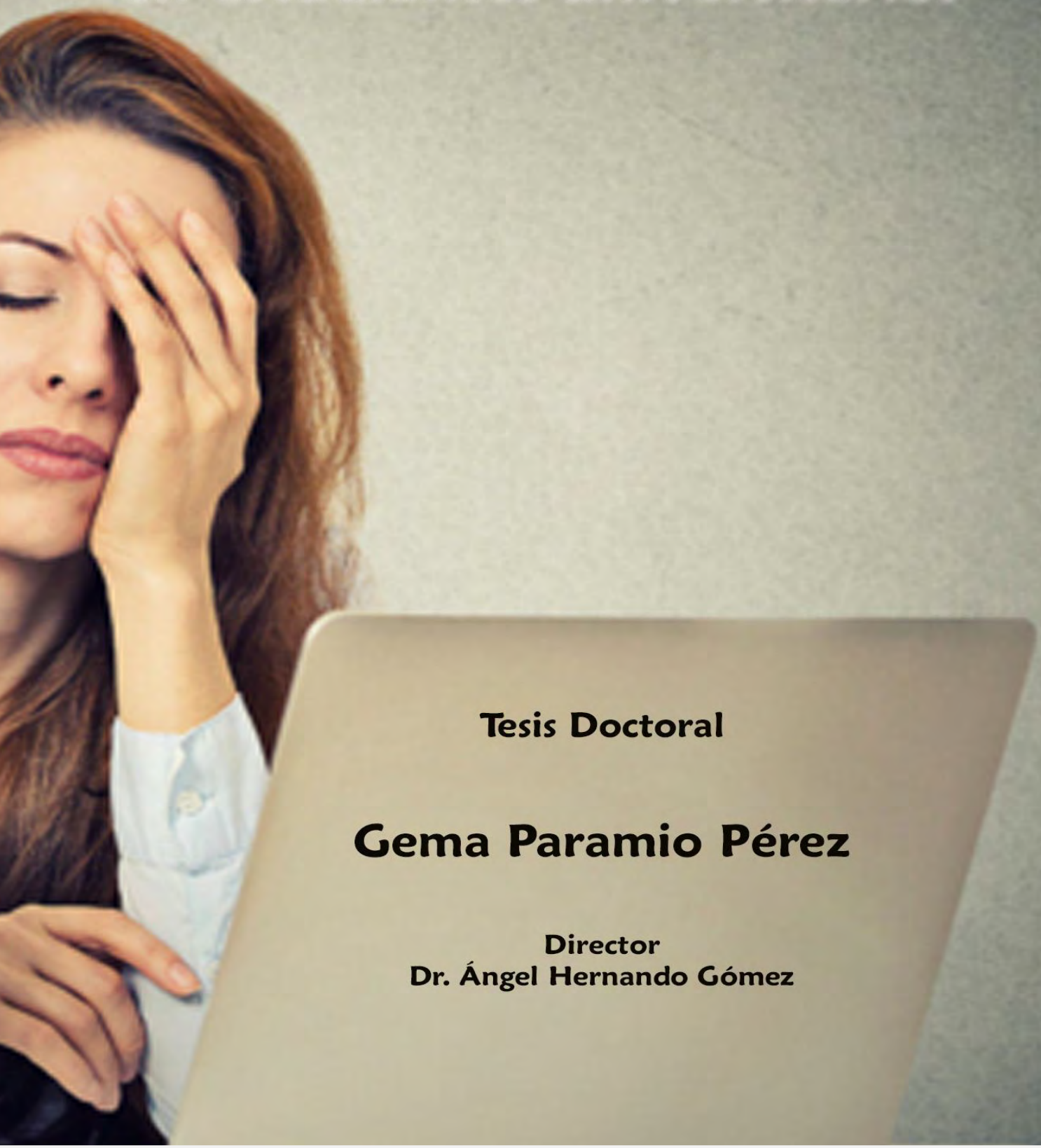
Competencia mediática en eSalud, bienestar psicológico y salud mental en estudiantes universitarios



Tesis Doctoral

Gema Paramio Pérez

Director
Dr. Ángel Hernando Gómez

Competencia mediática en eSalud, bienestar psicológico y salud mental en estudiantes universitarios

Tesis Doctoral

Gema Paramio Pérez

Director
Dr. Ángel Hernando Gómez



Doctorado Interuniversitario en Comunicación
Departamento de Educación
Universidad de Huelva, 2015

Competencia mediática en eSalud, bienestar psicológico y salud mental en estudiantes universitarios

Gema Paramio (ORCID 0000-0002-3359-1981)
Director: *Dr. Ángel Hernando (ORCID 0000-0002-6414-5415)*

Programa de Doctorado ***Interuniversitario en Comunicación***
Línea de Investigación: ***Educomunicación y Alfabetización Mediática (Media Literacy)***

Universidad de Huelva, 2015

"Incluso ante un notorio despliegue tecnológico, la calidad del uso de la tecnología puede dejar mucho que desear, estimulando, en ocasiones, usos banales y rituales de la misma que no mejoran en nada ni la productividad, ni el progreso educativo y cultural de la sociedad"

(Pérez-Tornero & Martínez-Cerdá, 2011).

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS **11**

RESUMEN / ABSTRACT/ RESUMO **13**

I. INTRODUCCIÓN **21**

1.1. Planteamiento el problema……..……..... 23
1.2. Objetivos de la investigación……..…….. 26
1.3. Hipótesis de la investigación……..…….. 27

II. MARCO TEÒRICO **29**

2.1. Sociedad de la información y la comunicación en salud……..... 31
2.1.1. La sociedad de la información: definición y conceptos..... 32
2.1.2. La sociedad de la información y la comunicación en salud, un paso más allá en la gestión de la información……..... 35
2.1.3. La importancia de la información en salud……..... 39

2.2. Concepto y evolución en modelos de salud…..……..... 42
2.2.1. Modelo biomédico……...…….…….. 42
2.2.2. Modelo social……...…….…….……..... 43
2.2.3. Modelo biopsicosocial……...……...…… 43

2.3. Tecnologías de la información y la comunicación en salud…… 45
2.3.1. La eHealth, eSalud o salud electrónica…...…… 45
2.3.2. La medida de la eSalud……. 48
2.3.3. Nuevos modelos de relación médico- paciente y TIC…….. 50

2.4. Tendencias en el uso de internet como fuente de información sobre salud en universitarios…….. 52
2.4.1. Internet como fuente de información sobre salud……..... 53
2.4.2. Perfil de los usuarios…...……..... 54
2.4.2.1. Perfil por género…...……..... 54
2.4.2.2. Perfil de los internautas por categoría de edad……..... 55
2.4.2.3. Perfil de los internautas en cada categoría por nivel de estudios…….. 55
2.4.2.4. Uso de los internautas según la temática de acceso…..... 56

2.5. Educación y búsquedas sobre salud en universitarios..... 57
2.5.1. Hábitos de búsqueda y confianza en la información online sobre salud entre jóvenes universitarios……...……..... 58

2.6. Bienestar psicológico y competencia en eSalud……..... 60
2.6.1. Concepto de bienestar psicológico…...……..... 61
2.6.2. Indicadores del bienestar psicológico…...……... 61
2.6.2.1. Satisfacción con la vida……...…….. 62
2.6.2.2. Vitalidad subjetiva…...……..... 63
2.6.2.3. Autoestima……...……..... 64
2.6.3. Relación entre competencia mediática, empoderamiento y bienestar psicológico en universitarios…… 64

2.7. El constructo y conceptos de salud mental……..... 67
2.7.1. Dificultades de su medición…...……..……. 67
2.7.2. La medida de la salud mental a través del cuestionario de salud general abreviado de Goldberg (GHQ-12)……..... 68
2.7.3. Salud mental en estudiantes universitarios…...……..... 69

III. DISEÑO Y MÉTODO **73**

3.1. Método estudio 1……..... 75
3.1.1. Participantes ……...……...….. 75
3.1.2. Instrumentos ……...……... 76
3.1.3. Procedimiento……...……..... 78
3.1.4. Análisis de los datos……...……..... 78

3.2. Método estudio 2……..... 79
3.2.1. Participantes.……...……..... 79
3.2.2. Instrumentos…….……... 80
3.2.3. Procedimiento...…….……..... 83
3.3.4. Análisis de datos……...…….. 84

3.3. Resumen de la metodología empleada en los dos estudios de la tesis……. 85

IV. RESULTADOS **87**

4.1. Resultados estudio 1 ……..…… 89
4.1.1. Propiedades psicométricas del eHEALS …...……..... 89
4.1.2. Estadísticos descriptivos y correlaciones bivariadas……..... 92

4.2. Resultados estudio 2……..….. 93
4.2.1. Estadísticos descriptivos sobre el uso de internet de los universitarios…. 93
4.2.2. Estadísticos descriptivos de la competencia en eSalud…….. 94
4.2.3. Estadísticos descriptivos de las escalas: ítems relacionadas con la salud.. 96
4.2.4. Correlaciones bivariadas de las variables del estudio..... 98
4.2.5. Comparación de las medias de todas las variables en función del género. 99

4.2.6. Comparación de la competencia en eSalud entre los universitarios de grado y de posgrado…….. 99
4.2.7. Comparación de la competencia en eSalud y su relación con el uso de internet…… 100
4.2.8. Diferencia en competencias en eSalud entre universitarios que tienen alguna enfermedad o algún familiar con una patología crónica…… 101
4.2.9. Competencia en eSalud y su relación con el uso de Internet…… 102
4.2.10. Análisis de regresión lineal empleando como variable dependiente la salud mental……..... 103

V. DISCUSIÓN **105**

5.1. Discusión estudio 1…..……..... 107
5.2. Discusión estudio 2…..……..... 110

VI. ASPECTOS FINALES **117**

6.1. Conclusiones……..... 119
6.1.1. Conclusiones…… 121
6.1.2. Conclusões……... 126
6.2. Limitaciones y perspectivas de futuro……..... 127
6.2.1. Limitaciones…… 129
6.2.2. Futuras líneas de investigación…… 130
6.3. Implicaciones prácticas……..... 133

VII. REFERENCIAS **139**

VIII. ANEXOS **163**

8.1. Cuestionario estudio 1…..……..... 165
8.2. Cuestionario estudio 2…..……..... 169
8.3. Artículo derivado de la realización de la tesis: Validación de la escala *eHealth literacy* (eHEALS) en población universitaria española…….. 175
8.4. Fotografías realizadas durante la recogida de datos…..... 187

AGRADECIMIENTOS

Después de un larguísimo y arduo, pero fructífero, camino, quiero expresar al fin mis agradecimientos por la satisfacción del trabajo realizado y el sincero apoyo que he recibido de tantas personas. Una tesis requiere mucho tiempo a solas y ha sido tan importante la parte técnica como la parte emocional para poder llevar a cabo este proyecto (sobre todo siendo una persona tan inquieta como soy). Por ello, quiero expresar mi agradecimiento a muchas personas que, cada uno a su manera, han ayudado a cumplir por fin mi meta y conseguir llevarla a buen término.

En primer lugar, quiero agradecer a mi director de Tesis, el Dr. Ángel Hernando, por su tiempo, esfuerzo, dedicación, conocimientos, experiencia, valores, amistad y oportunidades. Por ser un pilar fundamental para mí y darme fuerzas cuando flaqueaba. Es un gran profesional y una excelente persona. Al director del Programa de Doctorado Interuniversitario en Comunicación de Huelva, el Dr. Ignacio Aguaded, por confiar en mí, enseñarme, ayudarme y creer en mí. También quiero darle las gracias por incentivarme a emprender mi estancia internacional y hacer crecer el proyecto con nuevas experiencias y aprendizajes. En tercer lugar, quiero agradecer a la Dra. Armanda Matos (mi tutora internacional) por ayudarme en todo, por su cariño, su apoyo y su experiencia. Por abrirme camino en una nueva universidad y hacerme sentir como en casa.

Al Dr. Bartolomé J. Almagro, por ser mi ayuda, mi apoyo, mi compañero, por enseñarme tanto y sobre todo por aguantarme.

Agradecer por su esfuerzo, tanto económico como emocional a mi madre Manuela y a mi hermana Fátima. Por robarles su tiempo y escucharme, y a mi padre José Antonio, por tantos viajes sin quejarse y apoyarme.

A mis compañeros que me han apoyado durante la estancia internacional que ha sido muy dura y solitaria. Daros las gracias a todos, sobre todo a Patricia de Casas-Moreno.

Y por supuesto a todo el profesorado y alumnado que han hecho posible este trabajo.

Muchas gracias por formar parte de mi vida y de este proyecto, que más que el fin de un camino… es el comienzo de otro trayecto.

RESUMEN / ABSTRACT / RESUMO

RESUMEN

Introducción: Los medios de comunicación y, en concreto, la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC), al campo de la salud han dado lugar a nuevos modelos de salud electrónica (eSalud). Los beneficios de las TIC en el ámbito de la salud han sido ampliamente reconocidos: mejorar la efectividad y la eficiencia de la provisión de servicios, empoderar y educar al usuario, ayudar en la toma de decisiones, permitir la interacción entre consumidores y profesionales, apoyar el entrenamiento y la capacitación de los profesionales, etc. Por otro lado, el uso masivo de internet en nuestra sociedad desarrollada, ha posibilitado el acceso a un mayor volumen de información sobre salud, que puede facilitar que los ciudadanos se encuentren desbordados y realicen una demanda de servicios sanitarios irracional e innecesaria, que podría entorpecer el funcionamiento del sistema de salud e incluso podría tener un impacto negativo en su propia salud. Esto no hace más que evidenciar la necesidad de la formación en eSalud, pero para implementar programas de capacitación entre usuarios y profesionales de la salud, son necesarias herramientas para poder evaluar no solo la eficacia de los mismos, sino las competencias de los usuarios en eSalud. Una de las escalas más empleadas para medir de forma rápida y sencilla la competencia en eSalud es la *eHealth Literacy Scale* (eHEALS; Norman & Skinner, 2006a); sin embargo, no existía una validación en castellano de dicha escala. En este sentido, surgen una serie de preguntas, que no se han abordado en el contexto español: ¿Están preparados los

usuarios para emplear adecuadamente la información sobre salud de la red? ¿Tienen los universitarios las competencias necesarias para utilizar la información sobre salud de internet? ¿Podría influir la competencia en eSalud en el bienestar psicológico o en la salud mental de los universitarios?

Objetivos: El objetivo principal del estudio ha sido analizar la competencia en eSalud, el bienestar psicológico y la salud mental en estudiantes de la Universidad de Huelva. Para ello, se plantearon una serie de objetivos más específicos: adaptar y validar al contexto español la eHEALS, analizar la relación entre la competencia en eSalud, bienestar psicológico y salud mental de los universitarios, analizar la aptitud o competencia en eSalud en función de la titulación y de la formación de grado o de posgrado, estudiar la relación entre el uso de internet que hacen los universitarios y su competencia en eSalud, examinar las diferencias de la competencia en eSalud, bienestar psicológico y salud mental en función del género, así como proponer líneas de actuación para mejorar las competencias de los universitarios en eSalud.

Método: Esta investigación está compuesta de dos estudios. En primer lugar, se realizó un estudio instrumental para adaptar y validar la escala eHEALS al contexto español. Posteriormente en el segundo estudio, se empleó dicha escala que evaluaba la competencia en eSalud junto a otras medidas: satisfacción vital, vitalidad subjetiva, autoestima y salud mental o malestar psicológico. De este modo, se realizó un estudio *ex post facto* con una muestra más amplia. La muestra final fue de 1975 alumnos de diferentes titulaciones (relacionadas y no relacionadas con el ámbito sanitario) de la Universidad de Huelva, de grado y post-grado.

