

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v68iS1.10128>

Alfabetización en salud en Dermatología: estudio en pacientes del occidente de México

Health literacy in Dermatology: A study in patients from western Mexico.

Ada Karina Martínez Álvarez,¹ José Alfredo Soto Ortiz,² Samuel Romero Vargas,³ Juan Enrique Paniagua Santos¹

Resumen

OBJETIVO: Evaluar el nivel de alfabetización en salud de los pacientes que acuden a la consulta de Dermatología.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio transversal en el que se incluyeron 345 pacientes a quienes se les aplicó la versión en español del *Short Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA). El nivel de alfabetización en salud se relacionó con las variables sociodemográficas. Los resultados se analizaron a través de estadística descriptiva e inferencial.

RESULTADOS: Se incluyeron 345 pacientes con edad promedio de 50.66 ± 18.76 años; 210 (61%) pacientes eran mujeres. La alfabetización en salud se clasificó con nivel inadecuado en 118 (34.2%) casos, marginal-límitrofe en 33 (9.6%) y adecuado en 194 (56.2%). Las variables sociodemográficas asociadas con un nivel de alfabetización inadecuado o marginal-límitrofe fueron: ser mujer (47.6 vs 35.9%, $p = 0.01$), escolaridad de 6 años o menos (84.9 vs 43.8%, $p < 0.01$) y pobreza extrema (60.7 vs 33.3%, $p < 0.01$).

CONCLUSIONES: Los resultados de este estudio permiten identificar a la población con mayor vulnerabilidad de tener alfabetización en salud inadecuada y provee información para la elaboración de estrategias que permitan su mejoramiento.

PALABRAS CLAVE: Alfabetización en salud; educación; Dermatología.

Abstract

OBJECTIVE: To assess the level of health literacy of patients who come to the dermatology clinic.

MATERIALS AND METHODS: Cross-sectional study including patients who underwent the Spanish version of the *Short Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA). The analysis of the results was carried out through descriptive and inferential statistics.

RESULTS: There were included 345 patients with a mean age of 50.66 ± 18.76 years; 210 (61%) patients were female. Health literacy was classified as inadequate in 118 (34.2%) cases, marginal/borderline in 33 (9.6%) and adequate in 194 (56.2%). Sociodemographic variables associated with inadequate or marginal literacy were: being a woman (47.6 vs 35.9%, $p = 0.01$), schooling equal to or less than 6 years (84.9 vs 43.8%, $p < 0.01$), and extreme poverty (60.7 vs 33.3 %, $p < 0.01$).

CONCLUSIONS: Results of this study allow us to identify the population with the greatest vulnerability to inadequate health literacy and provides information for the development of strategies that allow its improvement.

KEYWORDS: Health literacy; Education; Dermatology.

¹ Dermatólogo egresado, práctica privada.

² Dermatólogo y cirujano dermatólogo adscrito.

³ Neurocirujano y maestro en Ciencias, práctica privada. Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Secretaría de Salud Jalisco, Zapopan, Jalisco, México.

Recibido: julio 2024

Aceptado: septiembre 2024

Correspondencia

Ada Karina Martínez Álvarez
ada_mtza@icloud.com

Este artículo debe citarse como: Martínez-Álvarez AK, Soto-Ortiz JA, Romero-Vargas S, Paniagua-Santos JE. Alfabetización en salud en Dermatología: estudio en pacientes del occidente de México. *Dermatol Rev Mex* 2024; 68 (Supl. 1): S3-S13.

ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud considera a la alfabetización en salud un determinante social básico que permite potenciar y desarrollar el empoderamiento de las poblaciones más desfavorecidas.^{1,2} Según una revisión sistemática, se define como “las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones en cuanto a la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta”.³

Su importancia radica en que los pacientes con alfabetización en salud inadecuada, al carecer de los conocimientos necesarios para reconocer síntomas de la enfermedad, utilizar medicamentos de forma correcta y establecer una buena relación médico-paciente, tienen más posibilidades de una mayor cantidad de hospitalizaciones y de visitas a urgencias, de menor apego al tratamiento y uso de medidas preventivas, de una autopercepción de salud deficiente y, como consecuencia, de una elevación de los costos.^{4,5}

La alfabetización en salud es un estado dinámico que depende del usuario y del sistema de salud y que se modifica según el problema médico a tratar, el proveedor de salud o el sistema sanitario.⁶ Para su estudio se han diseñado instrumentos que miden las habilidades consideradas marcadores de la capacidad individual, sobre todo, de destreza de lectura.⁷ Uno de ellos es el *Short Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA), instrumento cronometrado, útil como herramienta clínica y de investigación, que consta de dos pasajes de lectura y que se aplica en máximo siete minutos.^{5,8}

En México existen pocos estudios que evalúan el nivel de alfabetización de la población y, debido

a que la escolaridad promedio en nuestro país es de apenas 9.7 años de estudios formales,⁹ podríamos esperar que una gran proporción de pacientes tenga un nivel no adecuado de alfabetización en salud.

