

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título: CONSUMO DE DIVULGACIÓN SANITARIA EN REDES SOCIALES Y SU ASOCIACIÓN CON EL AUTOCUIDADO EN USUARIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA: EL PAPEL MEDIADOR DE LA ALFABETIZACIÓN DIGITAL EN SALUD.

Alumno: García Caballero, María

Tutor: Giménez Andreu, María Rosario

Cotutor: López Pineda, Adriana

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria Curso: 2025-2026

RESUMEN

En los últimos años, el consumo de información sanitaria a través de redes sociales ha experimentado un crecimiento exponencial, consolidándose como una fuente habitual de consulta para la población general. Este fenómeno ha facilitado el acceso a contenidos de divulgación en salud, pero también ha incrementado la exposición a información de calidad variable. En este contexto, la alfabetización digital en salud adquiere un papel fundamental al influir en la capacidad para buscar, comprender y evaluar críticamente la información sanitaria disponible en entornos digitales.

El objetivo de este estudio es analizar la asociación entre el consumo de divulgación sanitaria en redes sociales y el nivel de autocuidado en usuarios de Atención Primaria, evaluando el posible papel mediador de la alfabetización digital en salud.

Se propone un estudio observacional analítico de corte transversal en usuarios adultos de Atención Primaria. Se prevé reclutar entre 275 y 300 participantes mediante muestreo no probabilístico consecutivo. El nivel de autocuidado se evaluará mediante la escala ASA-R, la alfabetización digital en salud mediante la escala eHEALS y el consumo de divulgación sanitaria mediante un cuestionario ad hoc. Se realizarán análisis descriptivos, bivariantes, regresión lineal múltiple y un análisis exploratorio de mediación estadística para evaluar el posible papel mediador de la alfabetización digital en salud, ajustando por variables sociodemográficas y clínicas.

Los resultados podrán contribuir al diseño de estrategias de alfabetización digital en salud y al desarrollo de intervenciones orientadas a promover un autocuidado informado y seguro en Atención Primaria.

ÍNDICE

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO	1
3. JUSTIFICACIÓN	4
4. OBJETIVOS	5
5. METODOLOGÍA.....	6
5.1 DISEÑO DE ESTUDIO	6
5.2 POBLACIÓN DIANA Y POBLACIÓN A ESTUDIO	6
5.3 CRITERIOS INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	7
5.4 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	7
5.5 CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA. MÉTODO DE MUESTREO.....	9
5.6 MÉTODO RECOGIDA DE DATOS.....	10
5.7 VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	11
5.8 DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO	13
5.9 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	13
5.10 CONTROL DE CALIDAD, SESGOS Y GESTIÓN DE DATOS	15
6. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.....	16
7. LIMITACIONES	17
8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
9. CALENDARIO Y CRONOGRAMA PREVISTO.....	20
10. PRESUPUESTO.....	21
11. BIBLIOGRAFÍA.....	22
12. ANEXOS	25

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la asociación entre el consumo de divulgación sanitaria en redes sociales y el nivel de autocuidado en usuarios de Atención Primaria, y qué papel desempeña la alfabetización digital en salud en dicha relación?

Dado que se trata de un estudio observacional analítico, esta pregunta se estructura siguiendo el modelo PECO (Población, Exposición, Comparación y Outcome/ Resultado):

- **P (Población):** usuarios adultos de Atención Primaria.
- **E (Exposición):** consumo de divulgación sanitaria en redes sociales.
- **C (Comparación):** bajo o nulo consumo de divulgación sanitaria en redes sociales, frente a consumo moderado/alto.
- **O (Resultado):** nivel de autocuidado.

Hipótesis principal: un mayor consumo de divulgación sanitaria en redes sociales se asociará con mayor nivel de autocuidado, y esta asociación estará parcialmente mediada por la alfabetización digital en salud.

Hipótesis secundaria: Mayores niveles de alfabetización digital en salud se asociarán con mayores niveles de autocuidado en usuarios de Atención Primaria.

2. MARCO TEÓRICO

El autocuidado constituye un elemento central en la disciplina enfermera, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria, donde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son pilares fundamentales. El interés por el autocuidado como concepto estructurador del cuidado enfermero comienza a consolidarse a mediados del siglo XX, en un contexto de evolución de la disciplina hacia modelos más centrados en la persona y

su capacidad de agencia. En este marco, modelos teóricos como el de Dorothea Orem, desarrollado a partir de la década de 1950 y formalizado en 1971 con la Teoría del Déficit de Autocuidado, sitúan al individuo como agente activo en el mantenimiento de su salud, destacando la importancia de su capacidad para tomar decisiones informadas. De forma complementaria, Virginia Henderson, cuya obra se desarrolla entre las décadas de 1950 y 1960, subraya la necesidad de fomentar la independencia de la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas, otorgando a la educación para la salud un papel esencial dentro de la práctica enfermera (1,2).

En este contexto, el acceso a la información sanitaria ha sido históricamente un factor clave en el desarrollo del autocuidado. La irrupción de internet a finales del siglo XX y, posteriormente, la aparición de las redes sociales a principios del siglo XXI, han supuesto un cambio significativo en los modelos de comunicación en salud. Plataformas como Facebook (2004), YouTube (2005) o Twitter (2006) marcaron el inicio de un nuevo paradigma comunicativo caracterizado por la inmediatez, la accesibilidad y la participación activa de los usuarios (3).