Resultados: Con respecto al estudio 1, el análisis factorial exploratorio mostró una estructura monofactorial que explicó el 52.55% de la varianza explicada, con elevados pesos factoriales de sus ítems. Se obtuvo una fiabilidad de .87 y una correlación test-retest de .78. El análisis factorial confirmatorio presentó unos índices de ajuste adecuados. Además el cuestionario fue invariante por género. En el estudio 2, el análisis de correlación mostró que la competencia en eSalud se relacionaba de forma positiva y significativa con la satisfacción con la vida, vitalidad subjetiva y autoestima. Mientras que mostró una relación negativa con el malestar psicológico. Si bien el coeficiente de correlación en todas estas relaciones tuvo un valor bajo. Por otro lado, la satisfacción con la vida, la vitalidad subjetiva y la autoestima correlacionaron de forma positiva y significativa entre ellos. Además, se obtuvieron correlaciones negativas entre

estos tres indicadores del bienestar psicológico y el malestar psicológico (coeficiente de correlación entre -.45 y -.56). En el análisis de las diferentes variables en función del género, se encontraron diferencias significativas en la satisfacción con la vida, la autoestima y la salud mental. Los estudiantes universitarios obtuvieron una menor puntuación media en el malestar psicológico, lo que muestra una mejor salud psicológica que las mujeres. En cuanto al nivel de competencia en eSalud en función del tipo de titulación, se encontraron diferencias significativas a favor de del alumnado de titulaciones de grado relacionadas con la salud. No se encontraron diferencias en la competencia en eSalud entre los estudiantes de grado y posgrado. Por último, el aná-lisis de regresión mostró que los universitarios con una adecuada vitalidad, una buena autoestima y que en general estén satisfechos con su vida tendrán una mejor salud psicológica.

Conclusiones: En relación al estudio 1, se concluye que la versión española eHEALS es una herramienta sencilla, válida y fiable para medir la aptitud en eSalud en el contexto educativo universitario. En el estudio 2, la competencia en eSalud percibida por el estudiante universitario, muestra relación positiva con su bienestar, mientras que la relación es negativa con el malestar psicológico (aunque el coeficiente de correlación en todos estas relaciones obtuvo un valor bajo). Además, los universitarios con una adecuada vitalidad, una buena autoestima y que en general estén satisfechos con su vida, tienen una mejor salud psicológica. En cuanto a las diferencias en función del género, destaca que los alumnos universitarios tienen una mejor salud psicológica que las alumnas. Por otro lado, el alumnado de titulaciones de grado relacionadas con la salud posee, una mayor competencia en eSalud que el alumnado del resto de las titulaciones. Sin embargo, no existen diferencias significativas entre los estudiantes de grado y de posgrado en su competencia en eSalud. Por último, se presentan en el apartado de implicaciones prácticas una serie de medidas destinadas a incrementar la competencia en eSalud, el bienestar y la salud psicológica de los universitarios.

ABSTRACT

Introduction: The implementation of information technologies and communication (ICT) in the field of health has given rise to eHealth. The benefits of ICT in the field of health have been widely recognized. Even though today, university students have the resources needed to access an almost unlimited amount of health information, this access does not guarantee that they select the best information or to make good use of it. This does nothing more than highlight the need for training in eHealth, but to implement training programs are necessary tools to assess the skills of university students in eHealth. One of the most used scales to measure this competence is the eHealth Literacy Scale (eHEALS; Norman and Skinner, 2006a); however, there was no validation of this scale in Spanish. In this sense a number of questions arise that have not been addressed in the Spanish context: Do university students have skills needed to use the Internet health information? Could competences in eHealth influence the psychological well-being or mental health of university students?

Objectives: The main objective of the study is to analyze competence in eHealth, psychological well-being and mental health in students of the University of Huelva. For this, a number of more specific objectives were raised including the following: to adapt and validate eHEALS to the Spanish context, to analyze the relationship among competition in eHealth, psychological well-being and mental health of university students and examine their differences in gender or degree.

Method: This research consists of two studies. Firstly an instrumental study was conducted to adapt and to validate the scale eHEALS to a Spanish university context (with a sample of 447 university students). Then in the second study, this scale was used, evaluating eHealth competences together with other measures: life satisfaction, subjective vitality, self-esteem and

psychological health. In this way, an ex post facto study with a sample of 1975 undergraduate and graduate students at the University of Huelva was performed.

Results: With regard to Study 1, exploratory factor analysis showed monofactorial structure explained 52.55% of the explained variance, with high factor weights of its items. Reliability of .87 and a test-retest correlation of .78 were obtained. The confirmatory factor analysis showed appropriate fit indices. In addition, the questionnaire was invariant by gender. In study 2, the correlation analysis showed that eHealth competence is positively and significantly related to life satisfaction, subjective vitality and self-esteem, whereas it showed a negative relationship with psychological distress (correlation coefficient between -.45 and -.56). Even though the correlation coefficient in all these relations had low values. In the analysis of the different variables according to gender, significant differences in life satisfaction, self-esteem and mental health were found. Male university students obtained an average score lower on psychological distress, showing a better psychological health than women. Regarding the level of eHealth competence depending on the type of degree, significant differences in favor of students studying degree courses related to health they were found. Finally, regression analysis showed that university students with adequate vitality, good self-esteem and who are generally satisfied with their lives will have a better psychological health.

Conclusions: The Spanish version of eHEALS is a simple, valid and reliable tool for measuring eHealth aptitude in the university context. EHealth competence perceived for university student shows positive relationship with their welfare, while the relationship is negative in psychological distress. In addition, university students with adequate vitality, good self-esteem and who are generally satisfied with their lives will have a better psychological-health. Regarding gender differences, it is noted that male university students have better psychological-health than female students. Moreover, students from degree courses related to health have greater competence in eHealth than students from other degrees. Finally, in the section of practical implications, a series of measures to increase e-Health competence, well-being and psychological health of university students are presented.

RESUMO

Introdução: A aplicação das tecnologias da informação e da comunicação (TIC) no campo da saúde deu lugar ao eSaúde. Os benefícios das TIC no âmbito da saúde têm sido amplamente reconhecidos: melhorar a eficácia e a eficiência da provisão de serviços, habilitar e educar o usuário, ajudar na tomada de decisões, permitir a interação entre consumidores e profissionais, apoiar a formação e a qualificação dos profissionais, etc. Por outro lado, o uso generalizado da Internet na nossa sociedade desenvolvida facilitou o acesso a um maior volume de informação sobre saúde, o que pode conduzir a que os cidadãos fiquem sobrecarregados e levem a cabo uma procura irracional e desnecessária de serviços de saúde, capaz de dificultar o funcionamento do sistema de saúde e mes-mo ter um impacto negativo na sua própria saúde. Este contexto vem realçar a necessidade de formação em eSaúde. No entanto, para implementar programas de qualificação entre os usuários e os profissionais de saúde, são necessárias fe-rramentas para poder avaliar, não apenas a eficácia dos mesmos, mas também as competências dos usuários da eSaúde. Um das escalas mais utilizadas para avaliar de um modo rápido e simples a competência em eSaúde é a eHealth Literacy Scale (eHEALS; Norman & Skinner, 2006a); no entanto, não foi efetuada a validação desta escala em Castelhano. Neste sentido, surgem diversas questões que não foram abordadas no contexto espanhol: os usuários da Internet estão preparados para utilizar adequadamente a informação sobre saúde disponível na rede? Os estudantes universitários têm as competências necessárias para utilizar a informação sobre saúde disponível na Internet? A competência em eSaúde pode influenciar o bem-estar psicológico ou a saúde mental dos estudantes universitários?

Objetivos: O objetivo principal do estudo será analisar a competência em eSaúde, o bem-estar psicológico e a saúde mental de estudantes da Universidade de

Huelva. A partir deste objetivo, foi formulado um conjunto de objetivos mais específicos: adaptar e validar a eHEALS para o contexto espanhol, analisar a relação entre a competência em eSaúde, o bem-estar psicológico e a saúde mental dos estudantes universitários, analisar a aptidão ou competência em eSaúde em função do curso e da licenciatura ou pós-graduação, estudar a relação entre o uso que os estudantes universitários fazem da Internet e a sua competência em eSaúde, examinar as diferenças na competência em eSaúe, no bem-estar psicológico e na saúde mental em função do sexo, assim como propor linhas de atuação para melhorar as competências em eSaúde dos estudantes universitários.

Método: Esta investigação integra dois estudos. Em primeiro lugar, foi levado a cabo um estudo com o objetivo de adaptar e validar a eHEALS para ser utilizada no contexto universitário espanhol, (com uma amostra de 447 estudantes universitários). Posteriormente, no segundo estudo, esta escala foi utilizada para avaliar a competência em eSaúde, sendo ainda avaliadas outras variáveis: satisfação vital, vitalidade subjetiva, autoestima e saúde mental ou mal-estar psicológico. Deste modo, foi realizado um estudo ex post facto com uma amostra mais ampla. A amostra final era constituída por 1975 estudantes de diferentes cursos de licenciatura e pós-graduação (relacionados ou não com o domínio da saúde) da Universidade de Huelva.

Resultados: Relativamente ao estudo 1, a análise fatorial exploratória revelou uma estrutura unifatorial que explicou 52.55% da variância, com saturações elevadas dos seus itens. Obteve-se um índice de fidelidade de .87 e uma correlação teste-reteste de .78. A análise fatorial confirmatória revelou índices de ajustamento adequados, não tendo sido detetadas diferenças em função do sexo. No estudo 2, a análise correlacional efetuada demonstrou que a competência em eSaúde estava relacionada de um modo positivo e significativo com a satisfação com a vida, com a vitalidade subjetiva e com a autoestima, tendo ainda revelado uma relação negativa com o mal-estar psicológico, embora o coeficiente de correlação tenha sido baixo em todos estes casos. Por outro lado, a satisfação com a vida, a vitalidade subjetiva e a autoestima apresentaram correlações positivas e significativas entre si. Foram ainda obtidas correlações negativas entre estes três indicadores do bem-estar psicológico e o mal-estar psicológico (coeficiente de correlação entre -.45 e -.56). A análise das diferentes variáveis em função do sexo revelou diferenças significativas na satisfação com a vida, na autoestima e na saúde mental. Os estudantes universitários obtive-ram uma pontuação média inferior no mal-estar psicológico, o que sugere uma melhor

saúde psicológica em comparação com as mulheres. No que diz respeito ao nível de competência em eSaúde em função do tipo de curso, foram encontradas diferenças significativas a favor dos estudantes de licenciatura de cursos relacionados com a saúde. Não foram encontradas diferenças na competência em eSaúde entre os estudantes de licenciatura e de pós-graduação. Finalmente, a análise de regressão demonstrou que os estudantes universitários com uma vitalidade adequada, uma boa autoestima e que em geral estão satisfeitos com sua vida terão uma melhor saúde psicológica.

Conclusões: Em relação ao estudo 1, concluise que a versão espanhola da eHEALS é um instrumento simples, válido e fiável para medir a competência em eSaúde, no contexto educativo universitário. No estudo 2, a competência em eSalud percecionada pelos estudantes universitários apresenta uma relação positiva com o seu bem-estar, enquanto a sua relação com o mal-estar psicológico se revelou negativa (embora o coeficiente de correlação em todas estas relações tenha apresentado valores baixos). Adicionalmente, concluise que os estudantes universitários com uma vitalidade adequada, uma boa autoestima e que em geral estão satisfeitos com a sua vida têm uma melhor saúde psicológica. No que se refere às diferenças em função do sexo, o estudo revela que os estudantes universitários têm uma melhor saúde psicológica do que as estudantes. Por outro lado, os estudantes de cursos de licenciatura relacionados com a saúde possuem maior competência em eSaúde que os alunos dos restantes cursos. Porém, não se verificam diferenças entre os estudantes de licenciatura e de pós-graduação na competência em eSaúde. Por último, na secção de implicações práticas apresenta-se uma série de medidas destinadas a melhorar a competência em eSaúde, o bem-estar e a saúde psicológica dos estudantes universitários.

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presenta de manera breve el planteamiento del problema, introduciendo de esta forma los objetivos y las hipótesis de esta investigación. Para posteriormente, fundamentar con más detalle en el marco teórico todas las variables y conceptos manejados en esta tesis doctoral.

1.1. Planteamiento del problema

Cada día comprobamos con pequeños gestos como la tecnología avanza a pasos agigantados y con ella el acceso a la información. Nuestra manera de comprender y relacionarnos con el mundo también ha cambiado. En un principio fue la aparición de la informática la que revolucionó la forma de trabajar, desde hace unos años es internet la que modifica nuestra forma de comunicarnos. En la actualidad, la utilización masiva de los recursos digitales está dando como resultado la transformación de las relaciones interpersonales, sociales y laborales. Todos estos avances nos permiten realizar cada vez más acciones a través de internet, pero ¿estamos preparados para un uso útil de esta tecnología?

En esta nueva era que comenzaba, llena de vertiginosos cambios y rápidos avances tecnológicos, uno de los principales retos que se plantearon los gobiernos a nivel mundial fue la reducción de la brecha digital. Para ello, se ha tratado de garantizar el acceso a los recursos tecnológicos de todas comunidades; partiendo del paradigma de que este acceso garantizaría los avances y progresos en esta nueva etapa. Sin embargo, una vez evaluados los programas de implementación tecnológica, como el sistema de prioridades y objetivos marcados en el 2000 en la Cumbre de Lisboa por la Unión Europea, surgieron más preguntas que respuestas, planteando así un segundo paso de abordaje, dónde

la alfabetización mediática cobraba especial relevancia (Martínez-Cerdá & Pérez-Tornero, 2011). De hecho, en 2009 la Unión Europea recomendó a los estados miembros la puesta en marcha de una nueva asignatura en los centros escolares: "Educación mediática". En este sentido, la decisión de la Eurocámara da por sentado que una escuela moderna necesita formar ciudadanos que se desenvuelvan de forma autónoma y crítica, es decir, personas con una cualificación personal y social que les facilite el saber "convivir" con los medios de comunicación. Estas competencias no se adquieren con el consumo diario de los mismos, sino que es imprescindible una formación crítica en alfabetización audiovisual y mediática, entendiéndose éstas como las destrezas, habilidades, actitudes y aptitudes mínimas para poder interpretar juiciosamente el bombardeo de imágenes y contenidos mediáticos y telemáticos en soporte visual, sonoro y audiovisual, que forman parte ya consustancial de nuestro hábitat cotidiano (Aguaded, 2009).

Hoy por hoy se hace inconcebible una vida sin recursos tecnológicos. De alguna manera, estos recursos juegan un papel cada vez más importante en nuestra sociedad y se están haciendo muy representativos en algunos ámbitos como es el de la salud, cambiando diametralmente las relaciones diádicas preestablecidas tradicionalmente entre médico y paciente. En esta línea, las TIC representan un papel cada vez más importante en la salud de los consumidores. Prueba de lo mencionado anteriormente, es el hecho de que la información sobre salud es uno de los temas más investigados en internet (8 de cada 10 usuarios afirman conectarse a internet solo para obtener información sobre salud), por lo que es una de las actividades más populares en la web junto con la lectura del correo y el acceso a redes sociales (Fox, 2011). En este sentido, surgen una serie de preguntas, que no se han abordado en el contexto español: ¿Tienen los usuarios de internet las competencias necesarias para utilizar la información sobre salud de la web? ¿Están preparados los universitarios para emplear adecuadamente la información sobre salud de la web? ¿Consideran útiles los recursos de la web para auto-gestionar su salud? ¿Podría influir la alfabetización en eSalud en el bienestar psicológico o en la salud mental de las personas? ¿Cómo se podría medir esto?

Una de las últimas encuestas española sobre nuevas tecnologías, del Instituto de Tecnologías Educativas (2011), muestra evidencias lógicas del uso masivo de la tecnología en estudiantes, reflejando que a medida que aumenta la edad de la población, disminuye el porcentaje de internautas y viceversa. En este sentido, la población más activa es la de los usuarios en la franja de edad estu-

diantil (de 16 a 24 años), obteniéndose pocas diferencias en el porcentaje de población de 25 a 34 años; dato en consonancia, con que la ocupación que más accede a los recursos web es la de estudiante, siendo los de licenciatura universitaria los más activos.

Aunque a día de hoy, las nuevas generaciones de universitarios tienen los recursos necesarios para acceder a una cantidad casi ilimitada de información en salud, este acceso no les garantiza que estén capacitados para realizar búsquedas de información sobre salud en internet (Escoffery et al., 2005; Stellefson et al., 2011).

