Ciência & Saúde Coletiva
cienciaesaudecoletiva.com.br
ISSN 1413-8123. v.31, Supl. 1
DOI: 10.1590/1413-8123202631.10562024ESP

¿Un instrumento para evaluar la alfabetización en salud, a nivel global, sirve para todos? Un artículo crítico

Fábio Luiz Mialhe https://orcid.org/0000-0001-6465-0959 [1]; Katarinne Lima Moraes https://orcid.org/0000-0001-6169-0461 [2]; Vanessa da Silva Carvalho Vila https://orcid.org/0000-0002-1785-8682 [3]; Helena Alves de Carvalho Sampaio https://orcid.org/0000-0001-5353-8259 [4]; Virginia Visconde Brasil https://orcid.org/0000-0002-0279-9878 [5]; Flávio Rebustini https://orcid.org/0000-0002-3746-3266 [6]

Resumen *La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la alfabetización en salud (LS) es un importante factor determinante de la salud, y se han desarrollado y adaptado diversos instrumentos para medir este constructo. En 2022, un grupo de investigadores inició un proyecto destinado a desarrollar un instrumento de evaluación de la alfabetización en salud con aplicabilidad global, basado en diferentes versiones del European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). El objetivo de este artículo es analizar críticamente las características de estos instrumentos para contribuir a mejorar las prácticas de evaluación en salud y evitar la omisión de información relevante a nivel local, lo que constituye una injusticia epistémica. El análisis identificó varias limitaciones en los aspectos mencionados de los instrumentos y en el modelo conceptual propuesto por la OMS, que ponen en peligro su aplicabilidad como herramienta global. Se recomienda que los países desarrollen instrumentos específicos para evaluar la LS de sus poblaciones, teniendo en cuenta sus características socioculturales y las particularidades de sus sistemas de salud, con el fin de evitar decisiones erróneas que puedan comprometer la eficacia de las políticas públicas resultantes de estas evaluaciones.*

Palabras clave *Alfabetización en salud, Psicometría, Determinantes sociales de la salud*

[1] Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas. Av. Limeira 901, Areião. 13480-252 Piracicaba SP Brasil. mialhe@unicamp.br
[2] Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.
[3] Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia GO Brasil.
[4] Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza CE Brasil.
[5] Universidade Federal de Goiás. Goiânia GO Brasil.
[6] Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud reconoce actualmente que la alfabetización en salud (LS) es un importante factor determinante de la salud de la población[1]. Según el Glosario de términos de promoción de la salud de 2021, el LS "representa los conocimientos y las competencias personales que se acumulan a través de las actividades cotidianas, las interacciones sociales y a lo largo de generaciones. Los conocimientos y las competencias personales están mediados por las estructuras organizativas y la disponibilidad de recursos que permiten a las personas acceder, comprender, evaluar y utilizar la información y los servicios con el fin de promover y mantener su propia salud y bienestar y el de quienes les rodean"[1].

Los niveles de LS están asociados a diversos resultados de salud, por lo que la medición de este constructo a nivel poblacional ha interesado a investigadores, gestores y formuladores de políticas públicas a lo largo de los años[2-4].

Estados Unidos fue el primer país que midió los niveles de LS de la población a través de encuestas realizadas desde la década de 1990, haciendo hincapié en instrumentos centrados en la dimensión funcional del LS, es decir, las habilidades de lectura, escritura y cálculo en el contexto de la salud. Desde esta perspectiva, destacan instrumentos como el *Test of Functional Health Literacy in Adults* (TOFHLA) y el *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM)[5].

TOFHLA es una prueba de comprensión lectora con 50 ítems y una prueba numérica con 17 ítems, cuya realización requiere hasta 22 minutos. Los ítems de comprensión lectora presentan frases con palabras que faltan, en las que la persona debe seleccionar una de las cuatro opciones de respuesta para completar el enunciado. Los ítems de numeración incluyen preguntas relacionadas con prescripciones médicas, que deben responderse verbalmente[5]. REALM es una prueba de reconocimiento de lectura compuesta por 125 palabras en su versión original, o 66 palabras en la versión revisada, organizadas en tres columnas en orden ascendente de número de sílabas y grado de dificultad. Este instrumento evalúa la capacidad del paciente para pronunciar términos médicos y palabras de vocabulario lego relacionadas con el cuerpo humano y las enfermedades[5].

En la década de 2010, se propusieron a la comunidad científica dos nuevos instrumentos que consideraban el LS como un constructo multidimensional: el *European Health Literacy Survey Questionnaire* (HLS-EU-Q) y el *Health Literacy Questionnaire* (HLQ)[6-9]. Ambos se diseñaron para evaluar el LS a nivel individual, pero el HLQ adoptó un enfoque fundamentado y se centró en los aspectos considerados relevantes por los miembros de la comunidad[8]. El HLQ es un instrumento multidimensional compuesto por 44 ítems que abarcan nueve áreas conceptualmente distintas del LS, y puede autoadministrarse o aplicarse mediante entrevistas. Las áreas uno a cinco utilizan una escala Likert de cuatro puntos, que va de «totalmente en desacuerdo (1)» a «totalmente de acuerdo (4)», mientras que en las áreas seis a nueve las respuestas van de «siempre difícil (1)» a «siempre fácil (5)»[8,9].

El HLS-EU-Q fue desarrollado por investigadores del Consorcio HLS-EU y utilizado en la primera investigación sobre LS realizada en 2011 a ciudadanos mayores de 15 años de ocho Estados miembros de la Unión Europea[7,10]. Para ello, desarrollaron un modelo de LS basado en una revisión sistemática y un análisis de contenido de las definiciones y los modelos conceptuales de LS publicados hasta la fecha[6,7]. Basándose en este modelo, se desarrolló el Cuestionario Europeo de Alfabetización en Salud (*European Health Literacy Questionnaire* -HLS-EU-Q47), que consta de 47 preguntas destinadas a medir la dificultad percibida por el individuo para acceder, comprender, evaluar y aplicar la información relacionada con la salud en contextos de asistencia en salud, prevención de enfermedades y promoción de la salud[7,10,11].

A partir del HLS-EU-Q47 se desarrollaron otras dos versiones reducidas: HLS-EU-Q16 y HLS-EU-Q6[10,12]. Las tres versiones del HLS-EU-Q se han adaptado a distintos países e idiomas[5,10,12-14].