En España, el desarrollo de las redes sociales ha seguido una evolución similar, con una rápida penetración en la población durante la última década. En este sentido, datos recientes reflejan un elevado grado de digitalización de la población: el 95,4% de las personas de entre 16 y 74 años ha utilizado Internet en los últimos tres meses, y el 90,0% lo hace a diario, mientras que el 66,2% dispone de habilidades digitales básicas o avanzadas. Este contexto favorece la consolidación de los entornos digitales como espacios habituales de acceso a la información, incluyendo la información sanitaria (4). Según diferentes estudios, en España, más del 60% de los ciudadanos utiliza internet para consultar información relacionada con la salud, siendo más del 20% los que acuden de manera directa a las redes sociales, donde personas de relevancia o *influencers* son los que brindan dicha información (5).

Este fenómeno ha favorecido la aparición de la denominada divulgación sanitaria digital, entendida como la difusión de contenidos relacionados con

la salud a través de redes sociales, en la que participan tanto profesionales sanitarios como población general.

El consumo de información sanitaria en redes sociales ha ido aumentando progresivamente, consolidándose como una práctica habitual entre los pacientes. Sin embargo, esta evolución ha venido acompañada de importantes desafíos, especialmente en relación con la calidad y fiabilidad de los contenidos. La coexistencia de información basada en evidencia científica con contenidos erróneos, incompletos o descontextualizados puede influir en la toma de decisiones en salud y, por tanto, en las conductas de autocuidado (6).

Ante esta situación, la alfabetización en salud, y más concretamente la alfabetización digital en salud (eHealth literacy), adquiere un papel fundamental. Este concepto, definido por la Organización Mundial de la Salud como *“la habilidad para buscar, acceder, entender, evaluar, validar y aplicar información de salud en línea. La capacidad para formular y expresar preguntas, opiniones, pensamientos o sentimientos al usar dispositivos digitales, y la frecuencia con la que las personas utilizan diferentes recursos de salud provenientes de fuentes y recursos digitales, como consultas en video en línea, registros de salud personales digitales, redes sociales, aplicaciones relacionadas con la salud, etc., para promover la salud”*, se configura como un determinante clave en la capacidad de los individuos para desenvolverse en el entorno digital y tomar decisiones informadas (7). Sin embargo, en el siglo XXI, el término alfabetización en salud debe ser reconsiderado, incorporando las fuentes o el entorno en el que en mayor medida los individuos acceden para buscar información sobre aspectos de salud y bienestar, siendo este el entorno digital. La evidencia científica ha demostrado que niveles adecuados de alfabetización en salud se asocian con mejores resultados en salud y una mayor capacidad de autocuidado. Sin embargo, a pesar del creciente uso de redes sociales como fuente de información sanitaria, la relación entre su consumo, la alfabetización digital

en salud y el autocuidado ha sido escasamente explorada de forma conjunta, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria (8).

A pesar de la creciente relevancia de estos factores, la evidencia disponible sobre la relación entre el consumo de divulgación sanitaria en redes sociales y el autocuidado es aún limitada, especialmente en el contexto de la Atención Primaria. Asimismo, el posible papel de la alfabetización digital en salud en esta relación ha sido escasamente abordado en la literatura, lo que pone de manifiesto la existencia de un área de conocimiento en desarrollo dentro del ámbito de la salud comunitaria.

3. JUSTIFICACIÓN

En el contexto actual de creciente digitalización de la salud, los usuarios de Atención Primaria acceden de forma habitual a información sanitaria fuera del ámbito asistencial, especialmente a través de redes sociales (9). Este cambio de paradigma plantea importantes retos para los profesionales de la salud, particularmente en el ámbito de la Atención Primaria, donde el autocuidado constituye un eje fundamental de la práctica clínica.

La información disponible en entornos digitales es amplia y heterogénea, y con frecuencia carece de una adecuada base científica, lo que puede influir tanto positiva como negativamente en sus conductas de salud (10). Esta situación resulta especialmente relevante en un contexto en el que la divulgación sanitaria en redes sociales está en auge sobre todo en la población más joven (11) y donde la participación de figuras no sanitarias, en ocasiones motivadas por intereses comerciales, puede contribuir a la difusión de contenidos potencialmente perjudiciales para la salud (12).

Diversos estudios han señalado, además, que una parte de la población presenta dificultades para discriminar la calidad de la información en salud en entornos digitales, lo que pone de manifiesto la relevancia de la alfabetización digital en salud (13).

A pesar del creciente interés por el uso de redes sociales en el ámbito sanitario, la evidencia disponible ha abordado de forma limitada la relación entre el consumo de divulgación sanitaria en estos entornos y el autocuidado, especialmente en el contexto de la Atención Primaria. Asimismo, el papel que puede desempeñar la alfabetización digital en salud como mecanismo explicativo de esta relación continúa siendo un aspecto poco explorado.

El presente estudio resulta pertinente por varios motivos. En primer lugar, aborda un fenómeno actual y de elevada prevalencia en la población general, como es el consumo de información sanitaria en redes sociales. En segundo lugar, se centra en el autocuidado como resultado clínicamente relevante en Atención Primaria. En tercer lugar, incorpora un enfoque analítico mediante el estudio de la mediación, lo que permite avanzar en la comprensión de los mecanismos implicados más allá de la mera descripción. Finalmente, los resultados pueden tener una aplicación directa en la práctica enfermera, contribuyendo al diseño de intervenciones orientadas a mejorar la alfabetización digital en salud y promover un autocuidado informado, crítico y seguro.