A pesar de que debería ser una responsabilidad importante para cualquier disciplina educativa (más si cabe en la rama sanitaria), el asegurar que los estudiantes universitarios obtuvieran los conocimientos y habilidades necesarias para realizar búsquedas avanzadas de eSalud, no está claro ni existe consenso sobre la necesidad de aplicar más formación específica para ayudar a los alumnos encontrar, interpretar y evaluar la información sobre salud disponible en internet.

Según Norman y Skinner (2006a), la importancia de la alfabetización en salud electrónica, radica en que la información y los recursos a través de la cual se presenta ésta, están mediados por factores contextuales. Las revisiones de la literatura como la de Stellefson et al. (2011) ponen de manifiesto este hecho. Concluyen que a pesar de que los estudiantes se conectan bastante a la red y se encuentran cómodos con su uso en la búsqueda de información sobre salud, sus habilidades sobre alfabetización en salud electrónica o eSalud dejan mucho que desear a nivel general.

Andreu-Sánchez y Martín-Pascual (2014) señalan que en el ámbito de la docencia en España, en los modelos recientemente implantados, el alumno deja de ser mero receptor de contenidos (consumidor) para convertirse en productor. Para Martín-Pascual (2008) este camino ya se inició con la *googlearización* de la docencia, que reflejó un cambio en la adquisición de conocimiento. Esto deberá tenerse en cuenta para poder ayudar a los universitarios en la adquisición de una adecuada competencia en salud electrónica o eSalud.

En lo que respecta a los procesos cognitivos que subyacen a la búsqueda de información sobre salud en internet y a pesar del acceso sin precedente a los recursos, poco se sabe sobre ello, ya que la mayor parte de las investigaciones desarrolladas en este campo se han hecho sobre papel (es decir alfabetización en

salud), pero no sobre los recursos tecnológicos, abriéndose todo un campo en ciernes por descubrir.

Por todo ello y para dar respuesta a todos los interrogantes planteados, este trabajo pretende abordar la validación de la escala eHEALS (Norman & Skinner, 2006a), que es una escala canadiense diseñada para medir la alfabetización o competencia en eSalud. Esta escala ya ha sido validada en otros idiomas y en diferentes ámbitos (Van-der-Vaart et al., 2011; Koo, Norman, & Chang, 2012), sin embargo no ha sido validada en el contexto español. Además, esta tesis doctoral analizará la relación entre la aptitud en eSalud, el bienestar psicológico y la salud mental entre los estudiantes de grado y posgrado de la Universidad de Huelva. A continuación, se presentan con más detenimiento todos los objetivos de este estudio y las hipótesis de partida.

1.2. Objetivos

El objetivo principal del estudio será analizar alfabetización en eSalud, el bienestar psicológico y la salud mental en estudiantes de la Universidad de Huelva. En base a este objetivo, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Adaptar y validar al contexto español la *eHealth Literacy Scale* (eHeals) de Norman y Skinner (2006a).
- Examinar las propiedades psicométricas de la versión española de la escala eHeals (administrada a una población universitaria).
- Realizar un análisis descriptivo de la competencia en eSalud, del uso general de Internet, del bienestar psicológico y la salud mental de una muestra de estudiantes universitarios.
- Analizar la relación entre la competencia en eSalud (medida a través del eHeals), bienestar psicológico y salud mental en una población de universitarios españoles.
- Examinar las diferencias de la competencia en eSalud, bienestar psicológico y salud mental en función del género.

- Analizar la aptitud o competencia en eSalud en función de la titulación y de la formación universitaria en estudiantes de grado y posgrado de la Universidad de Huelva.

- Estudiar la relación entre el uso de internet que hacen los universitarios y su competencia en eSalud).

- Proponer líneas de actuación para mejorar las competencias de los universitarios en eSalud, su bienestar y salud mental.

1.3. Hipótesis de la investigación

Teniendo en cuenta los estudios revisados sobre la temática (Armayones & Hernández, 2007; Falcón & Luna, 2012; Lorca & Jadad, 2006; Stellefson et al., 2011; Toduka, Doba, Butler, & Paasche-Orlow, 2009; Van-der-Vaart et al., 2011; Ybarra & Suman, 2006) se enunciaron las siguientes hipótesis:

- La competencia en eSalud se relacionará positivamente con el bienestar psicológico de los universitarios.

- Los estudiantes con una mayor competencia en eSalud tenderán a presentar menos problemas de salud mental.

- Los estudiantes universitarios de titulaciones más relacionadas con la salud (ejemplo: enfermería, psicología y ciencias de la actividad física y del deporte) tendrán una mayor aptitud en eSalud que el resto de titulaciones.

- Los estudiantes de posgrados presentarán mayor competencia en eSalud que los de grado.

- Los estudiantes que usan internet con más frecuencia tenderán a tener un mayor dominio de la eSalud.

- Los niveles de competencia en eSalud podrían ser más altos en personas que padecen algún tipo de enfermedad o tienen familiares con enfermedades crónicas.

- El alumnado universitario con buenos indicadores del bienestar psicológico tendrá una mejor salud mental (menos malestar o distrés psicológico).

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se expone el marco teórico sobre el que se sustenta la investigación que compone esta tesis doctoral. En primer lugar, se contextualiza la sociedad de la información dentro del campo de la salud, después, se desarrolla la evolución de los modelos de salud hasta nuestros días. Asimismo, se expone el concepto de salud electrónica (eSalud) y la dificultad de su medición. A continuación, se detalla el uso de Internet como fuente de información sobre salud, su relación con la educación y con las competencias a adquirir por los universitarios. Por último, se definirá el bienestar psicológico y el constructo de salud mental, su medición y la influencia que tiene en el alumnado; haciendo especial hincapié, en la relación entre salud y competencias en eSalud.

2.1. La sociedad de la información y la comunicación en la salud

El paso de las sociedades industriales a las del conocimiento ha generado cambios muy profundos a nivel social que redefinen la cotidianidad de la vida de las personas. El uso de las tecnologías de la información y la comunicación (en adelante TIC) en determinados sectores sociales y económicos, como el comercio electrónico, los servicios bancarios, los servicios de las administraciones y en educación, han hecho de las TIC un valioso recurso para facilitarnos muchas gestiones. Los cambios son innegables, pero en el sector de la asistencia sanitaria y pese a las expectativas albergadas, parece que en general no se ha logrado llegar al mismo nivel de empleo de las TIC que en otros sectores.

2.1.1. La sociedad de la información: definición y conceptos

"Sociedad de la información", es un concepto que se ha popularizado enormemente debido al uso habitual de las iniciativas públicas (sobre todo por parte de la Unión Europea que tienen como objeto promoverla). Sin embargo, este término no es novedoso remontándose su definición a la década de los 70 (Bell, 1974), época en la que empezó a percibirse que la sociedad industrial evolucionaba hacía un modelo de sociedad distinta; caracterizada por el reemplazo de la optimización y control de los procesos industriales, por el proceso y manejo de la información.

En esta línea, a principios de los años noventa se complementó de repente este concepto con la noción de "*sociedad del conocimiento*", que reconocía la importancia social y económica que tenían la información para generar conocimiento; y que éste a su vez, era parte de un valioso producto que surgía de todas aquellas tecnologías. No obstante, con la aparición de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), surgieron otros conceptos que servían para enfatizar las características definitorias de esta nueva sociedad: "sociedad red" (Castells, 2001), "Tecnópolis" (Postman, 1994), o "sociedad digital" (Terceiro, 1996), pretendiendo ser más neutros al catalogar a la civilización como una sociedad basada en el conocimiento. Una sociedad en la que todo ser humano, con la información que puede tener, adquiere un saber muy concreto, el cual además puede provenir no sólo ya de la educación, la formación o la adquisición de una cultura universal, sino también de la experiencia, del lenguaje y, en especial, de la racionalidad (Castells, 2001).

En este contexto, Ojeda, Ordoñez y Ochoa (2005) opinan que los medios o tecnologías de la información y comunicación se convierten sobre todo en los mecanismos para que el saber humano se pueda generar, se intercambie, se comparta o se conozca ampliamente entre todos las personas del mundo, dentro de una *sociedad de la información y conocimiento*.

Sea como fuere, las numerosas definiciones de sociedad de la información que existen actualmente comparten el mismo significado, pero con diferentes matices en función del interés de cada autor.

De esta forma, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (a partir de ahora UNESCO), en particular, ha adoptado el término "sociedad del conocimiento", dentro de sus políticas institucionales, desarrollando una reflexión en torno al tema, que busca incorporar

una concepción no relacionada únicamente con la dimensión económica. Tal como planteaba Abdul Waheed Khan, subdirector general de la UNESCO en 2003 sobre la comunicación y la información:

> La sociedad de la información es la piedra angular de las sociedades del conocimiento. El concepto de "sociedad de la información", a mi parecer, está relacionado con la idea de la "innovación tecnológica", mientras que el concepto de "sociedades del conocimiento" incluye una dimensión de transformación social, cultural, económica, política e institucional, así como una perspectiva más pluralista y desarrolladora. El concepto de "sociedades del conocimiento" es preferible al de la "sociedad de la información" ya que expresa mejor la complejidad y el dinamismo de los cambios que se están dando. (...) el conocimiento en cuestión no sólo es importante para el crecimiento económico sino también para empoderar y desarrollar todos los sectores de la sociedad.

Por otro lado, la *International Telecommunication Union* (ITU, 2003) en la Declaración de Principios de la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información celebrada en Ginebra, expresa en su primer artículo la importancia de construir una sociedad de la información para el desarrollo y la calidad de vida, admitiendo que el principal capital de la sociedad actual es el humano (ver Figura 1) y que el acceso a la información de éste revierte en la propia economía:

> Nosotros (...) declaramos nuestro deseo y compromiso común de construir una Sociedad de la Información centrada en la persona, integradora y orientada al desarrollo, en que todos puedan crear, consultar, utilizar y compartir la información y el conocimiento, para que las personas, las comunidades y los pueblos puedan emplear plenamente sus posibilidades en la promoción de su desarrollo sostenible y en la mejora de su calidad de vida, sobre la base de los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas y respetando plenamente y defendiendo la Declaración Universal de Derechos Humanos.



Figura 1. Cuadro resumen de la diferenciación de conceptos

La cotidianidad, más allá de la definición de los términos en esta nueva sociedad en las que las tecnologías afectan a todos los ámbitos del ser humano (trabajo y el hogar, las relaciones interpersonales, familiares o sociales, las formas de convivencia y entretenimiento, la educación y la cultura, la economía y la política, etc.) es indiscutible. Sin embargo, en este contexto es primordial entender, que tan solo son un medio para transmitir y gestionar datos, información y conocimiento, siendo este su papel fundamental (Aja, 2002). En este contexto se entiende que lo realmente importante es el potencial humano y lo que se puede hacer con ellas.

En esta línea, Fontcuberta (2000) opina que hablar de una sociedad de conocimiento supone ir un paso más allá del concepto de sociedad de la información, haciendo una diferenciación fundamentalmente cuali-cuantitativa entre ellas. Para esta autora, la segunda concepción estaría constituida por datos y la primera por los significados que aportan sentido a estos datos.

En este campo de estudio, esta diferenciación se hace fundamental, como se verá más adelante. El exceso de información y la difícil regulación de los mecanismos de publicación, sobre todo, como resultado del surgimiento y desarrollo de Internet, es uno de los principales problemas que se plantean, es decir, el gran volumen de datos (cuantitativamente hablando, como apuntaba Fontcuberta, 2003). Es muy frecuente encontrar un número significativo de pu-

blicaciones redundantes y de baja calidad mezcladas con otras importantes y sólidas, difíciles de hallar entre la información ruidosa que la "envuelve".

2.1.2. La sociedad de la información y la comunicación en salud: un paso más allá en la gestión de la información

Cuando se habla de sociedades de la información, se puede hipotetizar una relación unidireccional entre receptor y emisor, pero cuando se habla sobre sociedad del conocimiento no, debido a que, lo está en cuestión es el propio concepto de "conocer".

Fontcuberta (2003) señala que lo que hoy se considera conocimiento es algo distinto a lo que se ha considerado tradicionalmente y que en gran parte, se sigue impartiendo en universidades y escuelas. Para esta autora los factores que han precipitado este cambio, son tres:

a) El crecimiento enorme del volumen de la información disponible y los continuos cambios que experimenta el conocimiento.
b) Las demandas del sistema económico y social.
c) La progresiva socialización de las nuevas tecnologías en el acceso, transmisión y recepción de la información.

En esta línea, Andreu-Sánchez y Martín-Pascual (2014) señalan que en los nuevos modelos de enseñanza-aprendizaje implantados en el ámbito de la docencia en España, el alumno deja de ser mero receptor de contenidos (consumidor) para convertirse en productor. Para Martín-Pascual (2008) este camino ya se inició con la *googlearización* de la docencia, que reflejó un cambio en la adquisición de conocimiento, que se expone más adelante.

Area y Pessoa (2012) explican estos procesos de cambios socioculturales actuales basándose en la metáfora de Bauman (2006) "de lo sólido a lo líquido", que se caracterizan por la omnipresencia de las tecnologías de la información y comunicación. Según estos autores, la metáfora nos sugiere que el tiempo actual (su cultura digital) es un fluido de producción de información y conocimiento inestable, en permanente cambio, en constante transformación, como contraposición a la producción cultural desarrollada a lo largo de los siglos XIX y XX. Es decir, Internet y especialmente, la denominada Web 2.0, han cambiado la forma tradicional de elaboración, distribución y consumo de la cultura. Por ello,

los objetos culturales que fueron creados a lo largo del siglo XX, como las publicaciones impresas, están desapareciendo. En esta línea, las TIC han sido las responsables de provocar la transformación de los mecanismos de producción, almacenamiento, difusión y acceso a la información; en las formas y los flujos comunicativos entre las personas; así como en los lenguajes expresivos y de representación de la cultura y el conocimiento. En definitiva, están cambiando nuestra experiencia en múltiples aspectos: ocio, comunicaciones personales, aprendizaje, sistema sanitario, etc.

Por otro lado, Area y Pessoa (2012) proponen un modelo de la web 2.0 para tratar de resumir sus características y la forma de abordar la alfabetización de las personas respecto a ellas. El modelo propone varios aspectos que se simultanean entre sí:

a) **La web como biblioteca universal**

Esta es una de las metas más relevantes de lo que significa ser un sujeto alfabetizado en la cultura digital. Uno de los fenómenos más importantes y del que se hablará en varias ocasiones en este trabajo, es la sobreabundancia de información. Desde principios del siglo XIX se comienza a generar un incremento exponencial de la información, que es amplificada y difundida a gran escala por los múltiples medios y tecnologías. A esto, es lo que se conoce como «infoxicación», término acuñado por Benito-Ruiz (2009), en el sentido del caos que produce este gran volumen de datos generando saturación o intoxicación informacional que provoca que muchos sujetos tengan una visión confusa sobre la realidad que les rodea. Estos autores opinan que es una paradoja el hecho de disponer de los recursos y medios para la accesibilidad a la información, pero que la mente humana sea limitada y no sepa cómo gestionar toda esta información. Por ello, Area y Pessoa (2012) afirman que una cosa son los datos y otra bien distinta es la capacidad de interpretarlos, darles sentido y emplear esa información al servicio de la resolución de un problema.

b) La web como mercado o zoco digital

Como se ha comentado con anterioridad, el paso de las sociedades industriales a las del conocimiento, transforman la sociedad capitalista de forma que la información es su materia prima y el capital humano su principal activo. A modo de ejemplo, se puede observar la realidad sobre: el comercio on-line, la gestión de servicios con las administraciones públicas, la comunicación vía Internet con empresas, asociaciones, entidades gubernamentales, la sanidad

electrónica, la gestión de nuestras finanzas o actividades comerciales, etc. La Web 2.0 es cada vez más un espacio virtual de transacciones económicas. Por ello, este tipo de empresas o instituciones de servicios requieren de recursos humanos cualificados, o si se prefiere alfabetizados, de modo que posean las competencias adecuadas para producir, gestionar y consumir productos basados en la gestión de información. También es muy relevante la formación o alfabetización del cliente, del usuario y del consumidor de los productos on-line, de modo que conozca sus derechos y formas de actuar en las web.

c) La fragmentación de la cultura

La cultura vehiculada a través de las redes son piezas cortas, breves, separadas unas de otras, pero entrelazadas mediante vínculos para su consumo rápido. Cada unidad u objeto cultural (una canción, un post, un comentario en un foro, un vídeo, un texto, una foto…) puede ser consumida por el usuario de forma aislada del contexto en el que lo produjo el autor, otorgándole, en consecuencia, otro significado diferente del original, puede ser remezclada con otras piezas generadas por otros autores, configurando de este modo, una experiencia única y personal por parte del sujeto que navega. Componer una página web, un blog, una wiki, se parece más al proceso de armar un *collage* que al de elaborar una obra cohesionada y cerrada en sí misma (Area & Pessoa, 2012).

d) La web como ágora pública de comunicación

La Web 2.0 o red social nos permite estar en contacto permanente con otros usuarios y de este modo, construir comunidades o grupos de comunicación horizontal (Tuenti, Flirck, Twitter o Facebook), que tienen el potencial de que cualquier individuo pueda interaccionar y compartir información con muchas personas, de forma fácil, en directo y sin intermediarios. Son sobre todo espacios de interacción social, según Area y Pessoa (2012, p. 16) "es una plaza pública de encuentro e intercambio de personas que comparten unas mismas aficiones, intereses, problemáticas, o afectos".

