

TESIS DOCTORAL

AÑO 2018

Educación para la Salud de los ciudadanos en entornos virtuales para el conocimiento en España

Autor: Joaquín Marina Ocaña

Educación Social
Máster Oficial en Comunicación y Educación
en la Red

PROGRAMA DE DOCTORADO EN
EDUCACIÓN

Director: Dr. Tiberio Feliz Murias

TESIS DOCTORAL

AÑO 2018

**Educación para la Salud de los
ciudadanos en entornos virtuales
para el conocimiento en España**

Autor: Joaquín Marina Ocaña

**Educación Social
Máster Oficial en Comunicación y Educación
en la Red**

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN
EDUCACIÓN**

Director: Dr. Tiberio Feliz Murias

CITA

. “Todo Hombre puede ser si se lo propone,

escultor de su propio cerebro”

Santiago Ramón y Cajal (1852-1934)

(Inscripción en el vestíbulo del Hospital en Madrid que lleva su nombre)

Agradecimientos

Concluyo este trabajo de investigación y al reflexionar sobre el trayecto recorrido, quiero agradecer su colaboración y apoyo a las personas que, con su aportación la han hecho posible.

Al director de esta Tesis, el profesor Dr. Tiberio Feliz Murias, que me animó a intentarlo, embarcándome en esta travesía, por su aliento en los momentos en que el ánimo decaía, por los consejos y apoyos imprescindibles en el recorrido y la finalización, que me han permitido conseguirlo.

A los que colaboraron en el proceso de elaboración y validación, a los encuestados, que dedicaron una parte de su tiempo en la cumplimentación del cuestionario, parte imprescindible, pues con sus respuestas sinceras y detalladas, han permitido un conocimiento de sus vivencias virtuales y desde estas un dibujo del campo al que miraba esta investigación.

Quiero tener un recuerdo especial hacia los profesores que he tenido en la Facultad de Educación de la UNED a lo largo de los años, por la ayuda y apoyo en mi formación.

A mí reducida familia por el tiempo que les resté de mi compañía, como también a mis amigos.

Por último, a la persona que más significa para mí, que me acompaña más de cerca en el viaje de la vida: mi esposa María Natividad que, por ello, ha padecido más las consecuencias de este arduo trabajo, por su apoyo, comprensión y ánimo, por perdonarme las horas que le he restado de colaboración, compañía y apoyo.

Índice de contenidos

I. PARTE DE FUNDAMENTACIÓN TEÒRICA

1. CONCEPTOS EN INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD	21
1.1 Sociedad de la Información	22
1.2 Sociedad del Conocimiento	25
1.3 Información para la salud	30
1.4 Educación para la salud	31
1.5 Competencia digital y Alfabetización para la salud.	36
1.6 Brecha y Alfabetización digital	41
2. ESTUDIO PREVIO	47
2.1 Descripción del contexto	47
2.2 Enunciado del problema	44
3. ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	57
3.1 Enunciado del problema	59
3.2 Alfabetización y educación para la salud de los ciudadanos en España	71
3.3 Tecnología de la Información y la comunicación- TIC.....	80

II. PARTE METODOLÒGICA Y DE RESULTADOS

4. OBJETIVOS	89
5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	93
5.1 Metodología de la investigación	93

5.2	Herramientas de recogida de datos y destinatarios	97
5.3	Recogida de datos.....	103
5.4	Elaboración de la encuesta y el cuestionario.....	109
5.5	Validación del cuestionario	113
5.6	Validación de resultados.....	129
5.7	Trabajo de campo.....	133
5.8	Revisión General y Categorización de la Encuesta.....	139
6. RESULTADOS Y ANÁLISIS		143
6.1	Revisión de resultados y análisis por apartados y preguntas.....	143
6.2	Análisis de dependencia entre categorías: Influencia de Sexo, Edad y Nivel formativo	238
III. PARTE CONCLUSIVA.....		244
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....		244
7.1	Discusión	244
7.2	Conclusiones	276
7.3	Interés de la tesis	293
7.4	Limitaciones de la investigación	294
7.5	Explotación de datos y publicación.....	296
7.6	Evaluación Personal.....	297
8. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA.....		298
9. ANEXOS.....		326
Anexo 1. Entornos virtuales de apoyo		328
Anexo 2. Cuestionario de Encuesta. Pre-test:		
	Formulario Digital	332

Anexo 3. Cuestionario de Encuesta._Pretest. Validación por expertos: Formulario de Google	336
Anexo 4. Cuestionario de encuesta. Validación por expertos: Formulario valoración.	344
Anexo 5. Cuestionario para prueba por usuarios: Formulario de Google.....	353
Anexo 6. Cuestionario de Encuesta de Investigación: Información y Educación para la Salud de los ciudadanos en entornos virtuales para el conocimiento en España	356
Anexo 7. Lista de registro de observación.....	362

Índice de figuras

Figura 1. Alfabetización en salud en Europa.....	73
Figura 2. Capacidades digitales población entre 16 y 74 años.....	77
Figura 3. Capacitación digital en información por variables sociodemográfica. Población de 16 a 74 años.....	78
Figura 4. Capacitación digital en comunicación por variables sociodemográficas. Población de 16 a 74 años.....	78
Figura 5. Seguimiento acceso a Internet 2005-2015.....	80
Figura 6. Porcentaje de internautas en cada categoría por edad en España.....	84
Figura 7. Porcentaje de internautas en cada categoría por.....	84
Figura 8. Búsquedas de salud en Internet en España y UE 28 % sobre población total.....	84
Figura 9. Gráfica de respuestas diarias.....	134
Figura 10. Cortes de seguimiento.....	134
Figura 11. Género de los encuestados. P. 1.....	145
Figura 12. Distribución de edades de los encuestados. P. 2.....	145
Figura 13. Nivel educativo concluido de los encuestados.....	146
Figura 14. Frecuencia de utilización de Internet profesional y personal. P. 4.....	147
Figura 15. Tipo de tecnología de acceso. P. 5.....	148
Figura 16. Utilización de las redes sociales. P. 6.....	149
Figura 17. Frecuencia de consultas: información y educación.....	152
Figura 18. Utilización de Internet en búsquedas de temática general y para la salud.....	153
Figura 19. Frecuencia de soporte de acceso utilizado. P. 8.....	154
Figura 20. Medios más utilizados en soporte de papel. P. 9.....	155
Figura 21. Medios más utilizados en soporte digital. P.10.....	156
Figura 22. Comparativa grado facilidad/ dificultad en búsquedas entre información y educación para la salud IPS. P. 11.....	158
Figura 23. Dificultades en las búsquedas de información para.....	163
Figura 24. Dificultades en las búsquedas de educación.....	167
Figura 25. Promotores de sitios Web consultados.....	172
Figura 26. Perfiles de promotores sitios web visitados: fiables.....	176
Figura 27. Perfiles promotores de sitios web poco o nada.....	179
Figura 28. Recursos encontrados en estos sitios web:.....	195
Figura 29. Valoración de la IPS/ EPS obtenida de Internet y.....	205
Figura 30. Temática de las búsquedas en Internet. % citas.....	215
Figura 31. Grado de ayuda que le supuso para la salud.....	216
Figura 32. Temas consultados en las búsquedas para la salud P.24.....	217
Figura 33. Comentario a los profesionales de salud. (P.25).....	220
Figura 34. Grado coincidencia: Internet/profesional sanitario.....	228
Figura 35. Recomendación de sitios web por los profesionales sanitarios que le atienden. P.29.....	231
Figura 36. Profesional de salud que recomienda sitios Web.....	233
Figura 37. En qué le ayudó la búsqueda en entornos virtuales. P.31.....	235
Figura 38. Género de los encuestados: comparativa entre.....	249
Figura 39. Comparativa uso redes sociales España.....	255
Figura 40. Correlación entre Comentario con el profesional.....	275

Indice de Tablas

Tabla 1. Porcentaje de usuarios TIC por grupos de edad 2017.....	80
Tabla 2. Población que ha usado Internet en los últimos tres meses por edad y sexo (%). 2017	81
Tabla 3. Validación estadística del cuestionario.....	128
Tabla 4. Cortes seguimiento. Género del encuestado %. P. 1.....	136
Tabla 5. C Cortes seguimiento. Rango de edad %. P. 2.....	136
Tabla 6. Cortes de seguimiento. Nivel educativo concluido %. P.3	137
Tabla 7. Cortes seguimiento. Frecuencia utilización Internet en %. P.4	137
Tabla 8. Cortes seguimiento. Tipo tecnología acceso en %. P.5	138
Tabla 9. Cortes seguimiento. Redes sociales más utilizadas en % P. 6.....	138
Tabla 10. Perfiles promotores de sitios Web visitados IPS/EPS P.13.	172
Tabla 11. Perfiles promotores de sitios Web visitados IPS/EPS P.13.	173
Tabla 12. Perfiles promotores de sitios Web: fiables y muy fiables. P. 14.....	177
Tabla 13. Perfiles promotores y sitios web visitados con fines de IPS/ EPS poco o nada fiables. P. 15	179
Tabla 14. Comparativa perfiles promotores sitios web: todos los citados, fiables y no fiables en número y en porcentaje. PP. 13, 14 y 15.....	182
Tabla 15. Comparativa de perfiles de promotores de sitios web: Fiabilidad en porcentajes.....	183
Tabla 16. Comparativa de perfiles promotores sitios web: Citados y no fiables (poco o nada) en porcentaje. P. 15	184
Tabla 17. Propuestas de mejora de sitios Web de Información para la Salud. P.16.....	188
Tabla 18. Propuestas de mejora de sitios Web de Educación para la Salud. En Porcentaje. P. 17	193
Tabla 19. Comparación preguntas 18 y 19: Porcentaje frecuencia categorías en las respuestas.	203
Tabla 20. Comentó la búsqueda: Sí. Opiniones de los profesionales consultados. P26.....	222
Tabla 21 Coincidencia entre Internet/ profesional sanitario.	229
Tabla 22. Calificar coincidencia entre Internet/ profesional sanitario P.28 Parte 2.-Opinión sobre resultados de las búsquedas en Internet	230
Tabla 23. Calificar coincidencia entre Internet/ profesional sanitario. P.28.....	231
Tabla 24. Comentario o aportación complementaria a la encuesta. P.32.....	236
Tabla 25. Influencia del género en las búsquedas para la salud	239
Tabla 26. Influencia de la edad en las búsquedas para la salud.....	240
Tabla 27. Influencia de la edad en la tecnología utilizada acceso Internet. P.5. Residuos tipificados corregidos.....	241
Tabla 28. Influencia de la edad en las redes sociales más utilizadas. P.6 Residuos tipificados corregidos	241
Tabla 29. Nivel de formación población adulta. 2017. Porcentajes. (> de 16 años) P. 3	252
Tabla 30. Comparativa fiabilidad: perfiles promotores de sitios web.	263
Tabla 31. Pfizer 2010. Como le han ayudado las búsquedas realizadas.....	271

Índice de abreviaturas

ADPE	Agenda Digital para España
AES	Alfabetización en salud
AGE	Administración General del Estado
AVS	Años de vida saludable
BOE	Boletín Oficial del Estado
EEUU	Estados Unidos de América
EPS	Educación para la salud
EV	Esperanza de vida al nacer
EVBS	Esperanza de vida con buena salud
HLS	Health Literacy Project
INCIVSLUD-ED	Strategies for inclusion and social cohesion from education in Europe. En español INCLUIDO. Estrategias para la inclusión y la cohesión social de la educación en Europa. Investigación entornos virtuales
IEV	Investigación entornos virtuales
IPS	Información para la salud
MINETUR	Ministerio de Industria, Energía y Turismo
NVS-Test	Newtest Vital Sign
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONTSI	Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información
SESPA	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
SNS	Sistema Nacional de Salud
TIC	Tecnología de la Información y la Comunicación
UE	Unión Europea

UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, en español, Organización de Educación y Diversificación de la Ciencia y la Cultura
URL	Uniform Resource Locator, en español, Localizador de Recursos Uniforme

Introducción

Esta investigación pretende conocer la perspectiva de los usuarios de entornos virtuales en las búsquedas realizadas de información y educación para la salud; conocer, su percepción de las opciones existentes con ese fin, tanto de sitios web, como de recursos y herramientas que ofrecen para facilitarlos, recoger sus propuestas de mejora y conocer el perfil de la información que más les interesa y demandan, así como en qué situaciones utilizan los resultados que encuentran.

Hemos aplicado un método de investigación experimental de corte empírico y analítico, ex post facto que con técnicas cuantitativas y cualitativas accede a las vivencias, recorridos y resultados en la búsqueda de información y educación para la salud, uno de los estados de la persona que más interés despierta en cada individuo. Las situaciones personales y los entornos virtuales son realidades cambiantes y llenas de subjetivismo, que pueden no reflejarse en una foto fija, por lo que se ha buscado la expresión de las sensaciones interiores, incluso actitudes que esas vivencias han generado.

El objetivo es que este conocimiento nos ayude a un acercamiento al contexto, y a las necesidades de los internautas, que alcance al resto de los ciudadanos para que, desde una evolución de la información a la generación de conocimiento, consiga una transformación educativa que genere cambios en la persona, que permitan la adquisición y aplicación de conocimientos de hábitos saludables y de cuidados, desde la perspectiva de la mejora personal, del entorno cercano y del resto de la sociedad.

Partiendo del conocimiento de los perfiles y de las experiencias personales, hemos investigado los recorridos, vivencias y resultados, abandonos o rechazo que han surgido y tienen, hacia los entornos virtuales como vía de acceso a la información y educación para la salud. Esto nos permite poder realizar propuestas de mejora que faciliten la utilización de los entornos virtuales en el acceso al conocimiento para la salud.

La situación de crisis económica mundial y de España en particular, ha ralentizado, cuando no reducido en los últimos años, no solo las inversiones en tecnología de empresas y organismos oficiales, sino también acciones sobre su uso, incluso las encuestas y estudios en este campo, que por otra parte siempre han estado más centrados en lo cuantitativo, los logros que se puede demostrar en cifras, que en lo cualitativo.

Mientras los datos nos ofrecen un crecimiento continuo del acceso y uso de la tecnología en todas sus variedades, quedan olvidados los resultados obtenidos con ella. No se trata solo de cuántos ciudadanos pueden ser internautas y realizar búsquedas de salud, o cuánto utilizan las redes sociales y cuáles de ellas, sino también qué cambios produce ese conocimiento que deben contener, transmitir y permitir interaccionar, si es que lo contienen.

La investigación realizada quiere conocer las dificultades y fortalezas existentes por las características específicas de la información para la salud (IPS) y educación para la salud (EPS), mediante el análisis de actitudes, aptitudes y hábitos de los encuestados.

En el transcurso hemos descubierto, las dificultades que encuentran y las reacciones que les producen los resultados de las búsquedas, su asimilación y puesta en práctica en su caso.

Algunos han expresado: “(...) la participación y las preguntas me han hecho reflexionar”; otros “Ninguna dificultad en la búsqueda”; otros, al contrario “No consulto; no me fio”; también: “Mucha información; difícil decidir”.

Hemos podido comprobar las interferencias que se producen en este proceso debido al género, edad, nivel de estudios, habilidades digitales, entre otros, en unos casos incrementando y en otras disminuyendo, la capacidad de apropiación de los conocimientos.

Es por lo referido, por lo que se ha considerado de interés los objetivos de esta tesis: realizar una investigación para conocer los entornos virtuales para el conocimiento, utilizados con fines de información y educación para la salud; las características y recursos que ofrecen, las percepciones, actitudes y uso que de ellos realizan los ciudadanos; para, en base a estos resultados elaborar unas conclusiones que ayuden a mejorar la importante tarea de incrementar las acciones y desarrollar el conocimiento para la salud, mediante la Educación para la Salud de los ciudadanos en entornos virtuales.

PARTE FUNDAMENTACIÓN TEORICA

I.

1. CONCEPTOS EN INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La presente investigación indaga sobre los contenidos en los entornos virtuales desde dos perspectivas: con fines de información y con fines de educación, ambos interrelacionados y generadores mutuos, mediante el procesamiento realizado a partir del conocimiento adquirido. Para poder diferenciar los dos procesos hemos conceptualizado educación como, *actividades estructuradas para formar sobre un tema de salud*. Analizaremos el contexto en que se están desarrollando estos dos conceptos y las perspectivas de evolución.

1.1 Sociedad de la Información.

Vivimos en la Era de la Información, término que se usa a menudo en conjunción con sociedad postindustrial y recogido en sus escritos por Castells (1998-2005), situada entre la Era Espacial y el Futuro-Presente de la economía del conocimiento, que algunos grupos creativos pretenden transformar en la Sociedad del Conocimiento, para que no quede reducida a una perspectiva económica ligada a las tecnologías de la información y la comunicación, que parecen dirigir su desarrollo.

Su rápida evolución y asimilación está provocando unos cambios tan rápidos en la estructura organizativa y la cultura de la sociedad, en la intrahistoria, que podemos hablar también de la existencia en la actualidad de una nueva sociedad, de la Información.

Detrás de la escalada evolutiva de la humanidad estuvo siempre el poder económico-político-religioso, predominando unos u otros, aliados o contendientes según las épocas, que utilizaron a los grupos creativos para conseguir los avances y controlarlos.

El fin económico, que siempre fue buscado en la evolución de las sociedades, ha generado en la actualidad el capitalismo global, que ha pasado a controlar directamente la Sociedad de la Información que habían generado como propietarias de la tecnología y de los medios de comunicación de masas. Ahora

evoluciona a la economía del conocimiento, cuando la innovación tecnológica se acelera las fuerzas económicas cogen el control.

En los dos últimos siglos la velocidad de los descubrimientos y su aplicación a la vida cotidiana ha ido en rápido aumento, nuestra civilización ha necesitado de una gran capacidad de flexibilidad y moldeamiento para integrarlos. Puede que esta sea la causa de que la frenética evolución tecnológico-informacional actual, siga siendo asumida y nuestra civilización ahora ya más que occidental, global, siga navegando en la cresta de la evolución tecnológica.

El salto evolutivo actual, supone el paso de la etapa industrial enfocada al crecimiento económico y a la maximización productiva, a otra etapa caracterizada por la información, basada en el desarrollo tecnológico mediante acumulación de conocimiento y grados crecientes de complejidad en su procesamiento, a la que Castells (2005, pp. 47-48) prefiere denominar como informacional, en similitud a la anterior industrial, en ella se genera una estrecha conexión “entre cultura y fuerzas productivas, entre espíritu y materia”, que generaran “nuevas formas de interacción, control y cambios sociales”. Como afirma Kerckhove (1999): “... cuando se introduce una nueva tecnología, esta libra una guerra no declarada contra la cultura existente” (p.188).

Sería conveniente, antes de continuar, abordar algunas definiciones, como la de información: “acción de informar”, e “informar” del latín “*informāre*” en su primera acepción: “enterar, dar noticia de algo” (RAE). Por otra parte: conocimiento en su primera acepción sería: “acción y efecto de conocer”, y en la segunda: “entendimiento, inteligencia, razón natural”, conocer deriva del latín “*cognoscĕre*”: averiguar por el ejercicio de las

facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas” (RAE).

Así mientras en la palabra informar la acción recae en el sujeto emisor, siendo el receptor pasivo, en la de conocer es el receptor actuando de forma activa, el que con su percepción a través de los sentidos y experiencia adquiere el conocimiento, mediante las comunicaciones que recibe de su entorno virtual o real, para posteriormente aplicarlo o transmitirlo.

Para estos conceptos Castell (2005, p. 47) selecciona dos definiciones aplicables en la Era de la Información, la de Porat (1977, p. 2) que plantea que: “La información son los datos que se han organizado y comunicado”; y la de Bell (1976, p. 175) “Conocimiento una serie de afirmaciones organizadas de hechos o ideas que presentan un juicio razonado o un resultado experimental, que se trasmite a los demás mediante algún medio de comunicación en alguna forma sistemática.

Estamos pues ante características diferentes si hablamos de Sociedad de la Información o del Conocimiento, pasamos de la dominación de los medios de consumo masivo, al empoderamiento de los grupos creativos y de conocimiento, que en la globalización se extiende e intercambia, lo que Lévy (2004) llama Inteligencia Colectiva.

Los entornos digitales ponen al alcance de los ciudadanos, una cantidad ingente de información de todo tipo, que deben saber aprovechar teniendo las competencias suficientes para hacerlo, se trata de transformarlo en conocimiento que nos permita aplicarlo, incluso que nos provoque a la acción y el cambio, como pretende la Educomunicación (Aparici 2006 y 2010).

1.2 Sociedad del Conocimiento.

Este concepto inventado por Bell en 1976, en su publicación *The Coming of a Post-Industrial Society*, (citado por Hargreaves, 2003, p. 25) tiene su definición en el doble sentido de que la innovación se basa cada vez más en la investigación y desarrollo, y en el que Producto Nacional Bruto y empleo dependen cada vez más de la “economía del conocimiento”, concepto generalizado por el economista Drucker (citado por Hargreaves, op. cit.), que plantea que el nuevo recurso básico de la sociedad será en conocimiento, pues considera que la economía está dirigida por las tendencias del consumo y la innovación: flexibilidad y rapidez serán el criterio de las empresas de éxito.

Construir la Sociedad del Conocimiento conlleva trabajar para contradecir a McLuhan (citado en Kerckhove, op. cit., p. 240), que ironizaba: “(...) cuando la información se mueve a la velocidad de los electrones, el mundo de las corrientes y los rumores se convierte en el mundo real”.

La Globalización ha producido con la información instantánea y el ciberespacio una nueva conciencia global, que para críticos sociales como Enzensberger, Habermas, Baudrillard y otros muchos, puede ser un nuevo producto industrial de los medios de consumo (citado en Kerckhove, op. cit.), con el ciberespacio se abre un nuevo tipo de conciencia: “(...) por primera vez en la historia de la humanidad, estamos dirigiéndonos aceleradamente hacia un nuevo tipo de conciencia que es a la vez colectiva y privada” (p. 211).

Se produce un efecto de transparencia ante la diversidad de informaciones y la instantaneidad de su transmisión, y ante el intercambio de conocimientos surgen una mente privada y una colectiva, el ciberespacio no es solo un espacio, está lleno de informaciones, quizá saturándose, pero también de conocimiento, ambas con ayuda de educadores debe poder transformarse en conocimiento para los participantes en la Red, en Inteligencia Colectiva como plantea Lévy (op. cit.), evitando el caos informacional.

La Red sirve a los distintos actores sociales para desarrollar sus fines y el intercambio de conocimientos con sus homólogos, pero este requiere una mediación tecnológica y cultural, con un metalenguaje que permita acercar los distintos lenguajes y ser procesados por los ordenadores sin alterar los idiomas originales. Por otra parte, en ámbitos como la salud, una mediación para orientar la apropiación de los contenidos por los internautas.

El ciberespacio abre una nueva posibilidad donde el tamaño del actor no es lo principal, no supone un impedimento para que exista y transmita sus ideas, permite el aporte individual y de minorías, el reto es transformar los tableros de anuncio de la Red en puntos de difusión del conocimiento.

Para la adquisición de esa conciencia colectiva Lévy (op. cit.) plantea la creación de comunidades activas con dos principios: una escucha activa del ciberespacio, de sí mismos y del entorno; una organización con distribución de funciones, con una atribución de roles y recursos eficiente.

Se trataría para Lévy (op. cit.) una tarea abordada por: “intelectos colectivos, de comunidades humanas comunicándose y pensándose a sí mismas compartiendo y negociando permanentemente sus relaciones y sus contextos de significados

compartidos” (p. 113). Serían comunidades de intercambio, reflexión y transformación individual y colectiva, multidisciplinares, no de transmisión de informaciones y datos.

La construcción de la sociedad del conocimiento necesita de una flexibilidad del individuo, social e institucional, junto con una actitud participativa, pues son muchos los interrogantes que se plantean en torno a su evolución y la influencia sobre la civilización actual y las sociedades que la componen.

Esta evolución necesita una conciencia individual y colectiva basada en la ética humanista que promueva los valores reflejados en los Derechos Humanos que no han sido derogados, aunque si con frecuencia olvidados, tarea que no va a emprender la economía del conocimiento, como nos recuerda Hargreaves (op. cit.), cuya meta es el beneficio, es una misión de toda la sociedad democrática.

Para Postman (citado en Hargreaves, op. cit.), la tecnología de la información ofrece información de baja calidad, incorrecta y demasiada, no ofrece sin embargo guía moral o intelectual que ayude a interpretar y seleccionar los contenidos

La trayectoria del ser humano es un recorrido evolutivo gracias a sus avances culturales y tecnológicos, ese cambio nos ha llevado al desarrollo actual, de la Era de la información en la que esta ha pasado, de ser una necesidad biológica para la supervivencia de los individuos o las sociedades en manos de unos pocos, a un proceso de globalización informacional, que en la dinámica de la interconexión global conlleva una aceleración exponencial en los cambios, nunca vivida.

Aunque la economía del consumo y grandes corporaciones mediáticas estén intentando controlar el ciberespacio, este es tan

grande, tan abierto, tan flexible, que permite el empoderamiento de los individuos que, unidos por intereses grupales y sociales, ofrezcan alternativas y redireccionen los procesos y las opiniones mediante la transformación de las informaciones y el conocimiento individual, en conocimiento colectivo.

Ese espacio de saber debe tener una base de respeto, no solo al conocimiento en sí, sino también a los seres humanos que lo producen con su interacción, nos dirigiremos así a una democratización del conocimiento, a una trasmutación de los clásicos grupos creativos cerrados a expandidos por la globalización, así el conocimiento integrará una faceta hasta ahora separada, las diferentes perspectivas culturales.

No podemos encerrarnos en la crítica de los numerosos problemas que se plantean, quejarnos de que la Red ha sido tomada por las transnacionales y los medios de consumo de masas, de ser un tablón de anuncios, de estar marginados como grupo cultural o étnico, y no hacer nada, pues nadie impide en las democracias occidentales, por el momento, nuestra participación y en las sociedades que lo impiden no son mayores las restricciones en el mundo virtual que en el real, más bien al contrario.

Es necesario sin embargo desarrollar una cultura individual ética, que desarrolle una cultura colectiva centrada en el ser humano, no solo en los beneficios económicos y el individualismo.

Esta transformación que vivimos, de tecnológicas y de conocimiento, supone el reto de elevar al individuo de la figura de espectador-receptor de informaciones y difusor de estas, a receptor, productor y difusor de conocimiento compartido, en el marco de una ética individual y colectiva de compartir el conocimiento.

Hemos visto anteriormente que el concepto de conocimiento requiere una forma activa de recepción a través de los sentidos y la experiencia para transformar la información. Se trata de una capacidad, por ahora solo humana, la participación o gestión del conocimiento implica que el emisor y el contexto ayudan a un ser humano activo a adquirirlo. Tiene carácter evolutivo pues con el estancamiento pierde sus propiedades, mientras que su práctica lo aumenta, y requiere estructuración y elaboración para ser aplicado a la práctica decisoria.

El conocimiento es una elaboración personal, requiere de la reflexión que nuestro cerebro realiza a partir de su experiencia, de la información previa y obtenida en la búsqueda, pero esta puede ser tanto un conocimiento como un no-conocimiento. La Unesco (2005) señala, en el Informe “Hacia las sociedades del conocimiento”, que obtener un conocimiento a partir de ellas requiere que la persona tenga ciertas competencias cognitivas, críticas y teóricas, para que el exceso de información no nos suma en la confusión:

La información es lo que se transforma con un tratamiento adecuado, mientras que el conocimiento es lo que se produce. La producción del conocimiento se basa siempre en un nivel de conocimiento y en la transformación de la información. Lo que conduce a la producción del conocimiento es una forma de transmutación de la información, pero el conocimiento mismo se transforma en información para poder ser tratado y producir un nuevo conocimiento. En este “círculo virtuoso” estriba precisamente la innovación que permite nuevos aumentos de productividad en la producción del conocimiento. (p. 51).

1.3 Información para la salud.

La información no es un elemento suficiente para garantizar el conocimiento y tampoco para la generación de cambio positivo de conductas en el individuo, sin olvidar que el cambio puede ser negativo, pero es el elemento sobre el que se basa el proceso de modificación de actitudes y aptitudes, de hábitos en este caso de salud.

Por tanto debemos tener presentes algunos criterios en la selección y diseño de los contenidos en Información para la Salud (IPS), para Diaz (citado en Basagoiti, 2012), los textos deben ser adecuados a los destinatarios, así los textos científicos, mantendrán su diseño si van a la propia comunidad, pero, por muy valorado que esté el conocimiento científico, deberán tener un diseño asequible, divulgativo, si va dirigido al público en general, en este caso, a los internautas, incluso con varios niveles según destinatarios y contexto, siguiendo unos criterios de rigurosidad, accesibilidad y pertinencia.

Pondremos como ejemplo la situación descrita por la Asociación Española Contra el Cáncer AECC (2006), cuando editó una Guía Estilo sobre Salud y Medios de Comunicación, señalan lo que consideran destacable como principales problemas en relación a la información sobre el cáncer, con el fin de orientar a los profesionales de la comunicación de los *mass media* y de Internet: “Titulares alarmistas o morbosos”; “Información científica confusa”; “Creación de estereotipos o etiquetas”; “Invisibilidad de algunos colectivos de enfermos”; “Poca presencia del contexto de las informaciones en salud”; “Uso

inapropiado, abuso o frivolidad de términos”; “Imágenes erróneas o escabrosas”; “Poca información preventiva” (pp. 7-11).

Proponía también un Decálogo de medidas para evitar estas interferencias en la comunicación: “Hacer inteligible el lenguaje científico”; “Uso correcto del léxico”; “Eliminar detalles demasiado técnicos o procesos sofisticados”; “Escribir en un estilo directo y con frases cortas”; “Contextualizar bien la información”; “Aclarar las siglas”; “No caer en el amarillismo o sensacionalismo”; “No ser paternalistas” y “Cuidar los aspectos relacionados con la identidad de género” (pp.12 y 13), se plantea una actitud ética y divulgadora del conocimiento, haciéndolo riguroso pero asequible y pertinente.

1.4 Educación para la salud.

El concepto de educación podemos abordarlo desde diversas perspectivas: una visión amplia del concepto nos permitirá su aplicación a la definición de Educación para la Salud EPS, según Sanvisens (1984, citado en Perea, 2004) con un doble sentido de conducción y auto conducción:

La definición etimológica del término *educación* tanto si consideramos el vocablo *educere* (extraer, sacar a la luz, en el sentido socrático, desde dentro hacia) como si se analiza la voz y *educare* (*criar, nutrir o alimentar*)” están significando ambas lo que es propio de la raíz *duco*, es decir, *tirar, sacar, llevar, hacer salir, guiar, conducir*, (pp. 4 y 5),

Para Martínez (1987) es el resultado de la simbiosis de ambos conceptos y Lopez-Barajas (2000) analizado el concepto desde su contenido, en los seres humanos conlleva: “(...) intencionalidad, optimización (mejora o perfeccionamiento),

procesual (comunicación, relación), desarrollo de facultades o aptitudes humanas (realización personal, individualización), socialización (transformación social, apertura, compromiso, ayuda, servicio, auxilio, búsqueda de la felicidad) (...)” (p. 5), donde la racionalidad humana es la que permite que provoque en el individuo la reflexión y el cambio positivo para la persona.

En relación con la salud, encontramos cierta mezcla de términos para definir las acciones de formación sobre la salud. Así las denominaciones educación en salud, educación para la salud, alfabetización en salud, este último más reciente, se utilizan en muchas ocasiones indistintamente.

Matizando los significados aplicaríamos Educación en salud para referirnos al conocimiento del ser humano, anatomía, fisiología, en cualquier contexto, mientras que Educación para la salud (EPS) se referiría a la adquisición de conocimientos y habilidades, cuyo objetivo es su aplicación en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en un contexto personal o cercano, por último alfabetización en salud es, la adquisición efectiva de los conocimientos, habilidades y destrezas provenientes de una educación para la salud, generando la capacidad en el individuo, de aplicar ese conocimiento a sí mismo o al entorno cercano.

En este sentido, decía la OMS (1983): “Si enfocamos la educación sanitaria desde un modelo participativo, y adaptado a las necesidades, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y éste no estará centrado en el saber, sino también en el saber hacer”.

La educación para la salud tiene su espacio y justificación a lo largo de todo el recorrido vital de la persona, desde la niñez, en la casa, la etapa escolar, a la vejez, en los centros de mayores, y

tiene especial significado en las etapas vitales más trascendentes, embarazo, cuidado de los hijos, de los ancianos y de enfermos, más allá de las atenciones de los profesionales de salud en los momentos puntuales. Las personas pasamos más tiempo al cuidado unas de otras que el que nos dedican u orientan los profesionales de la salud.

En situaciones de cronicidad, favorece según las nuevas estrategias de manejo, adherencia al tratamiento, comprensión de la información recibida y adquisición de habilidades respecto al control y autocuidado, lo que se transforma en una mejora de la calidad de vida y en la clínica de la enfermedad, reduciendo las incidencias o empeoramientos, que pueden llevar al ingreso hospitalario, con sus consecuencias personales, sociales y económicas.

El paradigma planteado en la educación para la salud debe enmarcarse en el de “educación a lo largo de toda la vida”, (Delors, 1996 y Vargas, 2017) como un continuo en la evolución vital, condicionada por cada etapa y la existencia de salud o enfermedad. Es la evolución del ciudadano pasivo receptor de la atención sanitaria, al participativo y con “preparación para la salud”, evolución facilitada por los entornos virtuales, tanto desde la perspectiva de la educación formal, como de la no formal e informal.

Este acceso y participación en la educación para la salud propia, de nuestro entorno y de la sociedad, está condicionada por diversas realidades entre otras:

- características sociodemográficas de la población, grado de alfabetización en entornos digitales y para la salud Pastore (2001, citado por Leung, 2008 y Lévy, op. cit.).

- características actuales de los entornos digitales en tecnología, y específicamente la oferta de contenidos para la salud, desde la perspectiva de los destinatarios con los fines de información y de educación.

En la sociedad primitiva la principal fuente de conocimiento era la educación informal realizada por la familia y el grupo social. Esto evolucionó hacia unas fuentes compartidas con la educación formal y no formal, que el incremento y extensión de la educación y conocimiento en las sociedades desarrolladas, hizo crecer e imponerse en importancia.

Con el desarrollo de los entornos virtuales y el acceso asincrónico que permite a la información y educación para la salud, surge una reordenación de las formas de acceder, con un incremento de la educación por la vía informal y la no formal. En el contexto actual la evolución de la relación social y de la transmisión de la información y educación, tienen uno de sus soportes en los entornos virtuales, sitios web, redes sociales, tecnología móvil, etc..., por lo que una gran parte del acceso a datos y experiencias de salud y de educación informal proviene de estos.

Para producir los beneficios de los efectos transformadores del conocimiento, la información y la educación para la salud, deben reunir unos requisitos de calidad y para ello una de las condiciones como señala Landeta (2007, citando a Hernández y Padilla, 2006), es considerar la diferencia cultural y formativa de los destinatarios, las estrategias de divulgación y formación deben responder a demandas específicas.

Con frecuencia las propuestas de educación para la salud han sido diseños genéricos, sobre temáticas preestablecidas, en la actualidad se consolida una forma de realizarlo mediante una

caracterización de los destinatarios, antes de proponer el proceso de cambio.

Se trata de analizar la composición de la sociedad en la que se van a desarrollar las acciones, determinar los grupos concretos sobre los que queremos actuar y su contexto social. En función de los datos aportados por la detección de necesidades, problemas y objetivos de intervención, podremos diseñar los grupos destinatarios, considerando las variables personales significativas:

- perfil sociodemográfico: edad, género, nivel educativo, procedencia, nivel socioeconómico, ideas y creencias;
- perfil de salud: etapa o situación vital, estado de salud, enfermedad crónica, secuelas, discapacidades, etapas vitales o síndromes;
- perfil de uso a desarrollar por el destinatario: hábitos saludables, autocuidados, cuidador, educador o formador, paciente y paciente experto.

En esa detección, es importante conocer no solo la perspectiva de necesidades desde el exterior del grupo, sino también la interior, desde los individuos del propio grupo: percepción de necesidades, motivaciones, obstáculos que encuentran o creen que existen. Para modificar sus conductas, también deberemos considerar la forma en que se relacionan en sus grupos y con el resto de la sociedad, que ideas o mensajes les resultan relevantes o a los que son refractarios.

Por lo tanto, se debe buscar un diagnóstico desde un planteamiento holístico que luego permita planificar las acciones formativas respondiendo a los intereses del grupo destinatario, adaptando los contenidos, mensajes, canales y recursos.

1.5 Competencia digital y Alfabetización para la salud.

Los entornos digitales ponen al alcance de los ciudadanos una cantidad ingente de información de todo tipo, que deben saber aprovechar teniendo las competencias suficientes para hacerlo, el fin es transformarla en conocimiento que nos permita aplicarla, e incluso que nos provoque a la acción y el cambio.

Transformar la información en conocimiento supone una elaboración de datos, información recibida, conceptos y experiencias, y también la capacidad para la búsqueda de información, en este caso con fines de salud y que, como en otros ámbitos, es realizada para satisfacer necesidades personales o de nuestro entorno, para abordar las situaciones que se nos presentan.

Actualmente, en los centros educativos con o sin libros de texto, se recomiendan a los alumnos alfabetizados lecturas cuyo contenido el educador o guía comenta en grupo. Al ciudadano preocupado por su salud que busca en la Red, con un grado variable de alfabetización en salud y digital, le faltan casi siempre, los textos recomendados, el educador o guía y el grupo organizado y supervisado para comentar.

La brecha digital en sus facetas tecnológica o personal evoluciona según la integración o la exclusión digital, pero esta última puede desembocar en la exclusión laboral o social. Se trata de un proceso complejo y soterrado, de falta de igualdad de oportunidades o limitaciones de mejora en el acceso a puestos de

trabajo o promociones laborales, relaciones sociales y conocimiento para la salud entre otros.

En este sentido, Bawden (2002) en su “Revisión de los conceptos de alfabetización informacional y alfabetización digital” plantea que la integración y participación en la sociedad requiere adquirir capacidades que permitan un conjunto de habilidades, conocimientos y actitudes, entre otras.

Este planteamiento coincide con varios autores (Brevivik, 1989, Ridgeway, 1990, Rader, 1991) en que se persigue la adquisición de un amplio conjunto de competencias, entre otros con la Asociación Americana de Bibliotecas (ALA, 1989), que afirman que debe considerarse la alfabetización informacional (AI) como una evolución del concepto inicial de alfabetización general, ya revisado por Hillrich (1976), Olsen y Coons (1989), Campbell (1990) y Depuis (1997) entre otros.

Surge además la evolución del concepto en relación con otras alfabetizaciones que puede necesitar el individuo según el recorrido vital. Quizás la más recientemente surgida sea la alfabetización digital, que en la actualidad resulta imprescindible, pues la alfabetización debe permitir el manejo de la persona con independencia, en cada ámbito que le sea necesario y en la sociedad a la que pertenece.

Bawden (op. cit., cita a Fatzer, 1987) cuando considera la alfabetización libraria “no como la presencia o ausencia de destrezas, sino como etapas progresivas. El usuario que la posee puede seguir un camino o estrategia de búsqueda sistemáticos para localizar un texto y evaluar la relevancia de la información” (p. 368), y por analogía con las etapas de la alfabetización, desde analfabeto total a totalmente alfabetizado, con varias etapas que evolucionarían por: alfabetización prelibraria, alfabetización

semilibrería, usuario y usuario experto, al que define como aquel que “conoce los mecanismos de comunicación y publicación y es capaz de generalizar y de modificar su estrategia de búsqueda para responder a una variedad de necesidades de información” (p. 368), etapas que podemos aplicar a la alfabetización en salud.

Dentro de la alfabetización en destrezas, Bawden (op. cit.) refiere la “Alfabetización informática, alfabetización en Tecnologías de la Información y alfabetización electrónica” (p. 371), en relación con el manejo de tecnología digital y sus recursos (citando a Kanter, 1992), con la restricción conceptual que toda definición conlleva, y cita a Oxbrow (1998), cuando la amplía a la “fluidez en Tecnología de la Información (TI)” (p. 371), según plantea el Comité de Tecnologías de la Información (1999) del Consejo Nacional de Investigación de los Estados Unidos, y la matiza (citando a Morgan, 1998), cuando afirma que consiste en saber además qué se puede hacer con el ordenador y la tecnología disponible.

De las diversas definiciones de Alfabetización Informacional que recoge Bawden (op. cit.), enfatizamos una definición centrada en la resolución de problemas que podríamos aplicar a las búsquedas para la salud (citando a Burchinall, 1976): “Ser competente en cuanto a información requiere un nuevo conjunto de destrezas. Estas incluyen como localizar y usar la información necesaria para una resolución de problemas y una toma de decisiones eficaces y eficientes” (p. 376).

Consideramos interesante recordar a Owens (1976 y 1991) cuando relaciona Alfabetización Informacional (AI) y ciudadanía activa, concepto que ha venido asociado desde el inicio del término, por que las personas con recursos de información están en mejores condiciones para decidir sobre ellos y su sociedad.

También recordamos a Oxbrow (1998) cuando describe la AI como la forma de acceso a la Sociedad de la Información.

La relación entre información y conocimiento está implícita en muchas de estas definiciones, pero no suficientemente explicitada para Mutch (1997, citado por Bawden, op. cit.); para el que la definición de información no puede quedarse limitada a datos estructurados, palabra impresa y fuentes formales, sino que debe incluir reflexiones multidisciplinares que ayuden a la reflexión e interiorización de la información para transformarla en conocimiento.

Refiriéndonos específicamente al contexto digital, Gilster (1997, citado por Bawden, op. cit.) define la alfabetización digital como “la capacidad para comprender y utilizar las fuentes de información cuando se presentan a través del ordenador” y especifica que “la alfabetización digital tiene que ver con el dominio de las ideas, no de las teclas” (p. 395), definición que amplía con un exhaustivo análisis de las habilidades necesarias para el manejo de las diversas herramientas tecnológicas de soporte, de las webs y de la Red.

Coincidimos en su planteamiento de que la tecnología exige una sensatez en la utilización de sus posibilidades, por lo que debemos adaptar nuestras capacidades a ese nuevo medio, pues nuestra experiencia en Internet y otros recursos tecnológicos vendrá determinada por el dominio de competencias esenciales, considerando a todos ellos como fuentes de ideas y conocimiento. Además, plantea que la alfabetización digital sea algo cuasi obligatorio en la formación de la persona para la vida.

Inciden sobre esta necesidad de aprendizaje muchos autores, entre los cuales citaremos a Hargreaves (op. cit.): “La sociedad del conocimiento es una sociedad del aprendizaje. El éxito

económico y una cultura de innovación continua dependen de la capacidad de los trabajadores de seguir aprendiendo por sí mismos y de los otros” (p. 29). Son, por tanto, necesarias para cualquier persona en la sociedad actual, una serie de competencias digitales como soporte del aprendizaje, que le permitan aprender a aprender.

La adquisición de competencia digital y la alfabetización en salud permite pasar de una posición de consumidores del conocimiento a partícipes de la Sociedad del Conocimiento, al desarrollo de inteligencias colectivas (Lévy, op. cit.) y a la perspectiva actual del *e-paciente* y de las comunidades participativas de pacientes (Flecha et al., 2013, y Ferguson, 2012).

En estas, el paradigma de empoderamiento del paciente define una relación en la que este, grupos de pacientes expertos, familiares, ciudadanos formados, interactúan con los profesionales de la salud en equipos interdisciplinarios, para estudiar, analizar y debatir sobre la enfermedad o síndromes, tratamientos, secuelas, dificultades, situaciones emocionales que generan, etc., en una evolución colectiva.

La salud personal y colectiva así abordada es una tarea de intelectos colectivos, de comunidades humanas de intercambio, de reflexión y transformación individual y social, de composición multidisciplinar, no de transmisión de informaciones y datos.

1.6 Brecha y Alfabetización digital.

La Brecha Digital, que dificulta la implantación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación TIC y de la difusión de la información y proyectos formativos basados en ellas, es la continuación de la brecha tecnológica que ha existido en las sociedades humanas y entre ellas desde su inicio, y que ha generado las diferencias sociales que se han consolidado a lo largo de los tiempos, como señalan Serrano y Martínez (2003).

Algunos autores, entre ellos Castells (2008), describen la situación actual como de choque de tecnologías, la analógica y la digital, que comparten espacios geográficos, más que como choque de civilizaciones; considera que la evolución generacional permitirá la apropiación de la tecnología de la información y la del conocimiento.

En la actualidad, están reconocidas una serie de dificultades de acceso a las tecnologías de la Información y del conocimiento, que corroboran y explicitan tanto el estudio de Pew Research Center/Tecnología de Internet (2007, 2010, 2015 y 2018) de EE. UU., como las estadísticas del INE (2014, 2015, 2016 y 2018) para España.

La brecha es un paradigma poliédrico compuesto de diversos perfiles y aplicable a diversos contextos y áreas de conocimiento, que se solapan generando desigualdad. Tiene su base en las diferencias de contexto y sociodemográficas existentes en la humanidad. En los entornos digitales y de salud, está compuesta por los efectos de las barreras derivadas de capacidades, actitudes, del acceso a la tecnología y al conocimiento.

Estas barreras están difuminadas en el contexto y en la persona, aunque son perfectamente objetivables con la observación y análisis. Podríamos definir varias clases de brecha según el origen:

- A. Brecha de Acceso
- B. Brecha de uso
- C. Brecha de apropiación
- D. Brecha de género
- E. Brecha cultural

A. Brecha de Acceso:

Referido a la tecnología: es la originada por las dificultades de acceder al recurso (infraestructura, tecnología). Actualmente, en España el acceso encuentra dificultades en cuanto a las infraestructuras en las zonas no urbanas; en cuanto a la tecnología en las urbanas, las personas con menos recursos económicos o en riesgo de exclusión son sobre las que más incide.

En el acceso al conocimiento en salud: está condicionado por las características personales del usuario, por la posibilidad de acceso a información analógica o digital de salud en la red y por la facilitación que realicen los profesionales sanitarios que le tratan, mediatizado por el tiempo de la consulta médica y por la actitud del profesional, que pueden dejar al usuario sin recursos de conocimiento para modificar su situación.

B. Brecha de uso:

En lo referido a la tecnología, es una vertiente que afecta a los que, pudiendo acceder, no tienen interés o capacidad. Las barreras principales son: edad, nivel económico, nivel formativo concluido y los años de incorporación activa a la tecnología

personal, equipos móviles, uso del ordenador e Internet. Estas barreras, aunque salvables, generan dificultades y retrasos en la incorporación de las personas a las TIC. El esfuerzo complementario necesario para superarlas genera actitudes de rechazo y con frecuencia de abandono; con la edad las destrezas se pierden más rápidamente si no se practica. Leung (op. cit.) cita a Kendall cuando sostiene que el deseo de estar online depende tanto de la habilidad como de circunstancias como la edad, la clase social, el género y la etnicidad.

En lo referido a la salud: también podemos encontrar personas con desinterés, falta de habilidades o conocimiento sobre hábitos saludables y cuidados personales de salud, así como a la aceptación de nuevas orientaciones, para poner en práctica nuevas formas del cuidado de la persona para la salud, finalmente personas que no utilicen la tecnología con fines de acceso a información y conocimiento para la salud.

C. Brecha de apropiación:

Referida a la tecnología: en este concepto influye la edad de inicio en el mundo digital y el tiempo de utilización; los “no nativos” y los que realizan un uso más general incluso no muy frecuente se sienten desbordados por los continuos cambios tecnológicos de equipos, programas y aplicaciones, por lo que cuando dejan de utilizar alguno temporalmente, tienen dificultades para acceder nuevamente a las habilidades de uso.

En relación con la salud: el conocimiento en salud está condicionado por las características sociodemográficas y la actitud hacia el incremento del conocimiento para la mejora de salud. La frecuencia de uso, al igual que con la tecnología, la favorece; las personas con enfermedades repetitivas o crónicas mejoran frecuentemente su cuidado con la información y

experiencia en conocimiento de la enfermedad “paciente experto”, resultando que la repetición de síntomas y tratamientos con la que conviven les sirve de aprendizaje.

Publicitar la información y educación para la salud, con diseños pedagógicos y recursos que las hagan asequibles y accesibles puede conllevar una transformación, si consiguen llevar a la acción para la puesta en práctica de hábitos saludables, de cuidados y autocuidados.

D. Brecha de género:

La variable de género afecta a la brecha digital y a la de salud, por los mismos y múltiples condicionantes que las originan, incrustados en la sociedad, como en el caso de la brecha digital explicada por Leung (op. cit.).

Los factores descritos por diversos autores, como educación, recursos financieros, lengua, coste, tiempo, localización geográfica y tipo de acceso, cualificación, normas culturales y sociales relacionadas con el género (cuidado de hijos, marido, del hogar, concepto machista de la tecnología, etc.), resultan una miríada de impedimentos que están en el origen de la desigualdad en la apropiación de la tecnología y en la salud.

E. Brecha cultural:

En el ámbito digital y en el de salud esta barrera surge íntimamente relacionada con la trayectoria vital de la persona; la capacidad de transformación de la información en conocimiento aplicable está condicionada por el nivel cultural general de la persona y específico en la tecnología y la salud.

Estos condicionantes que hemos descrito como generadores de brechas, son habituales en el ámbito educativo, pues han sido

el eje en la lucha por la alfabetización general, que ahora requiere además de la digital para facilitar el acceso a las demás áreas del conocimiento y en concreto a las relacionadas con la salud. La mayor dificultad para su reducción es que son acumulativos, incrementando su efecto en los grupos más vulnerables.

2. ESTUDIO PREVIO

2.1 Descripción del contexto.

2.1.1 Población y Salud

La población española a principios de 2018 era de 46.659.302 habitantes de los que el 50,96% son mujeres y el 49,04% hombres, según la encuesta de población del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2018). La tendencia actual es de recuperación tras un descenso continuado entre 2011 y 2016, manteniéndose el crecimiento vegetativo negativo, por lo que el incremento proviene de la inmigración, que supera este y la emigración de nacionales.

En cuanto al perfil sociosanitario, según “Indicadores de Salud 2017” del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (MSSSI, 2017. pp. 17-18), en España, la esperanza de vida al nacer (EV), considerando ambos sexos, en 2015 era de 82,8 años, a medida que aumenta la edad, la esperanza de vida disminuye, para una persona que tuviera 45 años era de 38,8 y para una de 65 sería de 21,0 años.

Desde principios del siglo XX, la EV es superior para las mujeres y se incrementa de forma paulatina a favor de las

mujeres. Así en 2015 era de 80,0 años para los hombres y 85,6 años para las mujeres, manteniéndose la diferencia a cualquier edad. Sin embargo, al incluir información sobre limitación de actividad por consecuencia del estado de salud la diferencia se reduce en cuanto a los años vividos sin limitación de actividad, resultando mayor en 1,4 años en los hombres.

En la misma encuesta los resultados en relación con los años de vida saludable (AVS) al nacer en 2015, eran de 66,7 años para ambos géneros (67,5 en hombres y 66,1 en mujeres) y la esperanza de vida con buena salud (EVBS) al nacer en 2015 era 60,8 años (62,0 en hombres y 59,6 en mujeres) reflejando una peor salud percibida por la mujer y existiendo diferencias entre las comunidades autónomas de mayor y menor EVBS de hasta 12 años.

A nivel europeo se ha desarrollado el indicador global de limitación de actividad (de siglas en inglés, GALI), permitiendo estudiar indicadores más complejos y de forma comparativa.

Incorporando a los cuestionarios la pregunta sobre su estado de salud apreciado subjetivamente: “En los últimos doce meses, ¿diría Vd. que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?”, se obtienen unos resultados por los que se espera sean vividos en mala salud 22,0 años —17,9 años en hombres y 26,1 años en mujeres (MSSSI, op. cit.). cit.). cit., pp. 20-21), encontrando importantes diferencias con la EV.

En cuanto a la limitación de actividad, en el informe del año 2014, el 25,3% de la población española de más de 16 años declaró alguna limitación de actividad. También se encontró relación entre la percepción de salud y el nivel de estudios concluidos, así con estudios de tercer grado valoró su salud como buena o muy buena un 84,5%, en los individuos con estudios de

segundo grado segundo ciclo, segundo grado primer ciclo y primarios o inferiores este porcentaje fue del 79,5%, el 75,2% y del 50,6% respectivamente (MSSSI, op. cit., p. 164), tendencia que se mantiene.

En el informe “Los ciudadanos ante la e-sanidad” del Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI, 2012, p. 20), el perfil sociosanitario general es de una percepción positiva de los ciudadanos sobre su estado de salud: el 56,5% lo califica como bueno y el 21,6% como muy bueno; en (ONTSI, 2016, p. 18) los resultados son un 62% y un 16,8% respectivamente, considera su salud regular el 18,1% y solamente el 3,2% que su salud es mala o muy mala.

Por otra parte, el 29,7% de la población ha indicado que tiene una enfermedad crónica percibida, que se observa relacionada con la edad como confirman diversos estudios. Cuando se ofrece un listado de enfermedades crónicas la proporción sube al 53,5%, lo que detecta que la población no tiene claro el concepto de enfermedad crónica cuando la afección es leve (p. 21).

El alargamiento de la esperanza de vida conlleva un incremento de las personas con peor estado de salud, enfermedades crónicas, incluso con varios niveles de dependencia, todos ellos requieren cuidados y autocuidados que necesitan de formación específica.

En (ONTSI, op. cit., p. 23) las personas dependientes en la población encuestada ascienden al 4,6% de estas, el 41,2% necesitan algún tipo de ayuda en el desempeño de sus actividades diarias al menos una vez al día, seguido del grupo de personas que son totalmente dependientes que asciende al 26,6%.

En dicha encuesta, también fueron preguntados por el trabajo de apoyo/cuidado a dependientes, remunerados o no, el resultado es que un 4% de la población atendería a estos pacientes, siendo mayoría las mujeres, la edad con más personas cuidadoras sería entre las mujeres entre 50 a 64 años que incluye el 41,5%, entre los hombres el porcentaje más elevado de cuidadores se concentra en 65 y más años, 30,9% (p. 24).

En el informe “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud” del MSSSI (2012), se plantea la necesidad de que “todas las personas, sanas y enfermas, deberían adquirir una mayor conciencia sobre su propia salud y sobre el uso que hacen del sistema sanitario” (p. 13). Al responder a las preguntas para el Barómetro Sanitario 2011, relacionadas con la utilización de los servicios y prestaciones, un 41,2% opina que “con cierta frecuencia se utilizan innecesariamente” y un 29,6% que “existe mucho abuso”.

Consultados sobre el profesional sanitario al que han acudido a consulta en el último año, comparando los resultados en ONTSI 2012 y 2016, lo había hecho a la Sanidad Pública un 86,3% y un 90% respectivamente, mientras solamente un 16,6% y 18% acude a profesionales del ámbito público y privado.

2.1.2 Acceso a la tecnología y consultas sobre salud.

En los estudios sobre el crecimiento tecnológico, según el INE (2014) en la “Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los hogares 2014”, el 75,9% de los hogares tiene ordenador y el 73,7% lo ha utilizado en los últimos 3 meses. Simultáneamente existe un fuerte incremento en el acceso a Internet con tecnología móvil, que se incrementa al disminuir la edad.

En cuanto al uso de Internet en el acceso a la información y educación para la salud, según el ONTSI (2012), Internet no era todavía la fuente principal, sino alternativa para el 48,3% de los internautas, lo que supone el 30% de la población (p. 34). De ellos, el 31,4% serían mujeres y el 28,3% hombres, en cuanto a la edad el perfil de mayor utilización sería el de menores de 50 años que sube al 40% (p.36), de ellos tienen un acceso frecuente a Internet para estas búsquedas, pues cerca del 30% había consultado temas sanitarios en la última semana y el 36,2% en el último mes (p. 44).

En el Informe del ONTSI (2013), la búsqueda de información sobre temas de salud en los últimos tres meses era realizada por el 26% de los internautas (p. 96).

En la encuesta INE 2016 al considerar los servicios de Internet usados por motivos particulares en los últimos 3 meses, encuentran que realizaron búsquedas de información sobre temas de salud, el 54,6% de los hombres y 67,7% de las mujeres. Sin embargo, concertar una cita con un médico a través de una página web solamente lo hicieron el 33,4% de hombres y el 42,4 de mujeres.

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han permitido una recepción masiva de información en temas de salud, también han posibilitado el desarrollo de una actitud de búsqueda de información cuando nos surge una preocupación sobre nuestra salud o la de personas cercanas.

Lamentablemente, recibir mucha información o tener posibilidades de acceder a ella no incrementa nuestro conocimiento de forma constructiva, si no está estructurada y dirigida por profesionales preparados, que nos la adecuen de forma progresiva a nuestras características y necesidades,

llegando incluso a originar confusión a la hora de tomar decisiones.

Por otra parte, también puede generar situaciones de conflicto entre el usuario y los profesionales que le atienden, si el paciente y allegados no son conscientes de la relatividad del conocimiento adquirido sin orientación, sobre todo cuando se trata de diagnosticar una enfermedad y evaluar los tratamientos para un caso concreto.

Con cierta frecuencia, los profesionales sanitarios se quejan de que la actitud de los usuarios es de discusión de sus decisiones y de exigencia de utilización de todos los recursos conocidos para la atención de su caso, sean convenientes y ajustados al proceso o no.

En los planes de desarrollo de la Unión Europea se ha establecido la Estrategia Marco Europa 2020 (Comunicación de la Comisión, de 3 de marzo de 2010), definida como una estrategia con tres prioridades para los próximos años: crecimiento inteligente, sostenible e integrador como pilares del desarrollo de la economía y la sociedad, teniendo como base el conocimiento y la innovación.

Partiendo de estas, propone siete iniciativas, siendo una de ellas la Agenda Digital para Europa en la que, en los programas a desarrollar en el ámbito digital, incluye como prioridad un mayor y mejor acceso y el desarrollo de las capacidades de utilización de Internet, lo que deberá apoyarse en acciones de alfabetización digital y accesibilidad de los ciudadanos.

En base a esta Estrategia Marco, se han desarrollado Planes específicos en la Agenda Digital para España del Ministerio de Industria, Energía y Turismo (ADPE-MINETUR, 2014), que hacen

hincapié en el desarrollo tecnológico, pero también en medidas contra las barreras digitales, tecnológicas, de uso y medidas de inclusión.

2.2 Enunciado del problema.

Vivimos a nivel mundial un momento de efervescencia y máximo desarrollo en lo relativo al uso de los entornos virtuales (Internet, redes sociales, conexión móvil) y a la tecnología que lo permite, con un incremento muy importante de la incorporación de personas de toda edad y condición a través de la diversidad de dispositivos tecnológicos y herramientas que surgen cada día, ya que, incluso en el contexto de crisis que vive la sociedad española, crecen la adquisición de tecnología y el acceso a Internet, consecuencia del deseo de información, comunicación y de interacción de los ciudadanos.

En la época actual, hemos desarrollado una extensa, completa, dotada tecnológicamente y costosa red asistencial, centrada en el medicamento, la ciencia y la tecnología, que intenta curar a las personas cuando enferman. Encontramos como contrapunto que se escatiman esfuerzos y recursos a la promoción de la salud, para que, partiendo de la información y educación para la salud, ayude a la prevención de la enfermedad, así como al cuidado crónico y permita un real empoderamiento del ciudadano o paciente, pues quien no está suficientemente informado y formado no puede elegir libremente.

Los tópicos del mundo analógico se reproducen en el virtual: informaciones e incluso formación sobre prevención de comportamientos dañinos para la salud de la persona o la

sociedad son contrarrestadas por los seguidores y promotores de esas prácticas negativas que utilizan los entornos digitales en planos de igualdad y libre acceso.

Los casos más usuales del consumo de tabaco, rechazo total a las vacunaciones o incluso la anorexia son ejemplos claros en los que encontraremos defensores y detractores en la Red, incluso grupos en redes sociales. Las informaciones quedan a criterio del internauta.

Decidimos realizar búsquedas en Internet de algunos temas básicos de interés para la salud, para ello el 25/08/2015, buscamos mediante Google Chrome algunos conceptos: “Beneficios de fumar” obtuvimos 735.000 resultados, al incluir como palabras de búsqueda “Perjuicios de fumar” los resultados fueron 221.000, si la búsqueda es sobre “peligros de la anorexia” obtenemos 157.000 resultados, sobre “quiero ser anoréxica” 53.700 y “quiero ser muy delgada” ofrece 807.000 resultados.

En los artículos se entremezclan para todas las búsquedas razonamientos favorables y desfavorables que utilizan esas palabras, en su argumentación utilizan tanto textos divulgativos, como audiovisuales incluso letras de canciones y videos de grupos musicales, encontramos también, la temática favorable o desfavorable en foros y grupos en redes sociales.

Los intereses económicos también dirigen el sentido de las informaciones. No olvidemos que la temática de salud es uno de los temas principales de búsqueda de internautas, principalmente de mujeres (ONTSI, 2012, e INE, 2016).

Como en el mundo analógico, encontramos asesoramiento médico o sanitario realizado por no profesionales u otros que sí lo son, pero los promotores del sitio solo pretenden vender el

espacio para publicidad con textos de baja calidad e información de generalidades.

Estas pretenden exclusivamente servir de reclamo a los motores de búsqueda e internautas, para divulgar y ofrecer sus productos o servicios, e incluso puede que promuevan ideas y productos de dudosa o ninguna utilidad, incluso perjudiciales según los casos. Encontramos que en búsquedas sobre enfermedades o de vida saludable surgen como resultados revistas del motor o se salta con enlaces a sitios Web de pornografía.

En otros casos es más complejo aún, de la mano de empresas sanitarias aseguradoras, hospitales y consultas privadas, que sería simple creer neutrales, surge información promotora de sus servicios y productos como mejores. También profesionales de forma particular ofrecen y promueven informaciones, servicios y terapias específicas que realizan.

Lamentablemente, existen además otros componentes que inducen a la confusión, unos tecnológicos no controlados por el receptor y otros de tipo sociológico: webs que nos surgen en las primeras páginas de los motores de búsqueda por publicidad o por diseños del lenguaje digital, supuestamente facilitadores de información, también la apariencia de veracidad de la Red, la fe en la tecnología, el Dr. Google... en resumen, la dificultad en discernir sobre la veracidad, fiabilidad y calidad de lo que leemos, incluso aunque el internauta tenga cierto nivel de conocimiento en ese campo.

Una parte de esta información no solo confunde incidiendo negativamente para el conocimiento, sino que incluso son peligrosos para la persona al afectar a nuestra salud, una de las

preocupaciones más importantes para el ser humano, sobre todo cuando la pierde o cree que la puede perder.

De lo expuesto nos surgen las siguientes preguntas:

- ✓ *¿Cómo satisfacen la necesidad de información o educación para la salud los usuarios de entornos virtuales en España y cómo valoran las informaciones obtenidas?*
- ✓ *¿Cuáles son los sitios web que consultan los ciudadanos residentes en España con fines de información o educación para la salud y cuál es su fiabilidad?*
- ✓ *¿Qué facilidades o dificultades encuentran para el acceso y participación en la adquisición de conocimientos y en su educación para la salud y su aplicación?*
- ✓ *¿Qué temáticas buscan y que apoyo tienen de los profesionales sanitarios?*

Responder a estas preguntas nos ayudó en el estudio de la oferta y características de la información y educación para la salud que se ofrece en los entornos virtuales. Con los resultados obtenidos podemos realizar propuestas de mejora de la oferta a los usuarios, con unos contenidos y diseños que ayuden a la transformación de la información en conocimiento aplicable, así como orientar la oferta de educación para la salud (EPS) que suponga la mejora de la salud, del cuidado y autocuidado.

3. ESTADO DE LA CUESTIÓN

3.1 Evolución de la educación para la salud.

3.1.1 Antecedentes.

La salud ha sido y es un bien sumamentepreciado por los seres humanos en todas las sociedades y culturas. En la antigüedad, se le adjudicaba un origen divino o mágico y siempre han existido personajes representativos que eran los encargados de la prevención o sanación mediante prácticas y ritos. Desde las estructuras tribales con brujos o magos a los curanderos o sacerdotes de las sociedades antiguas.

Las diferentes culturas, sus religiones y filosofías, extendidas a lo largo de los tiempos por todo el mundo, han procurado prácticas para mantener la salud y prevenir la enfermedad relacionadas con las creencias sobre su origen entre natural y divino.

Encontramos: el concepto taoísta del yin y el yang en China; la cultura del Egipto antiguo con medidas de higiene y conservación de agua y alimentos, así como canales de aguas residuales; la antigua Grecia, que desarrolla enormemente las normas de salud pública, culto a la belleza, dieta alimentaria correcta y saneamiento del medio ambiente; y en el Imperio romano se

produce un avance espectacular de la ingeniería sanitaria: acueductos, baños públicos, evacuación de aguas residuales y eliminación de basuras (Salleras, 1985, pp. 31-32).

En la Edad Media, se produce un importante retroceso en Occidente, en el que desaparecen muchas de esas prácticas preventivas, lo que origina un contexto más propicio a la enfermedad siendo una época en la que se producen varias grandes plagas.

El médico Hipócrates en el siglo III a.C. planteó el carácter no divino de la enfermedad y su escuela generó fundamentos racionales, concretos y naturales para explicar la enfermedad. Este enfoque, recogido y ampliado por Galeno en el siglo II d. C., planteando las causas externas e internas de la salud y la enfermedad, sentó las bases para la Medicina hasta la actualidad (Revista Galenus, 2012).

En el Renacimiento, aunque no se producen avances sanitarios relevantes, se recuperó el estudio de los trabajos de Hipócrates y Galeno y se desarrolla el enfoque científico, que se ha consolidado en la época moderna, en la que surge también el enfoque social de la salud que se mantiene hasta la actualidad, con una total separación entre la religiosidad y la ciencia médica, quedando la primera en el ámbito privado y surgiendo en la segunda una amplia diferenciación de las causas y de las áreas de conocimiento que las estudian.

En el inicio de la Edad Contemporánea, se desarrolló y extendió de forma más amplia la idea sobre la necesidad de unos hábitos saludables y de la prevención para evitar la enfermedad, ideas que podemos encontrar en diversos autores.

Sigerist, historiador y filólogo de la medicina, en el libro que recopila sus conferencias en la Universidad de Londres de 1956 “Hitos en la Historia de la Salud Pública” (1986), recoge y analiza como destacables diversas experiencias de promoción de la salud que van desde la Edad Media a las numerosas experiencias del siglo XVIII y XIX en Alemania, Prusia o Rusia.

Entre estas, destaca las conferencias de Frank (citado en Sigerist, op. cit.), al que califica como pionero de la Medicina Social, en diversas universidades alemanas, entre las que sobresale la realizada en la Universidad de Pavía en 1790 con el título “*De populorum miseria: Morborun genitrice*”, es decir, “La miseria del pueblo: madre de las enfermedades”, encontrando un gran número de coincidencias en sus apreciaciones con las ideas consolidadas en la época actual.

Frank planteaba, desde su responsabilidad de la Salud Pública en Lombardía, la necesidad de trabajar sobre las condiciones sociales y de salud pública y no solamente sobre las propias enfermedades. Establece los principios de las acciones sanitarias gubernamentales y es autor de libros sobre política sanitaria. También cita Sigerist (op. cit.) el programa de salud de los médicos liberales alemanes de 1848 por su diseño asistencial y de prevención.

Simultáneamente, se extendía el concepto de prevención desde la perspectiva personal. Recordaremos unas reflexiones de Raspail (1847) que, en su Manual de Salud, decía:

Engruesa diariamente el número de enfermos, y no bastando ya los hospitales para darles acogida, y no siendo el mejor el método que en todos se sigue, la puerta no se abre para todos y se cierra para siempre tras muchos de los que entran. Cuidad a los enfermos en su domicilio, y enseñádeles á cuidarse cuando gozan

de buena salud. Por la rapidez de la curación les ahorrareis el ir á un hospital, é indicándoles el medio de conservar la salud les evitareis la enfermedad. (p. 9).

En el siglo XIX, Sigerist (op. cit.) refiere diversos autores que realizan estudios y plantean esta nueva perspectiva: Farr (1839), sobre mortalidad infantil por clases sociales y las expectativa de vida; Chadwick (1842) con su informe sobre el estado higiénico de las grandes ciudades y la relación entre pobreza y enfermedad; y Shattuck (1850), que realiza el Informe para la Comisión Sanitaria de Massachusetts, en el que establece las juntas locales de sanidad y crea un cuerpo de policía sanitaria, y también trabaja en la elaboración de estadísticas vitales y sobre los problemas sanitarios de los inmigrantes.

Con la llegada del siglo XX, aparecen las primeras definiciones de salud pública, pero no es hasta 1920 cuando aparece por primera vez, según la opinión más extendida, el concepto “educación sanitaria” expresado por un experto en salud pública, Winslow (citado en Salleras, 1985, p. 35), quien la define como “la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad” y define las acciones necesarias para esa tarea que son, citando en el mismo orden:

- 1) el saneamiento del medio ambiente;
- 2) el control de las enfermedades transmisibles;
- 3) la educación sanitaria;
- 4) la organización de los servicios médicos y de enfermería;
- 5) el desarrollo de los mecanismos sociales que aseguren al individuo y a la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud. (p.35)

Es de destacar que coloca la educación sanitaria en una situación intermedia de importancia, pero por delante incluso de la organización de los servicios sanitarios.