La elección de un diseño observacional transversal se considera adecuada como primera aproximación analítica, al permitir explorar la asociación entre las variables de interés en una muestra accesible de usuarios de Atención Primaria. Aunque este diseño no permite establecer relaciones causales, sí puede generar evidencia útil para el desarrollo de futuras intervenciones educativas y estudios longitudinales.

4. OBJETIVOS

Objetivo general: Analizar la asociación entre el consumo de divulgación sanitaria en redes sociales y el nivel de autocuidado en usuarios adultos de Atención Primaria, evaluando el papel mediador de la alfabetización digital en salud.

Objetivos específicos:

- Describir el nivel de consumo de divulgación sanitaria en redes sociales, el nivel de autocuidado y el nivel de alfabetización digital en salud en usuarios de Atención Primaria.
- Analizar la asociación entre el consumo de divulgación sanitaria en redes sociales y el nivel de autocuidado.
- Evaluar el papel mediador de la alfabetización digital en salud en la relación entre el consumo de divulgación sanitaria en redes sociales y el nivel de autocuidado.

5. METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO DE ESTUDIO

Se plantea un estudio observacional, analítico, de corte transversal, en usuarios de Atención Primaria, realizado mediante cuestionario autoadministrado o administrado con apoyo del equipo investigador. El diseño se ajustará a las recomendaciones STROBE para estudios observacionales transversales, especialmente en la definición de población, variables, sesgos, tamaño muestral, métodos estadísticos y limitaciones (14).

No se trata de un estudio experimental ni de una intervención educativa; por tanto, no habrá asignación aleatoria, grupo control ni seguimiento longitudinal.

5.2 POBLACIÓN DIANA Y POBLACIÓN A ESTUDIO

La población diana del estudio estará constituida por usuarios adultos que acuden a consulta de enfermería en el ámbito de la Atención Primaria.

La población a estudio estará formada por usuarios adultos adscritos a un centro de salud de Atención Primaria que acudan a consulta de

enfermería durante el periodo de recogida de datos y que cumplan los criterios de inclusión establecidos.

5.3 CRITERIOS INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

-Criterios inclusión:

Tener 18 o más años de edad. Haber sido atendido en consulta de enfermería en el centro durante los últimos 12 meses. Presentar capacidad para comprender y cumplimentar el cuestionario y aceptar participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

-Criterios exclusión: Quedarán excluidos del estudio todos aquellos que: posean un deterioro cognitivo moderado-grave o barrera idiomática importante y que se encuentren en una situación clínica aguda que desaconseje la participación en el momento de la recogida de datos

5.4 ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para la elaboración del estudio, se realizó una búsqueda bibliográfica durante los meses de marzo y abril en diferentes bases de datos biomédicas, entre las que se incluyen PubMed, CUIDEN y LILACS, así como en organismos oficiales y documentos institucionales relevantes en el ámbito de la salud.

La estrategia de búsqueda se llevó a cabo mediante la combinación de descriptores en ciencias de la salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH). Estos términos se combinaron utilizando los operadores booleanos AND y OR, con el fin de ampliar la sensibilidad de la búsqueda mediante la inclusión de términos equivalentes en español e inglés. Las principales estrategias de búsqueda empleadas se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Estrategias de búsquedas utilizadas

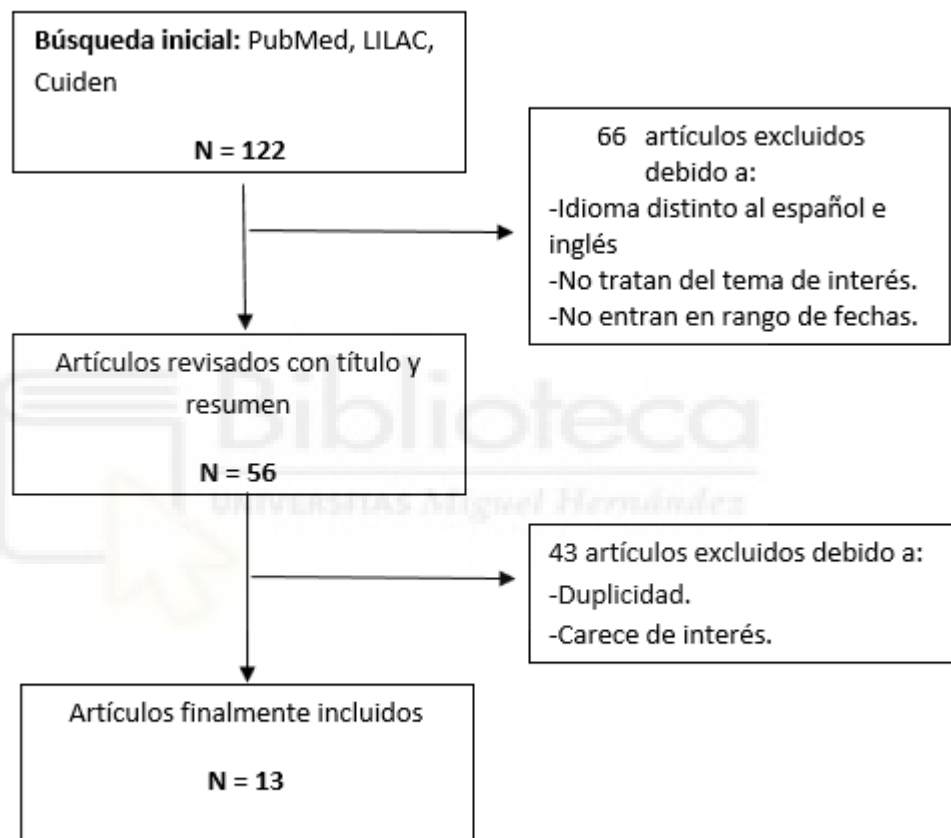
Base de datos	Estrategia de búsqueda
PubMed	("Primary Health Care"[Mesh] OR "Primary Health Care") AND ("Social Media"[Mesh] OR "Social Media") AND ("Self Care"[Mesh] OR "Self Care")
PubMed	("Social Media"[Mesh] OR "Social Media") AND ("Health Literacy"[Mesh] OR "Health Literacy") AND ("Self Care"[Mesh] OR "Self Care")
Lilacs	("Medios de Comunicación Sociales" OR "Social Media") AND ("Alfabetización en Salud" OR "Health Literacy") AND ("Autocuidado" OR "Self Care")
CUIDEN	("Atención Primaria de Salud" OR "Primary Health Care") AND ("Medios de Comunicación Sociales" OR "Social Media") AND ("Autocuidado" OR "Self Care")

