

ORIGINAL

Recibido: 27 de junio de 2017
 Aceptado: 9 de marzo de 2018
 Publicado: 2 de agosto de 2018

PERCEPCIONES EN LA BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ENTORNOS VIRTUALES EN ESPAÑOL

Joaquín Marina Ocaña (1,2) y Tiberio Feliz Murias (3)

- (1) Servicio de Atención al Paciente. Hospital Universitario Ramón y Cajal. SERMAS. Madrid. España.
 (2) Escuela Internacional de Doctorado de la UNED. España.
 (3) Facultad de Educación. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Madrid. España.

RESUMEN

Fundamentos: La apropiación de la tecnología digital en el conocimiento aplicado a la salud, debe promover una actitud proactiva en la persona, capacitándola en la búsqueda de información, la gestión del cuidado de su salud y la de su entorno social y medioambiental. El objetivo de este trabajo fue conocer y analizar, en relación con las búsquedas de información y educación para la salud en español en entornos virtuales, sus características de acceso, las percepciones y experiencias de los usuarios, el grado de facilidad o dificultad percibido por los mismos y sus causas, así como las temáticas de interés para ellos, para poder realizar propuestas de mejora.

Métodos: Se realizó una investigación ex post facto, de corte empírico, con un diseño combinado cuantitativo y cualitativo, mediante cuestionario online auto cumplimentado con distribución aleatoria simple entre internautas usuarios de la sanidad, alumnos, profesores y personal de universidades españolas. Se indagó el perfil personal del encuestado, las características del acceso, las dificultades encontradas y las temáticas de búsqueda. Hemos utilizado medidas de estadística descriptiva e inferencial, análisis de Chi cuadrado para el contraste de medidas, así como Coeficiente de contingencia y V Cramer, para indagar las diferencias entre grupos de la población encuestada. Se estudió la influencia del sexo y la edad en las respuestas.

Resultados: El estudio se realizó sobre 998 respuestas, que suponen una tasa de respuesta del 9,56%. Los internautas encuestados utilizaron los entornos digitales en las búsquedas para la salud en un 99,8% de las 974 respuestas válidas, variando la tecnología utilizada y las redes sociales según la edad, consideraron fácil y muy fácil para obtener información un 57,1% de 965 respuestas y para las búsquedas de educación un 35,6% de 922 respuestas. La oferta de información para la salud, con 655 respuestas, fue considerada abundante, pero presentó dudas de calidad y fiabilidad para el 87,4%, mientras que la de educación para la salud, menos demandada, con 196 respuestas, fue valorada como más fiable, pero presentó dudas de calidad para el 32,7%. Consideraron una oferta escasa el 27,6% y encontraron dificultad de acceso el 16,8%. En cuanto a la temática buscada, de las 945 respuestas, la más frecuente fue en relación con las etapas vitales, la enfermedad o los síndromes y las pruebas, propias o de allegados relacionadas con ello, con un 22,0% de búsquedas, seguida de la categoría de búsqueda "vida saludable" con 18,8%. Se encontró poca dependencia entre las categorías estudiadas referidas a las búsquedas en Internet con respecto al género y la edad, salvo para esta última en relación con las categorías de "tecnología de acceso" y "redes sociales utilizadas".

Conclusiones: La creciente utilización de internet en la búsqueda de información y educación para la salud puede llegar a influir en pacientes, familiares y cuidadores en relación con los cuidados y autocuidados, así como en la relación con el sistema sanitario y sus profesionales. Las búsquedas encuentran importantes dificultades, las más importantes son en Información para la salud la fiabilidad dudosa, los contenidos de baja calidad e la infoxicación, mientras que en Educación para la salud refieren contenidos de baja calidad, poca oferta de formación, dificultad para acceder y fiabilidad dudosa

Palabras clave: Educación del paciente, Gestión del conocimiento, Promoción de la salud, Salud Pública, e-paciente, Información para la salud

ABSTRACT

Perceptions about the Information and Education for Health in Virtual Environments in Spanish

Background: The appropriation of digital technology in knowledge applied to health should promote a proactive attitude in the persons, training them in the search for information, the management of their health care, and the health of their social context and environment. The objective of this work was to know and analyse, in relation to the information searches and education for health in Spanish virtual environments, the access features, the users' perceptions and experiences, the degree of easiness or difficulty perceived by themselves, and their causes, as well as their topics of interest to suggest improvements.

Methods: An ex post facto empirical research was carried out, with a combined quantitative, qualitative design, through a self-completed online questionnaire with simple random distribution among internet healthcare users, students, professors, and staff from Spanish universities. The personal profile of the survey respondents, the access features, the difficulties met, and the search topics were investigated. We have used measures of descriptive and inferential statistics, as Kramer's V and contingency coefficient, to investigate the differences between groups of the surveyed population. The influence of sex and age on the answers was studied.

Results: The study was performed on 998 responses, which suppose a response rate of 9.56%. Internet users surveyed used digital environments in searches for health in 99.8% of the 974 valid responses, varying the technology used and social media according to age, and 57.1% of 965 responses considered easy and very easy to obtain information, and 35.6% of 922 responses used it for education searches. The offer of information for health, with 655 responses, was considered ample, but presented doubts about quality and reliability for 87.4%, while the health education, less demanded, with 196 responses, was rated as more reliable, but presented quality doubts for 32.7%. 27.6% considered a scarce offer and 16.8% found difficulties to access. Regarding the searched topics, the most frequent among 945 responses were in relation to the vital stages, the disease or the syndromes, and the tests, related to themselves or relatives, with 22.0% of searches, followed of the search category "healthy life" with 18.8%. Little dependence was found among the studied categories related to Internet searches with respect to gender and age, except for the age in relation to the categories of "access technology", and "social media".

Conclusions: The growing use of the Internet in the search for information and education for health could influence patients, relatives, and caregivers in relation to care and self-care, as well as in the relationship with the health system and its professionals. The searches find important difficulties, as in Information for health, doubtful reliability, low quality contents, and infoxicacion; while in Education for health, they refer difficulty to access and doubtful reliability.

Key words: Patient education, Knowledge management, Health promotion, Public Health, e-patient, Information for health.

INTRODUCCIÓN

El contexto actual genera unas nuevas formas de acceso a la información y educación para la salud, en las que los entornos digitales son determinantes por ser muy probablemente la mayor fuente de información y conocimiento^(1,2). La “educación sanitaria”, actualmente denominada “educación para la salud”, es planteada por la OMS en su Informe Técnico nº 690⁽³⁾ en 1983 con la finalidad de generar un paciente proactivo, responsable de su salud en colaboración con la comunidad, que es su contexto de salud.

En la Sociedad Informacional, los poderes públicos tienen también obligaciones referidas a los entornos digitales, como continuación de sus obligaciones en el mundo físico-analógico^(3,4,5,6,7). Sin embargo, encontramos que la información y educación para la salud en estos entornos han crecido de la mano de la sociedad civil, mediatizadas por sus propios intereses y recursos, con escaso apoyo y supervisión de los poderes públicos, pese a que la salud es un interés de la sociedad en general, que está legislado y que debe ser promovido por estos^(4,8,9).