Según Sanmartín (1985), para Winslow la promoción de la salud significaba:

- Impedir las enfermedades
- Prolongar la vida
- Fomentar la salud
- Promover la eficiencia física y mental del hombre. (p. 35)

En 1945, Sigerist en su libro *Medicine and Human Welfare* (“Medicina y Bienestar Social”) publicado en Nueva York por la Universidad de Yale (citado por Terris, 1992; Gómez, 2005; Martínez, Sanabria y Prieto, 2009) también la prioriza cuando definió las cuatro funciones básicas de la medicina: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración de los enfermos y la rehabilitación, y afirmaba que la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, unas buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso, e instaba al esfuerzo coordinado de los políticos, los sectores laboral e industrial, los educadores y los médicos.

Fue el primero en usar el término “promoción de la salud” para hacer alusión a las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida y a las acciones basadas en la educación sanitaria.

Desde su perspectiva que compartimos, responsabiliza de esa promoción y prevención específicamente a los poderes públicos, empresas y organizaciones del mundo del trabajo, con la participación de educadores y profesionales sanitarios,

planteándolo como un proceso social y político que no se puede reducir solo a una atención médica reparativa.

Poco después, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Declaración de Constitución (1946, actualizado 2006) define la salud en su primer párrafo diciendo:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (Declaración de la OMS).

Esta nueva definición de “salud” con una perspectiva más amplia de la utilizada oficialmente hasta entonces, además del hecho de no tener este concepto un sentido estático, ha provocado su evolución hasta la actualidad en la que el nuevo paradigma de “salud” se considera inmerso en el contexto social-biológico-ecológico desde un sentido holístico del ser humano y que es determinante para su logro.

En este sentido, se elabora en Canadá el Informe Lalonde (1974), sobre condicionantes ambientales y estilos de vida, que estudia los efectos de estos sobre la salud pública.

De este contexto surge la necesidad, más que nunca, de una promoción y educación para la salud, que desde la perspectiva actual debe tener como finalidad la mejora cualitativa de la vida humana, para lo que la formación en este ámbito debe promover: una actitud proactiva de la persona para la gestión de su propia salud, capacitarla en la gestión de la información, concienciarla en la necesidad de los cambios sociales y ambientales adecuados,

así como en el desarrollo de comportamientos que evolucionen hacia formas de vida saludables.

3.1.2 Visión actual.

Este nuevo enfoque queda reflejado en el Informe del Comité de Expertos de la OMS SIT nº 690 (1983) denominado “Nuevos métodos de educación sanitaria en atención primaria”. Este plantea un enfoque de la educación sanitaria desde un modelo participativo adaptado a las necesidades, en un sentido bidireccional entre el educador y los individuos destinatarios, participando en los diseños; así, la población adquirirá una responsabilidad en su aprendizaje y este no estará centrado en un planteamiento cognoscitivo de saber, sino también en el saber hacer. Como indica en sus conclusiones:

(...) se trata de estimular a la población a estar sana, saber cómo mantenerse sana, hacer lo que esté en su mano individual y colectivamente para conservar la salud y buscar ayuda cuando lo necesite. Los nuevos métodos deben responder a los deseos de la gente de participar de lleno en la comunidad y en el mundo en general (p. 46).

Esto supone un cambio radical, pues evoluciona la educación para la salud, desde las concepciones biomédicas de salud y enfermedad, que utilizan métodos cognoscitivos y que daban poca o ninguna importancia a los factores sociológicos, culturales y psicológicos, a que estos sean factores determinantes en los diseños educativos, es decir, estos deben adecuarse a la comunidad y al individuo destinatario para conseguir además de su motivación, que asuman una responsabilidad en su autocuidado.

En 1986, la OMS convoca la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, generando el documento denominado

Carta de Ottawa, donde se establece el consenso sobre el concepto de promoción de la salud desde la perspectiva del ámbito de la salud y del social. Dirigida a promover el objetivo de “Salud para todos en el año 2000”, en dicha carta la salud se percibe no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza; ya que es un recurso para el progreso personal, económico y social y un componente principal del concepto calidad de vida, que condiciona nuestra vida cotidiana.

Continuando esta línea de promoción de la Salud promovida por la OMS, surge la Declaración de Yakarta (1997) sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI, que indica textualmente:

Con el fin de acelerar el progreso hacia la promoción de la salud mundial, los participantes respaldan la formación de una alianza mundial para la promoción de la salud, cuya meta será fomentar las prioridades de acción para la promoción de la salud expresadas en la presente declaración.

Las prioridades para la alianza comprenden:

- crear más conciencia de la variabilidad de los factores determinantes de la salud,
- apoyar el establecimiento de actividades de colaboración y de redes de desarrollo de la salud,
- movilizar recursos para la promoción de la salud,
- acumular conocimientos sobre prácticas adecuadas,
- permitir el aprendizaje compartido,
- promover la solidaridad en la acción,
- fomentar la transparencia y la responsabilidad ante el público en la promoción de la salud.

Se hace un llamamiento a los gobiernos nacionales a que tomen la iniciativa de alentar y patrocinar el establecimiento de redes de promoción de la salud dentro de sus países y entre unos y otros”.

(p. 11)

Se consolida así en las sucesivas Conferencias de la OMS y Asambleas, el criterio de centrar los esfuerzos para promover la salud frente al criterio tradicional de la medicalización, consistente en centrar los esfuerzos en tratamientos y tecnología.

En 2005, la definición de promoción de la salud ha sido actualizada por la OMS en la denominada Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado, que la define como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y sus determinantes, y así mejorarla.

Como refleja el “Informe sobre la salud en el mundo” de la OMS (2008), desde la Declaración de Alma-Ata (1978) quedan claros los valores defendidos como ejes de la Salud: justicia social y derecho a una mejor salud para todos, participación y solidaridad.

En el documento se intuía que, para impulsar esos valores, había que cambiar radicalmente la manera en que los sistemas de atención sanitaria funcionaban y aprovechaban las posibilidades de los demás sectores. Al sentido de equidad, que estaba cada vez más extendido en las políticas de salud, se incorpora el concepto de participación en consecución de los objetivos de salud; junto con los gobiernos deben ser consideradas las autoridades locales, las organizaciones profesionales y la sociedad civil en general.

En la actualidad, se conocen como determinantes de salud el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que condicionan el estado de salud en los individuos o poblaciones, y lo que eran planteamientos teóricos éticos como la equidad y la participación pasa a ser demandas de la población.

Según indica el citado Informe (OMS, 2008), las encuestas actuales realizadas en países por todo el mundo reflejan que, en

las sociedades, según se modernizan sus poblaciones, sienten más interés en participar en las “decisiones importantes que afectan a sus vidas” (p. 46), y la salud es uno de ellos, siendo este un sentimiento tanto individual como colectivo.

Como indican Palomo et al. en el Informe SESPAS (2006) denominado “Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado”, existe “una tendencia excesiva a la medicalización en la sociedad actual incluso en la medicina preventiva, aunque estas medidas no mejoren la calidad de vida y utilicen en exceso los recursos sanitarios”, mientras se utilizan escasos recursos a la divulgación y educación en hábitos saludables, “la sobreutilización, infrautilización y mala utilización de los servicios sanitarios tienen repercusiones negativas importantes en costes económicos para el sistema, resultados negativos para la salud y problemas de equidad en el acceso a la atención sanitaria” (p. 17).

Debemos prevenirnos de los riesgos de la sobreutilización o la inadecuada utilización, de recursos diagnósticos o terapéuticos, que incluso causan daños, lo que ha dado origen a un nuevo concepto, la “prevención cuaternaria” (Jamouille, 1986; Palomo y col., 2006; Gervás, Gavilán y Jiménez, 2012 y otros), concepto acuñado por el médico general belga Jamouille y recogido en el Diccionario de medicina general y de familia de la *World Organization of Family Doctors (WONCA)*.

Necesitamos, en consecuencia, diseños de educación para la salud que partan de un profundo conocimiento de la ecología humana y que considere la interacción de factores biológicos y ambientales, tanto desde sus componentes físicos como sociales, siendo estos los paradigmas que deben fundamentarla.

Como indican Ruiz-Azarolan y Perestelo-Pérez en el Informe del SESPA (2012), esta evolución en el concepto de promoción de la salud nos ha conducido al actual, en el que ha originado el paradigma de empoderamiento del paciente para definir una nueva relación con la salud y los profesionales sanitarios.

La legislación sanitaria española incorpora una normativa de aplicación, tanto en el sector público como privado, mediante la Ley 41/2002 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE, 2002), “entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas” y Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

La plasmación de los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud ya había sido objeto de una regulación básica en el ámbito del Estado español, a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE, 1986).

Con esta normativa se plasma el reconocimiento explícito a la capacidad de elección y anuencia de los pacientes y usuarios, tanto individual como colectiva, y se establece un alto nivel de autonomía del paciente en las decisiones sobre su salud y el tratamiento de su enfermedad, que no existía hasta ese momento, pues se mantenía una visión centrada en el médico y de corte paternalista.

Pero para que esta autonomía sea real en la práctica, se requiere acceso a la información, al conocimiento y formación, tarea que debe ser facilitada y en la que es imprescindible la

participación de los profesionales sanitarios y educadores, además de la promoción desde las políticas institucionales, las organizaciones profesionales y ciudadanas. El poder público debe garantizar la igualdad real en el mundo digital, en el acceso a la utilización de la tecnología y el conocimiento “es el paradigma del Estado social en el mundo” (Garrido, 2017, p. 14).

Este nuevo rol requiere un perfil de ciudadano que esté más informado, formado y motivado en el cuidado de su salud, y en consecuencia con una actitud proactiva, lo que como vemos, viene promoviendo la OMS al recoger las inquietudes de los ciudadanos de los diversos países del mundo. Esto requiere y conlleva una participación cada vez mayor del individuo y la sociedad.

Desde esta nueva perspectiva, debemos entender la participación de los ciudadanos en su propio proceso de salud como “el acceso a la prevención, manejo y control de la salud propia, buscando información, formándose, dando su consentimiento de manera informada a las intervenciones y tratamientos, o tomando decisiones junto con los profesionales” (Ruiz-Azarolan y Perestelo-Perez, 2012, pp. 158-159).

En esta línea se define “la Declaración de la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes, el manifiesto 150 Million reasons to act del Foro Europeo de Pacientes, la Declaración de Barcelona de las Asociaciones de Pacientes, o la Declaración y Compromiso de los Pacientes por la Seguridad en el SNS” (Sistema Nacional de Salud) (Ruiz-Azarolan y Perestelo-Perez, op. cit., p.159).

3.2 Alfabetización y educación para la salud de los ciudadanos en España.

Un determinante de cualquier programa educativo es considerar el nivel de conocimientos del que parten los destinatarios. En este caso también, para los posibles diseños de educación para la salud, es necesario establecer ese nivel de conocimiento sobre los hábitos saludables y la pérdida de salud, así como sobre la enfermedad, en su caso, y cómo afrontarla, pues esta será la medida de referencia del estudio. Refiriéndose a la alfabetización en salud (AES), indican Falcó y Luna (2012):

La AES va más allá de la alfabetización general, significa no solo saber cómo acceder a la información adecuada, interpretarla, saber leer el prospecto de un medicamento o entender la información que nos facilita el profesional sanitario respecto a un tratamiento, sino que implica, juzgarla y aprovecharla para tomar decisiones bien fundamentadas sobre nuestra propia salud y la de nuestra comunidad. (p. 92).

Esto requiere una detección específica de necesidades, como plantea la OMS (1983), centrada en el conocimiento, reconocimiento de su especificidad y participación de la comunidad y los individuos destinatarios, que, en su caso, además, estará condicionado por el tipo de enfermedad y las características y complejidad de tratamientos y autocuidados.

Existen numerosas definiciones del concepto dependiendo de los organismos o expertos a los que se referencie, pero nos centraremos en dos de ellas:

- OMS Glosario Promoción de la Salud, OMS (1998):

La alfabetización para la salud está constituida por las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para acceder a la información, comprenderla y utilizarla, para promover y mantener una buena salud (p. 11).

- Proyecto INCLUD-ED: Strategies for inclusion and social cohesion in Europe from education (2006–2011) Sørensen et al. (citado por Falcó y Luna 2012):

La alfabetización en salud se basa en la alfabetización general y engloba 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 sobre 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 esta (p. 96).

Una inadecuada gestión de la salud, aunque sea especialmente determinante en grupos sociales con bajos recursos y grupos de riesgo, afecta a cualquier estrato de la sociedad, determinando su estado de salud y generando un mayor coste social y económico. Según la *National Academy on an Aging Society de Estados Unidos*, “una alfabetización en salud baja supone un importante coste adicional” (Falcó y Luna, op. cit., p. 93).

El Informe “The evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe” (1999), recoge la información de los programas de prevención implantados en diversos paises de Europa, constatando mejoras de la salud de la población destinataria favoreciendo mejor calidad de vida y los consiguientes ahorros en tratamientos y en pérdidas económicas por incapacidad y mortalidad.

Entre las definiciones de alfabetización en salud, también está la recogida por el Consejo Español de Alfabetización en Salud (CEAS, 2009) de la *American Medical Association* (1999): “La constelación de habilidades, incluyendo la capacidad de realizar tareas básicas de lectura y cálculo numérico necesario para funcionar en el ámbito sanitario”. Más amplia es la definición de Sørensen (citado por Falcón y Basagoiti, 2012) que propone una definición integradora que abarca tanto el punto de vista médico-asistencial como el de salud pública de la alfabetización en salud:

La alfabetización en salud se basa en la alfabetización general y engloba 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 sobre 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 esta. (p. 68)

Una definición que avanza en la línea del beneficio comunitario es la de Freedman et al. (2009):

El grado que los individuos y los grupos pueden alcanzar del proceso de comprender, evaluar y actuar sobre la información necesaria para tomar decisiones de salud pública que beneficien a la comunidad”, en “Alfabetización en Salud: definiciones y conceptos (citado en CEAS, 2009).

El nivel educativo repercute en la percepción y el mantenimiento de la salud, al igual que la alfabetización en salud (AES). De acuerdo con la Asociación Médica Americana (citado en Falcón y Basagoiti, op. cit.), una baja valoración en AES es "un predictor más fuerte de la salud de una persona que la edad, ingresos, situación laboral, nivel de estudios o raza", refrendado

por diversos estudios y autores, entre otros, Flecha et al. (2012), Falcón y Luna (op. cit).

Actualmente, no hay consenso con una definición de este concepto, por lo que no están consensuados instrumentos de medida para su valoración (Sørensen et al., 2011 y Baker, 2006, citado por Falcón y Luna, op. cit.).

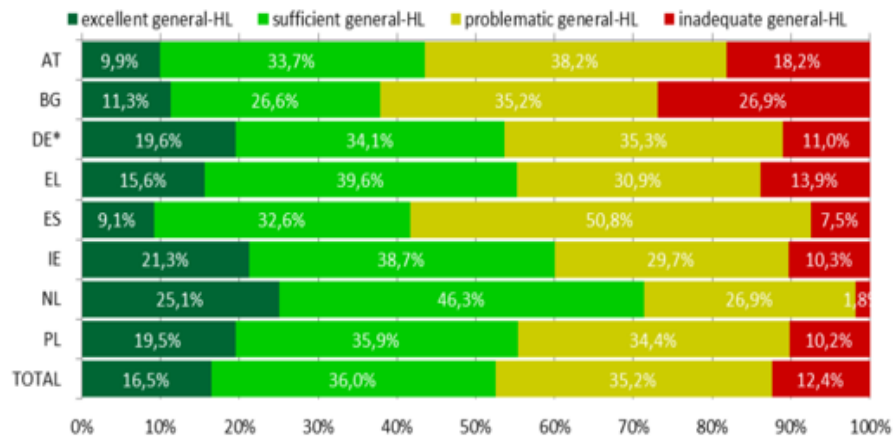
La necesidad de contar con instrumentos para medir periódicamente la alfabetización de la salud en los países partiendo de datos objetivos, comparables y reproducibles y de que se promuevan iniciativas efectivas para medir esos niveles, ha llevado a la UE a promover estudios como el de INCLUD-ED: *Strategies for inclusion and social cohesion in Europe from education* (2006–2011). En este participan 8 países (Grecia, Irlanda, los Países Bajos, Austria, Polonia, España, Bulgaria y Alemania) y se planteó la necesidad de documentar datos sobre la AES en los países europeos y, así, contar con indicadores para una vigilancia tanto a nivel nacional como de toda la UE y establecer una Red Europea de Alfabetización en Salud (Falcón y Luna, op. cit.).

De este estudio el informe European Health Literacy Survey (HLS-EU 2012) indica que el estudio se realizó en el verano de 2011 mediante una encuesta a través de ocho países europeos (Austria, Bulgaria, Alemania (Renania del Norte-Westfalia), Grecia, Irlanda, Países Bajos, Polonia y España).

En cada país, hubo una muestra aleatoria de aproximadamente mil ciudadanos de más 15 años por país, dando como resultado un total aproximado de 8.000 encuestados, aplicando las Normas del Eurobarómetro en los procedimientos y la metodología de muestreo. Los datos fueron recolectados de forma directa a través

de un cuestionario estandarizado, utilizando un ordenador por el modo Entrevista Personal Asistida por Computadora (CAPI) en todos los países excepto Bulgaria e Irlanda, donde se utilizó el papel Entrevista Personal Asistida en Papel (PAPI).

Las dimensiones de la alfabetización para la salud según la HLS-EU (op. cit.) utilizan un modelo conceptual que distingue tres ámbitos de la educación para la salud (Health Literacy [HL]): cuidado de la salud (Health Care-Health Literacy [HC-HL]), enfermedad prevención (Disease Prevention-Health Literacy [DP-HL]) y salud promoción (Health Promotion-Health Literacy [HP-HL]), y cuatro modos de tratar de forma pertinente esta información: acceder / conseguir, entender, valorar / juzgar / evaluar y aplicar / usar, referido a decisiones sobre nuestra salud, lo que genera 12 subdimensiones a valorar.



AT [N=979] | BG [N=925] | DE (NRW) [N=1045] | EL [N=998] | ES [N=974] | IE [N=959] | NL [N=993] | PL [N=921] | TOTAL [N=7795]

*only NRW

Nota.-Los países en orden de parte superior a inferior son: Austria, Bulgaria, Alemania (Renania del Norte-Westfalia), Grecia, España, Irlanda, Países Bajos y Polonia. Fuente: Proyecto INCLUD-ED: *Strategies for inclusion and social cohesion in Europe from education* HLS-EU (2012, p.3).

Figura 1. Alfabetización en salud en Europa.

El cuestionario, utilizado con una escala de "muy fácil" a "muy difícil", incluye hasta un total de 47 preguntas del tipo "indique cuál es el grado de dificultad que encontraría para realizar las

siguientes actividades". Para los cuatro índices (general GEN-HL, cuidado de la salud HC, la prevención de enfermedades DP, promoción de la salud HP), los valores umbral se establecieron, dividiendo las puntuaciones en 4 categorías: "inadecuado", "problemática", "suficiente" y "excelente" educación para la salud.

Alrededor del 12% de los encuestados tienen en general una inadecuada educación para la salud, y más de un tercio (35%) una problemática educación para la salud, por lo que casi uno de cada dos encuestados muestra alfabetización de salud limitada, en el conjunto de la muestra. Por lo tanto, alfabetización en la salud es limitada en Europa, no es solo un problema de las minorías.

Los porcentajes de las 4 categorías del ámbito general educación para la salud (HL) varían de forma considerable entre los países participantes, con HL inadecuada entre 2% y 27%, respectivamente, para limitado -inadecuada +problemático- HL entre 29% y 62%. Así, las diferencias dentro de Europa son grandes y deben tenerse en cuenta adecuadamente, en la formulación de las políticas de alfabetización de la salud.

La prueba Vital Sign (NVS-Test), la primera herramienta disponible para evaluar de forma objetiva la alfabetización en salud aplicable en inglés y español, se incluyó en la encuesta por motivos de validación y comparación. En cuanto a los resultados para educación para la salud, aunque limitados, son bastante similares a las del índice de HL general. El NVS-Test muestra que el 21% de los encuestados en la muestra total tiene una alta probabilidad de limitada alfabetización, variando estas proporciones considerablemente según el país.

Entre los ocho países participantes en el estudio HLS-EU se han detectado diferencias significativas en el nivel y variación de

la alfabetización en salud, los gradientes sociales que inciden sobre la alfabetización en salud, así como en el tamaño de los grupos vulnerables cuya alfabetización en salud es limitada. Estas diferencias pueden explicarse, en parte, por la heterogeneidad de la composición socioeconómica y sociodemográfica de las muestras nacionales.

Tal y como se observa en la Figura 1, la muestra española se caracteriza por un porcentaje bastante reducido de casos con alfabetización inadecuada, pero con un muy elevado porcentaje de casos con alfabetización problemática (50,8%), por lo que se deben centrar los esfuerzos en ese tramo.

Dada su importancia, podemos encontrar varios estudios sobre España, así como uno a nivel europeo que promueve la UE. En 2012 se presentó el estudio sobre Alfabetización del paciente en Salud de la población española realizado por la Universidad del Paciente que mide el grado de conocimientos, competencias y habilidades de los ciudadanos en materia sanitaria.

Como era previsible, los encuestados incrementan la necesidad y búsqueda de información ante situaciones de deterioro de la salud real o percibida, de sí mismos o su entorno, en relación con síntomas percibidos, la enfermedad diagnosticada, pruebas diagnósticas, ampliándose a hábitos saludables.

Encontramos datos coincidentes que evidencian, como describe el trabajo simultáneo de Flecha, Ruiz y Vrečer (2013), basado en las investigaciones del programa INCLUD-ED: *Strategies for inclusion and social cohesion in Europe from education (2006–2011)*, que existe una relación directa entre el nivel educativo y alfabetización en salud inadecuada, con la

calidad de vida en general y el estado de salud en particular. Así, a menor nivel académico, peor estado de salud y viceversa, también a menor nivel educativo general y en salud, se utilizan menos los servicios de salud preventiva.

Los resultados del estudio INCLUD-ED indican como la exclusión/inclusión educativa se relaciona con diversas áreas de la sociedad, la situación social, la integración de inmigrantes y el nivel de lenguaje, así como la diferencia en referentes, que son condicionantes importantes para la comprensión de informaciones de salud o la búsqueda y comprensión de la información disponible online y offline. Un gran porcentaje desconoce sus derechos y deberes o qué es un documento de voluntades anticipadas. Sin embargo, conocen los riesgos de una prueba diagnóstica como la radiografía o para qué sirve un consentimiento informado para una intervención quirúrgica o una prueba diagnóstica.

El nivel educativo, de ingresos, el estado de salud y el grado de incapacidad son los principales predictores del nivel de alfabetización cívica de la población española. Para la mayoría de los encuestados, la información que proporciona el profesional sanitario por escrito, el prospecto del medicamento y el informe médico es más difícil de comprender.

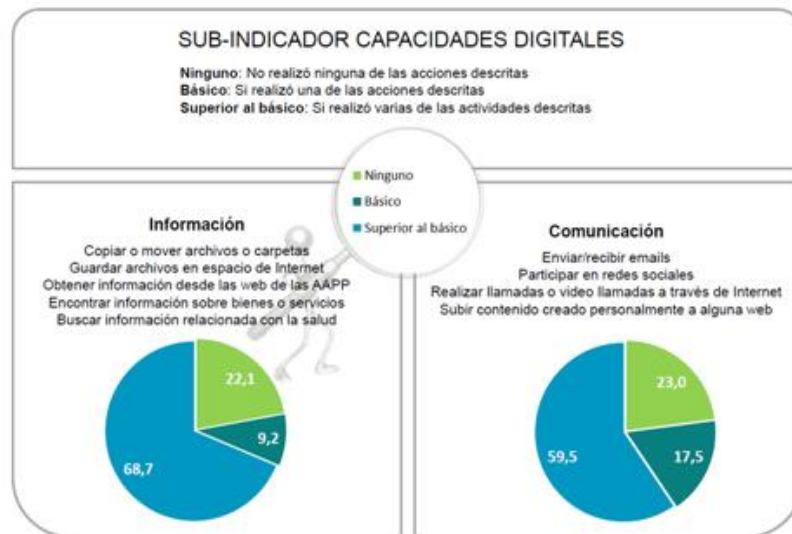
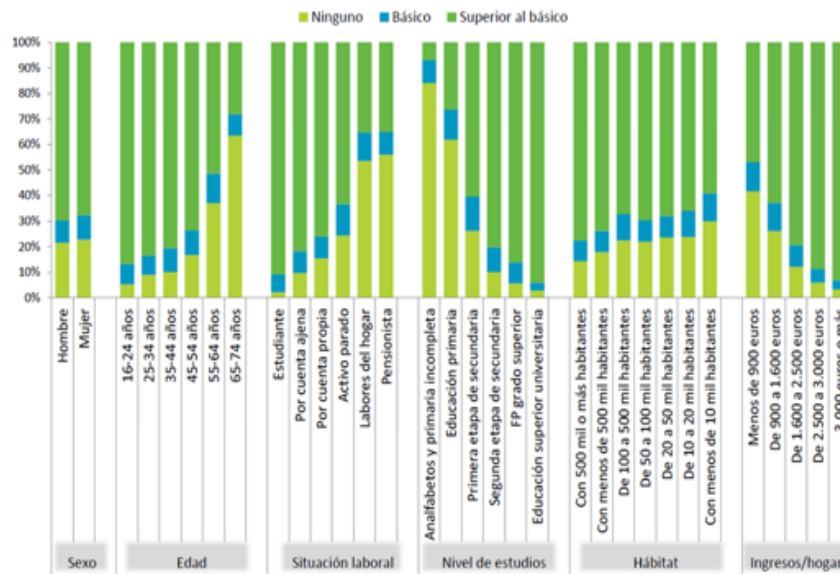


Figura 2. Capacidades digitales población entre 16 y 74 años

En el informe ONTSI (2017), denominado Perfil sociodemográfico de los internautas, basado en Análisis de datos de INE 2017, sobre capacidades digitales en información y en comunicación de internautas españoles, el 68,7% y el 59,5% respectivamente tenían nivel superior al básico en alfabetización digital (Figura 2).

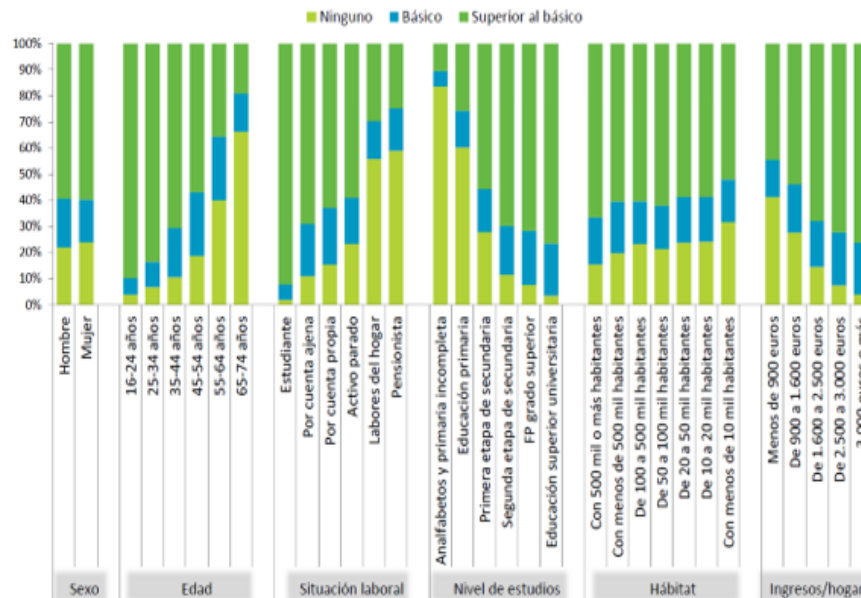
La capacitación de los ciudadanos residentes en España para información y comunicación queda reflejada en las Figuras 3 y 4.

Observamos ligeras diferencias de género a favorable a los hombres y como disminuye la capacidad influida negativamente por la edad, disminuyendo llamativamente entre los 55-64 años que se incrementa por encima de los 65, los niveles educativos inferiores también se encuentran con una mayor falta de capacitación. El nivel económico influye, aunque en menor medida para los anteriores perfiles.



Fuente: ONTSI (2017, p. 23)

Figura 3. Capacitación digital en información por variables sociodemográfica. Población de 16 a 74 años



Fuente: ONTSI (2017, p. 24)

Figura 4. Capacitación digital en comunicación por variables sociodemográficas. Población de 16 a 74 años

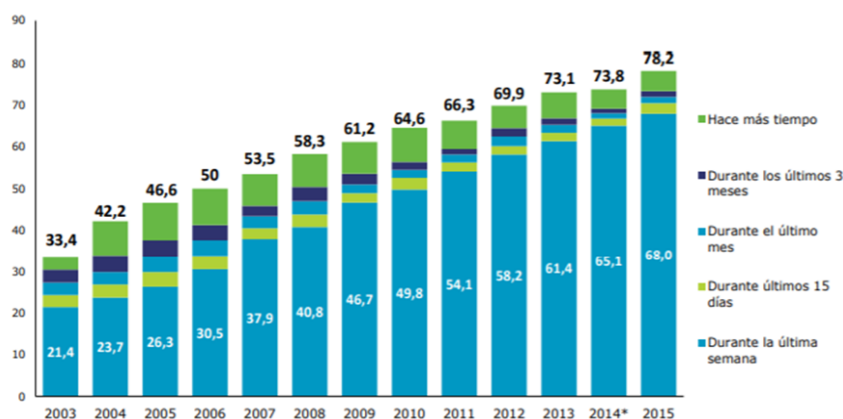
3.3 Tecnología de la Información y la comunicación-TIC.

Las nuevas tecnologías de los entornos virtuales ofrecen la posibilidad de información e interacción, de desarrollo de acciones de información, formación y participación con miles de ciudadanos, utilizando unos recursos más reducidos que anteriormente, mediante los métodos tradicionales de los *mass media*, la distribución de documentos y folletos o la formación presencial, teniendo además la ventaja de la continua posibilidad de actualización.

Si observamos las estadísticas de utilización de Internet en España y del uso de las TIC, encontramos que, según el Informe “10 años de Sociedad de la Información” (2009) de la Fundación Telefónica, a principios de 2000 había 2.830.000 usuarios de Internet en España (usuarios en el último mes), lo que suponía el 8,2% de la población, y en noviembre de 2008 había subido a 17.902.000, lo que supone el 46,8% de la población.

En 2014, según el “Informe 15º de la Sociedad de la Información” de la Fundación Telefónica, considerando la población española entre los 16 y los 74 años que ha accedido a Internet en los últimos tres meses, encontramos una subida al 76,2%, esto significaba que el 26,25% de la población española accede regularmente a Internet, con un incremento de 4,6 puntos porcentuales respecto a 2013; en números absolutos, 1,45 millones más que el año anterior.

En 2003 los usuarios usuarios eran un 33,4% del total de hogares, que en 2015 alcanza el 78,2%, el lugar de acceso más frecuente para 9 de cada 10 encuestados es el hogar (Figura 5).



Base: Total hogares * Nota: todos los datos corresponden al tercer trimestre de cada año excepto 2014 que corresponde al primer trimestre.

Fuente: 50 años de la red de redes La evolución de Internet en España: del Tesis a la economía digital. (pag.69)

Figura 5. Seguimiento acceso a Internet 2005-2015

La utilización ha seguido incrementándose, así según INE (2017) “en España, el 84,6% de la población de 16 a 74 años ha utilizado Internet en los últimos tres meses, cuatro puntos más que en 2016 (un 85,5% de hombres y un 83,7% de mujeres)” (Tablas 1 y 2).

Tabla 1. Porcentaje de usuarios TIC por grupos de edad 2017			
	Han utilizado Internet en los 3 últimos meses	Usuarios frecuentes de Internet (al menos una vez por semana)	Han comprado a través de Internet en los 3 últimos meses
Total	84,6	80,0	40,0
De 16 a 24 años	98,0	96,2	49,2
De 25 a 34 años	96,3	93,7	57,2
De 35 a 44 años	95,8	91,9	52,2
De 45 a 54 años	90,3	84,9	40,6
De 55 a 64 años	73,9	66,4	23,3
De 65 a 74 años	43,7	38,0	10,6

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los Hogares. INE (2017)

Tabla 2. Población que ha usado Internet en los últimos tres meses por edad y sexo (%). 2017						
	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Hombres						
Total (de 16 a 74)	85,5	82,5	80,3	77,9	73,7	72,1
De 16 a 24	98,1	98,6	98,2	99,2	97,3	94,9
De 25 a 34	96,0	96,3	93,4	93,2	92,2	88,7
De 35 a 44	95,9	93,3	90,5	89,3	84,6	84,6
De 45 a 54	89,7	85,4	82,8	78,2	72,5	70,1
De 55 a 64	74,5	68,4	66,5	60,2	49,2	47,7
De 65 a 74	47,6	40,6	37,2	31,5	27,2	23,7
Mujeres						
Total (de 16 a 74)	83,7	78,6	77,1	74,5	69,6	66,8
De 16 a 24	97,9	98,2	98,9	97,5	97,5	96,8
De 25 a 34	96,5	95,7	95,7	94,2	92,0	86,7
De 35 a 44	95,8	93,3	92,8	90,4	82,6	81,3
De 45 a 54	90,9	84,3	81,2	78,2	69,9	64,7
De 55 a 64	73,2	61,4	56,5	50,9	43,8	40,1
De 65 a 74	40,2	29,4	26,1	21,5	17,2	14,9
Brecha de género (hombres-mujeres)						
Total (de 16 a 74)	1,8	3,9	3,2	3,4	4,1	5,3
De 16 a 24	0,2	0,4	-0,7	1,7	-0,2	-1,9
De 25 a 34	-0,5	0,6	-2,3	-1,0	0,2	2,0
De 35 a 44	0,1	0,0	-2,3	-1,1	2,0	3,3
De 45 a 54	-1,2	1,1	1,6	0,0	2,6	5,4
De 55 a 64	1,3	7,0	10,0	9,3	5,4	7,6
De 65 a 74	7,4	11,2	11,1	10,0	10,0	8,8
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los Hogares. INE (2017)						

Es una práctica mayoritaria en los jóvenes de 16 a 24 años, con un 98,1% en los hombres y un 97,9% en las mujeres y al aumentar la edad descende el uso de Internet en ambos, siendo el porcentaje más bajo el que corresponde al grupo de edad de 65 a 74 años, con un 47,6% para los hombres y un 40,2% para las mujeres (Tablas 1 y 2).

En cuanto a la utilización de dispositivos para el acceso a Internet en INE 2016 se detecta que el dispositivo más utilizado para conectarse desde cualquier sitio a Internet es, con mucho, el teléfono móvil (el 93,3% de los internautas en los tres últimos

meses lo mencionan). Tras él se sitúan el ordenador portátil (57,8%), el ordenador de sobremesa (45,4%) y la Tablet (41,5%).

La proporción de uso de tecnologías de información por la población infantil (de 10 a 15 años) es, en general, muy elevada, aunque el uso de ordenador entre los menores es prácticamente universal (94,9%), resulta superado por el 95,2% que utiliza Internet. Por vez primera, el número de menores usuarios de Internet supera al de usuarios de ordenador.

Por otra parte, este crecimiento del uso de Internet móvil con diversas tecnologías y la mejora en las infraestructuras de redes inalámbricas ofrecen la posibilidad de desarrollo de acciones de información, formación e interacción con participación amplia de ciudadanos (Cantillo et al., 2012).

También se ha incrementado la participación en redes sociales, según datos del INE, así en 2014 en la encuesta de población “Participar en redes sociales, en los últimos 3 meses” (Facebook, Twitter, Tuenti, etc.), da como resultado un total de 64,7% considerando ambos géneros, siendo los resultados desglosados para “Hombre” un 62,2% y para “Mujer” el 67,3%. En 2017 los resultados fueron: un 67,6% para ambos géneros y el 65,2% para hombres y el 70,0% para mujeres, en ambos años se detecta una mayor utilización por parte de las mujeres.

En el informe de la eEspaña 2014 de la Fundación Orange recogiendo datos del “V Informe Anual Mobile Marketing”, de IAB Research Spain, Asociación que representa al sector de la publicidad en medios digitales en España, recoge que “el 60% indica que participa diariamente en las redes sociales” (p. 73), son resultados similares a los indicados anteriormente.

Entre las brechas digitales especial atención merece la reducción de la brecha de género según INE: “ha pasado de 5,3 puntos en el año 2012 a 1,8 puntos en el año 2017” (Tabla 2), los valores mayores corresponden a las edades superiores, 1,3 puntos en el grupo de edad de 55 a 64 años y 7,4 puntos en el grupo de 65 a 74 años.

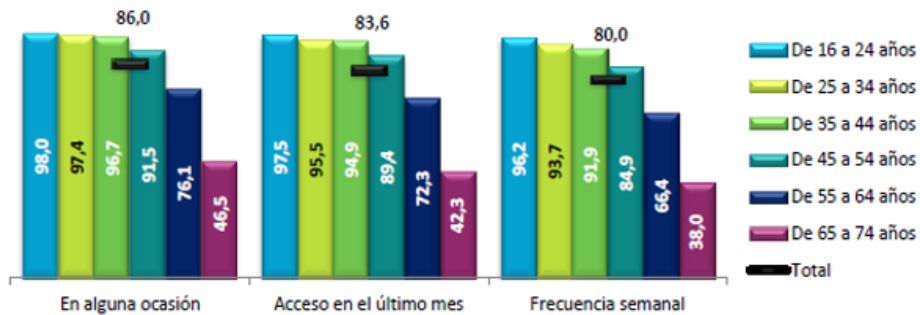
La variable de diferencia de género en el uso de Internet, según el informe eEspaña 2014 (op. cit.), se puede observar en actividades como que “leen o descargan noticias en línea”. Existen también notables diferencias en el uso de banca electrónica o las búsquedas: en “venta de bienes y servicios”, “las mujeres con más de 55 años y con bajo nivel de estudios (educación primaria o sin estudios) son las que sufren una mayor brecha digital” (p. 82). La disminución de compras online por la edad también lo vemos reflejado en INE 2017 (Tabla 1).

Comparando estos resultados con la UE-28, en el año 2016 los porcentajes de hombres y mujeres de 16 a 74 años que en España han utilizado Internet en los últimos tres meses son ligeramente inferiores, el 83% de los hombres y 79% de las mujeres y en la UE-28, un 84% de hombres y 80% de mujeres.

Como consecuencia la brecha digital sufre el efecto acumulativo. Así, además del género reflejado en la Tabla 2, se acumula la edad, el nivel de estudios y el nivel económico, entre otros. (Figura 6 y 7) (ONTSI 2018. Análisis de datos INE 2017).

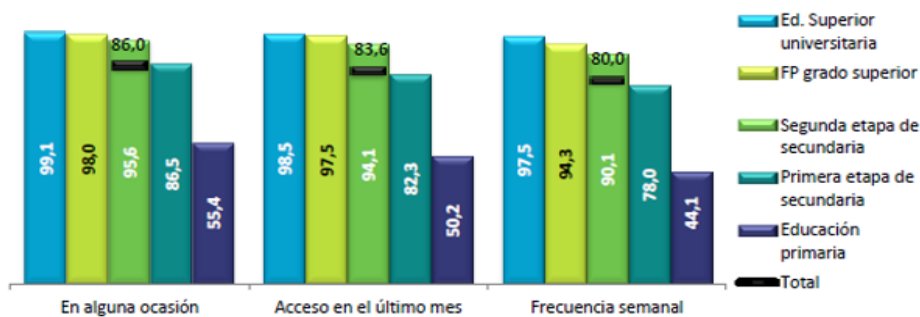
En la Unión Europea en 2016, el 48% de los ciudadanos afirmaba haber utilizado Internet para buscar información relacionada con la salud durante los últimos doce meses, con una subida de 2 puntos sobre el año anterior (Figura 8). En España un 49,0%, con un descenso de 3 puntos sobre el año anterior y el

10% lo hacía una vez o más por semana, según recoge el informe de Fundación Telefónica siE2015. En España el 74,4% de los internautas han utilizado internet con este fin según ONTSI 2016.



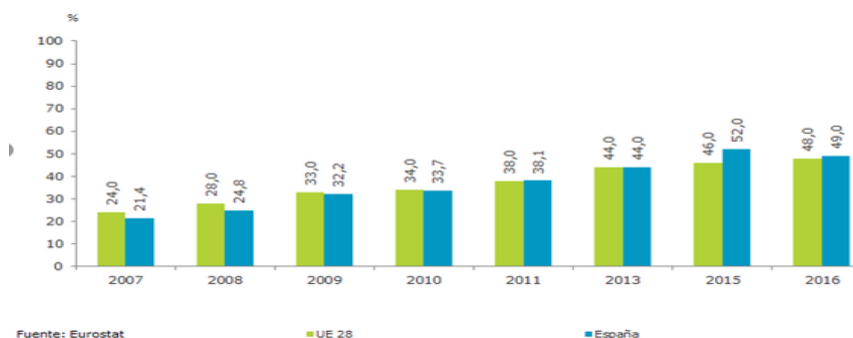
Población de 16 a 74 años. Fuente: ONTSI. Análisis de datos INE 2017. Uso de Internet por características sociodemográficas (I). (2017, p.6)

Figura 6. Porcentaje de internautas en cada categoría por edad en España



Población de 16 a 74 años. Fuente: ONTSI. Análisis de datos INE 2017. Uso de Internet por características sociodemográficas (I). (2017, p. 7).

Figura 7. Porcentaje de internautas en cada categoría por nivel de estudios en España.



Fuente: Eurostat 'Information Society Statistics' en ONTSI 2017. (s.p.)

Figura 8. Búsquedas de salud en Internet en España y UE 28 % sobre población total

La brecha digital afecta de manera más grave a las personas más vulnerables y les resta oportunidades de desarrollo profesional, personal y social. Las TIC suponen una oportunidad de acceso e intercambio igualitario de la información y el conocimiento, y por sus características ofrecen una oportunidad de acercamiento a personas con desventajas sociales y de desarrollo de áreas menos favorecidas. Por otra parte, su evolución puede crear nuevas desigualdades o barreras tanto en grupos ya caracterizados como en otros emergentes, ya sea por las características de la tecnología, como por los participantes y el contexto.

Los perfiles de exclusión digital están entremezclados y con frecuencia la persona pertenece a más de un perfil (Figura 6 y 7), por lo que la incidencia individual viene determinada por la acumulación de estas características: nivel de estudios bajo, nivel económico bajo, mayor de 55 años, de género mujer, en el ámbito rural, inmigrante. Esta sería una recopilación no exhaustiva.

La tecnología móvil y las redes sociales son herramientas TIC que están favoreciendo especialmente la integración en colectivos donde incide la exclusión digital, en concreto en colectivos con niveles educativos bajos y rentas bajas, las personas mayores de 55 años, las personas con discapacidad, individuos que habitan en zonas rurales y la población inmigrante (eEspaña op. cit., Telefónica siE2014, INE 2014).

La situación económica de crisis tuvo efectos negativos sobre la exclusión social y distribución de la renta. En España, desde su inicio, las personas en riesgo de exclusión social han aumentado del 24,5% en 2008 al 28,2% en 2012 (Orange, op. cit.), existiendo una relación estrecha con la exclusión digital hasta tal punto que la intervención sobre esta reduce la exclusión social; esta relación

no está tan marcada con el nivel de renta o para otros factores (ONTSI, 2017).

La exclusión digital en la sociedad actual y en las tendencias de evolución lleva a la exclusión laboral incluso a la exclusión social. Hasta ahora las políticas incidían en la brecha de acceso por las limitaciones tecnológicas; la irrupción del teléfono inteligente y el crecimiento de la presencia de equipos tecnológicos en los hogares (ordenador de mesa, portátil, tableta, teléfono inteligente individual) están reduciendo las dificultades de acceso y mostrando las de uso, avanzado, apropiación, etc., que antes estaban enmascaradas, hecho que confirman diversos estudios, según Orange (op. cit.), informes como el “*The Economist Intelligence Unit: Redefining the digital*” sugieren que mientras la barrera de acceso se está reduciendo, la correspondiente al uso se amplía.

En relación con los grupos de personas en riesgo de exclusión digital, según Orange (op. cit.), existe en España discrepancia sobre la accesibilidad real entre la percepción de las personas con discapacidad y los análisis efectuados, lo que sugiere la necesidad de revisar los estándares actuales.

Este grupo también presenta en nuestro país mayor dificultad de acceso a las TIC que en el resto de los países de Europa. Las dificultades de este grupo pueden ser tanto de acceso a Internet como de navegación por la Red y acceso a los sitios web.

La edad está considerada en entornos digitales como uno de los principales factores de riesgo de exclusión, hecho que confirman los datos obtenidos de España y la Unión Europea. Se trataría del segundo grupo en riesgo, originado principalmente por la barrera de uso de la tecnología.

Como hemos citado en España las personas mayores del grupo de edad de 65 a 74 años, acceden a internet la mitad que el grupo de población entre 16 y 74 años (Figura 6), aunque es reflejo de los datos en el resto de la Unión Europea, la proporción es menor que la media europea para este grupo.

Las causas que la provocan, más que por intereses objetivos o funcionalidad, deben relacionarse con una mayor limitación de las habilidades físicas y cognitivas que dificultan tener una experiencia satisfactoria como usuario de la tecnología como coinciden diversos estudios.

Según Orange (op. cit.), otros colectivos con riesgo de exclusión son los de individuos con niveles educativos bajos y con rentas bajas, cuyos comportamientos son muy similares en el uso de Internet, en los que se produce una doble exclusión de acceso y de uso, aunque en la primera no es tan evidente como en el caso de los mayores.

En España, algunas de las políticas en esta materia quedan recogidas en el Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España para el periodo 2013-2016, ampliado al 2017-2020, dentro del Marco Europeo 2020 de estrategias para el desarrollo y la igualdad. Entre los objetivos que se plantea está:

Objetivo operativo 23. Impulsar una sociedad digital y de la información inclusiva que tenga en cuenta las necesidades de las personas más vulnerables, promoviendo su acceso a las tecnologías de la información, la lucha contra la brecha digital, el uso avanzado de los servicios digitales y la participación en las redes sociales (pp.96-97).

La Agenda Digital para Europa (2010) establecía como una de sus prioridades el desarrollo de una sociedad de la información

más accesible, en nuestro país se había avanzado en esa línea a partir del Real Decreto 1494/2007 de 12 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre las condiciones básicas para el acceso de las personas con discapacidad a las tecnologías, productos y servicios relacionados con la sociedad de la información y medios de comunicación social.

Con él se pretende garantizar el acceso universal de las personas con discapacidad a las TIC, recogiendo la necesidad de facilitar el acceso a la telefonía fija a las personas con discapacidad y fomentar el uso de terminales adaptados.

Consecuencia del desarrollo en esta dirección es la oferta de contenidos y funcionalidades adaptadas, por lo que desde 2011 el 80% de los portales de la Administración General del Estado (AGE) y de las comunidades autónomas son accesibles, según la propia administración (eEspaña, op. cit.).

PARTE METODOLOGÍA Y DE RESULTADOS

II.

4. OBJETIVOS

Planteada la importancia de los entornos virtuales en la vida cotidiana de los ciudadanos y en especial en la búsqueda de Información y educación para la salud, siendo estas un eje importante para garantizar la mejora de la salud de la población tanto de forma colectiva como individual, consideramos de gran importancia investigar el contexto en que se realiza, características de la oferta, garantía de calidad e implicación de los poderes públicos y de los sectores sociales: profesionales, pacientes, ciudadanos en general, tercer sector y sectores económicos.

Partiendo del contexto y antecedentes descritos se fijaron los siguientes objetivos para esta investigación de los entornos

digitales para la información y/o educación para la salud en España son:

- Estudiar las características del acceso a los entornos virtuales que, con fines de información y educación para la salud, realizan los ciudadanos desde España.
- Conocer y Analizar las percepciones de los usuarios sobre los sitios Web utilizados en la búsqueda de información y educación para la salud, experiencias, recursos, herramientas y resultados obtenidos.
- Recoger información que permita orientar propuestas que ayuden a mejorar los entornos virtuales con fines de información y educación para la salud.
- Realizar propuestas de desarrollo para la información y educación para la salud en entornos virtuales en España.

Estos objetivos generales se desglosaron en los siguientes objetivos específicos, en relación con la información y educación para la salud obtenida IPS/EPS:

1. Estudiar el estado actual del uso de los entornos virtuales en la información y educación para la salud de los ciudadanos en España.
2. Definir el perfil socio demográfico de los encuestados y uso que realizan de los entornos virtuales con este fin.
3. Conocer las vías y los sitios web utilizados para el acceso de estas búsquedas y los criterios utilizados.
4. Analizar los recursos encontrados de apoyo a la información y educación para la salud y la utilidad que supuso.

5. Conocer las percepciones que las búsquedas e interacciones les han creado.
6. Conocer las propuestas de los internautas para la mejora de los sitios web con estos fines.
7. Determinar el tipo de información/educación recabada y el grado de dificultad encontrado en la búsqueda.
8. Conocer la valoración del encuestado sobre los resultados de las búsquedas en los entornos digitales con estos fines y para cada uno de ellos IPS/EPS, así como la repercusión en su salud.
9. Comprender como influyó ese conocimiento en su salud y la de sus allegados y en la relación con los profesionales sanitarios.
10. Proponer mejoras en relación con la información y educación para la salud en entornos digitales.

5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Metodología de la investigación.

5.1

Hemos seguido un procedimiento de investigación científica en la perspectiva planteada por Ander-Egg (1987, p. 57 citado por Cazau, 2006) cuando la define como “un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico que tiene por finalidad descubrir o interpretar los hechos y los fenómenos, relaciones y leyes de un determinado ámbito de la realidad” (p. 6).

Esta investigación estudia las experiencias de los internautas en la búsqueda de información y educación para la salud, para poder definir la situación actual, establecer relaciones lógicas causa-efecto y obtener conclusiones que sirvan de soporte para acciones, diseños y estrategias futuras.

Para conseguirlo queríamos recoger sus experiencias y observar los entornos que utilizaban sin que pudiéramos introducir injerencias o cambios de las variables independientes, por lo que siguiendo el criterio de Sampieri (1991, citando a Kerlinguer, 1979) hemos diseñado la investigación a partir de una metodología empírica y analítica ex-post-facto, que tiene como finalidad obtener evidencias para una mejor comprensión de la realidad, que facilite

un uso más eficaz de los entornos virtuales mediante la detección y resolución de problemas concretos, un conocimiento disciplinar enriquecedor y orientador que resulte aplicable al contexto del ámbito a estudio.

Para Mertens (2005, en Sampieri, 2006, p. 207) “la investigación no experimental es apropiada para variables que no pueden o deben ser manipuladas o resulta complicado hacerlo”.

En la investigación hemos recurrido a técnicas cuantitativas y cualitativas de encuesta, para recoger información de las experiencias, después una observación de los contextos de búsqueda en los entornos virtuales, para posteriormente analizarlos mediante estadística descriptiva y análisis de contenidos, con una posterior comparación con otros estudios publicados en aquellos aspectos coincidentes, obteniendo nuevo conocimiento en otros apartados novedosos, que han generado conclusiones y propuestas futuras de acción.

Consideramos que lo más adecuado era la utilización de métodos cuantitativos y cualitativos, considerando los planteamientos Cook y Reichardt (1982), Goetz y LeCompte (1988) y Feliz (2008), pues coincidimos con ellos en que constituye un error plantear una perspectiva paradigmática de incompatibilidad entre los tipos de métodos, como afirman los planteamientos excluyentes que consideran que el nexo entre paradigma y método obliga a la elección forzada entre cualitativo y cuantitativo.

Frente a estos planteamientos excluyentes consideramos que el empleo conjunto aporta beneficios metodológicos muy importantes a esta investigación.

Los defensores de que son paradigmas excluyentes refieren la mayor precisión y significado de uno u otro, pero consideramos

como indica Cook y Reichardt (op. cit., citando a cf. Brickell, 1970 y Shapiro, 1973), con relación a una ilusión óptica que: “A veces los ojos y los oídos de una persona constituyen el instrumento más preciso y significativo, mientras que en otros casos un instrumento más cuantitativo resultaría más válido, así como más fiable” (p. 8).

La distinción principal que se realiza entre ambos paradigmas se refiere a la dimensión de verificación frente a descubrimiento que se busca, como indican Cook y Reichardt (op. cit.), los métodos cuantitativos parecen más adecuados para comprobar o reafirmar teorías, mientras los métodos cualitativos parecen desarrollados para ser aplicados en el descubrimiento y generación de nuevas teorías.

En esta investigación pretendemos de una parte confirmar datos y comportamientos de los internautas y el contexto actual de los entornos virtuales, pero también ahondar en los sucesos y experiencias para descubrir tendencias y resultados y orientar su evolución.

Se realizó una revisión bibliográfica y del contexto previa, y a la hora de definir el constructo, se tuvieron como referentes: los conceptos en relación con la educación para la salud de los informes de la OMS, de la encuesta de la UE *The European Health Literacy Project. HLS-EU*, así como los incluidos en las referencias bibliográficas; para el diseño de preguntas cuantitativas y cualitativas se consideraron las preguntas y resultados de los informes ONTSI, INE, MSSSI y de Fundación Telefónica, Fundación Orange, Fundación Vodafone y Pfizer.

La investigación que hemos diseñado se compone por tanto de:

- una revisión bibliográfica sobre el estado actual de la temática a investigar;

- una encuesta *expost-facto*, para desde un enfoque epistemológico conocer y analizar las percepciones, búsquedas realizadas, resultados obtenidos y su aplicación, en relación con el conocimiento adquirido en la consulta y uso de los sitios web de información y educación para la salud desarrolladas en el ámbito de España;
- una etnografía virtual de los sitios web utilizados por los encuestados, mediante técnicas de observación no participante, para determinar características específicas de estos (promotores, temáticas, destinatarios, etc.), que sean de interés con estos fines;
- por último, se han procesado los resultados obtenidos, para su análisis, tras lo que se ha realizado la comparación, análisis causa-efecto y discusión que ha desembocado en la elaboración de conclusiones e informe final.

Para el diseño de la investigación debemos considerar que, según los objetivos planteados, los resultados tienen los siguientes destinatarios:

- primero los propios internautas, usuarios de Internet en este tipo de búsquedas y de los servicios de salud;
- segundo los profesionales de la información y educación para la salud en los entornos digitales, tanto profesionales de la salud, como de la educación, expertos en las TIC desde las perspectivas de programación, diseños y contenidos;

- tercero las entidades e instituciones promotoras de la información y educación para la salud en los entornos virtuales
- finalmente, como recopilación académica de conocimiento, que soporte futuras investigaciones y actividades.

En consecuencia, el método de investigación fue de corte empírico y analítico, ex post facto, mediante encuesta de diseño combinado cuantitativo y cualitativo. Utilizamos estadísticos descriptivos e inferencial, como la frecuencia y el porcentaje, así como análisis con Chi-Cuadrado para el contraste de medias, el Coeficiente de contingencia y la V Cramer para el estudio de la dependencia, para poder averiguar las diferencias entre grupos de la población encuestada.

5.2 **Herramientas de recogida de datos y destinatarios.**

Al tratarse de una investigación ex-post-facto y siguiendo los planteamientos ya referidos (Feliz, op. cit., Reichardt y Cook, op. cit. y Goetz y LeCompte, op. cit.), la hemos estructurado utilizando instrumentos cuantitativos y cualitativos, pues como plantean, consideramos un enfoque mixto como el más adecuado a las necesidades. Partimos de una estrategia cualitativa, pero que utiliza apoyos cuantitativos como referentes para el análisis, discusión y conclusiones, así como con fines de evaluación de resultados, permitiendo un mejor acercamiento a la realidad que queremos investigar.

El marco muestral se decidió que estaría compuesto de una muestra aleatoria, no probabilística, que estaría formada por internautas potenciales usuarios de la sanidad. Por otra parte, investigamos los sitios web de los que nos informaron los encuestados de forma consistente.

En el estudio, al escoger a los encuestados, no pretendíamos seguir un criterio estadístico poblacional definido por características demográficas o sociodemográficas, dada la complejidad que suponía y necesidad de recursos.

Para la recolección de datos, se utilizaron las siguientes técnicas de investigación, mediante las que se ha pretendido alcanzar el conocimiento de las características del grupo destinatario de la investigación, según los criterios planteados por Corbetta (2007) y Goezt y LeCompte (op. cit.):

- A. Cuestionario Ex-post- facto autocumplimentado online.
- B. Observación no participante.
- C. Correo electrónico, perfil de Facebook y Blog de apoyo.

A. Cuestionario Ex post facto autocumplimentado online.

Elaborado con preguntas de diseño cuantitativo y cualitativo, que utiliza el método descriptivo para obtener una visión general de la situación en cuanto a recursos tecnológicos, personales y actitudes, percepciones de los usuarios, para poder contrastar las hipótesis planteadas con los destinatarios, usuarios de la sanidad y de Internet.

Como técnica de recogida de datos, se diseñó un cuestionario autocumplimentado, informatizado, mediante una encuesta individual, siendo conscientes de las ventajas y desventajas que según Corbetta (op. cit.) presenta:

Ventajas

- Ahorro en los costes de investigación
- Mayor flexibilidad de respuesta
- Garantía de anonimato
- Ausencia de distorsiones del entrevistador
- Posibilidad de acceder a sujetos residentes en lugares diversos.

Desventajas

- Bajo nivel de respuesta
- Distorsión de la muestra por autoselección
- El nivel de estudios de la población debe ser medio-alto, para estar familiarizada con la respuesta escrita y recursos informáticos
- Imposibilidad de cuestionarios complejos
- Falta de control sobre la persona que responde
- La extensión del cuestionario es más limitada que en la entrevista
- El entrevistado no tiene preparación específica en la cumplimentación de esta encuesta y pueden tener diverso nivel cultural (pp. 183-84).

Por otra parte, también se consideró el posible bajo número de respuestas, en el que influyen diversos factores. Según Corbetta (op. cit.), los principales son:

- Institución que patrocina la investigación: crédito, prestigio, grado de conocimiento de esta, entre otros.

- Extensión del cuestionario, presentación, facilidad o dificultad, etc.
- Características de los entrevistados: características en común, grupo o gremio.
- Forma de solicitud de respuestas y reiteración (p. 186).

Para la elaboración del cuestionario también se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones generales, siguiendo a De Lara y Ballesteros (2007), y en el diseño de las preguntas de la encuesta se consideraron las recomendaciones efectuadas por Feliz (2010, vídeo), así como las que recoge Corbetta (op. cit., p. 164-167, citando a Sudman y Bradburn, 1982, p. 172; Bailey, 1994, p. 167, Corbetta y Parisi, 1983) y De Lara y Ballesteros (op. cit., citando a Sierra, 1991 y Bugada, 1974):

- Limitar el número de preguntas
- Limitar la extensión de la pregunta
- En las preguntas cerradas, el número de opciones debe ser reducido para evitar dificultar la respuesta
- Utilización de la “jerga del sector” o comprensible por este
- Las preguntas deben estar redactadas de forma sencilla y ser breves
- Evitar términos ambiguos para los destinatarios
- Buscar concreción evitando las abstracciones y valoraciones
- No se utilizarán preguntas negativas
- Evitar preguntas sobre recuerdos remotos

- Emplear forma personal y directa en la redacción
- Evitar preguntas indiscretas o que levanten prejuicios

También se consideraron como referente del diseño las recomendaciones de proceso de elaboración de un cuestionario De Lara y Ballesteros (op. cit.): “Definición de los objetivos del estudio; Determinación de las variables: establecer indicadores; Planificación del contenido; categorías, secuencias, nº preguntas, presentación, formulario, etc.; Aplicación piloto del cuestionario; Análisis respuesta; Redacción definitiva; Aplicación” (p. 312).

El cuestionario resultante se confecciona según la indagación que pretendíamos, es de tipo mixto y se compone de preguntas: cerradas de única respuesta entre las opciones, categorizadas de tipo mixto, con varias respuestas posibles y que permiten incluir categorías nuevas en el apartado de otros, y preguntas abiertas que permiten explicar las respuestas categorizadas de respuestas precedentes, de la propia respuesta o incluir sugerencias.

En algunos casos, se realiza una segunda pregunta abierta complementaria para provocar respuestas más íntimas y elaboradas. Asimismo, se han incluido escalas dicotómicas y escalas valorativas para describir percepciones o hábitos. También se han incluido preguntas de control y categorías reiteradas, para evaluar la veracidad y la consistencia de las respuestas.

B. Observación no participante de los sitios web descritos por los encuestados.

Se realizó la observación de los entornos virtuales utilizados, mediante una técnica no participante. Para el planteamiento y desarrollo, se consideró el siguiente proceso:

- Campo de observación: Se estableció sobre los entornos virtuales de los sitios web utilizados por los entrevistados, según permitían las características de estos mediante una “Lista de Observaciones”, con condiciones específicas de realización y datos a registrar Goetz y, LeCompte (op. cit.), con relación a las características, promotores, destinatarios y URL, y un posterior registro, para permitir su categorización.
- Búsqueda de resultados en la web: se realizó con los buscadores Google Chrome e Internet Explorer, dos de los buscadores más utilizados según Statcounter.com (2014), accediendo a los sitios.
- En la observación se registraron aspectos como: Denominación, Promotor (Quienes somos), Perfil del promotor (según actores sociales en este ámbito), URL, Destinatarios de la información, Fiabilidad y no fiabilidad expresada por los encuestados. Se realizaba la observación de todos los sitios web descritos agrupando posteriormente los correspondientes al mismo promotor y clasificándolos por perfiles de promotores.

C. Perfil específico en los entornos virtuales.

Como soporte en los entornos virtuales se creó (Anexo 1) un perfil específico en Internet con el correo electrónico jmarina.investig@gmail.com, para ofrecer a los encuestados la posibilidad de consultar y aclarar dudas sobre la cumplimentación de cuestionario y evolución de la encuesta, un perfil de Facebook Joaquín Marina, para interactuar con la temática de la investigación y un Blog edusalud_virtual, para poder divulgar resultados de la investigación, intercambiar información y experiencias con los participantes y expertos.

Recogida de datos.

5.3

Para la realización de la encuesta, se desechó desde el inicio la idea de realizarla mediante recogida de datos presencial por la laboriosidad y limitación en la recogida para un solo investigador, además de la fase de volcado informático de datos y elaboración, salvo que se contratara encuestadores y colaboradores, lo que no era posible por su coste.

Por otra parte, se desechó también el cuestionario telefónico y el correo ordinario por razones similares. En ambas opciones surgía además la interferencia del nivel de alfabetización digital, puesto que se trataba de estudiar las búsquedas de información y educación para la salud en entornos virtuales, por lo que no podía realizarse la encuesta por métodos analógicos, ya que la brecha digital habría interferido en el número de respuestas y calidad de estas en razón a la investigación.

Se decidió realizar la encuesta de forma *online* ya que nos permitía un tratamiento de los datos mucho más eficaz y de manera más sencilla, pues suelen ordenarse y tratarse por defecto, facilitando su análisis, así como por la facilidad operativa, bajo coste de muestreo, ámbito y contexto investigados.

En ese momento de la investigación, existían diversas herramientas que nos brindaban la posibilidad de realizar encuestas de diferentes tipos, grado de complejidad y longitud, ya sea en nuestra web o blog, o mediante el envío de un correo electrónico.

Se consideraron ciertos aspectos que motivaron los criterios orientados a la obtención de la muestra, a saber:

- obtener una muestra lo suficientemente amplia para poder coleccionar un número amplio de visiones,
- que se cumpliera el principio de pertinencia, o sea, que fueran informantes que pudieran facilitar la mayor calidad y cantidad de información, para lo cual se divulgó la investigación invitando a participar a usuarios del ámbito de la sanidad y de internautas, en forma analógica mediante octavillas en centros sanitarios del Área 4 de Gestión del SERMAS y de forma digital mediante redes sociales (Facebook, Google+, Blog) y mediante correo electrónico.

Para el soporte de realización de la encuesta, se consideró la necesidad de que contara con las siguientes premisas:

- que fuera gratuita y con garantía de estabilidad y acceso a lo largo de un periodo de uno a tres años, al menos,
- que permitieran un cuestionario *online* de entre 20 y 40 preguntas,
- con un variado tipo de diseño de preguntas: con respuestas numéricas, de fecha, tipo test, con validación, eligiendo opciones de una lista desplegable para preguntas categorizadas y categorizadas mixtas de respuesta múltiple o sencilla, con escalas de valoración numérica o dicotómicas, abiertas con texto limitado o con texto libre, e insertando campos de fecha y hora de realización automáticos,

- además, con volcado informático automático a un programa que permitiera la elaboración y análisis de los resultados,
- recopilación de los datos a través de un enlace web, de correo electrónico, por Facebook o mediante la incrustación en una web o blog,
- que se pudiera comprobar los resultados en tiempo real desde cualquier lugar.

Además, la herramienta debe tener un diseño y un proveedor que garanticen la privacidad, que exige la legislación española y europea de protección de datos, tanto desde la perspectiva de cuestionarios informatizados, como por tratarse de preguntas relativas a la salud, que tiene el máximo nivel de protección de datos:

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal (BOE, 1999).
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (BOE, 2008).
- Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico (BOE, 2002)
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016.

Se revisaron las herramientas disponibles gratuitas, se recopiló la información que daban los proveedores de estas y se comprobó

el funcionamiento de las que reunían los requisitos *a priori*. Las informaciones recopiladas fueron:

Google Drive: una de las aplicaciones más básicas, aunque más completa, de fácil manejo para crear encuestas, es la aplicación de Google Formularios. Se accede desde una cuenta de correo electrónico de Gmail creando una cuenta en Google Drive. La aplicación cumple los requisitos establecidos como premisas, permite crear encuestas sencillas y con diferentes formatos de pregunta, también permite ir a una pregunta u otra en el siguiente paso en función de la respuesta dada por el encuestado y añadir imágenes o vídeos de YouTube.

Es una herramienta básica con posibilidad de personalización limitada, pero muy útil para cuestionarios no muy complejos. Tras la edición del cuestionario *online*, crea una URL de acceso al cuestionario, que puede ser pública o privada y permite compartir lectura y edición. Para la puesta en marcha del cuestionario, basta con compartir el enlace, ya sea a contactos de correo electrónico o en los perfiles sociales, redes sociales, blog, etc.

Los resultados son accesibles desde la cuenta de Google Drive en tiempo real, desde cualquier punto y se puede visualizar en formato "Hoja de Cálculo Excel" que, una vez descargada, permite trabajos de elaboración. También se puede acceder a un resumen de los resultados de una forma mucho más visual con estadística y figuras en tiempo real. Asimismo, ofrece soporte mediante foros y biblioteca de sugerencias y tutoriales.

WUFOO: se trata de un generador de formularios *online* gratuito muy flexible e intuitivo, de fácil diseño, aunque tiene la limitación de que solo podías utilizar 3 formularios con 10 campos cada uno, por lo que se descartó.

Survey Monkey: es una herramienta para la elaboración y envío de encuestas, el plan gratuito permite realizar encuestas de hasta 10 preguntas y 100 respuestas, por lo que se descartó, la opción de pago no tiene límite de preguntas y encuestados, ofrece más de 15 tipos de preguntas, personalización del logotipo y de la marca, página, pregunta y lógica de exclusión, la encuesta se puede enviar a través de dispositivos móviles, la web o las redes sociales y ofrece el consejo de expertos, facilita biblioteca de plantillas de encuesta, soporte por correo electrónico, teléfono y mediante biblioteca de sugerencias y tutoriales.

EncuestaFácil: es un servicio con experiencia y establecido, para la realización de encuestas *online* y tiene opción gratuita que posibilita la personalización de la encuesta con logotipo, el acceso a diferentes plantillas o la realización de encuestas con un número ilimitado de preguntas. Pueden hacerse hasta 18 tipos diferentes de preguntas (tipo test, desplegables...), limitar la duración de la encuesta, ver los resultados en tiempo real o filtrar los resultados del informe e imprimirlo posteriormente.

TusEncuestas.com: se trata de un servicio con experiencia y establecido para la realización de cuestionarios en Internet. Se puede acceder a toda su funcionalidad de forma gratuita y sin publicidad. Tampoco existen limitaciones en cuanto al número de respuestas por encuesta, límite de encuestas en una misma página, límite de tiempo de una encuesta, número mínimo de votaciones en cierto tiempo, cantidad máxima de votos por encuesta. Permite personalizar el estilo, pero requiere ciertos conocimientos de programación.

Typeform: permite hacer encuestas de manera sencilla y rápida, con buena estética y visualización, que ayuda a que el encuestado termine el cuestionario. El alta y acceso a todas sus

funcionalidades son gratuitos, permite realizar tres encuestas de un máximo de 20 preguntas y de hasta 5000 respuestas por encuesta, por lo que se descartó. Las encuestas son accesibles desde cualquier dispositivo, como tabletas y teléfonos inteligentes.

Pollsnack: requiere alta, pero tiene opción gratuita con limitaciones de diseño. Tras realizar el cuestionario, ofrece opciones de personalización, medidas, colores, etc. y podremos usar el enlace para envío por correo electrónico o en redes sociales.

Wedgies: requiere alta con registro, pero tiene un plan gratuito. En el diseño del cuestionario tiene limitaciones de 25 caracteres, en diseño nos permite poner una imagen o incluso un GIF animado.

Poptip: está solo enfocada a compartir encuestas en redes sociales (Twitter y Facebook).