El informe de la OMS titulado «*Health literacy: the solid facts*» recomendaba la medición periódica y estandarizada del LS en la población general[11]. En 2018, la OMS-Europa creó la Red de Acción para la Medición de la Alfabetización en Salud de la Población y las Organizaciones (*Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy* – M-POHL), con la participación de 28 países miembros de la OMS-Europa, con el objetivo de «apoyar la disponibilidad de datos internacionales de alta calidad y comparables sobre el LS de la población y las organizaciones» (p. 14)[15]. La red M-POHL llevó a cabo un estudio multinacional estandarizado – la Encuesta Poblacional sobre Alfabetización en Salud 2019-2021 (*the Health Literacy Population Survey* 2019-2021 – HLS19) con 17 países miembros de la OMS-Europa, utilizando tres instrumentos basados en la anterior investigación HLS-UE para la recopilación de datos:

HLS19-Q47 (con 47 ítems) y dos versiones abreviadas, HLS_{19}-Q16 y HLS_{19}-Q12[15].

Además de la investigación poblacional, el proyecto HLS19 tenía objetivos específicos, como: «proporcionar datos empíricos para subvencionar políticas de LS basadas en evidencias en los países participantes en el HLS_{19}, en otros países M-POHL (con estatus de observadores) y en la Región Europea ampliada de la OMS», «utilizar los resultados para informar a los formuladores de políticas de diferentes sectores y niveles sobre la relevancia del LS en sus ámbitos de toma de decisiones» y «proporcionar evidencias para recomendaciones fundamentadas de intervenciones de LS en los campos de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención de salud», entre otros[15].

Basándose en las experiencias de las encuestas sobre LS en Europa y en las demandas de la OMS de evaluaciones globales de los niveles de LS, un comité de expertos, entre los que se encontraban los participantes del M-POHL, coordinó los debates destinados a desarrollar un instrumento para este fin.

Los días 18 y 19 de mayo de 2021 se celebró una reunión virtual titulada «Consulta informal de expertos sobre el desarrollo de una herramienta de medición para evaluar la alfabetización en salud de la población», dirigida por investigadores europeos. En diciembre de 2022, el comité OMS-Europa invitó a representantes e investigadores de las regiones de la OMS a participar en una reunión virtual informal de consulta técnica sobre el desarrollo de una herramienta mundial de la OMS para evaluar la alfabetización en salud de la población, celebrada a través de la plataforma Zoom. Antes de la reunión, el comité compartió con los representantes de los países un documento preliminar en el que se presentaban los instrumentos de LS utilizados en la última investigación europea de la OMS, solicitando comentarios sobre el HLS_{19}-Q47 en cuanto a su posible uso como herramienta global capaz de satisfacer las necesidades específicas de la población y de la región[16]. Aunque los debates fueron productivos, no se alcanzó un consenso. Los autores de este artículo participaron en esa reunión y han estado debatiendo la cuestión, su potencial y sus limitaciones desde entonces.

Aunque la propuesta de un instrumento global para medir el LS es interesante desde un punto de vista académico, es esencial que los investigadores adopten una postura crítica a la hora de plantearse su aplicación. La adopción de una medida global del LS sin la debida reflexión sobre su validez en el contexto sociocultural en el que se aplicará puede generar sesgos de medición y producir injusticia epistémica, es decir, discriminación injusta, marginación y exclusión de determinados grupos de población en su condición de conocedores o poseedores de conocimientos[4].

En el contexto de la salud, esto ocurre cuando se considera que las personas en situación de vulnerabilidad «carecen de credibilidad o autoridad para hablar de su experiencia de la enfermedad o de sus preferencias e intereses en el proceso de toma de decisiones médicas»[17].

Además, unas mediciones inadecuadas basadas en modelos sesgados pueden conducir a decisiones equivocadas, que pongan en peligro la eficacia de las políticas públicas resultantes de dichas investigaciones, no sólo en Europa, sino también en América Latina, África y Oceanía, con sus distintas culturas, así como entre la mayoría de los pueblos indígenas de todo el mundo. Por lo tanto, se convierte en un imperativo ético evaluar cuidadosamente la validez cultural y otras propiedades psicométricas de los instrumentos del LS antes de proclamarlos como herramientas globales.

El objetivo de este artículo es analizar críticamente las características de los instrumentos propuestos por la OMS como herramientas globales para medir el LS, desde las perspectivas de la psicometría y las ciencias sociales. La intención es contribuir a la mejora de las prácticas de evaluación en salud y evitar la aplicación de políticas públicas basadas en información sesgada.

Para ello, el artículo se ha dividido en cuatro subsecciones interrelacionadas, que aclaran al lector los procesos cronológicos y metodológicos implicados en el desarrollo de los instrumentos HLS-EU-Q. Estos son: la definición de LS y el modelo conceptual adoptado por el M-POHL para proponer un instrumento de evaluación global; el instrumento HLS-EU-Q47 y sus limitaciones; el contenido del instrumento HLS_{19}-Q12, propuesto por el grupo OMS-Europa como herramienta inicial para evaluar el LS a nivel global, y sus limitaciones; y, por último, consideraciones sobre las propiedades psicométricas del HLS_{19}-Q12.

Definición de LS y el modelo conceptual adoptado por M-POHL para proponer un instrumento de evaluación global

El Comité Técnico OMS-Europa sugirió construir un instrumento global de LS basado en una versión adaptada y revisada de uno de los instrumentos utilizados en la *Encuesta de Población 2019-2021 para Evaluar la Alfabetización en Salud*, es decir, el HLS_{19}-Q47 o una de sus versio-

nes abreviadas: el HLS_{19}-Q16 o el HLS_{19}-Q12[16]. Estas tres herramientas se desarrollaron a partir de los instrumentos que precedieron al HLS-EU-Q, incluidos sus modelos conceptuales subyacentes y las definiciones de LS[18]. Por lo tanto, antes de discutir el cuestionario sugerido por la OMS-Europa como referencia para el desarrollo de un nuevo instrumento global, abordaremos en primer lugar la definición y el modelo conceptual adoptados por este comité.

La definición de LS utilizada por el comité europeo en la investigación de 2019-2021 se construyó a partir de una revisión sistemática de estudios publicados en las bases de datos *Medline* (a la que se accede a través de *PubMed*) y *Web of Science*, que identificaron definiciones y modelos conceptuales de LS7 Para ello, los autores adoptaron los siguientes criterios de inclusión: «(1) estar escritos en inglés; (2) tratar sobre la alfabetización en salud en países desarrollados; y (3) presentar un contenido relevante en relación con la definición o conceptualización de la alfabetización en salud, o la combinación de estos aspectos.»

La revisión identificó 17 definiciones publicadas entre 1998 y 2009, que luego fueron utilizadas por los investigadores para elaborar una definición «exhaustiva» del LS en los siguientes términos: «La alfabetización en salud está vinculada a la alfabetización general y abarca los conocimientos, las motivaciones y las competencias de las personas para acceder, comprender, evaluar y aplicar la información con el fin de formular juicios y tomar decisiones en relación con la atención de salud, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, con el objetivo de mejorar la calidad de vida a lo largo del ciclo vital»[7].Cabe destacar que esta definición sigue utilizándose ampliamente en la investigación sobre LS19. Además, los investigadores desarrollaron un modelo integrado de LS que reúne las principales dimensiones de los modelos conceptuales que existían hasta 2009[7]. Este modelo se desarrolló principalmente desde una perspectiva norteamericana, ya que Estados Unidos concentraba la mayoría de las publicaciones de la época, y también incluía algunos países de Europa Occidental.