El concepto “educación sanitaria” surge por primera vez en 1920 según la opinión más extendida expresada por el experto en Salud Pública Winslow⁽¹⁰⁾, 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” En 1998, la OMS, en su Glosario de Promoción de la Salud⁽¹¹⁾, hace evolucionar este concepto hacia el de “alfabetización para la salud” que: “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”.

A partir de la actual Constitución Española⁽⁵⁾, se establece por primera vez como un derecho de los españoles la protección de la

salud, concepto que posteriormente es desarrollado por la legislación española. La Ley 14/1986 General de Sanidad⁽⁶⁾, en sus principios generales establece que “Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades”. Desde entonces, con esas bases y principios, se ha desarrollado el actual Sistema Nacional de Salud y la normativa que consolida la participación del ciudadano en su salud; esta orienta la atención sanitaria hacia la autonomía del paciente, al posicionarlo como eje de la atención sanitaria, antes más centrada en el profesional, destacando en este ámbito la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, norma básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁽⁷⁾.

En este contexto se convierte en fundamental la adquisición de la competencia digital y la alfabetización en salud que permite al ciudadano pasar de una posición de consumidor del conocimiento a partícipe de la Sociedad del Conocimiento, y que da lugar a la perspectiva actual del **e-paciente** y de las comunidades participativas de pacientes^(12,13).

En el Marco del Proyecto *The European Health Literacy*, surge el informe *Comparative report on health literacy in eight EU member states*⁽¹⁴⁾. El estudio se realizó mediante una encuesta a un total de 8.000 personas de ocho países europeos incluido España. Entre los resultados cabe destacar que, 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; casi uno de cada dos encuestados muestra una alfabetización de salud limitada, por lo que este no es solo un problema de grupos minoritarios.

La actitud individual y social hacia la salud que deriva de evolución de la sociedad, nos lleva hacia una nueva figura de paciente proactivo que busca información en los medios e Internet; a ciudadanos con más nivel

educativo; a un cambio en los roles familiares donde cualquiera de sus miembros asume por vocación o circunstancias vitales orientar y cuidar de los otros; a unas mayores expectativas de curación, en ocasiones sobre dimensionadas y a un incremento de la cronificación de la enfermedad y de la esperanza de vida^(15,16,17).

En la Unión Europea en 2014 el 59% de los ciudadanos afirmaba haber utilizado Internet para buscar información relacionada con la salud durante los últimos doce meses y el 10% lo hacía una vez o más por semana, según recoge el informe de Fundación Telefónica siE2015⁽¹⁸⁾. En España el 74,4% de los internautas han utilizado internet con este fin ONTSI 2016⁽¹⁹⁾.

En la encuesta INE 2016⁽²⁰⁾ 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. 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. Así, el uso de ordenador entre los menores es prácticamente universal (94,9%), 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, a través de diversas tecnologías, y la mejora en las infraestructuras de redes inalámbricas, ofrecen la posibilidad de desarrollo de acciones de información, formación e interacción con una amplia participación de los ciudadanos⁽²¹⁾. En los adolescentes el incremento de utilización de tecnología

móvil y el acceso a Internet, que permite aplicaciones de salud, acceso a redes sociales, juegos, etc., tiene un papel relevante en el fomento de hábitos saludables en este grupo⁽²²⁾.

Los objetivos de este trabajo fueron:

- 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 el grado de facilidad o dificultad encontrado en las búsquedas de esa información y educación para la salud en los entornos virtuales y sus causas.
- Conocer las temáticas de búsqueda de información

SUJETOS Y MÉTODOS

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⁽²³⁾.

Se realizó una revisión bibliográfica y del contexto previa, y se tuvieron como referentes los conceptos en relación a la información y educación para la salud e informes relacionados de la OMS, UE, ONTSI, INE, Fundación Telefónica y Pfizer entre otros, así como los resultados obtenidos en la investigación sobre la visibilidad Web de organismos oficiales, asociaciones de pacientes y entidades no lucrativas promotoras de salud de España⁽³²⁾, en el que se constata la escasa visibilidad de estos. La información obtenida en su conjunto permitió orientar la investigación y establecer las referencias documentales en las que se basó la definición del constructo.

Se consideró el término “para la salud” como un concepto relacionado con la alfabetización en salud de los ciudadanos, derivado del concepto inglés “health literacy”, que distinguimos del término “en salud”, que consideramos centrado en la formación de los profesionales de la salud. También definimos en los cuestionarios como aclaración previa al encuestado, que 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.

Para la encuesta se utilizó el método de cuestionario online autocumplimentado de Google Drive y para el estadístico la tecnología de Google Forms y Google Analytics Reports. Se escogieron por las características de diseño, la facilidad de acceso, el almacenaje de resultados, la garantía de estabilidad, el no tener restricciones en número de preguntas y tampoco de categorías de respuestas, así como por la variedad de diseños disponibles. Por otra parte, permite el seguimiento continuo online desde cualquier lugar, en un entorno colaborativo, además de ser gratuito.

El análisis cualitativo se realizó mediante clasificación de las respuestas abiertas en categorías y subcategorías preestablecidas, reformulándolas en algún caso según las respuestas obtenidas y cuantificando las frecuencias utilizando para el tratamiento el programa Aquad 7, que facilita la revisión y coherencia del sistema categorial^(33,34).

La muestra de encuestados fue aleatoria, no probabilística, formada por internautas potenciales usuarios de la sanidad procedentes de la población general. Se distribuyó una hoja explicativa solicitando la colaboración en centros sanitarios de Madrid de atención especializada del Área 4 de gestión, en los vestíbulos de consulta, centros que se consideraron representativos, sin selección previa de encuestados, facilitando enlace web corto. También se publicó a través de Facebook en

los perfiles abiertos de los autores a sus seguidores, solicitando redifusión y al correo electrónico de alumnos, profesores y personal de diversas universidades españolas, solicitando su participación y redifusión, así como a los correos electrónicos profesionales y personales, calculando un total de 10.434 distribuciones de primer nivel.

El periodo de encuesta trascurrió entre julio de 2014 y agosto de 2015 en que se cerró la recogida de respuesta con 998 respuestas, obteniéndose un índice de respuesta 9,56%, debemos considerar esta tasa de respuesta moderada, que proviene de una diversa forma de distribución y divulgación y está influida por diversos factores⁽³⁵⁾.

En el cuestionario, se incluyeron para el perfil del encuestado preguntas de respuesta obligatoria y otras de respuesta libre. Para las preguntas referidas a las características del acceso, a las dificultades encontradas, a las temáticas de búsqueda, se diseñaron, entre otras, preguntas con respuestas de diversas características como la respuesta única, múltiple, dicotómica, de escalas de valoración y de respuesta abierta. Para establecer las propuestas de temática y contenidos, se realizó una consulta previa a un grupo de expertos del área de salud y de educación. Con ello se elaboró una propuesta de cuestionario de encuesta que se pasó por la validación de expertos en salud y en educación, así como otra posterior de usuarios, revisándolo según las sugerencias de mejora recibidas y los errores detectados.

