudas
- b) No existen dudas

****Si su respuesta es afirmativa explique o mencione algunas observaciones.***

Observaciones:



2. ¿Haría alguna sugerencia para las preguntas del cuestionario?

- a) Sí, tengo sugerencias
- b) No, me parecen adecuadas las preguntas

****Si su respuesta es afirmativa explique o mencione algunas observaciones***

Observaciones:

3. ¿Tiene alguna observación para las etiquetas?

- a) Sí, la tengo
- b) No la tengo
- c) No me acuerdo

****Si su respuesta es afirmativa explique o mencione algunas observaciones.***

Observaciones:

4. ¿Qué le pareció la redacción de las preguntas?

- a) Adecuada
- b) Inadecuada
- c) No me acuerdo

****Si su respuesta es “adecuada” explique o mencione algunas observaciones.***

Observaciones:

DATOS DEL ENCUESTADO

Nombre:

Fecha de la entrevista:

Comuna de residencia:

Edad:

Género:

Nivel de estudios:

a) Básica b)Básica incompleta

c) Media incompleta

d) Media

e)Superior incompleta

f)Superior

Situación socioeconómica:

a) Baja

b)Media

c)Alta

LISTA DE COTEJO SOBRE INFORMACIÓN PRAGMÁTICA

INDICADORES	Sí (1)	No (0)
1. El cuestionario se realiza en un lugar tranquilo donde no existen ruidos que interfieren o impiden la comunicación.		
2. La entrevista se realiza en un espacio privado.		
3. El encuestado utiliza el apoyo de papel, lápiz u otros recursos que le ayudan a resolver las preguntas del test.		
4. Las instrucciones se socializan en voz alta.		
5. Se realiza en un contexto formal de comunicación.		
6. El encuestado se manifiesta conforme con la claridad en la redacción de las preguntas.		
7. El entrevistado comprende las instrucciones inmediatamente.		
8. Las preguntas son rápidamente respondidas por el entrevistado.		
9. El encuestado se muestra hábil para resolver problemas de cálculo matemático mental y de comprensión lectora.		

INFORMACION AL PARTICIPANTE

TITULO DEL ESTUDIO

Elementos pragmadiscursivos en la adaptación de instrumentos que miden alfabetización en salud: formulación y aplicación de cuestionario Newest Vital Sign

INVESTIGADOR RESPONSABLE

Carla Vergara Espinoza
Profesora de Español
Magíster en Lingüística Aplicada (c)
Universidad de Concepción
Correo electrónico: carlamvergara@udec.cl
Teléfono: +569 71933634

CENTRO DE INVESTIGACION

Departamento de Español, Facultad de Humanidades de la Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN

Mediante la presente ficha se le invita a participar de la investigación “Elementos pragmadiscursivos en la adaptación de instrumentos que miden alfabetización en salud: formulación y aplicación de cuestionario Newest Vital Sign”, conducida por la profesora Carla Vergara Espinoza, en el marco del Seminario de Tesis para optar al grado de Magíster en Lingüística Aplicada.

RAZÓN POR LA QUE SE INVITA A LA PERSONA PARTICIPAR

Usted cuenta con las características necesarias para cumplir con el objetivo de este estudio, porque gracias a su participación daremos cuenta de los índices de alfabetización en un grupo de estudiantes universitarios.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO VOLUNTARIO

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Puede usted retirarse del estudio en cualquier momento sin que eso la perjudique de manera alguna. Si alguna de las preguntas le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o bien de no responderla.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Si usted accede a participar en este estudio, deberá responder a seis preguntas del cuestionario Nuevo Signo Vital, empleado para evaluar el grado de alfabetización en salud. Además, se registrarán sus antecedentes sociodemográficos y sus impresiones sobre el Nuevo Signo Vital.

CONFIDENCIALIDAD

Los datos generados durante la investigación serán manejados con estricta confidencialidad, lo cual, no le perjudicará de ninguna manera. Una vez terminado el estudio, si Ud. está interesada(o) le podremos hacer llegar un resumen de los resultados vía correo electrónico.

CONTACTO POR CONSULTAS

Si tiene duda sobre este trabajo, puede enviarnos sus consultas o comentarios al mail carlamvergara@udec.cl.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto: Elementos pragmadiscursivos en la adaptación de instrumentos que miden alfabetización en salud: formulación y aplicación de cuestionario Newest Vital Sign.

Centro de investigación: Departamento de Español, Facultad de Humanidades de la Universidad de Concepción.

Yo, quien suscribe, he leído la información del documento de información al participante. He tenido suficiente tiempo para comprender la finalidad y los procedimientos, los posibles riesgos y beneficios del estudio.

Tengo la libertad de retirarme de este estudio en cualquier momento y por cualquier razón, y esta decisión de dejar de participar no me afectará en forma alguna.

Acepto hacerme parte de este estudio, autorizando el uso de la información obtenida en las entrevistas mediante las encuestas aplicadas.

Al firmar este documento no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

Nombre de la participante en letra imprenta
participante
Fecha de la firma:

Firma del

Yo, quien suscribe, investigadora y tesista de posgrado, confirmo que he entregado verbalmente la información necesaria acerca del estudio, que he contestado toda duda adicional y que no ejercí presión alguna para que el participante ingrese al estudio. Se le proporcionará al entrevistado/a una copia de esta información y del consentimiento firmado.

