

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título:

Asociación entre la alfabetización digital en salud y la adherencia al tratamiento con estatinas en prevención primaria en población de edad avanzada en una zona básica de salud de difícil cobertura: estudio transversal

Alumna: Rocamora Gambín, María Inmaculada

Tutora: López Pineda, Adriana

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2025-2026



Nombre del tutor/a:	Adriana López Pineda
Nombre del estudiante:	María Inmaculada Rocamora Gambín
Tipo de actividad:	2. Sin implicaciones ético-legales
Título	Asociación entre la alfabetización digital en salud y la adherencia al tratamiento con estatinas en prevención primaria en población de edad avanzada en una zona básica de salud de difícil cobertura: estudio transversal.
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional:	260422080025
Código de autorización COIR	TFM.MPA.ALP.MIRG.260422
Caducidad	2 años





Resumen:

Antecedentes y justificación: Las enfermedades cardiovasculares representan un importante problema de salud pública, especialmente en población mayor, donde la prevención farmacológica es fundamental. La adherencia al tratamiento con estatinas continúa siendo subóptima, lo que limita su efectividad. En un contexto de creciente digitalización, la alfabetización digital en salud podría influir en la capacidad de los pacientes para gestionar su tratamiento, especialmente en zonas de difícil cobertura.

Objetivo: Analizar la asociación entre el nivel de alfabetización digital en salud y la adherencia al tratamiento con estatinas en prevención primaria en personas de edad ≥ 65 años atendidas en Atención Primaria.

Diseño del estudio: Estudio observacional, analítico y transversal que se llevará a cabo en un centro de salud ubicado en una zona de difícil cobertura.

Población y muestra: Participarán personas de edad ≥ 65 años en tratamiento con estatinas en prevención primaria. Se incluirán participantes capaces de responder a los cuestionarios o con apoyo neutral del profesional en caso de dificultades lectoras o visuales. El tamaño muestral estimado será de 200 participantes.

Variables principales y análisis: La variable principal será la adherencia terapéutica, evaluada mediante el test de Morisky-Green. La variable independiente principal será la alfabetización digital en salud, medida con la escala eHEALS. Se recogerán variables sociodemográficas, clínicas y creencias sobre la medicación. El análisis incluirá estadística descriptiva, pruebas de asociación y modelos multivariantes mediante regresión logística.

Aplicabilidad o relevancia: El estudio permitirá valorar el papel de la alfabetización digital en salud como determinante de la adherencia terapéutica en población mayor. Sus resultados podrán orientar intervenciones educativas y estrategias de comunicación adaptadas al entorno digital, con potencial impacto en la práctica clínica y en la planificación de programas de salud en Atención Primaria.

Palabras claves: Alfabetización en Salud, Cumplimiento de la Medicación, Hipolipemiantes, Inhibidores de Hidroximetilglutaril-CoA Reductasas, Poblaciones Vulnerables.

Abstract:

Background and rationale: Cardiovascular diseases remain a major public health problem, particularly among older adults, where pharmacological prevention plays a key role. However, adherence to statin therapy continues to be suboptimal, limiting its effectiveness. In an increasingly digital environment, digital health literacy may influence patients' ability to manage their treatment, especially in underserved areas with greater access barriers.

Objective: To analyse the association between digital health literacy and adherence to statin therapy for primary prevention in adults aged ≥ 65 years attending Primary Care.

Study design: A cross-sectional, observational and analytical study will be conducted in a Primary Care centre located in an underserved area.

Population and sample: Adults aged ≥ 65 years receiving statin therapy for primary prevention will participate. Individuals able to complete the questionnaires independently, or with neutral reading support from the professional in cases of literacy or visual difficulties, will be included. The estimated sample size will be 200 participants.

Main variables and analysis: The main outcome will be therapeutic adherence, assessed using the Morisky-Green test. The main independent variable will be digital health literacy, measured with the eHEALS scale. Sociodemographic, clinical and medication-belief variables will also be collected. The analysis will include descriptive statistics, bivariate association tests and multivariable logistic regression models to identify factors associated with adherence.

Relevance and applicability: This study will assess the role of digital health literacy as a potential determinant of therapeutic adherence in older adults. Its findings may inform the development of educational interventions and communication strategies adapted to the digital environment, with potential impact on patient safety, treatment effectiveness and the planning of health programmes in Primary Care.

Keywords: Health Literacy, Medication Adherence, Antilipemic Agents, Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors, Vulnerable Populations.

Índice

1. Pregunta de investigación.....	8
2. Pregunta en formato PICO.....	8
3. Antecedentes y estado actual del tema.....	8
4. Justificación del estudio.....	11
5. Hipótesis.....	12
6. Objetivos.....	12
a) Objetivo Primario.....	12
b) Objetivos Secundarios.....	12
7. Material y métodos.....	13
a) Diseño del estudio.....	13
b) Ámbito del estudio.....	13
c) Periodo del estudio.....	13
d) Población diana y población a estudio.....	13
e) Criterios de inclusión y exclusión.....	13
i. Criterios de inclusión.....	13
ii. Criterios de exclusión.....	14
f) Cálculo del tamaño de la muestra.....	14
g) Método de muestreo.....	14
h) Método de recogida de datos: entrevista, examen físico, cuestionarios, pruebas complementarias u otros.....	15
i) Variables: definición de las variables, categorías y unidades.....	16
i. Variable dependiente.....	16
ii. Variable independiente principal.....	16
iii. Variables secundarias.....	16
j) Descripción de la intervención.....	18
k) Descripción del seguimiento.....	19
l) Estrategia de análisis estadístico: test, procedimientos y programa estadístico a utilizar.....	19
8. Aplicabilidad y utilidad de los resultados si se cumpliera la hipótesis.....	20
9. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	22

10. Limitaciones y posibles sesgos, así como los procedimientos para minimizar los posibles riesgos.....	23
11. Aspectos éticos de la investigación. Posibles riesgos y beneficios para los participantes, ley de protección de datos. Se especificará si es necesaria la aprobación de un comité de ética y el consentimiento informado de los pacientes.....	25
12. Calendario y cronograma previsto para el estudio.....	26
13. Personal que participará en el estudio y cuál es su responsabilidad.....	27
14. Instalaciones e instrumentación.....	27
15. Presupuesto.....	27
16. Bibliografía.....	29
17. Anexos.....	31



1. Pregunta de investigación

¿Existe asociación entre el nivel de alfabetización digital en salud (*e-health literacy*) y el grado de adherencia terapéutica al tratamiento con estatinas en prevención primaria en pacientes de ≥ 65 años en una zona básica de salud de difícil cobertura?

2. Pregunta en formato PICO

Pregunta formato PICO (PEO):

- P (Población): Pacientes de edad ≥ 65 años en tratamiento con estatinas en prevención primaria en una zona básica de salud de difícil cobertura.
- E (Exposición): Nivel alfabetización digital en salud medido mediante la escala eHEALS.
- O (Resultado/*Outcome*): Grado de adherencia terapéutica medido mediante el Test de Morisky-Green.

3. Antecedentes y estado actual del tema

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) continúan siendo la principal causa de mortalidad a nivel mundial, representando aproximadamente un tercio de todas las defunciones según datos recientes del Global Cardiovascular Risk Consortium y del informe *Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risks 2023*^{1,2}. Este escenario evidencia la magnitud del problema y su impacto en la salud pública global.

En Europa, la carga de enfermedad es aún más elevada, alcanzando cerca del 45% de todas las muertes¹. Además, las ECV son responsables de más de 60 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos anualmente en los países miembros de la Sociedad Europea de Cardiología¹.