Se realizó el análisis estadístico de la consistencia interna, mediante Alfa de Cronbach. Obtuvo una valoración de 0,84, que podemos considerar buena al estar entre 0,80 y 0,90 y en la Predicción de Spearman-Brown, 0,92, lo que refuerza la necesidad de los ítems incluidos^(36,37).

La validación por expertos nos permitió verificar la pertinencia de los ítems para los objetivos de la investigación y la adecuación para el público al que nos dirigimos, que reforzamos con una prueba con usuarios que

nos permitió pulir el lenguaje y mejorar la comprensión del instrumento⁽³⁸⁾.

Las preguntas abiertas se sometieron al análisis de contenido. Este tipo de análisis cualitativo tiene una larga trayectoria de aplicación en diversos campos^(39,40), 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.

La autoevaluación de las fases del proyecto⁽⁴¹⁾ fue posible mediante una estrategia de seguimiento de las fases de realización y la triangulación entre los datos generales de la sociedad española, informes y estadísticas españolas descritas y 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 uno de los principales pasos metodológicos hacia la articulación de técnicas cualitativo-cuantitativas. Se realizaron cortes de seguimiento en las encuestas: C-193, C-542, C-848 y se realizó un corte final de respuestas al alcanzar los 998 cuestionarios respondidos.

Se realizaron búsquedas de diferencias significativas entre variables categóricas, estudiamos la relación de dependencia entre las categorías de las preguntas cuyos resultados exponemos, el género y la edad, mediante estudio estadístico calculando: Chi-Cuadrado y a partir de esta calculamos la dependencia mediante el Coeficiente de contingencia y V Cramer^(36,42).

Por otra parte, 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, pudimos

observar qué valores de error eran especialmente significativos, considerando que, si el valor absoluto supera el valor de 2, la diferencia entre valor observado y esperable es “anormalmente” grande para condiciones de independencia.

RESULTADOS

Los encuestados de esta investigación facilitaron 974 respuestas validas en relación con la edad, Sexo y nivel de estudios que eran de respuesta obligatoria.

Sexo del encuestado. La pregunta ofrecía dos opciones *Hombre /Mujer*, declarándose mujer el 69,8% de los encuestados y como hombre un 30,2%. La pregunta de la edad se definió de respuesta libre de dos números y se categorizó en rangos siguiendo la encuesta de INE⁽²⁰⁾ a partir de los 15 años. La edad agrupada por rangos resultó: entre 25 y 34 el 22,5%, entre 35 y 44 años un 29,7%, de 45 a 54 el 30,0%, y entre 55 y 64 un 11,0%. Al formar un agrupamiento de edades entre 35 y 54 años, resultó un total del 59,7% de los encuestados.

Nivel de estudios concluido. La pregunta ofreció como resultado (tabla 1) que la mayor concentración de encuestados era en *Educación Universitaria*, seguida de *Educación universitaria postgrado* y de *Educación profesional superior*. Tenían estudios universitarios de todos los niveles el 70,4% y, si consideráramos todos los que tenían estudios superiores, universitarios o no, eran el 89,4% de los encuestados, lo que también consideramos consecuencia de los ámbitos de distribución y definió al grupo como de nivel formativo medio-alto.

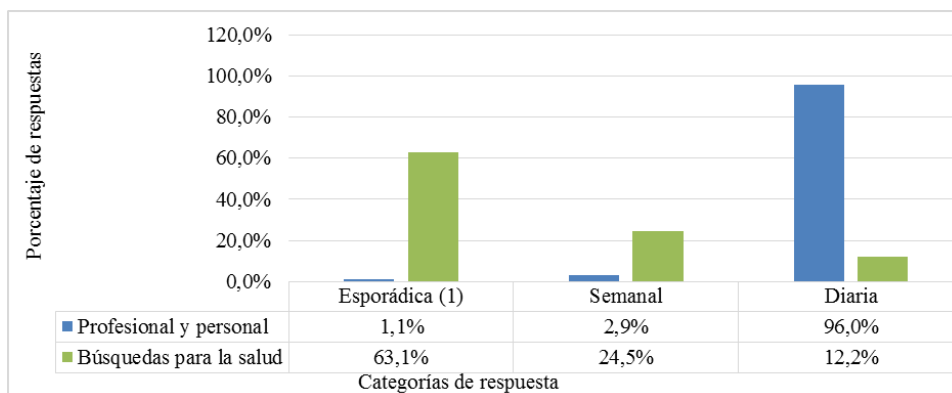
Tecnología usada para el acceso a Internet. En esta pregunta, se obtuvieron 960 respuestas, el resultado fue que la gran mayoría utilizaba para las búsquedas personales o profesionales en Internet de forma preferente el *ordenador* (65,5%), seguido del *teléfono móvil* (Smartphone) (27,0%) y la *tableta* (6,7%); el resto contestaban que indistintamente.

Tabla 1 Nivel de estudios concluidos		
Categorías	Nº Respuesta	%
Sin estudios oficiales	4	0,4
Educación obligatoria	40	4,1
Educación profesional media	59	6,1
Educación profesional superior	164	16,8
Acceso a la Universidad	21	2,2
Educación universitaria	387	39,4
Educación universitaria postgrado	199	20,4
Doctorado	103	10,6
Totales	977	100

Frecuencia de acceso a Internet general y en búsquedas para la salud. En esta pregunta se obtuvieron 970 respuestas, que tras su revisión y categorización ofrecieron unos resultados que reflejaron que este era un grupo con experiencia en el uso de Internet. En la pregunta sobre el grado de utilización de Internet en consultas para la salud, con 968 respuestas, fue del 99,8%,

sumando las distintas frecuencias de consulta. Una comparativa entre la frecuencia de consulta de Internet con fines de temática general personal o profesional, con la realizada sobre información y/o educación para la Salud encontradas, así como la frecuencia quedan reflejadas en la figura 1.

Figura 1
Utilización de Internet en búsquedas de temática general y para la salud