Otras herramientas que parecen más diseñadas para seguimiento de blog, foros y redes sociales por tener limitaciones en diseños de preguntas, medios de difusión o tiempo de encuesta se desecharon.

Por cumplir los requisitos que se habían establecido previamente y tener mayor confianza en la versión gratuita, en aspectos de tiempo de validez de diseños, no caducidad de las herramientas que recogen los resultados entre otras, se escogió la herramienta de Google Formularios, mediante la que se realizó un cuestionario *online* autocumplimentado.

Tras realizar diversas pruebas para comprobar su diseño, estabilidad, fiabilidad y funcionalidad (diseño de cuestionario, modificación del diseño, cumplimentación de datos, comprobación de los ficheros de resumen y hoja de cálculo asociados...), durante

un periodo de un mes, se consideró adecuada la utilidad de la tecnología y consistencia del sistema de archivo de resultados y seguimiento, a pesar de las dificultades y complejidad que pudiera presentar en la posterior categorización de las preguntas abiertas.

Lo que hace Google Drive Formularios es generar una encuesta incrustable que, además, vuelca sus datos automáticamente a una plantilla *ad hoc* también disponible en línea, y todo con un diseño colaborativo. Su facilidad de diseño y de aplicación a técnicas de encuesta la convierte en un confiable método de encuesta.

5.4 **Elaboración de la encuesta y el cuestionario.**

La fase de elaboración se desarrolló desde diciembre de 2013 a mayo de 2014, con una fase recopilación de documentación, de creación del contenido y comprobación de la eficacia de los instrumentos a utilizar. Después, hubo una fase de validación del cuestionario por expertos y otra estadística, el cuestionario digital resultante de paso a revisión por usuarios antes de su utilización masiva.

Como cuestión previa se consideró el término “para la salud” diferente al término “en salud”, el primero relacionado con la alfabetización en salud de los ciudadanos, derivado del inglés “health literacy”, el segundo centrado en la formación de los profesionales de la salud.

También definimos en los cuestionarios como aclaración previa al encuestado, que entendemos por “información”: los datos sobre aspectos de salud con nivel técnico o divulgativo presentados de

forma aislada, y por "educación": cuando la información se presenta estructurada con fin de favorecer el aprendizaje y con complementos o recursos que ayuden a su comprensión.

Para la elaboración de las preguntas y la definición de las categorías apriorísticas del cuestionario, se realizó un pretest (De Rada, 2001) mediante una propuesta-borrador con los posibles apartados y preguntas a realizar, se incluyeron preguntas filtro y preguntas de control. El diseño incluía preguntas cerradas, abiertas, con respuestas opcionales, complementarias, preguntas de valoración con escala ordinal, escala métrica de intervalo, escala de Likert, de diferencial semántico, etc.

Se estableció desde el inicio un diseño con tres dimensiones de encuesta, un primer bloque de perfil del encuestado, un segundo relativo a la utilización de los entornos virtuales para el acceso a la información y educación para la salud, y un tercero relativo a la utilización de los resultados de las búsquedas en relación con el profesional que le atiende, los temas de búsqueda con este fin, los resultados obtenidos para su aplicación, la colaboración de los profesionales de la salud en la orientación de los usuarios y la percepciones sobre los resultados obtenidos.

El pretest se realizó utilizando soporte analógico y con versión digital (Anexo 2), a cumplimentar en el trascurso de una entrevista abierta, con acceso a un formulario digital para recoger aportaciones de un grupo de cinco colaboradores que se componía de usuarios de la sanidad, profesionales docentes y de la salud, que eran internautas, seleccionados siguiendo el criterio de Schuman y Presser (1981, citado en Corbetta, 2007). El cuestionario estaba compuesto de 13 preguntas donde se pretendía un acercamiento semántico y observar la recopilación de resultados que se obtenía.

Los tres apartados tuvieron varias modificaciones e inclusiones para permitir y promover la expresión del encuestado/usuario, en base a esto se realizó un cuestionario base de tres apartados y 25 preguntas, que se pasó a un formulario para validación (Anexo 3 y 4) y al modelo de formularios Google para una prueba digital de cumplimentación.

Apartado I. Perfil del encuestado.

En este apartado se incluyeron preguntas para conocer datos considerados relevantes del perfil sociodemográfico del encuestado, así como las características de uso de Internet y redes sociales, para que nos ayude en el análisis y evaluación de los resultados, en relación con los objetivos específicos 1, 2 y 3.

Estos los utilizamos tanto a nivel de cada encuestado, como para el análisis del resultado global de los datos obtenidos. Es uno de los motivos por el que las tres primeras preguntas son de respuesta obligatoria, el otro es crear una dinámica de respuesta que ayude a la cumplimentación completa del cuestionario.

Los datos referidos a género, edad y nivel de estudios son datos que se consideran en diversas encuestas (INE, ONTSI, Fundación Telefónica y Fundación Orange) con relación al uso de Internet y las redes sociales, tipo de acceso tecnológico y frecuencia de uso de Internet y de redes sociales, lo que ha permitido realizar la discusión de resultados y triangulación.

Por otra parte, la pregunta 4 (“Frecuencia de utilización de Internet”) se incluyó, por una parte, para determinar la habilidad del encuestado y por otra, para revisar la coherencia de las respuestas al relacionarla con las respuestas a la pregunta 7 (“Indique la frecuencia de consultas sobre información y/o educación para la Salud”), del siguiente apartado.

Apartado II. Formas utilizadas para el acceso a la información y/o educación para la salud y las dificultades encontradas.

En este apartado se pretende obtener resultados de los hábitos de consulta y más específicamente, los referidos a los entornos digitales utilizados en búsquedas de temas para la salud, tanto con fines de información, como de educación para la salud, lo que en algunas preguntas se consulta por separado; como apoyo en algunas también se categorizó por separado la pregunta cerrada mixta correspondiente.

También queríamos conocer las dificultades encontradas para localizar la información y considerarla fiable y válida y si les sirvió para esos fines de búsqueda, todo esto con relación a los objetivos específicos 4, 5 y 6. Además, se les consultó sobre los medios utilizados en los entornos analógicos y digital y qué herramientas y recursos de los sitios web les resultaron más útiles para ambos fines, también de forma diferenciada.

Apartado III. Valoración de la información y/o educación para la salud obtenida en entornos digitales, así como de la influencia posterior en su comportamiento con relación a su salud y la de sus allegados, y en la relación con los profesionales sanitarios.

Las preguntas de este apartado son para determinar varias situaciones relacionadas con las búsquedas de información y educación para la salud en Internet, así como la actitud y colaboración de los profesionales de la salud que le atienden, con relación a los objetivos específicos 7, 8, 9 y 10.

Se obtiene la valoración de la información obtenida en Internet en relación con los profesionales de salud que le atienden, el tipo de información que buscó y utilidad, así como si lo comentó con el profesional, las situaciones surgidas, y si los profesionales le han asesorado sobre estas búsquedas. Finalmente, como cierre, se

realiza una pregunta, parecida a otra anterior, con relación a en qué le ayudó la búsqueda y una de cierre invitándole a realizar cualquier aportación que considere de interés.

Validación del cuestionario.

5.5

Previamente a su puesta en marcha y elaboración definitiva como cuestionario autocumplimentado *online*, se presentaron los cuestionarios a validación de expertos, estadística y posteriormente a revisión y cumplimentación de un grupo de usuarios (Anexo 5).

Para lo primero el diseño siguió el criterio establecido por Feliz Murias (vídeo en YouTube, 20/06/2010), se pidió la valoración en escala de 1 a 5 y la justificación, y también se ofrecía la posibilidad de aportaciones de texto libre en cada apartado, de las siguientes preguntas cuyo concepto se explicaba:

- Claridad/Adecuación de las preguntas: grado en que el ítem está redactado de forma clara y precisa, facilitando su comprensión por los sujetos encuestados.
- Pertinencia: correspondencia entre el contenido del ítem y el objetivo(s) de la dimensión para la que va a ser utilizado, coincidentes con los apartados.
- Justificación: apartado de texto libre para que explique o comente su valoración y realice propuestas.

Validación y prueba control:

- A. Validación de Expertos
- B. Prueba control: Revisión y aplicación por Usuarios
- C. Validación estadística

A. Validación de Expertos: Se elaboró un cuestionario en Google drive y un formulario de validación (Anexos 3 y 4) que se envió a 15 expertos del área educativa, algunos de la UNED y otros de la sanidad pública, obteniéndose respuesta de 12 de ellos.

La validación nos permitió verificar la adecuación y pertinencia de los ítems para los objetivos de la investigación. Las aportaciones principales de los expertos se refirieron a la terminología, redacción y pertinencia de las preguntas, lo que analizamos y subsanamos, a la necesidad de diferenciar en diversas preguntas el aspecto referido a la información de la educación para la salud, así como a la necesidad de simplificar preguntas para obtener respuestas más claras y categorizables, lo que se consideró acertado e hizo crecer el número de preguntas de las 25 propuestas a las 32 finales.

Las preguntas abiertas se sometieron al análisis de contenido, este tipo de análisis cualitativo tiene una larga trayectoria de aplicación en diversos campos (Schreier, 2012 y Costa et al., 2016), y se basa en la categorización de segmentos que responden a los objetivos de investigación. El sistema de categorías se construye progresivamente a medida que se analizan las respuestas, decidiendo el tamaño de estas para garantizar la comprensión y la representatividad de las respuestas.

Revisión realizada. (Por preguntas)

Reproducimos el documento de valoración y en cada pregunta a validación incluimos el valor resultante de Adecuación (A) y de Pertinencia (P) sobre 5, así como las propuestas de modificación, argumentación y la redacción final. Indicamos la numeración inicial de la pregunta (P. 1) y a continuación la numeración de la nueva pregunta tras revisión (p. n. 1).

Dimensión I.

Objetivo 1: Conocer el perfil de los encuestados.

Apartado I.- Perfil del encuestado:

1. (P. 1) (p. n. 1). Sexo: Hombre / Mujer. A: 5; P: 4,9. Sin objeciones, se mantiene.
2. (P. 2) (p. n. 2). Indique su edad. A: 5,0; P: 4,9. Proponen otras formas de registro de la edad. Evidencias: “Puede ser útil que incluyas listado y que seleccione entre rangos Ej. 20-30 años. Así se facilita el análisis”. Aunque coincide la propuesta con la estratificación del INE que usamos de referencia, se desechó al ser una opción posible posteriormente y si se realiza de inicio se pierde información. Se mejoró la pregunta a una opción de dos cifras de entrada libre.
3. (P. 3) (p. n. 3). Nivel educativo alcanzado. A: 4,4; P: 4,2. Proponen mejoras de redacción y categorías de respuesta. Evidencias: “¿Alcanzado es igual a concluido?”, “No está claro”, “Doctorado, Otros”, “Incluir apartado otros”. Se aceptan los cambios propuestos para mejorar la claridad de la pregunta *Nivel de estudios*

concluidos y las opciones de respuesta con más niveles académicos como categorías en la pregunta.

4. (P. 4) ¿Padece o ha padecido usted o un familiar cercano alguna enfermedad grave aguda o crónica? A: 4,2; P: 3,8. Proponen mejoras en la redacción incluso eliminación. Evidencias: “Demasiados “o” en una misma pregunta”, “¿es necesaria esta pregunta?”, “¿para qué lo necesitas?”, “Es posible que sea demasiado personal”, “Esta pregunta puede no ser respondida”, “Está justificada, sin embargo, eliminaría los adjetivos de la enfermedad”, “Pregunta que puede ser sensible”. Se había incluido pues existe relación según estudios entre el estado de salud y las búsquedas por Internet, pero al dudar de si sería respondida por ser una información íntima, según planteaban los expertos y dado que puntuaron con una valoración media de pertinencia se optó por suprimirla.
5. (P. 5) Indique cuál es su Buscador Web más habitual (motor de búsqueda). A: 4,1; P: 3,9. Las propuestas cuestionan la pertinencia. Evidencias: “¿para qué?”, “Yahoo! Search”, “¿Para qué?”, “¿Para qué es?”. La pregunta podía ofrecer confusión pues el concepto de motor de búsqueda puede no conocerse, además, obtuvo una valoración media de pertinencia, se revisó y no tenía relación con otras del cuestionario, por lo que se optó por suprimirla.
6. (P. 6) (p. n. 6). Indique cuales son las 5 Redes Sociales que más utiliza. A: 4,3; P: 3,8. Propuesta de reducción del número de respuestas. Evidencias: “5 parecen muchas 3 sería mejor”, “quizás demasiadas”, “¿Por qué cinco?”,

“Muchas opciones”, “Muy largo”. Es una pregunta que obtiene resultados de adecuación y pertinencia medios, las propuestas eran de reducir opciones a tres, que además favorece una selección espontánea de las más utilizadas. Se modifica reduciendo la selección a tres.

En esta dimensión plantearon los validadores otras propuestas de preguntas:

- Incluir situación laboral. Evidencia: “En el apartado de Perfil del encuestado (dimensión 1) debe incluirse un 4º dato de interés: situación profesional (en ejercicio, en paro o jubilado). Se enriquece la información para comprender aspectos del uso de las tecnologías en distintos estadios socioculturales y socioprofesionales.” No se pretende en la encuesta conocer la utilización de la tecnología en relación con las variables que plantea, sino las búsquedas para la salud y los resultados obtenidos. Se descartó por añadir complejidad al número de preguntas, debe desarrollarse en otra línea de estudio.
- Tecnología utilizada: De la sugerencia anterior sobre conocer la tecnología, se reflexionó que sí era necesario conocer la utilizada para el acceso a Internet, pues la pregunta vale de control y referencia con estudios consultados y porque las herramientas y aplicaciones varían entre teléfono y ordenador en este momento.
- Utilización de las redes sociales y cuando necesitó la información. Evidencia: “¿Conocer cuándo comenzó a utilizar las redes o internet? ¿fue cuando necesitó información relacionada con la salud?”. Se reflexionó

que la habilidad en el uso de entornos digitales viene de la frecuencia de utilización más que del tiempo que se lleva utilizando, en consecuencia, se añadió una pregunta sobre la frecuencia de uso personal o profesional para conocer la habilidad esperada. En cuanto a la necesidad de búsquedas para la salud se incluyó en la dimensión siguiente.

- Se decidió incluir un apartado de otros en todas las preguntas con opciones del cuestionario.

Dimensión II.

Objetivo 2: Conocer las formas utilizadas para acceso a la información/ *educación* para la salud.

Objetivo 3: Conocer el grado de dificultad encontrado para acceder a esta información/ *educación para la salud*.

Apartado II.- Formas utilizadas para acceso a información/ educación para la salud y la dificultad de acceso encontrada.

Propuesta de revisión para esta dimensión y la siguiente.

Evidencia: “En el siguiente apartado (dimensión 2) me parece fundamental diferenciar información de educación para la salud. Educar para la salud tiene otras connotaciones en la personalidad del encuestado diferentes a los bancos de datos o de información sanitaria. Estar informado sobre cuestiones de la salud es una cosa y saber por qué, para qué y cómo adquirir hábitos saludables es otra. Muchas veces utilizamos informadores de salud acuciados por la necesidad compulsiva de explicarnos lo que nos pasa y descartar, pero dicha información puede ser muy técnica y nada educativa. Se precisa saber la intencionalidad del programa informativo y también los motivos de la búsqueda del encuestado. (las preguntas 16 y 17 no son suficientes

para diferenciar estas intencionalidades y consecuentemente, su influencia educativa.”, “Diferenciar Información y Educación”. Se revisan las dimensiones 2 y 3 para especificar y diferenciar en algunos casos entre información y educación para la salud, para desglosar preguntas y simplificar las respuestas, también para recolocar algunas preguntas.

7. (P. 7) (p. n. 5). Tipo de tecnología que más utiliza en estas búsquedas de información de salud. A: 4,5; P: 4,3. No hay comentarios. No se diferencia entre ordenador portátil y de sobremesa por ser similar el software, las aplicaciones y diseños. Se decide pasarla a la dimensión I por ser una pregunta referida al perfil del encuestado y a utilizar de control y referencia colocándola como (p. n. 5) y refiriendo información y educación como conceptos diferenciados.
8. (P. 8) (p. n. 7). Frecuencia de consulta de información de Salud. A: 4,4; P: 4,7. Propuesta de clarificar pregunta y opciones. Evidencia: “Clarificar las opciones”. Se revisa el texto: *Indique la frecuencia de consultas sobre información y/o educación para la salud*. En cuanto a la frecuencia se incluyen las opciones en una nueva pregunta (p. n. 4) para que permita la comparación con esta, más dos referidas a situaciones esporádicas: *Cuando voy a la consulta* y *Cuando no me encuentro bien*, para identificar hábitos esporádicos de búsquedas.
9. (P. 9) (p. n. 8). Indique como es más frecuente que acceda a la información de salud. En soporte digital o en papel. A: 3,4; P: 4,5. Proponen corregir error de numeración y mejorar redacción. Evidencia: “La opción 5 no se utiliza”, “Mejorar (más breve) las explicaciones de la pregunta”,

“Numeración errónea”, “Error de numeración”, “Error en numeración”, “Error en numeración”, “Incluir medios audio-visuales: radio y televisión. El enunciado de la pregunta para explicar la escala es demasiado elaborado y no me parece necesario. Alternativa Principalmente: Radio, televisión, papel, medio digital”. Los validadores detectan error en la explicación de la escala que se corrige, también se reduce y aclara la explicación: *(escoja 1 para solo en papel y 5 solo digital)*. No se indica medios concretos pues se realiza en las siguientes preguntas.

10. (P. 10) (p. n. 9). Indique como accede habitualmente a la información de salud. En soporte de papel. A: 4,4; P: 4,7. Proponen revisar redacción. Evidencia: “Mejorar redacción de pregunta”. Proponen revisar redacción, se revisa incrementando las opciones de respuesta: *Para acceder a la información y/o educación para la salud, en soporte digital, indique que medios utiliza más frecuentemente: (marque todas las opciones que proceda)*.
11. (P. 11) (p. n. 10). Indique como accede habitualmente a la información de salud. En soporte Digital. A: 3,5; P: 4,7. Proponen revisar redacción y diseño. Evidencias: “Faltaría casilla en la que reflejar la frecuencia”, “Ídem a la anterior (Mejorar redacción de pregunta)”, “Hay error de diseño”, “Falta algo”, “Poco clara”, se revisa mejorando la redacción simplificando la explicación: *Para acceder a la información y/o educación para la salud, en soporte digital, indique que medios utiliza más frecuentemente: (marque todas las casillas que proceda)*.

12. (P. 12) (p. n. 11). ¿Le resulta fácil encontrar la información de salud que busca? A: 4,2; P: 4,9. Proponen modificar la redacción. Evidencias: “Cambiar redacción de pregunta: ej. Indique el grado de dificultad...”, “No se puede Explicar”, “Añadir opción de explicar”. Se modifica la redacción: *Indique el grado de dificultad para encontrar la información y/o educación para la salud que busca en entornos digitales*, y se divide la pregunta en dos opciones de respuesta para Información para la salud y para Educación para la salud, además se crea una nueva pregunta abierta para explicación.

Se incluye lo siguiente:

(p. n. 11). Indique el grado de dificultad para encontrar la información y/o educación para la salud que busca en entornos digitales

(p. n. 12). Sobre la pregunta anterior (nº 11) indique el tipo de dificultades que ha encontrado en las búsquedas que indicábamos, sobre qué temas y si eran para información o educación.

13. (P. 13) (p. n. 13). Indique si lo recuerda, algunos de los nombres de los portales Web, páginas Web o redes sociales consultadas, grado de fiabilidad y dirección URL. /... A: 3,6; P: 4,7. Proponen simplificar la pregunta por ser muy compleja y difícil de responder. Evidencias: “Demasiados datos para un campo abierto. No lo escribirán correctamente.”, “¿No pides mucho? Es mejor que les pidas solo la URL, por ejemplo, y así garantizas que te respondas.”, “Incluir alguna pregunta abierta que

aclare la información: ej. ¿Qué tipo de dificultades ha encontrado? ¿qué sugerencias de mejora de los sitios visitados realizará....?”, “Algo compleja de responder”, “No la responderán bien”, “Es un poco compleja”, “El grado de fiabilidad debería incluirse en la DIMENSIÓN III”, “Es difícil de responder, simplificar.”, “Revisar, es compleja de responder”. Se revisa simplificando y desdoblado en varias preguntas, esta queda redactada: *Indique algunos de los nombres de los portales Web, páginas Web o redes sociales y/o su dirección URL, consultadas con fines de información y/o educación para la salud:*

Se incluyen las siguientes preguntas nuevas (p. n.) como desglose y complementaria a esta:

- (p. n. 14). En relación con la respuesta anterior (nº13) ¿puede indicarnos algunos sitios web que considere bastante o muy fiables?
- (p. n. 15). En relación con la respuesta anterior (nº13) ¿puede indicarnos algunos sitios web que considere poco o nada fiables?
- (p. n. 16). ¿Qué sugerencias de mejora de los sitios web visitados realizarías con fines de información?
- (p. n. 17). ¿Qué sugerencias de mejora de los sitios web visitados realizarías con fines de formación o educación para la salud?
- (p. n. 18). De los recursos web y medios de apoyo con que contaban los sitios web ¿cuáles le han parecido más útiles?: Se incluyen 11 opciones y un apartado de “Otros”.
- (p. n. 19.) De la pregunta anterior, indique por qué le fue más útil y como lo utilizó y si quiere sugerir

otros recursos que le parecen útiles y no se ofrecían explíquelo.

Dimensión III.

Objetivo 4. Conocer la valoración del encuestado sobre la información/ *educación para la salud* obtenida en entornos digitales y la repercusión en su salud.

Objetivo 5. Comprender como influyó ese conocimiento en su salud y en la relación con los profesionales sanitarios.

Apartado III. Valoración de la información obtenida en entornos digitales sobre su salud o evolución de su enfermedad y tratamientos, así como la influencia posterior en su comportamiento con relación a estos aspectos y en la relación con los profesionales sanitarios.

Proponen los validadores que se aplique a esta dimensión también la diferenciación entre “Información” y “Educación” para la salud.

14. (P. 14) (p. n. 20). Indique su opinión sobre las características y dificultades, de obtención de la información de salud en Internet en relación con la facilitada por su profesional sanitario, ¿Cuál considera más...? A: 3,8; P: 4,3. Proponen clarificar la redacción de la pregunta y añadir otra pregunta abierta para explicar la respuesta. Evidencia: “En las posibles respuestas no se da opción a la “opinión sobre las características y dificultades” que presenta una pregunta abierta.”, “No he comprendido a la primera la pregunta.”, “El formulario es claro. El texto del planteamiento, no.”, “Incluir una pregunta abierta que amplíe la información ¿por qué lo considera más fiable o comprensible? ¿cuáles son las

diferentes entre ambas fuentes? ¿qué aspectos eran menos objetivos ?...”, “Simplificar o cambiar la redacción del enunciado. Especificar el tipo de profesional de salud: atención primaria y atención especializada.”, “Pregunta problemática, debe evaluar el usuario, ¿Está capacitado para responder?” Se revisa y queda redactada: *En relación a la información y/o educación para la salud conseguida en Internet y/o de su profesional de la salud, indique cuál considera ¿más...?: Fiable, Comprensible, Abundante, Accesible, Objetiva, Útil.*

Se incluye una nueva pregunta de explicación:

(p. n. 21). Explique las respuestas a la pregunta anterior

(p. n. 20).

15. (P. 15) (p. n. 22) Indique que tipo de información/actividad relacionada con la salud buscó: A: 4,8; P: 4,9. No se realizan propuestas de modificación. Se revisa redacción: *Indique que tipo de información y/o educación para la salud buscó:*

16. (P. 16) (p. n. 23) Indique si la información obtenida en Internet le ha ayudado a mejorar el cuidado de la salud: (escala de 1 a 5). A: 4,8; P: 5,0. Proponen corrección numérica de explicación y opción de explicación. Evidencias: “Por qué, añadir pregunta abierta”, “Corregir numeración” “las preguntas 16 y 17 no son suficientes para diferenciar estas intencionalidades y consecuentemente, su influencia educativa”. Se corrige el error numérico y la redacción: *Indique si la información y/o educación para la salud obtenida en Internet le ha ayudado a mejorar el cuidado de la salud.*

17. (P. 17) (p. n. 24). Explique cómo ha repercutido: (respuesta Abierta) A: 4,6; P: 4,5. Propuestas de mejora. Evidencias: “Mejorar redacción. Aclarar”, “las preguntas 16 y 17 no son suficientes para diferenciar estas intencionalidades y consecuentemente, su influencia educativa”. Se corrige el error numérico y la redacción: *Explique la respuesta a la pregunta anterior. ¿Cómo le ha ayudado la información y/o educación obtenida en Internet?*
18. (P. 18) (p. n. 25). Indique si ha comentado la información con su médico u otro profesional sanitario que le atiende: SI/NO. A: 4,8; P: 4,8. Propuesta de indagar respuesta. Evidencia: “¿qué respuesta recibió del profesional?”. La pregunta se desdobra en varias para indagar respuesta y tipo de profesional, así como el motivo del comportamiento del encuestado. Esta queda redactada: *Indique si ha comentado, con su médico u otro profesional sanitario que le atiende, su consulta en Internet y la información o educación para la salud obtenida.*
19. (P. 19) (p. n. 26). Explique cuando y que sucedió. A: 3,8; P: 4,8. Propuesta de acotar respuestas y mejorar redacción. Evidencia: “Ambiguo.”. “Revisar redacción”. Se revisa y modifica la redacción: *Explique la respuesta anterior, si su respuesta es "SI" indique que opinaron de su búsqueda y de la información y/o educación obtenida, si su respuesta fue "NO" indique el motivo.*
20. (P. 20) (p. n. 27). ¿Considera que la información era coincidente? A: 4,3; P: 4,8. Revisar texto clarificando pregunta. Evidencia: “Explicar qué se entiende por coincidente. Parece obvio, pero se perderán.”, “¿Entre

qué? Incluir pregunta abierta que permita explicar.”, “Redactar más claro”, “No Valora”, “Revisar texto”. Se modifica y queda redactado: *Valore el grado de coincidencia de la información y/o educación que consiguió por Internet, con la que le ofreció su profesional de salud al consultarle en aspectos de diagnóstico, tratamiento, autocuidados, recomendaciones de salud, etc. (escala de 1 a 5).*

Se añade una pregunta abierta para permitir una mejor explicación:

(p. n. 28). Explique la respuesta a la pregunta anterior.

21. (P. 21) ¿Qué tipo de errores ha encontrado en la información? A: 4,0; P: 4,7. Presenta problemas de valoración. Evidencias: “¿La información encontrada, la que compartió con el médico, la que le dio el médico...?”, “Donde el error”, ¿¿“De quien??”, “Es difícil saber lo suficiente para valorar”. Se suprime la pregunta, se considera que con una pregunta anterior es suficiente (P. 20) (p. n. 27 y 28).

22. (P. 22) (p. n. 29). Su profesional sanitario le ha recomendado páginas web o redes sociales para informarse de temas de salud: SI/NO. A: 4,8; P: 4,8. Proponen revisar y ampliar. Evidencia: “Nadie te recomienda”, “Ampliar con el profesional que le indicó Web”. Se revisa y queda redactada: *Los profesionales sanitarios que le atienden ¿le han recomendado páginas web o redes sociales para información y/o educación para la salud?:*

23. (P. 23) (p. n. 30). En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior indique cuales. A: 4,9; P: 4,8. Revisar

texto. Evidencia: “Añadir que tipo de sanitario”. Queda redactado: *En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior (nº 29) indique que tipo de profesional fue y cuales sitios Web.*

24. (P. 24) (p. n. 31). Indique que beneficios considera que le proporcione la información que obtuvo en los entornos virtuales. A: 4,5; P: 4,8. Revisar texto. Evidencia: “El enunciado de la pregunta es demasiado general”. Se revisa el texto quedando redactado: *Indique que beneficios considera que le proporcionó la información y/o educación para la salud que obtuvo en los entornos virtuales.*

25.(P. 25) (p. n. 32). Exponga cualquier comentario o aportación suplementaria que quiera realizar a mayores. A: 4,5; P: 4,8. Revisar texto. Evidencia: “Enunciado muy general y algo confuso: Exponga comentario que quiera realizar a mayores”. Se mantiene el texto.

B. Prueba control. Revisión y aplicación por Usuarios: el cuestionario con 32 preguntas en formulario de Google (Anexo 5) se envió a 15 usuarios no expertos con los que se contactó previamente, explicando el rol que debían desempeñar y obteniéndose respuestas de 13 de ellos.

La validación de usuarios nos permitió verificar la adecuación para el público al que nos dirigimos y la revisión de la redacción de las preguntas que debían ser adecuadas para facilitar la respuesta y cumplimentación. Previamente dividimos alguna pregunta en varias más específicas que permitiera respuestas más concretas, evitando la dispersión, también se consideró incluir preguntas de ampliación.

En su casi totalidad consideraron el cuestionario de fácil cumplimentación, aunque por el contrario en algún caso lo consideró un poco extenso, sin que el formato electrónico les ocasionara dificultad por lo que se procedió a finalizar el proceso.

- C. Validación estadística, se efectuaron los cálculos para medir el grado de fiabilidad de la consistencia interna, o sea, la magnitud en que los ítems de un instrumento están correlacionados. Esto lo realizamos mediante el alfa de Cronbach aplicado a ítems cuantitativos, que esperábamos que midieran el mismo constructo o dimensión teórica, así como la validez del cuestionario para medir lo esperado, obteniéndose los siguientes resultados (Tabla 3).

Alfa de Cronbach	Cronbach's Alpha	0,836036587
Split-La mitad (par-impar) Correlación	Split-Half (odd-even) Correlation	0,851913812
Spearman-Brown Profecía	Spearman-Brown Prophecy	0,920036134
La media para la Prueba	Mean for Test	22,9
Desviación estándar de prueba	Standard Deviation for Test	6,876772499
KR21	KR21	0,639211205
KR20	KR20	0,836036587

El resultado de consistencia interna, Alfa de Cronbach, obtuvo una valoración de 0,84 que podemos considerar buena al estar entre 0,80 y 0,90 (George y Mallery, 2003, Oviedo y Campo-Arias, 2005), al igual que la correlación Split-La mitad (par-impar), 0,85 y la Predicción de Spearman-Brown, 0,92.

Validación de resultados.

5.6 El análisis cuantitativo fue realizado por el sistema de encuesta de Google Formularios, el cualitativo se realizó mediante clasificación de las respuestas abiertas en categorías y subcategorías preestablecidas, en algún caso hubo que reformularlas según las respuestas obtenidas y se cuantificaron las frecuencias utilizando para el tratamiento el programa Aquad 7, que facilita la revisión y coherencia del sistema categorial (Huber y Gürtler, 2003; Drisko, y Maschi, 2015; Marina y Feliz, 2018).

Al concluir se realizaron búsquedas de diferencias significativas entre variables categóricas, estudiamos la relación de dependencia entre las categorías de las preguntas que consideramos más significativas, en referencia al género, la edad y nivel de estudios concluidos, mediante estudio estadístico calculando: Chi-Cuadrado y a partir de esta calculamos la dependencia mediante el Coeficiente de contingencia y V Cramer (De Arce, 2017).

Por otra parte, en las categorías en las que buscábamos dependencia para mejorar los resultados de la observación de la diferencia entre los resultados observados y esperados se calcularon los residuos tipificados -los residuos divididos por su desviación típica- que nos indicaron la aportación de cada valor, positivo o negativo al cálculo de Chi. También calculamos los residuos tipificados corregidos para las categorías con influencia media para poder observar valores especialmente significativos. (Marina y Feliz 2018).

La autoevaluación de las fases del proyecto fue posible mediante una estrategia de seguimiento de las fases de realización y por la triangulación entre los datos generales de la sociedad española, informes y estadísticas españolas descritas, con los resultados de la investigación en su faceta cuantitativa y cualitativa, lo que como estrategia nos permite evaluar y controlar la investigación ya realizada, como plantea Callejo y Viedma (2006), citando a Denzin como uno de los principales pasos metodológicos hacia la articulación de técnicas cualitativo-cuantitativas.

En el diseño de la investigación a efectos de referencia y en el contraste de resultados y discusión se han considerado los informes y documentos que se indican, relacionados con el acceso y uso de la tecnología, así como con la información y educación para la salud, elaborados por organismos oficiales españoles de la Unión europea y por las empresas o entidades.

Esto nos ha permitido plantear criterios referenciales, evaluar el desarrollo de la investigación a efectos de evaluación continua, introduciendo los más recientes según se hacían públicos, incorporándolos a la discusión final de resultados, lo que ha permitido corroborar resultados y obtener inferencias.

Esta investigación ha profundizado más en aspectos vivenciales y de perspectiva de los internautas sobre las dificultades de acceso y mapeo de los sitios web, que los restantes estudios de referencia en los que se tratan tangencialmente y de forma incompleta, por lo que aporta interesantes conclusiones a partir de las respuestas de los encuestados.

Los informes principales que hemos utilizado como referentes relacionados en orden alfabético son:

- Fundación Orange e-España: Informe anual sobre la sociedad de la Información. Informes e-España 2014.
- Fundación Telefónica:
 - Informe Sociedad de la Información en España 2014
 - Informe Sociedad de la Información en España 2015
 - Informe Sociedad de la Información en España 2016
- Instituto Nacional de Estadística (INE):
 - (2014) Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares.
 - (2015) Encuesta de Población Edad 1.3 Población residente por fecha, género, grupo de edad y nacionalidad. Enero 2015.
 - (2015) Panel TIC de Hogares. Enero -marzo 2015.
 - (2015) Evolución de datos de Personas (2006-2015), por características demográficas, tipo de uso de TIC y periodo: Unidades: Porcentajes horizontales sobre personas (16 a 74 años). Personas que han utilizado el ordenador en los últimos 3 meses.
 - (2015) Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Madrid: INE. 2015.
 - (2015) Empleo del tiempo, conciliación trabajo y familia (actualizado 26 mayo 2015) / 5.5 Tiempo dedicado a actividades de ocio, a vida social y diversión, a deportes y actividades al aire libre.
 - (2015) Estudio de demanda y uso de Servicios de Telecomunicaciones y Sociedad de la Información 2014.

- (2015) Perfil sociodemográfico de los Internautas. Análisis datos INE 2014. Febrero 2015.
- (2017) Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Madrid: INE. 2017.
- (2018) Encuesta de población INE 2018.
- Organización Mundial de la Salud (OMS):
 - (1998) Glosario Promoción de la Salud OMS 1998 Unidad de Promoción de la Salud y Educación para la Salud de la División de Comunicación, Educación y Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. MS Ginebra Suiza.
 - (2012) 1er Congreso Europeo de empoderamiento de los pacientes 2012 organizada por la Oficina Regional de la OMS, junto con el Ministerio de Salud de Dinamarca, el Comité Danés de educación sanitaria, la Fundación Careum Suiza y el Programa Paciente Experto, del Reino Unido. Copenhague, Dinamarca.
- Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones ONTSI:
 - Informe 2012 Las TIC en el Sistema Nacional de Salud.
 - Informe 2016 Los Ciudadanos ante la e-Sanidad. Estudio sobre opiniones y expectativas de los ciudadanos sobre el uso y aplicación de las TIC en el ámbito sanitario.
- Pfizer (2010) Encuesta El rol de Internet en el proceso de consulta de la información sobre salud.

- Unión Europea (UE): The European Health Literacy Project. HLS-EU Consortium (2012) Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project. (D17).

Trabajo de campo.

5.7

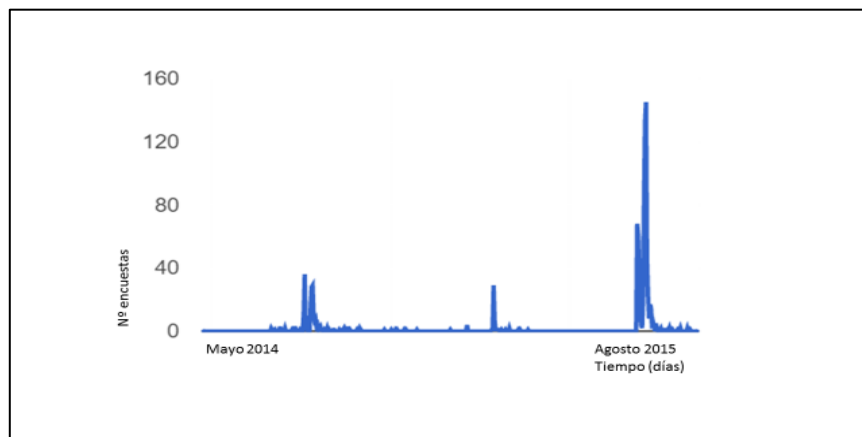
La primera cuestión por abordar fue la difusión del cuestionario, para evitar las desventajas del cuestionario autocumplimentado, de bajo porcentaje de respuestas, o las dificultades de interpretación de las preguntas que citan diversos autores (Corbetta, 2007).

El cuestionario se divulgó de las siguientes formas: primero, mediante octavillas explicativas que incluían un enlace corto de acceso a Internet, que se distribuían a los usuarios en los centros sanitarios de atención especializada de la zona noroeste de Madrid (Área 4), que se consideraron representativos, obteniendo muy bajo nivel de respuesta; segundo, mediante correos electrónicos y difusión en redes sociales: Facebook, Google+, a personas de varios círculos de relación obteniendo un mejor nivel de respuesta, aunque insuficiente, y tercero, mediante correos electrónicos a contactos relacionados con la UNED y otras universidades. En todos los casos se les indicaba un correo electrónico de contacto y consulta.

Con esta distribución al momento de corte en los 998 encuestados obtuvimos un índice de respuesta de 9,56%, consideramos esta tasa de respuesta moderada, que es consecuencia de la diversa forma de distribución y divulgación, y está influida por diversos factores entre otros el referido bajo nivel de respuesta de los cuestionarios autocumplimentados, que se vio

contrarrestado por el prestigio de la UNED y la distribución entre grupos relacionados.

El cuestionario que se había elaborado a partir de la aplicación de formularios de Google Drive se archivaba automáticamente al ser cumplimentado en los archivos de Excel asociados, y además genera automáticamente un resumen de resultados, sin depurar errores, con cada cuestionario cumplimentado. Las oleadas se realizaron entre de mayo 2014 y agosto de 2015, con el gráfico de resultados adjunto (Figura 9).



Fuente: Google Formularios IEV

Figura 9. Gráfica de respuestas diarias

Nombre	Fecha de modifica...	Tipo
193 Investigación Infoedusalud (respu...	09/06/2015 0:30	Microsoft Excel W...
193 Investigación Infoedusalud Form ...	12/08/2014 10:31	Adobe Acrobat D..
542 Investigación Infoedusalud (respu...	20/06/2015 18:55	Microsoft Excel W...
542 Investigación Infoedusalud Form ...	20/06/2015 18:44	Adobe Acrobat D..
848 Investigación Infoedusalud (respu...	19/06/2015 8:53	Microsoft Excel W...
848 Investigación Infoedusalud Form ...	19/06/2015 9:15	Adobe Acrobat D..
914 Investigación Infoedusalud (respu...	20/06/2015 20:51	Microsoft Excel W...
914 Investigación Infoedusalud Form ...	20/06/2015 21:06	Adobe Acrobat D..
998 Investigación Infoedusalud (respu...	16/08/2015 20:58	Microsoft Excel W...
998 Investigación Infoedusalud Form ...	20/08/2015 17:48	Rich Text Format
998 Investigación Infoedusalud Form ...	13/08/2015 19:19	Adobe Acrobat D..
Cuestionario online Investigación sobr...	13/08/2015 16:35	Adobe Acrobat D..

Figura 10. Cortes de seguimiento

Para controlar la evolución de los resultados y de las respuestas, se efectuaron cortes de seguimiento en un momento determinado aleatoriamente, descargando los archivos de Office Excel con los resultados y los resúmenes en formato PDF. Además, este sistema garantizaba el almacenamiento de datos si existían fallos en el sistema en algún momento del proceso (Figura 10). Los cortes se realizaron en las respuestas: Corte 1-R. 193, Corte 2-R. 592, Corte 3-R. 848, Corte 4-R. 914, Corte final en la R. 998.

Una revisión del seguimiento realizado correspondiente al *Apartado I-Perfil del encuestado*, nos ofrece los resultados que se muestran a continuación y que consideramos muy interesantes, encontrando una serie de datos con pequeñas variaciones entre 1 a 6 puntos, aunque la mayoría de los datos se mantuvieron estables. Se observan evoluciones en el uso de Internet y las redes en paralelo con los perfiles de edad, género y nivel de estudios de los encuestados en cada oleada, con mayor influencia por parte del nivel de estudios en sentido favorable o desfavorable, según los casos.

Hemos realizado una comparación para las respuestas sin depurar de este apartado, relativo a las características del encuestado y hábitos generales en el uso de la tecnología que exponemos a continuación:

Pregunta 1. Género: Hombre / Mujer* Obligatoria.

En la pregunta sobre el Género del encuestado, que era de obligatoria respuesta, obtuvimos en los cortes referidos los siguientes resultados sin depurar (Tabla 4).

Durante toda la encuesta se ha mantenido la desviación de una mayoría de encuestadas mujeres, en la primera mitad superior a 20 puntos en la categoría mujer que en la de hombre, en relación a los

datos estadísticos de población, en la segunda parte algo menor, pero de más de 15 puntos.

Corte en la encuesta	Hombres	Mujeres
con 193 encuestados	24	76
con 542 encuestados	31,8	68,2
con 848 encuestados	30,4	69,6
con 998 encuestados	30	70

Nota.-Datos obtenidos de la tabla Excel del corte sin depurar

Pregunta 2. Indique su edad* Obligatoria.

Es una pregunta de obligatoria respuesta y obtuvimos los siguientes resultados en los cortes sin revisión (Tabla 5).

Los grupos de 25 a 34, de 35 a 44 y de 55 a 64 se mantuvieron estables durante toda la encuesta, se redujeron los grupos de 16 a 24 y de 65 a 74 con disminuciones de 1,5 puntos, aumentando en compensación el de 45 a 54, que creció en 7 puntos.

Categoría/ Corte por Rango edades	C 193	C 542	C 848	C 998
01 a 15	0,0	0,2	0,1	0,1
16 a 24	5,2	3,6	3,9	4,1
25 a 34	23,8	22,1	23,1	22,5
35 a 44	32,1	30,4	30,2	29,6
45 a 54	23,3	28,0	29,2	30,0
55 a 64	10,9	12,6	10,6	11,1
65 a 74	4,7	3,0	2,7	2,5
75 a 84	0,0	0,2	0,1	0,1
85 a 94	0,0	0,0	0,1	0,1

Nota.-Datos obtenidos de la tabla Excel del corte sin depurar

Pregunta 3. Nivel educativo concluido* Obligatoria.

Es una pregunta de obligatoria respuesta y los resultados de los cortes antes de revisión fueron (Tabla 6).

Categorías	C 193	C 542	C 848	C 998
Educación obligatoria	4,10%	3,70%	3,30%	3,00%
Educación profesional media	6,70%	6,90%	6,30%	5,90%
Educación profesional superior	20,70%	17,60%	16,70%	16,50%
Educación universitaria	34,20%	36,50%	39,40%	39,00%
Educación universitaria postgrado	18,70%	19,90%	20,40%	20,10%
Doctorado	5,70%	8,80%	8,90%	10,40%
Sin estudios oficiales	0,50%	0,40%	0,50%	0,40%
Otro	9,30%	6,20%	4,60%	4,60%

Nota.-Datos obtenidos de la tabla Excel del corte sin depurar

Las mayores diferencias se produjeron en la Enseñanza profesional superior, que disminuyó a lo largo del periodo en 4,5 puntos, y los mayores crecimientos en la Educación Universitaria (6 puntos) y Doctorado (4 puntos).

Pregunta 4. Indique la frecuencia con la que utiliza Internet con fines personales o profesionales.

Es, una pregunta de libre respuesta. Se obtuvieron los resultados que se muestran a continuación (Tabla 7). Entre la primera y la segunda oleada, el máximo crecimiento es en la frecuencia “Diaria” de 3 puntos, y “Esporádicamente” que disminuye 1,8 puntos; el resto de las variaciones son menores, por lo que consideramos los datos, bastante estables.

Categorías	C 193	C 542	C 848	C 998
Diaria	92,7	95,1	95,7	95,7
Semanal	4,1	3,0	2,8	2,9
Mensual	0,0	0,0	0,0	0,0
Esporádicamente	2,6	1,7	1,3	1,2
Otro	0,5	0,2	0,2	0,2

Nota.-Datos obtenidos de la tabla Excel del corte sin depurar

Pregunta 5. Indique el tipo de tecnología que más utiliza en estas búsquedas de información.

Esta pregunta tampoco era de respuesta obligatoria. Obtuvimos los resultados, antes de revisión de la Tabla 8.

Tabla 8. Cortes seguimiento. Tipo tecnología acceso en %. P.5				
Categorías	C 193	C 542	C 848	C 998
Teléfono Móvil	26,2	24,2	26,6	27
Ordenador	66,5	68,1	65,5	65,2
Tablet	6,3	6,6	6,7	6,7
Otros	1	1,1	1,2	1,1
Nota.-Datos obtenidos de la tabla Excel del corte sin depurar				

En este apartado, las variaciones de las categorías fueron inferiores a 2 puntos porcentuales a lo largo de la encuesta.

Pregunta 6. Indique cuáles son las redes sociales que más utiliza.

Los resultados de los cortes antes de revisión fueron los indicados en la Tabla 9.

Tabla 9. Cortes seguimiento. Redes sociales más utilizadas en %. P. 6				
Categorías	C 193	C 542	C 848	C 998
Facebook	78,2	77,2	77,7	76,2
Twitter	30,1	32,1	31,1	30,3
YouTube	37,8	48,2	51,5	52,2
MySpace	1,0	0,4	0,4	0,4
Flickr	2,6	2,9	2,1	1,9
LinkedIn	14,0	18,9	18,3	18,7
Tuenti	1,0	0,8	0,9	0,8
Google+	40,4	39,7	39,9	40,1
Pinterest	2,1	5,1	5,5	5,7
Menéame	1,0	1,2	1,5	1,5
Bitácoras	1,6	1,6	1,4	1,6
Vimeo	2,6	3,1	2,9	3,0
Otros	4,1	6,6	7,1	7,8
Nota.-Datos obtenidos de la tabla Excel del corte sin depurar				

En las respuestas a esta pregunta, se producen las mayores variaciones, ya que al principio se obtienen unos resultados menores en el número de referencias de cada encuestado sobre las redes sociales que utiliza.

Las principales se producen en cuanto a la frecuencia de cita de algunas redes sociales, por lo que las referencias a YouTube casi se duplicaron entre la primera y segunda parte. Otro crecimiento importante lo realiza LinkedIn y en menor medida Pinterest, coincidiendo con el crecimiento de titulados universitarios y la frecuencia de uso de Internet. En sentido inverso, tiene una pequeña bajada Facebook y, en menor medida, y debiendo considerar el bajo número de citas, MySpace y Flickr.

5.8 Revisión General y Categorización de la Encuesta.

Realizamos el corte final con 998 encuestas respondidas, según el programa de encuesta utilizado, a las que debemos restar 19 en blanco por errores informáticos, quedando 979 encuestas. Al revisar las respuestas globalmente, se han detectado 5 encuestas duplicadas, con todas las respuestas iguales, que se han considerado errores de envío y que han sido anuladas según los casos, resultando 974 como punto de partida de encuestas válidas.

En la revisión individual de cada pregunta, los duplicados afectan de forma diversa a la estadística de la respuesta, lo que se ha subsanado, pues en algunos casos la respuesta estaba en blanco y en otras contenía respuesta. Anulamos también las respuestas

que en preguntas encadenadas no se había realizado a la pregunta principal.

Se estudió cada pregunta individualmente, siguiendo el criterio que indica De Lara et al. (2007):

- En las preguntas con categorías definidas, se constató la aparición de una determinada palabra o número y la frecuencia.
- Cuando incluían además el apartado de “Otros”, se analizaron los vocablos incluidos en ese apartado, reasignando en cada caso las respuestas a categorías ya establecidas, pero que el encuestado no había asociado, también creando otras nuevas si las características y la frecuencia lo recomendaba. En las escalas bipolares, se consideró la frecuencia y la elección de cada asignación valorativa, y en las preguntas abiertas, se realizó el análisis de palabras considerando los vocablos clasificados como categorías ya propuestos en la pregunta a la que está asociada y el análisis de frases de las que podían obtenerse nuevas categorías, referidas a significados o percepciones que explicaban actitudes y comportamiento.
- Cuando se planteó más de una palabra a considerar, se desglosó la frase o frases, considerando la viabilidad e interés del vocablo, creando una nueva categoría cuando se consideró adecuado, por la aportación que suponía y la ayuda que ofrecía a la comprensión y creación de significados.

Para reflejar la opinión de los encuestados se incluyeron evidencias de las respuestas respetando los segmentos utilizados.

Por otra parte, tras considerar cada pregunta y revisar las respuestas en la categorización, resulta un número menor de válidas, por diversas causas:

- Falta respuesta para esa cuestión específica del encuestado, dejándola en blanco.
- Responder de forma errónea, incluyendo aquí un apartado de errores que han sido anulados, que incluye entre otros: errores tipográficos que por sus características impiden su categorización; respuestas no congruentes con la pregunta, suponemos que por error de casilla u otro, o por mala interpretación.
- No haber respondido a la pregunta principal en las preguntas encadenadas, salvo que se pudiera subsanar la respuesta en la principal.

Tras este proceso, en cada pregunta se ha procedido a recalcular un número de respuestas válidas a efectos estadísticos y de considerar las frecuencias de aparición de categorías y determinar las más relevantes.

Se procedió finalmente a realizar cálculos de frecuencia y porcentaje numérico en las preguntas categorizadas; en las abiertas se establecieron las subcategorías y categorías emergentes o grupos de estas en su caso, calculando la frecuencia y porcentaje respecto a los datos recogidos o según el caso respuestas válidas.

6. RESULTADOS Y ANÁLISIS

6.1 **Revisión de resultados y análisis por apartados y preguntas.**

Los resultados obtenidos por el cuestionario por apartados y preguntas fueron los siguientes:

6.1.1 **Apartado 1. Perfil del encuestado.**

Este apartado pretende conocer el perfil demográfico del encuestado, así como las características de uso de Internet y redes sociales, para que nos ayude en el análisis y evaluación de los resultados, enfocado al primer objetivo específico establecido, derivado del constructo realizado para poder referenciar con otros informes y encuestas realizadas.

Los datos referidos a género, edad y nivel de estudios son datos que se consideran en diversas encuestas (INE, ONTSI, etc.), referidos al uso de Internet y redes sociales, tipo de acceso tecnológico y frecuencia de uso, lo que permite las referencias y triangulación.

Esto también lo hemos utilizado tanto a nivel de cada encuestado, como del resultado global de los datos obtenidos, permitiendo analizar los resultados en conjunto del apartado y en

relación con los siguientes. Este es uno de los motivos por el que las tres primeras preguntas son de respuesta obligatoria; otra era crear una dinámica de respuesta en los encuestados.

Por otra parte, la pregunta 4 *Frecuencia de utilización de Internet* nos sirvió para realizar un control de la coherencia de las respuestas al relacionarla con la respuesta a la pregunta 7 del siguiente apartado.

En el estudio no se pretendía seguir un criterio definido demográfico o sociodemográfico al escoger a los encuestados u obtener una muestra universal representativa por su complejidad por lo que los resultados representan al grupo encuestado. Los datos recabados nos han permitido:

- Definir el perfil sociodemográfico y de uso de los entornos virtuales con este fin.
- Conocer las vías y los sitios web utilizados para el acceso de estas búsquedas y los criterios utilizados.

Pregunta 1. Género: Hombre / Mujer * (Obligatoria).

Se trata de una pregunta de respuesta obligatoria, cerrada dicotómica. Al revisar los resultados se obtuvieron 974 respuestas válidas con los resultados reflejados en la Figura 11.

Los encuestados, en la adscripción de género, se definen mayoritariamente como mujer, siendo menor el número de hombres, lo que supone una distribución diferente a la población en general. Al revisar la evolución de la encuesta, encontramos que es consistente a lo largo del periodo.

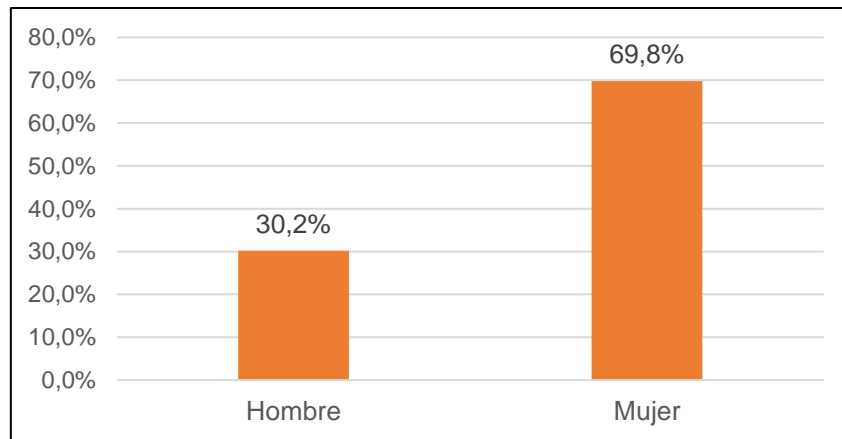


Figura 11. Género de los encuestados. P. 1

Pregunta 2. Indique su edad * (Obligatoria).

Es una pregunta de respuesta obligatoria y única de tipo numérico. Los resultados de esta pregunta se depuraron resultando en 974 respuestas válidas, cuyos resultados recogemos en la Figura 12.

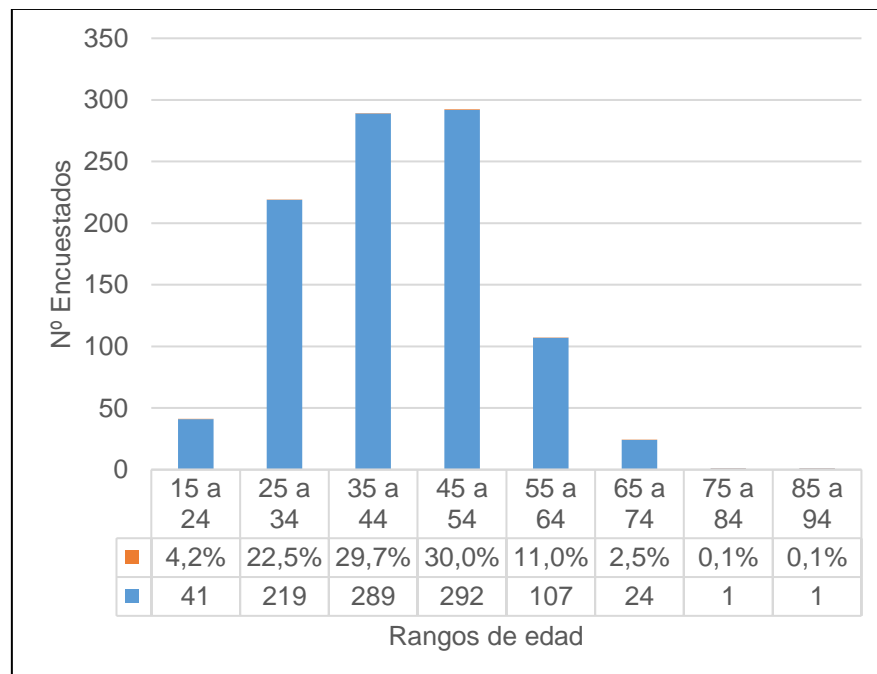


Figura 12. Distribución de edades de los encuestados. P. 2

Encontramos como grupos con mayor número de encuestados los comprendidos en el grupo entre 35-44 años y entre 45-54, en los grupos de edades entre 25 y 34 y entre 55 y 64 se produce un descenso importante al 22,0% y 11,0% respectivamente. Al englobar los dos primeros resulta que en los rangos de edad entre 35 y 54 años se encuentra un 59,7% de los encuestados lo que supone más de la mitad.

Pregunta 3. Nivel educativo concluido* (Obligatoria).

Se trata de una pregunta de respuesta obligatoria, única y categorizada mixta. En esta pregunta, tras depurar los resultados, se obtuvieron 974 respuestas válidas.

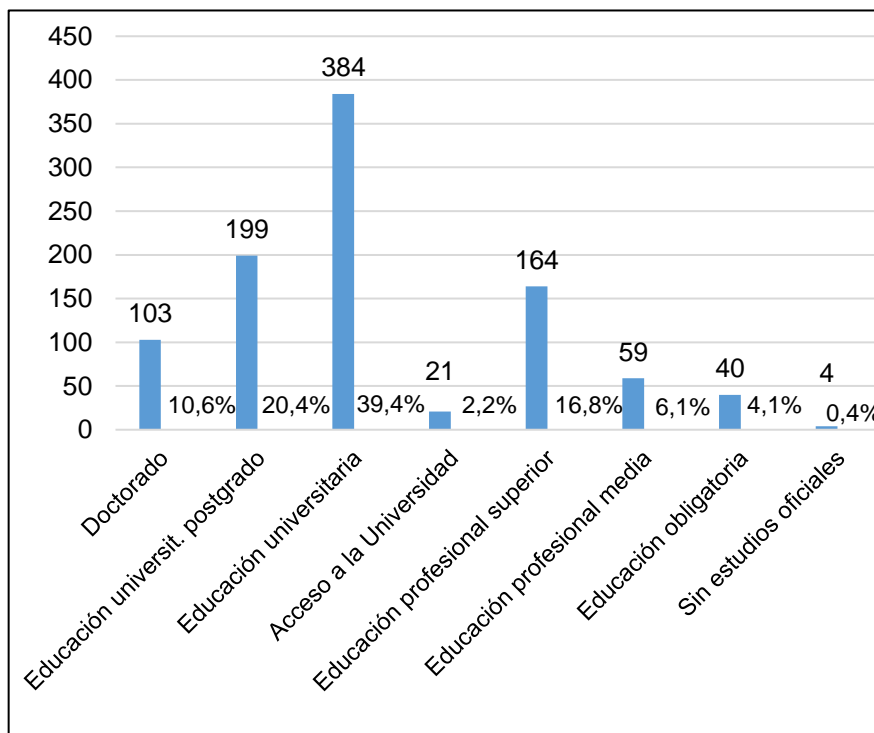


Figura 13. Nivel educativo concluido de los encuestados.P.3

El apartado “Otros” ha sido categorizado, incluyendo las respuestas entre las previamente establecidas por asociación de conceptos y en una nueva categoría creada de acceso a la Universidad donde se incluyó “acceso a mayores de 25 años”,

“selectividad” y “cursando el grado” en diferentes cursos y similares. Los resultados obtenidos fueron los representados en Figura 13.

En relación con el nivel educativo de los encuestados, encontramos que los estudios universitarios: *Educación universitaria*, *Educación universitaria de postgrado* y *Doctorado* suman el 70,4%. Por otra parte, tiene *Educación superior no universitaria* el 16,8% y *Acceso a la Universidad* el 2,2%.

Pregunta 4. Indique la frecuencia con la que utiliza Internet con fines personales o profesionales.

Se trata de una pregunta de respuesta no obligatoria, única y categorizada mixta. Se revisaron los resultados obteniendo 970 respuestas válidas.

El apartado “Otros” ha sido categorizado incluyendo las respuestas entre las que habíamos establecido previamente, por tratarse de variaciones semánticas (Figura 14).

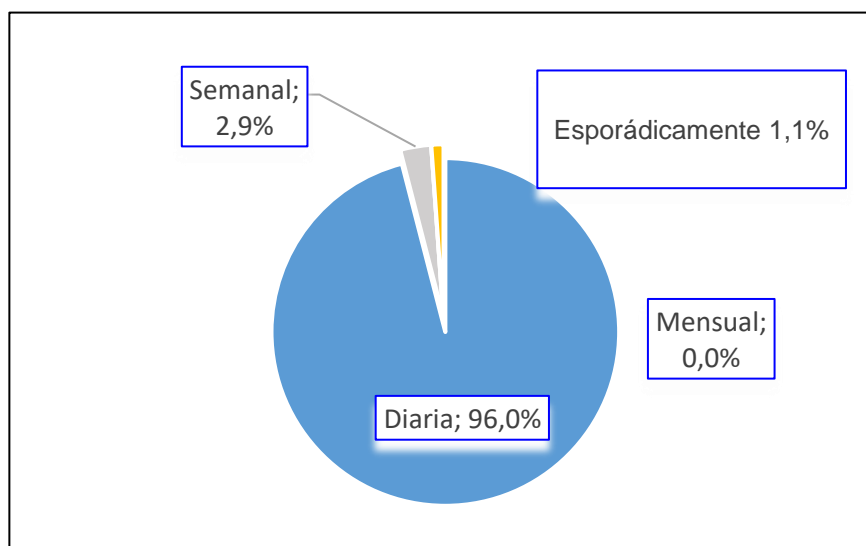


Figura 14. Frecuencia de utilización de Internet profesional y personal. P. 4

Los resultados encontrados reflejan un alto grado de utilización diaria a Internet, siendo muy reducido el número de encuestados de acceso *semanal* y *esporádicamente*. Esto indica por lo tanto mucha práctica en la navegación por internet.

Pregunta 5. Indique el tipo de tecnología que más utiliza en estas búsquedas de información.

Era una pregunta de respuesta no obligatoria, única, categorizada mixta. Se obtuvieron 960 respuestas válidas.

El apartado “Otros” ha sido revisado añadiendo dos nuevas categorías de clasificación *las tres anteriores* y *Tablet y ordenador*. Las restantes se clasificaron como errores y fueron descontadas de las respuestas válidas (Figura 15).

El resultado de la encuesta es que la gran mayoría de los encuestados utiliza para las búsquedas personales o profesionales en Internet el ordenador, siendo la segunda opción es el teléfono móvil y con gran diferencia la tablet, lo realizan con igual preferencia por varias de las tecnologías planteadas un 0,8%.

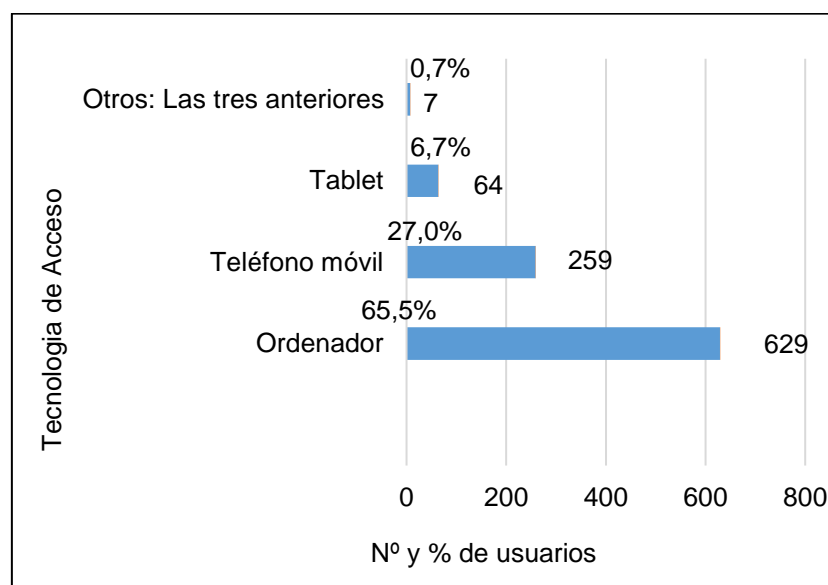


Figura 15. Tipo de tecnología de acceso. P. 5

Pregunta 6. Indique cuáles son las redes sociales que más utiliza (Indique un máximo de tres).

Se trata de una pregunta categorizada mixta de respuesta múltiple que permitía añadir otras opciones y seleccionar varias categorías. Se indicaba que escogiera un máximo de tres más utilizadas.

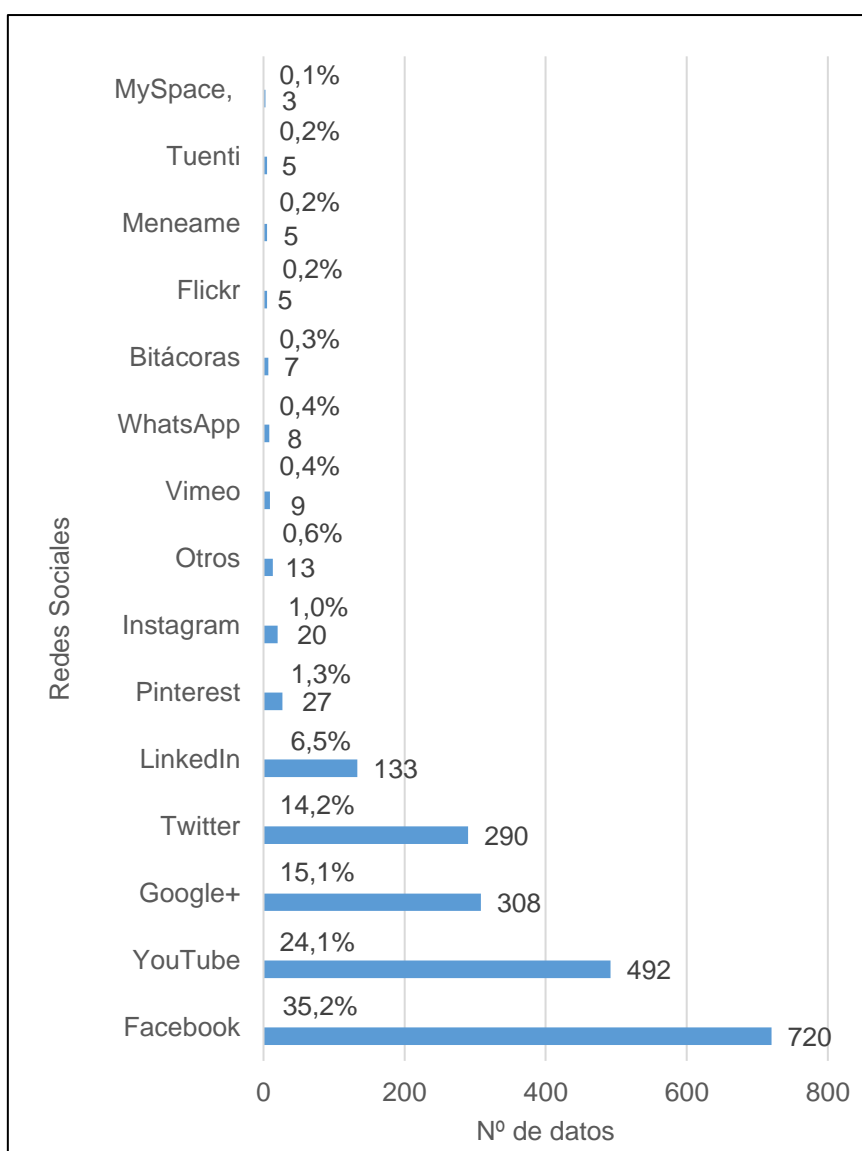


Figura 16. Utilización de las redes sociales. P. 6

Al categorizar el apartado “Otros”, se han creado con las respuestas más repetidas las nuevas categorías específicas de: *Instagram, Ninguna (red), WhatsApp y Otros varios*, que incluye referencias con pocas o una única respuesta como: Hotmail, Yahoo, Foros, Blogs, Telegram, Scoop.it, Edmodo, Ello, Tumblr, Bloglovin, Diáspora, N-1, Hornet. Los resultados se representaron en la Figura 16, se calcularon sobre el total de respuestas válidas.

Se consultó sobre utilización de las redes sociales en sus actividades cotidianas, como reflejo de su habilidad en este ámbito de los entornos virtuales, debiendo indicar un máximo de tres más utilizadas, de las 942 respuestas validas se obtuvieron 2.045 referencias, resultando que un 98,7% de los encuestados las utilizan.

Los datos obtenidos por número de referencias son por orden de frecuencia: *Facebook, YouTube, Google+ y Twitter*, y le siguen a cierta distancia *LinkedIn* y con mucha menor utilización, *Pinterest e Instagram*, esta última no había sido incluida previamente.

Destaca el alto nivel de utilización de Facebook, seguidas de YouTube, Google+ y Twitter, se trata de redes que permiten la relación de profesionales, pacientes y familiares de estos, o de grupos de salud. El alto nivel de respuestas referidas a YouTube lo consideramos relacionado con su aplicación en la educación y temas de salud.

6.1.2 Apartado 2. Formas utilizadas para el acceso a la información y/o educación para la salud y las dificultades encontradas.

En este bloque se obtienen resultados de los hábitos de consulta en Internet para temas de salud, tanto con fines de información como de educación para la salud IPS/EPS, lo que en algunas preguntas se consulta por separado. También se plantean las

dificultades encontradas para localizar la información y considerarla válida, así como que le haya servido o no para esos fines.

Las preguntas de este apartado están orientadas para dar respuestas en la dirección planteada por los tres objetivos generales y dan respuesta a parte de las hipótesis planteadas, nos permiten:

- Definir el perfil socio demográfico y de uso de los entornos virtuales con este fin.
- Conocer las vías y los sitios web utilizados para el acceso de estas búsquedas y los criterios utilizados.
- Analizar los recursos encontrados de apoyo a la información y educación para la salud y la utilidad que supuso.
- Conocer las propuestas de los internautas para la mejora de los sitios web con estos fines.