A pesar de estos datos, en las últimas décadas se ha producido una reducción de la mortalidad relativa por ECV, atribuida a los avances terapéuticos y a la mejora en el control de los factores de riesgo. Sin embargo, el número absoluto de casos continúa aumentando, debido principalmente al envejecimiento poblacional, el crecimiento demográfico y la mayor prevalencia de factores de riesgo metabólicos como la obesidad y la diabetes¹.

Esta tendencia también se refleja a nivel nacional. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) correspondientes a 2023, la mortalidad por ECV aumenta de forma marcada con la edad, especialmente a partir de los 65 años,

patrón que se reproduce igualmente en la Comunidad Valenciana³. Esta distribución por grupos etarios puede observarse de forma detallada en los gráficos incluidos en el Anexo 1 (Gráfico 1 y Gráfico 2), donde se evidencia un incremento progresivo de la mortalidad en los grupos de mayor edad.

Ante esta elevada carga de enfermedad, la prevención cardiovascular adquiere un papel fundamental. La evidencia epidemiológica ha demostrado que la modificación de factores de riesgo como la hipertensión arterial, el tabaquismo, la diabetes o la obesidad puede reducir más del 90% del riesgo de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular^{4,5}. No obstante, para que estas intervenciones sean efectivas, es imprescindible un adecuado control de dichos factores en la práctica clínica, que continúa siendo insuficiente en muchos contextos europeos^{1,4,5}.

Dentro de este enfoque preventivo, el manejo de la dislipidemia constituye un pilar esencial. Existe una relación directa y proporcional entre la reducción de colesterol LDL y la disminución del riesgo cardiovascular, independientemente del perfil basal del paciente^{6,7}. Se ha estimado que cada reducción de 1 mmol/L de colesterol LDL se asocia con una disminución aproximada del 22% en el riesgo de eventos vasculares mayores⁸.

Las estatinas representan el tratamiento de primera línea en la reducción del colesterol LDL tanto en prevención primaria como secundaria⁷⁻⁹. Su eficacia ha sido ampliamente demostrada en ensayos clínicos y metaanálisis, mostrando beneficios que incluyen no solo la reducción lipídica, sino también la estabilización de la placa de ateroma⁷⁻¹⁰.

Sin embargo, la efectividad real de estos tratamientos está condicionada por la adherencia terapéutica. La Organización Mundial de la Salud señala que la falta de adherencia a tratamientos crónicos constituye un problema de salud pública global con impacto directo en la morbilidad¹¹. En el caso de las estatinas, se estima que entre el 30% y el 50% de los pacientes no mantienen una adherencia adecuada¹².

La adherencia terapéutica es un fenómeno complejo y multifactorial, influido por factores clínicos, características del paciente, creencias sobre la medicación y la calidad de la información recibida^{8,13}. En este sentido, la influencia del entorno informativo ha cobrado especial relevancia en los últimos años. Se ha demostrado que la cobertura mediática negativa sobre las estatinas puede

modificar el comportamiento de los pacientes, favoreciendo la discontinuación del tratamiento; en Reino Unido, más de 200.000 personas abandonaron su medicación tras un periodo de difusión mediática adversa¹⁴.

En este contexto, el acceso a información sanitaria a través de internet se ha convertido en un factor determinante en la toma de decisiones relacionadas con la salud. Estudios recientes indican que los pacientes con alto riesgo cardiovascular que buscan información online sobre estatinas tienden a presentar mayores preocupaciones sobre el tratamiento, lo que se asocia con una menor adherencia terapéutica¹⁵. Este fenómeno puede verse amplificado por la proliferación de contenidos negativos y la rápida difusión de la desinformación en entornos digitales^{16,17}.

Además, diversos estudios señalan que determinados grupos poblacionales, especialmente las personas mayores, presentan mayores barreras para el acceso, comprensión y uso adecuado de la información sanitaria digital, lo que incrementa su vulnerabilidad ante la desinformación y limita su capacidad para beneficiarse de los recursos digitales disponibles¹⁷. En zonas básicas de salud de difícil cobertura, estas barreras pueden verse acentuadas por factores sociales y culturales presentes en la población atendida.

Ante esta realidad, la alfabetización digital en salud (*e-health literacy*) emerge como un factor clave. No solo el acceso a la información, sino la capacidad del paciente para comprenderla, evaluarla críticamente y aplicarla adecuadamente puede condicionar su comportamiento terapéutico^{18,19}. Este concepto se enmarca dentro del constructo más amplio de alfabetización en salud, que ha demostrado influir de forma significativa en los resultados en salud y en la utilización de los servicios sanitarios²⁰.

Asimismo, el aumento de la exposición a contenidos sanitarios en redes sociales y la influencia de figuras no expertas incrementan el riesgo de que pacientes crónicos, pluripatológicos y polimedicados tomen decisiones basadas en información no verificada¹⁷, lo que refuerza la necesidad de estudiar cómo la alfabetización digital puede modular este riesgo.

Sin embargo, la evidencia disponible sobre la relación entre alfabetización digital en salud y adherencia terapéutica es heterogénea. Mientras que algunos estudios sugieren que la búsqueda activa de información online puede asociarse a una menor adherencia debido al aumento de preocupaciones sobre

el tratamiento¹⁵, otras investigaciones indican que un mayor nivel de alfabetización digital se relaciona con una mejor adherencia, mediada por una mejor comunicación con los profesionales sanitarios, una mayor capacidad de evaluación crítica de la información y un mayor control percibido sobre la propia salud^{21,22}.

Esta aparente contradicción pone de manifiesto que no es únicamente el acceso a la información lo que influye en la adherencia terapéutica, sino la capacidad del paciente para interpretarla adecuadamente, lo que justifica la necesidad de seguir investigando esta relación en contextos clínicos específicos.

4. Justificación del estudio

Las ECV continúan representando una elevada carga de morbilidad a nivel global, nacional y autonómico, especialmente en población envejecida. A pesar de los avances terapéuticos y del papel central del control de factores de riesgo como la dislipidemia, la adherencia al tratamiento con estatinas sigue siendo subóptima, lo que limita su efectividad en la práctica clínica.

En este contexto, la creciente disponibilidad de información sanitaria en internet ha emergido como un factor potencialmente influyente en la adherencia terapéutica. La evidencia sugiere que la forma en que los pacientes acceden, interpretan y utilizan la información digital puede condicionar su percepción del tratamiento y su comportamiento terapéutico.

Sin embargo, los estudios disponibles muestran resultados contradictorios en relación con el papel de la alfabetización digital en salud. Mientras que algunos trabajos indican que la exposición a información sanitaria online puede incrementar las preocupaciones sobre los tratamientos y reducir la adherencia, otros señalan que un mayor nivel de alfabetización digital se asocia con una mejor capacidad para evaluar críticamente la información, una comunicación más efectiva con los profesionales sanitarios y una mayor adherencia terapéutica.

Estas discrepancias ponen de manifiesto la necesidad de profundizar en esta relación, especialmente en contextos clínicos específicos. En zonas básicas de salud de difícil cobertura, donde pueden coexistir barreras sociales, culturales y tecnológicas, la alfabetización digital en salud podría desempeñar un papel aún más relevante en la gestión de la medicación y en la toma de decisiones

informadas. Por ello, resulta pertinente analizar el papel de la alfabetización digital en salud en pacientes mayores en tratamiento con estatinas en Atención Primaria, con el fin de comprender su posible influencia sobre la adherencia terapéutica y orientar futuras intervenciones educativas y estrategias de comunicación adaptadas al entorno digital.