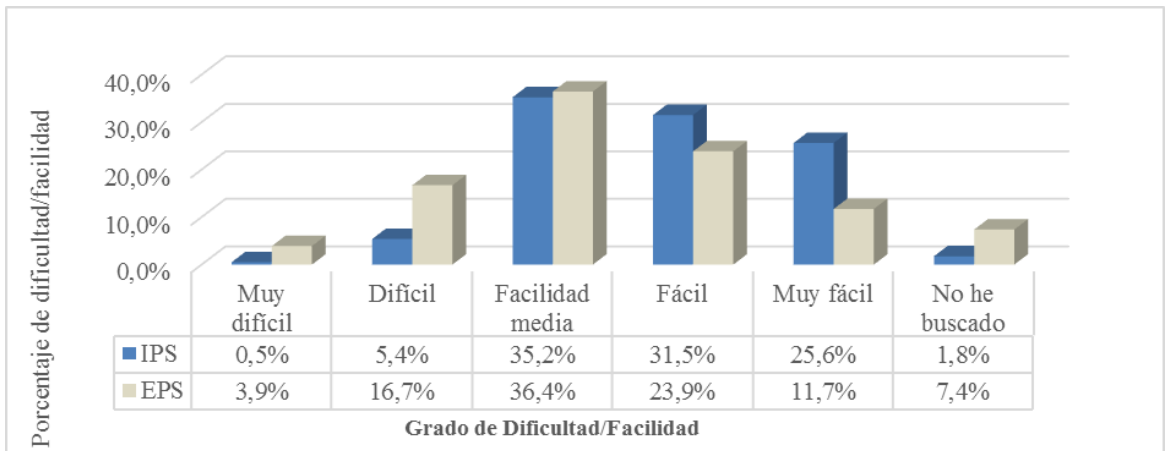
Observamos consistencia en las respuestas analizadas de forma individual, al ser siempre más frecuente la consulta general y profesional, que las específicas de salud en todos los casos. La búsqueda con fines de Salud diaria, semanal o mensual 6,9%, supuso un 43,6% y respondieron que nunca realizan este tipo de búsquedas el 0,2%.

Redes Sociales utilizadas. Se consultó sobre utilización de las redes sociales en sus actividades cotidianas, debiendo indicar además las tres más utilizadas. Se obtuvieron 942 respuestas y el resultado fue que un 98,7% de los encuestados eran usuarios. Los datos que se obtuvieron por número de citas fueron: *Facebook*

(76,3%), *YouTube* (52,4%), *Google+* (40,1%) y *Twitter* (30,4%), y le siguieron a cierta distancia *LinkedIn* con un 18,5%, *Pinterest* con un 5,7% e *Instagram* con el 2,8%.

Grado de dificultad en las búsquedas para la salud y descripción de estas. El grado de dificultad encontrado en las búsquedas, fue preguntado por separado para *Información para la salud* (IPS) y para *Educación para la salud* (EPS). Se encontraron 965 respuestas válidas para la primera y 922 respuestas para la segunda (figura 2). Las respuestas indicaron en la primera pregunta una mayor facilidad que en la segunda para encontrar resultados.

Figura 2
Comparativa del grado dificultad/facilidad en la búsqueda



La búsqueda de información en Internet fue calificada como *fácil* o *muy fácil* por el 57,1% de los encuestados, frente a las búsquedas de educación que alcanzaron solo el 35,6%. En los resultados sobre los que no se buscó nunca información o educación para la salud en entornos digitales, encontramos que el 7,4% no habían buscado para educación, frente al 1,8% que no habían buscado nunca informa-

ción. Para la relación entre las respuestas a estas preguntas y el sexo del encuestado, no encontramos diferencias significativas entre las categorías de sexo y la dificultad en las búsquedas tanto para la pregunta sobre información como en educación para la salud.

De forma complementaria, interesaba conocer el tipo de dificultades en las búsquedas para los fines de información y de educación. Se efectuó una pregunta de respuesta libre y complementaria de la anterior preguntando por separado. Los encuestados respondieron mediante palabras o frases que se categorizaron, que expresaban las percepciones obteniéndose para búsquedas de información para la salud 655 respuestas, mientras sobre educación para la salud solo 196, manteniendo la diferencia de facilidad/dificultad expresada.

Al analizar el contenido aportado, se determinó que se podían agrupar en categorías coincidentes para los dos tipos de búsquedas y que permitían la comparación para las más frecuentes.

En el caso de las búsquedas de información para la salud IPS, las principales descripciones que expresaron en relación con los contenidos se categorizaron por orden de frecuencia: *Fiabilidad Dudosa*, *Contenidos de baja calidad*, *Infoxicación*, *Dificultad para acceder*, *Poca-Ninguna dificultad* y *Busco poco*.

De las respuestas de los encuestados en relación con las dificultades encontradas en las búsquedas de *Información para la salud* (IPS), establecimos 6 subcategorías. Indicamos estas y aportamos 6 evidencias:

- *Fiabilidad dudosa* (35,3%): Los encuestados expresaron dudas derivadas de contenidos, autores no acreditados, publicidad encubierta, falta de referencias, de acreditación, actualización (sin fecha), 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”.

- *Contenidos de baja calidad* (21,1%): Los artículos fueron con frecuencia 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”, “La mayor dificultad es encontrar profundidad en los temas”.

- *Infoxicación* (18,5%): Hubo un exceso de información no acreditada que confundía y dificultaba 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”.

- *Dificultades para acceder* (12,5%): El acceso por temas fue complicado, difícil de entender, tuvo mala accesibilidad o el acceso fue con registro o de pago y las webs oficiales fueron pocas y confusas. Evidencias: “Entender el lenguaje técnico”, “A veces no se encuentran temas específicos”, “A veces hay que registrarse”.

- *Poca-Ninguna Dificultad* (12,1%): Algunos encuestados expresaron que no tenían dificultades. Evidencias: “De momento lo encuentro todo con bastante facilidad”.

- *Busco poco* (0,6%): Fue muy reducido el número de encuestados a los que no interesaba o no utilizaban estas búsquedas. Evidencia:

“No he buscado este tipo de información”.

El relato denotó una abundancia de contenidos, que un 35,3% consideró de fiabilidad dudosa y un 21,1% considera de baja calidad o de información generalista, con resultados contradictorios, y la información se encontró dispersa, desestructurada y sin referencias de calidad, lo que dificultó la elección de las informaciones más fiables. En las alternativas de búsquedas de sitios académicos, fue descrita la dificultad de que la información no era asequible al internauta no profesional, aunque fueran internautas con nivel educativo medio y alto. Solamente un 12,1% de expresiones reflejaron *Ninguna o Poca Dificultad*.

En las respuestas referidas a las búsquedas de Educación para la salud EPS, el perfil descrito difirió en los primeros motivos de dificultad en relación a los de Información para la salud, categorizados como: *Contenidos de baja calidad, Poca oferta Educación, Dificultad para acceder, Fiabilidad dudosa, Poca-Ninguna dificultad, Busco poco*. Describimos estas 6 subcategorías y reflejamos las evidencias aportadas:

- *Contenidos de baja calidad* (32,7%): Los cursos o actividades de formación fueron de baja calidad, generalistas, con textos confusos y 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”, “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”, “Aparecen algunos “cursos” on line que no son sino información tomada de otras webs, expuesta con un cierto orden”.

- *Poca oferta Educación EPS* (27,6%): La oferta fue 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...”.

- *Dificultades para acceder* (16,8%): Existieron dificultades de acceso por ser de pago, con registro o para profesionales. Evidencias: “Poca o escasa accesibilidad a temas interesantes y convincentes”, “a veces hay que registrarse, otras veces hay que ser profesional para acceder”.

- *Fiabilidad dudosa* (14,3%): Hubo dudas sobre la fiabilidad de los sitios web consultados, por no estar acreditados, no conocer autores o no ser de profesionales de prestigio. Evidencias: “Educación para la salud es dónde tengo la sensación de que hay mucho intrusismo de personas no cualificadas”, “En educación para la salud, artículos poco claros y con base científica poco definida”.