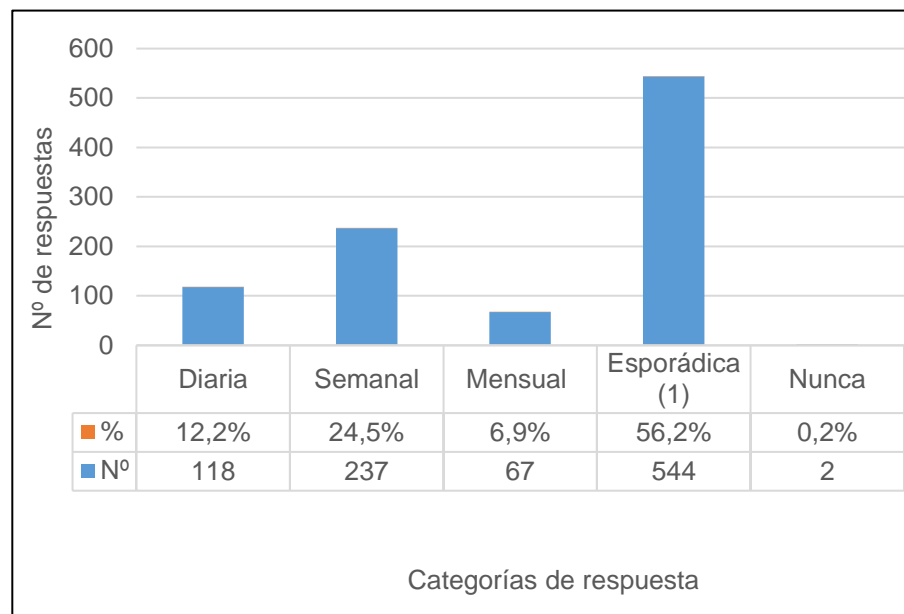
Pregunta 7. Indique la frecuencia de consultas sobre información y/o educación para la salud

La pregunta es de respuesta única, categorizada mixta. Se han revisado los resultados, encontrando 968 respuestas válidas y recopilando las frecuencias de las categorías en la Figura 17.

Al categorizar el apartado “Otros”, por una parte, se ha revisado la similitud semántica y la frecuencia del vocablo, incluyendo las respuestas dentro de alguna de las categorías establecidas, y por otra, con las restantes respuestas reiteradas se han creado dos categorías específicas de: “Pocas veces”, “Nunca”.

En las respuestas encontramos que las categorías de consulta: *Esporádicamente* 42,8%, *Cuando voy a consulta o tengo pruebas* 6,9%, *Cuando me encuentro mal* 6,2%, *Pocas veces* 0,3%, que

suponen una frecuencia no continua más espaciada que la *Mensual*, suponen el 56,2% de las respuestas. Si consideramos las consultas en plazo *diario* tenemos un 12,2% de los encuestados, siendo la frecuencia *semanal* del 24,5%. Así, si sumamos las consultas más frecuentes (*semanales* y *diarias*), obtenemos un 36,7%.



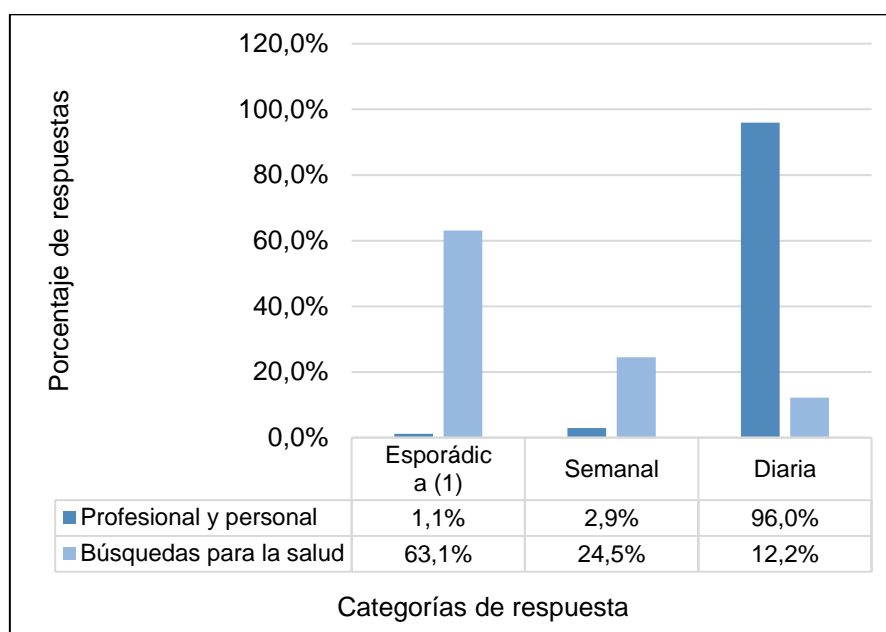
Nota.- (1) Esporádica, Cuando voy a consulta o tengo pruebas, Cuando me encuentro mal, Pocas veces.

Figura 17. Frecuencia de consultas: información y educación para la salud. P. 7

Preguntas 4 y 7. Comparación de las respuestas.

Al revisar las respuestas de las preguntas 4 y 7, encontramos que el 100% de las respuestas validas de la pregunta 4 *Indique la frecuencia con la que utiliza Internet con fines personales o profesionales* expresan una frecuencia de consulta mayor en todas respuestas, que las realizadas para la categoría de la pregunta 7 *Indique la frecuencia de consultas sobre información y/o educación para la Salud*, lo que confirma la consistencia de las respuestas al ser un resultado consecuentemente asociado.

Una comparativa entre la frecuencia de consulta de internet con fines de temática general o profesionales, con la realizada sobre información y/o educación para la Salud encontradas, queda reflejada en la Figura 18, en la que además se observa que la consulta relacionada con la salud no se hace de forma continua en la gran mayoría de los casos.



Nota.-(1) Mensual, Esporádica, Cuando voy a consulta o tengo pruebas, Cuando me encuentro mal, Pocas veces.

Figura 18. Utilización de Internet en búsquedas de temática general y para la salud.

Observamos consistencia en las respuestas, analizadas de forma individual, al ser siempre más frecuente la consulta general y profesional, que las específicas de salud en todos los encuestados.

Pregunta 8. Indique como es más frecuente que acceda a la información y/o educación para la salud: ¿en soporte digital o de papel?

Esta pregunta está diseñada como una escala bipolar de respuesta numérica única. Al revisar las respuestas, se dieron por validas 972, obteniendo los resultados reflejados en la Figura 19.

Podemos observar en los resultados que el 79,2% de los encuestados responden que realizan un acceso a las consultas de salud más frecuentemente de forma digital; en ambos soportes, por igual, el 14,9%, y más frecuentemente en soporte de papel, el 5,9%, lo que significa una tendencia muy importante al acceso mediante medios digitales, decayendo el soporte analógico para estas consultas.

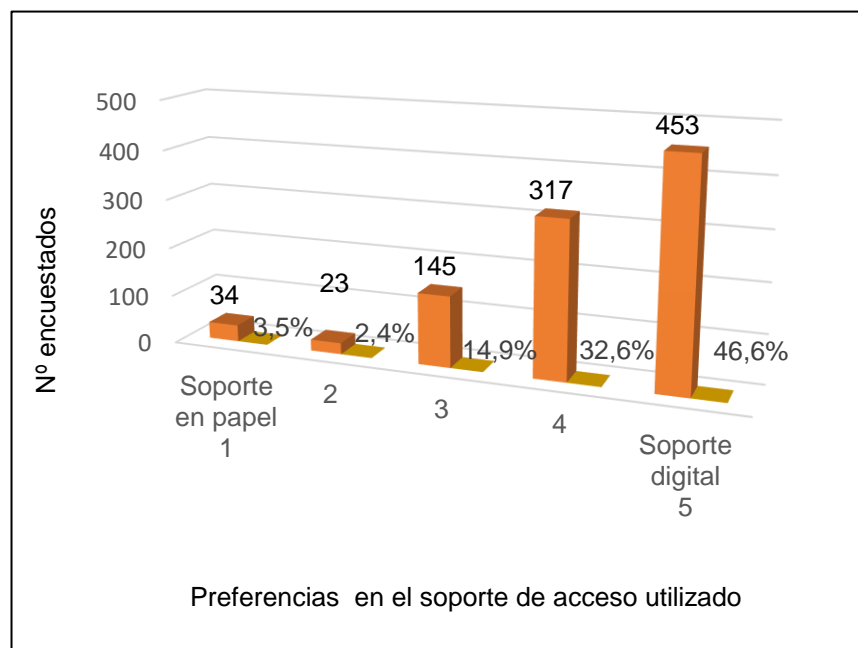


Figura 19. Frecuencia de soporte de acceso utilizado. P. 8

Pregunta 9. Para acceder a la información y/o educación para la salud, en soporte papel, indique qué medios de difusión utiliza más frecuentemente.

Se trata de una pregunta de respuesta múltiple, categorizada mixta. Tras revisar las respuestas se encontraron 845 respuestas válidas y el total de datos de las categorías fue de 1.567, considerando solamente un dato de cada categoría por usuario.

Se ha categorizado el apartado “Otros” y por una parte se ha revisado la similitud incluyendo las respuestas dentro de alguna de las categorías establecidas, por otra con los restantes vocablos

repetidos se han creado dos categorías específicas nuevas de: Otros: “Varios” y “Ninguno” (Figura 20).

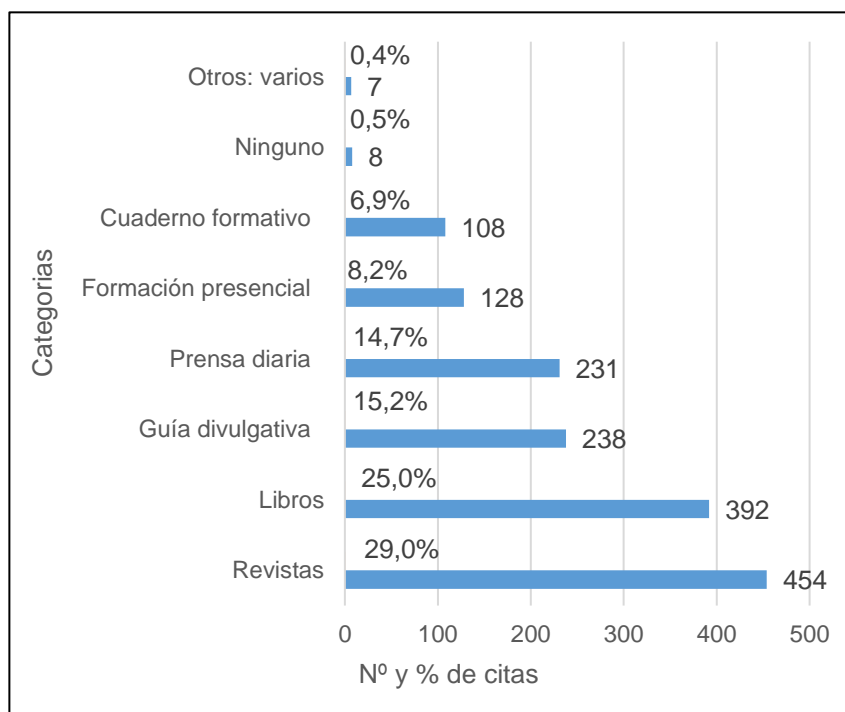


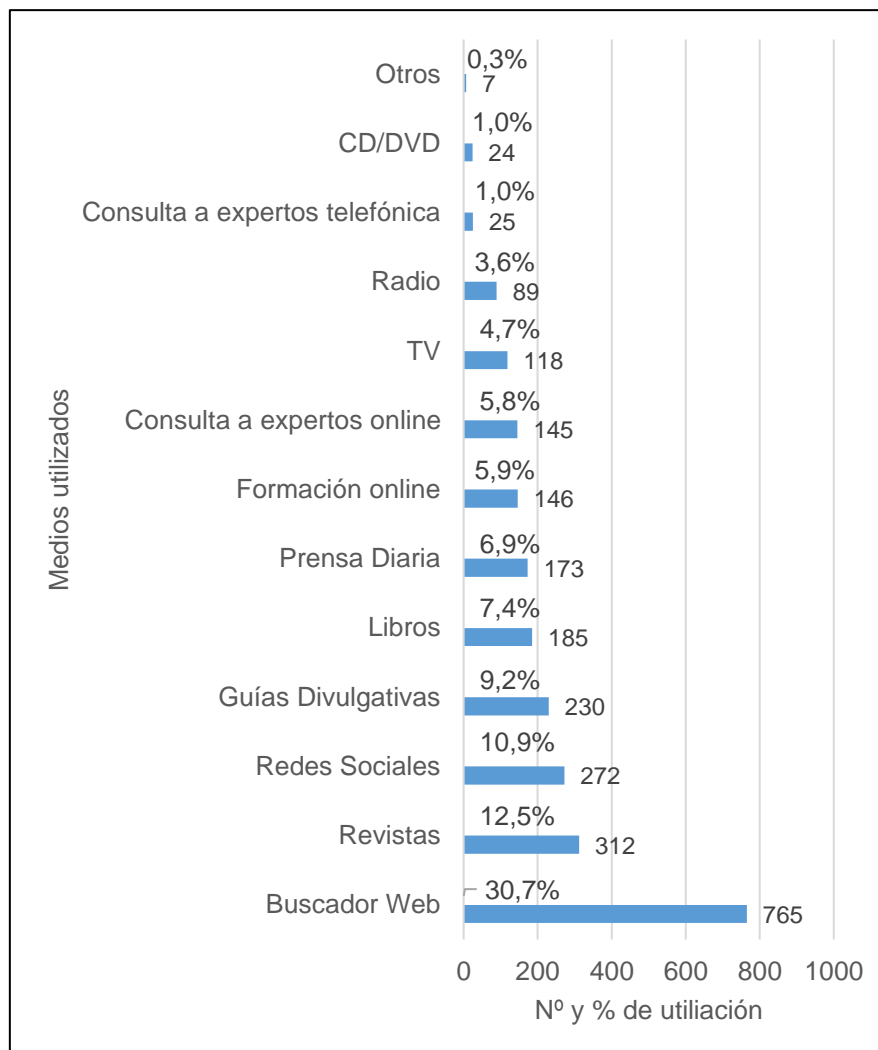
Figura 20. Medios más utilizados en soporte de papel. P. 9

Las formas de acceso más habituales en soporte de papel por orden de frecuencia son por orden: *Revistas*, *Libros*, *Guías divulgativas*, *Prensa diaria*, *Formación presencial* y *Cuadernos formativos*. Vemos en este tipo de soporte dos formas preferentes sobre los demás, las revistas y los libros. La prensa diaria que tiene secciones de salud es menos frecuente.

Pregunta 10. Para acceder a la información y/o educación para la salud, en soporte digital, indique qué medios utiliza más frecuentemente.

Se trata de una pregunta de respuesta múltiple categorizada mixta que permite aportaciones en el apartado “Otros”. Revisados los resultados, se encontraron 963 respuestas válidas y 2.498 referencias (Figura 21).

Se ha categorizado el apartado “Otros” desde dos perspectivas: por una parte, se ha revisado la similitud incluyendo las respuestas dentro de alguna de las categorías establecidas; por otra, con las restantes repetidas se ha mantenido en la categoría de “Otros” incluyendo 7 aportaciones de los encuestados, y se han clasificado como errores las restantes por no corresponder con la pregunta.



Nota - (1) Otros: incluye las categorías: Foros, Blogs, Wikis, Videos explicativos

Figura 21. Medios más utilizados en soporte digital. P.10.

Los resultados obtenidos nos indican que las dos principales vías de acceso para el tipo de búsquedas definidas en la investigación son de tipo general mediante *Buscador web* (30,7%)

y mediante *Redes Sociales* (10,7%), no recordando la mayoría de los sitios Web utilizadas en otras ocasiones.

En cuanto a los medios utilizados para el acceso a la información/educación para la salud más utilizados, son por orden de frecuencia de consulta: *Revistas digitales*, *Guías divulgativas*, *Libros*, *Prensa diaria*, *Formación online* y *Consultas online*. Otras formas digitales serían: *Televisión*, *Radio* y la *Consulta telefónica*, y mediante otros medios digitales como *CD/DVD* que son los recursos especificados que menos se utilizan.

Pregunta 11. Indique el grado de dificultad para encontrar la información y/o educación para la salud que busca en entornos digitales (Al hablar de educación nos referimos a actividades estructuradas para formar sobre un tema de salud).

Se trata de una pregunta dividida en dos apartados (*Información para la salud* y *Educación para la salud*) que preguntan mediante escala bipolar numérica de una sola respuesta. Se subdivide en dos:

11. A. En búsquedas de Información para la salud (IPS).

. 11. B. En búsquedas de Educación para la salud (EPS).

Tras revisar los resultados se encontraron 965 respuestas válidas sobre las que se elaboraron los resultados. Los resultados en las búsquedas de *Información para la salud-IPS* son: para *muy difícil* y *difícil* el 5,9%, *facilidad media* un 35,2%, para *fácil* y *muy fácil* un 57,1% y *No he buscado* el 1,8%.

Para las búsquedas de *Educación para la Salud-EPS* las respuestas fueron 922 con el siguiente resultado: *muy difícil* y *difícil* el 20,6%, *facilidad media* el 36,4%, *fácil* y *muy fácil* el 35,6% y *No he buscado* un 7,4%.

En la Figura 22 podemos ver una comparativa de los resultados. La pregunta sobre el grado de dificultad de la búsqueda de información IPS en Internet es respondida como *fácil* o *muy fácil* por el 57,1%, frente a las búsquedas de educación, que ofrecen un resultado de 35,6%. Encontramos la respuesta *facilidad media* en información por el 35,2%, frente al 36,4% en educación, y sin embargo es *difícil* o *muy difícil* en búsquedas de información solo para el 5,9%, mientras que es del 20,6% en temas de educación.

En consecuencia, los usuarios encuentran facilidad en la búsqueda de información para la salud de forma mayoritaria. Sin embargo, hay casi 21 puntos menos de facilidad en las búsquedas de educación, que puntúan más en los conceptos de difícil o muy difícil.

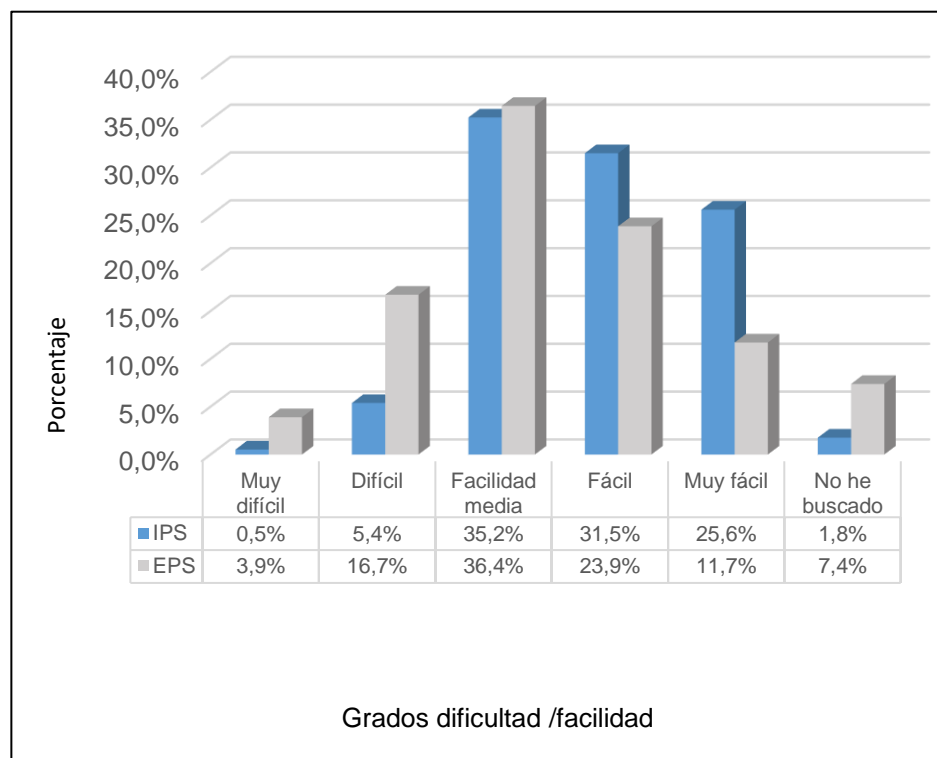


Figura 22. Comparativa grado facilidad/ dificultad en búsquedas entre información y educación para la salud IPS. P. 11

Pregunta 12. Sobre la pregunta anterior (nº 11) indique el tipo de dificultades que ha encontrado en las búsquedas que indicábamos, sobre qué temas y si eran para información o educación.

Es una pregunta de respuesta libre y complementaria de la anterior de la que se obtuvieron 543 respuestas válidas. Para determinar las características de esa facilidad o dificultad en el acceso a los entornos virtuales, como la pregunta anterior diferencia entre las búsquedas de información y las de educación en la categorización, se ha seguido este diseño.

En las respuestas encontramos que las palabras o frases seleccionadas para categorizar que definían las percepciones de los encuestados eran más numerosas y diversas cuando definían las búsquedas de información, que las referidas las de educación con estos fines, manteniendo la diferencia de facilidad/dificultad expresada.

De las categorías apriorísticas de la investigación que habían orientado la pregunta anterior *Dificultad de acceso a información para la salud y Dificultad de acceso a la educación para la salud*, al analizar las frases de respuestas obtuvimos 655 de información y 197 para educación, en las que los tópicos se podían agrupar en subcategorías y categorías para los dos tipos de búsquedas, lo que permitían la comparación para las más reiteradas.

La diversidad de subcategorías mayor en número y frecuencia, para las respuestas referidas a la información para la salud, contenía más referencias y detalles descriptivos, que permitían comprender las facilidades/dificultades que habían surgido en las búsquedas. Por ello se clasificaron un máximo de dos tópicos por encuestado para información y dos para educación.

En el caso de las búsquedas de información para la salud IPS, las principales categorías que se obtienen, se representan por orden de frecuencia en la Figura 23. El relato denota una abundancia de contenidos, en muchos casos de baja calidad o de información generalista, con resultados contradictorios, la información se encuentra dispersa, desestructurada y sin referencias de calidad, lo que dificulta la elección de las informaciones más fiables.

Las alternativas de búsquedas de sitios académicos tienen la dificultad de que la información no es asequible al internauta no profesional.

De las respuestas de los encuestados en relación con las dificultades encontradas en las búsquedas de *Información para la salud* (IPS) hemos establecido subcategorías que hemos agrupado aquí en 6 categorías. Indicamos estas y evidencias de las referencias recogidas:

- **Fiabilidad dudosa (35,3%):** Los encuestados expresan dudas derivadas de contenidos, autores no acreditados, publicidad encubierta, falta de referencias, de acreditación, actualización, foros sin supervisión o por ser sitios Web de empresas. Evidencias: “Dudas sobre la veracidad de la información”, “Existe una dificultad para encontrar información científica con evidencia”, “Difícil diferenciar la información buena de la mala”, “Demasiadas opiniones personales asesorando”, “Información, dificultades de discernir si la página es oficial y el tiempo, saber si esos artículos son los actuales o son de hace años”, “Existe una dificultad para encontrar información científica con evidencia. Existe mucha información "basura"”, “Tanto en el aspecto educativo

como informativo lo más complicado en muchas ocasiones resulta siempre identificar la fuente o el origen de la información consultada”.

- Contenidos de baja calidad (21,1%): Los artículos son de generalidades con baja calidad, poca especialización, sin diseños pedagógicos o didácticos. Evidencias: “Dificultades sobre el rigor”, “Exceso de portales y páginas de consultas llenas de comentarios superficiales o directamente ignorantes”, “Que la información fuese fiable y con la suficiente profundidad (no información general)”, “La mayor dificultad es encontrar profundidad en los temas”, “Falta de especialización informativa”, “Lo que se encuentra es muy generalizado”.
- Infoxicación (18,5%): Hay un exceso de información no acreditada que confunde y dificulta la selección. Evidencias: “Mucha información muchas veces errónea y que no hace más que confundir”, “Demasiada información y dificultad para elegir la más adecuada”, “La dificultad la establezco en la cantidad de páginas web que aparecen en el buscador, y elegir la más fiable”, “Encuentro que hay muchísima información poco fiable y no contrastada, en este sentido encuentro que hacerse con "buena" información en entornos digitales es bastante difícil”, “Dificultad para analizar toda la información disponible y ver la calidad de esa misma información, en cualquier tema relacionado con la salud”.
- Dificultades para acceder (12,5%): Según los temas son difíciles de encontrar, de entender, tiene mala accesibilidad o el acceso es con registro o de pago y las webs oficiales son pocas y confusas. Evidencias:

“Entender el lenguaje técnico”, “A veces no se encuentran temas específicos”, “A veces hay que registrarse”, “Los organismos de salud competentes no se prodigan en claridad o no les resulta fácil hacerlo”, “Poca o escasa accesibilidad a temas interesantes y convincentes”, “Habitualmente no dan respuesta directa a las preguntas, promocionan las páginas como información on-line, pero hay que rellenar un formulario y la respuesta llega en unos días o en su defecto hay que hacer algún tipo de suscripción”, “Pagar para el acceso a artículos de revistas”.

- Poca-Ninguna Dificultad (12,1%): Ninguna dificultad, Poca dificultad. Evidencias: “De momento lo encuentro todo con bastante facilidad”, “Ninguna”, “No me cuesta nada encontrar la información que necesito en Internet”, “dificultad escasa en la búsqueda de información para la salud”, “Es difícil acceder a la información completa en una sola web pero el contraste de varias permite conocer con facilidad la información que se busca”.
- Busco poco (0,6%): No Interesa, Busco poco. Evidencias: “Normalmente no suelo buscar por internet”, “No he buscado este tipo de información”. En la búsqueda de información, un comentario frecuente se refiere a la necesidad de contrastar muchas páginas para llegar a una conclusión sobre la veracidad de la información “... y aun así no estar seguros”, además de que no encuentran instituciones oficiales o de prestigio, ni referencias para contrastar mediante: acreditación de la página, autores, bibliografía, fecha de última actualización, entre otras. Esto unido a mezcla de calidades de los sitios Web,

generan la sensación de falta de fiabilidad general que describen ampliamente.

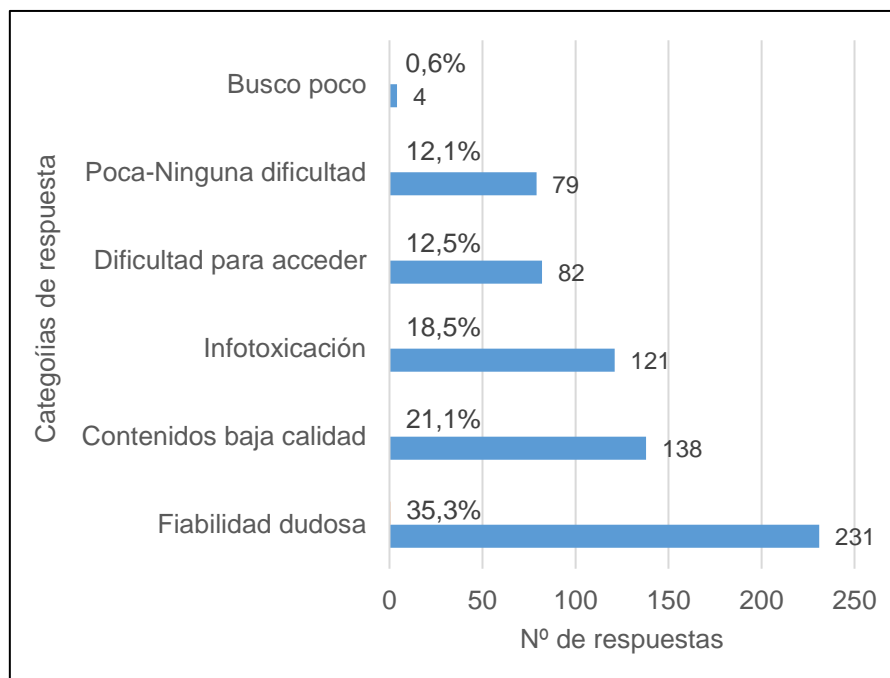


Figura 23. Dificultades en las búsquedas de información para la salud (IPS).

En las respuestas referidas a las búsquedas de *Educación para la salud* EPS, el perfil descrito difiere el orden de los motivos de dificultad en relación con los de *Información para la salud*, de forma significativa (Figuras 23 y 24).

De las respuestas de los encuestados en relación con las dificultades en las búsquedas de Educación para la salud EPS, hemos establecido subcategorías, que hemos agrupado aquí en 6 categorías (Figura 24). Indicamos estas y evidencias de las referencias utilizadas:

- **Contenidos de baja calidad (32,7%):** Los cursos o actividades de formación son de baja calidad, generalista, con textos confusos, diseños poco pedagógicos. Evidencias: “La mayor dificultad es encontrar profundidad en los temas. Se encuentran pautas inconexas, cuando la

educación para la salud es una cuestión integral”, “Lo que se encuentra sobre educación para la salud generalmente suelen ser generalidades”, “Mucha de la información es superficial, poco trabajado y con escasas referencias bibliográficas. en ambos temas hay este tipo de problemas, de manera más acentuada en el de educación”, “Es muy peligroso en mi opinión este uso banal de temas que deberían contemplarse en el currículo escolar, y que todavía no se hace o se hace de manera insuficiente”, “Aparecen algunos "cursos" on line que no son sino información tomada de otras webs, expuesta con un cierto orden”, “En Educación para la Salud, hay una gran necesidad de Educación organizada y secuenciada para diferentes edades. Adaptada a las condiciones de las mismas al menos”, “No se encuentra una educación estructurada fácilmente en internet, para ello habría que acudir a los congresos, seminarios, etc.”.

- Poca oferta Educación EPS (27,6%): La oferta es escasa sobre todo de cursos gratuitos homologados o de calidad. Evidencias: “poca oferta de educación”, “El problema es la formación online de forma gratuita que no hay mucha”, “Es complicado encontrar formación para la salud que sean cursos homologados”, “En cuanto a conocimientos o temarios estructurados sobre educación, es difícil encontrar información sobre temas no comunes, que vayan más allá del tabaquismo, drogas, sexualidad, ETS...”, “Hay menor cantidad de información con respecto a educación para la salud, por lo que buscar cosas más específicas es más complicado”.
- Dificultades para acceder (16,8%): Existen dificultades de acceso por ser de pago, con registro o para profesionales

o no ser accesibles. Evidencias: “Poca o escasa accesibilidad a temas interesante y convincentes”, “a veces hay que registrarse, otras veces hay que ser profesional para acceder”, “Para educación sobre todo algunas veces está limitado a profesionales”, “Tanto información como educación. Las webs no son accesibles, con muchísimos gráficos y textos escaneados como imagen. Soy afiliada a la ONCE y necesito que las páginas web estén accesibles...”.

- **Fiabilidad dudosa (14,3%):** Hay dudas sobre la fiabilidad, por no estar acreditados, no conocer autores o no ser de profesionales de prestigio. Evidencias: "Educación para la salud es dónde tengo la sensación que hay mucho intrusismo de personas no cualificadas", “En educación para la salud, artículos poco claros y con base científica poco definida”, “Tanto para información como para educación la principal dificultad es encontrar recursos que citen su fuente y que sean rigurosos y sin conflictos de intereses”, “Poder verificar si la información es fiable. Me interesa especialmente temas relacionados con la educación para la salud”.
- **Poca-Ninguna dificultad (7,1%):** El número de encuestados que expresa que no encuentra dificultad es reducido. Evidencias: “Ninguna dificultad”, “Ninguna dificultad para acceso personal, tanto a nivel información como educación”, “Poca dificultad”, “Suelo encontrar con facilidad las búsquedas realizadas en los dos contextos”.
- **Busco poco (1,5%):** El número de respuestas es mayor que para información. Evidencias: “No Interesa”, “Sobre educación no he buscado”, “La verdad nunca me he

preocupado por la búsqueda de educación para la salud”, “Busco poco”, “Los temas buscados en Internet han sido para información, muy pocas veces para educación”.

Las expresiones plantean que los cursos, en muchas ocasiones, son una serie de textos sin apoyo de seguimiento, tutor o interacción para consulta de dudas, las actividades no tienen diseños pedagógicos, por lo que deben considerarse más bien una colección de monografías o de recopilaciones de textos.

Además de la escasez de oferta y de diseños que desarrollen un enfoque didáctico, que reflejan las descripciones, podemos deducir una menor demanda de educación para la salud al encontrar, en muchos casos, que las respuestas de los encuestados no se refieren al apartado de educación para la salud por el que se les pregunta, en otros directamente explican que no han realizado búsquedas en ese sentido: “Normalmente no suelo buscar por internet”.

Los cursos de pago despiertan cierto recelo en este contexto y al no tener forma de comprobar los contenidos y diseños sin inscribirse y pagar, en la mayoría de los casos, se produce una retracción en la inscripción.

Al analizar tanto para Información como para Educación para la salud las respuestas, encontramos subcategorías que expresan dificultad en la selección de información fiable y dudas sobre la calidad de los contenidos, que reflejan en su respuesta a la pregunta anterior toda la variedad de categorías de dificultad, aunque principalmente describían muy difícil, difícil, también valoraban facilidad media, incluso facilidad, por lo que deducimos que, siendo real la existencia de esta dificultad expresada, la valoración y descripción viene más bien originada por la diferente habilidad para superarlas.

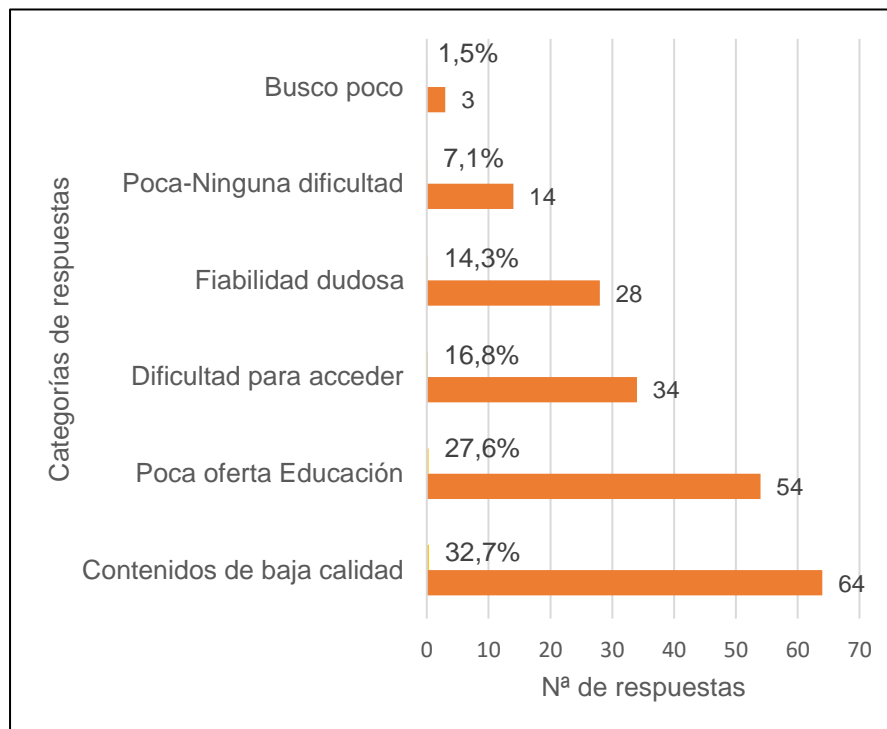


Figura 24. Dificultades en las búsquedas de educación para la salud (EPS).

Pregunta 13. Indique algunos de los nombres de los portales web, páginas web o redes sociales y/o su dirección URL, consultada con fines de información y/o educación para la salud.

Se trata de una pregunta de respuesta abierta en la que no se limitaba la respuesta o en número de sitios referidos. Tras revisar los resultados se encontraron 511 respuestas, que se revisaron descartando los sitios que no pudieron localizarse.

Se ha considerado que si se refería alguna web en las preguntas relacionadas siguientes: *P.14 Fiable* y la *P.15 No Fiables*, debía incluirse como web que se consulta, aunque no la hubiera incluido en la pregunta 13 el encuestado.

Por otra parte, para el estudio se ha determinado como dato cada sitio de Internet y se han creado grupos según perfil de promotores, agrupándolos y originando categorías. Se han considerado los sitios citados tres o más veces, cuya operatividad

se ha comprobado, obteniéndose 708 referencias a sitios web. Se han desechado las que no podían identificarse por alguno de los dos buscadores utilizados: Internet Explorer y Google Chrome.

Un cierto número de encuestados daba referencias genéricas o equivocadas de los sitios web, lo que dificultó o impidió su localización. Se prefirió estudiar, por tanto, los que fueron citados de forma repetida, permitiendo la corrección de errores en los vocablos y localización del sitio. Localizar nuevamente los sitios que suelen visitar era un problema para una parte de los encuestados, según su respuesta.

De cada sitio web propuesto se localizó la URL concreta y se realizó una observación no participante para ayudar a la categorización de datos y frecuencia, permitiendo agrupar los datos por perfiles y otras características, como tipo de actividades y destinatarios, determinando las siguientes características:

- Nombre de la web: en ocasiones los nombres facilitados no eran exactos o solo se facilitaba la URL.
- URL principal del sitio: en ocasiones se presentaban URL de documentos o páginas del sitio, se localizó la página principal para obtener los datos de la observación.
- Perfil del promotor: se determinaba el perfil del promotor: Institucional (de España, otros países o internacionales), Editoriales, Sociedades científicas, Asociaciones de pacientes, etc.
- Perfil del sitio: revistas científicas, revistas de salud, página divulgativa de la entidad, grupo de Facebook de una organización, grupo de Twitter, etc.

Esto permitió observar que existían páginas coincidentes en el promotor que en unos casos eran la página principal y en otros casos correspondía a documentos, a revistas que publican o actividades que realizan. Se ha considerado cada promotor distinto por encuestado.

Tras una primera revisión de las categorías y las frecuencias, se decidió agrupar algunas que presentaban gran dispersión, pero que correspondían a un perfil que considerábamos homogéneo y representativo, para poder realizar un análisis posterior.

En consecuencia, se han incluido los sitios web en algunos casos de forma agrupada en categorías que integran varios promotores distintos pero del mismo perfil, como en los casos de “Sindicatos”, “Prensa diaria” y “Universidades”, especificando aparte solo “UNED”, “Dialnet” y “SciELO”; en las páginas de Ministerios se unificaron por cada uno, así como todas las CCAA en una sola categoría dado su reducido número por sitio web; otra de Ayuntamientos, y otra de las “Aseguradoras sanitarias”, resultando los siguientes perfiles de promotores:

- Organismos oficiales españoles: incluye Organismos estatales, autonómicos, provinciales y municipales.
- Organismos oficiales EEUU: incluye las páginas de consulta del Sistema Nacional Salud de los EEUU.
- Enciclopedias/documentos: sitios de Internet tipo enciclopedia o de documentos de subida a la web de forma individual con pocos requisitos.
- Revistas de salud y varios: revistas divulgativas de salud (consejos, consultas, hábitos saludables) o enfocadas a épocas vitales de la persona.

- Sociedades científicas y revistas médicas: sociedades científicas, médicas y los patrocinados por estas revistas, actividades y un Colegio oficial profesional, etc.
- Prensa diaria, revistas y TV: los promovidos o sitios web oficiales de medios de comunicación.
- Organismos Internacionales: incluye la Organización Mundial de la salud (OMS) y la Unesco.
- ONG y Asociaciones autoayuda/Salud: incluye las asociaciones de autoayuda (pacientes y familiares, de síndromes, etc.) y las promotoras de salud como Cruz Roja.
- Universidades españolas-Artículos académicos y científicos: incluye todas las Universidades citadas; se ha creado una categoría específica para la UNED, por ser la más citada y sitios de documentación académica y científica como Dialnet y Scielo.
- Profesional de salud-educación: sitios web, blog, grupo de Facebook, de profesionales de la salud o educación para la salud, a título individual.
- Empresas, Aseguradoras y Laboratorios (Farmacéuticos): los dependientes de empresas comerciales de todo tipo, productos de salud propios de épocas vitales como embarazo, bebés, ayudas en geriatría, para la discapacidad, Aseguradoras médicas, y Laboratorios Farmacéuticos, Parafarmacia, etc.
- Editoriales médicas para profesionales-pacientes: los promovidos por editoriales, pero de perfil profesional o científico, aunque también se dirijan a pacientes.

- Revistas de deporte y salud: las enfocadas a promover actividades deportivas que incluyen consejos de cómo realizar la actividad, cuidados antes y después, alimentación, hábitos saludables, etc.
- Blog/foros/Facebook no profesionales a título individual: se trata de sitios web que refieren temas de salud, pero que no están llevados por profesionales sanitarios o educadores y que promueven hábitos saludables, terapia natural, terapias alternativas, etc.

En la observación de los sitios web que aportaron los encuestados, encontramos dificultad en algún sitio para acceder a algunas áreas de información/formación para un análisis más detallado, por ser esta mediante inscripción/suscripción. El resultado obtenido se indica en las Tablas 10 y 11 y Figura 25, algunos como referentes habituales utilizados con asiduidad y otros más esporádicos incluso son no-referentes por no fiables (Tabla 11). Los cálculos de porcentajes se efectuaron sobre el total de datos de sitios web consideradas válidas que fueron 708.

Por otra parte, había una serie de respuestas genéricas que no se han considerado para la relación de categorías, pues se pedía a los encuestados que indicaran sitios web, aunque se han clasificado a efectos de estudio posterior. Estos han sido: “Buscadores” (190), de los cuales, los que más veces han sido especificados son “Google” (115), “Yahoo” (17) y “Google académico” (12). En cuanto a los que responden “Redes sociales”, que son 85, concretan “Facebook” (45) y “YouTube” (18). Además, se obtuvieron otras respuestas genéricas como “Blogs” (17), “Chat” (4) y “Foros” (43).

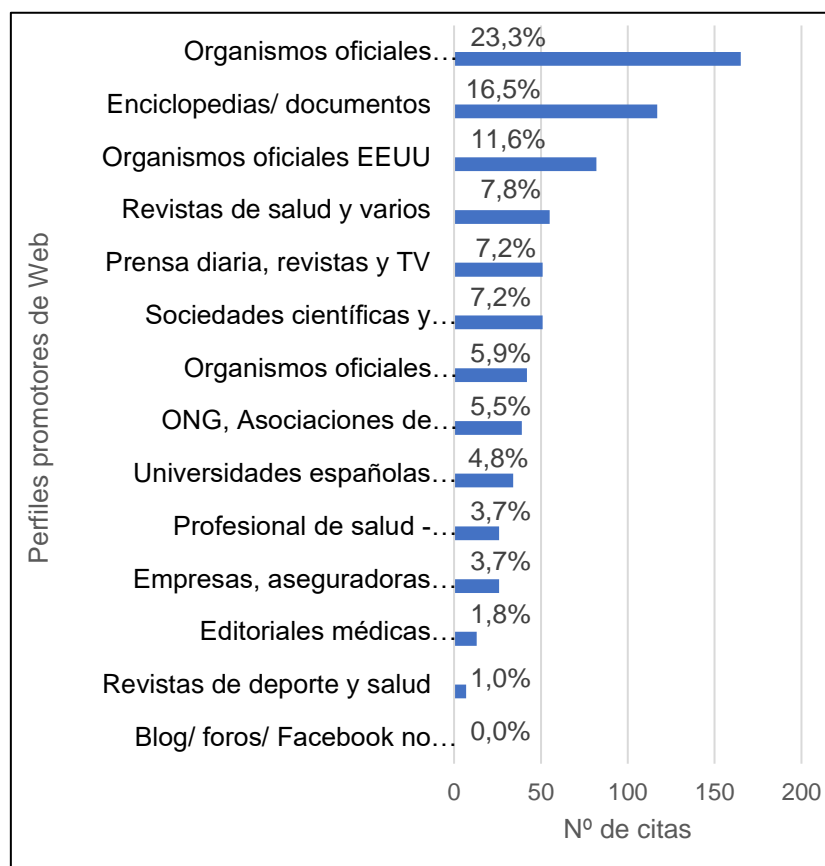


Figura 25. Promotores de sitios Web consultados.

Grupos de categorías	Nº sitios	%
Organismos oficiales españoles	165	23,3%
Enciclopedias/ documentos/ Monografías	117	16,5%
Organismos oficiales EEUU	82	11,6%
Revistas de salud y varios	55	7,8%
Sociedades científicas y profesionales	51	7,2%
Prensa diaria, revistas y tv	51	7,2%
Organismos oficiales internacionales	42	5,9%
ONG, asociaciones autoayuda y de salud	39	5,5%
Universidades españolas: Artículos Académicos-Científicos	34	4,8%
Empresas, aseguradoras y laboratorios	26	3,7%
Profesional de salud-educación	26	3,7%
Editoriales médicas profesionales y pacientes	13	1,8%
Revistas de deporte y salud	7	1,0%
Blog/ foros/ Facebook de no profesionales	0	0,0%
Total de categorías	708	100,0%

Organismos oficiales españoles		Profesional de salud -educación	
CCAA	78	El médico de mi hijo	19
MSSSI	50	Facebook	
MECD	11	xtec.cat/~imarias	4
MSSE	9	mi pediatriaonline.com	3
Otros Oficiales	11	ST	26
Ayuntamientos	6	Prensa diaria, revistas, TV	
ST	165	Prensa diaria	20
Organismos oficiales EEUU		Revista Muy interesante	4
MedlinePlus	54	sabervivir.es	7
PubMed	16	enfemenino.com	7
NIH	12	Revista Ser padres	6
ST	82	bebesymas	4
Organismos oficiales Internacionales		TV BBC Mundo	3
OMS	35	ST	51
UNESCO	7	Revistas de salud y varios	
ST	42	dsalud.com	10
Universidades españolas/ Artículos Académicos y científicos		dmedicina.com	9
Universidades varias	15	mejorconsalud.com	6
UNED	8	tuotromedico.com	6
Dialnet	5	webconsultas.com	6
Scielo	3	Tener S@lud	5
Redalyc.org	3	saludalia.net	4
ST	34	objetivobienestar.com	3
ONG, Asociaciones autoayuda y salud		salud facilísimo.com	3
Cruz Roja	13	mibebeyyo.com	3
AECC	7	ST	55
Sindicatos	7	Editoriales medicas	
fedesp.es	5	profesionales/pacientes	
e-lactancia.org APILAM	4	fisterra.com	8
Fundación Diabetes	3	portalesmedicos.com	5
ST	39	ST	13
Revistas de deporte y salud		Empresas, aseguradoras, laboratorios farmacéuticos	
Vitónica. Com	4	Aseguradoras	14
Sportlife	3	babycenter.com	5
ST	7	Clínica U. de Navarra	4
Sociedades científicas y Revistas medicas		crianza natural	3
AEP	20	ST	26
Fundadeps.org	9	Enciclopedias/ Documentos	
AEPAP	7	Wikipedia	97
diariomédico.com	5	Vademécum	17
Familia y Salud	3	Rincón del Vago	3
Revistas científicas	3	ST	117
ST	51		

Encontramos que las referencias a sitios web de *Organismos oficiales españoles*, ya sean del Estado, de las comunidades autónomas o de ayuntamientos (23,3%), comparadas con las de *Organismos oficiales EEUU* (Sistema Nacional de Salud) (12,6%) y las de *Organismos internacionales* (5,9%) que suman un 18,5%, presentan una diferencia de solo 4,5 puntos menos estos últimos.

Las Enciclopedias y documentos: Wikipedia, Vademécun y Rincón del Vago, (16,5%

Están en segundo lugar tras todos los Organismos oficiales españoles. Los datos que refieren sitios Web en las categorías de frecuencia intermedia son por orden de frecuencia: Revistas de Salud y temas varios (7,8%) y Sociedades científicas y profesionales (7,2%).

Es también una importante fuente de información la *Prensa diaria, revistas digitales y TV* (7,2%) y *ONG-Asociaciones de autoayuda y de salud* (5,5%). Les siguen las *Universidades españolas y Artículos académicos/científicos* (4,8%), otra comparación significativa es que este perfil ocupa el último lugar de este bloque de frecuencias intermedias. Una de las causas sería el acceso restringido a los artículos referidos en la pregunta 12 como barrera a la información/educación para la salud de calidad, o incluso no ser asequibles por el lenguaje académico.

El último bloque de frecuencia de uso sería de: Empresas, Aseguradoras y Laboratorios (3,7%), Profesional de salud-educación (individuales) (3,7%), Editoriales médicas para profesionales-pacientes (1,8%), Revistas de deporte y salud (1,0%). Observamos que los profesionales de salud y educación, que mantienen sitios web con gran esfuerzo, están en este último bloque con bajo nivel de consultas.

Se mantuvo en las categorizaciones el perfil de Blog/Foros/Facebook No profesionales, pues es un perfil que podemos encontrar en Internet y además surgieron datos, pero con una frecuencia de una, excepcionalmente dos y no se consideró relevante en este momento de la investigación.

Pregunta 14. En relación con la respuesta anterior (nº13) ¿puede indicarnos algunos sitios web que considere bastante o muy fiables?

Se trata de una pregunta abierta, por lo que no se limitaba el número de referencias. La revisión de las respuestas nos dio un total de 365 respuestas en las que se facilitaron sitios web que eran consultados o herramientas web. En algunos casos, solo se facilitaron respuestas genéricas o criterios: “No tengo seguridad” (de que sean fiables) (5,7%), “No sé” (14,6%), “Comparo y, si coincide, lo considero fiable” (1,7%) y, por el contrario, quienes consideran genéricamente una información fiable “Me parecen seguros (todos)” (1,1%).

Se han considerado, como en el caso anterior, las webs “bastante o muy fiables” en relación con búsquedas para información y/o educación para la salud, citadas 3 o más veces al considerarlo así un criterio coincidente, también se han creado los mismos grupos de categorías según promotores de la respuesta anterior para posibilitar la comparación.

Se han obtenido 453 datos que refieren sitios web, se han clasificado en categorías y grupos de estas según perfil de los promotores. También en este caso los porcentajes calculados se refieren a número de veces citados del total de datos como sitios fiables. Además, se han obtenido respuestas genéricas en el sentido de considerar fiables: “Buscadores” (19), específicamente “Google” (16) y “Google académico” (8), y “Yahoo” (1); en cuanto a las “redes sociales” (19), de forma genérica son consideradas

fiables y “Facebook” (12). Finalmente citan “los Blogs” (3). En la Tabla 10 y Figura 19 podemos ver los resultados de la observación en relación con los promotores y los sitios web considerados fiables o muy fiables (Figura 26, Tabla 12).

En estas referencias “Fiables o muy Fiables” de sitios web, encontramos los siguientes resultados: *Organismos oficiales españoles*, ya sean del Estado español, de las comunidades autónomas, provinciales o de ayuntamientos (27,68%), *Organismos oficiales de los EEUU* (Sistema Nacional de Salud) (16,3%); *Organismos internacionales* (7,5%). Los dos últimos consiguen un número de referencias como “Fiables” y “Muy fiables” (23,8%), muy cercano al total de visitas del apartado anterior, lo que representa una muy alta confianza.

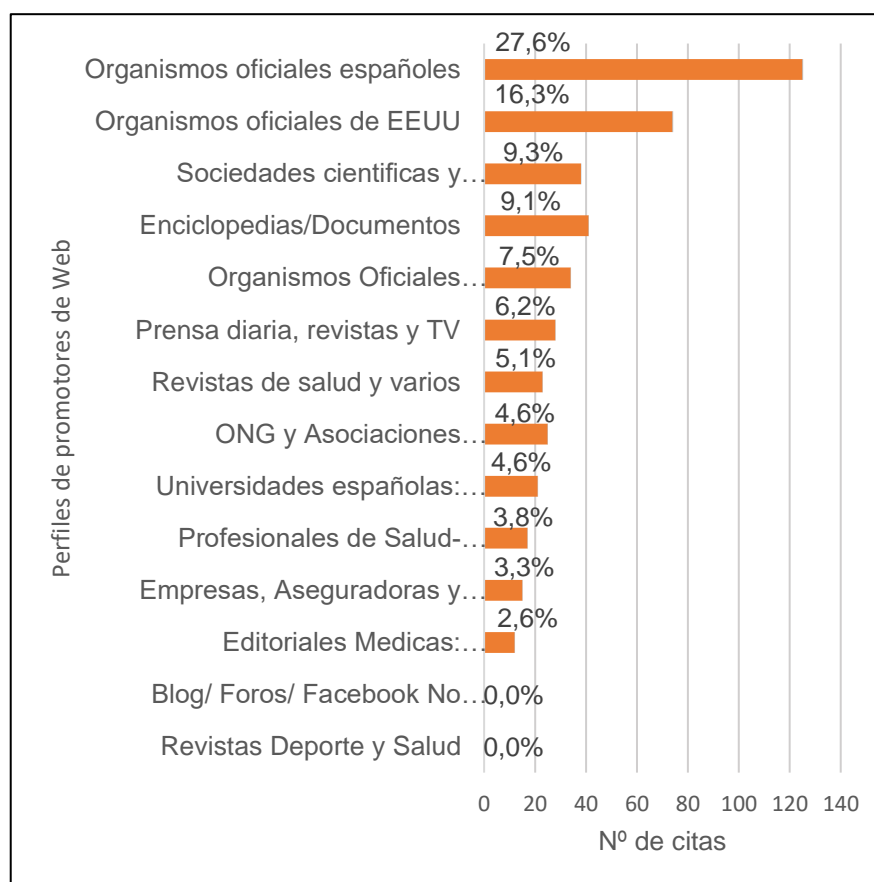


Figura 26. Perfiles de promotores sitios web visitados: fiables y muy fiables. P. 14

Tabla 12. Perfiles promotores de sitios Web: fiables y muy fiables. P. 14			
ORGANISMOS ESPAÑOLES	OFICIALES	SOCIEDADES CIENTIFICAS	
Ayto. Madrid-Albacete	3	Revistas medicas	
CCAA	53	Aep	17
MEC	11	aepap	4
MSSE	7	diariomédico.com	3
MSSSI	46	fundadeps.org	3
Otros Oficiales	5	Rev científicas	8
ST	125	copmadrid.org	3
		ST	38
ORGANISMOS EEUU	OFICIALES	PROFESIONAL EDUCACIÓN	SALUD-
MedlinePlus	54	El médico de mi hijo Facebook	11
NIH	8	mi pediatraonline.com	3
PubMed	12	xtec.cat/~imarias	3
ST	74	ST	17
ORGANISMOS INTERNACIONALES	OFICIALES	PRENSA DIARIA Y REVISTAS DIGITALES Y TV	
OMS	30	enfemenino.com	12
UNESCO	4	Prensa diaria	9
ST	34	sabervivir.es	4
UNIVERSIDADES ESPAÑOLAS/ACAD		TV BBCmundo	3
Dialnet	4	ST	28
UNED	7	REVISTAS DE SALUD Y VARIOS	
Universidades varias	10	dmedicina.com	5
ST	21	mejorconsalud.com	6
ONG y As Autoayuda		webconsultas.com	3
AECC	3	Rev. Salud	6
Cruz Roja	7	scielo.cl	3
fedesp.es	4	ST	23
F. Diabetes	3	EDITORIALES MEDICAS PROFES Y PACIENTES	
Sindicatos	4	fisterra.com	7
APILAM-e-lactancia.org	4	portalesmedicos.com	5
ST	25	ST	12
ENCICLOPEDIAS/ Documentos		Empresas, Laboratorios y Aseguradoras	
Wikipedia	27	Aseguradoras As Sanitas.	7
Vademécum	14	babycenter.com	4
ST	41	Clínica Univ. Navarra	4
		ST	15
		Revistas de Deporte y Salud	0

Los datos referidos a sitios web en los perfiles de: Enciclopedias/Documentación (Wikipedia, Vademécum) (9,1%); las Sociedades científicas y revistas médica (9,3%); la Prensa diaria, revistas digitales y TV (6,2%); Revistas de Salud y varios de diversas editoriales (5,1%), similar a las de Universidades españolas, Artículos académicos (4,6%), Profesionales de salud Educación (3,8%); el de Empresas, Aseguradoras y Laboratorios (3,3%), y las Editoriales médicas profesionales y pacientes (2,6%).

Encontramos que algunos sitios son muy fiables para los encuestados, de los cuales los más citados serían: todo el grupo de páginas del Sistema Nacional de Salud de EEUU, Vademécum, Fisterra y Portales médicos. En varios grupos hay sitios citados como fiables en todos los casos, pero en el mismo grupo surgen otros poco o nada citados como fiables, e incluso citados como no fiables.

Pregunta 15. En relación con la respuesta anterior (nº13) ¿puede indicarnos algunos sitios web que considere poco o nada fiables?

Es una pregunta abierta complementaria de las dos anteriores, también de respuesta abierta y sin limitación. Al revisar los resultados se detectaron 503 con respuestas a categorizar.

Encontramos que hay una serie de respuestas genéricas como en las anteriores, que no se han incluido en los gráficos de frecuencias adjuntos, porque al igual que en las preguntas anteriores, se pedían sitios web, que citan de forma genérica como “poco o nada fiables”: “Buscadores” (24), de ellos los más especificados son “Google” (7) y “Yahoo” (15). En cuanto a los que responden “las Redes sociales” (18), que concretan en algunas respuestas “Facebook” (8) y “YouTube” (3). Además, se obtuvieron

otras respuestas genéricas como “Blogs” (8), “Chat” (3) y “Foros” (43).

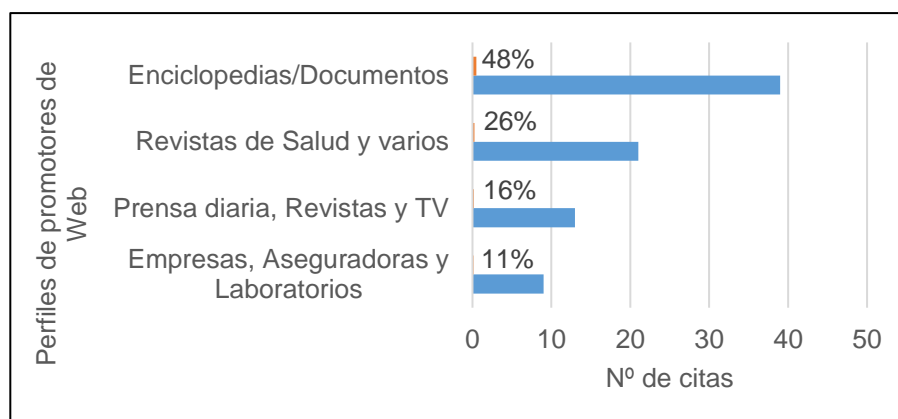


Figura 27. Perfiles promotores de sitios web poco o nada fiables P.15

En los resultados se observa como los foros son considerados poco o nada fiables; las redes sociales y el buscador Yahoo tienen también valoraciones como poco o nada fiable, hecho importante considerando las veces referidos. Además, 109 respuestas indicaron que no conocían páginas no fiables. Los resultados obtenidos que refieren sitios web fueron 82 y los reflejamos en la Figura 27 y en las Tablas 13 y 14.

Enciclopedias/ documentos		Revistas de salud y varios	
Wikipedia	36	dsalud.com	3
Rincón del vago	3	Revistas generales, del corazón y por edades	11
ST	39	Revistas de salud	5
Prensa diaria, revistas digitales y TV		mejorconsalud.com	
enfemenino.com	6	ST	21
Prensa diaria		Empresas, Aseguradoras y Laboratorios	
ST	13	Empresas de salud. consumo o farmacia	7
		dietadukan.es	2
		ST	9

En la observación de los sitios web facilitados en estas calificaciones, podemos encontrar que los perfiles de promotores de sitios web poco o nada fiables citados son cuatro, que en porcentaje sobre el total de referidas en este concepto son:

- *Enciclopedias/documentos* (48%), encontramos que *El Rincón del Vago*, de 4 referencias 3 lo consideran poco o nada fiable, *Wikipedia* que, de 117 referencias de usuarios, 27 la consideran fiable o muy fiable y 36 poco o nada fiable.
- Revistas de salud y varios (26%).
- Prensa diaria, revistas digitales y TV (16%).
- Empresas, Aseguradoras y Laboratorios (11%).

Un parte importante de las respuestas incluía los criterios que el encuestado utilizaba para poder seleccionar las que consideraba fiables o no fiables en las búsquedas, incluyendo o no sitios web específicos, por lo que se clasificaron los criterios y expresiones. Para ello se seleccionaron vocablos y frases, utilizados más frecuentemente, recogimos 66 referencias que clasificamos en categorías:

- La mayoría son poco o nada fiables (40,9%): Las expresiones refieren que siempre tienen dudas y consideran que muchas Web o la mayoría son poco o nada fiables. Evidencias: “abundan muchos”, “Me crean todos bastante desconfianza la verdad”, “son cientos, según surge un tema de actualidad proliferan informaciones sobre el mismo, muchas veces confundiendo por su pseudocientificismo divulgativo”, “casi todos los de la red”.

- Cualquier información sin referencia (22,7%): En otras respuestas expresan como selecciona los sitios Web para fiarse de ellos, no se fían de informaciones que no tengan referencias. Evidencias: “Cualquier información que no tenga una base científica”, “Web no certificada”, “espacios de opinión o divulgación no comprobable”.
- Muchos Anuncios (12,1%): Los sitios Webs con muchos anuncios generan desconfianza. Evidencias: “cualquiera que contenga publicidad”, “Webs en las que priman los espacios para anunciantes”, “las que, más que aconsejar o informar son para vender”.
- No consultan Web no fiables (10,6%): El descarte de informaciones o web que no consideran fiables. Evidencias: “Intento no consultar sitios web que no considero fiables”, “directamente no las tengo en cuenta”.
- Medicina Natural/ Alternativa (6,1%): Un grupo de respuestas considera que estas páginas generan dudas. Evidencias: “Web Medicina Natural”, “Web Medicina Alternativa”.
- Consultas online (4,5%): En los formatos actuales generan desconfianza en las respuestas. Evidencias: “consultorios online”, “Todos aquellos consultorios de pseudo-expertos”.
- Los que pidan muchos datos (3,0%): Los sitios Web que piden muchos datos al internauta generan desconfianza. Evidencias: “Cualquiera que me pida muchos datos para ver los artículos”.

Preguntas 13, 14 y 15. Comparativa de respuestas.

Por otra parte decidimos comparar los resultados de la pregunta 13 los resultados totales de promotores de sitios Web y los obtenidos en las pregunta 14, los consideran *Fiabiles o Muy Fiabiles* y la pregunta 15 que los consideran *Poco o Nada Fiabiles*. (Tablas 14, 15 y16).

Por otra parte de estos datos también podemos obtener una medida de *Fiabilidad y No Fiabilidad* si comparamos los porcentajes obtenidos para cada perfil promotor de las respuestas a las preguntas 13, 14 y 15 sobre las que son fiables o no fiables que figuran en la Tabla 12 obtenemos las Tablas 13 y 14.

Tabla 14. Comparativa perfiles promotores sitios web: todos los citados, fiables y no fiables en número y en porcentaje. P. 13, 14 y 15						
Grupos de categorías	(1) P13	P13 %	(2) P14	P14 %	(3) P15	P15 %
Organismos oficiales españoles	165	23,3	125	17,7	0	0,0
Enciclopedias/ documentos	117	16,5	41	5,8	39	5,5
Organismos oficiales EEUU	82	11,6	74	10,5	0	0,0
Revistas de salud y varios	55	7,8	23	3,2	21	3,0
Sociedades científicas y profesionales	51	7,2	38	5,4	0	0,0
Prensa diaria, revistas y TV	51	7,2	28	4,0	13	1,8
Organismos oficiales internacional	42	5,9	34	4,8	0	0,0
ONG, Asociaciones Autoayuda, de salud	39	5,5	25	3,5	0	0,0
Universidades españolas. Artículos académicos	34	4,8	21	3,0	0	0,0
Empresas, aseguradoras, laboratorios	26	3,7	17	2,4%	0	0,0
Profesional de salud-educación	26	3,7	15	2,1	9	1,3
Editoriales médicas profesión-pacientes	13	1,8	12	1,7	0	0,0
Revistas de deporte y salud	7	1,0	0	0,0	0	0,0
Blog/ Foros/ Facebook (no profesionales)	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total de categorías	708	100,0	453	64,0	82	11,6

La comparación de los sitios citados como poco o nada fiables con la relación total de sitios web, obtendríamos los de mayor *No Fiabilidad* (Tabla 14), con los siguientes perfiles de promotores y porcentajes: *Revistas de salud y varios* (38,2%), *Empresas, aseguradoras y laboratorios* (34,6%), *Enciclopedias/documentos* (33,3%) y *Prensa diaria, revistas digitales y TV* (25,5%).

Encontramos en las respuestas (Tabla 15), que por encima del 90% de *Fiabilidad* solo se encuentran las *Editoriales médicas para profesionales y pacientes* (92,3%) y los *Organismos oficiales de EE. UU.* (90,2%); y entre un 70% y 90% se encuentran los *Organismos oficiales internacionales* (81,0%), los *Organismos oficiales españoles* (75,8%) y las *Sociedades científicas y profesionales* (74,5%).

Tabla 15. Comparativa de perfiles de promotores de sitios web: Fiabilidad en porcentajes.			
Grupos de categorías	P13% datos Totales	P14 (1) % Fiables	% Fiabilidad
Organismos oficiales españoles	23,3	17,7	75,8
Enciclopedias/ documentos	16,5	5,8	35,0
Organismos oficiales EEUU	11,6	10,5	90,2
Revistas de salud y varios	7,8	3,2	41,8
Sociedades científicas y profesionales	7,2	5,4	74,5
Prensa diaria, revistas y TV	7,2	4,0	54,9
Organismos oficiales internacional	5,9	4,8	81,0
ONG, Asociaciones de Autoayuda y de salud	5,5	3,5	64,1
Universidades españolas-Artículos Académicos-científicos.	4,8	3,0	61,8
Empresas, aseguradoras y laboratorios	3,7	2,4	65,4
Profesional de salud-educación	3,7	2,1	57,7
Editoriales medicas profesionales y pacientes	1,8	1,7	92,3
Revistas de deporte y salud	1,0	0,0	0,0
Blog/ foros/ Facebook de no profesionales	0,0	0,0	0,0
Nota.-(1) Los porcentajes de fiables o muy fiables, se refieren a los datos de esa categoría sobre los totales aportados para ese grupo.			

Tabla 16. Comparativa de perfiles promotores sitios web: Citados y no fiables (poco o nada) en porcentaje. P. 15			
Grupos de categorías	P 13 % datos Totales	(1) % No Fiables	% No Fiabilidad
Enciclopedias/ Documentos	16,5	5,5	33,3
Empresas, Aseguradoras y Laboratorios	3,7	1,3	34,6
Revistas de salud y varios	7,8	3,0	38,2
Prensa diaria, revistas y TV	7,2	1,8	25,5
Nota.-(1) Los porcentajes de poco o nada fiables, se refieren a los datos de esa categoría sobre los totales aportados para ese grupo			

Pregunta 16. ¿Qué sugerencias de mejora de los sitios web visitados realizarías con fines de información?

Es una pregunta de respuesta libre. Al revisar las respuestas se obtuvieron 322 validas de las que se obtuvieron 572 subcategorías, de ellas 9 consideran que las Web que hay actualmente son adecuadas, del resto se obtienen las categorías que se relacionan más adelante. Los resultados de clasificar las categorías, subcategorías y frecuencias figuran en la Tabla 17.

Al analizar las restantes respuestas de los usuarios para la mejora de los sitios web, en relación con la búsqueda de información para la salud, decidimos clasificarlas en los siguientes grupos:

- A. Acciones desde los promotores de los sitios web
 - A.1. Características de la Web.
 - A.2. Mejoras de la calidad científica.
- B. Acciones desde Organismos Oficiales/Instituciones.
- C. Acciones desde Internet.

A. Acciones desde los promotores Web (89,9%):

A.1. Mejorar características Web (18,6%): Los diseños en muchos casos no facilitan la consulta de la información. Se han agrupado las subcategorías relacionadas con características de las Web que dificultan su consulta, búsqueda interna y acceso a la

información que se refieren a: *Usabilidad, Menos Publicidad, Amigables, Mejor Difusión, Consulta online, Accesibilidad, Páginas Interactivas, Mejorar buscador interno, Traducción, Consultar sin registro previo, Puntuación y comentarios.*

Evidencias: “Que toda la información se encuentre en la misma zona, bien estructurada y con pestañas bien identificadas”, “Mejorar la web a nivel de imagen y de usabilidad”, “páginas poco accesibles con dificultad en la navegación”, “los buscadores internos no ayudan”, “la publicidad que surge en muchas de ellas dificulta la lectura y la navegación”, “eliminar publicidad y pop ups”, “Que no introduzcan tanta publicidad”. “las solicitudes de registro”, las ofertas continuas de *newsletter* solicitando el correo o la oferta de aplicaciones que requieren acceder a datos personales”, “Información accesible a todo tipo de usuarios”. A veces resulta complicado encontrar la información buscada. Muchos de ellos necesitan una organización más intuitiva y un seguimiento más continuado para evitar errores y páginas no encontradas o con enlaces rotos”.