Las redes sociales, además de tener un poderoso potencial para el ocio y la comunicación informal, también tienen utilidades profesionales, formativas o de aprendizaje ya que configuran comunidades de práctica, como por ejemplo comunidades de enfermos crónicos, o asociaciones de apoyo mutuo.

e) La web como territorio creciente de expresión multimedia y audiovisual

Internet ya no es solo un ciberespacio de textos o documentos para leer. Ahora la Web 2.0 es un lugar donde publicar y comunicarse mediante fotos, videoclips, presentaciones o cualquier otro archivo multimedia. Ello requiere cada vez más la alfabetización de los sujetos tanto como consumidores de este tipo de productos, como prosumidores (consumidores de los productos generados por ellos mismos) (Andreu-Sánchez & Martín-Pascual, 2014). En este sentido, Pérez y Delgado (2012, p. 28) afirman que: "es necesaria una acción educativa para conseguir ciudadanos competentes mediáticamente, que sepan buscar y discriminar la información, comprenderla, expresarse con y a través de los medios, participar activamente, comunicarse…".

f) La web como ecosistema artificial

Internet y demás tecnologías digitales están permitiendo construir un medio ambiente artificial que posibilita tener experiencias sensoriales en entornos tridimensionales o de mezcla entre lo empírico y lo digital (Area & Pessoa, 2012). Por ejemplo los video juegos y los avatares, personajes que no solo representan a los jugadores o usuarios, sino que también les hace vivenciar intensas emociones de comunicación e interacción social, que deben aprender a gestionar.

A continuación, en la Figura 2 se presenta un resumen del modelo de la Web 2.0 de Area y Pessoa (2012), que muestra todas las posibilidades y ventajas de esta tecnología.

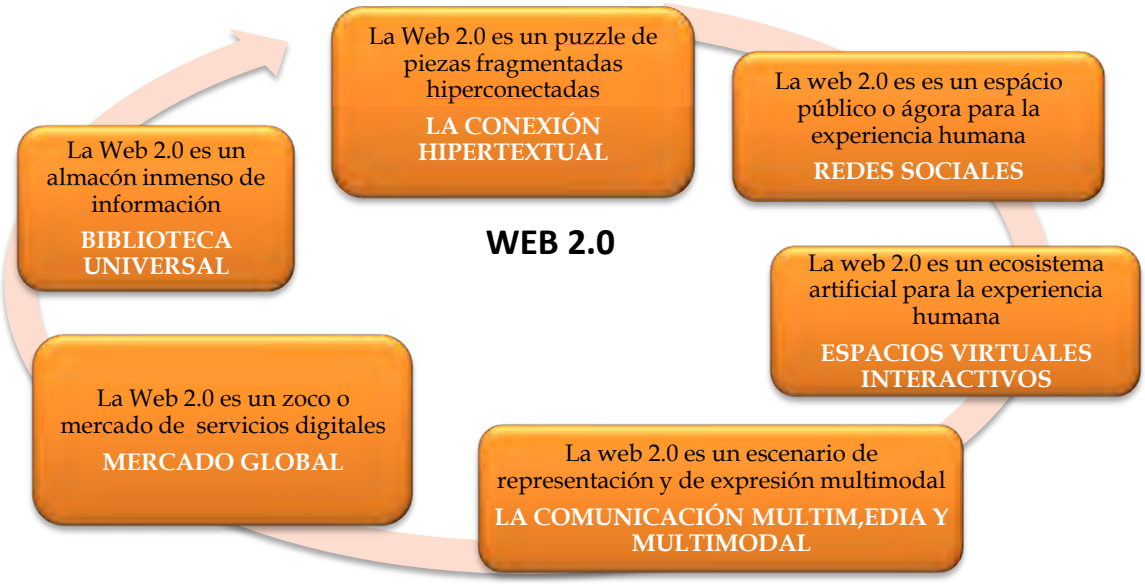


Figura 2. Cuadro resumen Web 2.0 (Area & Pessoa, 2012).

2.1.3. La importancia de la información en salud

Lejos quedan ya, aquellos tiempos en los que los sanitarios eran la única fuente de información fiable sobre salud que existía, pero la búsqueda de información sobre salud no es nada nuevo. Desde la prehistoria todas las sociedades han buscado información para tratar de aliviar el dolor, el sufrimiento o curar la incapacidad, de hecho esta búsqueda pragmática, tuvo como consecuencia la aparición de la medicina (donde la investigación y las intervenciones médicas se movieron desde la enfermedad del individuo en fase aguda y con síntomas molestos hasta las acciones de educación para preservar la salud de la comunidad).

A pesar de la aparente modernidad de las sociedades de la información y el conocimiento, las preguntas sobre la vida y el ser, siempre han estado ahí, en la curiosidad innata del ser humano. El único y gran cambio se ha producido en la evolución de los medios, los conceptos, las fuentes y sobre todo la manera de acceder a la información.

Desde los primeros chamanes que basaban sus conocimientos en el paradigma mítico-mágico de las culturas primitivas (dónde acudían los pacientes en

busca de consuelo), a los descubrimientos de los griegos sobre la influencia de las condiciones ambientales en la salud o las investigaciones biologicistas del renacimiento a través de las autopsias; donde el paciente era lo observado y el especialista el observador (González, 2002).

Las cuestiones que atañen a la información relacionadas con la salud siempre han sido y son múltiples, complejas y difíciles de sistematizar. La importancia y la centralidad que el tema de la salud logró en el contexto de las sociedades modernas, amplifica la dimensión social de las intervenciones de salud, la creación de nuevos modelos sociales de relación, nuevos comportamientos y percepciones diferentes en cuanto a la comprensión de la realidad.

El enfoque más común está basado en el modelo biomédico (que se describirá más adelante en las diferentes concepciones sobre salud). Este modelo ofrece una visión de la realidad en la que la salud se sustenta, en gran medida en la forma en la que los profesionales tratan el binomio salud-enfermedad. Según el modelo biomédico, la salud es lo contrario de la enfermedad y dan por sentado que la condición humana "normal" es ser saludable, centrándose en la comprensión y el tratamiento de los procesos físicos como la patología, la bioquímica o la fisiología.

En otra visión diferente a esta, (alternativa pero al mismo complementaria) lo ejemplifica el modelo social, que considera que los beneficios visibles en la salud mundial están directamente relacionados con las mejoras de las condiciones de vida (mejor alimentación, la calidad del agua o vivienda) y un mayor conocimiento de las necesidades de higiene y salud.

La conceptualización inherente a estos modelos son las que inspiran las definiciones oficiales y estrategias diseñadas por las políticas de salud que ofrecen las diferentes entidades nacionales y supranacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La *European Foundation Centre* (2007) propone que los problemas de salud deben ser considerados a nivel mundial, abogando por un concepto de salud que se basa en el reconocimiento de que la salud es el resultado de un proceso activo que involucra individuos, comunidades y sociedades, en la creación y el mantenimiento del bienestar. En este sentido, según la *European Foundation Centre* (2007) la salud es un derecho humano, una dimensión fundamental de la seguridad y el desarrollo humano, pero también un bien público global. La

cuestión ahora es si la salud debe ser definitivamente establecida como un derecho social.

En la actualidad, el ámbito de la salud está siendo sometido a cambios, algunos como resultado de la aplicación de las TIC. En esta línea, se pueden considerar aspectos como los medicamentos de venta con receta electrónica, la infraestructura global, los procesos de virtualización, la telemedicina, la interoperabilidad de los sistemas, asociaciones entre las instituciones, el suministro de información de salud pública, la autonomía individual, foros de discusión, medios de comunicación y la dificultad de la multidimensionalidad del tema, impiden a menudo la sistematización coherente de la lectura y la investigación sobre ello.

Como ya se ha mencionado en la definición de las sociedades contemporáneas, la importancia de las tecnologías de información y comunicación (TIC), está llegando cada vez más, a ser un eje central para el desarrollo económico y social de la humanidad. En este sentido, la prestación de servicios de salud, que integra y refleja la relación entre las TIC y la estructura social, es una relación que ha sido ampliamente discutida en los últimos años por muchos autores de diversos orígenes y habilidades (Ammenwerth et al., 2006; Espanha, 2009; Haux, 2006; Lupiáñez-Villanueva, 2011).

Las TIC desempeñan un papel cada vez más importante en los sistemas de salud por los potenciales beneficios que están ofreciendo a los ciudadanos, las empresas y los proveedores de servicios para promover formas más seguras de relacionarse, asequibles y eficientes en el campo de la salud. La creciente introducción de las TIC en los sistemas de salud trae nuevos desafíos a las instituciones de salud y a los ciudadanos.

Para comprender cómo ha ido evolucionando el concepto de salud y cómo ha ido afectando a éste la introducción de las nuevas tecnologías, a continuación se explicará la evolución del concepto a través de los modelos de salud que se han ido sucediendo hasta la actualidad.

2.2. Concepto y evolución de modelos de salud

Son varias las concepciones de salud que se han propuesto a lo largo del tiempo y se han basado fundamentalmente en los diferentes modelos causales que tratan de explicar el fenómeno salud-enfermedad.

Si bien es cierto que la evolución del concepto se ha ido desarrollando en función de los modelos explicativos, estos modelos han ido evolucionando en varias direcciones debido a los cambios, culturales, políticos y sociales, dando lugar en última estancia al concepto de calidad de vida (González, 2002).

Como se apuntaba con anterioridad, la medicina nació como una respuesta práctica a la necesidad de buscar información para aliviar el dolor, pero al evolucionar en interacción con las concepciones predominantes de las demás disciplinas y tecnologías, se fueron desarrollan paradigmas diferentes que se describen a continuación.

2.2.1. El modelo biomédico o biologicista

El modelo biologicista ha sido uno de los modelos más utilizados casi hasta nuestros días. Durante el siglo XVIII la medicina comenzó a transformar su concepción acerca de la causalidad de las enfermedades sobrepasando las barreras de los paradigmas míticos de las culturas primitivas, de la determinación de componentes de la naturaleza (paradigma naturalista) y de los miasmas (búsqueda de la causalidad en procesos naturales no observables). Dos grandes acontecimientos, como el descubrimiento de los microorganismos y de las primeras leyes de la genética, y la confrontación con la sociedad actual, dieron lugar al paradigma biologicista (González, 2002).

Este modelo centró sus bases en una concepción patologista de la salud. La enfermedad solía estar en el centro de la escena entre médico y paciente, y el rol de este último, se limitaba como bien indica su nombre "paciente", a esperar y ejercer un rol pasivo en el proceso. Los diagnósticos se centraban exclusivamente en procedimientos biológicos, separando cuerpo y mente y, el éxito terapéutico en la supervivencia del individuo o la mejoría de la enfermedad.

La reducción de las variables que causaban la enfermedad a las estrictamente biológicas, dejaba fuera todas aquellas variables humanas, sociales o culturales que podían intervenir en el proceso (Yancy, Lopatin, Stevenson, De

Marco, & Fonarow, 2006). Este reduccionismo, dio lugar al nacimiento de otros modelos o corrientes para arrojar luz sobre los procesos que este modelo no podía explicar.

2.2.2. El modelo social

El modelo social surge como alternativa y complemento al sistema biomédico, considerando que el estado de salud, estaba directamente relacionado con las condiciones de vida, y que eran éstas las que influían en mayor grado en los procesos de enfermar (Espaha, 2013).

A consecuencia de estos dos modelos y los cambios socioculturales y políticos que se iban sucediendo, ocurrió una transición lógica, hacía un modelo más conciliador que abarcaba, entre otras, estas dos posturas. Esta progresión lineal de los modelos fue la respuesta del ser humano a la búsqueda de información en salud.

2.2.3. El modelo biopsicosocial

El modelo biopsicosocial no solo fue un concepto integrador que resultó de nuevos descubrimientos y nuevas perspectivas de investigación en medicina, sino un proceso gradual de cambio a una manera diferente de pensar contextual, que incluía al observador y lo que es observado.

Este modelo es el más utilizado en nuestros días. Implica que la salud y la enfermedad son un continuo y que las barreras entre ellas, no son tan claras.

El concepto de salud engloba un proceso multidimensional en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares y ambientales. En este sentido, el médico participa junto al paciente en la definición del problema. Esto permite al profesional tener una perspectiva más amplia de la vida del paciente, e incluso a veces ayudar a la mejora de la relación con el entorno. En este caso, el profesional actúa como facilitador, ampliando su tarea, trabajando con las familias y los pacientes, y educando a los sujetos en la asunción de responsabilidades sobre su salud (Ceitlin, 1997).

Todos estos modelos inspiraron definiciones oficiales a partir de las cuales surgieron estrategias y políticas de salud, propuestas por diferentes entidades nacionales e internacionales como la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1948: "La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"

Esta definición es una de las más reconocidas a nivel mundial a pesar de que no ha sufrido modificaciones desde 1948 y que, desde entonces, se han producido grandes cambios en la Salud Pública (gracias a la irrupción, entre otras cosas, de las nuevas tecnologías).

Partiendo del último modelo descrito y la descentralización existente en los sistemas de salud actuales frente a la toma de decisiones (ciudadanos, profesionales, administración, políticas), se hacen necesarias estrategias más flexibles para afrontar los cambios que se están sucediendo y satisfacer las nuevas necesidades que esta Era tecnológica plantea (ver Tabla 1).

Tabla 1. Resumen de la evolución de los modelos de salud que dieron lugar a sus diferentes conceptos.

	BIOLOGICISTA	**SOCIAL**	**BIOPSICOSOCIAL**
DESCUBRIMIENTO	*Descubrimientos de los microoganismos y leyes de la genética*	*Las condiciones de vida hacían enfermar al ser humano*	*La salud depende de fenómenos multivariados externos e internos*
CENTRADO EN	***ENFERMEDAD*** *Los procesos biológicos/in-ternos de la enfermedad*	***ENFERMEDAD*** *Las condiciones de vida que hacían enfermar*	***CONTÍNUO SALUD/ENFERMEDAD***
ÉXITO	***CURAR*** *Alivio del dolor o enfermedad*	***PREVENIR Y CURAR*** *Aliviar dolor enfermedad*	***PROMOVER LA SALUD PARA PREVENIR LA ENFERMEDAD***

FUENTE DE INFORMACIÓN	*Investigación médica/sanitarios*	*Investigación médica/sanitarios*	*Investigación-paciente*
ROL DEL MEDICO / SANITARIO	*Investigador Observador*	*Investigador Observador*	*Investigador, ayudante del paciente*
ROL DEL PACIENTE	*Pasivo* *Lo observado*	*Pasivo* *Lo observado*	*Fuente de información* *Lo que observa y lo que es observado*

2.3. Tecnologías de la información y la comunicación en salud

Las ventajas que proporcionan las TIC en cuanto a la globalización, los avances científicos y la información, son indiscutibles. Cuando se habla de avances tecnológicos en el mundo, es innegable la importancia que han tenido en el campo de la salud y de la medicina. Estas tecnologías han tenido un crecimiento tan rápido y vertiginoso, que no solo han aportado avances a la ciencia, sino que han cambiado los conceptos, los modelos y las formas interacción social en salud pública.