Sin duda, los investigadores europeos han llevado a cabo importantes trabajos y han contribuido notablemente al avance del campo de las LS. Sin embargo, la ciencia es un área en constante transformación, y la autocrítica de sus descubrimientos es lo que garantiza su evolución y mejora en beneficio de la humanidad.

Aunque las revisiones sistemáticas son una estrategia válida para generar definiciones e instrumentos, los estudios seleccionados en esta revisión abordan el «conocimiento externo», es decir, sólo la perspectiva de los investigadores sobre un constructo determinado, lo que limita la aparición y el desarrollo de elementos adicionales. La revisión de la literatura derivada de un sector restringido y relativamente homogéneo (académicos blancos de Norteamérica y la Unión Europea con capacidad para publicar en revistas académicas) puede dar lugar a una perspectiva limitada y, sobre todo, excluir las voces de las poblaciones más vulnerables a la marginación y el estigma, incluidos los grandes contingentes de población de Asia y Sudamérica.

Además, esta metodología restringe la posibilidad de criticar la eficacia y la coherencia del modelo, el concepto y la teoría propuestos basándose en datos empíricos más recientes. Es evidente que el uso exclusivo de revisiones sistemáticas para desarrollar tanto el concepto como la teoría es insuficiente para generar precisión en cuanto a la naturaleza de la variable latente y la construcción de ítems uniformes. Otra limitación de esta revisión es el criterio de incluir únicamente estudios escritos en inglés y publicados en las bases de datos *Medline* (a través de *PubMed*) y *Web of Science*, lo que restringe la validez externa para países y culturas no europeos.

En cuanto al modelo conceptual de L S adoptado por el Comité Europeo para la construcción de un instrumento global, se basó en 12 modelos conceptuales anteriores desarrollados hasta 2009 y se ajustó para formular un «modelo conceptual integrado de LS»[6]. Según los autores, las personas necesitan tener competencias relacionadas con el proceso de acceso, comprensión, evaluación y aplicación de la información relacionada con la salud para tomar decisiones encaminadas a mantener y mejorar la salud[6]. Sin embargo, según los autores, «este proceso genera conocimientos y habilidades que permiten a una persona moverse a través de tres dominios del continuo de la salud: estar enfermo o ser un paciente en el sistema de salud; ser una persona de riesgo en el sistema de prevención de enfermedades; y ser un ciudadano en relación con los esfuerzos de promoción de la salud en la comunidad»[6].

Nuestra primera consideración en relación con este modelo es: ¿qué pruebas científicas validan la suposición de que las personas tienen que desarrollar necesariamente estas cuatro habilidades (acceder, comprender, evaluar y aplicar la información de salud) y pasar necesariamente por todas ellas para generar conocimientos y habilidades relacionados con la LS en sus contextos de vida? Además, ¿hasta qué punto son sólidas

las pruebas que apoyan la idea de que las personas que sólo poseen algunas de estas habilidades individuales consideradas esenciales son incapaces de gestionar aspectos de su salud, aunque sean analfabetas y no entiendan los conceptos de prevención o el funcionamiento del sistema de salud?

Segunda consideración: ¿cuál es la evidencia científica de que este proceso genera conocimientos y habilidades que permiten a las personas moverse entre los dominios del continuo de salud propuesto por el modelo? La concepción occidental de lo que constituye y promueve la salud, de lo que se considera tratamiento dentro del ámbito de la atención de la salud y de los comportamientos aceptables o inaceptables en este contexto suele estar promovida o incluso impuesta por ideas de origen occidental, o por perspectivas procedentes de antiguos colonizadores. En consecuencia, las creencias, la confianza o la desconfianza en la medicina occidental, también conocida como medicina moderna, pueden impedir la modificación de los comportamientos relacionados con la salud o la aceptación de los cuidados ofrecidos por los sistemas de salud influidos por esta perspectiva.

Tercera consideración: ninguna de las cuestiones del HLS-EU-Q47, ni los instrumentos derivados del HLS19, evalúan explícitamente la «motivación» de las personas, uno de los componentes centrales descritos en la definición de LS adoptada por el propio modelo. De hecho, es una omisión notable incluir un concepto enunciado en el modelo conceptual y al mismo tiempo ignorarlo en el instrumento de evaluación que pretende medirlo.

Cuarta consideración: con respecto al dominio del modelo de prevención de enfermedades, que evalúa la capacidad del individuo para acceder, comprender, interpretar y evaluar la información sobre los factores de riesgo y tomar decisiones basadas en ella, surge la pregunta: ¿qué ocurre si el individuo no está interesado en acceder a la información sobre los riesgos para la salud porque le gusta beber, fumar y comer alimentos ultraprocesados? Este tipo de situación tiende sin duda a generar un sesgo en las puntuaciones del instrumento LS.

El instrumento HLS-EU-Q47 y sus limitaciones

Como ya se ha descrito, la propuesta del comité europeo para el desarrollo de un instrumento de medición global del LS establece que debe basarse en una versión adaptada y revisada del HLS_{19}-Q47, que a su vez es una versión adaptada del instrumento HLS-EU-Q47. La validez de contenido del HLS-EU-Q47 se evaluó mediante un grupo de discusión formado por una muestra de conveniencia de estudiantes y profesores de tres universidades participantes. Sin embargo, la validez externa de las opiniones de este grupo no se comprobó para la población general no universitaria.

Una vez más, el procedimiento adoptado pone de manifiesto uno de los principales problemas en la construcción de instrumentos, especialmente los que tienen pretensiones universales: la formulación de un modelo establecido por expertos. En este caso, la variable latente objeto de estudio está muy «contaminada» por aspectos culturales, sociales, económicos y estructurales propios del contexto de los investigadores. Es necesario prestar atención al uso de un lenguaje oral y escrito culturalmente apropiado, teniendo en cuenta las diferencias asociadas a los grupos urbanos, regionales o culturales minoritarios; establecer las relaciones esperadas entre los servicios y el público objetivo, incluida la sincronización entre las intenciones de ambas partes; conocer las metáforas existentes sobre los significados de los símbolos y conceptos compartidos por un grupo cultural determinado; comprender los valores, costumbres y tradiciones compartidos por los grupos étnicos y minoritarios; evaluar los constructos del modelo teórico que se va a utilizar; establecer los procedimientos que deben seguirse para alcanzar los objetivos previstos; y considerar los intereses sociales, económicos y políticos más amplios del público destinatario[20-22]. Por lo tanto, utilizar materiales producidos en otro país va mucho más allá de la simple traducción y adaptación cultural[23].