Esta investigación tuvo como objetivo evaluar el nivel de alfabetización en salud de los pacientes que acuden a la consulta externa de Dermatología y relacionarlo con las variables sociodemográficas de la población en estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y transversal con sede en el Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, dependencia de la Secretaría de Salud Jalisco. La muestra de estudio estuvo constituida por los pacientes que acudieron al servicio de consulta externa de Dermatología de noviembre a diciembre de 2016. Se determinó una muestra probabilística de 320 sujetos a través de una fórmula para una población finita de 5258 pacientes, tomando como base la cantidad de consultas diarias que se otorgan en la institución, un supuesto del 33% para cada nivel de alfabetización, un intervalo de confianza del 95% y margen de error del 5%. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia.

Criterios de inclusión: pacientes que aceptaron participar de manera verbal, con edad igual o mayor a 18 años, de cualquier sexo y con cualquier nivel de estudios. *Criterios de exclusión:* pacientes legalmente ciegos o sordos, que al interrogatorio refirieran alguna enfermedad demencial, psiquiátrica o con afectación cognitiva que no les permitiera contestar el cuestionario, pacientes con lengua nativa diferente al español o con habla incomprensible o ininteligible.

Procedimiento

A los pacientes que cumplieron con los criterios de selección se les explicó el objetivo de

la investigación, sus riesgos y beneficios. A los que aceptaron verbalmente participar se les interrogó por su agudeza visual, si usaban lentes se les pidió utilizarlos y, en caso necesario, se verificó la agudeza visual utilizando una carta de Snellen. Se investigaron las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, escolaridad en años aprobados, tipo de seguridad social y nivel socioeconómico; este último se dividió, de acuerdo con el ingreso mensual en el hogar, en seis niveles o clases: alta, media alta, media, media baja, pobre y pobreza extrema.^{10,11}

A cada paciente se le explicó cómo contestar el cuestionario, eligiendo la opción que mejor completara el espacio en blanco en la oración; se dio un ejemplo y después se le pidió lo contestara en un tiempo máximo de siete minutos, que fue cronometrado por el aplicador. Se calificó cada cuestionario y se registró el puntaje correspondiente. A los pacientes que no pudieron completar el cuestionario debido a que no sabían leer o escribir se les asignó un puntaje de 0 y se les clasificó en el nivel inadecuado de alfabetización en salud o, bien, en el nivel correspondiente de acuerdo con el puntaje que obtuvieron si intentaron contestarlo.

Instrumento S-TOFHLA

Se aplicó el instrumento S-TOFHLA versión en español, que ha demostrado una confiabilidad de 0.97 (alfa de Cronbach) y una correlación de 0.80 (Spearman) cuando se le compara con el instrumento *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine* (REALM).⁵ Consta de 36 reactivos, cada uno con valor de un punto. El puntaje mínimo es de 0 y el máximo de 36; a mayor puntaje se considera que el paciente tiene mejor nivel de alfabetización en salud. El puntaje total se divide en tres niveles: inadecuado (0 a 16 puntos), marginal-limítrofe (17 a 22 puntos) y adecuado (23 a 36 puntos).^{5,8,12} Para fines de esta investigación, se sustituyeron dos términos para adaptar el instrumento a la cultura de nuestra población:

“Medicare/Medicaid” por “seguridad social” y “condado” por “estado”.

Análisis estadístico

Para la captura y el procesamiento de los datos se usaron los programas Excel Mac 2011 versión 14.4.4 de Microsoft® e IBM® SPSS Statistics versión 24.0.0.0 para Mac. Se utilizó estadística descriptiva a través de medidas de tendencia central, como el promedio, y medidas de dispersión, como la desviación estándar. Se realizó estadística inferencial para relacionar las variables de estudio y, según su naturaleza, se utilizaron las pruebas t de Student, χ^2 , prueba exacta de Fisher, gamma de Goodman y Kruskal, el coeficiente de correlación de Pearson y el coeficiente Tau-c de Kendall. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas las que tuvieron valor p menor de 0.05.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación del Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio. Se solicitó autorización al Dr. David W Baker, quien pertenece al grupo creador del instrumento S-TOFHLA en su versión en español, para utilizarlo sin fines de lucro y nos proporcionó el instrumento de evaluación y la información necesaria para aplicarlo de la forma adecuada.

RESULTADOS

Se incluyeron 345 pacientes; 210 (61%) eran del sexo femenino, 131 (38%) del masculino y 4 (1%) no lo especificaron. La edad promedio fue de 50.66 ± 18.76 años (límites: 18 y 92 años). El **Cuadro 1** señala la edad de los pacientes estratificada por décadas.