Por otro lado, la aplicación de las TIC al campo de la salud, dio lugar a diferentes términos que trataron de definir el concepto y que se describen a continuación.

2.3.1. La eHealth, eSalud o salud electrónica

Salud electrónica, eSalud, *electronic Health* ó *eHealth* (en inglés), son los términos más utilizados para definir la introducción de las TIC en el campo de la salud (en este trabajo utilizaremos eSalud de ahora en adelante). No es de extrañar que estos conceptos hayan generado multitud de definiciones, ya que desde su aparición han heredado además, los problemas de definición que tiene ya en sí mismo, el término salud. En este sentido, Eysenbach (2001) definió el término *e-health* del siguiente modo:

> Es un campo emergente en la intersección de la informática médica, la salud pública y las empresas, en referencia a los servicios de salud y la información entregada o mejorada a través de Internet y las tecnologías relacionadas. En un sentido más amplio, el término caracteriza no sólo un desarrollo técnico, sino también un estado de ánimo, una manera de pensar, una actitud y un compromiso con la red, un pensamiento global, para mejorar la atención de la salud a nivel local, regional y mundial mediante el uso de tecnología de información y comunicación.

Los beneficios de las TIC en el ámbito de la salud han sido ampliamente reconocidos en diferentes investigaciones a lo largo del tiempo (Eysenbach, 2008; Jadad, 2004; Lorca & Jadad, 2006; Xie, 2012). Los más destacados para la asistencia sanitaria alcanzaría tres ámbitos importantes: el paciente y su familia, el profesional sanitario, y las instituciones sanitarias. En concreto, se destaca el potencial de Internet para mejorar la efectividad y la eficiencia de la provisión de servicios, empoderar y educar al usuario; apoyar la toma de decisiones, permitir la interacción entre consumidores y profesionales, y apoyar el entrenamiento y la capacitación de los profesionales (Powell, Darvell, & Gray, 2003) (Ver Figura 3).

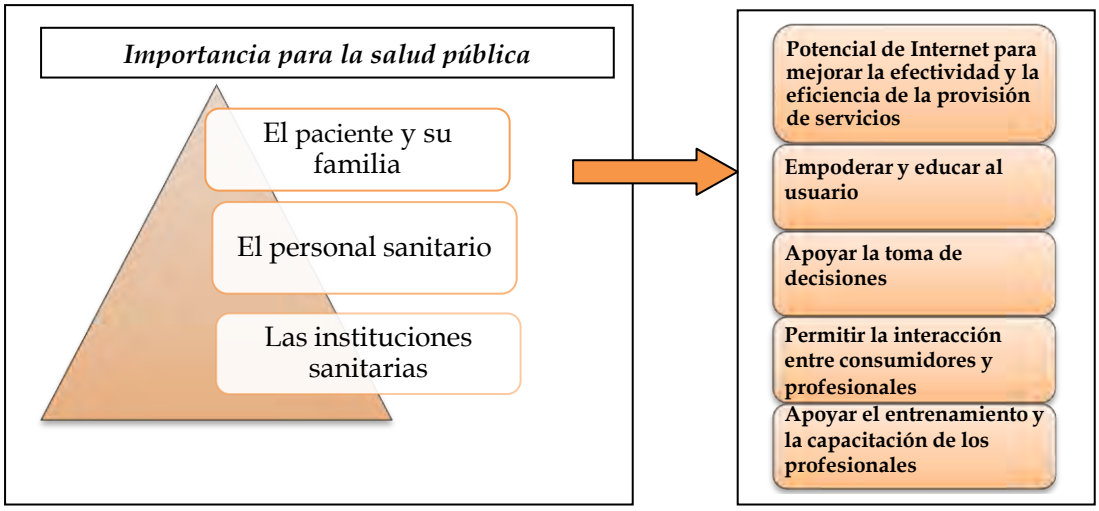


Figura 3. Cuadro resumen sobre los beneficios de las TIC en la salud (Powell et al., 2003)

Por otro lado, autores como Hartzband y Groopman (2010) destacan la gran importancia de la búsqueda de información en salud para el ciudadano en la web para la toma de decisiones más informadas sobre su salud, el aumento en la autonomía del paciente, el refuerzo de los mensajes de promoción y pre-

vención de la salud pública, y el aumento de la adhesión a los diferentes tratamientos.

Pero, al igual que con el resto de las alfabetizaciones que tienen que ver con los medios, y en la misma línea de la Unión Europea en adelante (UE), la OMS propuso en el año 2000 como meta de «*Los Objetivos de Desarrollo del Milenio*» velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las TIC. Para ello, creó en el año 2005 el *Global Observatory for eHealth* cuya misión es mejorar la salud proporcionando a los estados miembros información y dirección estratégica en prácticas, políticas y estándares eficaces en eSalud. La UE también considera la eSalud de importancia vital para mejorar la provisión de atención sanitaria a los ciudadanos, por lo que a través del plan de acción e-Europa (2002) desarrolla su política eSalud, incentivando y desarrollando cinco áreas de TIC: historia clínica electrónica, receta electrónica, movilidad, telemedicina y PACS (*Picture Archiving Communication System*) (García, 2008).

El desarrollo de la Sociedad de la Información, la aplicación de las TIC al campo de la salud y su impulso institucional, así como el cambio de comportamiento y actitudes que se menciona con anterioridad, influyen sobre todo en la esfera más íntima e importante de la asistencia sanitaria: la relación médico-paciente (Ball & Lillis, 2001). A pesar de que con el acceso a la información la relación médico-paciente ha cambiado y se han creado nuevos escenarios de empoderamiento de la salud en las personas, algunos estudios como el de Lupiáñez-Villanueva (2011) apuntan que el médico sigue siendo la primera fuente de información para los ciudadanos.

La eSalud introduce desafíos relacionados con el medio y el mensaje que difieren sustancialmente de otros medios de comunicación. Los temas de acceso a la información, recuperación, valoración y otros marcadores de calidad son extremadamente más rápidos en entornos no regulados como la web, donde se añade nueva información cada minuto de cada día. Ser alfabeto en salud en el mundo electrónico requiere un conjunto diferente y más específico de habilidades para promover la autogestión de la salud, la promoción, o la alfabetización mediática en salud (Norman & Skinner, 2006a).

Las nuevas tecnologías aplicadas a la salud solamente son útiles cuando las personas son capaces de usarlas. En el caso de la población estadounidense, donde el 40% tiene un nivel bajo de alfabetización general, lo más probable es

que los recursos que ofrece la sanidad electrónica les sean prácticamente inaccesibles (Norman & Skinner, 2006b). En este sentido, parece poco probable que la cibersalud proporcione beneficios a nivel general, ya que requiere mucho más que la capacidad de lectoescritura básica.

La toma de decisiones informadas requiere que las personas puedan acceder y entender la información adecuada para satisfacer sus necesidades. El acceso se refiere tanto a la habilidad literal de acceder a los recursos para obtener información (web sobre salud) como a que el acceso sea de calidad, esto incluye: la calidad de la tecnología (velocidad de conexión a Internet, hardware, software) y el contexto o condiciones de uso (si la persona tiene privacidad o el tiempo necesario para dedicarse al recurso electrónico). Por otro lado, esta era tecnológica también requiere la capacidad de entender el significado del texto y sobre todo la capacidad de utilizar el dispositivo (ordenador, smartphone, tablet, etc.) de forma eficaz (Norman & Skinner, 2006b).

En opinión de Norman y Skinner (2006b), la alfabetización en eSalud debería estar compuesta por seis habilidades básicas: la alfabetización tradicional, educación para la salud, la alfabetización en información, la formación científica, la alfabetización mediática y la alfabetización informática. Por todo esto, se hace evidente la necesidad del desarrollo de medios e instrumentos para evaluar la competencia en eSalud.

2.3.2. La medida de la eSalud

La medición de la eSalud no es un proceso sencillo, debido a la complejidad que requiere la medición de los fenómenos que subyacen a los factores que la representan. La mayoría de estudios empíricos revisados, utilizan la *eHEALS* (Norman & Skinner, 2006a) y lo complementan con algún instrumento para medir la alfabetización en salud (para una revisión ver Collins, Currie, Bakken, Vawdrey, & Stone, 2012) o con una prueba de procedimientos que requieren que los participantes lleven a cabo una serie de operaciones específicas con el ordenador e Internet (Xie, 2011).

La eHEALS en su versión original así como sus validaciones en otras poblaciones han sido utilizada en diferentes estudios (Neter & Brainin, 2012; Ossebard, Seydel, & Gemert-Pijnen, 2012; Xie, 2011). Hasta ahora, según la revisión de literatura realizada para este estudio, se han publicado cinco va-

lidaciones de la eHEALS original: una con población holandesa (Van-der-Vaart et al., 2011), otra con población china (Koo et al., 2012), otra con japoneses (Mitsutake, Shibata, Ishii, Okazaki, & Oka, 2011), otra con una pequeña muestra de universitarios colombianos (Rojas & Useche, 2012), y la última, con adolescentes portugueses (Cardoso, Pina, & Rodrigues, 2014).

La versión holandesa fue elaborada por Van-der-Vaart et al. (2011) y testada en dos poblaciones diferentes (una eran pacientes y otra era población que no presentaba ninguna patología). Con ambas muestras la versión holandesa de la eHEALS mostró buenas propiedades psicométricas.

En concreto, la versión china de la eHEALS (Koo et al., 2012) presentó una buena consistencia interna, así como una alta varianza explicada (63.5%) del único factor en el que agruparon los ítems. Además, relacionaron positivamente la aptitud en eSalud con conocimientos de informática como el uso de la web para buscar información, la capacidad para usar el ordenador para realizar tareas académicas, capacidad de encontrar y usar los archivos después de la descarga, etc.

Por su parte, en la validación de la versión japonesa (Mitsutake et al., 2011) se empleó una amplia muestra (3000 adultos). El artículo donde se presenta la versión japonesa es el único que muestra datos de un análisis factorial confirmatorio, obteniendo unos índices de ajustes adecua-dos. Además, en el resto de análisis (consistencia interna, factorial exploratorio y de estabilidad temporal) obtuvieron buenos resultados para poder validar la versión japonesa de la escala.

La validación y adaptación al contexto cultural colombiano de la eHEALS ha sido publicada hace apenas unos meses (Rojas & Useche, 2013). Esta versión en español se ha testado en una muestra de 136 universitarios colombianos. Los autores presentan en el artículo un análisis de consistencia interna, un análisis factorial exploratorio y una prueba de validez convergente. Sin embargo, Rojas y Useche (2013) no incluyeron un análisis de estabilidad temporal, ni un análisis factorial confirmatorio. Además, encontraron que los 8 ítems de la eHEALS se podían agrupar en dos factores a los que denominaron información y habilidad. Esta adaptación para la cultura colombiana difiere del resto de validaciones, en las que se encontraron una estructura unidimensional.

Por último, recientemente, se ha publicado un validación portuguesa de la eHEALS (Cardoso et al., 2014), que ha mostrado buenos valores de consistencia interna y buena correlación entre los ítems.

2.3.3. Nuevos modelos de relación médico-paciente y TIC

Esta nueva posición del paciente/usuario ante el cuidado de la salud y la información médica, puede ser vista como un aumento de la autonomía del paciente gracias al acceso a las TIC, perspectiva desde el empoderamiento del ciudadano (Espanha, 2013). El acceso a la información insertada en la dinámica de la autonomía implica necesariamente que los profesionales e instituciones de salud tienen que redefinir su posición frente a los usuarios. El principio de autonomía se torna cada vez más importante en los sistemas de salud contemporáneos.

Ahora bien, las reacciones ante el uso de Internet en el ámbito de la salud y sus consecuencias (Nettleton, Burrows, & O'Malley, 2005), también reflejan la tensión entre los factores culturales, organizativos y tecnológicos de los agentes y organizaciones de los sistemas de salud.

Por un lado, destacan las potencialidades de Internet y las consecuencias que pueda tener sobre el empoderamiento de los usuarios (Harris & Veinot, 2004), lo que permitiría recalibrar la relación de poder entre los pacientes y los profesionales médicos. Además, la existencia de un nuevo tipo de paciente, el e-paciente (Ferguson & Frydman, 2004), más y mejor informado y con una posición activa hacia su salud puede ser interpretada por los profesionales del sector sanitario como una oportunidad de transformar, gracias al uso intensivo de las tecnologías de la información y la comunicación, la relación con sus pacientes, facilitando un aumento de calidad de los servicios prestados. En este sentido, se podría revisar la relación entre información y empoderamiento en el contexto sanitario y evaluar la significación de Internet en esta relación (Henwood, Wyatt, Hart, & Smith, 2004).

Por otro lado, profesionales sanitarios han expresado su preocupación por la existencia de los denominados pacientes informados, ya que podría generar un perfil de usuario "cibercondríaco"; deshumanizar la relación médico-paciente, al estar mediada esta relación por la tecnología; aumentar o prolongar las consultas médicas y, por último, los proveedores de información en Internet

podrían manipular los contenidos y al público, en función de sus intereses. Además, aunque no existe una evidencia clarificadora sobre las consecuencias del uso de Internet sobre la salud de los ciudadanos (Bessell et al., 2002; Kiley, 2002; Smith, 2001), existe una preocupación sobre las consecuencias que este uso pueda tener sobre la propia salud de los usuarios.

Por último, existe una aproximación relacionada con la manera en que Internet se integra en la actividad diaria de las personas. El uso de Internet para cuestiones relacionadas con la salud se entrelaza en la actividad diaria de las personas, sus necesidades y la búsqueda de soluciones a través de las interacciones con diferentes medios, personas y formas de comunicación.

Siguiendo esta aproximación, se constata que los individuos son conscientes de la necesidad de gestionar la tensión inherente al uso de Internet: constatan lo práctico y lo útil de esta tecnología pero también son conscientes de que puede ser un precursor de peligros (Nettleton et al., 2005). No obstante, aún es necesario profundizar en estudios que permitan obtener más datos sobre la relación de Internet y la salud en el día a día de los agentes, en sus actividades e interacciones con diversos medios, personas e instituciones de salud (Wyatt, Henwood, Hart, & Smith, 2005).

En consonancia con la evolución del modelo de salud, el principio de autonomía implica que todos los que se ven afectados por una decisión tienen la posibilidad de influir y si la decisión sólo se refiere a un individuo, este debe decidir por sí mismo. En esta línea, Castells (2001) afirma que las TIC ofrecen a los individuos posibilidades de resistencia y autonomía en relación con las contradicciones propias de las sociedades modernas. Los flujos de información permiten el acceso individual a todo un universo de información y explorar activamente el potencial de las redes. La confianza como base de la relación entre el profesional de la salud (principalmente médicos) y el usuario ya no se basa en una actitud "*ciegamente servil del paciente*", sino que está siendo sustituida por la "*confianza informada*" (Akerka & Bichile, 2004).

La visión paternalista y funcionalista de antaño, está dando paso a un nuevo modelo informacional (Friedewald, 2000). Por supuesto, estas consideraciones no se aplican a todos los ciudadanos, debido a la existencia de la brecha digital, entre otras cosas. En cualquier caso, las TIC propician cambios en la forma en que médicos y pacientes se relacionan. Así los pacientes preguntan a sus médicos por información leída en Internet, pueden colaborar mejor con el

profesional que lo atiende, el personal sanitario puede recomendarles algún sitio web de confianza, etc. En definitiva, pude ayudar a darle más autonomía al paciente, aunque para algunos médicos, una de las principales ventajas de Internet es que ayuda al paciente a conocer mejor la enfermedad (Mira, LLinás, Lorenzo, & Aibar, 2009). Sin embargo, numerosos autores (Hartzband & Groopman, 2010; Marin-Torres et al., 2013) señalan que la falta de límites a la información de poca calidad puede salir muy cara (sobre todo en lo referente al control de la calidad de la información), ya que en el ámbito sanitario puede resultar más grave que en otros campos al poner en riesgo la salud. No es de extrañar, que en este el campo (con su facilidad y rapidez de acceso), los pacientes contrasten la información que les dan los expertos con la que encuentran en Internet (Area & Pessoa, 2012); al igual que pasaba con la googlearización en las aulas universitarias que proponía Martín-Pascual (2008).