Como criterios de búsqueda, se priorizaron artículos publicados en los últimos años, preferentemente a partir de 2020, con el fin de garantizar la actualidad de la evidencia científica, en idioma español e inglés. Asimismo, se priorizó la consulta de artículos disponibles a texto completo para permitir una evaluación completa de su contenido.

Se incluyeron estudios relacionados con el consumo de información sanitaria en redes sociales, la alfabetización digital en salud y el autocuidado, especialmente aquellos realizados en población adulta y en el ámbito de la Atención Primaria o contextos asistenciales similares. Se excluyeron documentos duplicados, publicaciones no relacionadas con los objetivos del estudio y trabajos cuya información no aportaba evidencia relevante para la elaboración del marco teórico y la justificación.

Asimismo, se revisaron las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados con el objetivo de identificar estudios relevantes adicionales. El proceso de selección de estudios se representa de forma esquemática en la Figura 1.

Figura 1: Diagrama de flujo



5.5 CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA. MÉTODO DE MUESTREO.

El tamaño muestral se estimó con el objetivo de analizar la asociación entre el consumo de divulgación sanitaria en redes sociales y el nivel de autocuidado, considerando el posible papel mediador de la alfabetización digital en salud, mediante modelos de regresión lineal múltiple.

Para ello, se contempló un modelo con hasta seis variables predictoras principales (consumo de divulgación sanitaria, alfabetización digital en salud, edad, sexo, nivel educativo y presencia de enfermedad crónica). Asumiendo un tamaño del efecto pequeño-moderado ($f^2 = 0,06$), un nivel de confianza del 95% y una potencia estadística del 80%, se estimó un tamaño muestral mínimo de 234 participantes.

Con el fin de compensar posibles pérdidas, cuestionarios incompletos o datos no válidos, se incrementó el tamaño muestral en un 15%, estableciéndose un tamaño muestral final de 276 participantes. Como criterio operativo, se propone reclutar entre 275 y 300 usuarios.

El muestreo será de tipo no probabilístico consecutivo, incluyendo a todos los usuarios que acudan a consulta de enfermería en Atención Primaria durante el periodo de recogida de datos y que cumplan los criterios de inclusión establecidos.

Con el objetivo de mejorar la representatividad de la muestra y minimizar posibles sesgos de selección, la recogida de datos se realizará en diferentes días de la semana y en distintos turnos (mañana y tarde). Asimismo, se valorará la posibilidad de incluir más de un centro de salud. Adicionalmente, se registrará el número de usuarios invitados a participar, así como el número de participantes y rechazos, con el fin de evaluar la tasa de participación, sin recoger en ningún caso datos identificativos de las personas que declinan participar.

5.6 MÉTODO RECOGIDA DE DATOS

Los participantes serán seleccionados entre los usuarios que acudan a consulta de enfermería en Atención Primaria y que cumplan los criterios de inclusión. La identificación de posibles participantes será realizada por el equipo investigador sin interferir en la actividad asistencial habitual.

A los usuarios seleccionados se les proporcionará información verbal sobre el estudio, así como una hoja informativa detallada. Aquellos que

acepten participar deberán firmar el consentimiento informado antes de proceder a la cumplimentación del cuestionario.

El cuestionario será autocumplimentado por los participantes. Una vez finalizado, se realizará una revisión básica para comprobar la completitud de las respuestas, sin influir en las mismas. Los datos recogidos serán seudonimizados mediante la asignación de un código numérico no reversible, de forma que la base de datos utilizada para el análisis no contendrá identificadores directos de los participantes. El consentimiento informado se almacenará de forma independiente y separada de los cuestionarios.

Antes del inicio definitivo se realizará una prueba piloto con 10-15 usuarios para valorar la comprensión, duración, aceptabilidad y posibles problemas de interpretación del cuestionario ad hoc sobre consumo de divulgación sanitaria en redes sociales. Previamente, el cuestionario será revisado por profesionales con experiencia en Atención Primaria y educación para la salud con el fin de valorar la pertinencia, claridad y adecuación de los ítems. Asimismo, durante el pilotaje se recogerán observaciones sobre la comprensibilidad de las preguntas y posibles dificultades de respuesta. En caso de realizarse modificaciones sustanciales tras esta fase, los datos obtenidos en la prueba piloto no serán incluidos en el análisis final.

5.7 VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Variable dependiente: nivel de autocuidado/agencia de autocuidado, medido mediante ASA-R, versión española. Es una escala de 15 ítems tipo Likert de 1 a 5, con puntuación total entre 15 y 75; puntuaciones más altas indican mayor agencia de autocuidado (15).