A.2. Mejorar contenidos (56,4%): Se detecta una demanda para que se incluya datos que permitan mejorar la información y documentarse, las fechas de actualización, autores, referencias, el seguimiento de contenidos de foros y chat, se ve como una demostración de calidad. Se han establecido las siguientes subcategorías en base a las frases recogidas: *Páginas Acreditadas, Mejorar calidad contenidos, Indicar Autor, Más asequibles, Referencias Bibliográficas, Enlaces, Revisión continua Foros, Actualización contenidos, Puntuación y comentarios, Complementos descargables, Gráficos y audiovisuales, Comentar con registro previo.*

Evidencias: “Forma de asegurar que la información expuesta es fiable y contrastada. Que son expertos los que informan”, “Algún distintivo que indique cual pueden ser fiables o no”, “Que la información estuviera avalada por expertos o entidades oficiales”, “Creo que deberían dar información seria y precisa, sin alarmismos y evitando particularidades”, “Sencillez, homogeneidad y coherencia en los contenidos, orden”, “Mejor organización y dejar claras las fuentes de la información”, “Información más precisa y contrastada”, “Más asequibles al gran público”, “nunca se sabe si el que contesta es profesional, no se identifican a la vista”, “Mostrar de dónde sacan la información”, “La clara identificación de las fuentes y de los estudios utilizados para la realización de las informaciones”, “Que figurase el autor del texto o la información presentada y la fecha”, “Firmas digitales en las páginas de médicos darían más fiabilidad”, “Que aparecieran en el buscador por orden de fiabilidad de la fuente”, “Asociar códigos a los sitios informando sobre el grado de la fiabilidad que los profesionales les conceden”, “Inclusión de explicación de videos por especialistas”, “No permitiría comentarios de los usuarios, o establecería importantes filtros antes de publicarlos”.

A.3 Crear portal de salud (14,9%): Los encuestados ante las dudas sobre los contenidos y dificultad de encontrar información de calidad y comprenderla realizan una serie de propuestas de las que hemos obtenidos las subcategorías: *Crear Web Especializadas, Crear Web divulgativas, Crear sitios Web EPS, Separar IPS de EPS.*

Evidencias: “Que existiera un portal específico de divulgación sanitaria”, “... son sitios especializados, por lo que mis sugerencias no se centran en ellos, sino en proponer que las conclusiones más relevantes de los trabajos que publican se sinteticen en sitios web de divulgación sobre salud”, “Creo que los y las profesionales de la

salud deberían dedicar artículos didácticos dirigidos a la ciudadanía en general”, “Mejorar la información sobre portales de salud fiables limitar la información científico-médica a estos...”, “Etiquetar mejor la información en relación a la educación, es decir las que tienen que ver con la enseñanza aprendizaje con las que son informaciones divulgativas científicas”

B. Acciones organismos oficiales (3,1%) (Tabla 17): Los encuestados realizan propuestas de las que hemos obtenido subcategorías: para la mejora de la calidad de contenidos, fiabilidad y facilidad de búsquedas que plantean a partir de *Páginas Oficiales*, también la educación de los usuarios para que sepan buscar temas de salud con criterio *Educación usuarios*, también proponen mejoras de soporte *Historia clínica electrónica*, e incluso más supervisión policial para que se atajen Web peligrosas o comportamientos de acoso *Protección Policial*.

Evidencias: “Habría que buscar la forma de garantizar la veracidad de la información, por ejemplo, con páginas oficiales”, “Mayor difusión de páginas oficiales o seguras”, “es necesario enseñar a los usuarios a contrastar información”, “Creo que mejoraría la calidad del usuario, es decir educar al ciudadano con espíritu crítico. De esta manera en el ranking de webs estarían las más visitadas atendiendo a la calidad y fiabilidad informativa”, “que exista vinculación con el servicio de salud del Estado, así poder acceder a tu historial médico”.

D. Acciones desde Internet (7,3%) (Tabla 17): Los encuestados proponen mejoras en las búsquedas y que las permitan más fáciles y específicas, de las frases hemos obtenido las subcategorías: *Mejorar buscadores*, *Mejorar acceso*.

Evidencias: “Incorporación formularia de criterios de búsqueda rigurosos”, “diferenciación entre consultas concretas o por el contrario búsqueda de información generalizada”, “Una mejor estructura en la presentación de la información, que permita acceder más fácilmente a los enlaces”, “Acceso más fácil a la información solicitada”, “pondría más criterios de búsqueda y mejor estructurados”, “Más intuitiva la búsqueda y categorizada”, “Facilidad para encontrar información a través de buscadores, hacer los datos más accesibles al público”.

Tabla 17. Propuestas de mejora sitios Web de información para la Salud. P.16			
A. Desde los promotores Web			
A.1 Características Web	18,6%	A.2 Contenidos y referencias	56,4%
Usabilidad	5,9%	Paginas Acreditadas	18,2%
Menos Publicidad	2,7%	Mejorar calidad contenidos	8,9%
Mejor difusión	2,3%	Indicar autor	7,3%
Consulta online	1,7%	Más Asequibles	7,0%
Accesibilidad	1,6%	Referencias Bibliográficas	7,0%
Paginas Interactivas	1,4%	Enlaces	2,1%
Mejorar buscador interno	1,0%	Revisión continua Foros	2,0%
Traducción	1,0%	Actualización contenidos	1,4%
Consultar sin registro previo	0,5%	Puntuación y comentarios	0,7%
Amigables	0,3%	Complementos descargables	0,7%
		Gráficos y audiovisuales	0,5%
		Comentar con registro	0,5%
A.3 Crear portal de salud	14,9%	C. Acciones desde Internet	7,3%
Crear Web Especializadas	8,2%	Mejorar Buscadores	5,8%
Crear sitios Web EPS	3,3%	Mejorar Acceso	1,6%
B. Desde organismos oficiales	3,1%		
Páginas Oficiales	1,7%		
Educación usuarios	0,8%		
Historia clínica electrónica	0,3%		
Protección Policial	0,2%		
Crear Web divulgativas	2,1%		
Separar IPS de EPS	1,2%		
		Total de subcategorías	572-100%

Pregunta 17. ¿Qué sugerencias de mejora de los sitios web visitados realizarías con fines de formación o educación para la salud?

Es una pregunta de respuesta abierta. Revisadas las respuestas obtenidas, encontramos 261 respuestas para categorizar y 4 que consideran que son adecuados los sitios Web actuales. Al analizar las respuestas encontramos 513 vocablos que describen la situación actual y realizan propuestas de mejora que se categorizan.

Las respuestas de los usuarios para la mejora de los sitios web en la búsqueda de educación para la salud-EPS, decidimos clasificarlas siguiendo un esquema general similar al resultante para IPS, en los siguientes grupos (Figura 18):

- A. Acciones desde los promotores de los sitios web.
 - A.1. Características de la Web.
 - A.2. Mejoras de la calidad científica.
- B. Acciones desde Organismos Oficiales/Instituciones.
- C. Acciones desde Internet.

Los encuestados han realizado un gran número de propuestas de mejora de los sitios Web, en relación con las dificultades que describen. Por la frecuencia de cita podemos destacar las más reiteradas:

- A. Acciones desde los promotores Web (90,3%) (Tabla 18).
 - A.1. Mejorar características Web (16,4%): Los diseños en muchos casos no facilitan la consulta, por una o varias de las causas que se citan. Se han agrupado las subcategorías relacionadas con características de las Web que dificultan su consulta, búsqueda interna y acceso a la información que contienen: *Usabilidad, Mejor Difusión, Accesibilidad, Menos*

Publicidad, Consulta online, Paginas Interactivas, Traducción, Amigables. Evidencias: “Una mejor estructuración”, “La dificultad de algunos sitios es la complejidad para el acceso a sus partes”, “No incluir tantos anuncios”, “Búsqueda y enlaces claramente definidos sin publicidad accesoría”, “Más precisos y posibilidad de consulta personalizada”, La accesibilidad en el diseño para personas con discapacidad y mayores”, “también apertura interactiva”, “Mayor interactividad y cantidad de recursos”, “Traducción al español”, “diversidad lingüística”.

A.2 Mejorar contenidos (55,4%): Se detecta una demanda para que se incluya datos que permitan mejorar la información y documentarse, las fechas de actualización, autores, referencias, el seguimiento de contenidos de foros y chat, se ve como una demostración de calidad. Se han establecido las subcategorías en base a las frases recogidas: *Acreditadas, Más Asequibles, Mejor Calidad contenidos, Formación con equipo interdisciplinar, Soporte Audiovisual, Referencias Bibliográficas, Actividades de seguimiento, Autor, Diseño Didáctico, Actualización, Revisión continua de Foros, Con puntuación y comentarios, Complementos descargables, Enlaces, Incluibles en currículo.*

Evidencias: “Que se garantice la calidad y verosimilitud con algún control que la certifique”, “que sean web certificadas”, “Considero imprescindible ser un sitio serio, acreditado”, “Calidad en la información, lenguaje asequible, citas de los informantes, mejora de las interfaces, gráficos estadísticos, esquemas, estudios recientes...”, “Mejor organización y dejar claras las fuentes de la información”, ““valoración de usuarios sobre credibilidad y fiabilidad sobre el contenido”, “El chat online con un experto ..”, “moderación por un experto en la materia, “glosarios divulgativos y científicos”, “Si usas un soporte visual, explótalo: gráficos, fotos, dibujos, vídeos...”, “Incluir video tutoriales y guías”,

A.3 Crear portal de salud (18,5%): Los encuestados ante las dudas sobre los contenidos y dificultad de encontrar información de calidad y comprenderla realizan una serie de propuestas de las que hemos obtenidos las subcategorías: *Crear Web Especializadas, Separar IPS de EPS, Mas Educación* (para la salud).

Evidencias: “Portales donde vengan la información relacionadas de temas que incluya videos y guías educativas”, “Desarrollar direcciones específicamente dirigidas a pacientes, en español”, “Que los que sean programas estén debidamente clasificados..”, “saber claramente cuales son para estudios a nivel alumnos a modo de consulta y los que son a nivel profesional”, “tendría que haber espacios diseñados y supervisados por los profesionales de la salud y de la educación, que faciliten que la información sea veraz y accesible para los diferentes grupos de población”, “Mayor número de actividades para realizar en entornos socioeducativos”, “Algún tipo de web oficial a la que acudir si se desea formación sobre la salud”, “Dedicar espacios web para la formación online sobre salud, clasificado por edades, en base a la prevención y hábitos saludables, y espacios más específicos sobre enfermedades concretas, enfermedades raras....etc.”, “una educación para la salud real y accesible”.

B. Acciones organismos oficiales (2,9%) (Tabla 18): Los encuestados realizan propuestas de las que hemos obtenido subcategorías: para la mejora de la calidad de contenidos, fiabilidad y facilidad de búsquedas que plantean a partir de *Páginas Oficiales, Educación usuarios*, también la educación de los usuarios para que sepan buscar temas de salud con criterio.

Evidencias: “Que sea el Ministerio de Salud quien dedique los espacios de consulta sobre la salud”, “Mantener la información en

redes científicas con respecto a la educación de la salud a ser utilizadas, verificar que sean confiables o estén respaldadas por educación y salud. (Ministerios o Secretarías)", "Que el ayuntamiento y la comunidad autónoma pongan enlaces fiables, oficiales y bien visibles en sus webs a cursos de formación presenciales y sobre todo online (gratuitos estos últimos al menos)", Cursos de formación presenciales para el tratamiento y uso de la web".

C. Acciones desde Internet (6,8%) (Tabla 16): Los encuestados proponen mejoras en las búsquedas y que sean más fáciles y específicas, de las frases hemos obtenido las subcategorías: *Mejorar buscadores, Mejorar acceso.*

Evidencias: "Que aparecieran en el buscador por orden de fiabilidad de la fuente", "Mejora de plataformas en general", "La mejora de la búsqueda de páginas fiables para el usuario", "Categorizar mejor las subespecialidades para favorecer búsquedas directas por área de conocimiento", "la creación de un buscador especializado", "mejora del acceso por medio de buscadores".

En los resultados más destacados obtuvimos categorías similares a las referidas en información, si bien aparecen citadas más veces la inclusión de recursos de apoyo y de interacción y la necesidad de diseños didácticos.

La diferencia fundamental con las búsquedas de información radica en que las frases analizadas refieren la necesidad de más páginas y sitios con educación para la salud, que consideran escasos y solo de algunos temas, mientras que en la búsqueda de información se encontraba un exceso de esta y además no fiable.

Tabla 18. Propuestas de mejora de sitios Web de Educación para la Salud En Porcentaje. P. 17			
A. Desde promotores web			
A.1 Características Web	16,4	A.2 Contenidos y referencias	55,4
Usabilidad	5,5	Acreditadas	7,8
Mejor Difusión	2,7	Más Asequibles	7,4
Accesibilidad	2,1	Mejor Calidad contenidos	7,2
Menos Public	1,9	Formación con equipo interdisciplinar	5,7
Consulta online	1,8	Soporte Audiovisual	4,9
Paginas Interactivas	1,6	Referencias Bibliográficas	3,9
Traducción	0,6	Act. seguimiento	3,1
Amigables	0,2	Autor	2,9
		Diseño Didáctico	2,9
A.3 Crear portal de salud	18,5	Actualización	2,3
Mas Educación	7,8	Revisión continua Foros, Chat	2,1
Sitios Web Especializados	6,8	Con puntuación y comentarios	2,1
Separar Información y Educación	3,9	Complementos descargables	1,8
		Enlaces	1,0
		Incluibles en currículo	0,2
B. Acciones organismos oficiales	2,9	C. Acciones desde Internet	6,8
Paginas Oficiales	2,3	Mejorar Buscadores	6,8
Educación usuarios	0,6		
		Total de subcategorías-513-100	

Aparece una dificultad en localizar los sitios web con este tipo de oferta no solo porque hay menos oferta, sino porque no aparece en los buscadores, quizás por no estar claramente referido en el lenguaje de programación cuando son actividades incluidas en un mismo sitio Web o Portal entre otras de información, de tipo divulgativo o de la organización.

También inciden en que las actividades estén elaboradas con “diseños didácticos” por “equipos interdisciplinarios”, que sean más interactivas, que las actividades tengan seguimiento “continuo” por expertos y en los foros, supervisando los comentarios.

La visión de los cursos gratuitos *online* que describen es que los textos en que se basan son de baja calidad, sin interacción con tutor ni seguimiento, incluso sin posibilidad de consulta. Cuando hay foros, estos no tienen seguimiento, lo que da lugar a informaciones erróneas, hecho en que coincidían las páginas de información. Parecen describir más un perfil de repositorio de textos o documentos, que se denominan curso, que un diseño formativo de algún tipo.

Surge aquí de manera más marcada en las búsquedas de información la necesidad de que los cursos sean elaborados por equipos multidisciplinares, con expertos en las temáticas; también sugieren que los sitios web deberían ser promovidos, incluso creados, desde organismos oficiales.

Pregunta 18. De los recursos web y medios de apoyo con que contaban los sitios web ¿cuáles le han parecido más útiles?

Es una pregunta categorizada mixta, de respuesta múltiple. Tras estudiar los resultados encontramos 917 respuestas validas, que se catalogaron obteniendo 2.492 datos que reflejamos en la Figura 28.

Se planteó a los encuestados que indicaran, cuáles de las herramientas web y didácticas encontradas en los sitios web consultados, les fueron más útiles, mediante unas categorías definidas, más una opción abierta. Podían escoger todas las categorías y añadir en "Otros", para permitir que expresaran opciones complementarias no contempladas si lo consideraban oportuno.

En consecuencia, con las referencias y su frecuencia podemos saber las herramientas que encontraron y medir el interés que les provoca, expresando las categorías propuestas en el siguiente

orden de frecuencia (Figura 20): *Texto Web, Texto descargable, Video, Consulta online, Foro, Redes sociales, Juegos educativos, Correo electrónico, Aplicaciones móvil-Apps, Videoconferencia, Chat, Otros*. Este último incluye conceptos como *imágenes, enlaces, opción de compartir*, entre otros.

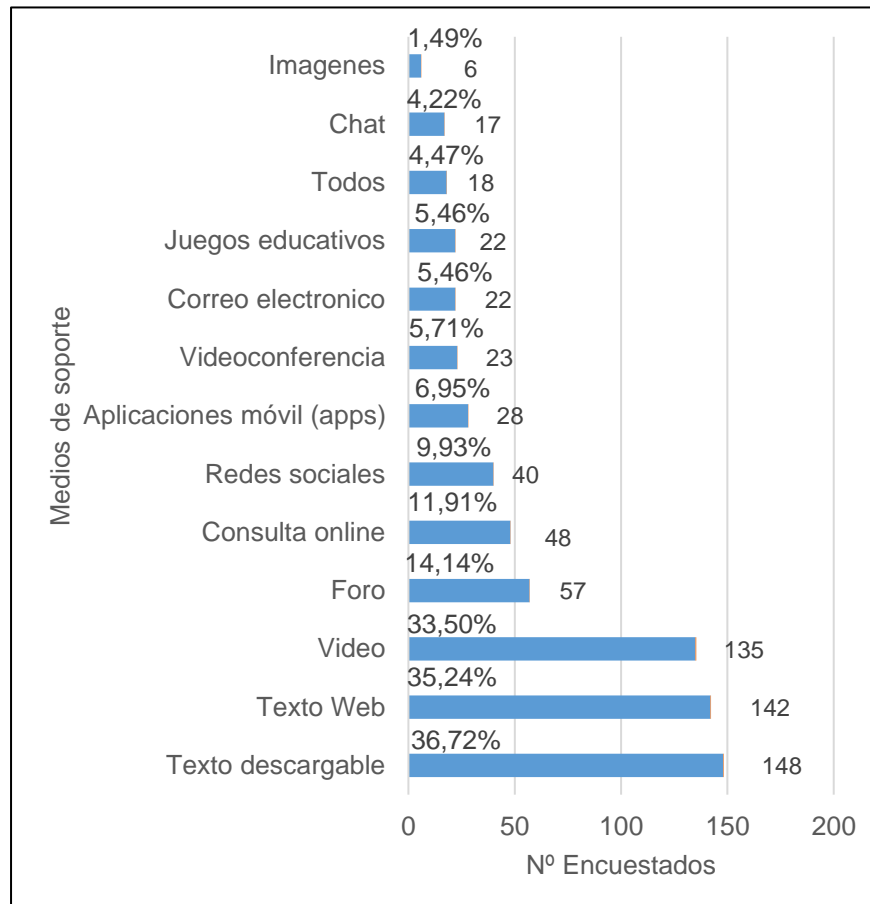


Figura 28. Recursos encontrados en estos sitios web: más útiles. P. 18

Las herramientas que mejoran la comunicación e interacción entre los usuarios y con los promotores de los sitios web (*Consulta online, Foro, Redes sociales, Correo electrónico, Videoconferencia y Chat*) suponen un 34,6% de las categorías y frecuencias citadas. La interacción despierta un interés importante entre los encuestados, aspecto que ya habían expresado al indicar las

características que les gustaría que tuvieran los sitios web tanto para información como para educación.

Pregunta 19. De la pregunta anterior, indique por qué le fue más útil y como lo utilizó y si quiere sugerir otros recursos que le parecen útiles y no se ofrecían explíquelos.

Es una pregunta de respuesta abierta. Tras revisar los cuestionarios, se consideraron 389 respuestas válidas que se categorizaron según las categorías de la pregunta 18 y por similitud, obteniendo 698 referencias, sobre las que se calculó el porcentaje según frecuencia.

Esta pregunta, que puede parecer reiteración de la anterior, tiene el interés de que permite ver la consistencia de las respuestas, también permite que el encuestado amplíe la información mediante su aportación sobre la utilidad de estas y otras herramientas que, aunque no las haya encontrado habitualmente, las considere de interés y que explique cómo las utilizó y por qué las considera útiles.

Las que consideran más útiles son las siguientes, por orden de frecuencia: *Texto descargable*, que cambia a primera posición al elegir el encuestado como más útil, *Texto Web*, *Video*, *Foro*, *Consulta online*, *Redes sociales*, *Aplicaciones móvil (apps)*, *Videoconferencia*, *Juegos educativos*, *Correo electrónico*, *Chat*, *Imágenes*, *Otros*.

Las herramientas que mejoran la comunicación e interacción con los sitios web y sus promotores: *Consulta online*, *Foro*, *Redes sociales*, *Correo electrónico* y *Chat*, suponen un 29,7% de las categorías y datos citados, muy similares y comparables a las respuestas de la pregunta anterior. La disminución del porcentaje se debe a la inclusión de nuevas herramientas que proponen, pero se mantiene el interés expresado por ellas.

Las categorías que consideran más útiles son las siguientes, por orden de frecuencia (categoría, nº de referencias y porcentaje sobre el total), con utilidad expresada y evidencias:

- Texto descargable (149-21,3%). Destacan la facilidad de archivo, consulta posterior, impresión, que facilita la lectura y difusión posterior en papel o digital. Evidencias: “Facilidad acceso, archivo y consulta posterior”, “opción de descargar los recursos sobre ese tema e imprimir”, “porque cuando es mucho texto mejor leerlo en papel”, “textos descarga les permiten que el tema de interés se pueda consultar más fácilmente y difundir”.
- Texto Web (141-20,2%). Lo consideran más útil para la lectura previa y consulta rápida, también que permite la inserción de enlaces. Evidencias: “El texto web es útil para tener una información rápida del artículo y valorar si interesa descargarse el texto para consultarlo nuevamente en el futuro”, “texto web, sería más útil con enlaces incrustados que dirijan a otras fuentes fiables relacionadas con el tema”, “texto web porque se puede copiar en un documento para quedarte sólo con lo que te interesa”.
- Video (135-19,3%). Destaca que son más dinámicos, ágiles, explicativos, clarificadores y que facilitan el aprendizaje. Evidencias: “es más clarificador”, “Son medios más dinámicos y ágiles”, “Texto web y vídeo son lo más útiles unos los cito como fuente y otros los enlace como recurso”, “Videos explicativos para preparar algo”, “En un video siempre es más fácil de seguir la información”, “El video te clarifica y ayuda a imitar”, “explican insitu como llevarlo a cabo”, “Me permite ver y

volver a ver, parar, volver a empezar”, “es más ameno ver un video explicativo que leer una página”.

- Foro (56-8,0%). A los usuarios les gusta por facilitar la información, consultas, el intercambio de información y opiniones. Evidencias: “por la facilidad de información sin las implicaciones personales que pueden exigir los chats, las redes sociales”, “foro ayudan a la comprensión”, “Los foros tienes varios comentarios de usuarios y con alguno te puedes ver identificada”, “foros son un instrumento muy interesante, al menos desde mi punto de vista, ya que te permiten plantear dudas y establecer comunicaciones muy fructíferas”, “foro porque suele ofrecer la opinión de varias personas sobre un problema aunque lo considero bastante menos fiable”.
- Consulta online (48-6,9%). Es elegido por la inmediatez en la consulta de dudas, siendo la herramienta que más facilita el intercambio de ideas y la clarificación. Evidencias: “por la inmediatez y rapidez”, “Si ofrecen consulta online, evidentemente, constituye una oportunidad ágil para formular las dudas que hayan surgido tras acceder al contenido completo del trabajo”, “Formacion amena”, “consulta online permite personalizar y profundizar”, “consulta on- line para contactar con la organización y solicitar información o recursos concretos”, “la consulta online porque vas contestando a las dudas que van surgiendo”, “Posibilidad de interactuar e intercambiar ideas y opiniones a través de la plataforma”.
- Redes sociales (40-5,7%). Es considerado un apoyo rápido y concreto a las webs especializadas cuando cuentan con profesional de apoyo. Evidencias: “Las redes

sociales me resultan rápidas, concretas, tienes tanto la opinión profesional como la de las familias y ayudan en su uso periódico a mantener la calma ante situaciones urgentes y ser más cautas en situaciones banales”, “para consultar a especialistas sobre un tema concreto”, “por la interacción”, Es fácil de consultar y son temas actuales, tampoco consulto temas relacionados con enfermedades graves, solo la salud del día a día”, “redes sociales se pueden resolver todas las dudas que poseemos”, “Porque es información que se encuentra muy rápido”, “Me parecen útiles, ya que por motivos laborales tengo tiempo limitado para poder hacer los cursos, las redes sociales porque me gusta intercambiar opiniones y debatir sobre los contenidos del curso o información”, “Son alternativas”, “Redes sociales en la páginas especializadas”.

- Aplicaciones móviles (apps) (28-4,0%). Reciben calificativos positivos como apoyos: cómodas, amenas, información completa, atractivos, dinámicos. Evidencias: “si están bien hechas son muy cómodas”, “Formacion amena”, “La información ofrecida en la página era bastante completa y por consiguiente me ayudó bastante en mi día a día”, “Son más atractivos y dinámicos”, “Son útiles porque consigues la respuesta al momento”, “La app Urgencias Infantiles CyL es buenísima, la directora del equipo es la pediatra de mis hijos y tengo una absoluta confianza en esa aplicación”.
- Videoconferencia (24-3,4%). Las plantean como apoyo a la explicación de temáticas complejas a nivel más especializados con la participación de expertos. Evidencias: “las vídeo conferencias, deben ser dirigidas a

aquellos que buscan respuestas más claras y no tecnicismo inalcanzables de entender”, “las videoconferencias facilitan el acceso a la formación sin necesidad de asistir personalmente”, “Me parecieron útiles porque me permiten compartirlos con los compañeros con los que trabajo en jornadas de coordinación donde tratamos diversos temas”, “Me gusta escuchar las videoconferencias, suelen llamar a expertos”, “sirve para educar a los padres y profesores”, “Colocar debates didácticos con contenidos de investigación”, “Fueron útiles porque me permitieron obtener rápidamente y de forma didáctica la información que estaba buscando”.

- Juegos educativos (23-3,3%). Es considerado como un recurso especialmente idóneo para grupos especiales como los niños y la tercera edad. Evidencias: “juegos educativos aprendemos con la teoría y la enseñanza hacía los más pequeños”, “Para ofrecer taller a personas de la tercera edad y el impacto de dichas herramientas”, “Depende de la información que se quiera transmitir elijo un recurso u otro si esa información quiero que también pase a adolescentes (que son con las personas con las que trabajo) elijo recursos más "ceranos" para ellos, como puedan ser los vídeos o juegos didácticos”, “suelen ser una gran herramienta educativa ya que divierten y motivan por su componente interactivo”, “Para ponerlos en la práctica diaria en proyectos socioeducativos”, “echo de menos más juegos didácticos, educativos para personas de mediana edad”, “porque me permite añadirlo a una programación curricular y aplicarlo en una clase”.

- Correo electrónico (22-3,2%). Es considerado una herramienta fácil de utilizar, interesante si se responde con rapidez, pero menos interesante ante los nuevos recursos. Evidencias: “La posibilidad de dejar un correo con una consulta que se resuelva con rapidez”, “facilidad para consultar y ser atendido en el momento en que tanto a remitente como a destinatario le convenga”, “Mandé una pregunta y me la respondieron”, “El correo es muy fácil y te ayuda a estar en contacto con otros usuarios de la red cuanto el resto de recursos fallan. Además, sirve para intercambiar información. Se utiliza como herramienta de trabajo, a nivel usuario o para comunicarte con las entidades y organismos públicos y privados”, “correo es el mejor medio para realizar consultas”.
- Chat (17-2,4%). Destacan su utilidad para contactar con rapidez, en la explicación de dudas y la rapidez, pero las respuestas son limitadas en los contenidos. Evidencias: “chats, suelen brindar la opinión de la gente sobre lo que se cuenta, ayudando a discernir entre la buena información y la mala”, “una forma de contactar directa para poder resolver dudas”, “Los chat y los foros son muy completos para garantizar un aprendizaje masivo aportando cada uno perspectivas diversas”, “pero un asistente en chat ,sería lo ideal”, “Chat, por la inmediatez”, “Por ser una información más directa por un lado y por barajar diferentes opiniones y así poder contrastarlas”, “cuando es con un profesional, la inmediatez de la respuesta aunque siempre es muy limitada”.
- Imágenes (8-1,1%). La inclusión de imágenes y gráficos en los textos facilita la comprensión. Evidencias: “en

ciertos casos pueden ser útil la información gráfica, es decir, tanto fotos como vídeos”, “Imágenes explicativas”, “explicaciones más claras”.

- Otros (7-1,0%). Proponen otros recursos que ayudan a la comprensión y el contacto/consulta como Enlaces, Glosarios, Libros electrónicos, Teléfonos. Evidencias: Enlaces: “Añadir link a artículos o fuentes para contrastar y corroborar la información vertida”, “con enlaces incrustados que dirijan a otras fuentes fiables relacionadas con el tema”, “Para ampliar información Enlaces a otras webs”; Teléfonos: “sugiero que se coloque teléfonos, horarios de atención actualizados”.

Preguntas 18 y 19. Comparación respuestas.

Al realizar la comparación encontramos que los encuestados consideran como los recursos más útiles los Textos web, el Texto descargable y los Vídeos, que son los más valorados. Indican que el texto web les facilita la localización de los textos de interés y la lectura rápida; el texto descargable permite leer la documentación offline de forma asincrónica, aunque también expresan que determinados textos prefieren leerlos en papel; y los videos suben en la valoración de 15,4% a 19,3%, pero los piden como complemento y apoyados con textos explicativos, los refieren interrelacionados (Tabla 19). En la misma línea surge una demanda de imágenes y gráficos de apoyo a los textos.

Otra demanda explicitada es poder consultar dudas y plantear casos sobre la documentación y explicaciones, de ahí el alto número de referencias a formas de comunicación, siendo la principal el foro, seguida de la consulta online y las redes sociales, quedando como menos interesantes pero demandadas la videoconferencia, el correo electrónico y el chat.

Tabla 19. Comparación preguntas 18 y 19: Porcentaje frecuencia categorías en las respuestas.

Categorías pregunta	% de la categoría sobre todas	
	P 18	P 19
Texto Web	21,4	20,2
Texto descargable	18,9	21,3
Video	15,4	19,3
Consulta online	9,1	6,9
Foro	8,1	8,0
Redes sociales	6,8	5,7
Juegos educativos	4,9	3,3
Correo electrónico	4,8	3,2
Aplicaciones móvil-apps	4,2	4,0
Videoconferencia	4,0	3,4
Chat	1,8	2,4
Otros	0,4	2,1

Como nuevo recurso para facilitar la conexión y acceso a la información y educación, citan de forma frecuente las Aplicaciones del móvil-App, como nueva forma a explorar la interconexión y los recursos audiovisuales en todas sus posibilidades.

6.1.3 Valoración de la información y/o educación para la salud obtenida en entornos digitales, así como de la influencia posterior en su comportamiento con relación a su salud y la de sus allegados, y con los profesionales sanitarios.

Las preguntas de este apartado se incluyeron para determinar varias situaciones sobre las búsquedas de información y educación para la salud en Internet y relacionarla con los profesionales de la salud y la utilidad para la que se realizó la búsqueda, en relación con los objetivos específicos planteados:

- Determinar el tipo de información recabada y el grado de dificultad encontrado en la búsqueda de esta información y educación para la salud.

- Conocer la valoración del encuestado sobre la información obtenida en entornos digitales y la repercusión en su salud.
- Comprender como influyó ese conocimiento en su salud y la de sus allegados y en la relación con los profesionales sanitarios.

Los resultados han permitido alcanzarlos pudiendo recoger información relativa a la: valoración de la consulta realizada y los datos obtenidos; tipo de información buscada; si le fue útil; su comentario con el profesional y el apoyo o no, de este: así como sobre la recomendación por el profesional de sitios Web, la ayuda que supuso la información o educación para la salud obtenida.

Pregunta 20. En relación con la información y/o educación para la salud conseguida en Internet y/o de su profesional de la salud, indique cuál considera ¿más...?: fiable, comprensible, abundante, accesible, objetiva, útil.

La pregunta se compone de seis definiciones de percepciones del usuario, que se presentan como preguntas cerradas dicotómicas, vemos los resultados se presentan en la Figura 29.

Según las respuestas, encontramos que con relación a la información y/o educación para la salud conseguida en Internet o de su profesional de la salud:

- Como percepción positiva hacia el profesional, consideran que, es más: Fiable (90,9%), Objetiva (75,7%) y Comprensible que decae fuertemente (60,5%).
- Con valoraciones positivas hacia Internet en cuanto a: Abundante (89,2%) y Accesible (88,0%), con cierto equilibrio entre ambas la percepción de Comprensible (39,5%) muy por debajo del 50%.

- Las consultas a efectos de información y educación para la salud al profesional fueron: más Útiles para el 66,8%, pero los porcentajes de los encuestados que consideraron más Útil la información obtenida de Internet fue de un 33,2%, un tercio de las respuestas.

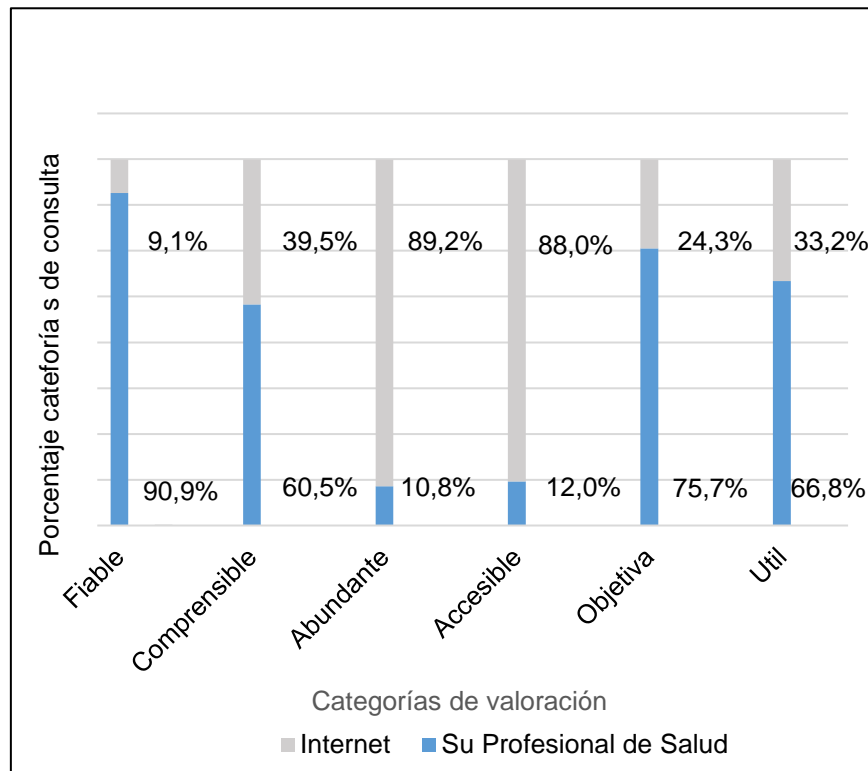


Figura 29. Valoración de la IPS/ EPS obtenida de Internet y del profesional. (P. 20)

Surge así una clara aplicación de las consultas realizadas en los entornos virtuales a la vida cotidiana, no como alternativa a las consultas al profesional de salud, sino como complemento de esta.

Pregunta 21. Explique las respuestas a la pregunta anterior (nº 20).

Se trata de una pregunta de respuesta abierta de confirmación y explicación de la respuesta a la pregunta anterior, se obtuvieron 534 respuestas validas, en ellas se recogen las percepciones descritas por los encuestados.

Se recogieron en un principio dos bloques: las *Referidas a Internet* y las referidas a la *Atención del profesional de salud*, recogiendo los calificativos más representativos, en ambos grupos de respuesta se recogen tanto positivos como negativos referidos a la interacción del encuestado, al organizar la información se creó un tercer grupo con las que “*Equiparan ambas*” vías de acceso a la IPS/EPS con valoración positiva o negativa.

Dado la gran variedad de expresiones, se crearon subcategorías con vocablos de los incluidos en las frases y que presentaban semejanzas semánticas. Después de categorizar se obtuvieron 785 referencias de subcategorías. Posteriormente se unieron algunas de ellas por su similitud, o formar parte del mismo concepto, así se agrupó, por ejemplo: *Internet para contrastar*, *Internet para complementar información*, *Internet complementaria*.

Las categorías principales se agrupan en tres bloques:

- A. Explicación de la valoración realizada sobre Internet.
 - B. Sobre la valoración realizada de los resultados de las consultas al profesional.
 - C. Valoración realizada en relación a los resultados, siendo similares para la consulta a Internet y al profesional de salud.
-
- A. Explicación de los encuestados de la valoración realizada (fiable, comprensible, abundante, accesible, objetiva, útil) sobre los resultados de las búsquedas de IPS/EPS en Internet. Se seleccionaron 338 subcategorías de las respuestas, que suponen el 43,1% de las encontradas, que agrupamos en las siguientes categorías:
 - Internet abundante y accesible (21,9%): Las respuestas consideran Internet más accesible, de

consulta más fácil, e información diversa. Evidencias: “La información en la red es incuestionablemente más abundante y más accesible”, “Internet aporta mucha información y es muy fácil acceder a ella”, “Además en Internet puedes contrastar informaciones y es más objetivo que la única visión del profesional”.

- Infoxicación-Dudas de fiabilidad (12,0%). Es una valoración negativa de la utilización, consecuencia del exceso de información y la duda de fiabilidad de las páginas y contenidos ya reflejadas en otras preguntas. Evidencias: “Internet mucha información dudas fiable, hay que seleccionar”, “Internet no me fio Información subvencionada”, “No me fio de Internet”, “Internet hay que seleccionar”, “Internet te puede confundir”, Internet solo para enfermedades leves”, “Internet permite mayor cantidad de información por la multitud de sitios web que se pueden consultar, pero no siempre se tiene criterio suficiente para saber la fiabilidad de esa información”, “En internet encuentras mucho y de forma fácil, pero no siempre me fio...”.
- Internet como complemento (7,0%): Un grupo de encuestados plantea la utilización de Internet como contraste y complemento de las informaciones del profesional de salud. Evidencias: “Estoy contenta con los profesionales de la salud que tenemos en mi familia, pero en internet me gusta consultar y ver otras opiniones, hay un amplio abanico de respuestas que está bien tenerlas presentes y en consideración”, “Me fio más de mi médico que de internet, pero me gusta contrastar la información que se me da”.

- Internet información genérica (1,9%): Algunas Evidencias: “...en Internet encuentras información genérica”, “Bueno a la hora de buscar información general puedes utilizar internet”.

B. Sobre la valoración realizada de los resultados de las consultas al profesional Explicación de los encuestados de la valoración realizada (fiable, comprensible, abundante, accesible, objetiva, útil) en relación a los resultados de las consultas con el profesional de salud para IPS/EPS. Se seleccionaron 430 subcategorías de las respuestas, que suponen el 54,8% de las encontradas, que agrupamos en las siguientes categorías:

- Mejor el profesional por formación (17,1%). La formación del profesional de salud y su consideración como experto es la mayor valoración positiva. Expresiones: “fiable el médico, porque es profesional, y estará actualizado con las nuevas técnicas y noticias”, “El profesional de salud es el experto”, “Profesional más fiable”, “El profesional si es grave”.
- El profesional personaliza la información (14,6%). La personalización de la información que puede realizar el profesional de salud, es la segunda causa de valoración positiva. Evidencias: “Yo confío muchísimo en el pediatra de mis hijos, pero él sólo me da la información que yo necesito saber, seguro que, para no alarmarme con datos innecesarios, y en internet está todo”, “Fiable, objetiva y comprensible, el profesional porque es el que conoce tu caso personal, adaptando la información a tus necesidades”, “Un profesional siempre sea más fiable que la información

encontrada por Internet, pues conocerá aspectos que en los casos descritos en la web, puede no haberse tenido en cuenta”, “Buena comunicación profesional”, “Profesional información más útil y aplicable

- Mejor mi médico/ profesional de salud (9,7%). Las respuestas plantean como un plus la relación personal de la consulta presencial y la de confianza con el profesional seleccionado al que se conoce. Evidencias: “Porque es más cercano”, “Confío en mi médico más que en la red”, “la información de mi doctor por la confianza que tengo en él”, “Mejor personal”, “Mejor mi médico”.
- Explicaciones del profesional escuetas (8,5%). La comunicación con algunos profesionales es calificada como escueta y de difícil comprensión y el tiempo de consulta escaso, la actitud del profesional en ocasiones calificada de poca empatía. Evidencias: “las opiniones de los profesionales de la salud, suelen ser parcas en palabras y poco accesibles”, “Profesional lenguaje poco comprensible”, “Explicaciones del profesional escuetas”, “Profesional más fiable pero poco tiempo”, “Profesional poco tiempo de consulta y empatía”, “El poco tiempo disponible y la poca empatía de algunos profesionales”, “Los profesionales de la salud no tienen tiempo suficiente para largas explicaciones”, “Los profesionales no han realizado mucho de ellos, algún curso que les enseñe a empatizar con el paciente. Y debido al poco tiempo que tienen para atenderlo, la información no es abundante ni accesible, a veces es comprensible...”.

- Dificultad de acceso con el profesional (2,3%). Es valorado también negativamente la dificultad o demora para contactar con el profesional de salud y conseguir cita. Evidencias: “Profesional dificultades acceso”, “Mi profesional de la salud es poco accesible...”, “Pedir cita en el médico conlleva mayor tiempo y si además es con un especialista, puede pasar meses para tener atención
- Profesional dudas fiables (2,0%). La posibilidad de consulta con internet y otros profesionales aflora la situación en ocasiones de falta de actualización del profesional o que consideren que está inducido por tendencias o empresas. Evidencias: “Profesional no fiable”, “Fiarte depende del profesional”, “el profesional a veces, te aconseja desde orientaciones interesadas por multinacionales farmacéuticas”, “Profesional dudas”.
- Profesional poca información hábitos de salud, no voy para informarme (0,4%). Evidencias: “Muy centrados en curar y no en prevenir y mucho menos en educar”, “Nunca en la vida acudiría a mi profesional de la salud para consultar un tema de educación para la salud. No realizan concienciación, ni sensibilización y mucho menos educación”, “Afortunadamente mi médico de familia es una mujer sensata, práctica y poco alarmista. Pero eso no significa que ante problemas relacionados con el deporte te ayuden a prevenir y mejorar. Unas simples directrices sobre estiramientos y otros ejercicios valdrían para mejoras síntomas que a veces acaban por desidia en rehabilitación”.

C. Encontramos un grupo de respuestas de los encuestados sobre la valoración realizada (fiable, comprensible, abundante, accesible, objetiva, útil) de los resultados de las consultas en relación a la de IPS/EPS, que valoran de forma positiva o negativa, pero similares para la consulta a Internet y al profesional de salud.

Se seleccionaron 17 subcategorías, que suponen el 2,2% de las encontradas, que agrupamos en las siguientes categorías:

- Ambos por igual fiable y útil (1,7%). En algunos casos califican igual las dos vías de acceso Internet y el profesional de salud. Evidencias: Ambos por igual fiable y útil: “Comprensible y útil a partes iguales.... una respalda y/o corrobora a la otra”.
- En ambos casos dudas de fiables, información contradictoria (0,54%). Algunos encuestados expresan experiencias negativas tanto para las búsquedas en Internet como para las consultas con el profesional. Evidencias: “Respecto fiabilidad, ambas tienden a "poco fiable"”, “En resumen, buscar en internet no es bueno, pero muchos de los médicos de hoy en día, dejan mucho que desear”.

Se han encontrado relaciones de significados en las valoraciones entre Internet y el profesional que se reiteran. Son valoraciones positivas en varias respuestas, expresados como relación entre ellos referidos al profesional e Internet, con la que explican su criterio de elección en la pregunta anterior.

Unos ejemplos significativos de las expresiones serían:

“El profesional es mejor por la atención personal”-“En Internet la consulta es más fácil”.

“El profesional es mejor por su formación”-“Internet complementa y aclara conceptos”.

“Explicaciones del profesional escuetas”-“Internet abundante y accesible”.

Al analizar las frases de respuesta encontramos que:

- en una parte importante de los casos se califican positivamente ambas vías de acceso a la IPS/EPS, aunque en diferente grado;
- un segundo grupo considera Internet un complemento imprescindible, aunque valora más la atención del profesional;
- un tercer grupo utiliza Internet como alternativa a las dificultades de acceso: pedir cita, demora, y acudir a la cita;
- un cuarto grupo opta por Internet ante dificultades o experiencias negativas en la interacción con el profesional;
- por último, existen situaciones como: disconformidad con diagnósticos y tratamientos, determinadas temáticas como hábitos saludables, “pequeñas enfermedades” “dudas que surgen”, que directamente se intentan resolver por internet.

Encontramos una tendencia muy importante de relación inversa en las valoraciones, así las respuestas que refieren algún tipo de incidencia en la interacción con el profesional valoran más positivamente la alternativa de poder utilizar Internet o directamente indican que lo utilizan como alternativa, pues la consulta con el

profesional no es satisfactoria en diagnósticos, tratamientos o la propia comunicación y comprensión.

Podríamos decir que la mayoría de las incidencias que surgen en la consulta con el profesional de salud intentan resolverse con la consulta en Internet y solo en casos graves buscando otro profesional.

En las respuestas queda claramente expresado que se realizan por Internet de forma principal las consultas, sin acudir al profesional, cuando buscan IPS/EPS sobre hábitos saludables, en la búsqueda de otros posibles diagnósticos y tratamientos en casos complejos o de desacuerdo, también en la búsqueda de terapias naturales o complementarias, incluso la búsqueda de otro profesional, reservando la consulta presencial al profesional de salud para casos de enfermedad que consideran importante, para medicación y pruebas.

Estas dinámicas de relación descritas potenciarían el uso de Internet como consulta de apoyo y contraste entre otras, y también para temas de salud, que no se tratan en la consulta, donde la temática se centra en la enfermedad o en problemas concretos surgidos.

Hemos encontrado que independientemente de la valoración que se realiza de la consulta con el profesional, desde muy positiva a presentar dudas de fiabilidad, los encuestados recurren a internet como aclaración complemento o incluso vía principal de IPS/EPS, aunque la consulta es calificada más positivamente en los casos en que surgen dificultades con el profesional o la forma de comunicación.

Pregunta 22. Indique qué tipo de información y/o educación para la salud buscó: (puede exponer varias o incluir otras).

Es una pregunta categorizada mixta con apartado de “Otros” para permitir aportaciones. Tras revisar los cuestionarios, se obtuvieron 945 respuestas a categorizar, obteniendo 3.417 datos referidos a las categorías preestablecidas y una nueva (Figura 30).

Se revisó el apartado de “Otros” incluyendo los vocablos en diversos tipos de categorías preestablecidas: así, por una parte, 16 datos pasaron a consultas de enfermedades, categoría que además se modificó en su denominación para incluir conceptos que queríamos asociar, quedando de la siguiente manera: “Consulta sobre una enfermedad, síndromes, disfunciones cognitivas, fisiológicas o anatómicas, etapa vital”. Esto nos ha permitido incluir: embarazo, lactancia, síndrome autista, drogodependencias, entre otras, y 20 vocablos referidos a diversos tipos de consultas sobre hábitos saludables, manteniendo “Otros” con estos no incluíbles en otros grupos y de escasa frecuencia (Figura 30).

Se observa que los dos temas más buscados son: Consulta sobre una enfermedad, síndrome, disfunciones fisiológicas o anatómicas y etapa vital (antes Consulta sobre una enfermedad) que supone 751 respuestas (22,0%) y Vida saludable con 643 respuestas (18,8%). Les siguen a cierta distancia las consultas de tipo administrativo u organizativo: Organización del Servicio de Salud (acceso, trámites, documentación, horarios, etc.).

Tras ellos se encuentra un grupo de consultas de carácter preventivo con porcentajes similares: Salud pública/epidemiología (prevención, vacunas, etc.), Autocuidados y Terapias complementarias.

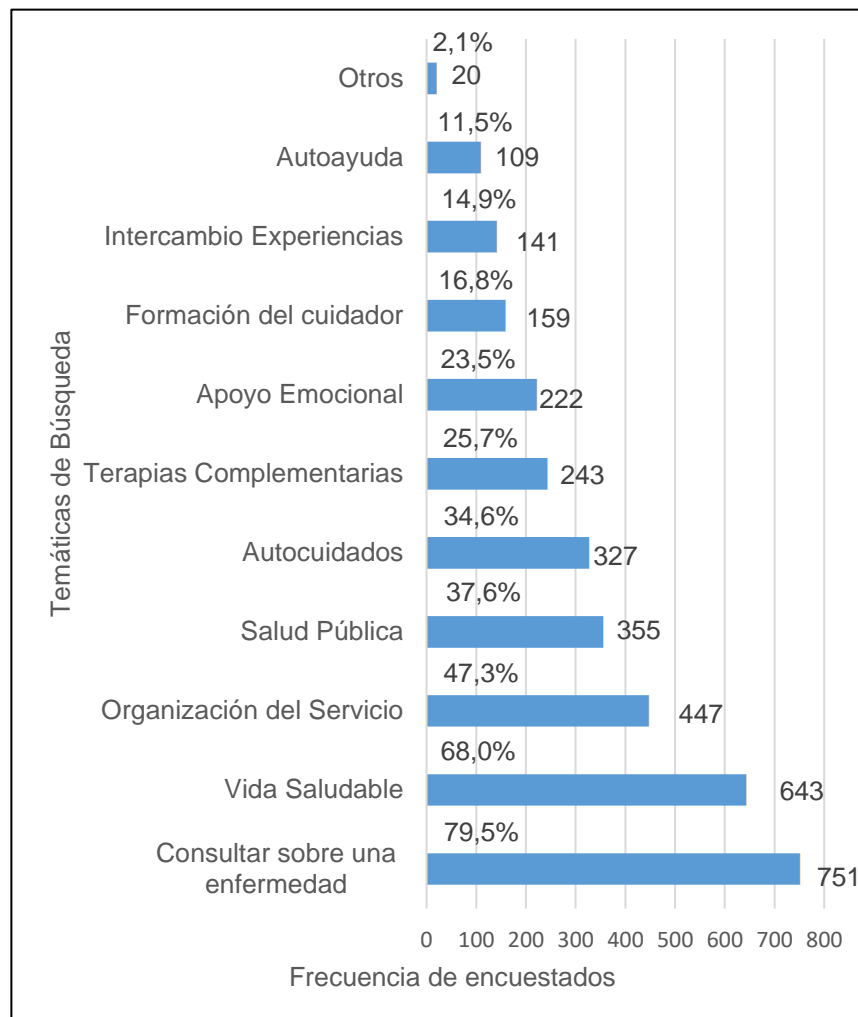


Figura 30. Temática de las búsquedas en Internet. % citas del total. P. 22.

Si consideramos las búsquedas realizadas de situaciones concretas de enfermedad o vitales por las que atraviesan el encuestado o sus allegados, suponen un grupo de consultas mayor que las referidas a las de carácter puramente preventivo: *Vida saludable y Salud pública/epidemiología*, quedando en último lugar. Frente a estos dos bloques encontramos las de tipo administrativo, que son, sin embargo, en las que la administración sanitaria centra sus esfuerzos en el ámbito digital.

Pregunta 23. Indique si la información y/o educación para la salud obtenida en Internet le ha ayudado a mejorar el cuidado de la salud.

Es una pregunta con respuesta de escala numérica valorativa del 1 al 5; el encuestado debe valorar el grado de ayuda que le supuso la consulta en Internet. Se obtuvieron 942 respuestas válidas, cuyos resultados son los siguientes (Figura 31).

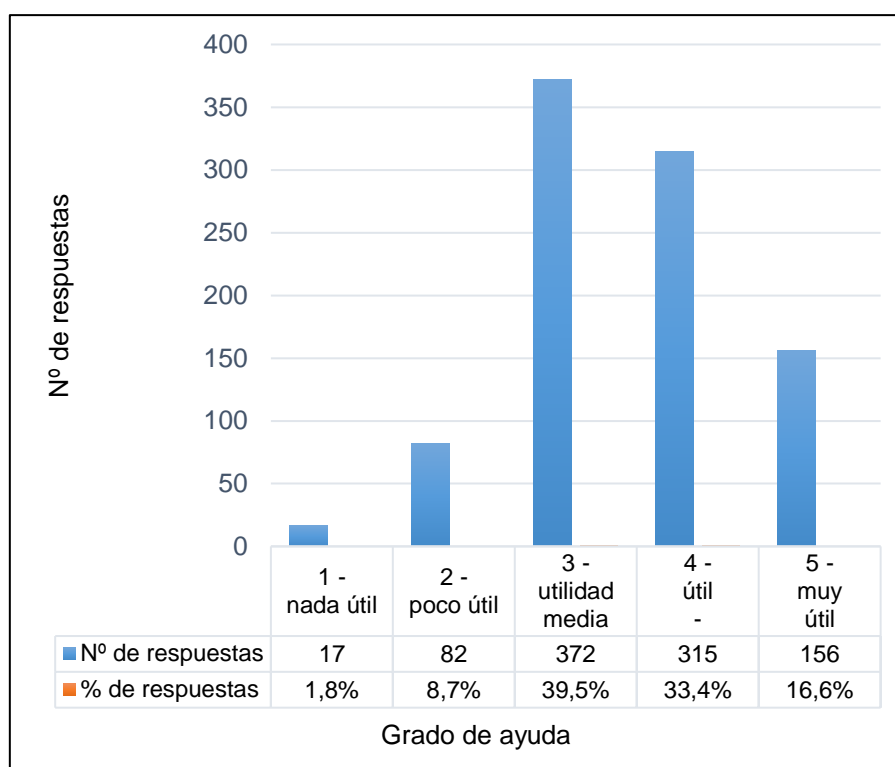


Figura 31. Grado de ayuda que le supuso para la salud. P.23

Las mayores frecuencias de respuesta se concentran en: *utilidad media* (3 sobre 5) con 372 respuestas, lo que supone un 39,49%; *útil* (4 sobre 5) con 315 respuestas (33,44%), y *muy útil* (5 sobre 5) con 156 respuestas (16,56%). Las respuestas que refieren que le haya ayudado *poco* (2 sobre 5) o *nada* (1 sobre 5) solo alcanzan el 10,50%.

El resultado global es, por tanto, bastante positivo en relación con la ayuda que supuso útil y muy útil el 72,93%, pero con un

bloque de utilidad media demasiado amplio de casi el 40% de las respuestas, lo que supone una utilidad relativa, aunque en consonancia con las dificultades que los encuestados viene describiendo si bien consigan superarlas.

Pregunta 24. Explique la respuesta a la pregunta anterior. ¿Cómo le ha ayudado la información y/o educación obtenida en Internet?

Se obtuvieron 501 respuestas válidas. Se han categorizado vocablos o frases creando subcategorías que se han agrupado en categorías, generando tres grupos en referencia a como le ha ayudado la información obtenida en Internet: visión positiva de la ayuda que le supuso el 94,6%, visión negativa un 4,6% y no consultó el 0,8%. En la primera Información para mejorar la salud, Consultar enfermedades suponen el 88,4% de las respuestas.

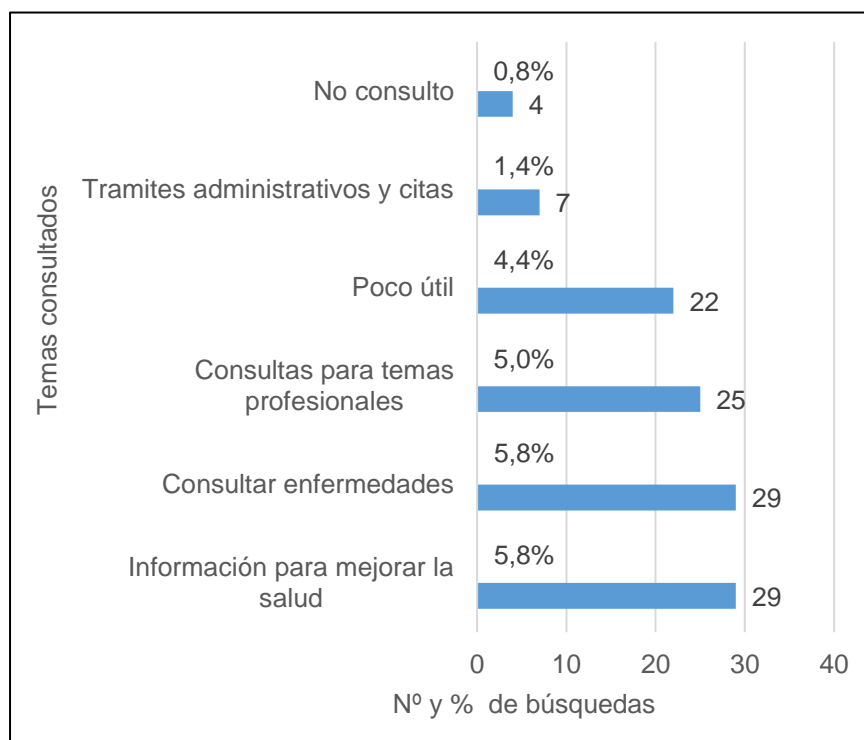


Figura 32. Temas consultados en las búsquedas para la salud P.24

Encontramos 4 categorías, de visión positiva, 1 de negativa y 1 de no consulta. Indicamos las categorías y evidencias de estas, por orden de frecuencia (Figura 32):

A. Visión positiva:

- Información para mejorar la salud (56,1%): Ayuda a orientar decisiones de salud y la práctica de hábitos saludables mejorando la información. Evidencias: “Me ha ayudado en forma de consejos”, “Tener hábitos saludables”, “Enfocar la práctica deportiva y la alimentación para ella de forma más ordenada, variada y eficaz”, “Conocer y poder acceder a productos que no son de la vía tradicional”.
- Consultar enfermedades (32,3%): Consultan para entender enfermedades, aclarar dudas de la medicación, pruebas, comprender mejor las explicaciones de los profesionales sanitarios, incluso decidir si se debe acudir a consulta o es algo menor. Evidencias: “Me ha ayudado a hacerme una idea de las diferentes etapas de una enfermedad y su evolución”. “Cómo información previa a la consulta médica, puesto que la información definitiva será la de mi médico”, “Viendo testimonios de casos similares y consejos médicos”, “Se complementa con lo que me ha dicho el médico”.
- Consultas para temas educativos o profesionales (5,0%): Son las búsquedas realizadas por profesionales de la educación o de sanidad para temas de formación. Evidencias: “En portales de web educativas, para preparar algunos materiales: vídeos, ppt,”.

- Trámites administrativos y citas (1,4%). Existe una baja asociación de la tramitación o consultas administrativas por Internet con la mejora para la salud. Evidencias: “Para saber horarios, pedir citas...”, “buscar un mejor profesional”.

B. Visión negativa:

Poca utilidad (4,6%). Esta respuesta es resultado de las dificultades descritas anteriormente, que dificultan la obtención de resultados aplicables a las necesidades que originan las búsquedas. Evidencias: “No me confío en la información que está en red y que cualquiera puede colgar”, “A veces, te ayuda en algún problema puntual, otras te asustan”.

C. No consulta

Consulta poco o nada (0,8%). Como la categoría anterior es consecuencia de las dificultades. Evidencias: “No suelo consultarlo”, “No es un medio al que acceda para cuestiones de salud”.

En esta clasificación podemos considerar que, en las categorías de visión positiva, la primera categoría tiene un efecto de mejora de hábitos saludables y cuidado preventivo de la salud, Información para mejorar la salud supone el 56,1%. La segunda, Consultar enfermedades, está relacionada con el conocimiento de la enfermedad (situación vital, síndrome, etc.), tratamientos, pruebas y cuidados, alcanzando el 32,3%, que es aplicado a la misma persona o su entorno cercano.

De estos resultados obtenidos se deduce una repercusión positiva de las búsquedas y los resultados obtenidos en el conocimiento de hábitos saludables y terapias complementarias,

que hace que crezcan las respuestas valorativas positivas. Por otra parte, se observa que ha supuesto un apoyo clarificador e importante en el cuidado de la enfermedad aguda y crónica, tras la consulta médica o para evitar ir por cuestiones menores que por desconocimiento causa alarma o indecisión, situación que está explicitada reiteradamente en relación con el cuidado de bebés.

En cuanto al grupo de visión negativa deducimos de las expresiones utilizadas: dificultades en la búsqueda, comprensión o aprendizaje, por escasez de información, por ser esta generalista o no ser accesible al encuestado.

Pregunta 25. Indique si ha comentado, con su médico u otro profesional sanitario que le atiende, su consulta en Internet y la información o educación para la salud obtenida.

La pregunta de respuesta dicotómica obtuvo 917 respuestas, cuyos resultados se representan en la Figura 33.

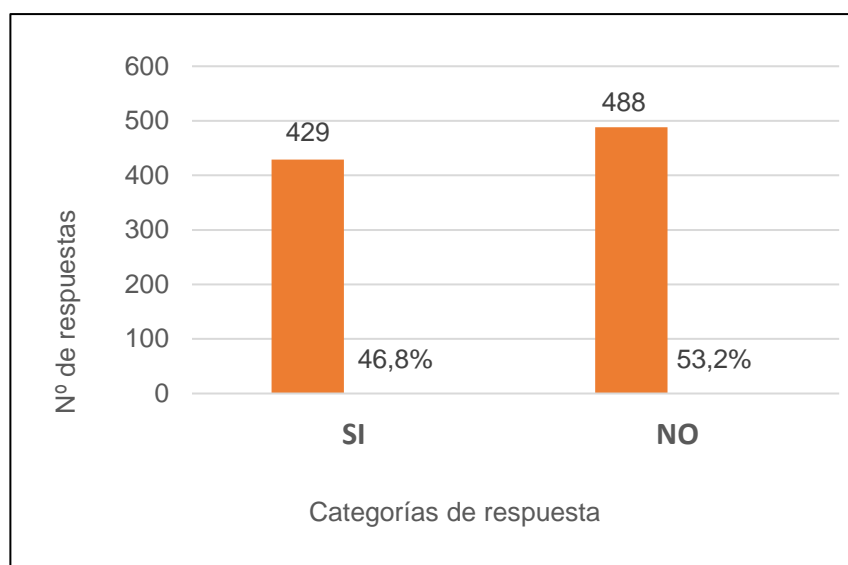


Figura 33. Comentario a los profesionales de salud. (P.25)

Encontramos que solo el 46,8% de los encuestados comentó el tema de las búsquedas relacionadas con el tema de la consulta,

con los profesionales de salud que le atienden. Esta respuesta queda matizada y aclarada en las respuestas de la siguiente pregunta.

Pregunta 26. Explique la respuesta anterior. Si su respuesta es "SÍ" indique qué opinaron de su búsqueda y de la información y/o educación obtenida; si su respuesta fue "NO" indique el motivo.

La pregunta, de respuesta libre, pretende analizar por qué los encuestados decidieron comentar o no la consulta en Internet con su profesional de salud y las respuestas que obtuvieron, en su caso, del profesional tras comentársela. Tras revisar las respuestas, se decidió categorizar las frases y agruparlas por similitud con las más citadas. Se optó por crear dos grupos como indicaba la pregunta (SÍ/NO).

Para la respuesta afirmativa, *Sí lo comentó*, se obtuvieron 270 datos de los que se crearon las siguientes subcategorías referidas al comentario que le realizó el profesional de salud, que refleja como entendió el usuario la respuesta/actitud del profesional la Tabla 20:

A.1. Opiniones favorables

A.2. Opiniones desfavorables

No define una actitud clara de los médicos 34 de las 270 respuestas, un 12,6% han encontrado disparidad entre los profesionales, unos favorables y otros desfavorables.

A.1. Opiniones favorables de los profesionales (144 respuestas, 61,0 %): el encuestado expresa en respuestas que la opinión del profesional fue favorable e incluso le animaba o le indicaba sitios web para consultar. Evidencias: "Recomendó que, con cuidado, que consultara con

médico”; “Me explicaron la información de Internet”; “Mi médico estaba de acuerdo”, “Que era útil”, “Complementa”, “Recomendó página”.

Tabla 20. Comentó la búsqueda: Sí. Opiniones de los profesionales consultados. P26			
	N.º resp.	% sub-grupo	% total
1. Opiniones favorables			
Recomendó cuidado que consultara con médico	56	38,9	23,7
Me explicaron la información de internet	31	21,5	13,1
Mi médico estaba de acuerdo	47	32,6	19,9
Me recomendó página Web	5	3,5	2,1
Escepticismo primero, pero interés por la página	5	3,5	2,1
Subtotal	144	100	61
2. Opiniones desfavorables			
Que Internet no era fiable	48	52,2	20,3
No le Gusto	44	47,8	18,6
Subtotal	92	100	39
Total de A más B 8 (1+2)	252	100	100
Los Profesionales unos de acuerdo otros no	18		6,7
No opinaron	16		5,9
Subtotal No definido	34		12,6
Total respuestas	270		100.0

Se efectuó una subclasificación:

- Recomienda cuidado, consultar las búsquedas con un médico/profesional (38,9%): El profesional recomienda consultar las búsquedas con el profesional.
- Me explicaron la información de internet (21,5%). El profesional explico la información consultado en Internet que había generado dudas.
- Mi médico estaba de acuerdo (32,6%): El médico/profesional de salud está de acuerdo con las búsquedas.

- Me recomendó páginas Web (3,5%): El médico/ profesional está de acuerdo con la búsqueda en Internet y recomienda páginas Web que considera adecuadas.
- Escepticismo primero, pero interés por la página (3,5%): Al principio el médico/ profesional muestra escepticismo por la búsqueda.
- A.2. Opiniones desfavorables del profesional (92 respuestas, que suponen el 39,0%): la respuesta fue negativa, e incluso generó tensión en la consulta, indicándolo con expresiones como: “Que no era fiable”, “No le gustó”, “No opinaron”, “Que no buscase”, “Mucha información equivocada (dice)”, “Se enojan”, “Que te centres en la suya y no te marees”. Encontramos incluso en ocasiones una actitud de rechazo fuerte con referencia a verbalizaciones como: “Que no se me ocurriera”.

Se efectuó una subclasificación con las respuestas de este apartado:

- Internet no fiable (52,2%). El médico/ profesional consultado expreso que Internet no era fiable, que no hiciera caso. Evidencias: “Falta de fiabilidad”, “No era fiable”, “Me ha comentado que no me fíe de internet del todo”, “Recomiendan prudencia. Q no creamos todo lo q leemos”, “que no confíe según que páginas webs”, “desconfían de credibilidad de Internet”.
- No le Gusto (47,8%). Al médico/ profesional no le gustó que se consultara Internet. Evidencias: “No le Gusto no se lo toman bien”, “Los médicos se enfadan”, “Bueno la verdad que los profesionales no les gusta que vayas con

cierta información de tú salud y siempre restan importancia a la información que tú buscas”, “Que no estaba mal informarse pero que no hiciera caso”, “Le pareció fatal. Pero de algún sitio habrá que sacar uno lo que necesita.”, “No les ha gustado que busque en internet por lo general”.

- Por otra parte, para las respuestas negativas, *NO lo comentó*, pedíamos que indicara el motivo. Las respuestas nos proporcionaron 247 datos que se dividieron en subgrupos para determinar qué lo había motivado, si una creencia del usuario sobre la actitud del profesional o la propia actitud de este en esa u otras ocasiones:

B.1. Interferencias por parte del profesional

B.2. Interferencia por creencias/ actitudes del usuario

B.1. Interferencias por parte del profesional: Por condiciones/ actitud (27,9%): Evidencias: “El profesional recomienda que no se consulte”, “El profesional dice que no me fíe”, “Me había acusado de obsesionarme”, “A LOS PROFESIONALES SANITARIOS NO LES GUSTA QUE LES DIGAS QUE HAS BUSCADO EN INTERNET LA ENFERMEDAD QUE ELLOS DIAGNOSTICAN”, “no se lo toman bien”, “Los médicos se enfadan”, “No, porque mi médico no se muestra receptivo a hablar sobre nada 100x100 de lo que me pase, de lo que vea él. Casi casi pone el cronometro en marcha las escasas veces que he ido”.

Se efectuó una subclasificación:

- No le gusta al profesional (48-19,4%). Al profesional no le gusta que se consulten otras fuentes que le interrumpen o hagan preguntas.
- Tiempo escaso atención (4,9%). El escaso tiempo de atención no permite entrar en consultar dudas o realizar otras preguntas.
- El profesional recomienda que no se consulte (1,6%) el profesional recomienda directamente que no se consulte Internet.
- No es fácil acceder al profesional (1,2%). Existen dificultades para pasar por la consulta, no es para consultar dudas.
- Me hubiera acusado de obsesionarme (0,8%). Creen que si el profesional se entera de sus consultas en Internet puede considerar que se obsesiona con la enfermedad.

B.2. Interferencia por creencias/ actitudes del usuario (178 respuestas-72,1%). En esta segunda situación (el encuestado responde que “NO” se lo comentó al profesional), surge una autocensura tan fuerte o mayor que la negativa de los profesionales antes descrita.

B.2.1. Por mi criterio en relación con el profesional (65 respuestas-26,3%): No molestar/ No cuestionar/ No interferir/ No le interesa al profesional. Evidencias: “No creo que sea apropiado ya que el profesional podría sentir que de alguna manera estoy dudando de su criterio médico”, “Los temas de consulta serio los resuelvo directamente con mi personal sanitario”, “Prefiero no interferir en la

información del profesional con otra adquirida por Internet”,
“Me da vergüenza”.

Se efectuó una subclasificación:

- No apropiado no quiero molestar (32 resp.-13,0%)
- Profesional principal, Internet secundario (19 resp.-7,7%)
- No interferir en la consulta (7 resp.-2,8%)
- No cuestionar a los profesionales (4 resp.-1,6%)
- No creo que le interese (3 resp.-1,2%)

B.2.2. Por mi criterio en relación con la consulta en Internet
(45,7%): Los motivos serían:

A/ Temas de internet Distintos a consulta: Lo tenía claro/ No necesario/ para contrastar/ como complemento. Evidencia:
“Porque la información que busqué no es relevante como para compartirla con el médico”, “No me pareció necesario consultarlo”, “En la mayoría de los casos he hablado primero con el médico y luego he buscado en Internet”.