En resumen, dado que el modelo conceptual del instrumento HLS-EU-Q47 no ha sido validado con la población general, su contenido puede representar únicamente la visión de los investigadores sobre el campo y sus constructos, sin significado ni relevancia en la vida cotidiana de las personas. Este hecho es reiterado por Osborne *et al.*[4] cuando describen que: «El desarrollo de un instrumento de medida está necesariamente influido por el contexto y los valores de los autores del instrumento, así como por las definiciones de medida y constructo en las que se basa. Hasta la fecha, los instrumentos de LS se basan en definiciones occidentales en salud y la medición, que pueden o no estar en armonía con las cosmovisiones de todos los participantes en los estudios que utilizan estos instrumentos»[4].

Por lo tanto, las futuras definiciones y modelos conceptuales de la LS deberían tener en

cuenta las diferentes cosmovisiones culturales y sociales de las personas y utilizar métodos mixtos en su desarrollo, con el objetivo de comprender el fenómeno de forma más amplia, en el contexto en cuestión[24].

Contenido del instrumento HLS_{19}-Q12, propuesto como herramienta inicial para medir las LS a nivel mundial por el grupo OMS-Europa, y sus limitaciones

En el documento preliminar compartido por el Comité Técnico OMS-Europa, se hace la siguiente recomendación: «Se recomienda de forma imperiosa que la herramienta global incluya, como mínimo, la escala HLS_{19}-Q12 en su forma original para facilitar la comparación con los datos existentes»[22]. En la misma página, otro párrafo afirma: «Sugerimos vehementemente que estos ítems permanezcan sin cambios para garantizar la comparabilidad entre regiones y países, como herramienta global basada en la población para medir la alfabetización en salud. Los países que deseen incluir más preguntas del instrumento HLS-EU-Q47 pueden realizar cambios en los ítems (preguntas) restantes [...]»[16]. A pesar de la intención del grupo, una reflexión fundamental que debe preceder a la definición del objetivo de «facilitar la comparación con los datos existentes» es si el contenido del instrumento utilizado para la recopilación de datos es válido y pertinente para la cultura en la que se aplicará.

Teniendo en cuenta que todas las versiones adaptadas del HLS_{19}-Q12 se basaron en ítems del HLS_{19}-Q47, cuyos ítems, a su vez, se eligieron a partir de ejemplos de la literatura se elaboraron mediante un procedimiento Delphi entre los miembros del consorcio o en consulta con expertos[7], existe un riesgo importante de que los ítems del HLS_{19}-Q12 representen sólo un ajuste estadístico a las muestras de la encuesta HLS-EU-Q47, teniendo poco o ningún sentido para los participantes. Por lo tanto, el marco teórico recomendado actualmente como base para el desarrollo de nuevos instrumentos de LS puede no ser socioculturalmente representativo de lo que es válido y significativo para las poblaciones en cuanto a la toma de decisiones relacionadas con la salud y los servicios de salud en sus contextos cotidianos. Por el contrario, tiende a reflejar únicamente lo que los investigadores «creen» que es o debería ser significativo. En las ciencias sociales, esta perspectiva se considera un enfoque *etic* del fenómeno, es decir, la interpretación de los aspectos relacionados con la salud a partir de las categorías de sus observadores[25] (etic y emic son palabras de origen inglés introducidas en la antropología desde la lingüística, que tratan de la interpretación de los fenómenos desde la perspectiva de los estudiosos/investigadores - outsiders [enfoque etic] o de los individuos que pertenecen a una determinada cultura [insiders – enfoque emic]). A pesar de las directrices internacionales elaboradas para promover las buenas prácticas en la traducción y adaptación transcultural de estos instrumentos, la pertinencia cultural de las medidas, aunque se guíen por un enfoque etic, sigue estando potencialmente sesgada[26]. Las incoherencias entre el contenido de los ítems del HLS-EU-Q47 y su relevancia para la vida real de las personas fueron demostradas por Domanska *et al.*[27] en un estudio sobre adolescentes alemanes. Según la mayoría de los entrevistados, las preguntas del instrumento no presentaban relación con sus realidades. Además, afirmaron tener poca o ninguna experiencia en la realización de algunas de las tareas relacionadas con la salud incluidas en el HLS-EU-Q47[27]. Por lo tanto, los ítems resultaron ser culturalmente inapropiados o inválidos para esta población[27]. Lamentablemente, este tipo de evaluación de la validez de contenido no se llevó a cabo con la población europea que respondió a la versión original del HLS-EU-Q47, ni con los participantes que respondieron al HLS19, lo que caracteriza un enfoque etic en la construcción de instrumentos de LS.

Por otro lado, el enfoque emic busca comprender un fenómeno a partir de referencias de la propia población. Desde esta perspectiva, los investigadores que siguen este enfoque asumen que factores como el idioma, el origen cultural, los valores sociales, la moral y los estilos de vida interfieren directamente en el desarrollo de instrumentos para medir los fenómenos en salud, que se manifiestan en el propio contexto cultural. Así, diferentes grupos culturales han desarrollado distintas formas de evaluación con el objetivo de comprender el entorno cultural, social, político, económico y natural en el que viven[28].

Además, es contraproducente adoptar una postura ideológica sobre la presencia o ausencia de diferencias culturales y defender exclusivamente métodos emic o etic[29]. Analizar un instrumento únicamente sobre la base del consenso entre investigadores impone fuertes limitaciones. Y lo que es aún más preocupante, al considerar únicamente el enfoque etic e ignorar el emic, acabamos construyendo imágenes transnacionales de sociedades más homogéneas de lo que realmente son, generando retratos superficiales de cada sociedad en particular[30].

A través de una lectura crítica de los ítems del HLS_{19}-Q12, identificamos varios problemas, tanto en términos de posibles sesgos de interpretación por parte de diferentes poblaciones como de su relevancia para medir la LS.

El Cuadro 1 presenta algunas consideraciones críticas sobre las preguntas HLS_{19}-Q12, teniendo en cuenta el contexto brasileño y latinoamericano, así como muchos grupos de América del Norte y regiones no europeas.

En la versión inglesa (original), el instrumento tiene una pregunta introductoria en los siguientes términos: "No siempre es fácil obtener información comprensible, fiable y útil sobre temas relacionados con la salud. Con las siguientes preguntas queremos averiguar qué tareas relacionadas con la gestión en salud son más fáciles o difíciles. En una escala de «muy fácil» a «muy difícil», ¿cómo de fácil le resulta..."