Variable independiente principal: consumo de divulgación sanitaria en redes sociales. Se medirá mediante cuestionario ad hoc diseñado para este estudio, incluyendo frecuencia de exposición, plataformas utilizadas, tipo de contenido consultado, fuente del contenido, interacción con publicaciones, verificación de la información y confianza percibida. Se construirá un índice de consumo de divulgación sanitaria digital, que

podrá analizarse como variable continua y categorizarse en terciles o niveles bajo, medio y alto.

Variable mediadora: alfabetización digital en salud, medida mediante eHEALS, versión española. La escala consta de 8 ítems tipo Likert de 1 a 5, con puntuación total entre 8 y 40; puntuaciones más altas reflejan mayor alfabetización digital en salud percibida (16,17).

Covariables de ajuste: edad, sexo, nivel educativo, situación laboral, convivencia, nivel socioeconómico aproximado, presencia de enfermedad crónica, número de enfermedades crónicas, tratamiento farmacológico habitual, autopercepción de salud, frecuencia de uso de Internet, dispositivo principal de acceso, uso de aplicaciones sanitarias y utilización reciente de servicios de Atención Primaria.

Tabla 2. Operacionalización de las variables del estudio.

Bloque	Variable	Tipo/medición	Uso en el análisis
<u>Sociodemográficas</u>	Edad, sexo, nivel educativo, situación laboral, convivencia	Cuantitativa continua (edad) y categórica (sexo, nivel educativo, situación laboral, convivencia)	Descripción y ajuste por confusión
<u>Clínicas</u>	Enfermedad crónica, número de procesos, medicación habitual, salud percibida	Categórica/cuestionario autoinformado	Descripción y ajuste
Exposición	Consumo de divulgación sanitaria en redes sociales	Índice ad hoc: frecuencia, plataformas, fuentes, interacción y verificación	Variable independiente principal
Mediador	Alfabetización digital en salud	eHEALS: 8-40 puntos	Variable mediadora
<u>Resultado</u>	Agencia de autocuidado	ASA-R, 15-75 puntos	Variable dependiente

5.8 DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL SEGUIMIENTO

Dado el carácter observacional y transversal del presente estudio, no se contempla la realización de ninguna intervención, asignación de tratamiento ni seguimiento clínico de los participantes.

La participación en el estudio consistirá exclusivamente en la cumplimentación de un cuestionario en un único momento temporal, sin que ello implique modificación alguna en la atención sanitaria habitual recibida por los usuarios en el ámbito de la Atención Primaria.

5.9 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se realizará mediante el uso de programas como SPSS, R, Jamovi o Stata, en función de la disponibilidad. Se considerará un nivel de significación estadística de $p < 0,05$, presentándose los resultados con intervalos de confianza del 95%, con el fin de facilitar su interpretación en el contexto del estudio.

En primer lugar, se llevará a cabo un análisis descriptivo de las variables del estudio. Las variables cuantitativas se expresarán mediante media y desviación estándar cuando presenten una distribución aproximadamente normal, o mediante mediana y rango intercuartílico en caso de asimetría. Las variables categóricas se describirán mediante frecuencias absolutas y porcentajes. La distribución de las variables se evaluará mediante histogramas, gráficos Q-Q y pruebas de normalidad cuando sea necesario.

Se analizará la fiabilidad interna de las escalas eHEALS y ASA-R mediante el coeficiente alfa de Cronbach y, si el software lo permite, mediante el coeficiente omega de McDonald. Asimismo, se describirán las puntuaciones totales de ambas escalas y, en el caso de la ASA-R, sus posibles dimensiones.

Posteriormente, se realizará un análisis bivalente para explorar la relación entre las principales variables del estudio. Se utilizarán coeficientes de

correlación de Pearson o Spearman para analizar la relación entre el consumo de divulgación sanitaria, la alfabetización digital en salud y el nivel de autocuidado. Asimismo, se compararán las medias de autocuidado según niveles de consumo mediante pruebas *t* de Student o ANOVA, o sus equivalentes no paramétricos cuando proceda. Para variables categóricas, se empleará la prueba de chi-cuadrado.

Para evaluar la asociación entre las variables de estudio ajustando por posibles factores de confusión, se realizará un análisis multivariante mediante regresión lineal múltiple, considerando la puntuación de la escala ASA-R como variable dependiente. Se construirá un modelo progresivo en el que inicialmente se incluirá el consumo de divulgación sanitaria como variable independiente principal, posteriormente se ajustará por variables sociodemográficas y clínicas (edad, sexo, nivel educativo, enfermedad crónica, salud percibida y uso habitual de Internet), y finalmente se incorporará la alfabetización digital en salud con el objetivo de valorar posibles cambios en la asociación observada.

Con el fin de analizar el papel mediador de la alfabetización digital en salud, se llevará a cabo un análisis de mediación simple, considerando el consumo de divulgación sanitaria en redes sociales como variable independiente (X), la alfabetización digital en salud como variable mediadora (M) y el nivel de autocuidado como variable dependiente (Y). Se estimarán el efecto total, el efecto directo y el efecto indirecto mediante técnicas de remuestreo bootstrap con 5.000 iteraciones. El efecto indirecto se considerará estadísticamente significativo cuando el intervalo de confianza del 95% no incluya el valor cero. El modelo se ajustará por variables sociodemográficas y clínicas previamente especificadas.