El nivel socioeconómico más prevalente fue el de pobreza extrema con 122 sujetos (35.3%) y no

Cuadro 1. Distribución de la población por décadas de edad (n = 345)

Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
Menor de 29	59	17.1
30-39	50	14.5
40-49	53	15.4
50-59	53	15.4
60-69	71	20.5
70-79	40	11.6
80-89	17	4.9
90-99	2	0.6

hubo pacientes con nivel socioeconómico alto (**Figura 1**). El promedio de años de estudio fue de 9.8 ± 5 (límites: 0 y 24 años) y en 189 encuestados (54.8%) fueron nueve años o menos. De la población estudiada, 23 (6.7%) eran analfabetos (**Figura 2**), 21 (77.8%) correspondieron a mujeres y 6 (22.2%) a hombres. Respecto a la seguridad social, 124 sujetos (35.9%) pertenecían al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). **Figura 3**

Alfabetización en salud y su relación con las variables sociodemográficas

En toda la muestra el puntaje promedio del instrumento S-TOFHLA fue de 22.7, que corresponde al nivel de alfabetización marginal-limítrofe. Al clasificar la alfabetización por niveles, predominó el nivel adecuado con 194 casos (56.2%), seguido del nivel inadecuado con 118 (34.2%) y el marginal-limítrofe con 33 (9.6%).

En el sexo femenino hubo mayor proporción de pacientes con nivel de alfabetización en salud inadecuado o marginal-limítrofe cuando se les comparó con los sujetos masculinos (29 vs 13.6%, $p = 0.01$).

Los pacientes de 60 años o más tuvieron una prevalencia mayor de alfabetización en salud inadecuada que los pacientes menores de 60 años (25.5 vs 8.7%, $p < 0.01$). A través de la prueba de Pearson se estableció que había buena correlación entre la edad y el puntaje obtenido

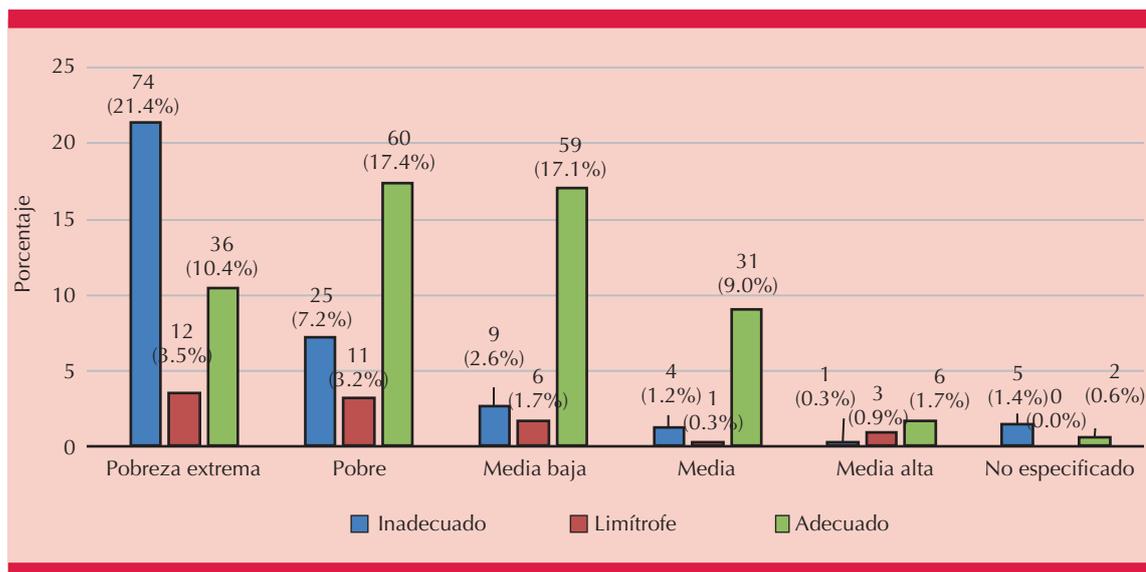


Figura 1. Distribución de la población por niveles socioeconómicos y su relación con el grado de alfabetización en salud. Se observa cómo el nivel de alfabetización inadecuado fue disminuyendo a medida que los pacientes tenían un mayor nivel socioeconómico; los niveles de pobreza y pobreza extrema suman el 28.6% versus el 4.1% en los tres niveles socioeconómicos restantes.