Como puede verse en el Cuadro 1, algunos ítems parecen irrelevantes, dado que la mayoría de la gente ya tiene conocimientos sobre los temas tratados; otros han sido redactados de forma confusa e incompleta, lo que dificulta su correcta comprensión; Otros violan la premisa de que cada pregunta debe evaluar un solo factor; y algunos refuerzan una visión biomédica sesgada de la enfermedad, o presentan términos/contenidos que son incapaces de representar el mismo constructo para personas de diferentes partes del mundo.

A la vista de las críticas planteadas, el uso acrítico del instrumento en diferentes contextos resulta metodológicamente inadecuado. Así, los aspectos identificados proporcionan argumentos claros que hacen muy cuestionable la validez de contenido de los ítems que lo componen.

Consideraciones sobre las propiedades psicométricas del contenido del instrumento HLS_{19}-Q12

Las críticas al instrumento HLS_{19}-Q12 no se limitan a su contenido, sino que se extienden también a sus propiedades psicométricas. Según los autores[32] responsables de su desarrollo, «la validez de constructo de las medidas generales y específicas del LS se estableció utilizando métodos de la Teoría Clásica de los Test (por ejemplo, el alfa de Cronbach para la consistencia interna y el análisis factorial confirmatorio para la estructura factorial) y la Teoría de Respuesta al Ítem (por ejemplo, el modelo de Rasch)». En primer lugar, la investigación ha demostrado que el coeficiente alfa de Cronbach puede ser una medida inexacta de la fiabilidad, ya que está muy influido por el número de ítems del instrumento, lo que puede aumentar artificialmente su precisión[33-35]. Este coeficiente se utilizó tanto en el desarrollo de los instrumentos del HLS-EU-Q para la primera encuesta en 2011 como en la construcción de los instrumentos para la encuesta HLS-19 (2019-2021).

Según Pelikan y Straßmayr[15], «inspirados en las versiones cortas asiática y noruega, y con el objetivo de superar las limitaciones del HLS-

Cuadro 1. Consideraciones críticas sobre los ítems HLS19-Q12*.

Ítems del instrumento HLS19-Q12	Consideraciones
1 ... *para saber dónde obtener ayuda profesional cuando estás enfermo? [instrucciones: como médico, enfermero, farmacéutico, psicólogo].*	Este ítem parece irrelevante, ya que la mayoría de las personas sabe dónde encontrar profesionales de la salud cuando los necesita.
2 ... *comprender la información sobre qué hacer en caso de emergencia médica?*	La redacción del ítem lo hace confuso e incompleto para el individuo, lo que puede dar lugar a interpretaciones erróneas como: a) ¿de qué fuente procede la información? (¿un libro, un médico, la televisión, Internet?) b) ¿qué tipo de urgencia médica: una caída, un infarto, un derrame cerebral? c) ¿Las personas sin formación en salud buscan realmente estos aspectos en su vida cotidiana? ¿es este tipo de información realmente relevante para ellos o para los profesionales de salud? (enfoque etic frente a emic). Además, las personas que sufren una urgencia médica pueden encontrarse en una posición vulnerable para decidir qué hacer.
3 ... ¿*Cómo evaluar las ventajas y desventajas de las diferentes opciones de tratamiento*?	Este ítem viola la premisa de que los ítems sólo deben tener un factor para ser evaluados. Aquí, los encuestados se enfrentan a "ventajas" y "desventajas", y el investigador no sabrá en cuál de los elementos se centró el encuestado al responderlo.

continua

Cuadro 1. Consideraciones críticas sobre los ítems HLS19-Q12*.

Ítems del instrumento HLS19-Q12	Consideraciones
4 ... *seguir las indicaciones de su médico o farmacéutico*?	La dificultad que experimenten las personas para seguir el consejo de su médico o farmacéutico dependerá de factores internos, sociales y del sistema de salud, ya que se trata de una cuestión social con implicaciones biomédicas y no de una cuestión biomédica con raíces sociales (OIM, 2004; 2009). Por ejemplo, para una persona es más fácil seguir el consejo de su médico de irse a casa y descansar que optar por algún tipo de quimioterapia.
5 ... *para encontrar información sobre cómo tratar los problemas de salud mental*? *[Instrucciones: estrés, depresión o ansiedad].*	El enfoque del instrumento debe ampliarse más allá del sesgo biomédico/médico centrado en la enfermedad. Esta pregunta puede ser irrelevante para la persona si no es su preocupación principal/actual.
6 *¿Entiende la información sobre los exámenes médicos o pruebas de detección recomendados? [Instrucciones: por ejemplo, pruebas de detección del cáncer, análisis de glucosa en sangre].*	¿Hasta qué punto es relevante este ítem para una persona que no realiza o no busca estas pruebas (por ejemplo, un grupo demográfico específico)? ¿Es probable que no hayan tenido este problema? Esto podría dar lugar a sesgos de interpretación y respuesta, distorsionando las puntuaciones del instrumento.
7 *¿Cómo se puede determinar si la información sobre hábitos poco saludables, como fumar, realizar poca actividad física o beber demasiado alcohol, es fiable?*	¿Busca realmente la gente información sobre estos temas en su vida cotidiana? Parece que estos comportamientos están escritos en todas partes y todo el mundo conoce la respuesta, lo que puede sesgar las puntuaciones finales.
8 *¿Cómo puede protegerse de las enfermedades utilizando la información que le proporcionan los medios de comunicación? [Instrucciones: por ejemplo, periódicos, televisión o Internet].*	Además, se trata de una cuestión multidimensional. Los tres ejemplos conllevan un gran estigma social y existe abundante información sobre el tema en las sociedades modernas.
9 *¿Desea encontrar información sobre estilos de vida saludables, como ejercicio físico, alimentación saludable o nutrición*?	Se trata de una pregunta multidimensional, ya que los encuestados deben decidir en qué se centrará su respuesta en las tres situaciones presentadas. Además, deben saber que la nutrición es diferente de la alimentación sana.
10 *¿Entiende los consejos sobre su salud que le dan sus familiares o amigos*?	¿Qué importancia tiene para la salud de las personas que los consejos de familiares o amigos sean erróneos?
11 *¿Cómo evaluaría el impacto de sus condiciones de vivienda en su salud y bienestar*?	"Las «condiciones de la vivienda» pueden interpretarse de forma diferente y, por tanto, no representar el mismo constructo para las personas de todo el mundo. Esto podría dar lugar a sesgos de puntuación en el instrumento. El ítem podría ser... ¿Juzgar cómo el «entorno» en el que vive puede afectar a su salud y bienestar?".
12 *¿Toma decisiones para mejorar su salud y bienestar*?	La toma de decisiones implica cuestiones internas, sociales y estructurales. Además, no es una capacidad individual, sino un «recurso compartido disponible en el entorno social de un individuo».[31]

* Considerando la definición de LS elaborada por Sorensen et al. (2012)6: «...el conocimiento, la motivación y las habilidades de las personas para acceder, comprender, evaluar y aplicar la información para formarse juicios y tomar decisiones en términos de salud, prevención de enfermedades y promoción de la salud para mejorar la calidad de vida a lo largo del ciclo de vida.»