5. Hipótesis

- **Hipótesis nula (H_0):** No existe asociación significativa entre el nivel de alfabetización digital en salud y la adherencia al tratamiento con estatinas en la población de estudio.
- **Hipótesis alternativa (H_1):** Un mayor nivel de alfabetización digital en salud se asocia con una mayor adherencia terapéutica al tratamiento con estatinas en población de edad ≥ 65 años.

6. Objetivos

a) Objetivo Primario: Evaluar la asociación entre la alfabetización digital en salud y la adherencia al tratamiento farmacológico con estatinas en población de edad ≥ 65 años perteneciente a una zona básica de salud de difícil cobertura.

b) Objetivos Secundarios:

- Determinar el nivel de alfabetización digital en salud mediante la aplicación de la escala validada eHEALS.
- Identificar el grado de adherencia terapéutica a las estatinas de la población de estudio mediante el test de Morisky-Green.
- Evaluar las creencias de los pacientes sobre estatinas mediante el cuestionario BMQ-Specific y analizar su relación con la adherencia terapéutica.
- Analizar la asociación entre variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo y nacionalidad) y el nivel de alfabetización digital en salud.
- Analizar la asociación entre la presencia de polimedicación y comorbilidades y la alfabetización digital en salud y la adherencia terapéutica.

7. Material y métodos

a) Diseño del estudio

Estudio observacional, analítico y transversal, planteado como una fase diagnóstica inicial para estimar la prevalencia de baja adherencia al tratamiento con estatinas y analizar su asociación con el nivel de alfabetización digital en salud en población mayor atendida en Atención Primaria.

b) Ámbito del estudio

El estudio se llevará a cabo en el Centro de Salud de Callosa de Segura (Alicante), perteneciente al Departamento de Salud de la Vega Baja (Orihuela), clasificado como zona de difícil cobertura, según los criterios de la Conselleria de Sanitat. El centro dispone de consultas médicas y de enfermería, así como de unidades de apoyo específicas. La población adscrita presenta un perfil heterogéneo, con predominio de personas mayores y factores sociales que pueden influir en el acceso y uso de recursos digitales, lo que justifica el interés del estudio en este contexto.

c) Periodo temporal del estudio

El estudio se desarrollará durante un periodo estimado de 12 meses, incluyendo la fase de reclutamiento, la recogida de datos y el análisis estadístico.

d) Población diana y población a estudio

- **Población diana:** Pacientes de edad ≥ 65 años en tratamiento con estatinas en prevención primaria pertenecientes a una zona básica de salud de difícil cobertura.
- **Población a estudio:** Pacientes de edad ≥ 65 años en tratamiento con estatinas en prevención primaria que acudan a consulta de Atención Primaria en el Centro de Salud de Callosa de Segura durante el periodo de reclutamiento y cumplan los criterios de selección establecidos.

e) Criterios de selección

i. Criterios de inclusión:

1. Edad ≥ 65 años
2. Tratamiento activo con estatinas para prevención primaria desde hace ≥ 6 meses.

3. Firma del consentimiento informado tras recibir la hoja informativa del estudio.
4. Uso habitual de dispositivos con acceso a internet (teléfono inteligente, tableta u ordenador).

ii. Criterios de exclusión:

1. Deterioro cognitivo moderado-grave que impida la comprensión adecuada de los cuestionarios.
2. Barrera idiomática que imposibilite la comunicación efectiva y la cumplimentación de los cuestionarios.

f) Cálculo del tamaño de la muestra

El tamaño muestral se estimó en función del objetivo principal del estudio. Dado que la variable resultado principal (adherencia terapéutica) se analizará como dicotómica, se empleará un modelo de regresión logística binaria, ajustado por siete variables independientes (nivel de alfabetización digital en salud, edad, sexo, nacionalidad, nivel educativo, frecuencia de uso de internet y tiempo en tratamiento con estatinas).

Asumiendo una prevalencia de no adherencia del 40% en la población de estudio, y siguiendo un criterio orientativo de 10 eventos por variable (EPV), se aplica la fórmula: $n \approx (EPV \times k) / p$, donde:

- n : tamaño muestral total.
- EPV: 10.
- k : 7 variables independientes.
- p : proporción de eventos (0,40)

Según esta estimación, se requiere un tamaño muestral mínimo de 175 participantes. Para garantizar la robustez del análisis y considerando cuestionarios incompletos, se propone reclutar 200 participantes.

g) Método de muestreo

Se realizará un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se invitará a participar en el estudio a todos los pacientes que acudan a consultas de medicina de familia o enfermería del Centro de Salud de Callosa de Segura y

que cumplan los criterios de inclusión, hasta alcanzar el tamaño muestral requerido.

h) Método de recogida de datos

La recogida de datos se realizará durante las consultas programadas de Atención Primaria mediante una entrevista clínica dirigida. Previamente, se entregará al paciente la hoja informativa (Anexo 2) y, tras su lectura, se solicitará la firma del consentimiento informado (Anexo 3).

Antes de la firma del consentimiento, se verificará el cumplimiento de los criterios de inclusión. Para confirmar el uso habitual de dispositivos con acceso a internet, se realizará una pregunta directa, considerándose cumplido el criterio si el participante refiere utilizar un móvil, tableta u ordenador con conexión a internet al menos una vez por semana.

Una vez firmado el consentimiento, se administrarán siguientes instrumentos de recogida de datos:

- Cuestionario sociodemográfico (Anexo 4): Recoge edad, sexo, país de origen, nivel de estudios y frecuencia de uso de internet.
- Cuestionario para facultativos (Anexo 5):

Tiempo en tratamiento con estatinas expresado en meses y fecha de inicio del tratamiento con estatinas, calculada a partir de la fecha de inicio registrada.

Presencia o ausencia de polimedicación (≥ 5 medicamentos de uso crónico durante un periodo ≥ 6 meses).

Presencia o ausencia de comorbilidades relevantes, basándose exclusivamente en los diagnósticos activos de la historia clínica. Las comorbilidades se registrarán como variables dicotómicas independientes. En caso de baja frecuencia o colinealidad, se considerará agruparlas o utilizar un recuento simple de comorbilidades como variable alternativa.

- Escala eHEALS (*eHealth Literacy Scale*): instrumento compuesto por 8 ítems con respuesta tipo Likert que evalúa la capacidad del paciente para encontrar, evaluar y aplicar

información de salud electrónica. Se utilizará la versión adaptada y validada al español, incluida en el Anexo 6²³.

- Test de Morisky-Green: Consta de 4 preguntas de respuesta dicotómica (Sí/No) para valorar la adherencia terapéutica. Se empleará la versión en español. Este test se encuentra en el Anexo 7²⁴.
- Cuestionario BMQ-Specific: Formado por dos subescalas independientes con ítems tipo Likert que permiten cuantificar el grado de acuerdo del paciente con afirmaciones relacionadas con su tratamiento, evaluando tanto la percepción de necesidad de las estatinas como las preocupaciones asociadas a su uso. Se utilizará la versión adaptada y validada al español, incluida en el Anexo 8²⁵.