Esto ha originado varios estudios centrados en la relación entre profesionales y usuarios de las TIC, y la relación entre el profesional sanitario y el paciente mediada por las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. La mayor parte basado en el análisis de esta "nueva" relación entre médico y paciente (Akerkar & Bichile, 2004; Friedewald, 2000; Anderson, 2003). En el informe "Información de Salud en la línea" (Fox, 2005), llevado a cabo por los datos del estudio de Pew Internet en noviembre de 2004, muestran un porcentaje de 79% entre los adultos usuarios de Internet buscaron información de salud en la web, lo que demuestra la importancia de este recurso para las personas. En esta línea, es un estudio realizado en España (en un centro de salud de Madrid) donde se encuestó a los pacientes que acudieron a consulta por cualquier motivo, se obtuvo que el 61% habían usado Internet como fuente de información sobre salud (Marin-Torres et al., 2013).

2.4. Tendencias en el uso de Internet como fuente de información sobre salud en universitarios

El uso de las nuevas tecnologías para acceder a información clínica y a materiales de formación sobre salud y bienestar, se ha convertido en una necesidad para muchos ciudadanos, pacientes y profesionales sanitarios de todo el mundo, como se ha comentado en capítulos anteriores. De esta manera, Internet se ha convertido en un instrumento fundamental de la «transmisión del conocimiento» (*knowledge translation*) en salud.

A pesar de que la literatura sobre el tema de «Internet y salud» es cada vez mayor, lo cierto es que en la revisión de este estudio se han encontrado muy pocas investigaciones en España (López-de-Ayala, Catalina, & Alfageme, 2014; Mira, LLinás, & Pérez-Jover, 2008) para conocer los patrones de búsqueda de información sobre salud en Internet y la percepción sobre la calidad de estos recursos que tienen diferentes grupos de población (por ejemplo, adolescentes, mayores, mujeres, profesionales sanitarios y comunidades virtuales de pacientes). En concreto, López-de-Ayala et al. (2014) encontraron que el 83,8% de los universitarios encuestados manifiestan haber empleado Internet para buscar información sobre salud. Además, el principal motivo para consultar este tipo de información es la curiosidad (70,4%), seguido por un 34,6% que suele hacerlo para buscar una segunda opinión, un 34,6% para buscar tratamientos y un 25,1% para prevención de enfermedades (López-de-Ayala et al., 2014).

2.4.1. Internet como fuente de información sobre salud

Una observación detenida de nuestra sociedad pone de manifiesto un cambio radical en la forma en que accedemos, utilizamos y producimos la información; acompañado con un incremento sostenido del volumen de información disponible.

De acuerdo con las estadísticas de la Observatorio Nacional de las Comunicaciones y de la Sociedad de la Información (en adelante ONTSI, 2013), el 44% de la población de la Unión europea (UE), utiliza Internet para buscar información relaciona con la salud, lo que supone un ascenso de 6 puntos porcentuales con respecto a 2011. Por países destacan aquellos pertenecientes al norte de Europa, Finlandia, Alemania y Luxemburgo con valores entorno al 60%, valores muy por encima de la media de la UE. Por el contrario países como Bulgaria, Rumanía y Polonia, se mantienen en valores muy por debajo de dicha media europea, con un 27% (Ver Figura 4).

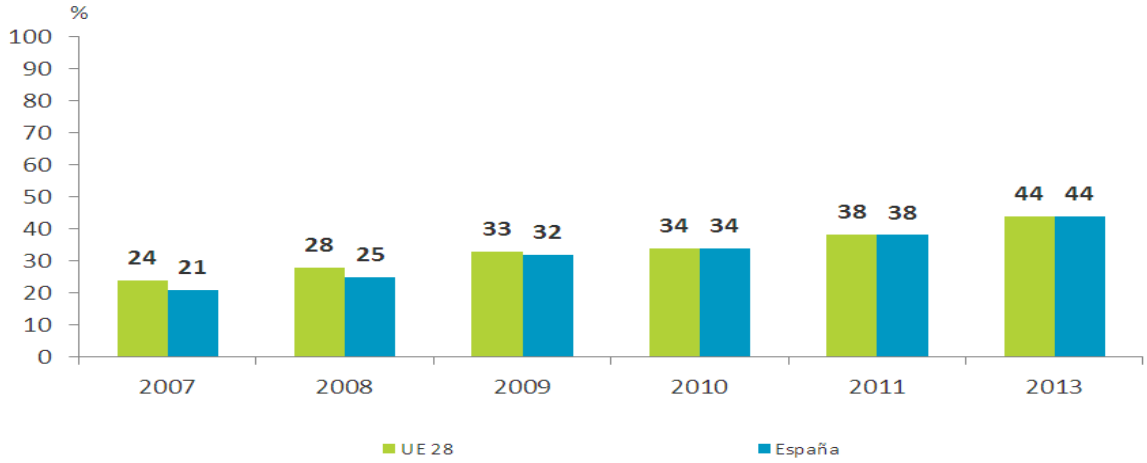


Figura 4. Individuos que usan Internet para buscar información relacionada con salud. Porcentaje sobre población total europea (ONTSI, 2013)

A pesar de que el número de usuarios que buscan información sobre salud ha ido aumentando considerablemente, como era de esperar al haber cada vez más medios a disposición de los usuarios, en 2013 tan solo el 44% de los españoles dice utilizar estos medios para este fin (ONTSI, 2013).

2.4.2. Perfil del usuario

El perfil del los usuarios, según la ONTSI (2015), se presentan en los apartados posteriores (perfil por género, por edad, por nivel de estudios y por temática de acceso).

2.4.2.1. Perfil por género

El análisis de las diferencias entre hombres y mujeres con respecto al uso de ordenadores e Internet está muy presente en los trabajos recientes de la literatura sobre tecnologías de la información ONTSI (2015). Siendo el uso entre hombres y mujeres muy similares en términos generales (ver Figura 5).



Figura 5. Porcentaje de internautas en cada categoría por sexo (ONTSI, 2015)

2.4.2.2. Perfil de los internautas por categoría de edad

El 98,5 % de los individuos de 16 a 24 años han accedido a Internet en alguna ocasión (ver Figura 6). Esta figura muestra que los mayores porcentajes de frecuencia de uso de Internet, se encuentra dentro del rango de investigación de esta tesis.

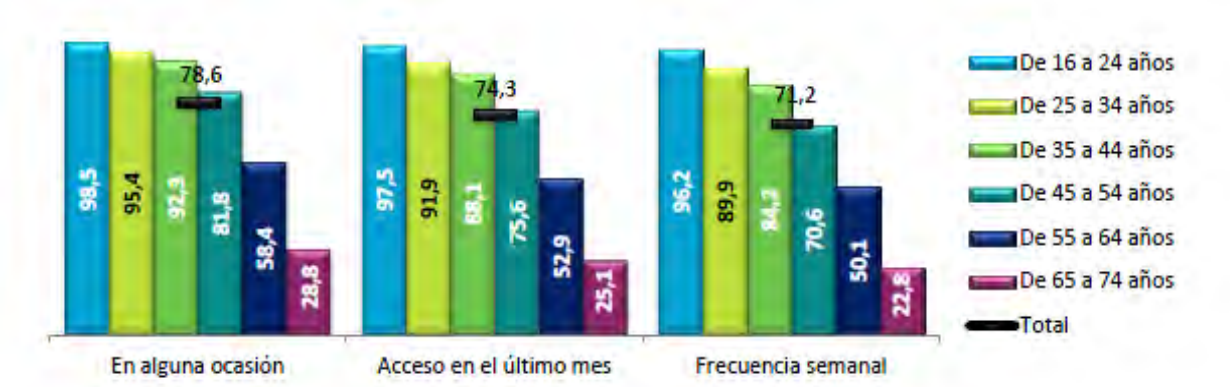


Figura 6. Porcentaje de internautas en cada categoría por edad (ONTSI 2015)

2.4.2.3. Perfil de internautas en cada categoría por nivel de estudios

Los datos que reflejan esta estadística, muestran como el rango de edad seleccionado para el estudio, se encuentra entre los mayores usuarios Internet en los últimos años. Bien por el cambio de sistema educativo donde el constructivismo impera en la actualidad y, donde se facilita el aprovechamiento de las posibilidades de inmediatez, ubicuidad y omnisciencia que da Internet a la vez que permiten interacciones antes inimaginables. En la siguiente figura (Figura

7), podemos ver donde la mayor frecuencia del uso de Internet, se centra sobre todo en titulaciones universitarias o grados superiores en su mayor parte.



Figura 7. Porcentaje de internautas en cada categoría por nivel de estudios (ONTSI 2013)

2.4.2.4. Usos de los internautas según la temática de acceso

Nueve de cada diez internautas que se conectan diariamente a la red, buscan información sobre bienes y servicios (ver Figura 8). Dentro de estos bienes y servicios se encontraría la sanidad, según la ONTSI (2015).

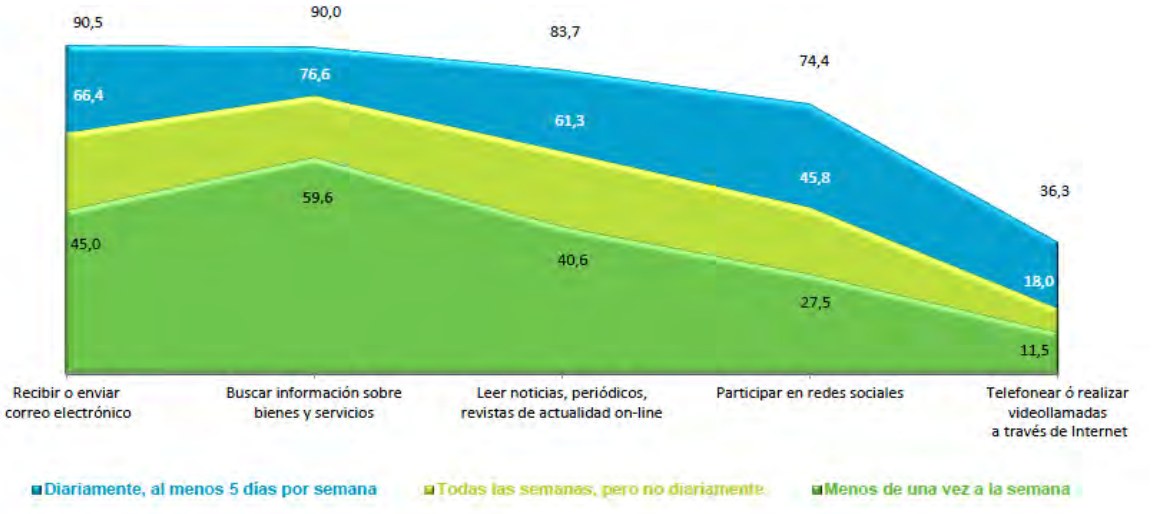


Figura 8. Comunicación y acceso a la información por temática (ONTSI 2015)

2.5. Educación y búsquedas sobre salud en universitarios

La salud y la educación son de las áreas más impactadas por los cambios ocasionados por la emergencia de Internet y las TIC, cambios estos identificados como características de la era digital. La mayoría de estos cambios suponen ventajas para los procesos de atención de salud, sus actores y componentes.

Lipsky (2000) desarrolló un nuevo modelo de enseñanza en el que el aula se concibe como un espacio virtual, lo que implica que el modelo de aprendizaje vaya evolucionando y que la presentación de los profesores sea reemplazada por el descubrimiento de los alumnos, convirtiendo así al profesor en un «mentor» para que los estudiantes aprendan la materia por sí mismos a través de una página web. Todo esto permite que el alumno sea el que marque su propio ritmo de aprendizaje.

Una visión profunda de nuestra sociedad pone de manifiesto un cambio radical en la forma en que accedemos, utilizamos y producimos la información. Adicionalmente, existe un incremento sostenido del volumen de información disponible. Estos cambios son en su mayoría debidos al impacto que han tenido Internet, las TIC y uno de sus productos más recientes las redes sociales.

Eysenbach (2008) propuso también que la eSalud, no solo es electrónica, sino que posee características adicionales como la eficiencia, la mejora de la calidad de atención, basada en la evidencia, admite el empoderamiento de pacientes y consumidores, permite procesos educativos, el intercambio de información, extiende la atención de salud mas allá de los limites convencionales, es ética y equitativa; sin embargo Internet constituye un recurso que ofrece múltiples opciones para la información y asesoramiento en temas de promoción, prevención y difusión de información en el ámbito de la salud. Sin embargo, autores como López-de-Ayala et al. (2014) opinan que las implicaciones de un mal uso puede tener sobre la salud de los usuarios y la constatación de ciertas deficiencias en la calidad de esa información, han generado cierta inquietud entre los profesionales de la medicina.

El creciente uso que los usuarios hacen de Internet en diferentes ámbitos de su vida ha generado un, todavía no muy elevado, cuerpo de literatura científica que busca conocer cómo se utilizan los recursos online de información sobre salud, los criterios sobre los que los usuarios sustentan la credibilidad y confianza que otorgan a los contenidos que resultan de sus búsquedas y las consecuencias de estas prácticas. En España encontramos pocos trabajos empíricos

que introduzcan cuestiones sobre la consulta de información sobre salud en la red (Fundación Pfizer, 2010; López-de-Ayala et al., 2014; Marin-Torres et al., 2013; ONTSI, 2013) y existe un gran vacío en la investigación de las experiencias de los jóvenes en este ámbito.

2.5.1. Hábitos de búsqueda y confianza en la información online sobre salud entre jóvenes universitarios

Internet contiene infinidad de posibilidades que permiten a los sujetos acceder de forma inmediata a una gran diversidad de información y opiniones sobre cualquier tema de su interés. Sin embargo, la gran maraña de contenidos que ofrece Internet, a menudo, plantea importantes problemas de selección de información pertinente e interfiere a la hora de valorar su credibilidad. La capacidad de los internautas para localizar y seleccionar críticamente la información -alfabetización mediática- adquiere un papel clave (Aguaded, 2014; Buckingham, 2011; Gutiérrez & Tyner, 2012).

Los motores de búsqueda se han convertido en la principal herramienta en la que los usuarios se apoyan para acceder a contenidos sobre salud. En España, el estudio de la Fundación Pfizer (2010) confirma que el 96% de los usuarios de información online sobre salud en España acceden a ella a través de un buscador. Los hallazgos de un estudio realizado por Hargittai, Fullerton, Menchen-Trevino, Yates y Thomas (2010) sugieren que los estudiantes también dependen en gran medida de los motores de búsqueda (Google y Yahoo) para realizar sus consultas sobre salud.

Según Hargittai y Young (2012) el hecho de haber crecido en un entorno digital no convierte a los jóvenes en expertos digitales. En un estudio cualitativo realizado a estudiantes que buscan información sobre anticonceptivos en Internet, concluyen que, a pesar de la disponibilidad de gran cantidad de contenidos sobre salud en la web, muchos estudiantes no son capaces de encontrar información precisa.

En definitiva, el campo de estudio de la relación entre Internet y salud ha ido adquiriendo cada vez más importancia en el ámbito académico, sin embargo, en España apenas encontramos datos relativos a las prácticas de los jóvenes en su búsqueda de información sobre salud en Internet y a la credibilidad que otorgan a los resultados (López-de-Ayala et al., 2014).

Regidor, De Mateo, Calle y Domínguez (2002) consideran que la relación entre la salud percibida y la mortalidad puede resultar condicionada por el nivel educativo. Según estos autores, las personas que tienen un nivel educativo bajo tienden a valorar peor su salud, al verse afectadas en mayor medida que otras por problemas crónicos; mientras que las que poseen un nivel educativo alto suelen tener una mejor percepción sobre su salud.