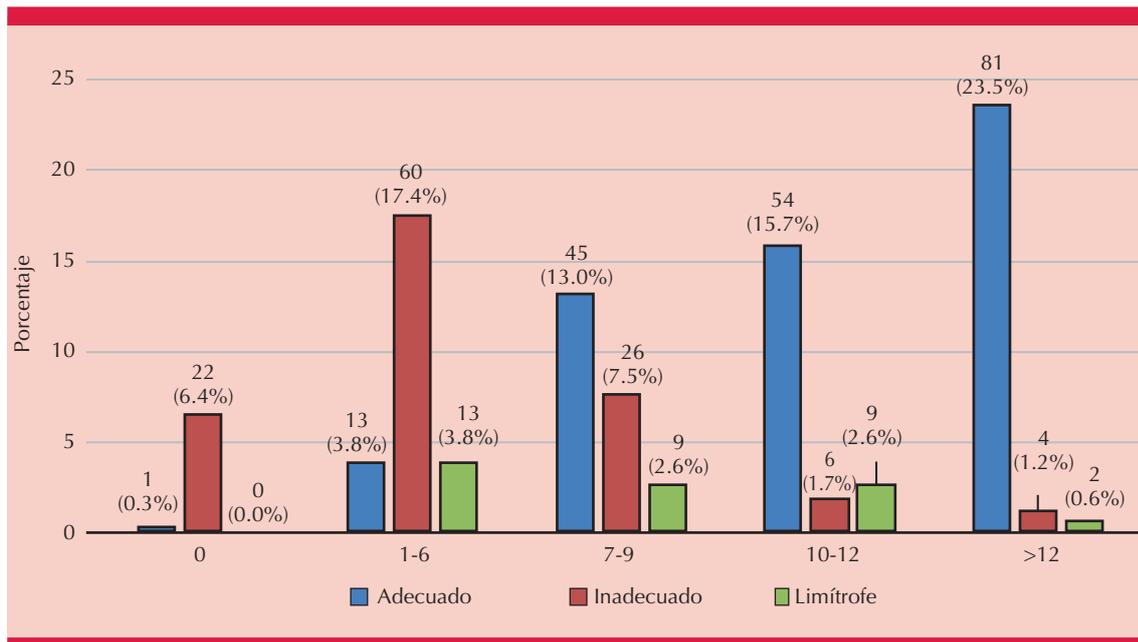


Figura 2. Estratificación de la muestra por años de estudio y nivel de alfabetización en cada uno de ellos. El nivel de alfabetización adecuado aumentó de manera directamente proporcional a los años de estudios, fue del 0.3% en los pacientes con escolaridad nula *versus* 23.5% en aquéllos con más de 12 años de estudio.

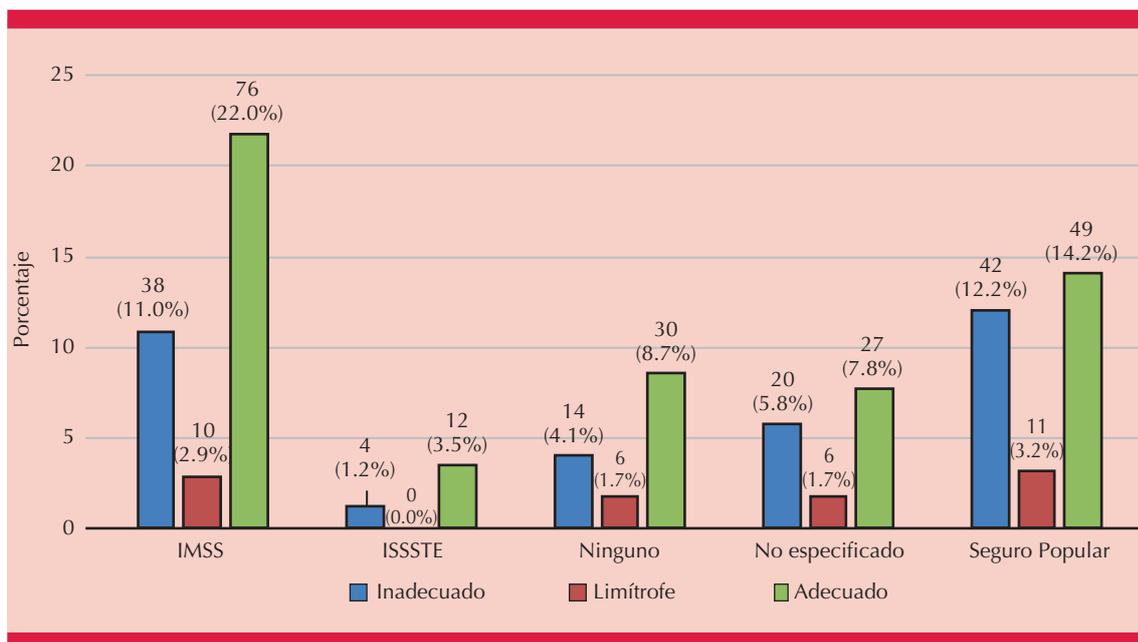


Figura 3. Tipos de seguridad social de la población en estudio y distribución del nivel de alfabetización en salud. No hubo relación entre el tipo de seguridad social y el nivel de alfabetización en salud, aunque la proporción de pacientes con nivel inadecuado fue menor en pacientes derechohabientes del ISSSTE.

en el instrumento S-TOFHLA (coeficiente de 0.67, $p < 0.01$).