La cumplimentación de los cuestionarios se realizará de la siguiente manera:

- Si el participante sabe leer y no presenta dificultades visuales, completará los cuestionarios de forma autónoma en la sala de espera.
- Si surgen dudas, se resolverán posteriormente en consulta.
- En caso de dificultades lectoras o visuales, los cuestionarios serán leídos en voz alta por el facultativo responsable, utilizando un tono estrictamente neutral para evitar sesgos en las repuestas.

i) Variables: definición de las variables, categorías y unidades

i. Variable dependiente: Adherencia terapéutica, medida mediante el Test de Morisky-Green. Variable cualitativa dicotómica (Adherente/No adherente).

ii. Variable independiente principal: Nivel de alfabetización digital en salud, evaluado mediante la puntuación total de la escala eHEALS. Variable cuantitativa continua.

iii. Variables secundarias:

- Edad: Variable cuantitativa continua, registrada en años.
- Sexo: Variable cualitativa nominal (Hombre/Mujer).
- Nacionalidad: Variable cualitativa nominal, utilizada para analizar posibles diferencias en alfabetización digital en salud, creencias sobre la medicación y adherencia terapéutica.
- Nivel educativo: Variable cualitativa ordinal, categorizada como: Sin estudios, Estudios primarios, Estudios secundarios y Estudios universitarios.
- Frecuencia uso de internet: Variable cualitativa ordinal (Nunca, Al menos una vez al mes, Al menos una vez por semana, Todos los días). Estas categorías se han definido por motivos operativos y clínicos, con el fin de diferenciar niveles de exposición a recursos digitales de salud.
- Tiempo en tratamiento con estatinas: Variable cuantitativa discreta, medida en meses, calculada a partir de la fecha de inicio registrada en la historia clínica.
- Polimedicación: Variable cualitativa dicotómica (Sí/No). Se considerará presente cuando el participante utilice ≥ 5 medicamentos de uso crónico durante ≥ 6 meses.
- Comorbilidades: Variables cualitativas dicotómicas (Sí/No). Se registrará la presencia hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, EPOC, obesidad/sobrepeso y esteatosis hepática), según consten como diagnósticos activos en la historia clínica. No se exigirán criterios adicionales de confirmación diagnóstica, dado que el objetivo es recoger la carga global de comorbilidad manejada en

Atención Primaria. En caso de baja frecuencia o colinealidad, se considerará agrupar comorbilidades o emplear un recuento simple (0, 1–2, ≥ 3).

- Creencias sobre la necesidad del tratamiento con estatinas: Variable cuantitativa continua, según la puntuación de la subescala Necesidad del BMQ-Specific.
- Creencias sobre las preocupaciones respecto al tratamiento con estatinas: Variable cuantitativa continua, según la puntuación de la subescala Preocupaciones del BMQ-Specific.

j) Descripción de la intervención

Al tratarse de un estudio observacional analítico, no se realizará ninguna intervención farmacológica ni clínica de carácter experimental. La participación consistirá exclusivamente en la cumplimentación de cuestionarios validados y en la revisión de información registrada en la historia clínica electrónica, integrándose todo el proceso en la dinámica asistencial habitual.

Los procedimientos del estudio serán los siguientes:

- Verificación de criterios de inclusión, invitación al estudio y firma del consentimiento informado. Durante la consulta habitual, se informará al paciente sobre los objetivos del estudio y se resolverán dudas. Si acepta participar, se verificará el cumplimiento de los criterios y se solicitará la firma del consentimiento informado, garantizando voluntariedad, confidencialidad y protección de datos.
- Aplicación del cuestionario sociodemográfico (Anexo 4).
- Aplicación de cuestionario para facultativos (Anexo 5) mediante revisión de la historia clínica electrónica.
- Aplicación de cuestionarios validados: eHEALS, test de Morisky-Green y cuestionario BMQ-Specific.

En caso de dificultades visuales o de comprensión, el profesional realizará una lectura guiada y neutral, asegurando que el participante comprende cada ítem sin inducir respuestas.

k) Descripción del seguimiento

Al tratarse de un estudio transversal, no se realizará seguimiento longitudinal. Toda la información se recogerá en un único momento, coincidiendo con la consulta del paciente, por lo que no se prevén pérdidas de seguimiento.

l) Estrategia de análisis estadístico

El análisis de los datos se realizará utilizando el software SPSS.

Se llevará a cabo en primer lugar un análisis descriptivo de la muestra:

- Las variables cuantitativas (edad, puntuación eHEALS, tiempo en tratamiento con estatinas y puntuaciones de las subescalas del BMQ-Specific) se expresarán como media y desviación estándar si presentan una distribución normal, o como mediana y rango intercuartílico en caso contrario.
- La normalidad se evaluará mediante la prueba de Shapiro-Wilk o Kolmogorov-Smirnov, según proceda.
- Las variables cualitativas se describirán mediante frecuencias absolutas y porcentajes.

En segundo lugar, se evaluarán las asociaciones entre las variables independientes y la adherencia terapéutica para ello se realizará un análisis bivalente:

- Para analizar la relación entre el nivel de alfabetización digital en salud y la adherencia terapéutica, se utilizará la prueba de t de Student si se cumplen los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianzas (evaluada mediante la prueba de Levene). En caso contrario se empleará la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.
- Para comparar adherencia terapéutica con variables cualitativas se empleará la prueba de Chi-cuadrado o test exacto de Fisher.
- Para analizar la relación entre adherencia y las creencias sobre la medicación, se empleará t de Student o U de Mann-Whitney, según la distribución de los datos.

Por último, se llevará a cabo un análisis multivariante mediante la elaboración de un modelo de regresión logística binaria para identificar factores asociados a la adherencia terapéutica. Las variables se introducirán mediante el método enter, incluyendo todas las consideradas como clínicamente relevantes. Se

calculará el factor de inflación de la varianza para detectar posibles problemas de colinealidad, especialmente entre:

- eHEALS y frecuencia de uso de internet
- Nivel educativo y alfabetización digital en salud

Si se detecta colinealidad o baja frecuencia en alguna comorbilidad, se considerará agrupar comorbilidades o sustituirlas por un recuento simple.

Los resultados se expresarán como odds ratios con sus intervalos de confianza del 95%. Se considerará estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

El plan de análisis estadístico se resume en la Tabla 1, disponible en el Anexo 9.

8. Aplicabilidad y utilidad de los resultados si se cumpliera la hipótesis

Los resultados de este estudio permitirán identificar el papel de la alfabetización digital en salud como un posible determinante de la adherencia terapéutica en personas de edad ≥ 65 años en tratamiento con estatinas en prevención primaria. Si los hallazgos confirman que un bajo nivel de alfabetización digital en salud se asocia con una menor adherencia terapéutica, estos resultados tendrían una utilidad directa en la práctica clínica, la educación sanitaria y la planificación de intervenciones en Atención Primaria. Además, aportaría evidencia sólida sobre la alfabetización digital en salud como un nuevo determinante de salud relevante en un contexto de creciente digitalización.

Los resultados del estudio permitirán:

- Identificación de pacientes de mayor vulnerabilidad: Los profesionales de Atención Primaria podrían detectar de forma proactiva a pacientes mayores con baja alfabetización digital en salud, un grupo especialmente susceptible a la desinformación, a dudas sobre la seguridad de las estatinas y a la influencia de contenidos negativos en redes sociales. La identificación temprana permitiría priorizar intervenciones educativas y estrategias de apoyo personalizadas.
- Diseño de intervenciones formativas adaptadas: Los resultados servirían de base para desarrollar materiales educativos sencillos, talleres de alfabetización digital en salud y estrategias de

comunicación adaptadas a personas mayores. Estas intervenciones podrían mejorar la capacidad de los pacientes para buscar, interpretar y utilizar información sanitaria de calidad, reduciendo la dependencia de fuentes no verificadas.