Aunque Internet puede ser una herramienta útil para adolescentes y jóvenes en la búsqueda y uso de información sobre la salud, las razones para ello han sido descritas en estudios como el de Rodríguez-Artalejo et al. (2011). Sin embargo, la confianza en la información disponible en Internet es variable y persisten necesidades de alfabetización para su uso (Aguaded, 2014).

Tanto el sistema de salud como el educativo pueden desempeñar un papel fundamental para el asesoramiento de la materia, pero es necesario sobre la relación entre Internet y la salud, el concepto de salud y la imagen que proyecta Internet con relación a la juventud y su salud.

Hernán et al. (2014) han desarrollado un estudio, con estudiantes de enseñanza secundaria en foros virtuales y estudiantes universitarios, estos estudiantes aportaron un concepto de salud integral, relacionado con los hábitos de salud física y emocional, con los activos o factores positivos para la salud, coincidiendo con los nuevos modelos, donde el concepto de salud ya no es la mera ausencia de enfermedad.

Por otro lado, estos mismos autores (Hernán et al., 2014) exponen una visión crítica de la utilidad de Internet para la salud, y sobre la calidad y credibilidad de los contenidos de salud en Internet, manifestando la necesidad de tener asesoramiento y alfabetización. Presentan una opinión alternativa, más positiva que la visión que se da en social media e Internet sobre sus estilos de vida, y sugieren desarrollar Internet como herramienta para potenciar la conversación participativa y el aprendizaje en salud.

La gran maraña de información que proporciona Internet sobre salud y la facilidad de acceso a la información (de origen no siempre conocido), supone importantes riesgos relacionados con la calidad de la misma y los efectos asociados (Hargittai et al., 2010).

Aunque los jóvenes conforman el grupo de edad que en mayor porcentaje usa Internet, en España son también los que hacen un menor uso de este

medio para acceder a información sobre salud en relación con el resto de la población: el 97% entre los 16 y 24 años son usuarios de Internet y solamente el 55% acceden a este tipo de contenidos (INE, 2013). Sin duda, la buena percepción que los jóvenes españoles tienen de su estado de salud general (CIS, 2012) incide en esta cifra.

Hallyburton y Evarts (2014), en una revisión de estudios de encuesta realizados entre 2007 y 2013, y Fox y Duggan (2013) encontraron que los encuestados norteamericanos más jóvenes tienen mayor probabilidad de acceder a información de salud en línea y de buscar diagnósticos *online* que los encuestados de mayor edad.

El campo de estudio de la relación entre Internet y salud ha ido adquiriendo cada vez más importancia en el ámbito académico, sin embargo, en España apenas encontramos datos relativos a las prácticas de los jóvenes en su búsqueda de información sobre salud en Internet y a la credibilidad que otorgan a los resultados obtenidos a través de diferentes medios (López-de-Ayala et al., 2014) En cuanto a la relación con otros recursos de información sobre salud, diversos estudios sugieren que la Web sirve como una fuente adicional de consulta y no como un sustituto de otras fuentes tales como profesionales médicos, familiares y amigos, o los medios de comunicación tradicionales (Percheski & Hargittai, 2011; Fundación Pfizer, 2010). A pesar de las enormes cantidades de información disponible en la Web, la investigación ha demostrado que los usuarios completan sus fuentes en línea con consejos *offline* que reciben de amigos, familiares y médicos (Sillencea, Briggsa, Harrisb, & Fishw, 2007).

2.6. Bienestar psicológico, salud mental y competencia mediática en salud

Una vez tratados conceptos como los constructos de salud, eSalud y su influencia en la búsqueda de información; educación y eSalud y cómo medir la eSalud, se presenta otro importante constructo: el bienestar psicológico, que ha mostrado relación en otros estudios con la alfabetización en salud (e.g., Toduka et al., 2009). En este sentido, con el fin de otorgar validez de criterio a la escala que se pretende validar, se trató de testar las relaciones entre la aptitud en eSalud, el bienestar psicológico de los estudiantes universitarios y la salud mental.

2.6.1. Concepto de bienestar psicológico

El bienestar ha sido estudiado fundamentalmente desde dos perspectivas diferentes (Ryan & Deci, 2001): bienestar hedónico y bienestar eudaimónico. La perspectiva hedónica concibe el bienestar como la presencia de placer, felicidad y satisfacción con la vida (Núñez, León, González, & Martín-Albo, 2011). Mientras que en la perspectiva eudaimónica, el bienestar está ligado al desarrollo del potencial humano (Romero, García-Mas, & Brustad, 2009). Esta distinción fue extendida en el estudio de Keyes, Smohtkin y Ryff (2002), utilizando una clasificación donde el bienestar subjetivo (subjective well-being, SWB) representaría la tradición hedónica, y el bienestar psicológico (psychological well-being, PWB) correspondería a la tradición eudaimónica.

Como afirman González, Montoya, Casullo y Bernabéu (2002) el bienestar psicológico es considerado un constructo que no tiene un marco teórico claro, que se ha relacionado con el grado que un individuo juzga su vida "como un todo" en términos favorables y satisfactorios (Diener, 1994), asimismo se ha asociado con estados de humor positivos, alta autoestima y baja sintomatología depresiva (Eronen & Nurmi, 1999).

En este trabajo, para delimitar conceptualmente y medir de la forma más precisa posible el bienestar psicológico, se ha empleado el marco teórico de la Teoría de la Autodeterminación (TAD; Deci & Ryan, 1985, 2000). La TAD, que es una teoría empírica de la motivación humana, el desarrollo y el bienestar (Deci & Ryan, 2008), trata el concepto eudaimónico como un aspecto central en la definición del bienestar (Ryan & Deci, 2001). En concreto, la TAD maneja como indicadores de bienestar psicológico medidas de autoestima, satisfacción con la vida y vitalidad subjetiva. En este estudio se han evaluado estos tres indicadores del bienestar psicológico, que además han sido ampliamente utilizados en la literatura científica (Balaguer, Castillo, & Duda, 2008; Molina-García, Castillo, & Pablos, 2007; Molina-García, Castillo, & Queralt, 2011).

2.6.2. Indicadores del bienestar psicológico

La mayoría de autores (Lucas, Diener, & Suh, 1996; Kafka & Kozma, 2002; Ryff, 1989) que han intentado abordar el constructo del bienestar psicológico lo han hecho utilizando un modelo multidimensional. De esta forma, Lucas et al. (1996) consideraron para medir el bienestar tres factores: satisfacción con

la vida, afecto positivo y afecto negativo. Mientras que Ryff (1989) sugirió un modelo de bienestar psicológico compuesto por seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, y crecimiento personal. En general, las distintas versiones, adaptaciones o validaciones de escalas incluyen diversos indicadores del bienestar (Casullo & Castro, 2000; Keyes et al., 2002; Van-Dierendonck, Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, & Moreno-Jiménez, 2008). En este sentido, recientemente, Rodríguez-Carvajal, Díaz, Moreno-Jiménez, Blanco, y Van-Dierendonck (2010) han adaptado una versión que a las 6 dimensiones de la escala original de Ryff (1989) le incluyen dos más: vitalidad y recursos internos. Esta última versión supone una escala de unos 41 ítems.

Como se ha ido mostrando, el concepto de bienestar ha sido tratado de forma diferente por los numerosos investigadores que han intentado abordar la temática (para una revisión véase Ryan & Deci, 2001). Para la Teoría de la Autodeterminación (SDT) el bienestar psicológico se considera como un funcionamiento psicológico vital basado en experiencias positivas y saludables, y en un sentido del yo congruente e integrado (Deci & Ryan, 1985, 2000; Ryan & Deci, 2000, 2001). Entre los indicadores del bienestar que utiliza la teoría de la autodeterminación encontramos: la satisfacción con la vida, la vitalidad subjetiva y la autoestima. En el presente estudio se decidió medir estos tres indicadores del bienestar psicológico por la fiabilidad, las buenas propiedades psicométricas y la brevedad de los respectivos instrumentos para evaluarlos. Además, habían sido utilizados en diversos estudios en el contexto universitario (Castillo & Molina-García, 2009; Molina-García et al., 2007).

2.6.2.1. Satisfacción con la vida

La satisfacción con la vida es considerando un componente del bienestar subjetivo y se define como una evaluación global que la persona hace sobre su vida (Pavot, Diener, Colvin, & Sandvik, 1991). Para realizar esta evaluación el sujeto examina las circunstancias de su vida y lo compara con un estándar que considera apropiado. Este último matiz es importante ya que no se trata de un estándar impuesto externamente sino que es un criterio autoimpuesto (Atienza, Pons, Balaguer, & García-Merita, 2000). Para medir la satisfacción con la vida una de las escalas más utilizadas por los científicos es la Satisfaction With Life Scale (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Este instrumento tiene dos versiones muy similares en castellano (Atienza et al., 2000; Núñez, Martín-Albo, & Domínguez, 2010) y ha sido utilizado en numerosos estudios (Balaguer

et al., 2008; Chico & Ferrando, 2008; Martín-Albo, Núñez, Navarro, & Grijalvo, 2009), en todos ellos la escala de satisfacción con la vida ha mostrado buenas propiedades psicométricas.

2.6.2.2. Vitalidad Subjetiva

La vitalidad subjetiva es un indicador del bienestar eudaimónico, que Ryan y Frederick (1997) definieron como una experiencia psicológica consciente de posesión de energía y vitalidad. Para estos autores este sentimiento de viveza y energía no se refiere únicamente a estar activo, sino que se relaciona con la posesión de ánimo y entusiasmo adecuado. Además, la vitalidad subjetiva se considera como un estado psicológico que puede ser influenciado tanto por aspectos somáticos o físicos (enfermedades o fatiga) como por factores psicológicos (estar enamorado, sentirse eficaz o competente, etc.). En esta línea, la vitalidad se establece como uno de los aspectos más relevantes del estudio del bienestar en la medida en que proporciona un indicador del nivel de energía, esfuerzo y persistencia necesarios en los procesos de consecución de metas, objetivos y proyectos personales (Van-Dierendonck, Rodríguez-Carvajal, Moreno-Jiménez, & Dijkstra, 2009).

Las personas experimentan mayores niveles de vitalidad cuando presentan altas tendencias de iniciativas autónomas, tienen menos conflictos internos y confían en sus propias motivaciones para realizar las tareas que se proponen (Rodríguez-Carvajal et al., 2010). En este sentido, las personas que se sienten con mayor autonomía en las actividades que realizan informan consistentemente de mayores niveles de bienestar (Deci & Ryan, 2000). Por tanto, los individuos que tengan la sensación de control con respecto a las decisiones que toman sobre su salud (gracias al dominio de la eSalud) podrían experimentar un mayor bienestar.

Para evaluar la vitalidad subjetiva, Ryan y Frederick (1997) desarrollaron una escala (The Subjective Vitality Scale) que estaba compuesta por 7 ítems y que mostró una buena consistencia interna. Esta versión fue testada de nuevo por Bostic, Rubio y Hood (2000) encontrando unas adecuadas cualidades psicométricas. Además, la versión española de esta escala (Balaguer, Castillo, García-Merita, y Mars, 2005) han sido empleada con éxito en diversos estudios (Balaguer, Castillo, Duda, & García-Merita, 2011; Rodríguez-Carvajal et al., 2010; Viladrich, Torregrosa, & Cruz, 2011).

2.6.2.3. Autoestima

La autoestima es considerada como un indicador o medida del bienestar psicológico por la teoría de la autodeterminación (Ryan & Deci, 2000). La autoestima manifiesta la actitud global (favorable o desfavorable) que una persona posee en relación a su importancia y valía (Rosenberg, 1965), por lo que se considera como una evaluación sobre uno mismo. La formación de la autoestima se produce en función de los sentimientos de autovalía, fundamentados en las valoraciones de los demás, y los sentimientos de eficacia, basados en las percepciones de los resultados de las acciones de uno mismo (Rosenberg, 1979). En esta misma línea, Harter (1985) entiende la autoestima como la idea general que una persona posee de sí mismo, siendo por tanto una percepción general de la valía que tiene esa persona. Asimismo, considera la autoestima como una construcción tanto cognitiva como social. En consecuencia, según estos autores (Harter, 1985; Rosenberg, 1965), los dos ejes que definen la autoestima serían: una valoración personal (competencia percibida) y otra valoración debida a la relación con el entorno social próximo o significativo.

La escala más utilizada por la comunidad científica para la evaluación global de la autoestima es la Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1989). En España, numerosos estudios han analizado las propiedades psicométricas de la escala de autoestima de Rosenberg (1989) en diversas poblaciones: en población clínica (Vázquez, Jiménez, & Vázquez-Morejón, 2004; Vázquez, Vázquez-Morejón, & Bellido, 2013), con adolescentes (Pastor, Navarro, Tomás, y Oliver, 1997), En adultos (Salgado & Iglesias, 1995) y con estudiantes universitarios (Martín-Albo, Núñez, Navarro, & Grijalvo, 2007). Asimismo, también se ha empleado en otros estudios como medida del bienestar psicológico (Castillo & Molina-García, 2009; Fernández-Ozcorta, 2013; Molina-García et al., 2011).

2.6.3. Relación entre competencia en eSalud y bienestar psicológico en universitarios

Como señalan Lorca y Jadad (2006) las personas no usan la red sólo por su utilidad en el cuidado de su salud, sino porque además les ofrece una experiencia emocional gratificante. Ello supone una invitación a dejar de fijarnos únicamente en el uso de la tecnología con fines estrictamente utilitarios, para centrarnos también en la experiencia que tiene la persona al usarla y en el bien-

estar que le proporciona. En este sentido, favorecer que las personas adopten un papel activo y responsable sobre su salud puede mejorar la percepción global de bienestar (Armayones & Hernández, 2007). Esto va en la línea con la teoría de la autodeterminación (Deci & Ryan, 1985) que establece que la satisfacción de la necesidad de autonomía influirá positivamente sobre el bienestar psicológico (Deci & Ryan, 2000).

En general, la investigación ha demostrado que la alfabetización en salud está relacionada con la salud de las personas (Berkman, Sheridan, Donohue, Halpern, & Crotty, 2011; Bonal, Marzán, Castillo, & Rubán, 2013; Paasche-Orlow & Wolf, 2007). En concreto, existen estudios que han mostrado una relación positiva entre la alfabetización en salud y el bienestar psicológico (e.g., Toduka et al., 2009). No obstante, no conocemos estudios que hayan mostrado empíricamente la relación entre la aptitud en eSalud y el bienestar psicológico.

La Salud Pública es una ciencia y una práctica que tiene como tarea comprometer los recursos y medios del estado con la finalidad de lograr una población saludable. El nuevo paradigma de Salud (donde ya el concepto la salud no tiene nada que ver con la ausencia de enfermedad) y la crisis por la que hoy atraviesan los sistemas sanitarios, unido al valor social que en estos momentos representan la autonomía, sea ésta individual o colectiva, hacen de la Educación para la Salud, un elemento central tanto en el ámbito sanitario como en el educativo.

El bienestar psicológico está presente en todas las facetas de nuestras vidas, incluso en el rendimiento académico como estudiante en la universidad. Según el estudio que realizaron (Salanova, Martínez, Bresó, Llorens, & Grau, 2005) en la Universidad Jaume I a un grupo de 872 estudiantes, se demostró que el grado de bienestar psicológico y su rendimiento académico estaban relacionados. Los datos señalaron que los estudiantes con mejor rendimiento académico mostraban mayor empoderamiento, menor agotamiento, mayor autoeficacia, mayor dedicación y energía, mayor satisfacción y más felicidad relacionada con los estudios. Se pudo establecer esta relación: a mayor rendimiento en el pasado, mayor bienestar psicológico en el futuro que influirá a su vez en un mayor rendimiento posterior. O también viceversa: a peor rendimiento pasado, peor bienestar psicológico presente y peor rendimiento futuro. Así pues es importante ese bienestar psicológico para que esto revierta en su futuro.

Aunque a día de hoy, las nuevas generaciones de universitarios tienen los recursos necesarios para acceder a una cantidad casi ilimitada de información en salud, este acceso no les garantiza que estén capacitados para realizar búsquedas de información sobre salud en Internet (Stellefson et al., 2011).