Encontramos una correlación escasa entre el nivel de alfabetización en salud y el nivel socioeconómico (coeficiente Tau-c de Kendall de 0.384, $p < 0.01$). En la **Figura 1** se observa que el nivel de alfabetización inadecuado fue más frecuente entre los pacientes con pobreza extrema con 74 casos (21.4%) que en la clase pobre ($n = 25$, 7.2%), media-baja ($n = 9$, 2.6%), media ($n = 4$, 1.2%) y media-alta ($n = 1$, 0.3%), diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.01$).

El nivel de alfabetización en salud fue directamente proporcional a los años de estudio con una correlación buena (0.73, Pearson, $p < 0.01$). La alfabetización en salud inadecuada fue mayor entre los pacientes con escolaridad nula ($n = 22$, 6.4%) que en aquéllos con más de 12 años de estudio ($n = 4$, 1.2%). Por el contrario, en este último grupo, la alfabetización adecuada se observó en 81 (23.5%) *versus* 1 (0.3%) en el grupo con analfabetismo (**Figura 2**). La diferencia entre los diferentes grupos de escolaridad y su nivel de alfabetización en salud fue estadísticamente significativa ($p < 0.01$). Al comparar los años de estudio entre sexos, se observó que en los hombres el promedio fue de 10.93 ± 5.08 años y en las mujeres de 9.16 ± 4.8 años, diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.001$).

Los pacientes con Seguro Popular o IMSS tuvieron los porcentajes más altos de alfabetización inadecuada, con 42 (12.2%) y 38 (11%), respectivamente; mientras los derechohabientes del ISSSTE tuvieron el menor porcentaje en este nivel de alfabetización con 4 (1.2%) casos ($p = 0.27$). **Figura 3**

El **Cuadro 2** resume los niveles de alfabetización en salud y las variables sociodemográficas con las que se relacionaron.

DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas de los pacientes incluidos difieren de las encontradas en estudios nacionales porque la relación mujer-hombre fue de 1.60 a 1, mientras en el país es de 1 a 1.04. Asimismo, la edad promedio fue mayor en nuestro estudio (50.66 *versus* 29 años),⁹ lo que nos sugiere que las mujeres y los sujetos en adultez intermedia o tercera edad son quienes acuden con mayor frecuencia a recibir los servicios de la institución, pues el grupo de adultos jóvenes (menores de 40 años) constituyó sólo el 31.6% de la muestra.

Respecto al nivel socioeconómico, la población en pobreza extrema y en pobreza tuvieron mayores prevalencias que las reportadas a nivel nacional: 35.3 *versus* 8% y 27.8 *versus* 24%, respectivamente.¹³ Este resultado va de la mano con los años de estudio, pues el porcentaje de analfabetos fue del 6.7%, mayor al 4.7% reportado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en la población general;¹⁴ aunque coincidimos en que el grupo más afectado con menor escolaridad es el de las mujeres.

En cuanto al nivel de alfabetización en salud, en la muestra de este estudio el puntaje promedio fue de 22.7, semejante al reportado por Aguirre y colaboradores¹² en hispanos hispanohablantes, que fue de 22.2, pero ambos son menores a los puntajes de la población no hispana (puntaje promedio: 26.6) y de la población hispana angloparlante (puntaje promedio: 29.4). Las prevalencias de cada uno de los niveles también son similares entre ambos estudios: la mayor parte de los pacientes se encuentran en los polos de alfabetización en salud: nivel adecuado (56.2 *versus* 53%) e inadecuado (34.2 *versus* 33%), mientras el marginal-limítrofe fue el menos frecuente (9.6 *versus* 13%).¹²

Cuadro 2. Niveles de alfabetización en salud y su relación con las variables sociodemográficas (n = 345)

Variable	Nivel de alfabetización en salud*			Valor de p
	Inadecuado 0 a 16	Marginal-limítrofe 17 a 22	Adecuado 23 a 36	
Edad en años, n (%)				
< 60	30 (8.7)	20 (5.8)	165 (47.8)	< 0.01 [∞]
≥ 60	88 (25.5)	13 (3.8)	29 (8.4)	
Sexo, n (%)				
Masculino	36 (10.4)	11 (3.2)	84 (24.3)	0.01**
Femenino	78 (22.6)	22 (6.4)	110 (31.9)	
No especificado	4 (1.2)	0	0	
Escolaridad (años de estudio), n (%)				
Nula	22 (6.4)	0	1 (0.3)	< 0.01 [†]
1 a 6	60 (17.4)	13 (3.8)	13 (3.8)	
7 a 9	26 (7.5)	9 (2.6)	45 (13.0)	
10 a 12	6 (1.7)	9 (2.6)	54 (15.7)	
> 12	4 (1.2)	2 (0.6)	81 (23.5)	
Tipo de seguridad social, n (%)				
Seguro Popular	42 (12.2)	11 (3.2)	49 (14.2)	0.27 [‡]
IMSS	38 (11)	10 (2.9)	76 (22)	
ISSSTE	4 (1.2)	0	12 (3.5)	
Ninguno	14 (4.1)	6 (1.7)	30 (8.7)	
No especificado	20 (5.8)	6 (1.7)	27 (7.8)	
Nivel socioeconómico (clases), n (%)				
Media alta	1 (0.3)	3 (0.9)	6 (1.7)	< 0.01 [†]
Media	4 (1.2)	1 (0.3)	31 (9.0)	
Media baja	9 (2.6)	6 (1.7)	59 (17.1)	
Pobre	25 (7.2)	11 (3.2)	60 (17.4)	
Pobreza extrema	74 (21.4)	12 (3.5)	36 (10.4)	
No especificado	5 (1.4)	0	2 (0.6)	