- Mejora de la adherencia y de la seguridad del paciente: Si se confirma la asociación, fortalecer la alfabetización digital en salud podría reducir la probabilidad de abandono del tratamiento con estatinas, mejorar la adherencia y, en consecuencia, disminuir el riesgo de eventos cardiovasculares asociados a la falta de adherencia.
- Reducción del impacto de la desinformación: Un mayor nivel de alfabetización digital en salud actuaría como factor protector frente a contenidos erróneos o negativos sobre estatinas, frecuentes en redes sociales. Los pacientes con mayor competencia digital podrían discriminar mejor entre información fiable y no fiable, reduciendo la influencia de mensajes que afectan negativamente a la adherencia.
- Optimización de la práctica clínica y de la toma de decisiones compartida: Los profesionales podrían integrar la alfabetización digital en salud como un elemento más en la valoración integral del paciente, junto con nivel educativo, comorbilidades, polimedicación y creencias sobre la medicación. Esto permitiría una toma de decisiones más ajustada al perfil del paciente y una comunicación más eficaz.
- Impulso a nuevas líneas de investigación: Los hallazgos podrían cimentar las bases de estudios longitudinales que evalúen si mejorar la alfabetización digital en salud incrementa la adherencia terapéutica a largo plazo. Asimismo, podrían orientar el desarrollo de intervenciones digitales adaptadas al nivel de competencia digital de los pacientes.

En conjunto, los resultados permitirían comprender la alfabetización digital en salud como un nuevo determinante de la adherencia terapéutica en personas mayores, especialmente relevante en un contexto de creciente digitalización de

la información sanitaria y donde la prevención primaria depende en gran medida de la adherencia terapéutica.

9. Estrategia de búsqueda bibliográfica

La revisión bibliográfica se realizó mediante una búsqueda estructurada siguiendo la “técnica del embudo”, con el objetivo de abarcar desde los aspectos epidemiológicos globales hasta la problemática específica en el contexto local. Para ello, se utilizaron diversas fuentes de información:

- Bases de datos biomédicas: PubMed, SciELO y Cochrane Library, empleadas para obtener evidencia científica primaria y revisiones sistemáticas.
- Buscadores académicos: Google Académico, utilizado para identificar artículos en prensa científica y complementar la búsqueda de estudios observacionales.
- Fuentes de literatura gris y bases estadísticas: Informes técnicos de la OMS, documentos de la Sociedad Europea de Cardiología y datos oficiales del INE, especialmente para los indicadores de mortalidad de 2023.

Para mejorar la eficiencia en la obtención de información, se emplearon descriptores y palabras clave en inglés y español, combinados con operadores booleanos. Las principales cadenas de búsqueda fueron:

- ("Health Literacy" OR "eHealth Literacy") AND ("Medication Adherence" OR "Patient Compliance") AND ("Statins" OR "Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors")
- ("Health Literacy"[Mesh] OR "Digital Health Literacy" OR "eHealth Literacy") AND ("Medication Adherence"[Mesh]) AND ("Cardiovascular Diseases"[Mesh] OR "Dyslipidemias"[Mesh] OR "Statins")
- ("eHEALS" OR "eHealth Literacy Scale") AND (validation OR reliability OR psychometric) AND (Spanish OR Spain OR Latin

America) AND (instrumentation [sh] OR "Reproducibility of Results" [Mesh])

- ("Health Literacy" [Mesh] OR "Digital Health Literacy" OR "eHealth Literacy") AND ("Surveys and Questionnaires"[Mesh] OR "Validation Study" [Publication Type] OR "Psychometrics" [Mesh]) AND (Spanish OR spain OR Latin America) AND (instrumentation [sh] OR "Reproducibility of Results" [Mesh])

Se priorizaron los artículos publicados en los últimos 10 años, con especial atención a los datos epidemiológicos de 2022 y 2023, con el fin de garantizar la actualidad de la información sobre el impacto de las ECV.

Se incluyeron metaanálisis, revisiones sistemáticas, estudios observacionales transversales y guías de práctica clínica, publicados en inglés y español, seleccionados según criterios de pertinencia temática y calidad metodológica.

10. Limitaciones y posibles sesgos

El estudio presenta diversas limitaciones vinculadas a su diseño observacional, analítico y transversal, que deben tenerse en cuenta al interpretar los resultados. Al basarse en datos recogidos en un único momento temporal, no es posible establecer relaciones de causalidad entre el nivel de alfabetización digital en salud y la adherencia al tratamiento, sino únicamente asociaciones. Tanto la escala eHEALS como el test de Morisky-Green y el cuestionario BMQ-Specific dependen de la autopercepción y sinceridad del participante, lo que puede generar una sobreestimación o infraestimación del nivel real de alfabetización digital en salud, de la adherencia terapéutica o de las creencias sobre el tratamiento con estatinas. En el caso del cuestionario BMQ-Specific, las respuestas pueden estar influenciadas por experiencias previas, expectativas personales, creencias culturales o exposición a información errónea, lo que podría introducir variabilidad no controlada en la medición.

Además, es importante señalar que el test de Morisky-Green, aunque ampliamente utilizado en población con enfermedades crónicas, no cuenta con una validación específica para pacientes en tratamiento con estatinas. Las validaciones disponibles muestran una alta especificidad, pero baja

sensibilidad, lo que implica que podría no detectar a un número relevante de pacientes no adherentes, afectando la clasificación final de adherencia en la población estudiada.

En cuanto a la selección de participantes, el muestreo por conveniencia entre quienes acuden al centro de salud puede generar una muestra no representativa de toda la población de la zona básica, especialmente de personas que consultan de forma esporádica o que presentan barreras de acceso al sistema sanitario. Esto puede introducir sesgo de selección.

También deben considerarse posibles sesgos de información. La autodeclaración de adherencia puede verse afectada por el sesgo de deseabilidad social, especialmente en población de edad avanzada. En los casos en que los cuestionarios sean administrados con apoyo profesional, puede aparecer sesgo del entrevistador, particularmente en personas con dificultades de comprensión.

Respecto a las variables secundarias, la recogida de comorbilidades constituye otra fuente potencial de limitación. Dado que el estudio se integra en la práctica clínica habitual y no es factible verificar diagnósticos mediante pruebas complementarias, la presencia de comorbilidades se registrará según consten como diagnósticos activos en la historia clínica electrónica. Esto implica que pueden existir errores de clasificación, tanto por diagnósticos incompletos o no actualizados como por condiciones registradas sin confirmación diagnóstica formal (por ejemplo, EPOC sin espirometría o deterioro cognitivo sin evaluación estandarizada). Asimismo, algunas condiciones metabólicas como obesidad o sobrepeso pueden estar infrarregistradas, ya que no siempre se codifican a pesar de estar presentes clínicamente. Esta variabilidad en la calidad del registro puede introducir confusión residual y limitar la precisión en la estimación del impacto de las comorbilidades sobre la alfabetización digital o la adherencia terapéutica.

La polimedicación, aunque se recoge de forma estructurada, también puede estar sujeta a variabilidad en el registro de tratamientos crónicos, especialmente en pacientes que combinan prescripciones de distintos niveles asistenciales o automedicación no declarada.

Aunque la nacionalidad se incluye como variable para explorar posibles diferencias culturales, constituye únicamente un indicador general y no refleja

la complejidad de factores socioculturales individuales que pueden influir en la alfabetización digital, las creencias sobre la medicación o la adherencia.

Estas limitaciones no invalidan los resultados, pero sí obligan a interpretarlos con cautela. Aun así, el estudio permite identificar asociaciones relevantes y generar hipótesis sólidas para futuras investigaciones, especialmente estudios longitudinales o intervenciones orientadas a mejorar la alfabetización digital en salud y abordar las creencias sobre los medicamentos en población de edad avanzada.