Fuente: Autores.

EU-Q16 y del HLS-EU-Q6, se construyó una nueva versión corta, el HLS_{19}-Q12 con 12 ítems, uno por cada celda de la matriz conceptual del HLS-EU, utilizando los datos originales del HLS-EU para ocho países y dos países adicionales, basándose en análisis Rasch [...]». Es importante destacar que el análisis Rasch se limita a modelos 1PL (logísticos de un parámetro), y la aplicación aislada de esta técnica también presenta limitaciones frente a los conceptos actuales de pruebas de validez[3,6,37]. En consecuencia, se produce un salto en las fases de prueba, ya que antes de aplicar las técnicas de prueba de estructura interna es imprescindible comprobar que los ítems son realmente adecuados para evaluar la alfabetización en salud en diferentes poblaciones. Una estructura interna ajustable no elimina los posibles sesgos establecidos en la fase de elaboración del contenido, ni la necesidad de introducir cambios para la adaptación cultural y la adecuación a las poblaciones destinatarias.

Según Iliescu[38], la adaptación de pruebas es un proceso científico complejo y, por tanto, debe guiarse por los principios del método científico, el más destacado de los cuales es la necesidad de aportar pruebas de la idoneidad de esta trans-

formación lingüística, tanto desde el punto de vista de la lengua como de otras características psicométricas. No sólo la traducción nos permitirá evaluar la idoneidad del instrumento para una cultura determinada. Del mismo modo, van de Vijver[29] subraya que la traducción de un test a otro idioma requiere distintos tipos de conocimientos, entre ellos lingüísticos, culturales y psicométricos. Para Cheung[26], las variaciones culturales afectan a la equivalencia lingüística, conceptual y de medición de las evaluaciones psicológicas cuando estas medidas se traducen y se aplican a diferentes grupos culturales, lo que plantea retos para su fiabilidad y validez.

El equipo de investigación también pareció no abordar suficientemente la validez de contenido de forma directa. El instrumento HLS_{19}-Q47 tenía 47 ítems; con la reducción del número de ítems, es cuestionable cómo (y si) se preservó realmente la validez de contenido. En el informe M-POHL´s *International Report on the Methodology of European Health Literacy Population Survey* 2019-2021 (HLS19), los autores afirmaron que la correlación de Pearson entre la HLS_{19}-Q12 (versión reducida) y la HLS_{19}-Q47 mostraba valores entre 0,898 y 0, 949 y, por lo tanto, «la HLS_{19}-Q12 se comporta de forma suficientemente equivalente a la HLS_{19}-Q47 o a la HLS_{19}-Q16 como para que pueda utilizarse como versión reducida sustitutiva, y los resultados de las publicaciones que utilizan las distintas medidas puedan compararse hasta cierto punto».[32]

Sin embargo, los altos valores de correlación de Pearson no garantizan la equivalencia entre el contenido o la métrica de los instrumentos. Esta hipótesis se confirma cuando los autores afirman: «debe tenerse en cuenta, sin embargo, que dado que no se ha demostrado que la HLS_{19}-Q47 sea una escala unidimensional, no hay garantía de que la HLS_{19}-Q47 y la HLS_{19}-Q12 midan estrictamente el mismo constructo latente»[32]. En este caso, no es posible demostrar la existencia de equivalencia de contenido o métrica, ya que las versiones reducidas del instrumento muestran un comportamiento psicométrico diferente al de la versión larga, especialmente en relación con la dimensionalidad teórica, puesto que las versiones reducidas no siguen la dimensionalidad del instrumento original. Así pues, la equivalencia de medida sólo puede asumirse si existen pruebas de que ambas versiones producen interpretaciones similares a la luz de la teoría establecida.

Además, en muchos procesos de validación del instrumento HLS-EU sólo se ha utilizado el análisis factorial confirmatorio (AFC) para evaluar la estructura interna del instrumento y sus dimensiones. Esta elección puede resultar problemática, ya que «presupone» la existencia de cierta conformidad previa en la estructura interna del instrumento. La aplicación directa del AFC imposibilita la identificación de otras configuraciones interpretables, lo que refuerza el sesgo etic comentado anteriormente. Además, este enfoque limita la búsqueda de pruebas de la validez de la estructura interna. Deberían realizarse análisis más sólidos para probar las propiedades psicométricas de los instrumentos, como se ha observado en los estudios realizados con el HLS-EU-Q6 y el HLS-EU-Q16 aplicados a adultos brasileños[13,14].

También destacamos aspectos de la invarianza escalar de los instrumentos HLS-EU-Q. Según Osborne *et al.*[4], «la invarianza configuracional de las estructuras factoriales, la invarianza métrica de las cargas factoriales y la invarianza escalar de los interceptos de los ítems» son criterios fundamentales para que los datos nacionales y los de los grupos minoritarios puedan compararse de forma válida. Además, según los autores, «para generar dichas evidencias sería necesario que cada país demostrara primero la utilidad y la aceptabilidad de la medida dentro de su propio país y, a continuación, que demostrara, cualitativa y cuantitativamente, a nivel de ítem y de constructo, que las preguntas se entienden (y se responden) de la misma manera, a pesar de los diferentes contextos, como los sistemas de salud, los derechos de acceso a los servicios y las prácticas culturales». En la investigación sobre la HLS19, los autores utilizaron modelos de la Teoría de la Respuesta al Ítem (TRI) para evaluar la invarianza de los ítems en relación con distintos factores sociodemográficos, como el género, el nivel educativo y el estado de salud[40]. Para ello, realizaron análisis de *differential item functioning* (DIF), utilizando las variables género y los criterios dicotómicos edad (división por la mediana) y educación (< cualificación para acceder a la educación superior vs. al menos cualificación para acceder a la educación superior). Según los resultados de los análisis DIF, los ítems estaban influidos por las variables analizadas[40]. Según los propios autores, «las posibles razones son múltiples e incluyen, por ejemplo, diferencias sutiles en el significado de los ítems debidas a la traducción, al contexto social y cultural y a las particularidades de los sistemas de salud»[40]. Está claro, por tanto, que los autores no pudieron establecer la invariabilidad escalar, y existen evidencias considerables de que los instrumentos de HLS tienden a proporcionar a los usuarios información inexacta.