Nombre de la persona que solicita el consentimiento informado
solicitante
Fecha de la firma :

Firma del

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Amezcuca, M., Gálvez A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 7(5). Recuperado de <http://digibug.ugr.es/handle/10481/50731>
- Bonal, R., Marzán, M., Castillo M., Rubán M.L.A. (2013). Alfabetización en salud en medicina general integral. Perspectivas en Santiago de Cuba. *Medisan*, 13(1). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100016
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., Sanz Rubiales, Á. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34 (1), 63-72.
- Cassany, D. (1999). Lo escrito desde el análisis del discurso. *Revista Lexis*, 23(2). Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/lexis/article/viewFile/7233/7436>
- Díaz, L., Torruco, U., Martínez, M., Varela, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7). Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/265211491>
- Escandell, V. (1993). *Introducción a la pragmática*. Barcelona, España: Anthropos.
- Escoda, J., Terrazas, F. y Manzur, F. (2008). *La Alfabetización de la Salud en el Sistema de Salud Pública en Chile* (Tesis para optar al título de Ingeniero Comercial). Universidad de Chile, Santiago. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/107916>
- Gaite; L., Ramírez N., Herrera, S., Vázquez, J. (1997). Traducción y adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en psiquiatría: aspectos metodológicos. *Archivos de Neurobiología*, 60(2). Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/230554750>
- Gallardo-Paúls, B. (2005). Categorías inferenciales en pragmática clínica. *Revista de Neurología*, 41 (supl 1). Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/281321742>

- Gallardo-Paúls, B. (2009). Valoración del componente pragmático a partir de datos orales. *Revista Neural*, 48 (supl 2). Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/71015642.pdf>
- Konfino J., Mejía R., Majdalini M.P., & Pérez-Stable, E.J. (2009). Alfabetización en salud en pacientes que asisten a un hospital universitario. *Medicina*, 69(6). Recuperado de <https://www.medicinabuenosaires.com/demo/revistas/vol69-09/6/>
- Lee S., Bender D., Ruiz R., & Cho Y. (2006). Development of an Easy-to-Use Spanish Health Literacy Test. *Health Services Research Journal*, 41(4), 1392–1412.
- Meersohn, C. (2005). Introducción a Teun Van Dijk: Análisis de Discurso. *Cinta de Moebio*, 24. Recuperado de <https://cintademoebio.uchile.cl/index.php/CDM/article/view/26075/27380>
- Mostacero, R. (2004). Oralidad, escritura y escrituralidad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 5 (1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/410/41050105.pdf>
- Mora, H. (2010). El método etnográfico: origen y fundamentos de una aproximación multitécnica. *Revista FQS*, 11(2). Recuperado de http://repositoriodigital.uct.cl/bitstream/handle/10925/618/MORA_QUALITATIVE_2010.pdf?sequence=3
- Padilla, X. (2005). *Pragmática del orden de las palabras*. España: Universidad de Alicante. 22
- Parker, R.M., Baker, D.W., Williams, M.V. (1995). The test of functional health literacy in adults. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537-541.
- Piscitelli, A. (2002). *Ciberculturas 2.0. En la era de las máquinas inteligentes*. Buenos Aires: Paidós.
- Seibel, C. (2002). *La codificación de la información pragmática en la estructura de la definición terminológica* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España. Recuperado de http://lexicon.ugr.es/pdf/seibel_phd.pdf
- Sentis, F. (1991). Dimensiones Pragmáticas. *Onomázein*, 4. Recuperado de http://onomazein.letras.uc.cl/Articulos/4/2_Sentis.pdf

- Serra, C. (2004). Etnografía escolar, etnografía de la educación. *Revista de Educación (334)*. Recuperado de http://www.revistaeducacion.mec.es/re334/re334_11.pdf
- Sorensen, K. (2013). Health literacy: A neglected European public health disparity (Tesis Doctoral). School for Public Health and Primary Care, Faculty of Health, Medicine, and Life Sciences. Maastricht University, The Netherlands.
- Sperber, D., Wilson D. (2004). La Teoría de la Relevancia. *Revista de Investigación Lingüística*, 7, 237-286.
- Sperber, D., Wilson D. (1994). *La relevancia. Comunicación y procesos cognitivos* (Eleanor Leonetti, trad.) Madrid: Visor.
- Squires, L., Peinado, S., Berkman, N., Boudewyns V., McCormack L. (2012) The Health Literacy Framework, *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 17(3), 30-54.
- Sweeney A, Bass P.F., Rodrigue C.Z., Osborn C.Y., Wolf M.S., Davis K., et al. (2007). The newest vital sign: Comparing instruments to screen for low health literacy? *J Invest Med*, 55(1), S311-S.
- Weiss, B.D.; Mays, M.Z.; Martz, W.; Castro, K.M.; DeWalt, D.A.; Pignone, M.P.; Mockbee, J., & Hale, F.A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. *The Annals of Family Medicine*, 3, 514-522.
- Weiss, B.D. (2003) Health Literacy: A Manual for Clinicians. American Medical Association/American Medical Association Foundation. p. 7.