Se comprobarán los supuestos de los modelos de regresión, incluyendo linealidad, independencia, homocedasticidad, normalidad de los residuos y ausencia de colinealidad, esta última evaluada mediante el factor de inflación de la varianza (VIF).

En relación con los datos perdidos, si el porcentaje es inferior al 5% en las variables clave, se realizará un análisis de casos completos. En caso de superar este umbral y siempre que el patrón de pérdida sea compatible con datos perdidos al azar, se valorará la aplicación de técnicas de imputación múltiple. No se incluirán en el análisis aquellos cuestionarios con más del 20% de ítems esenciales incompletos.

5.10 CONTROL DE CALIDAD, SESGOS Y GESTIÓN DE DATOS

Para mejorar la calidad metodológica se aplicarán las siguientes medidas:

- Pilotaje del cuestionario ad hoc para comprobar comprensión y tiempo de respuesta.
- Manual breve de recogida de datos para homogeneizar la información ofrecida a los participantes.
- Reclutamiento en diferentes días y turnos para reducir sesgo de selección.
- Uso de escalas previamente validadas cuando sea posible.
- Se realizará un análisis ajustado por variables sociodemográficas y clínicas que pueden influir tanto en la exposición como en el resultado.
- La base de datos será seudonimizada y se realizará una revisión previa de la codificación y consistencia de los datos antes del análisis.

En relación con los posibles sesgos, se reconoce la existencia de un sesgo de selección derivado del uso de un muestreo no probabilístico, así como un posible sesgo de información debido al carácter autoinformado de los datos recogidos. Asimismo, puede existir sesgo de deseabilidad social en las respuestas relacionadas con el autocuidado. Por otra parte, el diseño transversal del estudio limita la posibilidad de establecer relaciones causales entre las variables.

Para minimizar estos sesgos, se adoptarán medidas como el diseño de un cuestionario claro y comprensible, la estandarización del proceso de recogida de datos y la realización de análisis estadísticos adecuados. Estos aspectos serán considerados y discutidos en el apartado de limitaciones del estudio.

6. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.

Los resultados del presente estudio pueden tener una relevante aplicabilidad en el ámbito de la Atención Primaria, especialmente desde una perspectiva enfermera centrada en la promoción de la salud, la educación sanitaria y el fomento del autocuidado.

En el nivel asistencial, el estudio permitirá identificar perfiles de usuarios con menor alfabetización digital en salud, los cuales pueden presentar mayor vulnerabilidad frente a la exposición a contenidos sanitarios de baja calidad en redes sociales. Esta identificación facilitará una atención más individualizada, orientada a reforzar competencias relacionadas con la toma de decisiones informadas y el manejo adecuado de la información en salud.

En el nivel educativo, los hallazgos podrán orientar el diseño de intervenciones de educación para la salud lideradas por enfermería, dirigidas a mejorar la capacidad de los usuarios para buscar, evaluar y aplicar información sanitaria procedente de entornos digitales. Estas intervenciones podrán incluir recomendaciones sobre fuentes fiables, estrategias de verificación de la información y uso crítico de las redes sociales como herramienta de apoyo al autocuidado.

En el nivel organizativo, los resultados pueden contribuir al desarrollo de estrategias institucionales orientadas a la comunicación en salud, incluyendo la elaboración de materiales educativos adaptados al nivel de alfabetización digital de la población, así como la promoción de recursos digitales seguros y basados en la evidencia. Asimismo, pueden servir de base para la implementación de programas comunitarios que integren el uso responsable de las tecnologías de la información en salud.

Además, la incorporación de un modelo de mediación aporta un valor añadido al estudio, al permitir explorar el posible papel mediador de la alfabetización digital en salud en la relación entre el consumo de divulgación sanitaria en redes sociales y el nivel de autocuidado. En caso de confirmarse este papel mediador, los resultados respaldarían la necesidad de orientar las

intervenciones no solo hacia la provisión de información, sino hacia el fortalecimiento de competencias críticas en salud digital, lo que podría traducirse en mejoras sostenibles en el autocuidado de la población.

Finalmente, este estudio puede servir como punto de partida para futuras investigaciones, tanto de carácter longitudinal como intervencional, dirigidas a evaluar el impacto de programas de alfabetización digital en salud sobre los resultados en salud y el autocuidado en usuarios de Atención Primaria.

7. LIMITACIONES

El presente estudio presenta una serie de limitaciones que deben ser consideradas en la interpretación de los resultados:

- Se trata de un diseño transversal, lo que impide establecer relaciones de causalidad o temporalidad entre las variables analizadas. Por ello, las asociaciones observadas y los resultados del análisis de mediación deberán interpretarse como una aproximación exploratoria y no como evidencia de relaciones causales.
- El uso de un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo puede limitar la representatividad de la muestra y, por tanto, la generalización de los resultados a la población general de usuarios de Atención Primaria.
- Las variables principales se obtendrán mediante autoinforme, lo que puede dar lugar a sesgos de recuerdo o a respuestas influenciadas por la deseabilidad social.
- El cuestionario diseñado ad hoc para evaluar el consumo de divulgación sanitaria en redes sociales, aunque será sometido a un proceso de pilotaje, no contará con una validación psicométrica completa, lo que puede afectar a la precisión de la medición de esta variable.

- La versión española de ASA-R fue validada en población mayor, por lo que su uso en adultos de todas las edades deberá justificarse y considerarse en la interpretación.
- El consumo de redes sociales cambia rápidamente, por lo que los resultados pueden depender del periodo de recogida y de las plataformas predominantes en ese momento.