11. Aspectos éticos de la investigación.

El estudio se llevará a cabo respetando los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, garantizando en todo momento la dignidad, los derechos y el bienestar de los participantes. Asimismo, se cumplirá lo dispuesto en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

En relación con la protección de datos, el estudio se ajustará a la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y al Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD). Los datos personales serán tratados de forma estrictamente confidencial y únicamente con fines de investigación. Antes de su incorporación a la base de datos, la información será anonimizada, de modo que no será posible identificar a los participantes, y la base de datos final no contendrá nombres, números de historia clínica ni ningún otro dato que permita la identificación directa o indirecta.

Los riesgos asociados a la participación en este estudio son mínimos, dado que se trata de un estudio observacional basado en entrevistas y cuestionarios, sin intervenciones clínicas ni procedimientos invasivos. Los posibles riesgos incluyen la posibilidad de una brecha de confidencialidad, mitigada mediante la anonimización y el almacenamiento seguro de los datos, así como cierta incomodidad al responder preguntas relacionadas con la adherencia al tratamiento o con el nivel de alfabetización digital. No se prevén riesgos físicos ni clínicos derivados de la participación.

Tampoco se anticipan beneficios directos para los participantes; sin embargo, los resultados del estudio podrán contribuir a mejorar las estrategias de educación sanitaria en Atención Primaria, desarrollar intervenciones dirigidas a

aumentar la adherencia terapéutica y diseñar programas de alfabetización digital en salud adaptados a poblaciones vulnerables, como personas mayores e inmigrantes, lo que podría repercutir en una mejora de la calidad asistencial. Antes de su inclusión en el estudio, los participantes recibirán una hoja informativa en la que se explicarán los procedimientos del estudio, los riesgos y los beneficios esperados. Solo se incluirá a aquellos pacientes que otorguen su consentimiento informado por escrito, garantizando su participación voluntaria y su derecho a retirarse en cualquier momento sin repercusión en su atención sanitaria habitual.

El estudio dispone del COIR de la UMH, con referencia TFM.MPA.ALP.MIRG.260422, y será necesaria la evaluación y aprobación previal del Comité Ético de Investigación del Hospital Vega Baja de Orihuela antes de su inicio.

12. Calendario y cronograma previsto para el estudio

El estudio se desarrollará a lo largo de un periodo estimado de 12 meses, distribuidos fases consecutivas que permitirán una planificación ordenada y eficiente del trabajo. El cronograma propuesto es el siguiente:

- Fase 1 (Mes 1-2): Finalización del protocolo de investigación, revisión metodológica y diseño de los materiales necesarios para el estudio, incluyendo la hoja de información al participante, el consentimiento informado, los cuestionarios y la base de datos. Asimismo, durante esta fase se procederá a la presentación de la documentación ante el Comité de Ética de Investigación para la obtención de la aprobación.
- Fase 2 (Mes 3): Reclutamiento y capacitación del equipo investigador. Se llevará a cabo una prueba piloto de los cuestionarios para evaluar su comprensión y tiempos de aplicación, realizando los ajustes necesarios.
- Fase 3 (Mes 4-8): Reclutamiento de los participantes que acudan a consulta y cumplan criterios de inclusión establecidos, así como aquellos que manifiesten su disposición a participar en el estudio. Durante esta fase se realizará la recogida de datos mediante entrevista clínica, aplicación de cuestionarios y revisión de historia clínica. La información obtenida será registrada y codificada en la base de datos.

- Fase 4 (Mes 9-10): Revisión y depuración de la base de datos, seguida del procesamiento y análisis estadístico de la información utilizando el software SPSS. Se elaborará una interpretación preliminar de los resultados obtenidos.
- Fase 5 (Mes 11-12): Redacción de resultados, discusión y conclusiones del estudio. Esta fase incluirá la revisión del documento por parte de la tutora, la incorporación de las correcciones pertinentes y la preparación del material necesario para la defensa del trabajo.

13. Personal que participará en el estudio y responsabilidad

El estudio será llevado a cabo por el equipo investigador, compuesto por el investigador principal, responsable de la coordinación, supervisión y garantía del cumplimiento metodológico y ético del proyecto, y por profesionales de medicina de familia y enfermería del centro de salud de Callosa de Segura que deseen colaborar.

El equipo investigador será el encargado de identificar y captar a los participantes que cumplan los criterios de inclusión durante las consultas programadas, proporcionar la hoja informativa, explicar los objetivos del estudio y obtener el consentimiento informado. Asimismo, asumirán la administración de los cuestionarios, la realización de la entrevista clínica y la revisión de la historia clínica electrónica para la obtención de los datos necesarios.

14. Instalaciones e instrumentación

El estudio se desarrollará en las consultas de medicina de familia y enfermería del Centro de Salud de Callosa de Segura, que disponen de espacios adecuados para realizar entrevistas clínicas garantizando privacidad y confidencialidad.

La instrumentación necesaria incluirá los cuestionarios impresos eHEALS, el test de Morisky-Green, el cuestionario BMQ-Specific, así como la hoja informativa del estudio y el consentimiento informado. Se utilizarán los ordenadores personales con acceso a la historia clínica electrónica y un equipo informático con software estadístico para el registro, almacenamiento y análisis de los datos.

15. Presupuesto

El estudio presenta un diseño observacional, sin intervenciones clínicas ni necesidad de material especializado, y se integrará en la actividad asistencial

habitual del Centro de Salud de Callosa de Segura. Por ello, se prevé un impacto económico bajo. Los recursos necesarios serán los siguientes:

- Material de papelería: bolígrafos, carpetas y la impresión de cuestionarios y documentos informativos.
- Software estadístico: se utilizará la licencia corporativa proporcionada por la Universidad Miguel Hernández de Elche.
- Equipos informáticos: ordenadores personales del centro de salud con acceso a la historia clínica electrónica.
- Gastos de difusión científica: publicación en revista de acceso abierto, presentación de resultados en congreso y servicios de traducción del manuscrito en inglés.
- Derechos de uso de cuestionarios:

La escala eHEALS es de uso gratuito para investigación académica.

El Test de Morisky-Green requiere licencia.

El cuestionario BMQ-Specific requiere autorización.

No se solicitará financiación externa; los costes serán asumidos por el equipo investigador y los recursos propios del centro.

El presupuesto detallado estimado del estudio se encuentra en la tabla 2 disponible en el Anexo 10.