- *Poca-Ninguna dificultad* (7,1%): El número de encuestados que indica poca o ninguna dificultad fue mucho menor que para Información, casi la mitad. Evidencias: “Ninguna dificultad para acceso personal, tanto a nivel información como educación”.

- *Busco poco* (1,5%): Encontramos que siendo pocos los encuestados que dieron esta respuesta, fue un número mayor de casos que para Información. Evidencias: “Sobre educación no he buscado”, “La verdad nunca me he preocupado por la búsqueda de educación para la salud”.

Al analizar, tanto para Información como para Educación para la salud, las subcategorías que expresan alguna dificultad en la selección de información fiable y las referidas a la calidad de los contenidos, si las relacionamos con el grado de dificultad (figura 2), encontramos que describían dificultades de búsqueda incluso en las que expresaban en la respuesta de valoración: facilidad media o facilidad, por lo que deducimos que, siendo real la existencia

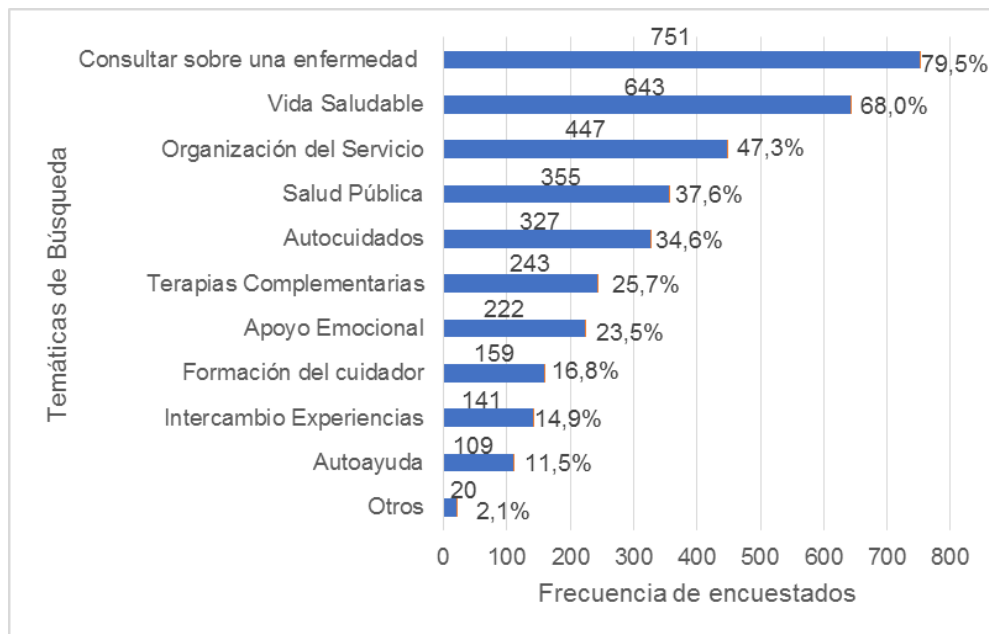
de estas barreras, la valoración y descripción de la dificultad en mayor o menor grado venía derivada de la diferencia en la habilidad personal para superarlas.

Temáticas buscadas para la salud. En la encuesta se obtuvieron 945 respuestas a categorizar, obteniendo 3.417 citas, incluyendo el apartado de “Otros” con las no clasificables. Se creó una nueva categoría a partir de las respuestas, así la categoría *Consultar sobre una enfermedad* 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 permitió incluir: embarazo, lactancia, síndromes (autista y otros), drogodependencias, entre otras, que no podían considerarse una enfermedad, manteniendo “Otros” con los no incluíbles en otros grupos y de escasa frecuencia (figura 3).

Se observó que los dos temas más buscados fueron: *Consulta sobre una enfermedad, síndrome, disfunciones fisiológicas o anatómicas y etapa vital* seguido de *Vida saludable*. Le siguieron a cierta distancia las consultas de tipo administrativo u organizativo: *Organización del Servicio de Salud* (acceso, trámites, documentación, horarios, etc.). Tras ellos se encontraban con porcentajes similares: *Salud pública/epidemiología* (prevención, vacunas, etc.), *Autocuidados*, *Terapias complementarias* y *Apoyo Emocional* entre otras. Aunque existían dos tipos de búsquedas mayoritarias, el abanico de temáticas fue amplio como vemos por los porcentajes de citas, demostrando un alto interés y demanda para su aplicación a una diversidad de situaciones de la vida cotidiana.

Se revisó la influencia de las categorías sexo y edad por separado, con los resultados obtenidos en las categorías incluídas en las preguntas sobre la Tecnología utilizada en las búsquedas,

Figura 3
Temática de las búsquedas en Internet



Redes sociales más utilizadas, Grado de dificultad encontrada en las búsquedas para la salud, tanto para información como para educación y Temáticas de búsqueda para la salud. Los resultados obtenidos pueden verse en las tablas 2 y 3.

Se encontraron valores de dependencia

“Poca” (tabla 2) entre las categorías incluidas en las preguntas estudiadas y el sexo del encuestado. En cuanto a la influencia de la edad se encontró influencia media para las preguntas (P.5.) “Tecnología utilizada para el acceso Internet” y (P.6.) “Redes sociales más utilizadas” (tabla 3).

Tabla 2			
Influencia del sexo en las búsquedas para la salud			
Preguntas realizadas/Categorías	Coefficiente de contingencia *	V Cramer	Dependencia *
P.5. Tecnología utilizada para el acceso a Internet/ Smartphone, Ordenador, Tablet, Otros	0,14567168	0,06585563	Poca
P.6. Redes sociales más utilizadas/ Todas las disponibles	0,11593100	0,04765189	Poca
P.11-A. Grado de dificultad en las búsquedas de Información/ Muy fácil, fácil, facilidad media, difícil, muy difícil, No he buscado	0,09127400	0,03742200	Poca
P.11-B. Grado de dificultad en las búsquedas de Educación/ Muy fácil, fácil, facilidad media, difícil, muy difícil, No he buscado	0,05149553	0,02105279	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.	0,06354353	0,02599471	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 3			
Influencia de la edad en las búsquedas para la salud			
Preguntas realizadas/Categorías	Coefficiente de contingencia *	V Cramer	Dependencia *
P.5. Tecnología utilizada para el acceso a Internet/ Smartphone, Ordenador, Tablet, Otros	0,3068784	0,10748513	Media
P.6. Redes sociales más utilizadas/ Todas las disponibles	0,3174570	0,10586700	Media
P.11-A. Grado de dificultad en las búsquedas de Información/ Muy fácil, fácil, facilidad media, difícil, muy difícil, No he buscado	0,2060036	0,06657537	Poca
P.11-B. Grado de dificultad en las búsquedas de Educación/ Muy fácil, fácil, facilidad media, difícil, muy difícil, No he buscado	0,1773534	0,05699057	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.	0,1289680	0,04112733	Poca

Nota. - * 0 - 0,25: poca dependencia; 0,26 - 0,5: dependencia media; 0,6 - 0,75: alta dependencia; > 0,76: muy alta dependencia

Analizando los residuos tipificados corregidos, calculados en relación con la influencia de la edad, para las dependencias medias encontradas, vemos los resultados en las tablas 4 y 5.