Otra crítica se refiere a la falta de evidencias de que la categorización de puntuaciones sugerida por los autores para clasificar los niveles individuales de LS sea válida para diferentes poblaciones. Una categorización inadecuada de los niveles de LS de los individuos puede tener implicaciones importantes para la planificación y el gasto en salud pública. Un estudio investigó los datos normativos del instrumento HLS-EU-Q6 en adultos brasileños y demostró que los criterios de clasificación que deben utilizarse con esta población deben diferir de los propuestos en el estudio original, a fin de evitar sesgos en la medición de los niveles de alfabetización en salud. Además, en el cuestionario HLS19, los investigadores observaron un elevado efecto techo y una relativa facilidad de las tareas propuestas en el HLS19-Q12 en relación con la distribución de las puntuaciones[15]. Por lo tanto, la aplicabilidad y la sensibilidad de estas preguntas para identificar a los individuos con diferentes niveles de LS se vuelven cuestionables.

Consideraciones finales

El desarrollo de un instrumento global requiere una comprensión profunda de los matices relacionados con la variable latente en los países, culturas, lenguas y subgrupos de población más diversos. Sin embargo, el proceso de desarrollo de los instrumentos generales de LS utilizados en la encuesta HLS-19 no incluye estudios exploratorios cualitativos realizados en diferentes contextos y países que incluso subvencionen la inclusión de ítems específicos de las culturas en las que se aplicó el instrumento. Varios estudios han demostrado que si no se tiene en cuenta el equilibrio entre los enfoques etic y emic se obtienen instrumentos menos precisos.

Este desequilibrio generará inexorablemente sesgos en la configuración y normalización de las puntuaciones, así como en la capacidad de validar la interpretación de los resultados obtenidos. Además, hay que tener en cuenta la probable inviabilidad de desarrollar un instrumento verdaderamente transcultural. Un instrumento eficaz requeriría, antes de su construcción, asegurarse de que el concepto de LS es al menos equivalente entre culturas, con el fin de garantizar una posible equivalencia de medición en los países más diversos. Sin embargo, este aspecto parece estar ausente de la definición de LS, del modelo conceptual y de los instrumentos generales desarrollados por los investigadores de la OMS Europa, lo que limita su aplicación, incluida la versión resumida de la HLS_{19}-Q12, como herramientas válidas para facilitar la comparación con los datos existentes de la encuesta HLS-19.

Por lo tanto, los niveles de LS sólo deben compararse cuando el constructo esté firmemente establecido en todos los países y las propiedades psicométricas de los instrumentos permitan realizar comparaciones no sesgadas. Los países (y las diversas culturas y grupos vulnerables que hay en ellos) deben asegurarse primero de que las mediciones producen datos éticos y reproducibles. Sólo entonces podrán los equipos de investigación verificar, con apoyo metodológico, si el instrumento de evaluación muestra invariabilidad entre países, al menos para algunos de los subconstructos evaluados.

La propuesta de realizar comparaciones entre países y regiones utilizando el HLS_{19}-Q12 va en contra del principio emic al tratar la variable latente como universal. Puede que así sea, pero debería incluir matices regionales que requieran la modificación, inclusión o exclusión de ítems si los investigadores quieren un instrumento preciso.

A pesar de las inestimables contribuciones del Consorcio Europeo al desarrollo del área del LS, incluido su modelo conceptual, definiciones e instrumentos para medir este constructo, el instrumento HLS_{19}-Q12 no debería aplicarse de forma acrítica en los países que no participaron en la encuesta HLS_{19}-Q12, basándose únicamente en la justificación de la OMS de «garantizar la comparabilidad entre regiones y países»[16].

Dado que el modelo conceptual no se ha validado adecuadamente mediante investigaciones cualitativas con poblaciones de diferentes regiones del mundo, su capacidad para explicar claramente la alfabetización en salud sigue estando en peligro y podría generar sesgos en su conceptualización y sus constructos a nivel individual, poblacional y organizativo, además de contribuir a las injusticias epistémicas. Para aumentar la transferibilidad del concepto entre diferentes contextos, los investigadores deberían proporcionar descripciones exhaustivas del contexto de la investigación, utilizar un muestreo intencionado para incorporar diversas perspectivas, adoptar una postura reflexiva para reconocer y hacer frente a los sesgos, emplear la triangulación de datos para aumentar la credibilidad y contextualizar sus hallazgos con vistas a su aplicabilidad en diversos contextos, incluidos la medicina de familia y los entornos de salud comunitarios de todo el mundo.

Este artículo se centra en los instrumentos HLS-EU-Q, ya que su contenido fue claramente propuesto por el grupo OMS-Europa para su uso como instrumento de aplicación mundial.

Sin embargo, se pueden hacer críticas similares o iguales a cualquier instrumento que pretenda tener validez universal.

En conclusión, el valor de un instrumento normalizado para medir la alfabetización sanitaria a escala mundial es muy cuestionable, dado su potencial impacto negativo al aumentar el riesgo de marginación y estigmatización, especialmente en los países en desarrollo y las poblaciones vulnerables. Esto puede conducir a la elaboración de registros inexactos y al uso inadecuado de los recursos públicos.

Colaboradores

FL Mialhe, KL Moraes, VSC Vila, HAC Sampaio, VV Brasil y F Rebustini trabajaron en el diseño y la redacción del manuscrito. Todos los autores aprobaron la versión final para su publicación.

Declaración de disponibilidad de datos

Las fuentes de datos utilizadas en la investigación se indican en el cuerpo del artículo.