16. Bibliografía

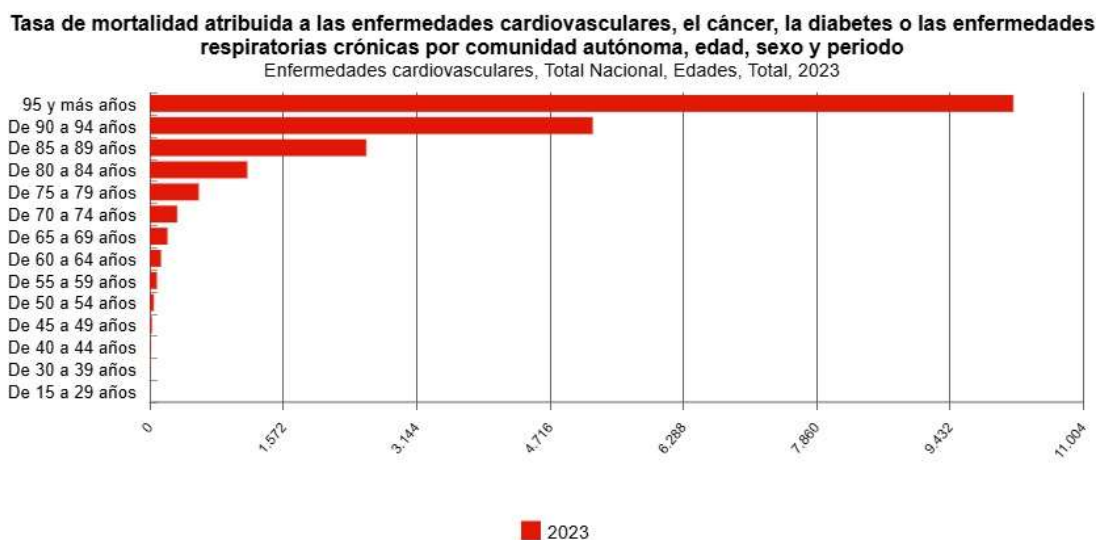
1. Townsend N, Kazakiewicz D, Wright FL, et al. Epidemiology of cardiovascular disease in Europe. *Nat Rev Cardiol.* 2022;19(2):133-143.
2. Global Cardiovascular Risk Consortium; Magnussen C, Ojeda FM, Leong DP, et al. Global effect of modifiable risk factors on cardiovascular disease and mortality. *N Engl J Med.* 2023;389(14):1273-1285.
3. Instituto Nacional de Estadística. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares, 2023. Madrid: INE; 2023.
4. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990–2019. *J Am Coll Cardiol.* 2020;76(25):2982-3021.
5. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of modifiable risk factors associated with myocardial infarction. *Lancet.* 2004;364:937-952.
6. Hong KN, Fuster V, Rosenson RS, et al. How low to go with cholesterol. *J Am Coll Cardiol.* 2017;70(17):2171-2185.
7. Ray KK, Corral P, Morales E, et al. Lipid-modification therapies. *Lancet.* 2019;394:697-708.
8. Razavi AC, Mehta A, Sperling LS. Statin therapy prevention. *Atherosclerosis.* 2022;356:41-45.
9. Sucato V, Ortello A, Comparato F, et al. Cholesterol-lowering strategies. *J Clin Med.* 2024;13:1882.
10. Shapiro MD, Maron DJ, Morris PB, et al. Preventive cardiology. *J Am Coll Cardiol.* 2019;74(15):1926-1942.
11. World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Geneva: WHO; 2003.
12. Basios A, Markozannes G, Ntzani EE, et al. Adherence to statins. *Eur J Prev Cardiol.* 2025.
13. Beh CY, Fok RW, Goh LH, et al. Barriers to statin adherence. *BMJ Open.* 2023;13:e073125.
14. Matthews A, Herrett E, Gasparrini A, et al. Statin media coverage impact. *BMJ.* 2016;353:i3283.
15. Lim HM, Ng CJ, Abdullah A, et al. Online health information and statin adherence. *Digit Health.* 2024;10.

16. Nelson AJ, Puri R, Nissen SE. Statins and media distortion. *Curr Atheroscler Rep.* 2020;22:37.
17. Swire-Thompson B, Lazer D. Online misinformation. *Annu Rev Public Health.* 2020;41:433-451.
18. Norman CD, Skinner HA. eHEALS. *J Med Internet Res.* 2006;8:e27.
19. Paakkari L, Okan O. Health literacy. *Health Lit Res Pract.* 2019;3:e161-e164.
20. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011;155(2):97-107.
21. Lu X, Zhang R. eHealth literacy and adherence. *J Med Internet Res.* 2019;23:e14908.
22. Fernandes R, et al. E-health literacy and adherence. *Healthcare.* 2025;13.
23. Pramio-Pérez G, et al. Validación eHEALS España. *Rev Esp Salud Publica.* 2015;89:329-338.
24. Val Jiménez A, et al. Test Morisky-Green. *Aten Primaria.* 1992;10:767-770.
25. González-González J, et al. BMQ validación española. *Aten Primaria.* 2017;49:82-89.

17. Anexos

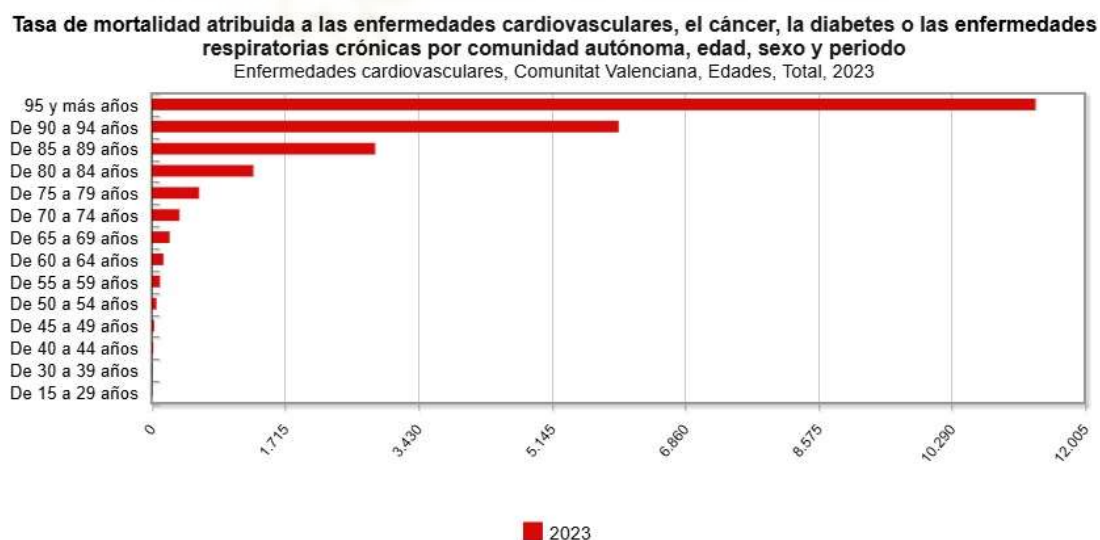
Anexo 1

Gráfico 1



Instituto Nacional de Estadística (INE). *Datos de mortalidad por ECV, 2023*.
 Madrid: INE; 2023.

Gráfico 2



Instituto Nacional de Estadística (INE). *Datos de mortalidad por ECV, 2023*.
 Madrid: INE; 2023.

Anexo 2

HOJA DE INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado a participar porque cumple los criterios necesarios para este estudio. Su participación es voluntaria.

¿En qué consiste el estudio?

Se le pedirá que complete un breve cuestionario con información general sobre usted. No se le realizarán pruebas médicas ni procedimientos adicionales.

¿Qué riesgos o molestias tiene?

No existen riesgos. Solo deberá responder preguntas sencillas sobre su situación personal.

¿Qué beneficios puedo obtener?

No recibirá beneficios directos, pero su participación ayudará a mejorar el conocimiento científico sobre el tema estudiado.

¿Mis datos serán confidenciales?

Sí. Toda la información será **anónima**. No se recogerá ningún dato que permita identificarle. Sus respuestas se usarán únicamente con fines de investigación.

¿Puedo retirarme del estudio?

Sí. Puede dejar de participar en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones.

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído y comprendido la información anterior.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que mis datos serán tratados de forma anónima.

Acepto participar en este estudio.

Firma del participante: _____

Fecha: ____ / ____ / ____



Anexo 4

CUESTIONARIO *(Por favor, complete o marque las opciones que correspondan)*

1. Edad

Indique su edad en años: _____

2. Sexo

Marque una opción: ☐ Hombre ☐ Mujer

3. Nacionalidad

Escriba su nacionalidad/ país de origen: _____

4. Nivel educativo

Marque una opción:

- ☐ Sin estudios
- ☐ Estudios primarios
- ☐ Estudios secundarios
- ☐ Estudios universitarios

5. Frecuencia de uso de internet

Marque una opción:

- ☐ Ninguna
- ☐ Al menos una vez al mes
- ☐ Al menos una vez por semana
- ☐ Todos los días

Anexo 5

1. Tiempo de tratamiento con estatinas

- **Meses desde el inicio del tratamiento:** _____
- **Fecha de inicio del tratamiento:** _____

2. Polimedicación: ☐ Sí ☐ No

Se considerará presente cuando el participante utilice ≥ 5 medicamentos de uso crónico (toma diaria o pauta semanal/mensual/semestral) mantenidos durante un periodo ≥ 6 meses.