Encontramos que los usuarios de edades más jóvenes, rango de edad entre 16-24 años,

se decantaron por el acceso a internet mediante teléfono móvil el 51,3%, mientras lo hacían por el ordenador un 48,7%, evolucionando las respuestas con la edad a una preponderancia del ordenador, así en el rango de edad de 45 a 54, el 15,1% utilizaba preferentemente el teléfono móvil frente al 76,3% que hacía por ordenador sus accesos a internet.

Tabla 4
Influencia de la Edad en las categorías de la pregunta P.5. Tecnología utilizada para el acceso a Internet. 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 5
Influencia de la Edad en las categorías de la pregunta P.6. Redes sociales más utilizadas/ Todas las disponibles. Residuos tipificados corregidos

Rangos Edad	Redes sociales					
	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
Rangos Edad	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

En cuanto a la influencia de la edad en la utilización de las redes sociales destacó la utilización de Facebook y YouTube, en todos los rangos de edad como redes principales, aunque la utilización desciende con la edad, así Facebook pasaba del 37,0% en el rango de edad de 25-34 años al 28,3% en el rango de 55-64 años. Para YouTube también descendía al incrementarse la edad pasando del 29,6% en el rango de 15-24, al 18,7% en el rango de 55-64 años. Instagram resultó utilizado principalmente por los más jóvenes 7,7% en el rango de 15-24 años pasando al 0,5% entre los 45 a 64 años, las respuestas de encuestados que no utilizaban Ninguna red social se incrementaron con la edad del 0,2% en el rango de 25-34 años, al 4,5 % para mayores de 65 años.

DISCUSIÓN

Los encuestados describen un alto nivel de utilización de internet y redes sociales para fines profesionales y personales. Realizan búsquedas para la salud en internet, en mayor medida de información que de educación para la salud y poseen nivel educativo medio alto. Describen como dificultades principales en Información para la salud: Fiabilidad dudosa, Contenidos de baja calidad e Intoxicación. En Educación para la salud refieren como principales: Contenidos de baja calidad, Dificultad para acceder y Fiabilidad dudosa. La temática de búsqueda más frecuente es Consulta sobre enfermedad, síndrome o estado vital, seguida de las referidas a vida saludable.

Se está produciendo un crecimiento continuo de las búsquedas en Internet de información para la salud, que son realizadas por la casi totalidad de los encuestados y en menor grado las de educación para la salud, siendo las tecnologías más utilizadas el ordenador y el Smartphone que es utilizado preferentemente por los más jóvenes^(21,22), lo que coincide con estudios de referencia. Las redes sociales más utilizadas en todas las edades son Facebook y YouTube, se trata de redes que permiten la relación de profesionales, pacientes y familiares de estos o de grupos de salud

y la descripción de cuidados y autocuidados.

El acceso a búsquedas para la salud se realiza con una frecuencia semanal o diaria por más de una tercera parte de los encuestados y el resto lo realiza esporádicamente según situaciones vitales –embarazo, hijos pequeños, personas dependientes– o en relación con pruebas, enfermedades o síndromes, tanto de ellos como de familiares y allegados.

Los estudios de referencia^(14,18,19,20,43,44) sobre estas consultas, son reducidos en número y no incluyen de forma específica 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.

La frecuencia de búsquedas para la salud presenta un porcentaje del 43,6% para consulta mensual o más frecuente, algo menor al estudio ONTSI⁽¹⁹⁾ 49,6%, en ambas encuestas se detecta y explican una frecuencia de consulta más esporádica o motivada por circunstancias personales o familiares de salud.

En las búsquedas de Información para la salud, las explicaciones de los encuestados sobre las características de facilidad o dificultad describen una abundancia de resultados que genera una intoxicación, que se incrementa en dificultad ante la duda de la fiabilidad de los contenidos, también sobre la interpretación de estos, derivado de las características de las páginas Web. También recogen esa dificultad los informes de Pfizer⁽⁴³⁾ y ONTSI^(19,44), este último plantea que solo 31,7% confía mucho o bastante en esa información, se describen los resultados de las búsquedas como generalistas o de baja calidad y en otros casos alternativamente como textos no asequibles de tipo profesional.

Refieren que se hallan resultados contradictorios entre unos sitios y otros, textos confusos, con frecuencia no figuran autores, ni su profesionalidad, ni la fecha de realización/ actualización, ni las referencias bibliográficas o los enlaces complementarios, no siendo posible comprobar la calidad de los contenidos y sin refrendo institucional. También encuentran falta de especialización, información poco estructurada, y mucha información de unos temas y poca de otros.

En Educación para la salud, sobre la que no hemos encontrado estudios equivalentes, existe una menor demanda, con frecuencia las respuestas de los encuestados no se refieren específicamente al tema, aunque se les pregunta, otros explican que no han realizado búsquedas en ese sentido o que no les interesa. Los encuestados que sí responden específicamente describen dos dificultades de forma muy mayoritaria en las búsquedas en educación: de una parte, contenidos de baja calidad, por ser generalistas, y poca oferta que se reduce a temáticas concretas, siendo un número reducido tanto los gratuitos como los de pago.

De las respuestas se deduce que los cursos gratuitos en muchas ocasiones son una serie de textos sin apoyo de seguimiento, tutor o interacción para consulta de dudas, y las actividades no tienen diseños pedagógicos, por lo que deben considerarse más bien una colección de monografías. En las actividades de pago las dificultades expresadas son: la duda sobre la calidad en las actividades, incrementada por las deficiencias detectadas en las gratuitas, que no pueden disiparse al requerir de inscripción y pago para consultar más a fondo las ofertas, esto genera una barrera que reduce la participación.

La descripción de las dificultades encontradas en las búsquedas debemos valorarla desde la perspectiva de que han sido realizadas por internautas de nivel educativo medio alto, lo que conlleva una mayor alfabetización en salud⁽¹⁴⁾, siendo reducida la participación de mayores de 65 años, edad en la que se detecta una disminución de uso más importante^(14,18).

La frecuencia de utilización de Internet es también alta, por lo que los usuarios encuestados tienen mayores recursos de conocimiento para poder superar estas barreras, que aun así describen ampliamente y consideran frecuentes. El sexo no marca diferencia en el grado de dificultad, como indican estudios en España y la UE^(14,18).

En relación con las temáticas de búsqueda, los resultados obtenidos en esta investigación son comparables con diversos estudios^(14,18,19,20,43,44). La temática más buscada es con motivo de etapas vitales, enfermedades, síndromes, pruebas, propias o de allegados y con frecuencia algo menor, sobre vida saludable, le siguen con menor interés las consultas de tipo administrativo sobre el servicio de salud que les prestan, seguidas de las de prevención y autocuidados y, menos demandadas, las terapias complementarias.