B/ Otras cuestiones: Temas de Internet distintos a consulta/ Lo tenía claro/ No necesario/ Era para contrastar/ La búsqueda como complemento con 44 datos. Ejemplos de respuestas sería: “Lo hago muy poco. Y no siempre por un motivo de enfermedad concreto”, “No era necesario pues por suerte no tengo ninguna patología que requiera acudir a un profesional sanitario en los últimos años”.

Se efectuó una subclasificación:

- No necesario (40 resp.-16,2%).
- No consulto temas de enfermedad solo de salud (18 resp.-7,3%)

- Consulte internet como complemento (16 resp.-6,5%)
- No suelo ir al médico (16 resp.-6,5%)
- Dudas distintas a consulta (11 resp.-4,5%)
- Información de Internet no fiable (5 resp.-2,0%)
- No ha surgido el caso (5 resp.-2,0%)
- Terapias Alternativas (2 resp.-0,8%)

En esta dinámica de rechazo a la consulta en Internet, llama la atención que las expresiones del profesional en contra sean similares a la creencia del encuestado de que el profesional tiene derecho a molestarse con expresiones como: “No quiero menos preciarle”, “No quiero hacer intrusismo”, “Sería ofenderle”, entre otras, lo que significa que el encuestado y usuario de salud desconoce sus derechos actuales y se plantea la relación con el profesional con esquemas en desuso, no adecuados para favorecer la relación con el profesional y para el cuidado de su propia salud o la de sus allegados.

Pregunta 27. Valore el grado de coincidencia de la información y/o educación que consiguió por Internet, con la que le ofreció su profesional de salud al consultarle en aspectos de diagnóstico, tratamiento, autocuidados, recomendaciones de salud, etc.

Es una pregunta de escala valorativa numérica y de única respuesta representada en la Figura 34.

La mayoría de las respuestas indica un grado de coincidencia *medio* (40,8%) y *alto* (36,1%); las respuestas de *bajo* o *muy alto* son similares en frecuencia entre ellas con el 9,8% y un 9,3%, respectivamente. Esto nos indica que los resultados de las búsquedas son bastante coincidentes al comparar Internet y la información del profesional, a pesar de las dificultades desde el

usuario y por diversas interferencias de Internet que hemos detectado a lo largo de la investigación.

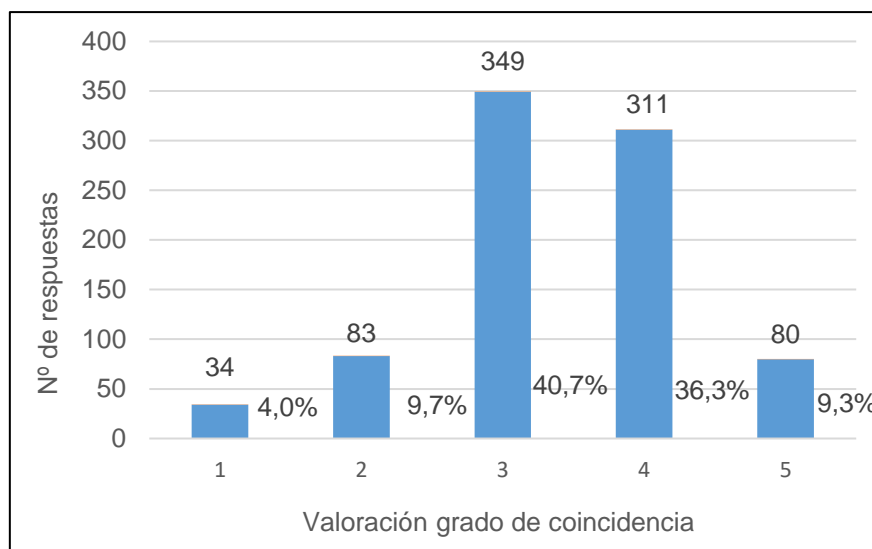


Figura 34. Grado coincidencia: Internet/profesional sanitario.
P.27

Pregunta 28. Explique la respuesta a la pregunta anterior.

Es una pregunta abierta de explicación de la anterior, de la que se obtuvieron unas respuestas que, tras su análisis, se agruparon en tres grupos de categorías para facilitar su análisis, considerando el concepto que describen:

Parte 1. Tipo y grado de coincidencia. (Tabla 21).

Parte 2. Visión resultados búsquedas en Internet. (Tabla 22).

Parte 3. Visión resultados de consulta a profesionales de la salud y búsquedas en Internet. (Tabla 23).

Parte 1. Tipo y grado de coincidencia. Tabla 21. Se consideraron 175 frases. Las respuestas mayoritarias son: Coinciden bastante (49 -28,0%), Coincide unas veces sí y otras no (28-16,0%), Coinciden en parte (21-12,0%), Complementaria (14-8,0%), Coinciden diagnósticos (9-5,1%), No Comento con profesionales (9-5,1%), No comparo/ consulto (8-4,6%). Si consideramos

solamente las respuestas que valoran la coincidencia entre muy alta y muy baja obtenemos 111 respuestas.

Categorías	Nº	%
Coinciden bastante	49	28,0
Coincide unas veces sí y otras no	28	16,0
Coinciden en parte	21	12,0
Complementaria	14	8,0
Coinciden diagnósticos	9	5,1
No Comento con profesionales	9	5,1
No comparo/consulta	8	4,6
Consulta temas no de Salud	7	4,0
Coinciden poco	6	3,4
Disparidad en ambos ámbitos incluso dentro	6	3,4
Consulta hábitos saludables	4	2,3
Coinciden criterios de Sociedades Científicas	4	2,3
Coincide Nada	3	1,7
Coincide básicamente	3	1,7
No consulto Internet si me lleva profesionales	3	1,7
Coincidir suelen en todo salvo en alternativas	1	0,6
Totales	175	100,0

Al calcular los porcentajes según la valoración de la pregunta anterior encontramos que las respuestas que suponen una coincidencia media, media alta o muy alta se asemejan a las obtenidas en la valoración de la pregunta anterior, pues suponen un 89% frente a un 11% de baja o muy baja coincidencia, habiéndose obtenido antes 86,3% y el 13,7% respectivamente, considerando que la respuesta en esta pregunta es mediante texto libre, podemos considerar una coherencia en la respuesta la consideramos alta.

Parte 2. Opinión sobre resultados de búsquedas en Internet (centrada en Internet) Tabla 22: Se consideraron 41 frases categorizadas relativas a las características de la consulta/información de Internet al consultarla con el profesional:

Internet muchas opiniones alarmistas (12), Internet Más Actual (6), Internet a veces válida, otras no (5), Internet tras diagnóstico médico (5), Internet Información no totalmente veraz (2), Internet me ha ayudado a adelantarme en cosas al profesional (2) e Internet más amplia (2).

Tabla 22. Calificar coincidencia entre Internet/ profesional sanitario P.28 Parte 2.-Opinión sobre resultados de las búsquedas en Internet		
Categorías	Nº	%
Muchas opiniones alarmistas	12	29
Más Actual	6	15
A veces válida, en otras no	5	12
Tras diagnóstico médico	5	12
Información no totalmente veraz	2	5
Me ha ayudado a adelantarme en cosas al profesional	2	5
Más amplia	2	5
Ofrece más alternativas	1	2
Antes de la consulta	1	2
Hay matices que al no profesional se le escapan	1	2
Asesora para ver si vas profesional	1	2
Información parcial	1	2
Consulta poco	1	2
Ofrece más alternativas	1	2
Total	41	100

Los resultados encontrados, aunque diversos, se decantan en dos bloques: uno favorable (15 respuestas) y otro desfavorable (14 respuestas), muy similares en número.

Parte 3. Opinión de los resultados de consulta a profesionales de la salud y búsquedas en Internet (centrada en el profesional) Tabla 23, Encontramos 35 frases categorizadas que refieren: *Restan importancia Información, solo la suya (8), El profesional Información escueta (4), Profesionales poca información de Terapia Natural (4), No acepta información Internet (3), En ocasiones lo confirma, en otras no dan crédito (2), El profesional no*

se esfuerza en escuchar y explicar (2), Profesional Equivocado (2), Información amplia del profesional (2), Recomienda dirigirse a él (2) y Totalmente de acuerdo con información Internet (2).

Tabla 23. Calificar coincidencia entre Internet/ profesional sanitario. P.28.		
Parte 3-Consulta al profesional sanitario sobre las búsquedas en Internet		
Categorías	Nº	%
Restan importancia Información solo la suya	8	23
El profesional Información escueta	4	11
Profesionales poca información de Terapia Natural	4	11
No acepta información Internet	3	9
En ocasiones lo confirma en otras no dan crédito	2	6
El profesional No se esfuerza en escuchar explicar	2	6
Profesional Equivocado	2	6
Información amplia del profesional	2	6
Recomienda dirigirse a el	2	6
Totalmente de acuerdo con información Internet	2	6
No me informo recuperación y secuelas	1	3
Desconocía patología	1	3
Bastante de acuerdo con lo encontrado en Internet	1	3
Caso especial patología desconocida en ambos sistemas	1	3
Total	35	100

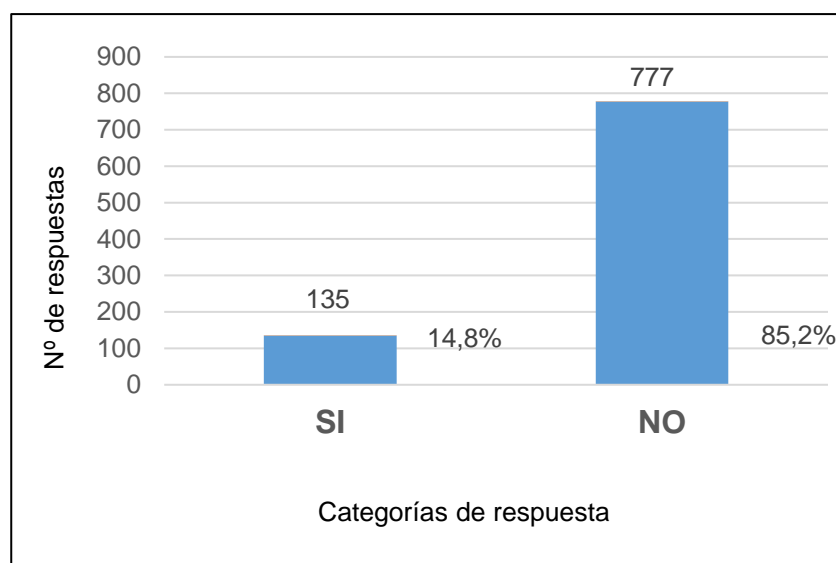


Figura 35. Recomendación de sitios web por los profesionales sanitarios que le atienden. P.29

Los resultados encontrados son diversos, por lo que es difícil comentar una tendencia, aunque resultan algo más frecuente que los profesionales restan importancia a los resultados de Internet y que la actitud del profesional es poco receptiva y no favorece la interacción en esta temática, como habíamos obtenido en respuestas anteriores.

Pregunta 29. Los profesionales sanitarios que le atienden ¿le han recomendado páginas web o redes sociales para información y/o educación para la salud?

Es una pregunta de escala dicotómica, en la que se obtuvieron 912 respuestas (Figura 35).

Este es uno de los resultados más contundentes de la investigación: el 85,2% de los encuestados no ha recibido ninguna recomendación sobre sitios web en los que consultar para obtener información o aprendizaje. Queda patente el bajo nivel de apoyo o asesoramiento que realizan los profesionales en cuanto a la IPS/EPS en entornos virtuales, está por determinar el origen de ese rechazo o marginación cuando por parte de los pacientes se está utilizando igualmente.

Pregunta 30. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior (nº 29) indique qué tipo de profesional fue y qué sitios web.

Es una pregunta abierta. Con la orientación de respuesta “indique qué tipo de profesional fue”, surgió un número importante de respuestas ambiguas que no permitían definir el tipo de profesional, además de otras erróneas. Los datos se agruparon en categorías (Figura 36).

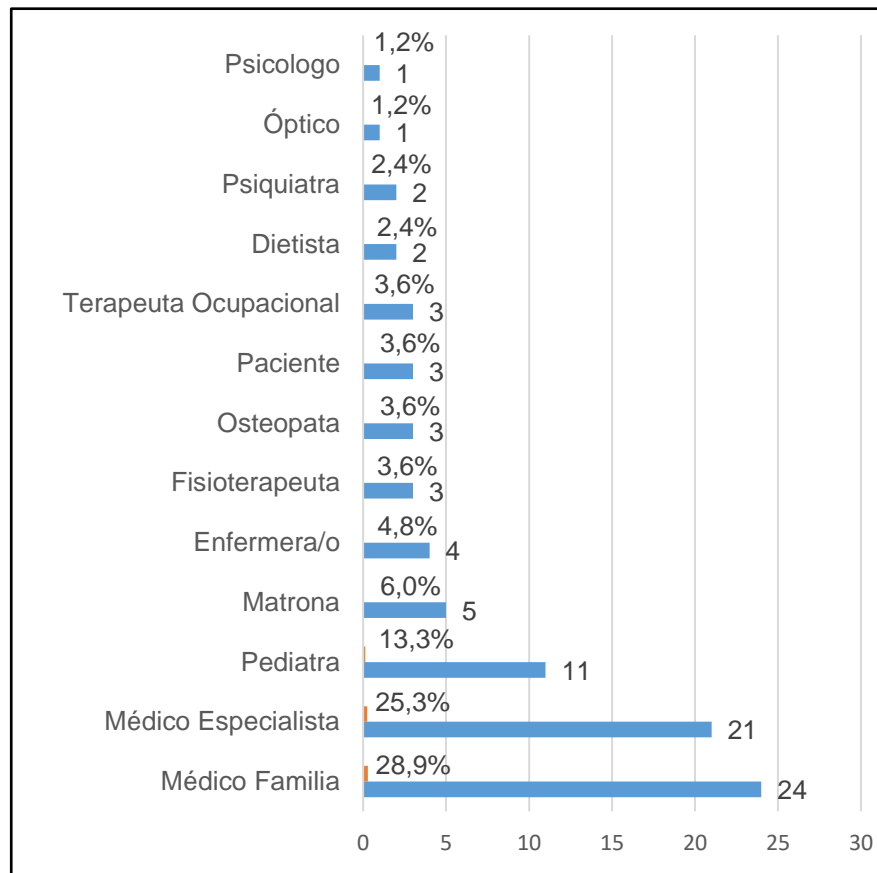


Figura 36. Profesional de salud que recomienda sitios Web para consultar. P.30

Los resultados obtenidos ofrecen este perfil de profesional como los que ha ofrecido información de sitios web: por un parte, Médico Familia, Médico Especialista, Pediatra, con menor incidencia recomendación están Matrona y Enfermera/o, que son profesionales de visita más habitual; por otra parte, en un grupo con porcentajes muy parecidos, pero de visita menos frecuente: Fisioterapeuta, Osteópata, Terapeuta Ocupacional, Psiquiatra, Dietista, Óptico y Psicólogo; y por último, una categoría que, sin ser profesional de salud, es interesante considerar, Paciente con un porcentaje a considerar.

Los resultados permiten deducir los perfiles profesionales que son más proclives a recomendar sitios web. Sin embargo, podrían ser ponderados con las variables no conocidas de frecuencia de

utilización de esos profesionales por los ciudadanos o por los encuestados o alternativamente por el número de profesionales existentes de esas especialidades, para considerar el grado de participación real de ese perfil en la información/educación para la salud.

En cualquier caso, sí es posible reflexionar que hay muchas más visitas a los médicos especialistas (todas las especialidades) que a cualquiera de los restantes profesionales; también existen más titulados, con lo que su número de recomendaciones debería ser mayor. Los pediatras son una sola especialidad que se ha desglosado, al igual que la de médico de familia, como consecuencia de la frecuencia de visita por los encuestados.

De esto deducimos que la incidencia de los profesionales que recomiendan a los ciudadanos tendría otros porcentajes en la vida diaria, con relación al número de consultas profesionales que se realizan, pero que siempre primaría los resultados de estos dos.

Pregunta 31. Indique en que le ayudó la información y/o educación para la salud que obtuvo en los entornos virtuales.

Es una pregunta abierta de conclusión de la encuesta, con una indagación más amplia “en que le ayudó” las búsquedas en entornos virtuales para los fines que pretendía Figura 37, en la que se categorizaron las palabras y las frases que describían los objetivos de las búsquedas y como les ayudó, agrupándolos para facilitar su representación en objetivos de consulta.

Las respuestas obtenidas fueron los siguientes:

- en relación con información sobre temas para la salud encontramos: *Informarme* (53,3%);
- en las búsquedas específicas para resolver situaciones planteadas o la propia consulta

realizada a los profesionales de la salud: *Aclarar dudas* (23,4%), *Entender* (9,3%), *Comprender* (4,7%) y *Evitar* (1,9%), que suponen el 39,3% de las respuestas;

- en gestiones administrativas: *Tramitar* (4,7%); con visión negativa de la ayuda obtenida en las búsquedas realizadas: *Negativa* (ayuda) (1,9%); para formación: *Formarme* (0,9%).

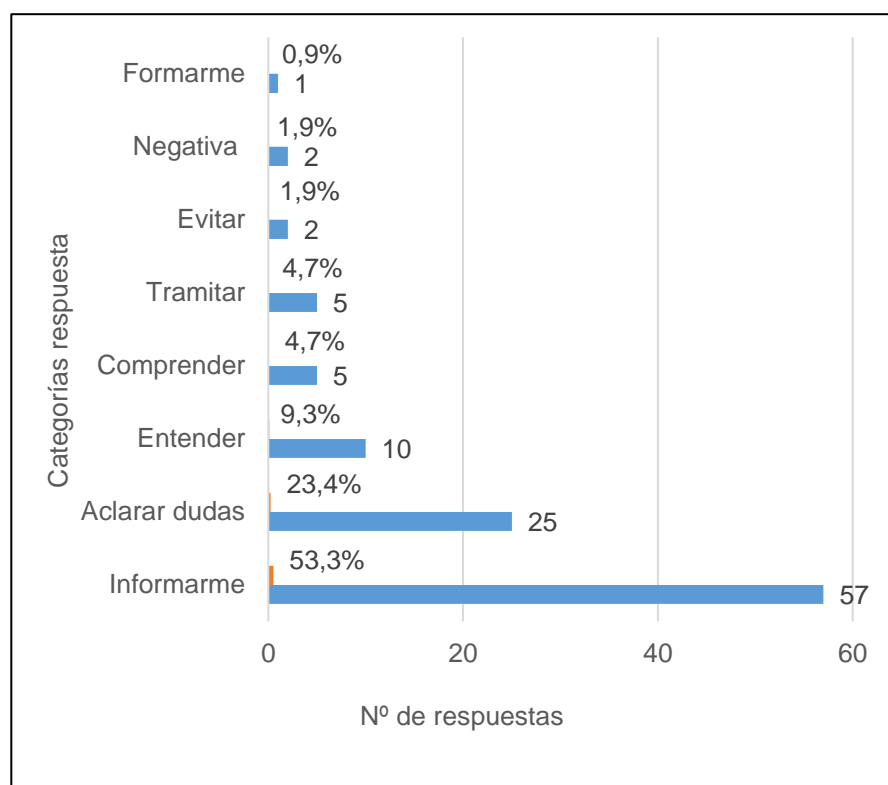


Figura 37. En qué le ayudó la búsqueda en entornos virtuales. P.31

De las respuestas se deducen dos objetivos principales en las búsquedas de los encuestados: el primero, informarse con fines preventivos de hábitos saludables y ampliar conocimientos (52,8%), y el segundo, resolver dudas, saber qué hacer y comprender situaciones específicas que le surgen con relación a la enfermedad y a la interacción con los profesionales (38,9%).

Pregunta 32. Exponga cualquier otro comentario o aportación suplementaria que considere de interés

Se trata de una pregunta abierta con la que queríamos abrir la posibilidad de cualquier tipo de comentario que el encuestado quisiera aportar a la investigación, aunque no se le hubiera preguntado por ese tema. Los resultados fueron los incluidos en la Tabla 24.

Tabla 24. Comentario o aportación complementaria a la encuesta. P.32		
Categorización/ conceptos	%	%
Reflexión sobre utilidad la información y educación para la salud en internet y la temática de la encuesta	38	27,7
Fiabilidad: el mayor problema de Internet	34	24,8
Complementaria: del profesional	12	8,8
Edusalud como enfoque/ adecuar contenidos de sitios web	11	8
Apoyo / animo de encuestados a la tesis	10	7,3
No utilizo/ Poco	9	6,6
Certificación y difusión paginas certificadas	6	4,4
Organización de los sitios Web y las búsquedas	3	2,2
Herramientas: de apoyo online para los profesionales	3	2,2
Cuestionario opiniones sobre este y la encuesta	3	2,2
Organización páginas de salud por organismos públicos	2	1,5
Recomendación por el profesional de sitios web es lo esperado	2	1,5
Trolls participaciones disruptivas o interesadas en los foros y sitios web dañinos	2	1,5
Falta poder comparar otras fuentes no oficiales ni multinacionales	1	0,7
Encuestado profesional de salud	1	0,7
Total	137	100

Los temas principales que exponen los encuestados son:

- La mayoría de las aportaciones refieren la importancia y utilidad de los entornos virtuales en la búsqueda de información para la salud, que valoran como una importante ayuda, también como apoyo en la relación con

el profesional y como ampliación de la información y explicaciones de la consulta médica. Aunque el profesional sea el referente principal, la búsqueda en entornos virtuales se considera importante y útil desde la perspectiva de que sirva para apoyar la autonomía del ciudadano en la gestión de su salud.

- La fiabilidad es uno de los principales problemas que dificulta y enturbia la utilidad que supone la información para la salud en Internet.

Se recogen diversas propuestas para la mejora de la alfabetización digital y para garantizar la calidad en Internet y algunas páginas de consulta:

- Para facilitar la consulta y la comprensión de la información actual, así como su previsible incremento en contenidos y usuarios, proponen mejorar la educación para la salud en todos los ámbitos tanto a nivel curricular como en la educación de adultos, para que el usuario esté más cualificado y pueda decidir en la búsqueda.
- Promover las páginas de salud por organismos públicos incluyendo enlaces, organización de la web y las búsquedas; la certificación y difusión de páginas certificadas y la recomendación por el profesional de sitios web. Los diseños deben realizarse por equipos multidisciplinares de profesionales de la salud, educadores, comunicadores, diseñadores, entre otros. Supervisión de los medios de interacción por expertos para evitar troles, participaciones disruptivas o interesadas en los foros y sitios web, así como acciones contra los *sitios dañinos*.

Análisis de dependencia entre categorías: Influencia de Sexo, Edad y Nivel formativo.

6.2

Revisamos si las categorías de *Sexo* o *Edad* condicionaban los resultados obtenidos en las categorías incluidas en las preguntas: (P.5) *Tecnología utilizada en las búsquedas*, (P.6) *Redes sociales más utilizadas*, (P.11-A y B) *Grado de dificultad encontrada en las búsquedas para la salud*, tanto para información como para educación y también (P.22) *Indique que tipo de información y/o educación para la salud buscó*, referido a las Temáticas de búsqueda para la salud, preguntas que consideramos sería más relevante encontrar dependencia con relación a la investigación (Marina y Feliz, 2018, pp. 10 a 13).

Los resultados entre *Sexo* y las categorías incluidas en las preguntas referidas indican valores de “Poca dependencia” (Tabla 25).

Respecto a la categoría *Edad* se encontró que ejercía influencia media para las preguntas *Tecnología utilizada para el acceso Internet* y *Redes sociales más utilizadas* (Tablas 26, 27, 28), aunque esta difería a su vez para las categorías incluidas en la pregunta.

Los usuarios de edades más jóvenes, rango de edad entre 16-24 años, expresaban más utilización del acceso a internet mediante teléfono móvil (51,3%), las respuestas evolucionaban con la edad disminuyéndose el uso.

Respecto a la categoría *Edad* se encontró que ejercía influencia media para las preguntas *Tecnología utilizada para el acceso*

Internet y Redes sociales más utilizadas (Tablas 26, 27, 28), aunque esta difería a su vez para las categorías incluidas en la pregunta.

Tabla 25. Influencia del género en las búsquedas para la salud			
Preguntas realizadas/Categorías	* Coeficiente de contingencia	V Cramer	Dependencia *
P.5. Tecnología utilizada para el acceso a Internet/ Smartphone, Ordenador, Tablet, Otros	0,145671	0,065855	Poca
P.6. Redes sociales más utilizadas/ Todas las disponibles	0,115931	0,047651	Poca
P.11-A. Grado de dificultad en las búsquedas de Información/ Muy fácil, fácil, facilidad media, difícil, muy difícil, No he buscado	0,091274	0,037422	Poca
P.11-B. Grado de dificultad en las búsquedas de Educación/ Muy fácil, fácil, facilidad media, difícil, muy difícil, No he buscado	0,051495	0,021052	Poca
P.22. Temáticas de búsqueda/ Organización del Servicio de Salud, Vida saludable, Consultar sobre una enfermedad, Auto cuidados, Formación como cuidador, Apoyo emocional, Intercambio de experiencias, Autoayuda, Terapias complementarias, Salud pública / epidemiología, Otro.	0,063543	0,025994	Poca
Nota.-* 0-0,25: poca dependencia; 0,26-0,5: dependencia media; 0,6-0,75: alta dependencia; > 0,76: muy alta dependencia			

Los usuarios de edades más jóvenes, rango de edad entre 16-24 años, expresaban más utilización del acceso a internet mediante teléfono móvil (51,3%), las respuestas evolucionaban con la edad disminuyéndose el uso.

El uso del ordenador presentaba unos valores mayores de utilización para el acceso a Internet, a los del teléfono desde el rango de 25 a 34 años (49,1%), los valores se incrementan con la edad.

La utilización de la Tablet es minoritaria en todos los rangos de edad alcanzando un máximo entre los 35 y los 44 años de un 7,5%, siendo las edades en las que más respuestas encontramos entre los 35 y los 64 años, en los que la utilización es semejante.

Al considerar la edad para analizar la influencia en la utilización de las redes sociales *Facebook* y *YouTube* fueron preferentes en todos los rangos de edad, aunque la utilización evoluciona con la edad, así *Facebook* pasaba de un 29,6% en el rango de 15 a 24 años, a un 37,0% en el rango de edad de 25-34 años, que es el resultado de máxima utilización descendiendo al 28,3% en el rango de 55-64 años y finalmente un 25,0% para los mayores de 65 años.

Tabla 26. Influencia de la edad en las búsquedas para la salud			
Preguntas realizadas/Categorías	Coficiente de contingencia *	V Cramer	Dependencia
P.5. Tecnología utilizada para el acceso a Internet/ Smartphone, Ordenador, Tablet, Otros	0,30687	0,1074 85	Media
P.6. Redes sociales más utilizadas/ Todas las disponibles	0,31745	0,1058 67	Media
P.11-A. Grado de dificultad en las búsquedas de Información/ Muy fácil, fácil, facilidad media, difícil, muy difícil, No he buscado	0,20600	0,0665 75	Poca
P.11-B. Grado de dificultad en las búsquedas de Educación/ Muy fácil, fácil, facilidad media, difícil, muy difícil, No he buscado	0,17735	0,0569 90	Poca
P.22. Temáticas de búsqueda/ Organización del Servicio de Salud, Vida saludable, Consultar sobre una enfermedad, Auto cuidados, Formación como cuidador, Apoyo emocional, Intercambio de experiencias, Autoayuda, Terapias complementarias, Salud pública / epidemiología, Otro.	0,12896	0,0411 27	Poca
Nota.-* 0-0,25: poca dependencia; 0,26-0,5: dependencia media; 0,6-0,75: alta dependencia; > 0,76: muy alta dependencia			

Tabla 27. Influencia de la edad en la tecnología utilizada acceso Internet. P.5. Residuos tipificados corregidos

Rangos Edad	Tecnología		
	Teléfono móvil	Ordenador	Tablet
15 a 24	3,4	-2,5	-1,5
25 a 34	6,9	-4,8	-3,7
35 a 44	0,9	-1,8	2,0
45 a 54	-5,5	4,5	1,6
55 a 64	-3,2	2,5	1,1
65 <	-2,2	2,7	-1,2

*Si > 2, la diferencia es destacable.

Tabla 28. Influencia de la edad en las redes sociales más utilizadas. P.6 Residuos tipificados corregidos

Redes sociales						
Rango Edad	Facebook	YouTube	Instagram	Twitter	Google+	LinkedIn
16-24	-0,4	1,4	4,4	-0,9	0,6	-1,7
25-34	2,6	0,1	2,0	5,1	-9,1	-0,6
35-44	0,4	1,3	-0,4	-1,4	-1,3	0,6
45-54	-1,3	-0,6	-2,0	-1,9	5,5	-0,5
55-64	-1,4	-1,3	-1,1	-1,1	3,4	2,5
65<	-1,0	-1,4	-0,7	-0,8	5,6	-2,0
	Menéame	WhatsApp	Vimeo	Bitácoras	Ninguna	Otras
16-24	-0,6	1,7	-0,8	-0,6	-0,6	0,8
25-34	2,6	-0,9	-0,6	-0,9	-1,2	1,6
35-44	0,5	0,8	-0,3	1,2	-1,8	-0,4
45-54	-1,7	-0,5	1,7	-1,4	1,5	-0,2
55-64	-1,2	-1,0	-0,5	2,0	0,7	-1,5
65<	-0,5	1,9	-0,8	-0,6	3,6	-0,6

*Si > 2, la diferencia es destacable. Solo se incluyen categorías con alguna diferencia > de +/-1,3

Para *YouTube* desciende al incrementarse la edad pasando del 29,6% en el rango de 15-24, al 21,1% en el rango de 45-54 años, a un 18,7% en el rango de 55-64 años. Otras redes resultan utilizadas de forma diferente: Instagram es utilizada principalmente por los más jóvenes 7,7% en el rango de 15-24 años, pasando al 0,5% entre los 45 a 64 años, y al 0,4% entre los 55 a 64 años; Twitter evoluciona teniendo la máxima utilización en el rango de edad entre 25 y 34 años, desciende a 11,8% entre 35 y 44 años y continúa en los rangos de edad siguientes.

Las respuestas de los encuestados que no utilizan *Ninguna red social* se incrementaron con la edad del 0,2% en el rango de 25-34 años, hasta el 4,5 % para mayores de 65 años.

La influencia del *Sexo* y *Edad* para las preguntas de *Grado de dificultad en las búsquedas de Información* y de *Educación*, así como para las *Temáticas de búsqueda*, resultó de poca dependencia (Tabla 26).

PARTE CONCLUSIVA

III.

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

7.1 Discusión.

7.1.1 Metodología.

El método empírico y analítico de enfoque ex-post-facto, escogido para la realización de esta investigación basado en técnicas cuantitativas y cualitativas Sampieri (1991), Feliz (2008), Reichardt y Cook (1979) y otros en Goetz y LeCompte (1988), ha resultado adecuado a los fines de la investigación, pues hemos conseguido una descripción cuantitativa y cualitativa del contexto en que se realiza la información y educación para la salud en los entornos virtuales, desde la perspectiva de los usuarios y desde la observación realizada.

La información recogida nos ha permitido comparar, obtener nuevos datos y perspectivas de los destinatarios, realizar inferencias y obtener conclusiones que a partir de la situación existente mejore los diseños y oriente las actividades.

La técnica de recopilación de datos, siguiendo a Corbetta (2007) y Goetz y LeCompte (1988) se ha realizado mediante un cuestionario autocumplimentado, diseñado ad hoc según De Lara y Ballesteros (2007), resultó adecuada, al igual que el soporte informático elegido, mediante la tecnología de Google Formularios (2013), que se actualiza automáticamente desde 2013 hasta la actualidad.

Los resultados de cada encuestado han sido volcados en tiempo real en hojas de cálculo de Excel, que pasan a ser almacenadas y soportadas en Google Drive.

Las revisiones periódicas de la encuesta demostraron la eficacia del soporte y la evolución de los datos durante el periodo de encuesta, y se realizaron cortes de control y seguimiento realizando el corte final en 998 cuestionarios respondidos, por lo que consideramos satisfactorios tanto el método, las técnicas, los diseños y el procedimiento seguidos.

En la difusión del cuestionario se utilizaron varias vías aleatorias: por una parte, se repartieron octavillas en centros sanitarios invitando a participar y facilitando un enlace corto al cuestionario, tal como permite la tecnología utilizada; por otra, se difundió en redes sociales y por correo electrónico a varios ámbitos relacionales.

Por estas vías se consiguió un bajo nivel de respuesta, como comenta Corbetta (2007): poco más de doscientas. Ante esta situación que amenazaba la investigación, se decidió remitirlo por correo electrónico a personas relacionadas con la UNED. Como indica (op. cit.), el prestigio de la institución y la relación son motivadores que pueden favorecer la respuesta, tal como ocurrió,

incrementándose estas, que finalmente han superado las mil, aunque el corte de cierre se realizó en la 998.

Por otra parte, se realizó una técnica de observación no participante según Goetz y LeCompte (1988) de sitios web facilitados por los encuestados para comprender las respuestas y poder categorizarlos, hemos recogido la información utilizando como registros, listas de observación predefinidas.

En algunos casos los sitios web eran de suscripción por lo que no era posible acceder a todas las actividades, dinámicas y herramientas. En esta fase de la investigación solo se pretendía su detección y clasificación según promotores y las opiniones de los encuestados-usuarios calificando que fueran o no fiables.

Los promotores de sitios web facilitados contaban según los casos con portales/web/blog/foros y con frecuencia grupos o canales en las redes sociales, que se consideraron como una unidad.

En nuestra opinión, la dinámica actual de los entornos virtuales es que todos los sistemas disponibles son las vías de difusión o implementación de la actividad de un promotor (personal, entidad, institución), por lo que estos utilizan los recursos disponibles según sus posibilidades para la consecución de los fines que tienen establecidos. Este criterio no es seguido por algunas de las encuestas de referencia en algunas preguntas, por lo que no se pudieron comparar.

Los resultados obtenidos permiten realizar inferencias importantes utilizando el soporte cuantitativo de las respuestas en unos casos y el cualitativo en otros, mediante el análisis de contenidos y su categorización, basada en las categorías

apriorísticas y las emergentes configuradas a partir de las palabras y frases de los encuestados.

En este caso, se han revisado los resultados obtenidos considerándolos por los apartados en los que se había estructurado el cuestionario, contrastándolos con otras investigaciones que han estudiado la relación de los ciudadanos con las nuevas tecnologías, Internet, y la información y educación para la salud. Esto nos ha ayudado al análisis y comprensión de los resultados (INE, 2014 a 2017 y 2015; SIE, 2014; ONTSI, 2012, 2013; 2016 y 2017; Fundación ORANGE, 2014).

También se consultó la Encuesta “El rol de Internet” (Pfizer, 2010) y I y II Sondeo de asociaciones de pacientes 2.0 (Pfizer, 2012 y 2014) en el proceso de consulta de información sobre salud.

Esta comparación nos ha ayudado en el contraste, confirmación y posterior análisis de los resultados obtenidos orientando las conclusiones de la investigación.

7.1.2 Perfil socio demográfico del encuestado.

Las preguntas de este apartado eran de dos tipos:

- Las tres primeras (*Género, Edad y Nivel de estudios concluidos*) eran de respuesta obligatoria para garantizar la recopilación de estos datos que considerábamos importantes a fin de analizar al grupo y las respuestas de los individuos, y además han creado una dinámica de respuesta alta en las preguntas restantes.
- Las tres siguientes, no son de respuesta obligatoria, son categorizadas mixtas y permiten completar la visión grupal e individual: al facilitar la frecuencia con la que utiliza Internet con fines personales o profesionales, tipo

de tecnología que más utiliza en estas búsquedas de información y redes sociales que más utiliza. De esta manera, se ha podido realizar su comparación con las encuestas y estudios citados y asociarla a grupos de población cuando se consideraba adecuado.

En algunos apartados hemos detectado desviaciones en relación con la población internauta española, que analizamos en cada grupo de respuestas e interpretamos como consecuencia de la temática de la encuesta, información y educación para la salud, y del diseño de la recogida de datos mediante un formulario informático autocumplimentado.

Las influencias vienen motivadas, en un caso, porque las mujeres, realizan más búsquedas en Internet de información y educación para la salud que los hombres en relación a su representación ONTSI (2012, 2016 y 2017) y INE (2014 a 2017), por lo que consideramos que su interés por la temática de la encuesta es mayor; en otro caso, porque las características de nivel de estudios y el grado de uso de Internet influyen en la decisión de participar y en la facilidad de completar y enviar la encuesta. El uso y apropiación de entornos digitales tiene un condicionante principal en el nivel de estudios y edad, más que en otras variables sociodemográficas (género, nivel económico, situación laboral, etc.) (ONTSI, 2017).

En cuanto al género, el resultado es un perfil de mujer en un 69,8%. (Figura 38). Esta diferencia con la pirámide de población la consideramos consecuencia de varios motivos además de los ámbitos de distribución, es decir, sitios relacionados con sanidad y educación, donde es mayoritario el perfil femenino tanto en profesionales como en usuarios.

La simple observación de un centro sanitario nos lleva a la conclusión de que es más frecuentado a todas las horas del día por mujeres que por hombres. El porcentaje de profesionales de género femenino es mayor en el ámbito sanitario y educativo.

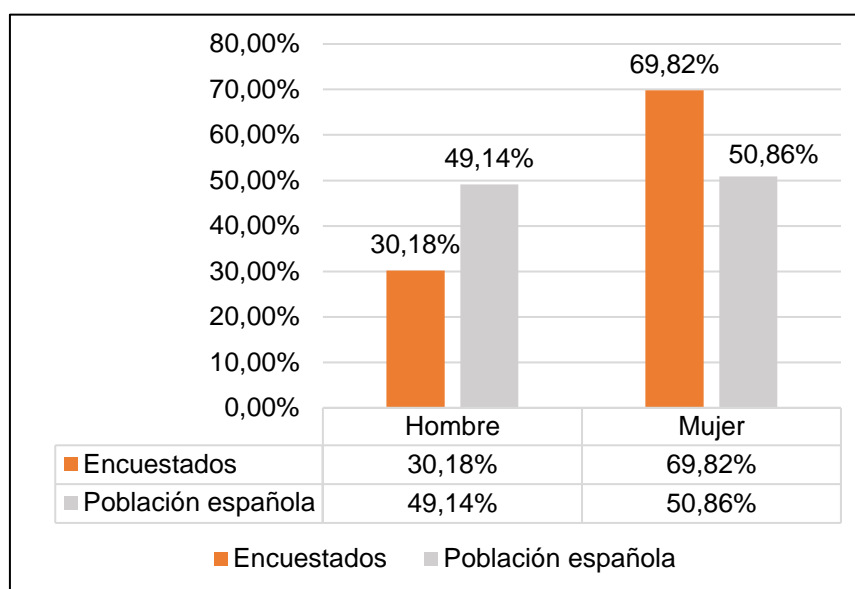


Figura 38. Género de los encuestados: comparativa entre IEV e INE 2015. (Población General). P.1

En cuanto a los usuarios, además de acudir como pacientes, otro motivo para esa mayor presencia es la función de acompañamiento y de cuidado, que realizan las mujeres con relación a la familia y al círculo cercano cuando algún miembro tiene que acudir a los centros sanitarios por motivos de salud, originado por la diferente socialización de género.

Esta faceta de apoyo emocional, que como indican los informes de referencia suele realizar preferentemente la mujer (las tareas de cuidado de hijos, ancianos y discapacitados, así como un mayor hábito de autocuidado), provoca un interés por los temas de salud, que ya se venía produciendo en el mundo analógico, lo que originó, por ejemplo, un mayor desarrollo de revistas con ese tipo de contenidos o su inclusión junto a otros temas, mientras la temática de las revistas dirigidas a los hombres suele ser diferente.

Por otra parte, la mujer, aunque presenta mayor esperanza de vida (EV), tiene antes un mayor deterioro de la salud que los hombres (MSSSI, 2013, pp. 14-15; 2017, pp. 17 y18). En la misma encuesta los resultados en relación con los años de vida saludable (AVS) al nacer en 2015 eran de 66,7 existiendo una diferencia entre para ambos sexos de 1,4 puntos menor para las mujeres y la esperanza de vida con buena salud (EVBS) al nacer en 2015 era 60,8 años, con una diferencia de 2,4 puntos menos la mujer.

Esta sería otra de las causas por la que las mujeres realizan más consultas de salud que los hombres, como han confirmado diversos informes; es aproximadamente superior en un 8% de los internautas, según ONTSI (op. cit.) (2017), la población que accede a la red para búsquedas de salud con relación a la total sería un 53% entre los hombres y un 61% entre las mujeres, entre los internautas sería un 72.0 % las mujeres y un 62.0% los hombres con una diferencia de 10 puntos. el Informe “Socialogue” (2013) de Ipsos concreta más, pues indicaba que un 48% de los españoles consulta temas de salud en Internet, de los cuales las mujeres son un 58 % y los hombres un 39%.

Según ONTSI (2012), el cuidador principal de las personas dependientes en el hogar son mujeres en un 72,1% frente al 62,7% de los hombres, las mujeres son mayoría en todas las franjas de edad (ONTSI 2016).

Tobío et al. (2010), referido a toda la familia, indica que más del 80% de los cuidados familiares son realizados por las mujeres, y Delicado (2000) calcula que son mujeres un 85% de las personas que dedican una importante actividad diaria al cuidado de sujetos con dependencias o discapacidades permanentes, cálculo que varía con las condiciones sociodemográficas.

En cuanto a la edad de los encuestados, el informe del ONTSI (2012) recoge que la distribución de los ciudadanos en función de su género y edad muestra que, tanto para los hombres como para las mujeres, el mayor peso poblacional lo asumen las personas de entre 35 y 54 años, que son el 32,2% (INE 2017), que coincide con el mayor porcentaje de los encuestados, franja que se mantiene en la actualidad.

Encontramos que el porcentaje de encuestados, en relación con la encuesta de población, en el tramo de 24 a 35 años es superior en casi 5 puntos y en los tramos de 35 a 44 y de 45 a 54 años en casi 10 puntos, siendo menores en los restantes rangos.

Consideramos que la diferente distribución, aunque el rango de edades que más ha participado coincide con el de mayor peso poblacional, está originada de una parte por la brecha digital de edad, a partir de los 55 años los efectos de la brecha digital reducen el acceso a los entornos virtuales y, además, para responder la encuesta es necesario contar con habilidades informáticas y de uso de Internet, lo que facilita la realización del cuestionario.

Por otra parte, también viene influido por los ámbitos de distribución para los resultados de menores de 20 años por el perfil resultante de usuarios y personal en Centros sanitarios y UNED.

A partir de los 50 años, el uso de Internet como fuente de información para la salud se reduce, siendo el 21% en el rango de 50 a 64 años y en los de 65 años o más, muy reducida (4,8%) (INE, op. cit., Fundación Orange, 2014). En ONTSI (2012) se indica que la importancia de Internet como fuente de información sobre salud es bastante elevada entre los ciudadanos jóvenes y de mediana edad, más del 40% de los encuestados de menos de 50 años, pero

se reduce con la edad pasando al 21% entre el grupo de edad de 50 a 64 años y solo 4,8% entre los ciudadanos de 65 años o más.

En los resultados referidos al *Nivel educativo concluido* en esta investigación, obtenemos sobre el grupo de estudios universitarios concluidos en todos los niveles el 70,4% de los encuestados. Si consideramos los que tienen educación superior, sería un 89,4%. Según el INE (2014), en la encuesta de población, encontramos que el 34,7% de los que se encuentran entre los 25 y 64 años ha completado la Educación Superior (los datos referidos subirían para las mujeres al 29,5%) (Tabla 29), hecho que debemos considerar en relación con la encuesta, donde hemos encontrado que un 69,8% son mujeres.

Tabla 29. Nivel de formación población adulta. 2017. Porcentajes. (> de 16 años) P. 3			
Nivel de Formación	Hombres	Mujeres	Ambos Géneros
Analfabetos	1,1	2,0	1,6
Estudios primarios incompletos	5,0	6,6	5,8
Educación primaria	12,4	14,2	13,3
1ª etapa de ed. secundaria e inferior	31,6	26,5	29,0
Segunda etapa de educación secundaria, con orientación general	13,8	13,4	13,6
Segunda etapa de educación secundaria con orientación profesional (incluye educación postsecundaria no superior)	7,7	7,7	7,7
Educación superior (incluye doctorado)	28,3	29,5	29,0
Fuente: elaborado a partir de INE 2017			

En los rangos en los que hemos obtenido más número de encuestados, que coincide con el mayor aporte a la encuesta de población general, encontraríamos que el 42,9% de los que se encuentran en el rango de 35 a 44 años tiene educación superior

(incluye doctorado) y en el rango de 45 a 54 años, el 30,3% (INE, 2017). y más del 97% de las personas con educación superior universitaria y no universitaria han utilizado internet en los últimos tres meses.

El grupo encuestado es de formación alta con relación a la población española, pues agrupando categorías, un 89,4% de los encuestados tiene enseñanza superior, incluyendo la enseñanza superior no universitaria y universitaria en todos los niveles. Al dirigirnos en este caso a internautas, estamos condicionando nuestros resultados en ese sentido y favoreciendo la participación.

Otra diferencia sociodemográfica del grupo encuestado con la población sería que es superior el porcentaje de mujeres con estudios universitarios que el de hombres. También influye que la encuesta sea informatizada online autocumplimentada, pues los factores de brecha digital por nivel educativo actuarían favoreciendo estos resultados, al rebajar la participación de destinatarios con menor formación.

El nivel de estudios es un factor determinante, mayor que otros elementos sociodemográficos, de la brecha digital de acceso, uso y apropiación. En cuanto a la frecuencia de uso de Internet, la investigación realizada nos muestra que, para el uso con fines personales o profesionales, accede diariamente a Internet el 96%, de forma semanal el 2,9% y esporádicamente el 1,1%. Si lo comparamos con el informe del INE (2017), considerando los ciudadanos con estudios universitarios, vemos que un 97,9% consulta Internet al menos una vez en los últimos tres meses, si consideramos a los estudiantes, el porcentaje sube al 97,5% y en la población general entre 16 y 74 años el 75,1% accede diariamente, luego son resultados comparables y el 80,0% al menos una vez por semana.

En cuanto al tipo de tecnología utilizada en los accesos a Internet, obtuvimos como respuesta que un 65,52% accede por ordenador (sobremesa o portátil), la segunda opción es el teléfono móvil con un 26,98%, y con gran diferencia les sigue la tableta (6,67%).

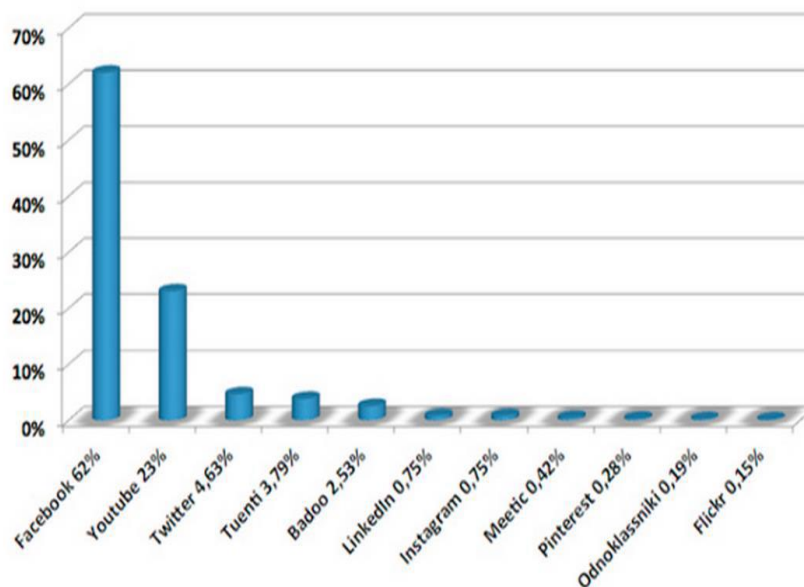
Consultando el Informe “La Sociedad de la Información en España” (2014), el 68% utiliza el ordenador personal como dispositivo principal para actividades de Internet, resultados muy cercanos a los parámetros encontrados. En 2017 se estabiliza el uso del ordenador disparándose el del teléfono móvil (Smartphone) que permite el acceso a Internet.

El uso de las redes sociales en el grupo encuestado indica que el 98,7% utiliza las redes sociales. Este resultado es también superior a las estadísticas comparables, ya que el INE (2014) recoge un total de 64,7% de personas de ambos géneros, siendo los resultados desglosados en “hombre” (62,2%) y “mujer” (67,3%), el resultado alto en comparación lo consideramos consecuencia del alto nivel educativo del grupo y frecuencia de uso de Internet, la evolución es de tendencia a igualarse.

En cuanto al uso específico de red social, los datos obtenidos sitúan como las más utilizadas: *Facebook*, *YouTube*, *Google+* y *Twitter*, las dos primeras se trata de redes que permiten la relación de profesionales, pacientes y familiares de estos, o de grupos de salud.

El alto nivel de respuestas referidas a *Facebook* y *YouTube* lo consideramos relacionado con su aplicación en la educación en general y en la de temas de salud en particular, incluir textos y audiovisuales, lo que permite realizar mejor las descripciones y facilitar su comprensión, circunstancias que hacen que la propia temática fomente la diferencia encontrada.

Si los comparamos con los resultados de Tomé y Soto (2014) en la siguiente Figura 39, encontramos que en primer lugar figura *Facebook* con el 62% de la actividad en las redes sociales



españolas, el siguiente es *YouTube* con el 23% de la actividad, después *Twitter* con 4,63% de la actividad, mientras que *LinkedIn* e *Instagram* solo consiguen el 0,75%.

Fuente: Estudio “¿Qué está enredando en 2014?”, *NTIC Máster School* y Universidad de Salamanca.

Figura 39. Comparativa uso redes sociales España.

7.1.3 Perfil tecnológico y experiencias en los sitios web.

La comparativa con los estudios de referencia por estas características resultaría:

- A. Acceso a la información y/o educación para la salud y dificultades encontradas.
- B. Frecuencia de acceso con fines para la salud.
- C. Tipo de soporte para el acceso a la información.
- D. Grado de dificultad en las búsquedas y características.
- E. Sitios Web, Fiabilidad y no fiabilidad.

F. Sugerencias de los encuestados para la mejora de los sitios web con fines de información y educación para la salud.

G. Recursos web y medios de apoyo de los sitios. Utilidad.

A. Acceso a la información y/o educación para la salud y dificultades encontradas.

En este bloque de la investigación se obtuvo, como estaba previsto, información sobre las experiencias de interacción de los encuestados con los entornos virtuales en la búsqueda de información y educación para la salud.

Hemos obtenido respuestas que nos han permitido conocer la frecuencia de acceso para estas búsquedas, el soporte preferido (papel o digital), los medios y recursos utilizados habitualmente, el grado de dificultad para encontrar la información y educación para la salud y sus características, los sitios web que utiliza habitualmente el encuestado (indicando fiables y no fiables), las sugerencias de mejora de los sitios web con fines de información y educación para la salud, los recursos web y medios de apoyo con que contaban y su utilidad, por qué le fue útil, si comenta las búsquedas de Internet con los profesionales de salud que le atienden y la respuesta de estos.

B. Frecuencia de acceso con fines para la salud.

La frecuencia de consulta de Internet con fines de información y/o educación para la Salud encontradas en la investigación (IEV), comparada con el informe del ONTSI (2012), obtenemos los siguientes resultados: la frecuencia diaria del grupo encuestado es de un 12,2% y de un 14,4 % en el informe del ONTSI, y la semanal es de un 24,5 % y de un 29,8% respectivamente, en la encuesta la consulta semanal o de más frecuencia supone un 43,6%. En el "Informe Anual la Sociedad en Red de ONTSI 2016 (ed. 2017 p.23)

el 49,6 ha consultado en la última semana o el último mes. En el informe “Indicadores de la Sociedad de la Información por género” (ONTSI 2018) en los últimos tres meses hicieron búsquedas de información para la salud un 67,3% de los que un 72,4% eran mujeres y un 62,3% hombres (p. 9).

En relación con si han consultado temas de salud en Internet, el resultado obtenido es que lo ha realizado un 99,8%, en Pfizer (2010) un 80% y según ONTSI (2012) no se detectan variables sociodemográficas que influyan en la frecuencia de consulta en Internet, por lo que consideran que se regula por factores personales aleatorios. Esto concuerda con los altos resultados que hemos obtenido para la *consulta esporádica* (42,8%), *cuando voy a consulta* (6,9%) y *cuando me encuentro mal* (6,2%), que suponen un total del 55,9%.

La encuesta de Pfizer (2010) indicaba que el orden de preferencia para realizar las consultas cuando un internauta tiene dudas de salud sería: Internet (65%) y el médico (21%). Entre los que utilizaron Internet, en el momento en el que lo hicieron, un 29% lo consultó sin ir al médico, un 33% antes de la consulta y un 38% después de ir a la consulta médica.

El grupo encuestado responde que consulta con una frecuencia no continua más espaciada que la Mensual el 56,2%, si sumamos las consultas más frecuentes (semanales y diarias), obtenemos un 36,7%.

Podemos deducir que Internet se utiliza como un complemento de información a la consulta con los profesionales de salud de forma importante. También se observa esa tendencia en esta investigación, que coincidimos en considerar consecuencia de las características inherentes a Internet: accesibilidad asincrónica,

inmediatez y comodidad, lo que explica el resultado de un porcentaje mayor de consultas en Internet que a los profesionales de salud.

C. Tipo de soporte para el acceso a la información.

Con relación al tipo de soporte, en papel o digital, para el acceso a la información y educación para la salud, los encuestados, que son internautas todos, se muestran interesados en el uso del soporte digital para estos fines de forma mayoritaria. Realiza el acceso de forma digital preferentemente el 79,2%, mientras que un 14,9% dice realizarlo en ambos soportes por igual, lo que significa un radical cambio de tendencia en los hábitos.

En cuanto a los medios preferidos para acceder a esta información, las respuestas recogidas referidas a los medios en soporte papel nos muestran una priorización según los hábitos actuales. De forma analógica los medios utilizados fueron: *Revistas, Libros, Guías divulgativas y Prensa diaria*. Esta tendencia la vemos reproducidas en el entorno digital, las respuestas para este canal son: *Revistas digitales, Guías divulgativas, Libros y Prensa diaria*. Otras formas digitales serían menos utilizadas serían: *Televisión, radio y la consulta telefónica*, además del CD/DVD. Se observa que el libro en medios digitales tiene mucha menor demanda que en soporte papel (analógico).

Las respuestas obtenidas que se refieren a herramientas/contextos utilizados para las consultas de salud indican que el canal preferido para la búsqueda de información son los buscadores web, sin predefinir la web, pues solo un número reducido de internautas las conoce previamente, realizando así dos terceras partes de las búsquedas de información; el resto lo hace mediante redes sociales. La encuesta del ONTSI (2013) y la de Pfizer (2010) coinciden en que los internautas utilizan las redes

sociales en una proporción mucho menor en las búsquedas sobre temas de relacionados con la salud.

D. Grado de dificultad en las búsquedas y características.

En esta parte de la investigación se ha indagado sobre las dificultades en el acceso a la información y educación para la salud diferenciando ambas. La pregunta sobre el grado de dificultad de la búsqueda de información en Internet respondió *como fácil o muy fácil* por el 56,8%, frente al 35,4% en las búsquedas sobre educación. Sin embargo, la respuesta *difícil o muy difícil* en búsquedas de información solo para el 5,9%, mientras que es del 20,6% en temas de educación.

El informe del ONTSI (2012) indica que, del total de internautas, el 48,3% utiliza la Red como fuente de información sobre temas de salud, aunque en proporción a la ciudadanía en general, según la encuesta de población, sería del 29,9% del total; el resto de fuentes de información lo componen los medios de comunicación (54,2%) y las personas cercanas (48,9%), respectivamente. Internet está considerada como un canal de alta accesibilidad y como una fuente de información general y también específica sobre salud, pero presenta barreras en ese "rol".

En información y educación para la salud, la fiabilidad de los contenidos, la baja calidad y su interpretación para aplicarlos en la vida cotidiana son las barreras más importantes de Internet.

La investigación que hemos realizado ofrece los siguientes resultados de los datos más frecuentes sobre las dificultades encontradas en Información para la salud son: *Dudas Fiabilidad, No Fiable* (24,6%), *Mucha Información. Dificultad selección* (18,5%), *Baja calidad, Información generalidades* (8,9%), *No*

Asequible (5%), *Resultados Confusos / Contradicciones/ Mal estructurado* (8,4%), *No Asequible* (4,3%), *Falta especialización* (3,4%), luego los principales inconvenientes encontrados son la fiabilidad y la calidad de las informaciones.

En ONTSI (2012) indica que la principal dificultad, según el 54,4% de los internautas, es el “desconocimiento de la fiabilidad de la información que se consulta” (pp. 41-50) y la segunda, con un 28,7%, “el riesgo de interpretación de la información buscada” (Pfizer, 2010, s. p.).

La encuesta de Pfizer (op.cit.). cit.), en relación a la información, es valorada como de “No fiable” por un 32% y, en la valoración sobre calidad y utilización que hacen de ella, a la pregunta “¿Está de acuerdo con la afirmación?”, se obtienen las siguientes respuestas: “No considero que sea información de calidad” (42%), “Hay mucha información” (71%), “Es información que me ayuda a entender las cosas que dice el medico” (58%), “Me ayuda a entender cosas en cualquier momento” (55%), “Me gusta leer casos parecidos al mío” (54%), “Me hago una idea de lo que tengo y luego contraste” (43%), “ No me fío de la información que recopilo en Internet cuando se trata de salud” (21%) y “No sé diferenciar la información fiable de la no fiable” (25%).

Ya que la barrera digital influye según las características del internauta, encontramos que en esta investigación los encuestados que expresaron en la búsqueda de información *Ninguna/ Poca dificultad* son el 11,9% y son el 16,6% de los internautas en ONTSI (2012), al ser los encuestados internautas experimentados.

En ONTSI en el estudio de los grupos encontraron que, con un mayor nivel de estudios, social y de utilización de Internet, se incrementaba la percepción de falta de fiabilidad, lo que explica la

desviación en esos aspectos encontrada en este tema en nuestra investigación.

En el informe del ONTSI (2012), el grado de confianza en una fuente y la frecuencia de utilización están directamente relacionadas; igualmente se concluye que los ciudadanos que valoran su salud como buena o muy buena, tienen más confianza en Internet que los que la valoran como muy mala; los enfermos crónicos sean o no dependientes depositan menos confianza en la Red, calificándola con un 3,6 frente a la valoración media de los ciudadanos que es 3,9 puntos. Sin embargo, el perfil sociosanitario en relación con padecer o no una enfermedad no es determinante como barrera para la obtención de información sanitaria.

En las búsquedas de Educación para la salud varían las dificultades expresadas por los encuestados, con las referidas a información. En la primera las expresiones más reiteradas son: *Poca oferta educación/ cursos homologados, Faltan diseños pedagógicos*, con una frecuencia que es casi el doble de la respuesta *Dudas Fiabilidad/ No fiable*, que era la primera dificultad expresada en la búsqueda de información. La respuesta: *Mucha Información/ Dificultad selección* obtiene aquí el 2,6%, mientras para información era la segunda con un 18,5%.

E. Sitios Web, Fiabilidad y no fiabilidad.

En relación a donde y como realizan los encuestados sus búsquedas y la fiabilidad o no fiabilidad de los resultados, nos planteamos desde el diseño de la investigación en la elaboración de las categorías apriorísticas, que la información más importante para conocer las búsquedas y la fiabilidad de estas, no pasaba por los canales que los soportaban, sino por los sitios web y herramientas utilizados. Los sitios web son fiables o no, tiene buenos o malos diseños y contenidos, y estos dependen de sus

promotores, no del canal por el que se distribuyen o del propio sitio como si tuviera capacidad propia de decisión.

En consecuencia, si los promotores eran los responsables, debían ser estos el eje de la categorización y su agrupación por sectores y roles dentro del campo de la salud el resultado analizar.

Este fue el sentido de la categorización que se hizo recopilando los sitios web por promotor, independientemente de si el sitio era una web, un blog, un portal, una página de Facebook, o un canal de YouTube, etc., pues como se comprobó se mezclaban en un promotor estos, total o parcialmente incluso otros más en algunos casos, por lo que cuando los encuestados facilitaron los datos por separado, tras la observación realizada de los sitios se agruparon a los efectos de análisis en esta investigación.

El siguiente paso que determinar era el grado de fiabilidad o no fiabilidad de estas para los encuestados, obteniendo al elaborar los resultados algunos datos que sorprenden, pero que confirman estudios previos. Encontramos que los resultados para los grupos promotores de los sitios web más utilizados por el grupo encuestado daban los siguientes resultados Tabla 30.

Tras la elaboración de los datos, encontramos que el grupo de los *Organismos oficiales españoles*, en su conjunto, es el grupo más utilizado con el 23,3%; tiene una fiabilidad para los encuestados del 75,8%. El que ocupa el segundo lugar de frecuencia *Enciclopedias/documentos* 16,5%, tiene una fiabilidad del 35,0%, y el que ocupa el tercer lugar es *Organismos Oficiales EE. UU.* (NIH en español) con una frecuencia de 11,6%, tiene una fiabilidad del 90,2%. Encontramos que es más fiable para estos internautas las páginas del NIH que las de todos los *Organismos oficiales españoles* (75,8%), cuyo nivel de fiabilidad es seguido muy

de cerca por las *Sociedades científicas y profesionales*, que son citadas solo por el 7,2%, con una fiabilidad del 74,5%.

Tabla 30. Comparativa fiabilidad: perfiles promotores de sitios web.

Grupos de categorías	Totales	p14 Fiables	Fiabilidad
Organismos oficiales españoles	23,3%	17,7%	75,8%
Enciclopedias/ documentos	16,5%	5,8%	35,0%
Organismos oficiales EEUU	11,6%	10,5%	90,2%
Revistas de salud y varios	7,8%	3,2%	41,8%
Sociedades científicas y profesionales	7,2%	5,4%	74,5%
Prensa diaria, revistas y TV	7,2%	4,0%	54,9%
Organismos oficiales internacional	5,9%	4,8%	81,0%
Editoriales medicas profesionales y pacientes	1,8%	1,7%	92,3%
	Totales	P15 No Fiables	No Fiabilidad
Enciclopedias/ documentos	16,5%	5,5%	33,3%
Empresas, aseguradoras y laboratorios	3,7%	1,3%	34,6%
Revistas de salud y varios	7,8%	3,0%	38,2%
Prensa diaria, revistas y tv	7,2%	1,8%	25,5%

En una posición intermedia de fiabilidad se encuentra el grupo de promotores *Prensa diaria, revistas y TV*, con un 54,9%. Los medios de comunicación, como en el caso de otros proveedores que tienen una reputación en el mundo analógico, la conservan y trasladan al mundo digital. Comparado con el ONTSI (2012), si se pregunta por este grupo de promotores, se observa que generan cierta confianza, ya que su valoración media apenas alcanza los 5 puntos sobre 10; en este caso se obtienen resultados similares.

Por otra parte, el segundo grupo de promotores que resultó más citado, *Enciclopedias/documentos*, solo obtiene una fiabilidad del 35,0% y es equiparable con la valoración de no fiabilidad que recibe el mismo grupo del 33,3%, o sea la tercera parte de los que han utilizado este grupo de sitios web.

Estos resultados ayudan a comprender la continua queja de los encuestados a lo largo de la investigación sobre la baja fiabilidad,

la calidad e interacción de los sitios web dedicados a información y educación para la salud, así como las dificultades para encontrar sitios de confianza, promovidos desde España. En este punto, no son comparables otros parámetros, ya que existen diferencias entre esta investigación (IEV) y el Informe del ONTSI (2012), pues el enfoque que realizan es diferente; evalúan conjuntamente en la misma pregunta la fiabilidad de las “Redes sociales” y las “Web del Ministerio de y Consejerías de Sanidad”, “Web de Asociaciones de Pacientes”, “Foros”, Blog” y “Wikipedia”, entre otros, mezclando canales, recursos y sitios web en la misma pregunta, no separando por sitios Web o promotores como en esta investigación.

F. Sugerencias de los encuestados para la mejora de los sitios web con fines de información y educación para la salud.

Pedíamos a los encuestados que facilitaran propuestas para la mejora de los sitios web visitados con fines de información para la salud. Estas fueron las propuestas más reiteradas:

- Características: más asequibles, mejor usabilidad, más amigables, mejor difusión, más interactivas.
- Contenidos: menos publicidad e incluir enlaces.
- Calidad científica: páginas acreditadas, referencias bibliográficas, incluir autor, mejor calidad, fiabilidad, más enfoque de Educación y revisión y control foros.
- Otras propuestas, pero muy minoritarias, eran: la mejora de los buscadores para localizar las informaciones de salud con más especificidad y también mejorar la formación de los usuarios.

En la descripción de los encuestados, encontramos reiteradamente que la información/educación para la salud, esta

última mucho más escasa, está dispersa, mal estructurada, con mucha información de unos temas y poca de otros y sin garantía, por lo que proponen que se creen sitios con estos fines por promotores institucionales, que garanticen la fiabilidad y ofrezcan contenidos de calidad. Asimismo, refieren que alguno de los sitios institucionales existentes está incompleto y desactualizado al haberse acabado los fondos con los que se estaban promoviendo.

En Pfizer (2010), los resultados que se obtienen en relación a los principales criterios de los usuarios para seleccionar una web son:

- información de apoyo: facilidad de términos, ayuda a comprender (diagnósticos, enfermedades, tratamientos), amplia información, cercanía al paciente.
- confianza: fuente conocida y que trasmite confianza, prestigio, experiencia, notoriedad.
- interacción: lenguaje cercano y fácil, comentarios y opiniones, interacción con otros pacientes.

En la misma encuesta, la pregunta “¿Cómo debería ser esta información en Internet para que realmente la utilizaras?” obtiene las siguientes respuestas:

- Avaladas/creadas por médicos/Colegio de Médicos: 30%.
- Fuentes más fiables/fiable: 18%.
- Contenidos más claros y fáciles de entender: 12%.
- Avalada/creada por Entidades Oficiales: 12%.
- Sinceridad, seria/creíble: 9%.
- Certificada/garantizada: 8%.
- Mejor Información y actualizada: 3%.

- Personalizada: 2%.
- No lo utilizaría de todas formas: 8%.

Como podemos comprobar, son similares en conceptos e importancia para el encuestado a los resultados obtenidos en esta investigación, siendo los aspectos más demandados la fiabilidad y la acreditación de las páginas, además de la calidad de los contenidos y que estos sean asequibles.

G. Recursos web y medios de apoyo de los sitios.
Utilidad.

En la investigación realizada, con relación a la utilidad, obtenemos la medida del interés que a los encuestados les provoca: *Texto web* (21,4%), *Texto descargable* (18,9%), *Vídeo* (15,4%), *Consulta online* (9,1%), *Foro* (8,1%) y *Redes sociales* (6,7%).

La tecnología más reciente aparece infra demanda: *Juegos educativos* (4,9%), *Aplicaciones móvil-apps* (4,1%) y *Videoconferencia* (3,9%), consideramos que como consecuencia de la baja representación del grupo de edad entre 15 y 24 años entre nuestros encuestados, pese a que, según otros estudios, son conocidas por la población que utiliza herramientas tecnológicas.

En ONTSI (2012) se recoge que: “El perfil sociodemográfico y tecnológico de los ciudadanos influye de manera directa en el conocimiento de las distintas herramientas y aplicaciones TIC para el cuidado de la salud” (pp. 63-64) y destacan que la edad es determinante a la hora de conocer nuevas herramientas. En la actualización de 2017 se incrementa esa brecha al crecer la variedad de estas.

En ese estudio, al clasificar a los ciudadanos en dos perfiles, uno más tecnológico y otro menos, los videojuegos, considerados

desde una perspectiva amplia para la realización de diversas actividades de vida saludable, presentan la mayor diferencia de asimilación; así, el 56,1% del perfil más tecnológico “conoce o ha oído hablar de ellos”, frente al 47,4% restante, que se relaciona con la composición de edad del grupo.

En el informe (ONTSI, 2012), con respecto a otras aplicaciones tecnológicas de salud, las respuestas del grupo “más tecnológico” eran: envío de información al profesional sanitario desde un ordenador o teléfono móvil para seguimiento de constantes y tratamientos (15,9%); “las conoce o ha oído hablar” de aplicaciones de salud para teléfonos inteligentes (recordatorios de medicación, ejercicios, dietas, etc.) (11,8%), y la tele rehabilitación con programas de apoyo y seguimiento a domicilio (9,4%).

En esta investigación, las herramientas de comunicación e interacción entre usuarios y promotores de sitios web, tales como consulta *online*, foro, redes sociales, correo electrónico, videoconferencia y chat, suponen un 34,4% de interés.

En el informe del ONTSI (2010), Al preguntar por los motivos para utilizar las redes sociales para información sobre salud, a los grupos que más lo usaban, respondían que la necesidad de información sobre un tema específico y poder aclarar dudas de manera directa (38,9%), para compartir experiencias (26,1%) y para el intercambio de información con personas con el mismo problema (13,7%), aunque también para los temas de salud en general (36,0%), estando estos resultados en la misma línea temática y de utilización que los obtenidos en esta investigación.