* Medida en puntos con el instrumento *Short Test of Functional Health Literacy in Adults* (S-TOFHLA). [∞] prueba χ^2 ; ** prueba exacta de Fisher; [†] prueba gamma de Goodman y Kruskal.

Estos hallazgos también son semejantes a los de Mávita-Corral⁴ en población del noroeste de México, quien reportó un nivel satisfactorio en el 48.4% y un nivel deficiente en el 51.5% y, aunque resulta complicado hacer una comparación precisa entre ambos estudios, debido a que los instrumentos de evaluación no fueron los mismos, llama la atención el alto porcentaje de

alfabetización en salud deficiente que reportan estos autores, sobre todo si se toma en cuenta que la muestra estudiada correspondía a una comunidad universitaria compuesta por alumnos, académicos, administrativos y empleados.

En nuestro estudio, el 43.8% de los pacientes tuvieron un nivel de alfabetización en salud

inadecuado o marginal-limítrofe, lo que significa que, al año, cerca de 15,768 pacientes que acuden a la institución tienen dificultades para entender de forma adecuada indicaciones médicas, medidas de autocuidado, formatos de consentimiento bajo información, etiquetas de medicamentos, materiales de educación en salud, etc.

El primer pasaje de lectura del instrumento S-TO-FHLA tiene una complejidad que está diseñada para ser comprendida por personas con 4.3 años de estudios formales, mientras que el segundo pasaje de lectura debería ser comprendido para sujetos con 10.4 años de estudios. Es decir, en teoría, una persona con bachillerato trunco podría contestar la totalidad del cuestionario. Sin embargo, el 43.8% de los pacientes de este estudio no fueron capaces de hacerlo. Incluso, el 34.2% tuvo un nivel de alfabetización en salud inadecuado, lo que implica que algunos de los participantes no comprendieron ni un solo reactivo de las lecturas utilizadas, por lo tanto, tampoco tendrían la capacidad de comprender las indicaciones o lecturas más básicas. Esto es preocupante si tomamos en cuenta que parte del éxito en una consulta médica es seguir el tratamiento integral de la forma adecuada, por lo que consideramos necesario reanalizar y adecuar los consentimientos informados, el material de educación en salud, las hojas con indicaciones de autocuidado, la redacción de las recetas, el lenguaje usado en la consulta y, en términos generales, la forma en la que interactuamos con los pacientes para que la información que deseamos transmitirles sea más accesible y puedan llevar a cabo las indicaciones.

Los médicos tienden a sobreestimar la comprensión de los pacientes, incluso para términos o conceptos comunes en Dermatología, como se observó en un estudio efectuado en Estados Unidos por Sánchez y colaboradores,¹⁵ en el que el 43% de los pacientes indicaron que les hubiera gustado que su proveedor de salud hi-

ciera más por ayudarlos a entender lo discutido en su consulta, el 16% hubiera preferido que usara vocabulario más sencillo, el 15% deseó haber recibido material escrito y el 7% hubiera deseado más tiempo para hacer preguntas. Esto contrastaba con la opinión de los médicos, de los que el 66.2% consideraba que requería más tiempo para tener una comunicación efectiva.

Los materiales educativos en Dermatología, dirigidos a los pacientes, son una herramienta fundamental para el médico, pero deben ser apropiados para la población. Algunos estudios, como el de Prabhu y su grupo,¹⁶ efectuado en 2016, y Mazmudar y colaboradores,¹⁷ en 2021, evaluaron el nivel de lectura del material de Dermatología dirigido a pacientes y disponible en línea y concluyeron que tal nivel, en promedio, fue de 12 y 9 años de estudios, respectivamente, superior al recomendado por la Asociación Médica Americana y el Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos, que es de 4 a 6 años de estudios.^{15,18}

En México no se han llevado a cabo investigaciones que evalúen el nivel de lectura de los materiales escritos sobre Dermatología dirigidos a los pacientes. En 2024 el INEGI reportó que la población lectora de México ha ido en descenso y el 50.8% de los encuestados autoevalúan su velocidad de lectura como regular.¹⁹ Por otro lado, la escolaridad promedio reportada en México es de 9.7 años,²⁰ por lo que sería interesante llevar a cabo más estudios en esta línea de investigación.