Realizamos la búsqueda de dependencia entre categorías de sexo y edad con las establecidas para las preguntas sobre: Tecnología utilizada para el acceso a Internet, Redes sociales más utilizadas, Grado de dificultad en las búsquedas de Información y de Educación, Temáticas de búsqueda, han resultado de poca dependencia, salvo la de edad con Tecnología utilizada para el acceso a Internet y Redes sociales más utilizadas, que han resultado de dependencia media, por lo que sería necesario un estudio individualizado y más amplio, pues presentan variaciones en algunas categorías que se desvían de las condiciones de independencia.

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 inferior a 25 años y superior a 65, lo que impide estudiar 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 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.

Por último, se han encontrado dificultades para encontrar fuentes nacionales públicas comparativas y específicamente sanitarias, los principales estudios divulgados están enfocados desde la perspectiva de la utilización de la tecnología, sus características y aplicaciones e-salud, y se han realizado desde ámbitos diferentes al sanitario.

La creciente utilización de internet en la búsqueda de información y educación para la salud por los ciudadanos, se está desarrollando en un contexto de dudosa calidad de contenidos y de garantías de comprensión por los internautas, sin embargo estas deberían ayudar en la comprensión y realización de los cuidados y autocuidados, por lo que si estos producen equívocos o errores pueden causar un perjuicio para la salud, incluso podría influir negativamente en la relación con el sistema sanitario y sus profesionales. Si el profesional de la salud facilita lugares de consulta adecuados y fiables a los pacientes, evita que la infoxicación que inunda las redes les perjudique, no siendo ya una opción la oposición a las búsquedas en internet.

Para que la información o educación para la salud genere conocimiento y ayude en la mejora de la salud, esta debe ser fiable, de calidad, estar estructurada con ese fin y contar con la orientación de profesionales. Los actores sociales y principalmente los poderes públicos, responsables de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, deben abordar planes para elaborar soportes que proporcionen contenidos estructurados, asequibles y de calidad, que permita una interconexión con los conocimientos aportados por sitios web de calidad, públicos, privados y del tercer sector, organizando la acreditación de estos.

Consideramos que los diseños en educación para la salud deben evolucionar y promover una actitud y capacitación de la persona en la gestión de su propia salud, en la gestión de la información y formación, así como concienciar en la necesidad de los cambios personales, sociales y ambientales adecuados, promoviendo comportamientos que evolucionen hacia formas de vida saludables.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración imprescindible de los validadores y encuestados. También las sugerencias de mejora del revisor que nos han permitido perfeccionar este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barceló, T., Cabezuelo, F., Sánchez, M. Ciudades inteligentes y Apps para la ciudadanía: Análisis de casos pioneros en España. Anuario Electrónico de Estudios en Comunicación Social "Disertaciones", 2017. 10(2), 225-236. Recuperado 30/05/2018. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/disertaciones/a.5106>.
2. Bustos, A., Coll, C. Los entornos virtuales como espacios de enseñanza y aprendizaje. Una perspectiva psicoeducativa para su caracterización y análisis. Revista Mexicana de Investigación Educativa. RMIE, enero-marzo 2010, Vol. 15, Núm. 44, pp. 163-184. Recuperado: 30/05/2018. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662010000100009.
3. Organización Mundial de la Salud OMS. Nuevos métodos de educación sanitaria en atención primaria de salud. Serie Informes Técnicos n° 690. Ginebra. OMS.1983. Recuperado 20/07/2016. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_690_spa.pdf.
4. Garrido, D. Coord. Autores: Serrano, M.M., Fernández, C. Derechos y obligaciones de los ciudadanos/as en el entorno digital. Doc. 195/2017. Fundación Alternativas. 2017. Recuperado: 30/05/2018. Disponible en: <http://www.fundacionalternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/derechos-y-obligaciones-de-los-ciudadanos-as-en-el-entorno-digital>.
5. Cortes Generales. Constitución española. Boletín Oficial del Estado BOE núm. 311, de 29/12/1978, BOE-A-1978-31229. Art. 43. España. 1978. Recuperado: 22/10/2015. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>.
6. Jefatura del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado BOE núm.

- 102, de 29 de abril de 1986. artículo 3, apartado 1. España. 1986. Referencia: BOE-A-1986-10499. Recuperado: 22/10/2015. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499.
7. Jefatura del Estado. 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 España. 2002. BOE-A-2002-19968. Recuperado: 22/04/2016. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188&tn=2>.
8. Barroso, C. Sociedad del Conocimiento y entorno digital. Teoría de la Educación, Educación y Cultura en la Sociedad de la Información, vol. 14, núm. 3, Sep.-dic, 2013, pp. 61-86. Universidad de Salamanca. Salamanca. España. Recuperado: 30/05/2018. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=201029582004>.
9. De la <<in>formación a la información basada en la evidencia. Enfermería Intensiva. 2013; 24:1-2 - DOI: 10.1016/j.enfi.2013.01.003. Recuperado: 30/05/2018. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-de-informacion-informacion-basada-evidencia-S1130239913000205>.
10. Salleras, L. Educación sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones. Madrid, España. Ediciones Díaz de Santos. 1985. p. 35.
11. Organización Mundial de la Salud. OMS. Glosario Promoción de la Salud 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. OMS. Ginebra. OMS. 1998. p. 11 Recuperado: 20/07/2016. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf
12. Flecha, A.; Ruiz, L.; y Vrečer, N. La alfabetización en salud y el empoderamiento de las comunidades. Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, (427). Barcelona: Universidad de Barcelona, 2013. [ISSN: 1138-9788]. Recuperado: 20/09/2016. Disponible en: <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-427/sn-427-5.htm>
13. Ferguson, T., Dir. Equipo de Trabajo Académico de e-Pacientes: Dreiss, M., Fox, S. Frydman, G., Graedon, J., Graedon, T., Greene, A., Greene, Ch., Grohol, J., Hoch, D., Smith, Ch., Smith, C., 2007. Gabarrón, E. y Fernández, L. Coord. Ed español. e-pacientes: como nos pueden ayudar a cuidar mejor la salud 2007. Recuperado: 20/05/2016. Disponible en: <http://e-patients.net/u/2011/11/Libro-blanco-de-los-e-Pacientes.pdf>.
14. The European Health Literacy Project. HLS-EU Consortium. 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) Maastricht: HLS-EU Consortium. 2012. Recuperado 02/10/2017. Disponible en: <https://inthehealth.mumc.maastrichtuniversity.nl/health-literacy-hls-eu> https://docs.wixstatic.com/ugd/76600e_81f8001e7ddc4df198e023c8473ac9f9.pdf
15. Jovella, A.J. et al. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario Revista Atención Primaria 2006 núm. 38, p. 234-7. Recuperado 02/08/2017 Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265670670484X>.
16. Hogue M-CB, Doran E, Henry DA. A Prompt to the Web: The Media and Health Information Seeking Behaviour. PLoS ONE 7(4): e34314. Publicado: el 3 abril 2012 doi:10.1371/journal.pone.0034314. Recuperado: 27-07-2016. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0034314>.
17. Medlock, S. et al. Health Information-Seeking Behavior of Seniors Who Use the Internet: A Survey. Journal Medical Internet Research 2015; 17 (1):e10. DOI: 10.2196/jmir.3749. PMID: 25574815. PMCID: 4296102. Recuperado: 05/08/2016. Disponible en: <http://www.jmir.org/2015/1/e10>.
18. Fundación Telefónica. Informe anual sobre la sociedad de la Información. Informe e-España 2015. p. 50 Recuperado: 20/10/2015. Disponible en: <http://www.fundaciontelefonica.com/artecultura/publicaciones-listado/pagina-item-publicacion/itempubli/483/>.
19. 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 2016. Madrid: ONTSI - Ministerio de Industria, Energía y Turismo MINETUR. p. 19 y 80. Recuperado: 25/07/2016. Disponible en: <http://www.ontsi.red.es/ontsi/es/estudios-informes/los-ciudadanos-ante-la-e-sanidad-opiniones-y-expectativas-de-los-ciudadanos-sobre->
20. Instituto Nacional de Estadística (INE). 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. 2016 Recuperado: 20/01/2017 Disponible en: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176741&menu=ultiDato_s&idp=1254735976608. <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=3030>.
21. Cantillo, C., Roura, M., Sánchez, A.. Tendencias actuales en el uso de dispositivos móviles en educación. La Educación Digital Magazine (147). Educational Portal of the Americas – Department of Human Development,