7.1.4 Valoración de la información y/o educación para la salud obtenida en entornos digitales y de su influencia posterior.

Analizando las categorías encontradas y comparándolas con estudios de referencia encontramos los siguientes resultados:

- A. Valoración de las fuentes.
- B. Tipo de información y/o educación para la salud que buscó y ayuda que le supuso en el cuidado de la salud.
- C. Comentario de las búsquedas con el profesional sanitario que le atiende y valoración de la información o educación para la salud obtenida.
- D. Grado de coincidencia de la información y/o educación para la salud que consiguió por Internet con la que le ofreció su profesional de salud.
- E. Recomendación de sitios web de consulta por los profesionales de salud que le atienden.
- F. Como le ayudo la información y/o educación para la salud que obtuvo en los entornos virtuales.

A. Valoración de las fuentes.

La confianza en una fuente de información es mayor según aumenta su grado de utilización por dos motivos principales: una es que se utiliza más porque la información es aceptablemente fiable y de calidad; la otra es que sabemos interpretar las características e interferencias del canal en la transmisión y los contenidos. Si no lo conseguimos y no se cumplen estos requisitos, la fuente de información se abandona o al menos se reduce de forma importante el acceso.

En la investigación que hemos realizado, respecto a las categorías apriorísticas de valoración *Fiable*, *Comprensible*, *Abundante*, *Accesible*, *Objetiva*, *Útil*, hemos obtenido una

percepción más positiva hacia *su profesional de salud* en *Fiable* (90,9%), *Objetiva* (75,7%) y *Comprensible* (60,5%); cuando se aplicaron a *Internet*, fueron más positivas para *Abundante* (89,2%) y *Accesible* (88,0%). La valoración de *Comprensible*, aunque menor, obtuvo un 39,5%, y finalmente consideraron que resultó más *Útil su profesional de salud* un 66,8%, frente a los que consideraron que era *Internet*, que fue un 33,2%.

Según el ONTSI (2012), los resultados indican que un estado de salud “bueno o muy bueno” aumenta la calificación de confianza en Internet, frente a los que la califican negativamente. En cuanto al grado de confianza de la fuente de información para la población general, en los profesionales de salud es del 7,93 y en Internet el 3,85, ambos sobre 10; consideran que sobre la calificación de Internet interfieren las respuestas mayormente bajas de los no internautas.

La valoración de las búsquedas realizadas y los criterios de aplicación de su utilización ofrece en esta investigación las siguientes expresiones según frecuencia: *Muchos son poco o nada fiables*, *Con Muchos Anuncios*, *No considero cualquier Información sin referencia*, *Comparar páginas*, *Busco y comparo*, *No las no comprobables*, *No Consulto no Fiables*, *No lo considero (con este fin)*, *No visito (Internet)*, *Ninguno es fiable*, *No consulto no Oficiales*, *Oficiales de Proyectos a medias o sin actualizar*, *Consultas online*.

B. Tipo de información y/o educación para la salud que buscó y ayuda que le supuso en el cuidado de la salud.

Según el ONTSI (2012), en cuanto a la información de salud buscada en Internet, encontramos para la categoría “Información sobre enfermedades” que un 84,4% de los internautas tiene este

motivo; otros parámetros de la pregunta no son comparables, pues las categorías son diferentes.

Según Pfizer (2010), las búsquedas “Por mera información” fueron del 71%, las de “Por enfermedad/dolencia” del 50%, “Preventivas” del 36%, “Adelgazamiento/Dietas” del 2% y por “Embarazo” del 1%” (s. p.). Se indica también qué fuente fue escogida de forma preferente, variando por temática, de forma que las incluidas en los conceptos de información y prevención fueron realizadas preferentemente en Internet, estando los resultados obtenidos en IEV en la misma línea.

En Pfizer (2010), (Tabla 27) los motivos de consulta para 8 de cada 10 usuarios era obtener información ampliada, desglosándose estos en: un 82% para *Comprender mejores tratamientos/enfermedades* (57%), *Ver qué podía ser lo que me ocurría* (48%), *Para contrastar la información que me dieron en la consulta* (37%), *Buscar el significado de algunos términos* (36%), *Por curiosidad* (30%) y consultas sobre medicamentos (31%).

Los datos obtenidos en esta investigación en relación a las búsquedas son: Consulta sobre una enfermedad, síndrome, disfunciones fisiológicas o anatómicas, etapa vital (79,8%), Vida saludable (68,3%), Organización del Servicio de Salud (acceso, trámites, documentación, horarios, etc.) (47,3%), Autocuidados (34,6%), Terapias complementarias (25,7%), Apoyo emocional (23,5%), Formación como cuidador (16,8%), Intercambio de experiencias (14,9%) y Autoayuda (11,0%). En ONTSI (2016) los resultados estilos de vida saludables (54,2%); enfermedades (52,1%); síntomas de éstas (50,9%) o remedios (47%).

Según el ONTSI, (2012) uno de los factores que influyen en las búsquedas de salud es la edad, predominando la población de

entre 25 y 49 años. El estado de salud es también un parámetro que influye, pero en sentido inverso, pues los ciudadanos que calificaron su estado de salud de manera negativa representan un mínimo el peso de las búsquedas de salud; en términos generales, el 30,7% de la población indica padecer una enfermedad de tipo crónico, de los cuales están en situación de dependencia el 2,7% del total.

Según los resultados encontrados en la encuesta de INCLUDED (2011) referido al interés por la información de una enfermedad concreta, encontramos que entre 25 y 34 años es un 35%, entre 35 y 49 años un 36% y entre 50 y 64 años un 32%.

Los resultados de estas encuestas refuerzan el rol de persona que consulta Internet para temas de salud y en concreto para consultar una enfermedad. Las mujeres las realizan más que los hombres y el grupo de edad entre 35 y 49 años es el que más consulta; ambos parámetros son los que resultan más representados en la muestra de esta investigación (IEV).

Tabla 31. Pfizer 2010. Como le han ayudado las búsquedas realizadas						
Sitios visitados	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Páginas del Ministerio/ Consejerías	37%	42%	11%	5%	5%	
Páginas de Asociaciones de pacientes	36%	21%	37%	3%	2%	2%
Páginas de Asociaciones de Médicos	29%	47%	13%	8%	2%	1%
Blog	24%	47%	21%	5%	1%	1%
Redes sociales	24%	10%	50%	13%	1%	2%
Foros	22%	35%	35%	7%	1%	1%
Wikipedia	21%	64%	9%	3%	1%	
Páginas Laboratorios Farmacéuticos	20%	56%	14%	7%	1%	3%
Nota.-(1) Me ha ayudado, (2) Me ha aclarado dudas, (3) Me he sentido comprendido, (4) Me ha liado/ confundido, (5) Me ha preocupado más, (6) Otros. Fuente: Encuesta Pfizer 2010 (p.19)						

En Pfizer (2010), a la pregunta de cómo le han ayudado los resultados de las búsquedas, se obtuvieron los resultados representados en la Tabla 31. Como podemos observar, las *Páginas del Ministerio/Consejerías*, las de *Asociaciones de pacientes* y las de *Asociaciones médicas* son las que ofrecen mejores resultados en las consultas de los usuarios. Según el ONTSI (2012), en cuanto al uso de Internet para trámites administrativos, el más realizado es la solicitud de cita con el médico de familia/pediatra (35%) en Sanidad Pública, que representa el uso de la cita médica por el 17% de la población general y el grupo de edad que más lo utiliza es el de 25 a 49 años, que coincide con las edades de mayor peso poblacional según el INE (2015); las gestiones son tanto para uno mismo como para familiares a su cargo.

C. Comentario de las búsquedas con el profesional sanitario que le atiende y valoración de la información o educación para la salud obtenida.

La irrupción de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en el ámbito de la salud está suponiendo un cambio de paradigma. El hábito de acceder a los entornos virtuales para las actividades personales y profesionales está creciendo y es llevado por los internautas a las consultas de salud.

Como vemos en las respuestas al realizar búsquedas antes y después de las consultas, los resultados y su comentario generan en ocasiones tensiones o no es visto con agrado por el profesional. Entre las causas que valoramos surge la barrera, desde el profesional, por la diferente alfabetización digital y las resistencias al nuevo rol del paciente con más conocimiento y autonomía de decisión.

En la investigación encontramos que solo el 46,8% de los encuestados comentó el tema de las búsquedas relacionadas con la consulta a los profesionales de salud que le tratan.

Las respuestas de esos profesionales al comentarle la búsqueda sus pacientes y encuestados en esta investigación fue en un 60% favorable, incluso animándolos o facilitándoles sitios web confiables. Por otra parte, las respuestas negativas a esta consulta oscilaron entre las expresiones de consejo y de enfado, sin que en la mayoría de los casos se entre en explicaciones o recomendaciones alternativas. Surge también una autocensura del usuario o paciente tan fuerte o mayor que la negativa de los profesionales antes descrita, en unos casos por actitud del profesional y dinámica de consulta 27,9%.

Según Pfizer (2010), las respuestas de los encuestados sobre las búsquedas en Internet y la opinión de los profesionales de salud fueron: *Me lo han desaconsejado los profesionales sanitarios* (12%), *Prefiero ir al médico* (2%) y *No lo he necesitado* (15%).

El informe del ONTSI (2012) plantea el cambio de relación entre los usuarios y los profesionales sanitarios:

“Una consecuencia directa de estas nuevas prácticas puede ser el cambio de la relación entre médico y paciente. El uso de las TIC por el profesional sanitario para la gestión de su consulta o el acceso a una mayor información por el paciente a través de otras fuentes que no sean el propio facultativo, influyen en dicha relación y como se valora y se percibe el servicio prestado con las nuevas situaciones que se plantean” (p.88).

En los datos obtenidos (pp. 88-90) para estas preguntas, un 21,1% de los encuestados buscan esta información en Internet

antes de acudir a una consulta y luego la comparte con su médico, pero un 13,6% no se atreve a compartirla con el profesional.

Por otra parte, las búsquedas posteriores a la consulta sobre la temática de esta son del 54,6%, siendo los que más consultan los pacientes crónicos dependientes y las personas que ejercen de cuidadores principales y las temáticas principales son las enfermedades y los medicamentos, alcanzando casi el 60% de los encuestados.

En el informe del ONTSI (2012), la mayoría de los internautas que consultaron temas de salud (75%) plantea que esta no interfiere en la comunicación con el profesional sanitario; es más, para el 16,1% de este grupo la búsqueda mejora la información sanitaria, mientras que al contrario solo opina el 5%.

En cuanto a la utilización de nuevos canales de comunicación por el profesional, los internautas se muestran receptivos: el 72,8% “desearía que su médico le recomendase recursos en la Red, como por ejemplo páginas web o foros relacionados con su problema de salud” (p.91); incluso es visto positivamente por el 71,9%, que el profesional gestione un sitio web con consejos y recomendaciones sobre temas de salud.

El estado de salud también influye aquí: los que valoran peor su estado de salud prefieren la consulta personal a Internet.

Los encuestados que no comentan la búsqueda con el profesional la encuentran menos útil que los que si la comentan (Figura 40).

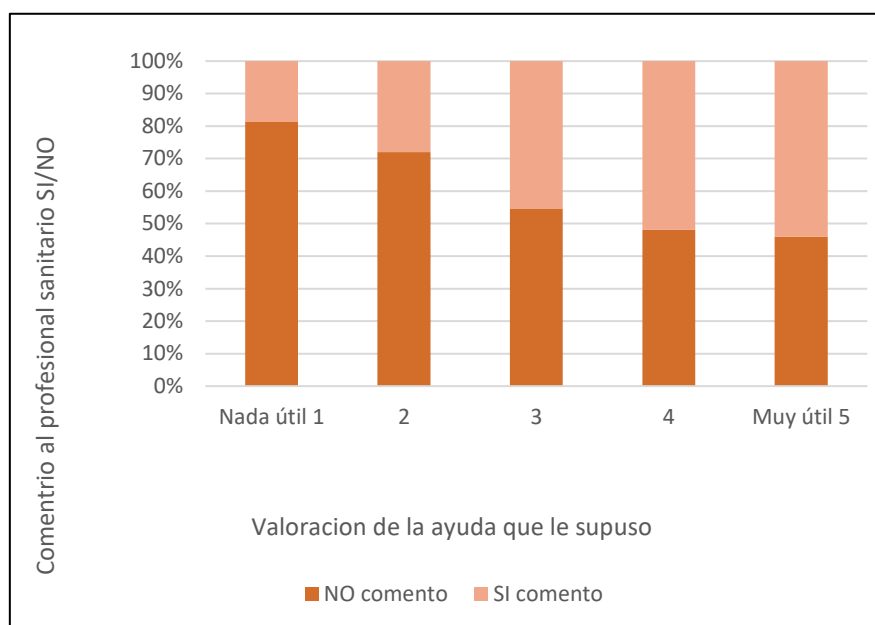


Figura 40. Correlación entre Comentario con el profesional y valoración de ayuda de los resultados búsquedas.

D. Grado de coincidencia de la información y/o educación para la salud que consiguió por Internet con la que le ofreció su profesional de salud.

Las respuestas en esta investigación, a pesar de las interferencias que genere Internet en la búsqueda de resultados por fiabilidad y calidad y el propio internauta por barrera digital y déficit de conocimientos de salud, indican que el grado de coincidencia es valorado por los encuestados como *medio* (40,8%) y *alto* (36,1%). A pesar de estos resultados, debemos considerar las interferencias por las deficiencias de Internet ya expresadas y las resistencias de los profesionales.

E. Recomendación de sitios web de consulta por los profesionales de salud que le atienden.

El dato obtenido en la investigación es que el 85,2% de los encuestados no han recibido ninguna recomendación de sitios web para la consulta de salud por ningún profesional de la salud.

El grupo que sí aconsejó algún sitio se centra en los profesionales más cercanos (médico de familia y pediatra) y en proporción a la utilización, otros menos habituales, entre las fuentes de recomendación surgen otros pacientes.

Según Pfizer (2010), los encuestados responden que accedieron a las páginas consultadas por recomendación del profesional de salud solo el 4%, siendo las restantes por indagación propia de otras fuentes.

F. Como le ayudo la información y/o educación para la salud que obtuvo en los entornos virtuales.

De las respuestas obtenidas se deducen dos objetivos principales en las búsquedas de los encuestados en los entornos virtuales: el primero, informarse con fines preventivos, hábitos saludables y ampliar conocimientos (52,8%) y el segundo, resolver dudas, saber qué hacer y comprender situaciones específicas que le surgen (38,9%).

En Pfizer (2010), la principal ayuda obtenida de las consultas en Internet fue “información de apoyo fácil de entender y cercana”.

7.2

CONCLUSIONES.

7.2.1 Resumen General

El contexto definido por la presente investigación es que el conocimiento en el ámbito de la información y educación para la salud, relatado por los encuestados y observable en los entornos digitales, nos dibuja un perfil desestructurado y con importantes dudas sobre su fiabilidad.

La información y la educación para la salud en los entornos digitales es una necesidad social y de salud, como complemento y apoyo a un Sistema Nacional de Salud bien estructurado, pero que tiene que evolucionar desde el mundo analógico al digital, no solo en las estructuras organizativas y de atención administrativa, sino también en los más demandados que son los diseños de atención al ciudadano en temas de salud, seguimiento de la enfermedad *online* y a domicilio, y de información y educación para la salud.

Simultáneamente está acreditada una demanda social, cada vez más amplia, de información y educación para la salud, como soporte de conocimientos para un *e-ciudadano* y *e-paciente*, que quiere conocer y decidir sobre los temas de su salud para poder tomar la dirección y tener autonomía de decisión, incluso como forma imprescindible para colaborar en el mantenimiento de su salud y recuperación de la enfermedad.

En todas las áreas de cambio hay resistencias y barreras y en este ámbito surgen a tres bandas: en primer lugar, los ciudadanos, que, aunque con amplios grupos interesados, tienen una barrera digital de acceso y uso, y otra de conocimientos en y para la salud; en segundo lugar, los profesionales, con su propia barrera digital de uso y acceso, así como al cambio que supone pasar de la atención presencial exclusivamente, a la integración de las nuevas tecnologías y las formas de seguimiento e interacción que permite, los cuales.

Esta situación de cambio además se encuentra con la falta de apoyo de quien debería ser el promotor principal del cambio, la administración sanitaria; además con sus barreras tecnológicas y conceptuales, pues parte de los diseños en la atención sanitaria presencial y debe evolucionar hacia un soporte cada vez mayor de la digital.

Todos estos condicionantes han dado lugar a la situación actual en la que la información y educación para la salud se desarrolla sin una conjunción ni dirección, impulsada por las acciones independientes de los actores sociales regidos por sus propios intereses o creencias.

Cada uno ha actuado desde su perspectiva de fines y misión y con los recursos que le son posibles, encontramos una situación de minifundismo web, que no puede cumplir su misión de ser el soporte digital necesario.

Los sitios personales o de pequeños grupos deberían ser un dinamizador complementario, no el eje del conocimiento para la salud en este ámbito.

Los objetivos de la investigación han sido alcanzados en un grado muy satisfactorio y consideramos completamente válidos los resultados obtenidos, como un reflejo del grupo encuestado resultante, con las condiciones sociodemográficas que por sus respuestas les contextualizan, pero trasladable y reflejo de los entornos virtuales actuales.

Hemos estudiado la utilización de los entornos virtuales en la información y educación para la salud de los ciudadanos en España y analizado las percepciones de los usuarios sobre las experiencias en ellos.

La información recogida incluye propuestas de mejora realizadas directamente por los encuestados, pero además analizando los resultados se puede realizar por inferencia de la información cuantitativa y cualitativa recogida, numerosas propuestas de mejora en relación a los sitios Web existentes y futuros con estos fines, la accesibilidad, diseños pedagógicos e interacción, facilitación de las búsquedas, así como contenidos de

más interés y la forma de exponerlos y desarrollarlos con los fines de información y educación para la salud que son diferentes.

A modo de resumen, se pueden explicar los objetivos alcanzados desde los propuestos, así como en qué medida en relación con cada uno de ellos, en algunas preguntas se ha diferenciado entre información y educación para la salud, aclarando al encuestado que considerábamos como educación las actividades estructuradas para formarse sobre un tema de salud.

7.2.2 Conclusiones referidas al Objetivo 1.

Estudiar las características del acceso a los entornos virtuales que, con fines de información y educación para la salud, realizan los ciudadanos desde España.

Se ha investigado y recogido la información sobre las características del acceso a los entornos virtuales de ciudadanos en España, con fines de información y educación para la salud. Hemos conocido el perfil de los internautas que realizan estas búsquedas, la frecuencia, vías de acceso, formas de búsqueda, criterios de selección de sitios web y de la información, entre otros parámetros.

En los resultados obtenidos en la investigación encontramos que en el grupo encuestado, el perfil mayoritario de las personas que buscan información y educación para la salud en entornos virtuales es el de una internauta, mujer en un 69,8% en este grupo; de edad comprendida entre los 35 y los 55 años en un 59,4%; con perfil de estudios superiores en un 89,4% (principalmente universitarios); con una frecuencia de acceso a Internet por motivos profesionales o personales diario muy alto (96%); que accede a Internet principalmente por ordenador (66,52%), aunque también telefónicamente (26,98%) y que utiliza las redes sociales con

frecuencia muy alta (98,7%), principalmente Facebook (76,3%), YouTube (52%), Google+ (40,1%) y Twitter (30,4%). También aquí el porcentaje de participación es superior a otros estudios poblacionales.

Dada la temática de investigación, consideramos que el grupo obtenido es idóneo y que puede aportar más en esta investigación que una representación poblacional, ya que las mujeres son las principales buscadoras de información y educación para salud y el rango de edad es coincidente con el de más aportación poblacional y de más participación como internautas, lo que coincide con las comparaciones realizadas con los informes y encuestas ya referidos.

Por otra parte, el alto nivel educativo y la alta frecuencia de uso de Internet y redes sociales, aunque sea superior a lo reflejado en estos otros estudios en relación con los internautas, nos permite contar para esta investigación con unos encuestados que son personas experimentadas para obtener sus informaciones y explicaciones relacionadas con la Red, con lo que sus respuestas están elaboradas desde un nivel alto de experiencia y conocimiento.

El grupo utiliza los sitios web para las búsquedas de esta información, no de forma muy frecuente que podría interpretarse como obsesiva, sino como complemento, para la aclaración de conceptos o dudas sobre la salud de sí mismas o de su entorno, dado el papel de cuidadora más representado por la mujer.

La consulta *casi diaria* es del 12,2%, algo inferior al de las referencias utilizadas, y con *frecuencia inferior a la semanal* es del 55,9%, que incluye conceptos como mensual, esporádicamente, “cuando voy al médico”, “cuando estoy enferma”, referidas estas

dos últimas a la encuestada o personas de su entorno. La consulta *semanal* fue del 24,5%, porcentaje algo inferior al de las referencias utilizadas.

El soporte de esa información consultada ha sido preferentemente digital y en mucho menor grado en papel, eligiendo las revistas y libros como fuentes principales, seguidas por las guías divulgativas y la prensa. En las búsquedas digitales, se consulta un perfil de medios mediatizado por las costumbres analógicas, aunque decae el libro y en la mayoría de los casos se desconocen sitios web de referencia, por lo que se utilizan preferentemente buscadores para localizar la información y educación para la salud, cosa que hacen dos tercios de los encuestados, mientras que el resto utiliza redes sociales (un tercio aproximadamente).

7.2.3 Conclusiones en relación con el Objetivo 2.

Conocer y Analizar las percepciones de los usuarios sobre los sitios Web utilizados en la búsqueda de información y educación para la salud, experiencias, recursos, herramientas y resultados obtenidos.

Se han recogido y analizado las descripciones de las experiencias de los internautas en relación con estas búsquedas, tanto desde la perspectiva vivencial en los recorridos realizados, como de las características de los resultados obtenidos, y de la experiencia sobre el uso de los recursos disponibles en los sitios web y aplicación a la vida cotidiana.

Las vivencias que describen los encuestados en la búsqueda de este tipo de información difieren notablemente para las categorías principales entre las referidas a información y a educación para la salud:

Dificultad, Fiabilidad y calidad.

Sitios web visitados.

Recursos web encontrados, utilidad y propuestas.

- A. Valoración de las fuentes de información: Internet y
- B. Profesional de salud.
- C. Comentario de las búsquedas con el profesional de
- D. salud que le atiende, grado de coincidencia en los
- E. resultados, recomendación de sitios web y tipo de profesional.
- F. En qué le ayudó la información y educación para la salud que obtuvo en los entornos virtuales.

A. Dificultad, Fiabilidad y calidad.

Encontramos que la información ofrece importantes dudas de fiabilidad, lo que, unido a la existencia de mucha información sin referencias, baja calidad de los textos o contenidos generales, dificulta la búsqueda de contenidos fiables y de calidad, así como su selección.

Sin embargo, en las búsquedas de educación para la salud encontramos que existe muy poca oferta, que hay menos dudas de fiabilidad (menos de la mitad que para la información para la salud) y menos la consideran de baja calidad o que haya generalidades, en un porcentaje algo menor que para la información para la salud. Consigue valoraciones muy similares, aunque bajas en ambos tipos de búsqueda, el problema de que los contenidos no son asequibles, pues los que el encuestado considera de calidad son de tipo científico, no adaptados al no profesional de esa especialidad.

A pesar de los comentarios sobre las dificultades encontradas, un grupo, más alto que los estudios de referencia, considera que

no tiene ninguna dificultad en las búsquedas, hecho que asociamos consecuencia del nivel formativo y experiencia de uso altos.

B. Sitios web visitados.

En cuanto a los sitios web que utilizan los encuestados en sus búsquedas, para esta investigación se agruparon por perfil de promotores, obteniendo que, por frecuencia de cita, prefieren buscar en los sitios promovidos por Organismos oficiales o los de tipo enciclopedia/documental, y a distancia, con uso muy similar y en este orden: revistas de salud, sociedades científicas y profesionales de la salud, prensa diaria y revistas generales. Con casi la mitad de frecuencia de los anteriores son citados las ONG, las universidades, las empresas aseguradoras y laboratorios farmacéuticos, quedando los blogs de profesionales con mucha dispersión y muy bajo volumen de encuestados que los visitan.

Si sumamos los datos que refieren sitios del Sistema Nacional de Salud de los EE. UU. y los Organismos internacionales, consiguen casi las mismas frecuencias de que todos los Organismos oficiales de España, estatales, autonómicos, provinciales y municipales.

En cuanto a la fiabilidad –fiable o muy fiable- de los sitios encuestados, el mayor porcentaje lo tienen las editoriales médicas con un 92,3%, a pesar de tener un muy bajo nivel de uso por los encuestados, seguido del Sistema Nacional de Salud de los EE. UU., con un 92% de los que lo refieren como fiable, que es consultado por un alto porcentaje de encuestados. Les siguen los Organismos Internacionales con un 81% de fiabilidad (OMS y Unesco) y todos los organismos oficiales de España, que solo son considerados fiables o muy fiables por el 75% de los que los citan. Una valoración que nos debe hacer reflexionar sobre la calidad del servicio que ofrecen.

La fiabilidad de estos sitios tiene una muy importante excepción. A pesar de la frecuencia alta con que los encuestados citan Wikipedia, incluida en el apartado de enciclopedias, las opiniones se dividen: un tercio la considera fiable o muy fiable; casi la misma proporción, pero algo menor, la considera poco o nada fiable, y otro tercio que no se define.

C. Recursos web encontrados, utilidad y propuestas.

Los recursos encontrados en los sitios web más útiles serían, en este orden: *Texto web*, *Texto descargable*, *Vídeo*, *Consulta on line*, *Foro* y *Redes sociales*. La tecnología más reciente (*Juegos educativos*, *Aplicaciones móvil-apps*, *Videoconferencia*) aparece poco en los sitios Web utilizados actualmente. Las propuestas realizadas por los encuestados se basan en que prefieren que los textos web sean siempre descargables y que tengan vídeos y soportes audiovisuales, así como herramientas que faciliten la interacción con profesionales expertos.

D. Valoración de las fuentes de información: Internet y Profesional de salud.

Los encuestados escogieron, de entre las categorías establecidos como respuesta, que la información del profesional era más: fiable, objetiva y comprensible; y la de Internet era más: abundante y accesible, y para una tercera parte también más comprensible. Con respecto a la utilidad, dos terceras parte escogieron al profesional y una tercera parte a Internet.

Para Internet la principal causa de pérdida de valoración son las dudas de fiabilidad y la no objetivación de la respuesta al individuo, algo que solo se realiza actualmente desde una consulta profesional específica presencial, aunque podría hacerse online. Por otro lado, la valoración de comprensible está dividida, aunque se decanta por el profesional de salud; aquí la falta de adecuación

de contenidos, la excesiva información e incluso las contradicciones entre textos disminuyen la comprensión de Internet, tipo de información buscada y ayuda que le supuso.

Los datos obtenidos en esta investigación en relación a la temática de las búsquedas son: en primer lugar, *Consulta sobre una enfermedad, síndrome, disfunciones fisiológicas o anatómicas, etapa vital, Vida saludable*, seguida a cierta distancia por *Organización del Servicio de Salud (acceso, trámites, documentación, horarios, etc.)*, resultando un grupo menos buscado de: *Autocuidados, Terapias complementarias, Apoyo emocional, Formación como cuidador, Intercambio de experiencias y Autoayuda*.

Encontramos que, referido a la ayuda que le supuso, el grupo de visión positiva en todos los grados (desde el nivel medio de ayuda a mucha ayuda) supuso el 94,6% y los grados de visión negativa, un 5,4%, lo que confirma la importancia de los entornos virtuales en este ámbito del conocimiento y coloca a internet como una herramienta de búsqueda muy importante ya en la actualidad.

Las búsquedas de las que el encuestado tiene una visión positiva y que considera que más le ayudaron, agrupadas por el tema de la búsqueda, fueron: con mayor interés *la mejora de hábitos saludables y cuidado preventivo de la salud, la mejora del autocuidado y la información sobre la enfermedad*, y los trámites administrativos obtienen una valoración muy baja, surge una utilización no prevista, aunque baja en la consulta con fines profesionales, principalmente educadores.

Respecto a la ayuda que le supuso, las respuestas indican que, para temas de enfermedad, se siguen mayoritariamente las indicaciones del profesional, pero se aclaran y contrastan

conceptos, incluso en ocasiones se subsanan errores o malentendidos gracias a Internet. Por otra parte, la información preventiva y de hábitos saludables es muy escasa por parte del profesional, por lo que se recurre a Internet de forma mayoritaria.

E. Comentario de las búsquedas con el profesional de salud que le atiende, grado de coincidencia en los resultados, recomendación de sitios web y tipo de profesional.

Los encuestados responden sobre la situación generada al consultar Internet y comentarlo con el profesional y la describen como una situación problemática, bien por experiencias negativas ocurridas o inferidas de la actitud del profesional.

Encontramos que lo comentó menos de la mitad. Los que sí lo comentaron responden en un 60% de los casos que los profesionales fueron favorables, el resto oscilan desde que no le respondieron nada, pasando por desaconsejar las búsquedas, a responder con un rechazo fuerte. De los profesionales que no fueron positivos de forma genérica con el comentario, ninguno ofreció alternativamente sitios web confiables. Es, por lo tanto, un tema pendiente de desarrollar por la autoridad sanitaria y las propias organizaciones profesionales y científicas para la mejora de la atención sanitaria.

Del grupo que no lo comentó, una parte fue porque no se atrevió, por no perjudicar la relación o por no molestar al profesional; otra considera que sería menospreciar al profesional, y el resto porque la temática no era la misma de la consulta, aunque sí de salud (un grupo responde que eran otros temas). Que los usuarios consideren que el ejercicio de un derecho considerado positivo para la atención sanitaria deba ocultarse o es un menosprecio al profesional lo interpretamos como demostración de un déficit de

alfabetización en salud, en la relación entre profesionales y usuarios.

El grado de coincidencia entre la información de Internet y de los profesionales, a juicio del encuestado, fue entre medio y muy alto para el 86,1% de los encuestados, luego es alta.

En la orientación sobre las búsquedas de información o educación para la salud, encontramos que el 85,2% de los encuestados no ha recibido nunca una recomendación de sitios web como apoyo a la consulta de salud o como otra información de interés.

Un 14,8% sí recibió recomendaciones, principalmente de médicos de familia y pediatras, y también de médicos especialistas, pero estos últimos deben considerarse en menor proporción con relación a los anteriores, dado el peso del número de profesionales y frecuencia de consulta que es mucho mayor.

Estos datos suponen una disociación entre la práctica de los profesionales de salud y el mundo real de los usuarios a los que atienden. La resistencia actual puede verse facilitada por los problemas de fiabilidad y calidad descritos, pero debe cambiarse por la interacción de los sectores responsables de la atención sanitaria desde las tres perspectivas: administración y entidades privadas de salud, organizaciones profesionales y de pacientes y usuarios.

F. En qué le ayudó la información y educación para la salud que obtuvo en los entornos virtuales.

En cuanto al tipo y grado de ayuda que le supuso, encontramos que principalmente fue para: informarse, seguido a distancia por aclarar dudas. Agrupados todos los grupos de respuestas por temáticas, tendríamos que, para informarse, con fines preventivos,

hábitos saludables y ampliar conocimientos. Finalmente, las dos utilidades principales fueron que: le ayudó y para resolver dudas, saber qué hacer y comprender situaciones específicas que le surgen, define como negativa la ayuda un número muy reducido.

Esto supone un alto grado de ayuda en consonancia con los resultados obtenidos a lo largo de la investigación, y por otra parte que la utilización es menor con relación a situaciones específicas que tenga el encuestado, primándose la búsqueda con fines informativo-preventivos.

7.2.4 Conclusiones con relación al Objetivo 3 y 4.

Recoger información que permita orientar propuestas que ayuden a mejorar los entornos virtuales con fines de información y educación para la salud.

Realizar propuestas de desarrollo para la información y educación para la salud en entornos virtuales en España.

Los encuestados han facilitado información y propuestas de mejora de los sitios web a partir de las experiencias que han tenido en los que han utilizado, en relación con características y diseños, contenidos, mejora de la calidad, que consideramos coherentes con las respuestas obtenidas a largo de la encuesta.

Las clasificamos en:

- A. Propuestas de mejora de los sitios web.
- B. Con fines de información para la salud.
- C. Con fines de educación para la salud.
- D. Recursos web propuestas de los considerados más útiles.

A. Propuestas de mejora de los sitios web.

Los encuestados, desde la perspectiva de las vivencias en las consultas de información u educación para la salud, realizan preferentemente búsquedas con fines de información y mucho menos de carácter formativo, y plantean un grupo de necesidades para mejorar el acceso a la información y al conocimiento.

Refiriéndose a los buscadores de la Web, plantean que las páginas de mayor fiabilidad y calidad son difíciles de encontrar, lo que consideran consecuencia de los diseños de los buscadores y del propio sitio web. Por otra parte, también consideran que los buscadores internos de las páginas no ayudan en las búsquedas.

B. Con fines de información para la salud.

Proponen mejoras relacionadas con el diseño de los sitios web para el acceso y comprensión de los contenidos con este fin:

- Sobre sus características: principalmente que sean asequibles, con mejor usabilidad, con diseños amigables, con mejor difusión y más interactivas, incluyendo consulta online, con tecnología y apoyo de especialistas en la materia.
- En los contenidos: en aspectos generales, menos publicidad y enlaces a otras webs para ampliar información y recursos audiovisuales relacionados con la documentación.
- Mejora de la calidad científica: por orden de sugerencias y destacando sobre las demás, que las páginas de salud sean acreditadas, seguido de que contengan referencias bibliográficas, que indiquen los autores y actividad profesional, que mejoren la calidad y fiabilidad y que haya

más enfoque educativo con diseños didácticos y realizados por equipos multidisciplinares.

C. Con fines de educación para la salud.

En este caso, el problema no es el exceso de sitios, sino que son pocos y las mejores actividades se realizan con registro y de pago. Los sitios gratuitos carecen, según las respuestas, de diseños pedagógicos, seguimiento tutorial y posibilidad de consulta, resultando más repositorio de textos.

Las propuestas de mejora son:

- Sobre sus características: principalmente que sean más asequibles, con mejor usabilidad, mejor difusión y más interactivas.
- En relación a los contenidos: en aspectos generales, que incluyan más recursos audiovisuales, que separen y diferencien los contenidos de información de los de educación, con más enfoque pedagógico, menos publicidad, con consulta online y más revisión en los foros sobre los contenidos.
- Contenidos sobre la mejora de la calidad científica: por orden de sugerencias y destacando sobre las demás también para educación, que las páginas de salud sean acreditadas y que sean fiables, seguido de que contengan referencias bibliográficas, que mejoren la calidad de contenidos, que indiquen los autores y actividad profesional y que estén actualizadas (porque incluso hay páginas oficiales que no lo están, sugiriendo en estos casos que es mejor que las cierren).

- **Acreditaciones:** proponemos que desde instituciones oficiales se promueva la acreditación de webs y la creación de un sitio o sitios webs especializados, incluso dependientes de organismos oficiales.

D. Recursos web propuestas de los considerados más útiles.

De los recursos encontrados o no, pero que conocen y les parecen útiles, los encuestados citan como principales: *Texto web*, *Texto descargable* y *Vídeo*; en un segundo bloque los más favorecedores de la interacción: *Consulta online*, *Foro* y *Redes sociales*. Con menos frecuencia son citados: *Correo electrónico*, *Juegos educativos*, *Aplicaciones móvil-apps*, *Videoconferencia* y *Chat*.

Las herramientas que mejoran la comunicación e interacción con los sitios web y sus promotores suponen un tercio de las categorías y frecuencias citadas.

Las utilidades que describen son que: el texto web ayuda a la lectura rápida *online* y decidir si la información encontrada es la que buscamos; el texto descargable es útil para la lectura *offline*; los vídeos los consideran muy útiles e imprescindibles para explicar actividades relativas a destrezas y desempeño de tareas, pero en relación a textos de informaciones o de educación, pues ayudan a la comprensión de estos y deberían acompañar la mayoría de las explicaciones, aunque los consideran menos útiles sin textos base que soporten la información.

También expresan interés en herramientas de interacción que, aunque no sean novedosas, en relación con la información y educación para la salud están infra implantadas en Internet y con frecuencia de baja calidad, como son la consulta *online*, los foros y

las redes sociales, aunque estos últimos solo los consideran útiles si se establece un registro de control y con seguimiento por un profesional de la especialidad que supervise los contenidos.

7.2.5 Conclusiones generales /síntesis de los aportes.

La investigación ha alcanzado los objetivos propuestos, consiguiendo una información importante para el desarrollo de proyectos futuros de educación para la salud, ya sean desde el ámbito público como del privado, que resumimos a continuación.

La educación para la salud mediante las nuevas tecnologías debe desarrollarse desde una visión democratizadora y humanista de la salud, facilitada por equipos multidisciplinares, con la participación activa de los ciudadanos en su mantenimiento mediante hábitos saludables y medidas de prevención en su caso, para permitirles alcanzar mayores cuotas de autonomía en su autocuidado y el cuidado de sus allegados, así como en el manejo de la enfermedad y sus consecuencias cuando esta no se ha podido evitar. Se trata, en definitiva, de un ciudadano proactivo en la prevención y cuidado de su salud y la de los que le rodean.

Para esta promoción y educación para la salud en la sociedad actual de la globalización y el Conocimiento, desde las entidades públicas o privadas es necesario un acercamiento a los ciudadanos mediante estrategias proactivas de información y educación en las que las TIC y principalmente Internet juegan un papel crucial.

La práctica totalidad de los internautas realizan consultas de y para la salud, aunque el mayor interés se despierta entre las internautas mujeres, de edades entre 35 y 54 años, con un nivel educativo superior, que realizan consultas de salud con frecuencia alta, aunque la mitad tiene frecuencia mensual o menor.

Utilizan en las consultas de salud principalmente los buscadores Web, aunque también las redes sociales.

Los medios digitales que prefieren son el formato revista, guías divulgativas y en menor medida libros, también la consulta a expertos y formación *online*.

La búsqueda de información les presenta dificultades por las dudas sobre la fiabilidad, al no contar con referencias de las páginas web. Estas se realizan comparando resultados para decidir el más adecuado, y consideran que una parte importante de los sitios web solo tiene generalidades, o los contenidos son de baja calidad o anticuados.

Los diseños no son pedagógicos, sino más bien o periodísticos o científicos. En cuanto a la búsqueda de educación, el problema es el contrario al existir poca oferta; además, la gratuita suele ser de baja calidad y sin tutor para seguimiento, ni interacción formativa. Los sitios de mejor calidad son con registro y de pago.

7.3

Interés de la tesis.

El interés de esta investigación, explicitado por algunos encuestados, viene determinado genéricamente por la temática relacionada con la salud, pues es un tema que cualquier ciudadano con acceso a entornos virtuales ha consultado alguna vez y que tiene de soporte dos realidades objetivas.

Una de ellas es la necesidad de información y aprendizaje para la salud que experimentan los ciudadanos y específicamente los internautas, que se decantan cada vez más por los entornos virtuales para las búsquedas de esta temática.

Existe un importante incremento de las consultas relacionadas con la salud en Internet por su facilidad de acceso e inmediatez, la posibilidad de consulta asincrónica, la diversidad, la cantidad de conocimiento acumulado, la confidencialidad, entre otras, frente a las formas clásicas de consulta y acceso a la información del círculo cercano, los textos divulgativos (revistas, prensa, libros...) y los profesionales de la salud.

Esta necesidad individual tiene una vertiente colectiva en cuanto que a la sociedad en su conjunto le interesa promover la salud entre sus miembros, favoreciendo el conocimiento para la salud y su aplicación a la vida cotidiana.

Por otra parte, los entornos virtuales ofrecen esa información y educación demandada, en unas condiciones y con unos contenidos que según sus características pueden promover el conocimiento o el no-conocimiento y que, de no ser adecuados, retraen a los internautas ante las dudas de fiabilidad y calidad, dejando así de cumplir su fin o disminuyendo su eficacia en el apoyo a la prevención y mejora de la salud de la sociedad, en este caso la española.

Pueden ser el origen de un beneficio para la salud por el conocimiento transmitido, o de un daño, por su no-conocimiento, al no cumplir su misión en la Sociedad del Conocimiento.

7.4

Limitaciones de la investigación.

Los estudios de referencia utilizados están diseñados desde la perspectiva de la utilización de la tecnología, sus características y

aplicaciones a e-salud, y se han realizado desde ámbitos diferentes al sanitario y al educativo.

Estos incluyen muy limitadamente algunos de los aspectos que deseábamos estudiar en relación con la alfabetización digital y para la salud, están más centrados en la e-salud y tecnologías aplicables, lo que originó dificultades en el diseño de nuestro estudio y su posterior comparación, por lo que esta solo se pudo realizar de forma parcial en los aspectos coincidentes, siendo necesario más trabajo de campo sobre las demandas de los internautas en las búsquedas para la salud y las condiciones actuales.

Se han encontrado dificultades para encontrar fuentes nacionales públicas comparativas y específicamente sanitarias en esta temática de investigación.

Encontramos como limitaciones del estudio, la forma de recogida que nos ha generado un sesgo en varios apartados, en el etario debido a una concentración en la zona media de edad, habiendo resultado altamente reducidos los dos extremos, el grupo inferior a 25 años y el superior a 65, que además son los que presentan más desviaciones en la utilización de la tecnología internet y temáticas de búsquedas con relación al resto de rangos, lo que impide estudiar en profundidad los resultados en ambos grupos.

También en el sexo de los encuestados con más presencia de Mujer, que la correspondiente poblacional, aunque el análisis de contingencia demostró que no influía el sexo del encuestado en las preguntas seleccionadas y analizadas.

Por otra parte, encontramos un sesgo por el nivel educativo que resulta medio alto en los encuestados, así como una utilización

frecuente de internet, en ambos casos consideramos que permite obtener unos resultados válidos al fin del estudio, aunque no se puedan extender a la población no representada.

Explotación de datos y publicación.

7.5

La búsqueda de información y educación para la salud es una actividad muy frecuente en los entornos virtuales y se considera importante con relación a su trayectoria vital; los datos obtenidos son de gran interés para la mejora desde la perspectiva de los usuarios.

Por este motivo, una de las intenciones del director de la tesis, el Dr. Tiberio Feliz, y de este investigador, es la publicación de varios artículos en revistas, congresos u otras actividades de divulgación científica con la elaboración de los datos obtenidos en esta investigación.

Hasta la actualidad se ha presentado la comunicación: “Visibilidad Web de Organismos oficiales, Asociaciones de pacientes y entidades no lucrativas promotoras de salud de España” en las II Jornadas Doctorado de la Escuela Internacional de Doctorado de la UNED (2016) en Madrid y un artículo publicado “Percepciones en la búsqueda de información y educación para la salud en entornos virtuales en español” en Revista Española de Salud Pública (2018) y otro en fase de redacción y otro en diseño.

Evaluación Personal

7.6 Esta investigación me ha servido para incrementar mi formación como investigador, especializarme en el ámbito de la educación para la salud y los entornos virtuales, y desarrollarme en el ámbito personal y de incremento del conocimiento.

Esta tesis me ha permitido desarrollar mis habilidades de búsqueda y elaboración de conocimiento desde la perspectiva científica, conocer el contexto analógico y sobre todo digital de la educación para la salud en España, desde las experiencias de los internautas en el acceso al conocimiento en este campo, en el contexto actual y desde la observación de los entornos virtuales que deberían darle soporte y me ha ayudado a conocer y desarrollar mis habilidades personales, de constancia y esfuerzo.

Quiero también expresar la satisfacción personal que me ha producido poder estudiar y realizar aportaciones en esta área de conocimiento, tan importante para la vida cotidiana de las personas y para la sociedad.

8. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

Aparici, R. (2006). *Comunicación y educativa en la sociedad de la información*. Madrid, UNED.

Asociación Española Contra el Cáncer AECC (2006). *Guía Estilo sobre Salud y Medios de Comunicación*. Madrid. Autor: AECC. Recuperado: 5/08/2015. Disponible: https://www.aecc.es/Comunicacion/publicaciones/Documentos/Salud_y_medios_C%C3%A1ncer.pdf.

Basagoiti, I. Coord. (2014). *Alfabetización en salud. De la información a la acción* [PDF]. Valencia: ITACA/TSB; 2012. Recuperado 20/03/2014. Disponible: <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>.

Bawden, D. (2002). Revisión de los conceptos de alfabetización informacional y alfabetización digital. Traducción ANALES DE DOCUMENTACIÓN, (5), pp. 361-408. V.O. *Journal of Information Science*. City University London. Recuperado 20/03/2014. Disponible: <http://revistas.um.es/analesdoc/article/view/2261/2251>.

Callejo, J. y Viedma, A. (2006). *Proyectos y estrategias de investigación social: la perspectiva de la intervención*. Madrid. Ed. McGraw-Hill.

- Cantillo, C., Roura, M. y Sánchez, A. (2012). Tendencias actuales en el uso de dispositivos móviles en educación. *La Educ@ción Digital Magazine* (147). Educational Portal of the Americas-Department of Human Development, Education and Culture© OEA-OAS ISSN 0013-1059. Recuperado 20/03/2014 Disponible: [http://educoas.org/portal/la_educacion_digital/147/pdf/ART_UNNED EN.pdf](http://educoas.org/portal/la_educacion_digital/147/pdf/ART_UNNED_EN.pdf).
- Casado, S. (2015). *e-Consulta*, Blog Dr. Casado, médico de familia. Collado Villalba: Autor. Recuperado 20/03/2014 Disponible: <http://www.doctorcasado.es/>.
- Castells, M. (1997). *La Sociedad en Red, vol. 1*. Madrid: Alianza editorial
- Castells, M. (2007). Médicos en Internet. Internet, Salud y Sociedad. Modernización tecnológica, cambio organizativo y servicio a los usuarios en el sistema de salud de Catalunya 2007 Universitat Oberta Catalunya, Internet Interdisciplinary Institute (IN3), Generalitat Catalunya. Recuperado 01/03/2014. Disponible: <http://www.uoc.edu/in3/pic/cat/salut.html>.
- Castells, M. (2008). Conferencia: Manuel Castells "La Brecha Digital no existe" Diario Público CRIADO, M.A. 2008/11/06 22:54. Recuperado 01/03/2014 Disponible: <http://www.publico.es/ciencias/brecha-digital-no-existe.html>.
- Cisterna, F. (2005). Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa. *Theoria, vol. 14, núm. 1*, pp. 61-71. Universidad del Bío Bío. Chillán. ISSN: 0717-196X. Recuperado 20/09/2014. Disponible: <http://www.ubiobio.cl/theoria/v/v14/a6.pdf>.

- Cook, T. D. y Reichardt, CH. S. (1982). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. 1ª ed., español 1986 Colección: Pedagogía Trad. Guillermo Solana Título. Original: Qualitative and quantitative methods in evaluation research © Sage Publications, Inc., 1982. Madrid: Ediciones Morata.
- Corbetta, P. (2003). *Metodología y Técnicas de Investigación Social*. Madrid. Ed. McGraw-Hill.
- Costa, P., Reis, L. P., Sousa, F. N., Moreira, A. y Lamas, D. (2016). Computer Supported Qualitative Research. Volume 71, *Studies in Systems, Decision and Control*. Berlín: Springer.
- De Lara, E. y Ballesteros, B. (2007). *Métodos de investigación en Educación social*. Madrid. UNED.
- De Rada, V.D. *Diseño y elaboración de cuestionarios para la investigación comercial*. Madrid: ESIC. 2001.
- Delicado, M. V.; García, M. Á.; López, B. y Martínez, P. (2002). Cuidadoras Informales: Una perspectiva de Género. *Jornadas Feministas* realizadas en la Universidad de Córdoba. Diciembre de 2000 y organizadas por la FOFEE (Federación de organizaciones feministas del estado español). Recuperado 20/02/2014. Disponible: https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2013/cuidadoras_informales.htm.
- Delors, J. (1996). “*Los cuatro pilares de la educación*” en *La educación encierra un tesoro*. Informe a la UNESCO de la Comisión internacional sobre la educación para el siglo XXI, Madrid. Santillana/UNESCO. pp. 91-103. Recuperado:

20/03/2015. Disponible:
http://uom.uib.cat/digitalAssets/221/221918_9.pdf.

Díaz, H.E. (2012). *La comunicación para la salud. Alfabetización en salud. De la información a la acción*. Cap. 1. Valencia: ITACA/TSB; 2012. ISBN: 978-84-695-5267-4 Recuperado 20/03/2014. Disponible:
<http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>.

Drisko, J. y Maschi, T. (2015). *Content Analysis*. Oxford: Oxford University Press.

ECSC-EC-EAEC. (1999). *The evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe*. A Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Part one and Part two. Bruselas. Recuperado 20/07/2016, Disponible:

Part-one:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte_1.pdf.

Part- two:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte_2.pdf.

España. Cortes Generales (1978). Constitución española. BOE núm. 311, de 29/12/1978, *Boletín Oficial del Estado* BOE-A-1978-31229. Madrid. Recuperado 22/10/2015. Disponible:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229España>.

España. Jefatura del Estado (1986). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado* BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986. BOE-A-1986-10499. Madrid. Recuperado 22/10/2015. Disponible:

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499.

España. Jefatura del Estado (1999). Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. *Boletín Oficial del Estado*, BOE núm. 298, de 14 de diciembre de 1999, páginas 43088 a 43099. BOE-A-1999-23750. Madrid. Recuperado 22/10/2015. Disponible: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>.

España. Jefatura del Estado (2002). Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico 2002. *Boletín Oficial del Estado*. BOE núm. 166, de 12/07/2002. Madrid. Referencia: BOE-A-2002-13758. Recuperado 22/04/2014. Disponible: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-13758>.

España. Jefatura del Estado (2002). Ley 41/2002 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado* BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, p. 40126 a 40132. BOE-A-2007-19968. Madrid. Recuperado 22/04/2014. Disponible: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188.

España. Jefatura del Estado (2002). Ley 41/2002 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado* BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, p. 40126 a 40132. BOE-A-2007-19968. Madrid. Recuperado 22/04/2014. Disponible: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188.

España. Jefatura del Estado (2015). Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. *Boletín Oficial del Estado* BOE núm. 180, de 29 de julio de 2015. Texto consolidado Última modificación: 31 de octubre de 2015. BOE-A-2015-8470. Recuperado 10-11-2015. Disponible:

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8470-consolidado.pdf>.

España. Ministerio de la Presidencia (2007). Real Decreto 1494/2007, de 12 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre las condiciones básicas para el acceso de las personas con discapacidad a las tecnologías, productos y servicios relacionados con la sociedad de la información y medios de comunicación social. *Boletín Oficial del Estado* BOE núm. 279, de 21 de noviembre de 2007, páginas 47567 a 47572. BOE-A-2007-19968. Madrid. Recuperado 20/03/2014. Disponible:

<https://www.google.es/?ion=1&espv=2#q=Real+Decreto+1494%2F2007>

España. Ministerio de Justicia (2008). Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. *Boletín Oficial del Estado* BOE núm. 17, de 19 de enero de 2008. BOE-A-2008-979. Texto consolidado. Última modificación: 8 de marzo de 2012. Madrid. Recuperado 20/03/2014. Disponible: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2008/BOE-A-2008-979-consolidado.pdf>.

España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. (2014). Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del

Reino de España 2013-2016. MSSSI. Madrid. Recuperado 22/05/2017. Disponible:

https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/docs/PlanNacionalAccionInclusionSocial_2013_2016.pdf

Falcó, M. y Basagoiti, I. (2012). *El paciente y la Alfabetización en Salud*, BASAGOITI, Ignacio Dir., Alfabetización en salud: de la información a la acción. [pdf]. Valencia ITACA/TSB. Recuperado 20/05/2014. Disponible: <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>.

Falcón, M.; Luna, A.; Pérez, M. D. y López, J. J. (2009). Alfabetización en salud. Proyecto HLS-EU. European Health Literacy Survey. Encuesta Europea de Alfabetización en Salud. Recuperado 20/08/2014. Disponible: http://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=4eb0c48c-9c1c-4b7c-a029-77c196215142&groupId=115466.

Falcón, M. y Luna, A. (2012). Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Comunicación y Salud*, (2), pp. 91-98. Recuperado 20/05/2014. Disponible: <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revistadecomunicacionysalud.org%2Findex.php%2Frcys%2Farticle%2Fdownload%2F35%2F42&ei=E4bIUef3JdHy7AbTkICwBA&usq=AFQjCNHNLAqQN2c-S9MFycQBOqJFWS3kOA&sig2=UZfG0Y2BpGvNEyj3UxZgtg&bvm=bv.48293060,d.ZWU..>

Feliz, T., Sepúlveda, F. y Gonzalo, R. (2008). *Didáctica general para educadores sociales* (1ª ed.). Madrid. Mac-Graw Hill.

Feliz, T. (2010). Validación de un cuestionario por expertos. [Vídeo]
Recuperado 20/09/2014. Disponible:
<http://www.youtube.com/watch?v=C7S5ImJZhvo>.

Feliz, T. (2010). Diseño de un cuestionario. [Vídeo] Recuperado
20/09/2014. Disponible:
<http://www.youtube.com/watch?v=HT8oxgUDSOU>.

Ferguson, Tom Dir. (2007). e-patients: how they can help us heal
healthcare. Society for Participatory Medicine. Recuperado
20/05/2014 Disponible: [https://participatorymedicine.org/e-
Patient White Paper with Afterword.pdf](https://participatorymedicine.org/e-Patient%20White%20Paper%20with%20Afterword.pdf)

Fernández, L. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos? *Butlletí
La Recerca Institut de Ciències de l'Educació. Universitat de
Barcelona*. ISSN: 1886-1946 / Depósito legal: B.20973-
2006. Barcelona. Recuperado 20/09/2015. Disponible:
<http://www.ub.edu/ice/recerca/pdf/ficha7-cast.pdf>.

Flecha, A.; Ruiz, L.; y Vreecer, N. (2013). La alfabetización en salud
y el empoderamiento de las comunidades. *Scripta Nova.
Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, (427)
[En línea]. Universidad de Barcelona, 20 de enero de
2013. [ISSN: 1138-9788]. Barcelona. Recuperado
20/09/2015 Disponible: [http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-
427/sn-427-5.htm](http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-427/sn-427-5.htm).

Fundación Orange (2014). *Informe anual sobre la sociedad de la
Información. Informes e-España 2014*. Madrid y Barcelona.
Recuperado 20/07/2015. Disponible:
[https://www.proyectosfundacionorange.es/docs/eE2014/Inf
orme_eE2014.pdf](https://www.proyectosfundacionorange.es/docs/eE2014/Informe_eE2014.pdf).

Fundación Telefónica (2009). *La Sociedad de la Información en España 2009. Informe e-España SIE-09. 2009*. Madrid y Barcelona. Eds. Fundación Telefónica, Ariel, Planeta. Recuperado 20/07/2015. Disponible: http://www.fundaciontelefonica.com/arte_cultura/publicaciones-listado/pagina-item-publicaciones/itempubli/8/.

Fundación Telefónica (2014). *Informe anual sobre la sociedad de la Información. Informe e-España 2014*. Madrid y Barcelona. Recuperado 20/07/2015. Disponible: https://www.proyectosfundacionorange.es/docs/eE2014/Informe_eE2014.pdf.

Fundación Telefónica (2015). *La Sociedad de la Información en España 2014. 15ª Informe e-España SIE-14*. 2015. Madrid y Barcelona. Eds. Fundación Telefónica, Ariel, Planeta. Recuperado 20/07/2015. Disponible: http://www.fundaciontelefonica.com/arte_cultura/publicaciones-listado/pagina-item-publicaciones/?itempubli=323.

Garrido, D. Coord. Autores: Serrano, M.M., Fernández, C. (2017). *Derechos y obligaciones de los ciudadanos/as en el entorno digital*. Doc. 195/2017. Fundación Alternativas. Recuperado: 30/05/2018. Disponible: <http://www.fundacionalternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/derechos-y-obligaciones-de-los-ciudadanos-as-en-el-entorno-digital>.

Gertrudis, F., Durán, J.F., Gamonal, R., Gálvez, M.C. y García, F. (2010). Una taxonomía del término “nativo digital”: nuevas formas de relación y de comunicación. *Sala de Prensa 127, mayo 2010, Año XI, Vol. 6* Web para profesionales de la

Comunicación iberoamericanos. Recuperado 20/07/2015.
Disponible: <http://www.saladeprensa.org/art998.htm>.

Goetz J.P. y LeCompte M.D. (1988). *Etnografía y Diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid. Morata.

Hargreaves, A. (2003). *Enseñar en la Sociedad del Conocimiento*. Barcelona. Editorial Octaedro.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. P., (1991). *METODOLOGÍA de la investigación*. 5ª edición. Méjico DF. Editorial McGraw-Hill/ INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

Horrigan, J.B. Dir. (2007). *A Typology of Information and Communication Technology Users. Report*. Washington, D.C. Pew Internet & American Life Projetc. Recuperado 20/07/2015. Disponible: http://www.pewinternet.org/files/old-media/Files/Reports/2007/PIP_ICT_Typology.pdf.

Huber, G. L. & Gürtler, L. (2012). *AQUAD 7. Manual del programa para analizar datos cualitativos* (1. ed. 2003, Tübingen: Ingeborg Huber Verlag). Recuperado 24-10-16. Disponible: www.aquad.de

Instituto Nacional de Estadística (INE) España (2014). Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los hogares 2014. Madrid. INE. Recuperado 20/07/2015. Disponible: http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t25/p450/base_2011/a2014/I0/&file=01003.px&type=pcaxis&L=0.

Instituto Nacional de Estadística (INE) España (2014). Nivel de formación de la población adulta (de 25 a 64 años).

Madrid INE. Recuperado 20/07/2015. Disponible:
http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925481659&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m3=1259924822888

Instituto Nacional de Estadística (INE) España (2015). Empleo del tiempo, conciliación trabajo y familia (actualizado 26 mayo 2015) / 5.5 Tiempo dedicado a actividades de ocio, a vida social y diversión, a deportes y actividades al aire libre. Madrid. INE. Recuperado 20/07/2015. Disponible:
http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925472964&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m3=1259924822888

Instituto Nacional de Estadística (INE) España (2015). Encuesta sobre Equipamiento y uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en los hogares. 2015 Madrid. INE. Recuperado 20/07/2015. Disponible:
http://www.ine.es/dynqs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176741&menu=ultiDatos&idp=1254735976608.

Instituto Nacional de Estadística (INE) España (2015). Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Madrid. INE. Recuperado 20/07/2015. Disponible: www.ine.es;
<http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm#10>

Instituto Nacional de Estadística (INE) España (2015). Evolución de datos de Personas (2006-2015) por características demográficas, tipo de uso de TIC y periodo: Unidades: Porcentajes horizontales sobre personas (16 a 74 años). Personas que han utilizado el ordenador en los últimos 3

meses. Madrid. INE. Recuperado 20/07/2015. Disponible:
http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925528782&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m3=1259924822888.

Instituto Nacional de Estadística (INE) España (2015). Población Edad 1.3 Población residente por fecha, género, grupo de edad y nacionalidad. Enero 2015. Madrid. INE. Recuperado 20/07/2015. Disponible:
<http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=1894&capsel=1895>

Instituto Nacional de Estadística (INE) España (2015). Servicios de Internet usados por motivos particulares en los últimos 3 meses por características demográficas y naturaleza del servicio. Madrid. INE Recuperado 20/10/2015 Disponible:
http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t25/p450/base_2011/a2015/10/&file=04013.px

Instituto Nacional de Estadística (INE) España (2016). Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares: Servicios de Internet usados por motivos particulares en los últimos 3 meses por características demográficas y naturaleza del servicio. Madrid. INE Recuperado 20/01/2017 Disponible
http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=EstaDistica_C&cid=1254736176741&menu=ultiDatos&idp=1254735976608
y
<http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=3030>.

Instituto Nacional de Estadística (INE) España (2018). Encuesta de población. Madrid. INE Recuperado 20/01/2018. Disponible:
<https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Est>

adistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981.

Ipsos (2013). Informe Socialogue 2013. Autor. Recuperado 12/08/2015. Disponible: http://www.ipsos.es/sites/all/themes/ipsos/docus/np_socialogue201307_01.pdf.

Leung, L. (2008). *Etnicidad Virtual: Raza Resistencia y World Wide Web*. Barcelona. Ed. Gedisa.

Lévy, P (2004). *Inteligencia Colectiva: Por una antropología del ciberespacio*. Biblioteca virtual de la salud. Washington. DC. marzo 2014. Trad. Felino Martínez Álvarez, versión original en francés: L'Intelligence collective. Pour une anthropologie du cyberspace, Ed: La Découverte (Essais). Recuperado 20/07/2015. Disponible: <http://inteligenciacolectiva.bvsalud.org/public/documents/pdf/es/inteligenciaColectiva.pdf>.

Lopez-Barajas, E. (1992). La evaluación de la enseñanza abierta: cualitativa vs. Cuantitativa. *Revista Iberoamericana de Educación Superior a Distancia*. Vol. 4, Nº. 2, págs. 47-72. ISSN 0214-3992. Recuperado 25/08/2015. Disponible: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=272434>.

López-Barajas, E. (2009). Alfabetización virtual y gestión del conocimiento. Teoría de la Educación: Educación y Cultura *Teoría de la Educación: Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, Vol. 10, Nº. 2, p. 25-47 2009, Rev. Electrónica. ISSN-e 1138-9737. Recuperado 25/08/2015. Disponible: http://campus.usal.es/~teoriaeducacion/rev_numero_10_02/n10_02_lopez_barajas.pdf.

López-Barajas, E. y López-Barajas, I. (2011). Las infotecnologías y los Mundos Virtuales. *Crítica educativa. Revista española de pedagogía. Infotecnologías y Mundos Virtuales. Vol. 69, Nº 249*, págs. 205-222. ISSN 0034-9461. Recuperado 25/08/2015. Disponible:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=272434>.

Marina, J. (2010). Investigación educativa abierta del acceso al conocimiento y e-learning, mediante las TIC, por los profesionales del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Trabajo final Máster. No publicado. UNED. Madrid.

Marina, J., Feliz, T. (2016). Visibilidad Web de Organismos oficiales, Asociaciones de pacientes y entidades no lucrativas promotoras de salud de España. II Jornadas Doctorado Escuela Internacional de Doctorado. UNED. Madrid. Recuperado: 12/10/2017. Disponible: <http://investicsalud.blogspot.com/2017/10/visibilidad-web-de-organismos-oficiales.html>

Marina Ocaña J, Feliz T. (2018). Percepciones en la búsqueda de información y educación para la salud en entornos virtuales en español. *Rev. Esp. Salud Pública*. MSSSI. Recuperado 02/08/2018. Disponible: http://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL92/ORIGINALES/RS92C_201808022.pdf

Marquès, P. (2000). Competencias básicas en la sociedad de la información: la alfabetización digital. Roles de los estudiantes hoy. Act. 2012/07/29. Recuperado 20/05/2015. Disponible: <http://peremarques.pangea.org/competen.htm>.

Marquès, P. (2002). La información y el conocimiento 2002 (última revisión: 8/08/11) Web de Pere Marquès: Tecnología educativa. Red DIM-EDU & Grupo de investigación DIM. España: Pere Marquès (UAB). Recuperado 20/05/2015 Disponible: <http://www.peremarques.net/infocon.htm>.

Martínez, M., Sanabria, G., Prieto, R., (2009). Propuesta de dimensiones configurativas de la promoción de salud. *Rev. Cubana Medicina General Integral* [online] (4), pp. 138-150. ISSN 1561-3038. Recuperado 20/05/2015. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000400014&lng=es&nrm=iso; http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_25_4_09/mgi14409.htm.

Ministerio de Industria, Energía y Turismo. España. (MINETUR) (2013). Planes específicos de la Agenda Digital para España (ADPE). Madrid. Recuperado 23/05/2015. Disponible: <http://www.agendadigital.gob.es/planes-actuaciones/Bibliotecaplanesconsolidados/Planes-Especificos-ADpE.pdf>.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (MSSSI) (2013). Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España 2013-2016. Marco europeo 2020 Informes, Estudios e Investigación 2014. Madrid, MSSSI NIPO: 680-14-140-4. Recuperado 23/05/2015. http://www.lamoncloa.gob.es/espana/eh15/politicasocial/Documentos/PlanNacionalAccionInclusionSocial_2013_2016.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (MSSSI) (2014). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid. MSSSI.

Recuperado 23/05/2015. Disponible:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (MSSSI) (2014). *Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea 2013*. Madrid, España: MSSSI. Recuperado 23/05/2015. Disponible:
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2013.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España (MSSSI) (2017). *Indicadores de Salud 2017. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*. Madrid, España. Recuperado 25/03/2018. Disponible:
<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2017.pdf>

Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones ONTSI (2012). *Las TIC en el Sistema Nacional de Salud. Edición 2012*. Julio 2012. Madrid: ONTSI-Ministerio de Industria, Energía y Turismo MINETUR. España. Recuperado 20/06/2015. Disponible: <http://www.ontsi.red.es/ontsi/es/estudios-informes/las-tic-en-el-sistema-nacional-de-salud-edici%C3%B3n-2012>

Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones ONTSI (2012). *Los Ciudadanos ante la e-Sanidad. Estudio sobre opiniones y expectativas de los ciudadanos sobre el uso y aplicación de las TIC en el ámbito sanitario*. Madrid, España. ONTSI-Ministerio de Industria, Energía y Turismo MINETUR.

España. Recuperado 25/06/2015. Disponible:
http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/default/files/informe_ciudadanos_esanidad.pdf

Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones ONTSI (2013). *Perfil sociodemográfico de los internautas, análisis de los resultados INE 2013. Marzo 2014*. Madrid: ONTSI-Ministerio de Industria, Energía y Turismo MINETUR. España. Recuperado 20/06/2015. Disponible:
http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/default/files/perfil_sociodemografico_de_los_internautas_2013_0.pdf

Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones ONTSI (2015). *Estudio de demanda y uso de Servicios de Telecomunicaciones y Sociedad de la Información 2014*. Madrid: ONTSI-Ministerio de Industria, Energía y Turismo MINETUR. Recuperado 20/06/2015. Disponible:
http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/default/files/xlvii_oleada_panel_de_hogares.pdf.

Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones ONTSI (2015). *Panel TIC de Hogares. Enero-marzo 2015*. Madrid: ONTSI-Ministerio de Industria, Energía y Turismo MINETUR. España. Recuperado 20/06/2015. Disponible:
<http://www.ontsi.red.es/ontsi/es/estudios-informes?cat=36>.

Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones ONTSI (2015). *Perfil sociodemográfico de los Internautas. Análisis datos INE 2014*. Febrero 2015. Madrid: ONTSI-Ministerio de Industria, Energía y Turismo MINETUR. España. Recuperado 20/06/2015. Disponible:
<http://www.ontsi.red.es/ontsi/es/estudios-informes?cat=36>.

Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones ONTSI (2016). *Informe Los Ciudadanos ante la e-Sanidad. Estudio sobre opiniones y expectativas de los ciudadanos sobre el uso y aplicación de las TIC en el ámbito sanitario*. Madrid: ONTSI-Ministerio de Industria, Energía y Turismo MINETUR. España. Recuperado 25/07/2016. Disponible: <http://www.ontsi.red.es/ontsi/es/estudios-informes/los-ciudadanos-ante-la-e-sanidad-opiniones-y-expectativas-de-los-ciudadanos-sobre->

Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones ONTSI (2017). Individuos que usan internet para buscar información relacionada con la salud. EuroStat 'Information Society Statistics' 2017. ONTSI-Ministerio de Industria, Energía y Turismo MINETUR. España. Ed. Red.es.®. Recuperado 23/07/2018. Disponible: <https://www.ontsi.red.es/ontsi/es/indicador/individuos-usan-internet-buscar-informacion-relacionada-con-salud>.

Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones ONTSI (2017). *Las TIC en los hogares españoles, estudio de demanda y uso de Servicios de Telecomunicaciones y Sociedad de la Información*. Urueña, Dir. Prieto E., Soto J.A., Ballesteros, M.P., Castro R., Cadenas S. ONTSI-Ministerio de Industria, Energía y Turismo MINETUR España. Recuperado: 25/01/2018 Disponible: <http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/ontsi/files/LVIII%20Oleada%20Panel%20Las%20TIC%20en%20los%20hogares%20espa%C3%B1oles%20%284T%202017%29.pdf>

Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones ONTSI (2017). *LVIII Oleada del Panel Hogares "Las TIC en los hogares españoles"* (4T/2017). Urueña, Dir. Prieto E., Soto J.A.,

Ballesteros, M.P., Castro R., Cadenas S. ONTSI-Ministerio de Industria, Energía y Turismo MINETUR España
Recuperado: 25/01/2018. Disponible:
<http://www.ontsi.red.es/ontsi/es/content/viii-oleada-del-panel-hogares-%E2%80%9Cclas-tic-en-los-hogares-espa%C3%B1oles%E2%80%9D-4t2017>.

Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones ONTSI (2017). *Perfil sociodemográfico de los internautas, basado en Análisis de datos de INE 2017*. Madrid: ONTSI-Ministerio de Industria, Energía y Turismo MINETUR. España.
Recuperado: 25/01/2018. Disponible:
<http://www.ontsi.red.es/ontsi/es/content/perfil-sociodemogr%C3%A1fico-de-los-internautas-datos-ine-2017>

Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones ONTSI (2018). *50 años de la red de redes. La evolución de Internet en España: del Tesys a la economía digital*. Editores: Jorge Pérez Martínez Zoraida Frías Barroso Alberto Urueña López. ONTSI-Ministerio de Industria, Energía y Turismo MINETUR. España. Ed. Red.es. ®. Recuperado 23/07/2018.
Disponible:
<https://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/ontsi/files/50%20A%C3%B1os%20de%20la%20Red%20de%20Redes.pdf>.