3. Comorbilidades

Señale la opción que corresponda basándose únicamente en los diagnósticos activos registrados en la historia clínica. No se exigen criterios de confirmación diagnóstica ni mediciones específicas.

	Sí	No
Hipertensión arterial		
Diabetes Mellitus		
Enfermedad renal crónica		
Insuficiencia cardíaca		
Fibrilación auricular		
EPOC		
Obesidad/Sobrepeso		
Esteatosis hepática		

Anexo 6

Escala eHEALS (*eHealth Literacy Scale*)

Instrucciones

Este cuestionario evalúa su capacidad para buscar, comprender y utilizar información de salud disponible en internet.

Lea cada afirmación y marque la opción que mejor refleje su grado de acuerdo.

Instrucciones para el profesional

- Asegúrese de que el paciente ha recibido previamente la **Hoja de Información** y ha firmado el **Consentimiento Informado**.
- Lea las instrucciones en voz alta si es necesario.
- No oriente las respuestas.
- Compruebe que no quedan ítems sin contestar.
- La puntuación total se obtiene sumando los valores de los 8 ítems (rango 8–40).

Por favor, marque una opción en cada fila

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Conozco qué recursos sobre salud están disponibles en Internet	1	2	3	4	5
Sé <u>dónde</u> puedo encontrar recursos útiles sobre salud en Internet	1	2	3	4	5
Sé <u>cómo</u> puedo encontrar recursos útiles sobre salud en Internet	1	2	3	4	5
Sé cómo utilizar Internet para encontrar respuestas a mis cuestiones sobre salud	1	2	3	4	5
Sé cómo utilizar la información sobre salud que encuentro en Internet para que me ayude	1	2	3	4	5

Tengo las habilidades necesarias para evaluar los recursos sobre salud que encuentro en Internet	1	2	3	4	5
Puedo distinguir los recursos de salud de alta calidad de los recursos de salud de baja calidad que se encuentran en Internet	1	2	3	4	5
Tengo confianza a la hora de utilizar la información de Internet para tomar decisiones sobre salud	1	2	3	4	5

Puntuación total (Este apartado será completado por el facultativo)

Suma de los 8 ítems: _____

Anexo 7

Test de Morisky-Green		
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí	No
¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	No
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	No
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí	No



Anexo 8

Cuestionario BMQ-Specific

Este cuestionario se centra exclusivamente en sus creencias y opiniones sobre su medicación para el colesterol (las estatinas).

Nos interesa conocer su opinión personal: cómo se siente respecto a tomar este medicamento y qué ideas tiene sobre él.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. **Lo importante es lo que usted piensa.**

El cuestionario está dividido en **dos partes**, cada una con un objetivo diferente. Esto le ayudará a entender mejor lo que está contestando:

- Primera parte: Necesidad.

Estas afirmaciones están pensadas para conocer hasta qué punto usted considera necesario su tratamiento con estatinas para controlar el colesterol y matener su salud. Aquí valorará ideas como si siente que el medicamento es importante para usted o si cree que lo necesita para evitar problemas de salud.

- Segunda parte: Preocupaciones.

Las afirmaciones de esta parte se centran en posibles dudas o inquietudes que pueda tener sobre la medicación con estatinas. Aquí podrá expresar si le preocupa que puedan causar efectos secundarios, que pueda ser perjudicial a largo plazo o que pueda generar dependencia.

Para contestar, **marque con un círculo el número que mejor refleje su opinión.**

Parte 1: Necesidad

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Actualmente, mi salud depende de las estatinas	1	2	3	4	5
Mi vida sería imposible sin estatinas	1	2	3	4	5
Sin las estatinas, estaría muy enfermo/a	1	2	3	4	5
En el futuro, mi salud dependerá de tomar estatinas	1	2	3	4	5
Las estatinas impiden que colesterol empeore y me cause problemas en el futuro	1	2	3	4	5

Parte 2: Preocupaciones

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Me preocupa tener que tomar estatinas	1	2	3	4	5
A veces me preocupo por los efectos a largo plazo de tomar estatinas	1	2	3	4	5
Las estatinas son un misterio para mí	1	2	3	4	5
Tomar estatinas o me trastorna la vida	1	2	3	4	5
A veces me preocupo por si llego a ser demasiado dependiente de las estatinas	1	2	3	4	5

Anexo 9

Tabla 1

Objetivo/ Variable	Tipo de variable	Prueba/Análisis	Criterios previos/ Consideraciones	Salida esperada
Descripción de variables cuantitativas (edad, eHEALS, tiempo en tratamiento, BMQ-Specific)	Cuantitativas continuas	Media $\pm$ Desviación estándar o Mediana (rango intercuartílico)	Normalidad evaluada con Shapiro-Wilk	Estadísticos descriptivos
Descripción de variables cualitativas (sexo, nacionalidad, nivel educativo, frecuencia de uso de internet, adherencia, polimedicación, comorbilidades)	Cualitativas nominales/ ordinales	Frecuencias y porcentajes	-	Distribución de frecuencias
eHEALS vs adherencia terapéutica	Cuantitativa continua vs dicotómica	T de Student o U de Mann-Whitney	Normalidad (Shapiro-Wilk) y homogeneidad de varianzas (Levene)	Diferencias de medias o medianas
Creencias sobre medicación (BMQ-Specific) vs adherencia	Cuantitativa continua vs dicotómica	T de Student o U de Mann-Whitney	Normalidad (Shapiro-Wilk)	Diferencias de medias o medianas
Sexo, nacionalidad, nivel educativo, frecuencia de uso de internet, polimedicación,	Cualitativas vs dicotómica	Chi-cuadrado o Fisher	Frecuencias esperadas adecuadas	Asociación entre categorías

comorbilidades vs adherencia				
Modelo multivariante para predictores de no adherencia	Dicotómica (dependiente) + múltiples independientes	Regresión logística binaria	Inclusión de variables mediante método enter. Evaluación de colinealidad. Si hay baja frecuencia en comorbilidades → agrupar o usar recuento simple	OR e IC 95%
Justificación del número de variables	-	-	El cálculo muestral se basó en 7 variables esenciales; el modelo final incluye variables adicionales clínicamente relevantes, evaluando estabilidad y colinealidad	-

Anexo 10

Tabla 2

Concepto	Cantidad estimada	Coste unidad (€)	Coste total (€)
Hojas informativas	220 copias	0,05	11
Consentimientos informados	220 copias	0,05	11
Cuestionario sociodemográfico	220 copias	0,05	11
Cuestionario eHEALS	220 copias	0,05	11
Test Morisky-Green	220 copias	0,05	11
Licencia Test Morisky-Green	-	-	280
Cuestionario BMQ-Specific	220 copias	0,05	11
Licencia cuestionario BMQ-Specific	-	-	290
Tóner/impresión adicional	-	-	20
Material de oficina (carpetas, bolígrafos, archivadores)	-	-	25
Publicación en revista Open Access	1	3000	3000
Servicio de traducción en inglés	1	450	450
Inscripción a congreso, viaje y dietas	1	1000	1000
Total estimado	-	-	5131€