Referencias

1. World Health Organization (WHO). *Health promotion glossary of terms 2021* [Internet]. 2021. [cited 2024 jan 14]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349
2. Lorini C, Caini S, Ierardi F, Bachini L, Gemmi F, Bonaccorsi G. Health literacy as a shared capacity: does the health literacy of a country influence the health disparities among immigrants? *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(4):1149.
3. Sørensen K. *Health literacy is a political choice: a health literacy guide for politicians* [Internet]. 2017. [cited 2024 abr 20]. Available from: https://www.globalhealthliteracyacademy.org/post/2016/12/06/health-literacy-is-a-political-choice-a-health-literacy-guide-for-politicians
4. Osborne RH, Cheng CC, Nolte S, Elmer S, Besancon S, Debussche X, Dias S, Kolarckik P, Loureiro MI, Maindal H, O DN, Smith JA, Wahl A, Elsworth GR. Health literacy measurement: embracing diversity in a strengths-based approach to promote health and equity, and avoid epistemic injustice. *BMJ Global Health* 2022; 7:e009623.
5. Tavousi M, Mohammadi S, Sadighi J, Zarei F, Kermani RM, Rostami R, Montazeri A. Measuring health literacy: a systematic review and bibliometric analysis of instruments from 1993 to 2021. *PLoS One* 2022; 17(7):e0271524.
6. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12:80.
7. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, Kondilis B, Stoffels V, Osborne RH, Brand H. HLS-EU Consortium. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* 2013; 13:948.
8. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* 2013; 13:658.
9. Batterham RW, Buchbinder R, Beauchamp A, Dodson S, Elsworth GR, Osborne RH. The OPtimising HEalth LIterAcy (Ophelia) process: study protocol for using health literacy profiling and community engagement to create and implement health reform. *BMC Public Health* 2014; 14:694.
10. Pelikan JM, Ganahl K. Measuring health literacy in general populations: Primary findings from the HLS-EU Consortium's health literacy assessment effort. *Stud Health Technol Inform* 2017; 240:34-59.
11. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel A, Tsouros AD. *Health literacy: the solid facts* [Internet]. 2013. [cited 2024 abr 14]. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/326432.
12. Pelikan JM, Roethlin F, Ganahl K. *Measuring comprehensive health literacy in general populations - the HLS-EU instruments* [Internet]. 2014 [cited 2024 abr 20]. Available from: https://www.bumc.bu.edu/healthliteracyconference/files/2014/06/Pelikan-et-al-HARC-2014-fin.pdf
13. Mialhe FL, Moraes KL, Bado FMR, Brasil VV, Sampaio HAC, Rebustini F. Psychometric properties of the adapted instrument European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form. *Rev Lat Am Enfermagem* 2021; 29:e3436.
14. Mialhe FL, Sampaio HAC, Moraes KL, Brasil VV, Rebustini F. Psychometric properties of the Brazilian version of the European Health Literacy Survey Questionnaire short form. *Health Promot Int* 2022; 37(4):daac130.
15. Pelikan JM, Straßmayr C. *Background of the HLS19* [Internet]. 2021 [cited 20 apr 2024]. Available from: https://m-pohl.net/NB1
16. World Health Organization (WHO). *WHO Global Survey of Population Health Literacy in countries across WHO regions. Instructions for commenting on the health literacy questionnaire*. Geneve: WHO; 2022.
17. Watson JC. Talking the talk: enhancing clinical ethics with health literacy best practices. *HEC Forum* 2019; 31(3):177-199.
18. Straßmayr C, Pelikan JM, Link T. *The HLS19 instruments* [Internet]. 2021 [cited 20 abr 2024]. Available from: https://m-pohl.net/NB1

19. Larsen MH, Mengshoel AM, Andersen MH, Borge CR, Ahlsen B, Dahl KG, Eik H, Holmen H, Lerdal A, Mariussen KL, Thoresen L, Tschamper MK, Urstad KH, Vidnes TK, Wahl AK. "A bit of everything": Health literacy interventions in chronic conditions - a systematic review. *Patient Educ Couns* 2022; 105(10):2999-3016
20. Bernal G, Jiménez-Chafey MI, Domenech Rodríguez MM. Cultural adaptation of treatments: a resource for considering culture in evidence-based practice. *Prof Psychol Res Pr* 2009; 40(4):361-368.
21. Helms JE. An examination of the evidence in culturally adapted evidence-based or empirically supported interventions. *Transcult Psychiatry* 2015; 52(2):174-197.
22. Salamanca-Sanabria A, Richards D, Timulak L, Castro-Camacho L, Mojica-Perilla M, Parra-Villa Y. Assessing the efficacy of a culturally adapted cognitive behavioural internet-delivered treatment for depression: protocol for a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1):53.
23. Menezes JCL, Nobre-Sandoval LA, Murta SG. Local Adaptations to Implement the Strengthening Families Program in Northeastern Brazil. *Int J Ment Health Addict* 2020; 18(2):407-421.
24. Creswel J, Plano Clark VL, editors. *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2018.
25. Galperin BL, Punnett BJ, Ford D, Lituchy TR. An emic-etic-emic research cycle for understanding context in under-researched countries. *Int J Cross Cultural Managem* 2022; 22(1):7-35.
26. Cheung F. *Culture and Personality Assessment* [Internet]. 2023. [cited 12 mar 2024]. Available from: https://oxfordre.com/psychology/view/10.1093/acrefore/9780190236557.001.0001/acrefore-9780190236557-e-455
27. Domanska OM, Firnges C, Bollweg TM, Sørensen K, Holmberg C, Jordan S. Do adolescents understand the items of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q47) - German version? Findings from cognitive interviews of the project "Measurement of Health Literacy Among Adolescents" (MOHLAA) in Germany. *Arch Public Health* 2018; 76:46.
28. Rosa M, Orey DC. The field of research in ethnomodeling: emic, ethical and dialectical approaches. *Educ Pesq* 2012; 38(4):865-879.
29. van de Vijver PJR. Test adaptations. In: Leong FTL, Bartram D, Cheung KF, Iliescu D, editors. *The ITC international handbook of testing and assessment*. New York: Oxford University Press, 2016. p. 364-376.
30. Smith TW. Improving multinational, multiregional, and multicultural (3MC) comparability using the total survey error (TSE) paradigm. In: Jonhson TP, Pennell BE, Stooop IAL, Dorer B, editors. *Advances in Comparative Survey Methods: Multinational, Multiregional, and Multicultural Contexts* (3MC). New York: John Wiley & Sons, 2018. p. 13-43.
31. Papen U. Literacy, learning and health – a social practices view of health literacy. *Literacy Numeracy Studies* 2009; 16(2):19-34
32. HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. *International Report on the Methodology, Results and recommendations of the European Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19) of M-POHL* [Internet]. 2021 [cited 20 abr 2024]. Available from: https://m-pohl.net/NB1
33. Schmitt N. Uses and abuses of coefficient Alpha. *Psychol Assess* 1996; 8:350.
34. Vaske JJ, Beaman J, Sponarski CC. Rethinking internal consistency in Cronbach's alpha. *Leisure Sci* 2016; 39:163-173.
35. McDonald RP. *Test theory: a unified treatment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum; 1999.
36. American Educational Research Association. *American Psychological Association & National Council on measurement in education* [Internet]. 2014 [cited 2024 dez 18]. Available from: https://www.apa.org/science/programs/testing/standards
37. American Educational Research Association. *American Psychological Association & National Council on measurement in education* [Internet]. 2019 [cited 2024 dez 18]. Available from: https://www.aera.net/Publications/Books/Standards-1999-Ed
38. Iliescu D. *Adapting tests in linguistic and cultural situations*. Cambridge University Press; 2017.
39. Mialhe FL, Rebustini F. Evaluation of normative data of the instrument European Health Literacy Survey Questionnaire short-short form (HLS-EU-Q6) in Brazilian adults. *Rev Eletr Acervo Saude* 2023; 23(6):e12305.
40. Pelikan JM, Link T, Straßmayr C, Waldherr K, Alfers T, Bøggild H, Griebler R, Lopatina M, Mikšová D, Nielsen MG, Peer S, Vrdelja M; HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL. Measuring Comprehensive, General Health Literacy in the General Adult Population: The Development and Validation of the HLS19-Q12 Instrument in Seventeen Countries. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(21):14129.

Artículo presentado en 18/07/2024
Aprobado en 31/05/2025
Versión final presentada en 02/06/2025

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Matos Fonseca

Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo una licencia Creative Commons