En cuanto a las condiciones asociadas con el nivel de alfabetización en salud, la proporción de sujetos con nivel de alfabetización en salud inadecuado o marginal-limítrofe fue mayor en las mujeres, lo que difiere de lo encontrado en otros estudios, en los que las mujeres obtuvieron mejor nivel de alfabetización en salud o no hubo diferencia significativa entre ambos sexos.^{4,12} Esto puede explicarse porque, en nuestra investigación, el promedio de años de estudio fue menor en las mujeres.

El nivel de alfabetización en salud también estuvo influido por la edad; se observó que los sujetos de 60 años o más tuvieron mayor proporción de alfabetización en salud inadecuada o marginal-limítrofe, lo que coincide con lo descrito en las publicaciones de Aguirre y colaboradores,¹² y Baker y su grupo,⁵ en las que el porcentaje de nivel de alfabetización en salud inadecuado o marginal-limítrofe en adultos mayores llegó a ser hasta del 95%. Mávita-Corral⁴ no encontró relación con la edad, quizá debido a que su población fue más joven (edad máxima: 63 años), mientras que en este estudio fue de 92 años.

A menor nivel socioeconómico, menor nivel de alfabetización en salud, aunque la correlación fue escasa, lo que sugiere que es un factor relacionado, pero no determinante. De cualquier forma, la pobreza es un concepto complejo que requiere una medición multidimensional que involucre, de manera adicional al ingreso económico, otras medidas de bienestar que no se exploraron en este estudio.

Al analizar los años de estudio encontramos una correlación buena (0.73, Pearson), semejante a la correlación moderada (0.56, Spearman) reportada por Baker y colaboradores⁵ en su estudio en población estadounidense. No encontramos influencia del tipo de seguridad social en el nivel de alfabetización en salud.

La principal limitación de este estudio es que los resultados obtenidos podrían no ser válidos para otras poblaciones de México porque los factores que influyen en la alfabetización en salud, específicamente el nivel socioeconómico y el promedio de años de estudio, varían entre los diferentes estados.

Sin embargo, la información que proporciona puede facilitar la identificación de los pacientes que requieran mayor asistencia y puede ser la base para la búsqueda de estrategias que permitan una interacción más efectiva entre el sistema

sanitario, el personal de salud y los pacientes. Sobre todo, como lo mencionan otros autores, debemos vigilar que la prioridad sea proporcional a las necesidades de la población, para llegar a los grupos que se ven afectados de manera desproporcionada por los bajos conocimientos en salud.²¹

En la actualidad hay un proceso de digitalización de la salud. La búsqueda de información sobre salud en la internet es la tendencia predominante, por lo que debemos considerar y hacer más estudios para evaluar el nivel de alfabetización en salud digital;²² así como contemplar que los grupos vulnerables también se ven rezagados en el proceso de digitalización de la salud. En un estudio reciente se identificó que la edad avanzada, ser hispano, la pobreza y la seguridad social inadecuada son factores de riesgo de la falta de acceso a la tecnología y baja alfabetización en salud digital.²³

La tecnología es útil para llegar a más pacientes y dar información detallada que no podría darse en consulta.²² La creación de contenido digital en Dermatología debe ser liderada por los dermatólogos e instituciones oficiales de salud ya que, actualmente, el 52% de este contenido es creado por personal no médico.²⁴ Crear contenido adecuado consume tiempo, pero podemos apoyarnos de instrumentos como los modelos de lenguaje. En el estudio de Lambert y colaboradores²⁵ se encontró que modelos de lenguaje como ChatGPT-3.5, DocsGPT, DermGPT y GPT-4 pueden facilitarnos la tarea de crear material educativo accesible y entendible para pacientes sobre enfermedades dermatológicas a un nivel de lectura solicitado,²⁵ lo que, sin duda, ayudará a mejorar el nivel de alfabetización en salud de la población.

CONCLUSIONES

Aunque en la consulta diaria puede resultar impráctico aplicar un cuestionario para evaluar

el nivel de alfabetización en salud de cada paciente, podemos utilizar los datos obtenidos en esta investigación para identificar a los sujetos con mayor riesgo. Así, de acuerdo con los resultados de este estudio, las siguientes características sociodemográficas confieren mayor probabilidad de tener un nivel de alfabetización en salud inadecuado o marginal-limítrofe: sexo femenino, edad igual o mayor a 60 años, pobreza extrema y un nivel de estudios formales no mayor a seis años. Entender las enfermedades dermatológicas puede ser complicado para los pacientes, por lo que es importante hacer conciencia del nivel de alfabetización en salud, así como considerar la creciente utilización de la internet para la obtención de información en salud. Como médicos y como dermatólogos es necesario fomentar la presencia en línea y en redes sociales de organizaciones e instituciones médicas oficiales y profesionales en el área. Para mantenernos actuales y facilitar nuestra labor, es necesario aprender a utilizar las herramientas digitales a nuestro favor, para facilitar la creación y el acceso a contenido de calidad.