- Education and Culture© OEA-OAS. 2012. ISSN 0013-1059. Recuperado: 20/03/2016. Disponible en: http://educoas.org/portal/la_educacion_digital/147/pdf/ART_UNNED_EN.pdf .
22. Carrion, C., Arroyo Moliner, L, Castell, C., Puigdomènech E, Gómez SF, Domingo L, Espallargues M. Utilización del teléfono móvil para el fomento de hábitos saludables en adolescentes. Estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública*. 2016; Vol. 90; 3 de noviembre e1-e11. Recuperado: 24/03/2017. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100422&lng=en&nrn=iso.
23. Moreno, J.F. Estadística para ciencias sociales. Bogotá: Universidad Externado de Colombia. 2017.
24. Gideon, L. Handbook of Survey Methodology for the Social Sciences. New York: Springer Science & Business Media. 2012.
25. Babbie, E. R. Métodos de investigación por encuestas. Madrid: Fondo de Cultura Económica. 1993.
26. Hartas, D. Educational Research and Inquiry: Qualitative and Quantitative Approaches. Londres: Bloomsbury Publishing. 2015.
27. Johnson, T. P. (2014) Handbook of Health Survey Methods. San Francisco: John Wiley & Sons. 2015.
28. Gil Pascual, J. A. Técnicas e instrumentos para la recogida de información. Madrid: UNED. 2016.
29. Babione, C. A. Practitioner Teacher Inquiry and Research. San Francisco: John Wiley & Sons. 2014.
30. Engel, U., Jann, B., Lynn, P., Scherpenzeel, A. y Sturgis, P. Improving Survey Methods: Lessons from Recent Research. New York: Routledge. 2014.
31. Beebe, J. Rapid Qualitative Inquiry: A Field Guide to Team-Based Assessment. Lanham: Rowman & Littlefield. 2014.
32. Marina, J., Feliz, T. Visibilidad Web de Organismos oficiales, Asociaciones de pacientes y entidades no lucrativas promotoras de salud de España. II Jornadas Doctorado 2016. Escuela Internacional de Doctorado. UNED. Madrid.
33. Huber, G. L. & Gürtler, L. AQUAD 7. Manual del programa para analizar datos cualitativos (1. ed. 2003, Tübingen: Ingeborg Huber Verlag). Tübingen: Günter Huber. 2012. Recuperado 24-10-16. Disponible: www.aquad.de.
34. Drisko, J. y Maschi, T. Content Analysis. Oxford: Oxford University Press. 2015.
35. De Rada, V.D. Diseño y elaboración de cuestionarios para la investigación comercial. Madrid: ESIC. 2001.
36. 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>.
37. 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 en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009&lng=en&tlng=es.
38. 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 en: <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/r/psi/article/view/1308>.
39. Schreier, M. Qualitative Content Analysis in Practice. Newcastle: SAGE. 2012
40. Costa, P., Reis, L. P., Sousa, F. N., Moreira, A. y Lamas, D. Computer Supported Qualitative Research. Volume 71, Studies in Systems, Decision and Control. Berlin: Springer. 2016.
41. Callejo, J. y Viedma, A. Proyectos y estrategias de investigación social: la perspectiva de la intervención. Madrid, España: Ed. McGraw-Hill. 2006.
42. De Arce, R. NOTAS DE CLASE Introducción a la Econometría: Tablas de contingencia (cross-tab): buscando relaciones de dependencia entre variables categóricas. Recuperado: 07/10/2017. Disponible en: https://www.uam.es/personal_pdi/economicas/rarce/pdf/tablas_contingencia.pdf.
43. Pfizer. Encuesta El rol de Internet en el proceso de consulta de la información sobre salud 2010 Alcobendas. 2010. p. 15. Recuperado: 12/08/2015. Disponible https://www.pfizer.es/docs/pdf/noticias/Resultados_encuesta_Pfizer.pdf.
44. Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones ONTSI 2012 Las TIC en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: ONTSI - Ministerio de Industria, Energía y Turismo MINETUR. Julio 2012. p. 51. 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>.

Anexo 1

Preguntas del cuestionario de encuesta seleccionadas para este artículo

Preguntas obligatorias

P. 1.- Sexo: Hombre / Mujer

P. 2.- Indique su edad

P. 3.- Nivel educativo concluido: Educación Obligatoria, Educación profesional media, Educación profesional superior, Educación universitaria, Educación universitaria de postgrado, Doctorado, Sin estudios oficiales, Otro.

Preguntas específicas

P. 4.- Indique la frecuencia con la que utiliza Internet con fines personales o profesionales. Diaria, Semanal, Mensual, Esporádicamente, Otro.

P. 5.- Indique el tipo de tecnología que más utiliza en estas búsquedas de información: Ordenador, Teléfono móvil, Tablet, Otro.

P. 6.- Indique cuales son las Redes Sociales que más utiliza. (con un máximo de 3). Selecciona todos los que correspondan. Facebook, Twitter, YouTube, MySpace, Flickr, LinkedIn, Tuenti, Google+, Pinterest, Menéame, Bitácoras, Vimeo, Otro.

P. 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, Otro.

P. 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). Marca solo un óvalo por fila.

Información para la salud. Opciones: Muy difícil, Difícil, Facilidad media, Fácil, Muy fácil, No he buscado.

Educación para la salud. Opciones: Muy difícil, Difícil, Facilidad media, Fácil, Muy fácil, No he buscado.

P. 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. Respuesta libre para categorizar.

P. 22.- Indique que tipo de información y/o educación para la salud buscó: (puede exponer varias o incluir otras) Selecciona todos los que correspondan. Categorías preestablecidas: 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.), Otro.