8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se llevará a cabo de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, así como con la normativa europea vigente en materia de protección de datos personales (Reglamento (UE) 2016/679) y la legislación española aplicable. Previamente al inicio de la recogida de datos, se solicitará la aprobación del Comité de Ética de la Investigación correspondiente, así como las autorizaciones pertinentes del centro de salud o del área sanitaria implicada.

La participación en el estudio será voluntaria, los datos serán tratados de forma seudonimizada y no tendrá repercusión alguna sobre la atención sanitaria recibida por los usuarios. Todos los participantes recibirán información verbal y escrita mediante una hoja informativa en la que se detallarán los objetivos del estudio, el procedimiento, la duración estimada, la ausencia de riesgos relevantes, el derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias y los datos de contacto del equipo investigador. El consentimiento informado será obtenido previamente a la cumplimentación del cuestionario.

No se recogerán datos identificativos directos innecesarios. La información será tratada de forma seudonimizada mediante la asignación de un código numérico a cada participante, garantizando la confidencialidad de los datos. La base de datos será almacenada en un soporte seguro, con acceso restringido al equipo investigador. Los resultados del estudio se presentarán de forma agregada, evitando cualquier posibilidad de identificación individual.

Dado que se trata de un estudio observacional sin intervención clínica ni modificación de tratamientos, el riesgo asociado es mínimo, limitado al tiempo necesario para la cumplimentación del cuestionario y a la posible incomodidad derivada de responder a preguntas relacionadas con la salud o los hábitos digitales. Como beneficio indirecto, los resultados del estudio podrán contribuir al desarrollo de estrategias de educación para la salud y alfabetización digital en el ámbito de la Atención Primaria.



9. CALENDARIO Y CRONOGRAMA PREVISTO

FASE	ACTIVIDAD	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
1	Revisión bibliográfica									
2	Diseño cuestionario y anexos									
3	Aprobación ética									
4	Pilotaje del cuestionario									
5	Recogida de datos									
6	Análisis estadístico									
7	Redacción de resultados									
8	Revisión final, y defensa									

10. PRESUPUESTO

Tabla 3: Presupuesto

Concepto	Coste estimado (€)	Observaciones
Impresión de hojas informativas y cuestionarios	60€	Puede reducirse si se emplea formato electrónico
Material de oficina	30€	Carpetas, bolígrafos, sobres
Licencia o uso de software estadístico	0-100€	Preferible uso de R/Jamovi gratuito o licencia institucional
Desplazamientos a centros participantes	50€	Según número de centros y distancia
Difusión académica/póster	80€	Opcional
Total estimado	220-320€	Financiación no externa prevista salvo disponibilidad institucional

No se prevé compensación económica para los participantes. En caso de obtener financiación o apoyo institucional, se declarará en el apartado correspondiente del TFM.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría del déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Med Espirituana*. 2017;19(3):89–100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
2. Irigibel-Uriz X. Revisión crítica de una interpretación del pensamiento de Virginia Henderson: acercamiento epistemológico al libro de Luis, Fernández y Navarro. *Index Enferm*. 2007;16(57):55–59. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200012
3. Kaplan AM, Haenlein M. Users of the world, unite! The challenges and opportunities of social media. *Bus Horiz*. 2010;53(1):59–68. <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2009.09.003>
4. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta sobre equipamiento y uso de TIC en los hogares. 2023. Disponible en: <https://www.ine.es>
5. Fernández Salazar S, Lafuente Robles N. Integración de Internet y las redes sociales en las estrategias de salud. *Enferm Clin*. 2016;26(5):265–267. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862116301115>
6. Chen J, Wang Y. Use of social media for health purposes: systematic review. *J Med Internet Res*. 2021;23(5):e17917. <https://doi.org/10.2196/17917>
7. Chou WYS, Oh A, Klein WMP. Addressing health-related misinformation on social media. *JAMA*. 2018;320(23):2417–2418. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.16865>
8. Jiménez-Marín G, Bellido-Pérez E, Trujillo Sánchez M. Publicidad en Instagram y riesgos para la salud pública: el influencer como prescriptor de medicamentos. *Rev Esp Comun Salud*. 2021;12(1):43– 57.

9. Kim H, Xie B. Health literacy in the eHealth era: a systematic review of the literature. *Patient Educ Couns.* 2017;100(6):1073–1082.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.01.015>
10. Rodríguez Hermosa JL. Alfabetización médica en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2017. Disponible en:
<https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/7b04ce2b-454e-49d9-835a-75d9dfb64863/content>
11. Marina Ocaña J, Feliz Murias T. Percepciones en la búsqueda de información y educación para la salud en entornos virtuales en español. *Rev Esp Salud Publica.* 2018;92:1–18. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL92/ORIGINALES/RS92C_201808022.pdf
12. Peñafiel-Saiz C, Ronco-López M, Echegaray-Eizaguirre L. Jóvenes, salud e Internet: percepción, actitud y motivaciones ante la información de salud. *Rev Lat Comun Soc.* 2017;72:1316–1341.
13. Grau Muñoz A. Estrategias ante el uso de Internet por población usuaria en atención primaria: una clasificación sociológica. *Gac Sanit.* 2021;35(5):420–424. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911120302053>
14. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *PLoS Med.* 2007;4(10):e296. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040296>
15. Alhambra-Borrás T, Durá-Ferrandis E, Garcés-Ferrer J, Sánchez-García J. The Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASA-R): adaptation and validation in a sample of Spanish older adults. *Span J Psychol.* 2017;20:e48. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.52>