Organización Mundial de la Salud OMS (1946-2005). Declaración de Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra. OMS. Recuperado 20/07/2015. Disponible:
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

Organización Mundial de la Salud OMS (1978). Declaración de ALMA-ATA Conferencia Internacional sobre Atención

Primaria de Salud, (1978) 6-12 de septiembre de 1978. Alma-Ata. OMS. Recuperado 20/06/2015. Disponible: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>; http://www1.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.

Organización Mundial de la Salud OMS (1983). *Nuevos métodos de educación sanitaria en atención primaria de salud*. Serie Informes Técnicos nº 690. Ginebra. OMS. Recuperado 20/07/2015. Disponible: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_690_spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud OMS (1986). Carta de Ottawa. I Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa: OMS. Recuperado 20/06/2015. Disponible: <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>.

Organización Mundial de la Salud OMS (1997). Declaración de Yakarta. Promoción de la Salud en el Siglo XXI, Adoptado en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud OMS, Julio 21-25, 1997 Yakarta. OMS. Recuperado 20/06/2015 Disponible: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud OMS (1998). Glosario Promoción de la Salud OMS 1998 Unidad de Promoción de la Salud y Educación para la Salud de la División de Comunicación, Educación y Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. MS Ginebra. OMS. Recuperado 20/07/2015. Disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf.

Organización Mundial de la Salud OMS (2005). Carta de Bangkok: Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado, Grupo de Expertos participantes en la Sexta Conferencia Internacional celebrada en Bangkok. OMS. Recuperado 20/07/2015. Disponible:
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf.

Organización Mundial de la Salud OMS (2008). *Informe sobre Salud en el Mundo 2008 La Atención Primaria en Salud: Más Necesaria que Nunca*. Ginebra. OMS. Recuperado 20/07/2015. Disponible: <http://www.who.int/whr/2008/es/>.

Organización Mundial de la Salud OMS (2012). 1er Congreso Europeo de empoderamiento de los pacientes 2012 organizada por la Oficina Regional de la OMS, junto con el Ministerio de Salud de Dinamarca, el Comité Danés de educación sanitaria, la Fundación Careum Suiza y el Programa Paciente Experto, del Reino Unido. Copenhague. Recuperado 20/07/2015. Disponible: <http://www.enope.eu/activities/congress-2012.aspx>.

Ortega, Á., Sicilia, Á., y González-Cutre, D. (2013). Validación preliminar del cuestionario del clima motivacional iniciado por los padres-2 (PIMCQ-2). *Revista Latinoamericana de Psicología [en línea]* 2013, 45 (1). Recuperado: 30/10/2017. Disponible:
<http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/rlpsi/article/view/1308>.

Oviedo, H.C., y Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), Sep-dic. 2005 572-580. Recuperado

30/03/2014

Disponible:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009&lng=en&tlng=es.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009&lng=en&tlng=es)

Perea, R. Dir. (2004). *Educación para la Salud: reto de nuestro tiempo*. Madrid. Ed. Díaz Santos.

Pew Internet & American Life Project (2018). Pew Internet & American Life Project. Washington, D.C. Recuperado 10/05/2018. Disponible: <http://www.pewinternet.org/>.

Pew Research Center. Tecnología de Internet (2007). Pew Internet & American Life Project. Washington, D.C. Recuperado 20/07/2015. Disponible: <http://www.pewinternet.org/>.

Pew Research Center. Tecnología de Internet (2010). Pew Internet & American Life Project. Washington, D.C. Recuperado 20/07/2015. Disponible: <http://www.pewinternet.org/>.

Pew Research Center. Tecnología de Internet (2015). Pew Internet & American Life Project. Washington, D.C. Recuperado 20/10/2016. Disponible: <http://www.pewinternet.org/>.

Pfizer (2005). Nueva Herramienta para Evaluar Rápidamente Destrezas para Alfabetización en Salud Arizona. El Nuevo Signo Vital. Health Sciences Center 6 de diciembre de 2005 Office of Public Affairs, (520) 626-7301. Investigador de la Universidad de Arizona. Recuperado 15/08/2015 Disponible: <http://www.pfizer.com/health/literacy>.

Pfizer (2010). Encuesta El rol de Internet en el proceso de consulta de la información sobre salud 2010 Alcobendas: Autor. Recuperado 12/08/2015. Disponible:

https://www.pfizer.es/docs/pdf/noticias/Resultados_encuesta_Pfizer.pdf.

Pfizer (2012). I Sondeo Pfizer Asociaciones de Pacientes 2.0 2012. Alcobendas: Autor. Recuperado 12/08/2015. Disponible: https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/Informe_sondeo_Asociaciones_pacientes2.0.pdf

Pfizer (2014). II Sondeo Pfizer Asociaciones de Pacientes 2.0 2012. Alcobendas: Autor. Recuperado 12/08/2015. Disponible: https://www.pfizer.es/salud/pacientes-en-la-red/ii_sondeo_pfizer_asociaciones_pacientes_20.html#.

Raspail, J.V. (1847). *Manual de Salud*, 3ª ed. español. p. 9, Trad. 18ª ed. francés por J. de C. y R. Barcelona: V. e H. de Mayol.

Rodríguez, O., Ramírez, R. T., (2010). Comunicación para la salud: Notas sobre los modelos de intervención. *Revista electrónica de Educación: Claroscuros en la Educación*, (1). Agosto-Septiembre 2010. Toque de entrada. Recuperado 13/08/2015. Disponible: <http://palido.deluz.mx/articulos/17>.

Ruiz-Azarolan, A. y Perestelo-Pérez, L. (2012). *Informe SESPAS 2012: Atención Primaria: Evidencias, experiencias y tendencias en clínica, gestión y política sanitaria. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida*. Editores: Francisco Hernansanz, Ana Clavería, Juan Gervás. Madrid: SESPA ISSN: 0213-9111. ISSN INTERNET: 1578-1283. Recuperado 18/08/2015. Disponible: <http://www.sespas.es/informes.php>.

Salleras, L. (1985, reimpresión 1990). *Educación sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid. Ediciones Díaz de Santos.

- Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. Newcastle: SAGE.
- Serrano, A. y Martínez, E. (2003). *La brecha digital, mitos y realidades*. Baja California, Editorial de la Universidad Autónoma de Baja California. Recuperado 18/08/2015. Disponible: www.uabc.mx.
- Sigerist, H.E. (1986). *Landmarks in the history of hygiene*. 4ª ed. español Hitos en la historia de la salud pública. Conferencias (1998) Méjico D.F.: Siglo XXI.
- Sigerist, H. E. (2006). Johann Peter Frank: Un Pionero de la Medicina Social. Salud colectiva [online]. 2006, vol.2, n.3 [citado 2015-09-09], pp. 269-279. ISSN 1851-8265. Recuperado 18/08/2014. Disponible: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000300005.
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPA) (2006). *Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado Informe SESPA 2006*. eds.: Luis Palomo, Vicente Ortún, Fernando G. Benavides y Soledad Márquez-Calderón. Madrid: SESPA ISSN: 0213-9111. Depósito legal: B. 27.056-1987. Recuperado 18/08/2015. Disponible: <http://www.sespas.es/informes.php>.
- Sørensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Uiters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke, S., Brand, H., on behalf of the HLS-EU Consortium (2012). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, p. 1–6. Recuperado 18/08/2015.

Disponible:

[http://www.researchgate.net/publication/274571242_Health_literacy_in_Europe_comparative_results_of_the_European_health_literacy_survey_\(HLS-EU\)](http://www.researchgate.net/publication/274571242_Health_literacy_in_Europe_comparative_results_of_the_European_health_literacy_survey_(HLS-EU)).

SPSS/Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference.

Recuperado: 20/01/2017. Disponible en:
<https://wps.ablongman.com/wps/media/objects/385/394732/george4answers.pdf>.

Statcounter.com (2015). StatCounter Global Stats (2014-2015)

Recuperado 17/08/2015. Disponible:
<http://gs.statcounter.com/>.

Terris, M. (1992). Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory. *Journal of Public Health Policy*, 13(3), 267–

276. Recuperado 18/08/2015. Disponible:
<http://doi.org/10.2307/3342727>;
<http://www.jstor.org/stable/3342727>.

The European Health Literacy Project. HLS-EU Consortium (2012).

Comparative report on health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Project. Red Europea de Educación Inclusiva y Discapacidad, INCLUD-ED, (D17) 2012 Maastricht: HLS-EU Consortium. Recuperado 19/08/2015. Disponible: https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2015/09/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf.

Tobío, C., Agulló, M.S., Gómez, M.V. y Martín, T. (2010). El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI. *Colección de Estudios Sociales “la Caixa”*. Resumen del Volumen 28. Barcelona: La Caixa. Recuperado 18/05/2015. Disponible:

http://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estatico/s/pdf/Estudios_sociales/vol28_completo_es.pdf.

Tomé, J.M. y Soto, J.C. (2015). ¿Qué está enredando en 2014?, 2015/03/13. NTIC Master School y Universidad de Salamanca. Salamanca. Recuperado 19/08/2015. Disponible: <http://bisite.usal.es/es/blog/2014/03/13/formacion/que-esta-enredando-en-2014-jaime-miguel>.

Udem, T. (2010). *Consumers and Health Information Technology: A National Survey 2009-2010*. California HealthCare Foundation. Sacramento. Recuperado 25/03/2014. Disponible: <https://www.chcf.org/wp-content/uploads/2017/12/PDF-ConsumersHealthInfoTechnologyNationalSurvey.pdf>.

UNESCO (2005). *Hacia las sociedades del conocimiento*. Informe Mundial de la UNESCO. Recuperado 16/08/2015. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001419/141908s.pdf>.

Unión Europea (UE) (2010). Europa 2020: la estrategia de la Unión Europea para el crecimiento y la ocupación. Bruselas: EUR-Lex. Recuperado 12/08/2015. Disponible: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=uriserv:em0028>.

Unión Europea (UE) (2010). Comunicación de la comisión al parlamento europeo, al consejo, al comité económico y social europeo y al comité de las regiones. Una Agenda Digital para Europa. Bruselas: EUR-Lex. Recuperado 12/08/2015. Disponible: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC0245R\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC0245R(01)&from=EN).

Unión Europea (UE) (2010). Comunicación de la Comisión, de 3 de marzo de 2010, denominada Europa 2020: Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador -no publicada en el Diario Oficial]. [COM (2010) 2020. Bruselas: EUR-Les. Recuperado 12/08/2015. Disponible: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=celex:52010DC2020>.

Unión Europea (UE) (2014). Agenda Digital para Europa. Bruselas. Recuperado 12/08/2015. Disponible: http://europa.eu/pol/pdf/flipbook/es/digital_agenda_es.pdf.

Unión Europea (UE) (2016). Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). EUR-Les. Bruselas. Recuperado 12/08/2016. Disponible: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/es/TXT/?uri=CELEX:32016R0679>.

Universidad de los pacientes (2012). *Estudio Alfabetización en Salud de la población española 2012*. Estudio realizado por Universidad de los Pacientes con la colaboración de MSD Barcelona: Autor. Recuperado 12/08/2015. Disponible: http://www.fundadeps.org/noticias/documentos/174/resultados_encuesta_sias.pdf

Vargas, C. (2017). *El aprendizaje a lo largo de toda la vida desde una perspectiva de justicia social*. Serie de documentos temáticos sobre Investigación y Prospectiva en Educación,

No. 21. París, UNESCO. Recuperado: 30/01/2018
Disponible: <https://es.unesco.org/node/262744>.

Villanueva-Meyer, M. (2012). Hipócrates: el médico que sentó las bases para la Medicina occidental. *Revista Galenus*, (03). Puerto Rico: Galenas. Recuperado 12/05/2015.
Disponible:
<http://www.galenusrevista.com/Hipocrates.html>

9. Anexos

Índice

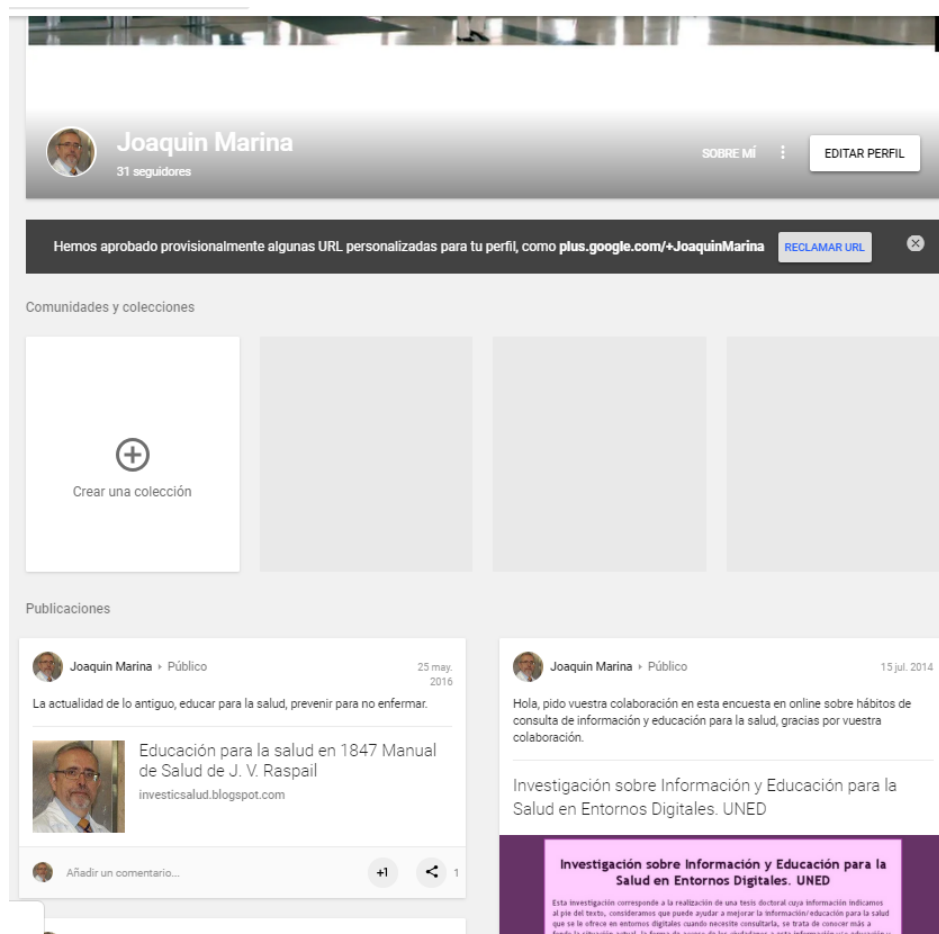
- Anexo 1. Entornos virtuales de apoyo**
- Anexo 2. Cuestionario de Encuesta. Pre-test: Formulario Digital**
- Anexo 3. Cuestionario de Encuesta. Validación por expertos: Formulario de Google**
- Anexo 4. Cuestionario de encuesta. Validación por expertos: Formulario valoración**
- Anexo 5. Cuestionario para prueba por usuarios: Formulario de Google**
- Anexo 6. Cuestionario de Encuesta de Investigación: Información y Educación para la Salud de los ciudadanos en entornos virtuales para el conocimiento en España**
- Anexo 7. Lista de registro de observación.**

Anexo 1. Entornos virtuales de apoyo.

CORREO ELECTRONICO

jmarina.investig@gmail.com

GOOGLE+



BLOG

<https://investicsalud.blogspot.com/>

jmarina.investig@gmail.com

edusalud_virtual

la educación para la salud en entornos virtuales tenemos que hacerla entre todos,
por joaquinmarina

miércoles, 10 de octubre de 2018

PERCEPCIONES EN LA BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ENTORNOS VIRTUALES EN ESPAÑOL

Se trata de un artículo derivado de la investigación que vengo realizando en el ámbito de la Escuela Internacional de Doctorado de la UNED.

La investigación tiene su origen en la interacción con pacientes, familiares y voluntarios de asociaciones de pacientes, tratados en el Hospital universitario Ramón y Cajal y otros hospitales del SERMAS.

Consecuencia de mi actividad profesional en el Servicio de Atención al paciente detecto frecuentemente la necesidad de información, aclaraciones, asesoramiento, sobre el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, derechos de los pacientes, protección de datos, pero es en la asistencia sanitaria, pruebas y tratamientos donde los pacientes, familiares, allegados y cuidadores expresan mayores dudas, necesidades de información complementaria y se encuentran más desamparados.

Mi participación en grupos focales de pacientes y familiares, como parte de una detección de calidad percibida por estos y de la necesidad de plantear estrategias de mejora en la atención, me ha hecho testigo de esa demanda, que es la necesidad de información, mayores explicaciones y claridad, que los ciudadanos intentan suplir con consultas a profesionales distintos de los que realizan las pruebas y tratamientos, conocidos, otros pacientes y a través de Internet.

Obviamente no es la situación ideal, pero con frecuencia las dudas son tantas que los planteamientos en boga de empoderamiento del paciente parecen una utopía irreal.

Si frecuentemente no explicamos adecuadamente un consentimiento informado de una prueba, del resto va ni hablamos

Licencia de contenidos del blog



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional

Datos personales

 **Joaquin Marina**

Seguir 31

Investigador de entornos virtuales, educación para la salud, e-learning y gestión del conocimiento. Master en Comunicación y Educación en la Red por la UNED

[Ver todo mi perfil](#)

Análisis de la Gestión del Conocimiento en la Red

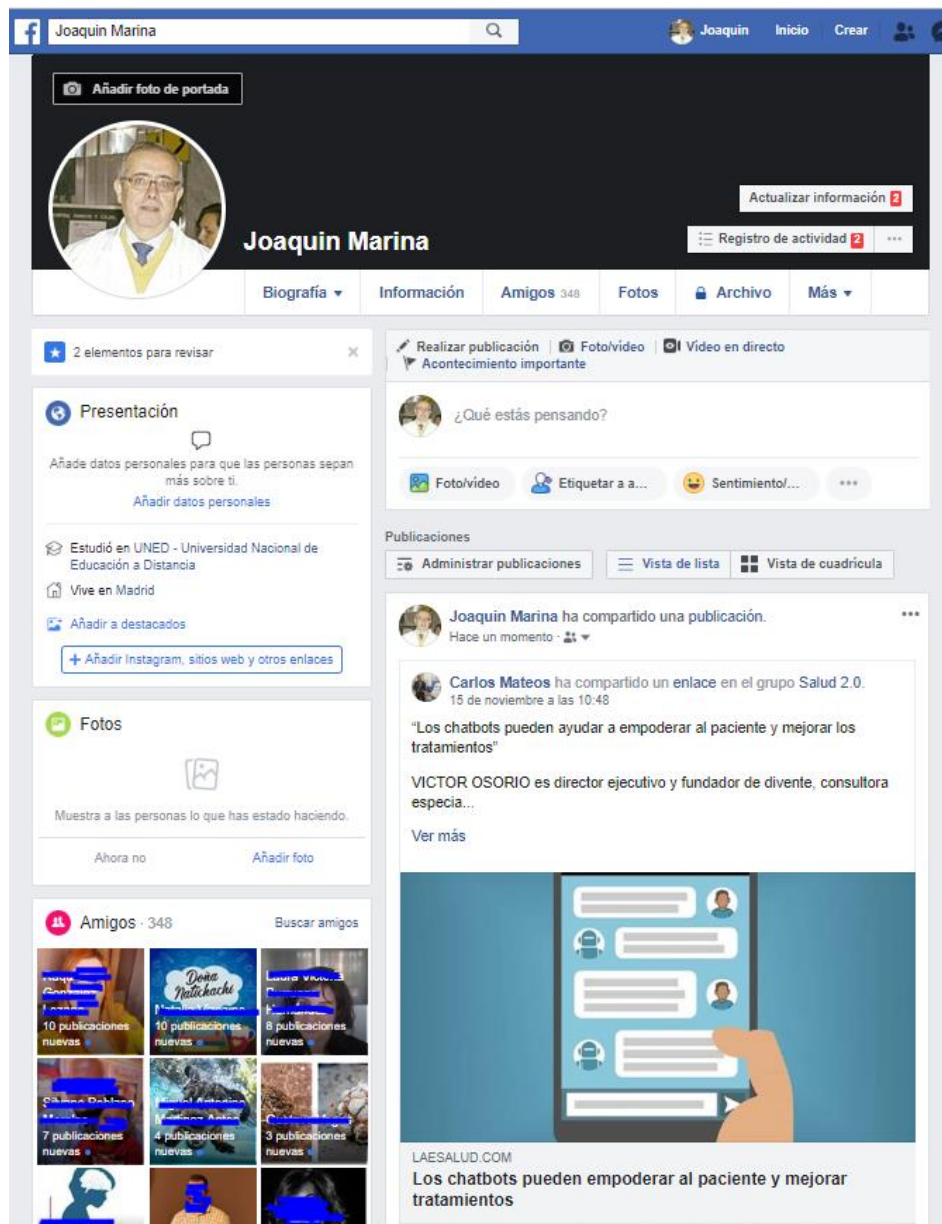
- Evaluación de Servicios Telemáticos de Atención al Ciudadano
- Análisis de la Gestión del conocimiento en la Red

Etiquetas

alfabetización en salud (2) alfabetización para la salud (1) asociaciones de pacientes (2) asociaciones del ámbito de salud (1) caso niños Ruth y Jose (1) conocimiento (1) consulta con iguales (1) crisis económica (1) Dr. Google (1) e-learning (1) educación (1)

Facebook

<https://www.facebook.com/joaquin.marina.73>



The image shows a screenshot of a Facebook profile for Joaquin Marina. The profile header includes the name 'Joaquin Marina', a search bar, and navigation options like 'Inicio' and 'Crear'. Below the header is a cover photo area with a profile picture of Joaquin Marina, a 'Actualizar información' button, and a 'Registro de actividad' link. The main navigation bar shows 'Biografía', 'Información', 'Amigos 348', 'Fotos', 'Archivo', and 'Más'. The left sidebar contains sections for 'Presentación' (with a link to 'Añadir datos personales'), 'Estudió en UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia', 'Vive en Madrid', and 'Fotos'. The right sidebar shows 'Publicaciones' with a view toggle and a post by Joaquin Marina. The main content area features a post by Carlos Mateos sharing a link to 'Los chatbots pueden ayudar a empoderar al paciente y mejorar los tratamientos', with a sub-header 'VICTOR OSORIO es director ejecutivo y fundador de divente, consultora especia...'. Below the post is an illustration of a hand pointing at a smartphone screen displaying chatbot messages, with the text 'LAESALUD.COM Los chatbots pueden empoderar al paciente y mejorar tratamientos'.

Anexo 2. Cuestionario de Encuesta. Pre-test: Formulario Digital.

FASE DE PRETEST

CUESTIONARIO DE ENCUESTA SOBRE INFORMACIÓN Y EDUCACION PARA LA SALUD, DE LOS CIUDADANOS EN ENTORNOS VIRTUALES PARA EL CONOCIMIENTO EN ESPAÑA.

INTRODUCCIÓN A LOS CUESTIONARIOS DE ENCUESTA

Con el desarrollo de Internet y de las tecnologías de la información y la comunicación surgen nuevas formas de génesis y divulgación del conocimiento.

El momento actual podríamos definirlo como de fuerte demanda social de información en los entornos virtuales sobre temas de salud, que creemos no está siendo canalizado adecuadamente ni por la iniciativa pública, ni por la privada.

Recibir mucha información o tener posibilidades de acceder a ella, no incrementa nuestro conocimiento de forma constructiva si no va dirigido por profesionales o iguales cualificados, que nos la adecuen de forma progresiva a nuestras características y necesidades. Incluso puede originar confusión a la hora de tomar decisiones.

Pretendemos con esta investigación conocer las ofertas existentes y la forma de acceso de los ciudadanos a esta información y su valoración sobre los resultados

Pedimos tu colaboración dando tu opinión y explicando las experiencias que has tenido con las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) y la búsqueda de información y educación para la

salud. Gracias por tu colaboración. Puedes contactar conmigo para cualquier aclaración: jmarina2@alumno.uned.es

I. Perfil del encuestado

1. Sexo: Hombre/Mujer:

2. Indique el Grupo de Edad al que pertenece:

de 16 a 24 / 25 a 34 / 35 a 44/ 45 a 54/ 55 a 64/ 65 a 74

3. Profesión y actividad:

4. ¿Padece o a padecido usted o un familiar cercano alguna enfermedad grave aguda o crónica? SI/NO; Respuesta:

5. Indique cuál es su buscador web habitual:

II. Utilización de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) para acceso a información/ educación para la salud

1. Explique qué tecnología (equipos) y frecuencia de uso para acceder a información y educación para la salud. (marcar todas las respuestas que procedan):

A. Tipo de tecnología más utilizada en estas búsquedas de información (numerar según frecuencia de uso de 1 a 5, siendo 1 menos frecuente y 5 más):

Teléfono móvil: / Ordenador / Tablet:

Otros medios utilizados: -

B. Frecuencia de consulta (marque con una X la opción elegida):

**Diaria -Varias veces semana -Varias veces
al mes**

Cuando voy a consulta o tengo pruebas

2. **Indique como accede habitualmente a la información de salud** (marque todas las respuestas que procedan, en caso de ser varias indique entre todas la frecuencia, numerándola entre 1 y 10, siendo 1 el soporte menos habitual y 10 el más habitual):
- a) **En papel: Revistas - Libros -Guías divulgativas ; Prensa diaria**
 - b) **Digital: TV ; Radio ; CD/DVD -Internet -Consulta telefónica**
 - c) **Otros medios utilizados:**
3. **¿Le resulta fácil encontrar la información de salud que busca?**

(Valore el grado de dificultad: 1 muy difícil/ 2 difícil/ 3 fácil/ 4 muy fácil)

Respuesta:

Explique las dificultades con las que se encuentra:

4. **Indique que tipo de información/actividad relacionada con la salud buscó: trámites administrativos, vida saludable, una enfermedad, autocuidados, formación de cuidador, apoyo emocional, etc.** (puede exponer varias o incluir otras):
Respuesta:
5. **Indique si lo recuerda, algunos de los nombres de los portales, páginas Web o redes sociales consultadas, dirección URL y grado de fiabilidad** (valore de 1 a 5, siendo 1 nada fiable y 5 muy fiable).

Responda en este orden en cada una: Nombre de las páginas o promotor/ Grado de fiabilidad percibida / URL:

III. **Valoración de la información obtenida en entornos digitales sobre su salud o evolución de su enfermedad y tratamientos, así como en la relación con los profesionales sanitarios.**

6. **Indique su opinión sobre las características y dificultades, de obtención de la información de salud en Internet en**

relación a la facilitada por su profesional sanitario, ¿Cuál considera más..?:

- a. **fiable: por Internet / por un profesional**
- b. **compresible: por Internet / por un profesional**
- c. **abundante: por Internet / por un profesional**
- d. **accesible: por Internet / por un profesional**
- e. **objetiva: por Internet / por un profesional**
- f. **útil: por Internet / por profesional**

7. Indique si la información obtenida en Internet le ha ayudado a mejorar el cuidado de la salud propia o de allegados:

Valore la utilidad y anótela en el recuadro: nada útil/ 2 algo útil/ 3 útil/ 4 muy útil: **Respuesta:**

Explique cómo ha repercutido:

8. Indique si ha comentado la información con su médico u otro profesional sanitario que le atienda: SI / NO

Explique cuándo y qué sucedió:

9. ¿Considera que la información era coincidente? Valore en qué grado la información era coincidente (1 = nada; 6 = totalmente). **Valoración:**

Explíquese:

10. ¿Qué tipo de errores ha encontrado en la información?

Indique alguno/s:

11. Su profesional sanitario le ha recomendado páginas web o redes sociales para informarse de temas de salud: SI / NO
Indique cuales:

12. Indique que beneficios considera que le proporcione la información que obtuvo en los entornos virtuales.
Respuesta:

13. Exponga cualquier comentario o aportación suplementaria que quiera realizar a mayores. Respuesta:

Gracias por su colaboración

Anexo 3. Cuestionario de Encuesta. Validación por expertos: Formulario de Google

PREGUNTAS RESPUESTAS 10

Sección 1 de 4

CUESTIONARIO ENCUESTA INFOEDUSALUD

INTRODUCCIÓN

Con el desarrollo de Internet y de las tecnologías de la información y la comunicación surgen nuevas formas de génesis y divulgación del conocimiento.

El momento actual podríamos definirlo como de fuerte demanda social de información en los entornos virtuales sobre temas de salud y creemos no está siendo canalizado adecuadamente ni por la iniciativa pública, ni por la privada. Recibir mucha información o tener posibilidades de acceder a ella, no incrementa nuestro conocimiento de forma constructiva si no va dirigido por profesionales o iguales cualificados, que nos la adecuen de forma progresiva a nuestras características y necesidades. Incluso puede originar confusión a la hora de tomar decisiones.

Pretendemos con este estudio conocer las ofertas existentes y la forma de acceso de los ciudadanos a esta información y su valoración sobre los resultados

Pedimos tu colaboración dando tu opinión y explicando las experiencias que has tenido con las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) y la búsqueda de información y educación para la salud. Gracias por tu colaboración. Puedes contactar conmigo para cualquier aclaración: jmarina2@alumno.uned.es

Después de la sección 1 Ir a la siguiente sección

Sección 2 de 4

I. Perfil del encuestado

Descripción (opcional)

1. Sexo: Hombre / Mujer

Hombre

Mujer

2. Indique su edad

Texto de respuesta corta

3. Nivel educativo terminado

Educación obligatoria

Educación profesional media

Educación profesional superior

Educación universitaria

Educación universitaria de postgrado

Sin estudios oficiales

4. ¿Padece o a padecido usted o un familiar cercano alguna enfermedad grave aguda o crónica?:

SI

NO

5. Indique cual es su Buscador Web más habitual (motor de búsqueda):

Google

Bing

Firefox

Yahoo

Ask

Terra

Otra...

6. Indique cuales son las 5 Redes Sociales que más utiliza

Facebook

Twitter

YouTube

MySpace

Flickr

LinkedIn

Tuenti

Google+

Pinterest

Meneame

Bitácoras

Vimeo

Otra...

Después de la sección 2 Ir a la siguiente sección ▼

Sección 3 de 4
✕ ⋮

II. Formas utilizadas para acceso a información/ educación para la salud y la dificultad de acceso encontrada.

Descripción (opcional)

7. Tipo de tecnología que más utiliza en estas búsquedas de información de salud:

- Teléfono móvil
- Ordenador
- Tablet
- Otra... Definir

8. Frecuencia de consulta de información de Salud

- Diaria
- Varias veces por semana
- Varias veces al mes
- Cuando voy a consulta o tengo pruebas

9. Indique como es más frecuente que acceda a la información de salud. En soporte digital o en papel

(escoja una opción en la escala según sea más frecuente una u otra opción, 1 principalmente en soporte de papel, 2 más frecuente en papel y algo en digital, 3 más frecuente en digital y algo en papel, 4 principalmente en soporte digital)

	1	2	3	4	5	
Soporte en papel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Soporte digital

10. Indique como accede habitualmente a la información de salud. En soporte de papel:

(marque todas las respuestas que procedan)

- Revistas
- Libros
- Guías Divulgativas
- Prensa Diaria
- Otra...

11. Indique como accede habitualmente a la información de salud. En soporte Digital

(marque todas las respuestas que procedan, en caso de ser varias Indique entre todas la frecuencia, numerándola entre 1 y 10, siendo 1 el soporte menos habitual y 10 el más habitual)

- Revistas
- Libros
- Guías Divulgativas
- Prensa Diaria
- TV
- Radio
- CD/DVD
- Buscador Web
- Redes Sociales
- Consulta Telefónica
- Otra...

Desfocar

12. ¿Le resulta fácil encontrar la información de salud que busca?

(Valore el grado de dificultad: 1 muy difícil/ 2 difícil/ 3 fácil/ 4 muy fácil)

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Indique si lo recuerda, algunos de los nombres de los portales Web, páginas Web o redes sociales consultadas, grado de fiabilidad y dirección URL:

Escriba en este orden en cada respuesta: Nombre de la página o promotor/ Grado de fiabilidad percibida / URL. Indiquemos el grado de fiabilidad numerándolo de 1 a 5, siendo 1 muy baja, 2 baja, 3 media, 4 alta y 5 muy alta

Texto de respuesta larga
.....

Después de la sección 3 [Ir a la siguiente sección](#)

Sección 4 de 4

III. Valoración de la información obtenida en entornos digitales sobre su salud o evolución de su enfermedad y tratamientos, así como la influencia posterior en su comportamiento con relación a estos aspectos y en la relación con los profesionales sanitarios.

Descripción (opcional)

14. Indique su opinión sobre las características y dificultades, de obtención de la información de salud en Internet en relación a la facilitada por su profesional sanitario, ¿Cuál considera más..?:

	Internet	Su Profesional de Salud
Fiable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comprensible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abundante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accesible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Objetiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15. Indique que tipo de información/actividad relacionada con la salud buscó:
(puede exponer varias o incluir otras)

- trámites administrativos
- vida saludable
- una enfermedad
- auto cuidados
- formación de cuidador
- apoyo emocional
- salud pública / epidemiología
- Otra...

16. Indique si la información obtenida en Internet le ha ayudado a mejorar el cuidado de la salud:

(Valore la utilidad y anótele en el recuadro: nada útil/ 2 algo útil/ 3 útil/ 4 muy útil)

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy útil

17. Explique cómo ha repercutido:

Texto de respuesta larga

18. Indique si ha comentado la información con su médico u otro profesional sanitario que le atienda:

SI

NO

19. Explique cuando y que sucedió

Texto de respuesta larga

20. ¿Considera que la información era coincidente?

Valore en qué grado la información era coincidente (1 = nada; 5 = totalmente)

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

21. ¿Qué tipo de errores ha encontrado en la información?

Texto de respuesta larga

22. Su profesional sanitario le ha recomendado páginas web o redes sociales para informarse de temas de salud:

SI

NO

23. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior indique cuales

Texto de respuesta larga
.....

24. Indique que beneficios considera que le proporciono la información que obtuvo en los entornos virtuales.

Texto de respuesta larga
.....

25. Exponga cualquier comentario o aportación suplementaria que quiera realizar a mayores.

Texto de respuesta larga
.....

Anexo 4. Cuestionario de encuesta. Validación por expertos: Formulario valoración.

Cuestionario para validación por expertos

Encuesta de Investigación: Información y Educación para la Salud de los ciudadanos en entornos virtuales para el conocimiento en España.

Introducción

El desarrollo de Internet y de las tecnologías de la información y la comunicación ha hecho surgir nuevas formas de génesis y divulgación del conocimiento. Los entornos virtuales facilitan la información y educación a distancia, pues posibilitan la utilización de las tecnologías de la información y otros elementos pedagógicos para la formación, pudiendo interactuar con los profesionales, educadores, sanitarios, o sus iguales por medio de Internet.

El momento actual podríamos definirlo como de fuerte demanda social de información en los entornos virtuales sobre temas de salud, que no está siendo canalizado adecuadamente en nuestra opinión ni por la iniciativa pública, ni por la privada. Recibir mucha información o tener posibilidades de acceder a ella, no incrementa nuestro conocimiento de forma constructiva si no va dirigido por profesionales preparados y/o iguales expertos, que nos la adecuen de forma progresiva a nuestras características y necesidades. Incluso una comprensión equivocada puede originar confusión a la hora de tomar decisiones de salud.

Objetivos de la investigación

Pretendemos cifiéndonos al ámbito de España:

- Estudiar el estado actual de la utilización de los entornos virtuales en la educación para la salud de los ciudadanos.
- Analizar experiencias realizadas, recursos, herramientas de comunicación y resultados.
- Realizar propuestas de utilización de recursos y herramientas según los resultados estudiados.

Objetivos de la investigación mediante este cuestionario de encuesta con relación a la información o educación para la salud

1. Conocer el perfil de los encuestados
2. Conocer las formas utilizadas para acceso a la información para la salud
3. Conocer el grado de dificultad encontrado en la búsqueda de esta información.
4. Conocer la valoración del encuestado sobre la información obtenida en entornos digitales y la repercusión en su salud
5. Comprender como influyó ese conocimiento en su salud y en la relación con los profesionales sanitarios.

Estructura del cuestionario

Con relación a los objetivos planteados he estructurado el cuestionario de encuesta en tres dimensiones:

- I. Perfil del encuestado
- II. Formas utilizadas para acceso a información/ educación para la salud y la dificultad de acceso encontrada.
- III. Valoración de la información obtenida en entornos digitales sobre su salud o evolución de su enfermedad y tratamientos, así como la influencia posterior en su comportamiento con relación a estos aspectos y en la relación con los profesionales sanitarios.

Tipo de validación que se solicita

En el cuestionario adjunto se incluye en cada pregunta un apartado para valoración numérica de la Pertinencia y Adecuación, así como un espacio para comentario por si lo consideras necesario.

Te pedimos que valores cada uno de los indicadores redactados expresando una puntuación numérica de 1 a 5 (el 1 indica mínima valoración y el 5 máxima valoración), en función de su claridad o adecuación y su pertinencia, cuyo significado es el que te planteamos a continuación:

- CLARIDAD/ADECUACION: Grado en que el ítem está redactado de forma clara y precisa, facilitando su comprensión por los sujetos encuestados.
- PERTINENCIA: Correspondencia entre el contenido del ítem y la dimensión para la que va a ser utilizado.

Modo de devolver el cuestionario: Una vez cumplimentado puedes remitirlo a jmarina.investig@gmail.com

Te agradezco muy sinceramente tu colaboración sin la cual no habría podido seguir adelante en mi tesis, te mantendré informado del resultado final.

Muchas Gracias

Ítem	Adecuación	Pertinencia	Justificación
Dimensión I			
Objetivo 1: Conocer el perfil de los encuestados			
I. Perfil del encuestado			
1. Sexo: Hombre / Mujer <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer	[1] [2] [3] [4] [5]	[1] [2] [3] [4] [5]	
2. Indique su edad <input type="text"/>	[1] [2] [3] [4] [5]	[1] [2] [3] [4] [5]	
3. Nivel educativo alcanzado <input type="radio"/> Educación obligatoria <input type="radio"/> Educación profesional media <input type="radio"/> Educación profesional superior <input type="radio"/> Educación universitaria <input type="radio"/> Educación universitaria de postgrado <input type="radio"/> Sin estudios oficiales	[1] [2] [3] [4] [5]	[1] [2] [3] [4] [5]	
4. ¿Padece o a padecido usted o un familiar cercano alguna enfermedad grave aguda o crónica?: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	[1] [2] [3] [4] [5]	[1] [2] [3] [4] [5]	
5. Indique cual es su Buscador Web más habitual (motor de búsqueda): <input type="radio"/> Google <input type="radio"/> Bing <input type="radio"/> Firefox <input type="radio"/> Yahoo <input type="radio"/> Ask <input type="radio"/> Terra <input type="radio"/> Otro: <input type="text"/>	[1] [2] [3] [4] [5]	[1] [2] [3] [4] [5]	
6. Indique cuales son las 5 Redes Sociales que más utiliza <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Twitter <input type="checkbox"/> YouTube <input type="checkbox"/> MySpace <input type="checkbox"/> Flickr <input type="checkbox"/> LinkedIn <input type="checkbox"/> Tuenti <input type="checkbox"/> Google+ <input type="checkbox"/> Pinterest <input type="checkbox"/> Meneame <input type="checkbox"/> Bitácoras <input type="checkbox"/> Vimeo <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/>	[1] [2] [3] [4] [5]	[1] [2] [3] [4] [5]	

<p>Dimensión II</p> <p>Objetivo 2: Conocer las formas utilizadas para acceso a la información para la salud Objetivo 3: Conocer el grado de dificultad encontrado para acceder a esta información.</p> <p>II. Formas utilizadas para acceso a información/ educación para la salud y la dificultad de acceso encontrada.</p>			
<p>7. Tipo de tecnología que más utiliza en estas búsquedas de información de salud:</p> <p><input type="checkbox"/> Teléfono móvil</p> <p><input type="checkbox"/> Ordenador</p> <p><input type="checkbox"/> Tablet</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/></p>	[1] [2] [3] [4] [5]	[1] [2] [3] [4] [5]	
<p>8. Frecuencia de consulta de información de Salud</p> <p><input type="radio"/> Diaria</p> <p><input type="radio"/> Varias veces por semana</p> <p><input type="radio"/> Varias veces al mes</p> <p><input type="radio"/> Cuando voy a consulta o tengo pruebas</p>	[1] [2] [3] [4] [5]	[1] [2] [3] [4] [5]	
<p>9. Indique como es más frecuente que acceda a la información de salud. En soporte digital o en papel</p> <p>(escoja una opción en la escala según sea más frecuente una u otra opción, 1 principalmente en soporte de papel, 2 mas frecuente en papel y algo en digital, 3 más frecuente en digital y algo en papel, 4 principalmente en soporte digital)</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>Soporte en papel <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Soporte digital</p>	[1] [2] [3] [4] [5]	[1] [2] [3] [4] [5]	
<p>10. Indique como accede habitualmente a la información de salud. En soporte de papel: (marque todas las respuestas que procedan)</p> <p><input type="checkbox"/> Revistas</p> <p><input type="checkbox"/> Libros</p> <p><input type="checkbox"/> Guías Divulgativas</p> <p><input type="checkbox"/> Prensa Diaria</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/></p>	[1] [2] [3] [4] [5]	[1] [2] [3] [4] [5]	
<p>11. Indique como accede habitualmente a la información de salud. En soporte Digital (marque todas las respuestas que procedan, en caso de ser varias indique entre todas la frecuencia, numerándola entre 1 y 10, siendo 1 el soporte menos habitual y 10 el más habitual)</p> <p><input type="checkbox"/> Revistas</p> <p><input type="checkbox"/> Libros</p> <p><input type="checkbox"/> Guías Divulgativas</p> <p><input type="checkbox"/> Prensa Diaria</p> <p><input type="checkbox"/> TV</p> <p><input type="checkbox"/> Radio</p> <p><input type="checkbox"/> CD/DVD</p> <p><input type="checkbox"/> Buscador Web</p> <p><input type="checkbox"/> Redes Sociales</p> <p><input type="checkbox"/> Consulta Telefonica</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/></p>	[1] [2] [3] [4] [5]	[1] [2] [3] [4] [5]	
<p>12. ¿Le resulta fácil encontrar la información de salud que busca?</p> <p>(Valore el grado de dificultad: 1 muy difícil/ 2 difícil/ 3 fácil/ 4 muy fácil)</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	[1] [2] [3] [4] [5]	[1] [2] [3] [4] [5]	

<p>13. Indique si lo recuerda, algunos de los nombres de los portales Web, páginas Web o redes sociales consultadas, grado de fiabilidad y dirección URL: Escriba en este orden en cada respuesta: Nombre de la página o promotor / Grado de fiabilidad percibida / URL. Indiquemos el grado de fiabilidad numerándolo de 1 a 5, siendo 1 muy baja, 2 baja, 3 alta y 5 muy alta</p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>	[1] [2] [3] [4] [5]	[1] [2] [3] [4] [5]	
<p>Puede sugerir la inclusión de cualquier otra pregunta o ítem que considere pertinente en esta dimensión:</p>			

<p>Dimensión III</p> <p>Objetivo 4. Conocer la valoración del encuestado sobre la información obtenida en entornos digitales y la repercusión en su salud.</p> <p>Objetivo 5. Comprender como influyó ese conocimiento en su salud y en la relación con los profesionales sanitarios.</p> <p>III. Valoración de la información obtenida en entornos digitales sobre su salud o evolución de su enfermedad y tratamientos, así como la influencia posterior en su comportamiento con relación a estos aspectos y en la relación con los profesionales sanitarios.</p>			
--	--	--	--

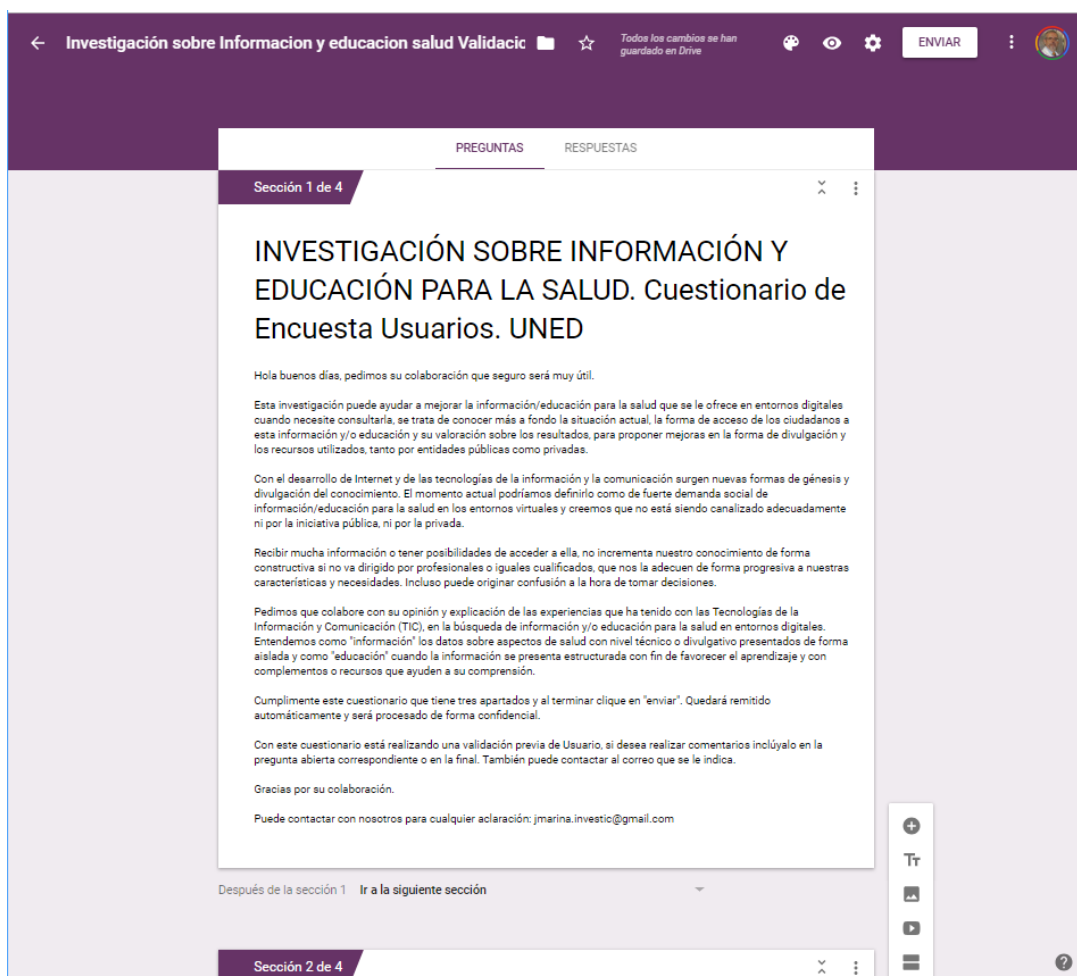
<p>14. Indique su opinión sobre las características y dificultades, de obtención de la información de salud en Internet en relación a la facilitada por su profesional sanitario, ¿Cuál considera más..?:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Internet</th> <th style="text-align: center;">Su Profesional de Salud</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fiable</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Comprensible</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Abundante</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Accesible</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Objetiva</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Útil</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		Internet	Su Profesional de Salud	Fiable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Comprensible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Abundante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Accesible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Objetiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	[1] [2] [3] [4] [5]		
	Internet	Su Profesional de Salud																						
Fiable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																						
Comprensible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																						
Abundante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																						
Accesible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																						
Objetiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																						
Útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																						

<p>15. Indique que tipo de información/actividad relacionada con la salud buscó: (puede exponer varias o incluir otras)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> trámites administrativos <input type="checkbox"/> vida saludable <input type="checkbox"/> una enfermedad <input type="checkbox"/> auto cuidados <input type="checkbox"/> formación de cuidador <input type="checkbox"/> apoyo emocional <input type="checkbox"/> salud pública / epidemiología <input type="checkbox"/> Otro: <input style="width: 50px;" type="text"/> 	[1] [2] [3] [4] [5]	[1] [2] [3] [4] [5]	
<p>16. Indique si la información obtenida en Internet le ha ayudado a mejorar el cuidado de la salud: (Valore la utilidad y anótela en el recuadro: nada útil/ 2 algo útil/ 3 útil/ 4 muy útil)</p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5</p> <p>Nada útil <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Muy útil</p>	[1] [2] [3] [4] [5]	[1] [2] [3] [4] [5]	

<p>17. Explique cómo ha repercutido:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<p>[1] [2] [3] [4] [5]</p>	<p>[1] [2] [3] [4] [5]</p>	
<p>18. Indique si ha comentado la información con su médico u otro profesional sanitario que le atiende:</p> <p><input type="radio"/> SI</p> <p><input type="radio"/> NO</p>	<p>[1] [2] [3] [4] [5]</p>	<p>[1] [2] [3] [4] [5]</p>	
<p>19. Explique cuando y que sucedió</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<p>[1] [2] [3] [4] [5]</p>	<p>[1] [2] [3] [4] [5]</p>	
<p>20. ¿Considera que la información era coincidente? Valore en qué grado la información era coincidente (1 = nada; 5 = totalmente)</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>Nada <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Totalmente</p>	<p>[1] [2] [3] [4] [5]</p>	<p>[1] [2] [3] [4] [5]</p>	
<p>21. ¿Qué tipo de errores ha encontrado en la información?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<p>[1] [2] [3] [4] [5]</p>	<p>[1] [2] [3] [4] [5]</p>	
<p>22. Su profesional sanitario le ha recomendado páginas web o redes sociales para informarse de temas de salud:</p> <p><input type="radio"/> SI</p> <p><input type="radio"/> NO</p>	<p>[1] [2] [3] [4] [5]</p>	<p>[1] [2] [3] [4] [5]</p>	
<p>23. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior indique cuales</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<p>[1] [2] [3] [4] [5]</p>	<p>[1] [2] [3] [4] [5]</p>	
<p>24. Indique que beneficios considera que le proporcione la información que obtuvo en los entornos virtuales.</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<p>[1] [2] [3] [4] [5]</p>	<p>[1] [2] [3] [4] [5]</p>	

<p>25. Exponga cualquier comentario o aportación suplementaria que quiera realizar a mayores.</p> <div data-bbox="373 416 775 546" style="border: 1px solid black; height: 58px;"></div>	[1] [2] [3] [4] [5]	[1] [2] [3] [4] [5]	
<p>Puede sugerir la inclusión de cualquier otra pregunta o ítem que considere pertinente en esta dimensión:</p> <div data-bbox="357 562 1273 698" style="border: 1px solid black; height: 61px;"></div>			

Anexo 5. Cuestionario para prueba por usuarios: Formulario de Google.



← Investigación sobre Información y educación salud Validación Todos los cambios se han guardado automáticamente en Drive. Última modificación hace 5 minutos ENVIAR

Todos los cambios que hagan se guarden automáticamente en Drive. Última modificación hace 5 minutos

PREGUNTAS RESPUESTAS

Sección 2 de 4

I. Perfil del encuestado

Descripción (opcional)

1. Sexo: Hombre / Mujer *

Hombre

Mujer

2. Indique su edad *

(escribir con dos cifras sin texto)

Texto de respuesta corta

3. Nivel educativo concluido *

Educación obligatoria

Educación profesional media

Educación profesional superior

Educación universitaria

Educación universitaria de postgrado

Doctorado

Sin estudios oficiales

Otra...

4. Indique la frecuencia con la que utiliza Internet con fines personales o profesionales

Diaria

Semanal

Mensual

Esporádicamente

Otra...

5. Indique el tipo de tecnología que más utiliza en estas búsquedas de información:

Teléfono móvil

Ordenador

Tablet

Otra...

6. Indique cuales son las Redes Sociales que más utiliza (con un máximo de 3)

Facebook

Twitter

YouTube

MySpace

Flickr

LinkedIn

Tuenti

Google+

Pinterest

Meneame

Bitácoras

Vimeo

Otra...

Realiza los comentarios que consideres que nos pueden ayudar. (Texto comprensible, Facilidad de respuesta, etc.) *

Texto de respuesta larga

Después de la sección 2 [Ir a la siguiente sección](#)

← Investigación sobre Información y educación salud Validación

Todos los cambios se han guardado en Drive

ENVIAR

PREGUNTAS RESPUESTAS

Sección 3 de 4

II. Formas utilizadas para el acceso a la información y/o educación para la salud y las dificultades encontradas.

Descripción (opcional)

7. Indique la frecuencia de consultas sobre información y/o educación para la Salud

Diaria
 Semanal
 Mensual
 Esporádicamente
 Cuando voy a consulta o tengo pruebas
 Cuando me encuentro mal
 Otra...

8. Indique como es más frecuente que acceda a la información y/o educación para la salud: ¿En soporte digital o de papel?.

(escoja 1 solo en soporte de papel y 5 solo en soporte digital)

	1	2	3	4	5	
Soporte en papel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Soporte digital

9. Para acceder a la información y/o educación para la salud, en soporte de papel, indique que medios de difusión utiliza más frecuentemente:

(marque todas las respuestas que procedan)

Revistas
 Libros
 Guías Divulgativas
 Prensa Diaria
 Cuadernos formativos
 Formación presencial
 Otra...

10. Para acceder a la información y/o educación para la salud, en soporte digital, indique que medios utiliza más frecuentemente:

(marque todas las respuestas que procedan)

Revistas
 Libros
 Guías Divulgativas
 Prensa Diaria
 TV
 Radio
 CD/DVD
 Buscador Web
 Redes Sociales

Tr

Ayuda y comentarios

Consulta a expertos telefónica
 Consulta a expertos online
 Formación online
 Otra...

11. Indique el grado de dificultad para encontrar la información y/o educación para la salud que busca en entornos digitales?

Al hablar de educación nos referimos a actividades estructuradas para formar sobre un tema de salud

	muy difícil	difícil	facilidad media	facil	muy facil	No he buscado
Información pa...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educación par...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Sobre la pregunta anterior (nº 11) indique el tipo de dificultades que ha encontrado en las búsquedas que indicábamos, sobre que temas y si eran para información o educación

Texto de respuesta larga

13. Indique algunos de los nombres de los portales Web, páginas Web o redes sociales y/o su dirección URL, consultadas con fines de información y/o educación para la salud:

Texto de respuesta larga

14. En relación con la respuesta anterior (nº13) ¿puede indicarnos algunos sitios web que considere bastante o muy fiables?

Texto de respuesta larga

15. En relación con la respuesta anterior (nº13) ¿puede indicarnos algunos sitios web que considere poco o nada fiables?:

Texto de respuesta larga

16. ¿Qué sugerencias de mejora de los sitios web visitados realizarías con fines de información?

Texto de respuesta larga

17. ¿Qué sugerencias de mejora de los sitios web visitados realizarías con fines de formación o educación para la salud?:

Texto de respuesta larga

18. De los recursos web y medios de apoyo con que contaban los sitios web ¿cuales le han parecido más útiles?:

Texto Web
 Texto descargable
 Video
 Foro
 Chat
 Correo electrónico
 Consulta online
 Videconferencia

19. De la pregunta anterior, indique por qué le fue más útil y como lo utilizó y si quiere sugerir otros recursos que le parecen útiles y no se ofrecían explíquelo.

Texto de respuesta larga

Realiza los comentarios que consideres que nos pueden ayudar. (Texto comprensible, Facilidad de respuesta, etc.) *

Texto de respuesta larga

Después de la sección 3 Ir a la siguiente sección

← Investigación sobre Información y educación salud Validación

Todas las cambios no han guardado en Drive

ENVIAR

PREGUNTAS RESPUESTAS

Sección 4 de 4

III. Valoración de la información y/o educación para la salud obtenida en entornos digitales, así como de la influencia posterior en su comportamiento con relación a su salud y la de sus allegados, y en la relación con los profesionales sanitarios.

Descripción (opcional)

20. En relación a la información y/o educación para la salud conseguida en Internet y/o de su profesional de la salud, indique cuál considera ¿más...?:

	Internet	Su Profesional de Salud
Fiable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comprensible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abundante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accesible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Objetiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Util	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Explique las respuestas a la pregunta anterior (nº 20)

Texto de respuesta larga

22. Indique que tipo de información y/o educación para la salud buscó:
(puede exponer varias o incluir otras)

- Organización del Servicio de Salud (acceso, trámites, documentación, horarios, etc.)
- Vida saludable
- Consultar sobre una enfermedad
- Auto cuidados
- Formación como cuidador
- Apoyo emocional
- Intercambio de experiencias
- Autoayuda
- Terapias complementarias
- Salud pública / epidemiología (prevención, vacunas, etc.)
- Otra...

23. Indique si la información y/o educación para la salud obtenida en Internet le ha ayudado a mejorar el cuidado de la salud:
(Valore la utilidad y marque en el recuadro correspondiente: 1 nada útil; 5 muy útil)

1 2 3 4 5

Nada útil Muy útil

24. Explique la respuesta a la pregunta anterior. ¿Cómo le ha ayudado la información y/o educación obtenida en Internet?:

Texto de respuesta larga

25. Indique si ha comentado, con su médico u otro profesional sanitario que le atiende, su consulta en Internet y la información o educación para la salud obtenida

SI

NO

26. Explique la respuesta anterior, si su respuesta es "SI" indique que opinaron de su búsqueda y de la información y/o educación obtenida, si su respuesta fue "NO" indique el motivo:

Texto de respuesta larga

27. Valore el grado de coincidencia de la información y/o educación que consiguió por Internet, con la que le ofreció su profesional de salud al consultarle en aspectos de diagnóstico, tratamiento, autocuidados, recomendaciones de salud, etc..?

Valore en qué grado la información era coincidente (1 nada: 5 totalmente)

	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente

28. Explique la respuesta a la pregunta anterior

Texto de respuesta larga

29. Los profesionales sanitarios que le atienden ¿le han recomendado páginas web o redes sociales para información y/o educación para la salud?:

SI

NO

30. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior (nº 29) indique que tipo de profesional fue y cuales sitios Web

Texto de respuesta larga

31. Indique que beneficios considera que le proporcionó la información y/o educación para la salud que obtuvo en los entornos virtuales.

Texto de respuesta larga

32. Exponga cualquier comentario o aportación suplementaria que quiera realizar a mayores.

Texto de respuesta larga

Realiza los comentarios que consideres que nos pueden ayudar. (Texto comprensible, Facilidad de respuesta, etc.)

Texto de respuesta larga

Párrafo

Obligatorio

Anexo 6. Cuestionario de Encuesta de Investigación: Información y Educación para la Salud de los ciudadanos en entornos virtuales para el conocimiento en España.

Página 1 de 4

INVESTIGACIÓN SOBRE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Hola buenos días, pedimos su colaboración que seguro será muy útil.

Esta investigación puede ayudar a mejorar la información/educación para la salud que se le ofrece en entornos digitales cuando necesita consultarla, se trata de conocer más a fondo la situación actual, la forma de acceso de los ciudadanos a esta información y/o educación y su valoración sobre los resultados, para proponer mejoras en la forma de divulgación y los recursos utilizados, tanto por entidades públicas como privadas.

Con el desarrollo de Internet y de las tecnologías de la información y la comunicación surgen nuevas formas de génesis y divulgación del conocimiento. El momento actual podríamos definirlo como de fuerte demanda social de información/educación para la salud en los entornos virtuales y creemos que no está siendo canalizado adecuadamente ni por la iniciativa pública, ni por la privada.

Recibir mucha información o tener posibilidades de acceder a ella, no incrementa nuestro conocimiento de forma constructiva si no va dirigido por profesionales o iguales cualificados, que nos la adecuen de forma progresiva a nuestras características y necesidades. Incluso puede originar confusión a la hora de tomar decisiones.

Pedimos que colabore con su opinión y explicación de las experiencias que ha tenido con las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), en la búsqueda de información y/o educación para la salud en entornos digitales. Entendemos como "información" los datos sobre aspectos de salud con nivel técnico o divulgativo presentados de forma aislada y como "educación" cuando la información se presenta estructurada con fin de favorecer el aprendizaje y con complementos o recursos que ayuden a su comprensión.

Cumplimenta este cuestionario que tiene tres apartados y al terminar clique en "enviar". Quedará remitido automáticamente y será procesado de forma confidencial.

Con este cuestionario está realizando una validación previa de Usuario, si desea realizar comentarios inclúyelo en la pregunta abierta correspondiente o en la final. También puede contactar al correo que se le indica.

Gracias por su colaboración.

Puede contactar con nosotros para cualquier aclaración: jmarina2@alumno.uned.es

Después de la página 1 Ir a la página siguiente ↕

Página 2 de 4

I. Perfil del encuestado

1. Sexo: Hombre / Mujer*

Hombre

Mujer

2. Indique su edad*
(escribir con dos cifras sin texto)

3. Nivel educativo concluido*

Educación obligatoria

Educación profesional media

Educación profesional superior

Educación universitaria

Educación universitaria de postgrado

Doctorado

Sin estudios oficiales

Otro:

4. Indique la frecuencia con la que utiliza Internet con fines personales o profesionales:

Diaria

Semanal

Mensual

Esporádicamente

Otro:

5. Indique el tipo de tecnología que más utiliza en estas búsquedas de información:

Teléfono móvil

Ordenador

Tablet

Otro:

6. Indique cuáles son las Redes Sociales que más utiliza
(con un máximo de 3)

Facebook

Twitter

YouTube

MySpace

Flickr

LinkedIn

Tuenti

Google+

Pinterest

Meencame

Bitácoras

Vimeo

Otro:

Añadir elemento +

Después de la página 2 Ir a la página siguiente ↕

Página 3 de 4

II. Formas utilizadas para el acceso a la información y/o educación para la salud y las dificultades encontradas.

7. Indique la frecuencia de consultas sobre información y/o educación para la salud

Diaria
 Semanal
 Mensual
 Esporadicamente
 Cuando voy a consulta o tengo pruebas
 Cuando no me encuentro bien
 Otro:

8. Indique como es más frecuente que acceda a la información y/o educación para la salud: ¿En soporte digital o de papel?
 (escoja 1 solo en soporte de papel y 5 solo en soporte digital)

1 2 3 4 5

Soporte en papel Soporte digital

9. Para acceder a la información y/o educación para la salud, en soporte de papel, indique que medios de difusión utiliza más frecuentemente:
 (marque todas las respuestas que procedan)

Revistas
 Libros
 Guías Divulgativas
 Prensa Diaria
 Cuadernos formativos
 Formación presencial
 Otro:

10. Para acceder a la información y/o educación para la salud, en soporte digital, indique que medios utiliza más frecuentemente:
 (marque todas las respuestas que procedan)

Revistas
 Libros
 Guías Divulgativas
 Prensa Diaria
 TV
 Radio
 CD/DVD
 Buscador Web
 Redes Sociales
 Consulta a expertos telefónica
 Consulta a expertos online
 Formación online
 Otro:

11. Indique el grado de dificultad para encontrar la información y/o educación para la salud que busca en entornos digitales?
 Al hablar de educación nos referimos a actividades estructuradas para formar sobre un tema de salud

	muy difícil	difícil	facilidad media	fácil	muy fácil	No he buscado
Información para la salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Educación para la salud	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Sobre la pregunta anterior (nº 11) Indique el tipo de dificultades que ha encontrado en las búsquedas que indicásemos, sobre que temas y si eran para información o educación

13. Indique algunos de los nombres de los portales Web, páginas Web o redes sociales y/o su dirección URL, consultadas con fines de información y/o educación para la salud:

14. En relación con la respuesta anterior (nº13) ¿puede indicarnos algunos sitios web que considere bastante o muy fiables?

15. En relación con la respuesta anterior (nº13) ¿puede indicarnos algunos sitios web que considere poco o nada fiables?:

16. ¿Qué sugerencias de mejora de los sitios web visitados realizarías con fines de información?

17. ¿Qué sugerencias de mejora de los sitios web visitados realizarías con fines de formación o educación para la salud?:

18. De los recursos web y medios de apoyo con que contaban los sitios web ¿cuales le han parecido más útiles?:

- Texto Web
- Texto descargable
- Vídeo
- Foro
- Chat
- Correo electrónico
- Consulta online
- Videoconferencia
- Juegos educativos
- Redes sociales
- Aplicaciones para el móvil (apps)
- Otro:

19. De la pregunta anterior, indique por qué le fue más útil y como lo utilizó y si quiere sugerir otros recursos que le parecen útiles y no se ofrecen explíquelo.

-

Después de la página 3 [Ir a la página siguiente](#) ↕

Página 4 de 4

III. Valoración de la información y/o educación para la salud obtenida en entornos digitales, así como de la influencia posterior en su comportamiento con relación a su salud y la de sus allegados, y en la relación con los profesionales sanitarios.

20. En relación a la información y/o educación para la salud conseguida en Internet y/o de su profesional de la salud, indique cuál considera **¿más...?**:

	Internet	Su Profesional de Salud
Fiable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comprensible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abundante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accesible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Objetiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Explique las respuestas a la pregunta anterior (nº 20)

22. Indique que tipo de información y/o educación para la salud buscó: (puede exponer varias o incluir otras)

- Organización del Servicio de Salud (acceso, límites, documentación, horarios, etc.)
- Vida saludable
- Consultar sobre una enfermedad
- Auto cuidados
- Formación como cuidador
- Apoyo emocional
- Intercambio de experiencias
- Autoayuda
- Terapias complementarias
- Salud pública / epidemiología (prevención, vacunas, etc.)
- Otro:

23. Indique si la información y/o educación para la salud obtenida en Internet le ha ayudado a mejorar el cuidado de la salud: (Valore la utilidad y marque en el recuadro correspondiente: 1 nada útil; 5 muy útil)

1 2 3 4 5

Nada útil Muy útil

24. Explique la respuesta a la pregunta anterior. ¿Cómo le ha ayudado la información y/o educación obtenida en Internet?:

25. Indique si ha comentado, con su médico u otro profesional sanitario que le atiende, su consulta en internet y la información o educación para la salud obtenida

SI
 NO

26. Explique la respuesta anterior, si su respuesta es "SI" Indique que opinaron de su búsqueda y de la información y/o educación obtenida, si su respuesta fue "NO" Indique el motivo:

27. Valore el grado de coincidencia de la información y/o educación que consiguió por internet, con la que le ofreció su profesional de salud al consultarle en aspectos de diagnóstico, tratamiento, autocuidados, recomendaciones de salud, etc..?

Valore en qué grado la información era coincidente (1 nada; 5 totalmente)

1 2 3 4 5

Nada Totalmente

28. Explique la respuesta a la pregunta anterior

29. Los profesionales sanitarios que le atienden ¿le han recomendado páginas web o redes sociales para información y/o educación para la salud?:

SI
 NO

30. En caso de respuesta afirmativa a la pregunta anterior (nº 29) Indique que tipo de profesional fue y cuales sitios Web

31. Indique que beneficios considera que le proporcionó la información y/o educación para la salud que obtuvo en los entornos virtuales.

32. Exponga cualquier comentario o aportación suplementaria que quiera realizar a mayores.

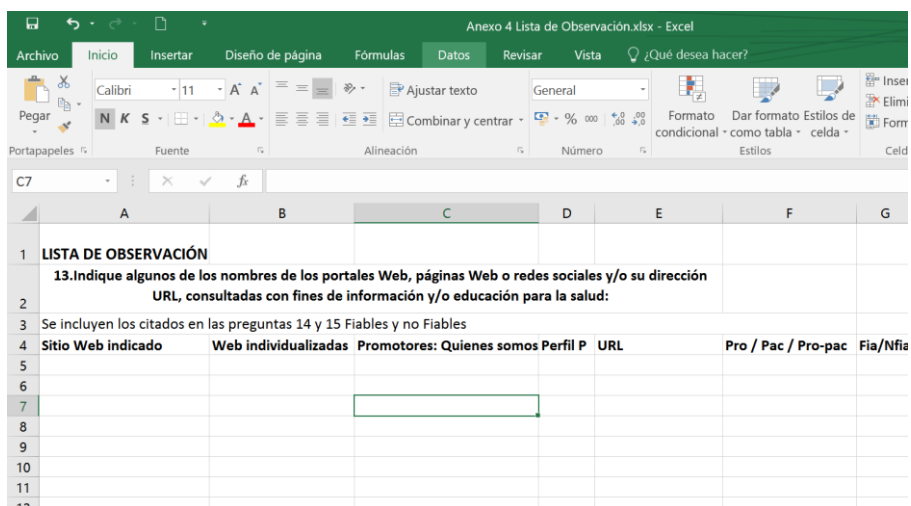
Página de confirmación

Mostrar enlace para enviar otra respuesta

Publicar y mostrar un enlace público a los resultados del formulario ?

Permitir que los encuestados editen las respuestas después de enviarlas

Anexo 7. Lista de registro de observación.



	A	B	C	D	E	F	G
1	LISTA DE OBSERVACIÓN						
2	13. Indique algunos de los nombres de los portales Web, páginas Web o redes sociales y/o su dirección URL, consultadas con fines de información y/o educación para la salud:						
3	Se incluyen los citados en las preguntas 14 y 15 Fiables y no Fiables						
4	Sitio Web indicado	Web individualizadas	Promotores: Quienes somos Perfil P	URL		Pro / Pac / Pro-pac	Fia/Nfia
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