Este estudio representa una línea de investigación poco explorada, por lo que consideramos que su replicación en otros estados daría un panorama más amplio respecto a lo que se vive en materia de alfabetización en salud en Dermatología. Conocer las habilidades de nuestros pacientes nos permitirá adaptar nuestro lenguaje, materiales y estrategias a sus capacidades, así como evaluar si se requieren otras herramientas, además de instrucciones verbales, que puedan ser de beneficio para personas vulnerables.

REFERENCIAS

1. Bas SP, Fernández GM, Poza MM, Pelicano PN. Propuestas de evaluación de la alfabetización en salud. *Psychologia Latina* 2015; 6: 1-11.
2. Health Promotion Glossary. World Health Organization. Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR). Health Education and Health Promotion Unit (HEP) WHO/HPR/HEP/98.1 Distr.: Limited. Health Promotion Glossary (who.int).
3. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Brand H; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12: 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
4. Mávita-Corral CJ. Alfabetización en salud de una comunidad universitaria del noroeste de México en el año 2016. *Investigación Educ Médica* 2018; 7: 36-45. doi:10.1016/j.riem.2017.03.002
5. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Nurss J, et al. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Educ Couns* 1999; 38: 33-42. doi:10.1016/s0738-3991(98)00116-5
6. Cornett S. Assessing and addressing health literacy. *Online J Issues Nurs* 2009; 14: 2. doi:10.3912/OJIN.Vol14No-03Man02
7. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 878-883. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x
8. Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *J Gen Intern Med* 1995; 10: 537-541. doi:10.1007/BF02640361
9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Demografía y sociedad. <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>
10. López H. Distribución de niveles socio económicos en el México urbano. Disponible en: <http://www.amai.org>
11. Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública (AMAI). Niveles socioeconómicos. <http://nse.amai.org/nseamai2/>
12. Aguirre AC, Ebrahim N, Shea JA. Performance of the english and spanish S-TOFHLA among publicly insured Medicaid and Medicare patients. *Patient Educ Couns* 2005; 56: 332-339. doi:10.1016/j.pec.2004.03.007
13. Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública (AMAI). Nivel socioeconómico AMAI 2022. https://amai.org/descargas/Nota_Metodologico_NSE_2022_v5.pdf
14. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Analfabetismo. <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/analfabeta.aspx?tema=P>
15. Sanchez D, McLean EO, Maymone MBC, Vashi NA, et al. Patient-provider comparison of dermatology vocabulary understanding: a cross-sectional study in patients from minority ethnic groups. *Arch Dermatol Res* 2020; 312: 407-412. doi:10.1007/s00403-019-02021-9
16. Prabhu AV, Gupta R, Kim C, Koch E, et al. Patient education materials in dermatology: Addressing the health literacy needs of patients. *JAMA Dermatol* 2016; 152: 946-947. doi:10.1001/jamadermatol.2016.1135

17. Mazmudar RS, Sheth A, Tripathi R, Scott JF. Readability of online Spanish patient education materials in dermatology. *Arch Dermatol Res* 2021; 313: 201-204. doi:10.1007/s00403-020-02036-7
18. Shih T, De DR, Tran KA, Shi VY, et al. Health literacy in dermatology patients: How to level the playing field. *Cutis* 2022; 110: 119-120. doi:10.12788/cutis.0608. PMID: 36446108
19. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Módulo de lectura (MOLEC) 2024. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/molec/molec2024.pdf>
20. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Escolaridad <https://www.cuentame.inegi.org.mx/poblacion/escolaridad>
21. Nutbeam D, Lloyd JE. Understanding and responding to health literacy as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health* 2021; 42: 159-173. doi:10.1146/annurev-publhealth-090419-102529
22. Karadag AS, Kandi B, Sanlı B, Calıka S. Social media use in dermatology in Turkey: Challenges and tips for patient health. *JMIR Dermatol* 2024; 7: e51267. doi:10.2196/51267
23. Linggonegoro D, Williams K, Hlobik M, Huang J. Inequities in technology access and digital health literacy among patients with dermatologic conditions: Cross-sectional analysis of the National Health Interview Survey. *JMIR Dermatol* 2024; 7: e51511. doi: 10.2196/51511
24. Wojtara MS. Use of social media for patient education in dermatology: Narrative review. *JMIR Dermatol* 2023; 6: e42609. doi:10.2196/42609
25. Lambert R, Choo ZY, Gradwohl K, Ruiz De Luzuriaga A, et al. Assessing the application of large language models in generating dermatologic patient education materials according to reading level: Qualitative study. *JMIR Dermatol* 2024; 7: e55898. doi:10.2196/55898

AVISO IMPORTANTE

Ahora puede descargar la aplicación de **Dermatología Revista Mexicana**.

Para consultar el texto completo de los artículos deberá registrarse una sola vez con su correo electrónico, crear una contraseña, indicar su nombre completo y especialidad. Esta información es indispensable para saber qué consulta y cuáles son sus intereses y poder en el futuro inmediato satisfacer sus necesidades de información.

La aplicación está disponible para Android o iPhone.