16. Norman CD, Skinner HA. eHEALS: the eHealth literacy scale. *J Med Internet Res*. 2006;8(4):e27. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>
17. Paramio-Pérez G, Almagro BJ, Hernando-Gómez Á, Aguaded-Gómez JI. Validación de la escala eHealth Literacy (eHEALS) en población universitaria española. *Rev Esp Salud Publica*. 2015;89(3):329–338. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272015000300010>



12. ANEXOS

ANEXO I. Estructura propuesta del cuestionario

El instrumento de recogida de datos consistirá en un cuestionario estructurado, diseñado para su cumplimentación autoadministrada, organizado en seis bloques diferenciados, que recogen las principales variables del estudio:

- **Bloque A. Datos sociodemográficos:** incluirá variables como edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral y tipo de convivencia.
- **Bloque B. Datos clínicos autoinformados:** recogerá información sobre la presencia de enfermedad crónica, número de procesos, medicación habitual, salud percibida y uso reciente de servicios de Atención Primaria.
- **Bloque C. Uso de Internet y redes sociales:** evaluará la frecuencia de uso de Internet, el dispositivo principal de acceso, las plataformas utilizadas y la finalidad principal de uso.
- **Bloque D. Consumo de divulgación sanitaria en redes sociales:** incluirá variables relacionadas con la frecuencia de consumo, temas de salud consultados, tipo de fuentes utilizadas (profesionales sanitarios, influencers u otros), nivel de interacción con los contenidos, grado de confianza y estrategias de verificación de la información.
- **Bloque E. Alfabetización digital en salud:** se medirá mediante la escala eHealth Literacy Scale (eHEALS), en su versión validada al español.
- **Bloque F. Autocuidado / agencia de autocuidado:** se evaluará mediante la escala Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASA-R), en su versión española.

ANEXO II. Propuesta de operacionalización del índice de consumo de divulgación sanitaria

Dimensión	Indicador	Codificación orientativa
Frecuencia	Consulta contenidos sanitarios en redes sociales	0 = nunca; 1 = <1 vez/mes; 2 = mensual; 3 = semanal; 4 = diaria
Diversidad de plataformas	Número de plataformas utilizadas para información sanitaria	0 = ninguna; 1 = una; 2 = dos; 3 = tres o más
Fuente	Sigue cuentas de profesionales/instituciones sanitarias	0 = no; 1 = sí
Interacción	Guarda, comparte, comenta o pregunta sobre contenidos sanitarios	0 = nunca; 1 = ocasional; 2 = frecuente
Verificación	Contrasta información con profesional sanitario o fuentes institucionales	0 = nunca; 1 = a veces; 2 = habitualmente
Valoración crítica de la información	Confía en contenidos tras valorar fuente/evidencia	0 = baja; 1 = media; 2 = alta

La puntuación total del índice se obtendrá mediante la suma de los valores asignados a cada una de las dimensiones, de forma que las puntuaciones más elevadas indicarán un mayor consumo de divulgación sanitaria en redes sociales. Previamente a su utilización en el análisis principal, se evaluará su consistencia interna y distribución en la muestra. En función de estos resultados, se valorará su uso como variable continua o su categorización en niveles (bajo, medio, alto) con fines descriptivos o analíticos.

ANEXO III. Hoja informativa y consentimiento informado

HOJA INFORMATIVA PARA EL PARTICIPANTE

Título del estudio: Consumo de divulgación sanitaria en redes sociales y su asociación con el autocuidado en usuarios de Atención Primaria: el papel mediador de la alfabetización digital en salud.

Investigadora principal: María García Caballero (Enfermera residente de Atención Familiar y Comunitaria)

Centro: Centro de Atención Primaria del Área II de Salud de Cartagena.

¿En qué consiste este estudio?

Se le invita a participar en un estudio de investigación cuyo objetivo es analizar la relación entre el uso de redes sociales para informarse sobre salud y el nivel de autocuidado en usuarios de Atención Primaria, así como el papel de la alfabetización digital en salud.

¿Qué implica su participación?

Si decide participar, se le solicitará que complete un cuestionario anónimo sobre:

- uso de redes sociales
- información en salud
- hábitos de autocuidado

El tiempo estimado de cumplimentación es de aproximadamente 10–15 minutos.

Participación voluntaria

Su participación es completamente voluntaria. Puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones y sin que ello afecte en modo alguno a la atención sanitaria que recibe.

Confidencialidad y protección de datos

Los datos recogidos serán tratados de forma confidencial y seudonimizada, de acuerdo con la normativa vigente en protección de datos personales (Reglamento (UE) 2016/679 y legislación española aplicable).

No se recogerán datos que permitan su identificación directa. Los resultados del estudio se presentarán de forma global, sin posibilidad de identificar a ningún participante.

Riesgos y beneficios

La participación en el estudio no implica riesgos relevantes. El único inconveniente puede ser el tiempo necesario para completar el cuestionario o la posible incomodidad al responder algunas preguntas.

No se obtendrá un beneficio directo, pero su participación contribuirá a mejorar el conocimiento sobre el uso de la información sanitaria en redes sociales y el autocuidado en Atención Primaria.

Contacto

Si tiene alguna duda o desea más información, puede contactar con:

✉:maría.garcia311@go.umh.es

☎ : [Teléfono del investigador]

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, declaro que:

- He leído y comprendido la información proporcionada sobre el estudio.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y resolver mis dudas.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin consecuencias.
- Acepto participar en el estudio.

Firma del participante: _____

Fecha: ____ / ____ / ____