A pesar de que debería ser una responsabilidad importante para cualquier disciplina educativa (más si cabe en la rama sanitaria), el asegurar que los estudiantes universitarios obtuvieran los conocimientos y habilidades necesarias para realizar búsquedas avanzadas de eSalud, no está claro ni existe consenso sobre la necesidad de aplicar más formación específica para ayudar a los alumnos a encontrar, interpretar y evaluar la información sobre salud disponible en Internet.

Según Norman y Skinner (2006a), la importancia de la alfabetización mediática en salud, radica en que la información y los recursos a través de la cual se presenta ésta, están mediados por factores contextuales. Las revisiones de la literatura como la de Stellefson et al. (2011) ponen de manifiesto este hecho. Concluyen que a pesar de que los estudiantes se conectan bastante a la red y se encuentran cómodos con su uso en la búsqueda de información sobre salud, sus habilidades sobre alfabetización mediática en salud dejan mucho que desear a nivel general.

En lo que respecta a los procesos cognitivos que subyacen a la búsqueda de información sobre salud en Internet y a pesar del acceso sin precedente a los recursos, poco se sabe sobre ello, ya que la mayor parte de las investigaciones desarrolladas en este campo se han hecho sobre papel (es decir alfabetización en salud), pero no sobre los recursos tecnológicos, abriéndose todo un campo en ciernes por descubrir.

Después de describir el bienestar psicológico y su relación en otros estudios con la competencia en salud (e.g., Toduka et al., 2009), se va a presentar el concepto de salud mental. En concreto, todo lo relacionado con este complejo constructo, haciendo hincapié en su relación con el bienestar psicológico y con la competencia en eSalud.

2.7. Constructo y conceptos de salud mental

La definición de un término tan complejo y polifacético como el de salud mental conlleva muchas dificultades y, por tanto, no existe una definición única del concepto.

El concepto salud mental surge a mediados del siglo XX y se utiliza para referirse tanto a estados de salud como de enfermedad. La implantación del término ha ido paralela a la concepción integral del ser humano, entendida desde una perspectiva biopsicosocial. La filosofía que "apadrina" su nacimiento pretende romper con el principio de que la salud mental es simplemente la ausencia de enfermedad y, por tanto, auspiciar la vertiente positiva, es decir, la prevención y la promoción.

A continuación, se comentan algunos de los principales problemas que plantea la dificultad del constructo.

2.7.1. Dificultades de su medición

La salud mental puede considerarse como un constructo que no tiene una definición directa, porque para darle contenido, es necesario recurrir a conceptos más concretos; desde la perspectiva de Lluch (1999), esta opción resuelve algunos problemas pero genera otros de nuevos. Para intentar definir la salud mental, en la literatura científica se utilizan términos como "bienestar/malestar psíquico" "felicidad" o "satisfacción".

Ugalde y Lluch (1991) defienden que la salud mental no debe considerarse como algo independiente de la salud general. Esta perspectiva, sustentada también por la Organización Mundial de la Salud (1948), implica una concepción global e integral de la persona, que contempla los aspectos físicos, psicológicos y sociales de forma interrelacionada.

Por otro lado, Tizón (1996) también señala otras razones por las cuales se desaconseja esta dicotomía entre salud física y salud mental, ya que cuando hay una enfermedad física, las capacidades psicológicas y las formas de relación se ven alteradas. Muchos problemas psicológicos se manifiestan, con frecuencia, a través de síntomas somáticos (insomnio, cefalea, taquicardia, etc.) y además, los

estados emocionales y afectivos conllevan reacciones fisiológicas que pueden generar problemas psicosomáticos.

Es difícil establecer límites claros entre la salud y la enfermedad mental y generalmente se definen como polos opuestos de un continuo, en el que no existe una línea divisoria tajante. Bajo esta perspectiva, la enfermedad mental es el extremo opuesto de la salud mental.

Por otro lado, otra dificultad que complica enormemente la definición del término salud mental es el concepto que cada cultura o sociedad tiene sobre la salud y la enfermedad mental.

En consonancia con los objetivos y las perspectivas del constructo, nos centraremos en la última versión propuesta por la Organización Mundial de la Salud (2004, p. 14), donde defiende que la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales y lo define así (tal y como lo hacía en 2001):

> Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

En esta línea, en este trabajo se utilizó el Cuestionario de Salud de Golberg y Williams (1996), en su versión reducida (GHQ-12), que se centra en la salud de una manera global coincidiendo con esta última definición.

2.7.2. La medida de la salud mental a través del Cuestionario de Salud General abreviado de Goldberg (GHQ-12)

El *General Health Questionnaire* (GHQ-12) es un instrumento de cribado cuyo objetivo es detectar morbilidad psicológica y posibles casos de trastornos psiquiátricos en contextos específicos o en población general (Goldberg & Williams, 1988). El GHQ-12 tiene como ventaja ser un instrumento corto y autoadministrado, lo que facilita su utilización. El GHQ-12 ha sido traducido a más de 11 idiomas y es uno de los instrumentos de cribado validado más utilizados en todo el mundo (Hewitt et al., 2010). En su versión original, tenía 60 ítems (GHQ-60), la cual ha sido reducida en varias ocasiones a 30 ítems (GHQ-30), a 28 (GHQ-28) y a 12 ítems (GHQ-12) (Golberg & Wiilliams, 1988).

Las propiedades psicométricas del GHQ-12 han sido analizadas en el contexto español por diversos estudios y poblaciones: adolescentes (López-Castedo & Fernández, 2005), en adultos (Sánchez-López & Dresch, 2008) y en población general, incluyendo mayores (Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell & Obiols, 2011). En esta línea, hay estudios que describen la existencia dos factores (Werneke, Goldberg, Yalcin, & Ustün, 2000) y de tres factores (Martín, 1999; Sánchez-López & Dresch, 2008). Sin embargo, algunos autores (Hankins, 2008; Rocha et al., 2011) afirman que debería ser utilizado fundamentalmente como un instrumento unidimensional de cribado.

Como recoge Rocha et al. (2011), el GHQ-12 está formado por 12 ítems que pueden ser analizados a través de 3 puntuaciones: a) Escala *Likert*: los ítems son valorados según una escala de puntuación ordinal (0-1-2-3); b) *GHQ*: los ítems se valoran a partir de una puntuación dicotómica (0-0-1-1); y, c) *C-GHQ*: los 6 ítems negativos se puntúan como (0-1-1-1) y los positivos como (0-0-1-1), este ultimo índice intenta detectar los casos crónicos. En este estudio se empleó la escala de respuesta tipo Likert pero se transformó posteriormente a puntuación GHQ para una interpretación más sencilla de los resultados, ya que las evidencias empíricas muestran que la puntuación GHQ proporciona la mejor solución unidimensional (Campbell & Knowless, 2007; Rocha et al., 2011).

2.7.3. Salud mental en estudiantes universitarios

Los estudiantes universitarios han atraído cada vez más la atención de la población investigadora del campo de la salud mental, debido a que esta puede determinar en buena su desempeño académico y social. Tal como planteaba (Salanova et al., 2005) el grado bienestar psicológico y el rendimiento académico estaban estrechamente relacionados.

Montoya et al. (2010) señalan que la depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico (condiciones de la salud mental de los estudiantes cuando ingresan a la universidad) pueden verse afectadas por las exigencias académicas, las dificultades en aprendizaje y la adquisición de destrezas plantean situaciones de fracaso o éxito, la intensidad horaria, la exigencia de los docentes, las presiones de grupo, la competitividad entre compañeros, los cambios en los horarios de alimentación y los cambios en el ciclo sueño-vigilia, pueden alterar esas condiciones de salud.

El conjunto de actividades propias de esta nueva vida universitaria constituye una importante fuente de estrés y ansiedad para los estudiantes y pueden influir sobre su bienestar físico/psicológico (Aranceli, Perea, & Ormeño, 2006; Guarino, Gavidia, Antor, & Caballero, 2000), su salud y el despliegue de conductas saludables (Sarid, Anson, Yaari, & Margalith, 2004); igualmente, causa un efecto sobre su rendimiento (Montoya et al., 2010).

La preocupación de las universidades por ofrecer una enseñanza de calidad supone considerar todas las variables implicadas en el proceso enseñanza-aprendizaje. Según estudios como el de Salanova et al. (2005), es de suma importancia identificar los obstáculos y facilitadores que los estudiantes encuentran en el cumplimiento de sus tareas y la relación de éstos con el bienestar psicológico y el desempeño académico.

Estos autores proponen como uno de los obstaculizadores la falta de realización personal, entendiendo esta como la aparición de sentimientos negativos de inadecuación, falta de competencia y eficacia profesional y disminución de las expectativas personales, que implica una autoevaluación negativa. En esta situación puede desarrollarse un rechazo a sí mismo y hacia los logros personales, así como sentimientos de fracaso y baja autoestima (Salanova et al., 2005).

En lo que respecta a los facilitadores, los resultados de Salanova et al. (2005) demostraron que sobresalían por encima del resto: el servicio de biblioteca que los ayudaba encontrar información, seguidos del compañerismo. En cuanto al bienestar psicológico de los estudiantes, de los indicadores estudiados, a nivel general destacan buenos niveles de dedicación, de autoeficacia académica y de satisfacción con los estudios y también los bajos niveles de propensión al abandono.

Otro estudios como el de Liébana et al. (2014) revelan como obstaculizadores del rendimiento y el bienestar académico, que las fuentes más comunes de malestar, provienen de la carga de trabajo y los problemas asociados con el estudio, el miedo a las situaciones desconocidas o las dificultades en sus prácticas clínicas. Además, al estudiante se le presuponen determinados factores personales (asertividad, poder de decir no, afrontamiento, autoestima, relaciones sociales) que son my importantes para su adaptación, sobre todo en titulaciones sanitarias.

Salanova et al. (2005), recomiendan un cribado de salud mental con estudiantes universitarios utilizando la escala GHQ-12 (que se ha utilizado en este

estudio), ya que es muy importante identificar a los alumnos en un mayor riesgo de problemas de salud antes de cualquier intervención, siendo esta una de las escalas más válidas y fiables.

Son muchos los estudios que hablan sobre la salud mental positiva y negativa de estudiantes universitarios en general (Aranceli et al., 2006; Guarino et al., 2000; Salanova et al., 2005; Liébana et al., 2014) y en todos ellos se destacan aspectos similares a los que Antúnez y Vinet (2013) recogen en su estudio: la caracterización obtenida muestra una población estudiantil aparentemente sana, pero con algunos resultados entre los que destacan diferencias en cuanto al género de la población. Se confirma que ser mujer es un factor de vulnerabilidad en prácticamente todos los ámbitos evaluados, haciendo que perciban como amenazas muchos de los eventos vitales a los que se ven enfrentadas, incidiendo negativamente en su salud mental.

La intención de las universidades en indagar sobre los problemas de salud mental de sus estudiantes, para poder ayudar a mejorar esa salud mental y el bienestar psicológico de sus alumnos para que rindan más a nivel educativo y personal. De hecho, desde la Carta de Ottawa (1986) se comenzó un movimiento a nivel mundial sobre promoción de la salud en las universidades.

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) establecía como una de las cinco áreas de acción prioritarias para promocionar la salud "la creación de entornos que apoyen la salud". Los entornos o escenarios son definidos como aquellos lugares y contextos sociales donde las personas desarrollan actividades diarias y en el cual interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar de los que viven, trabajan, aprenden,...en él.

La universidad reúne varias de las características de estos entornos; por un lado, es un centro de trabajo, por otro es un centro educativo y, además, es una institución de especial relevancia en tanto que investiga y garantiza el avance de nuestra sociedad a través de la formación de los cuadros del futuro.

Los centros universitarios, además de ser motor de investigación y formación de los profesionales del futuro, son entornos vivos donde interactúan factores ambientales, organizativos y personales que afectan a la salud y al bienestar. Para considerarse saludable, una universidad debe adquirir un compromiso global de cara a la salud y desarrollar su potencial como agente pro-

motor de la salud, el bienestar y la calidad de vida de quienes en ella estudian y trabajan.

Una universidad saludable ha de ser un entorno que proteja y favorezca la salud, promoviendo conocimientos y habilidades orientados a que los estudiantes y trabajadores adquieran estilos de vida saludables, proporcionando las infraestructuras y espacios necesarios, y favoreciendo la socialización y las actividades de ocio saludables.

DISEÑO Y METODOLOGÍA

En este capítulo, se presentan los dos estudios que componen la tesis doctoral. En primer lugar, se realizó un estudio instrumental para adaptar y validar la escala eHEALS al contexto universitario español. Posteriormente, empleando dicha escala junto a otras medidas se realizó un estudio *ex post facto* con una muestra más amplia. En la última parte del capítulo, se ha incluido un cuadro resumen de la metodología empleada en ambos estudios para dar una idea global de la investigación realizada.

3.1. Método estudio 1

En cuanto al diseño de la investigación, este primer trabajo corresponde a un estudio instrumental (según la clasificación de Montero & León, 2007), ya que se tratará de adaptar y validar al contexto español la *eHealth Literacy Scale* (eHEALS).

3.1.1. Participantes

La muestra del estudio 1 estuvo compuesta por un total de 447 estudiantes, de los cuales 290 eran mujeres y 156 hombres (ver Figura 13), de edades comprendidas entre los 18 y los 45 años (M = 21.90, DT = 3.90). El alumnado universitario que compuso la muestra pertenecía a la Facultad de Ciencias de la Educación y a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Huelva. En concreto, los participantes estudiaban las siguientes titulaciones: Grado en Educación Primaria (n = 54), Grado en Educación Infantil (n = 28), Grado en Educación Social (n = 57), Grado en Psicología (n = 40), Licenciatura en Psicología (n = 54), Licenciatura en Psicopedagogía (n = 44), Grado en

Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (*n* = 86) y Grado en Enfermería (*n* = 84). Se llevó a cabo la selección de las facultades y de las titulaciones atendiendo a un muestreo intencional o por conveniencia.

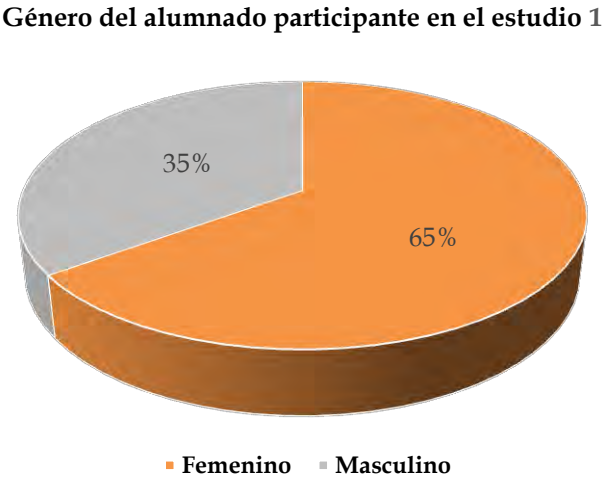


Figura 9. Género de la muestra total del estudio 1 (N = 447 alumnos)

3.1.2. Instrumentos

Se empleó un cuestionario que estaba compuesto por la escala que se quería validar y por tres escalas que median tres indicadores del bienestar psicológico (satisfacción con la vida, vitalidad subjetiva y autoestima), para poder relacionar la competencia en eSalud con el bienestar psicológico y darle validez de criterio a la versión en castellano de la eHEALS. A continuación, se describen con más detalle las escalas:

Escala de aptitud en eSalud

Se empleó la traducción al castellano del *eHealth Literacy Scale* (eHEALS) de Norman y Skinner (2006a). Esta escala estaba compuesta por un total de ocho ítems (e.g., "Sé cómo encontrar recursos útiles sobre salud en Internet"). Las respuestas fueron recogidas en una escala tipo Likert cuyos rangos de puntuación oscilaban desde 1 (*muy en desacuerdo*) hasta 5 (*muy de acuerdo*). Posteriormente, en el apartado de resultados, se detallará la consistencia interna, la estabilidad temporal, así como el resto de propiedades psicométricas del instrumento.

Escala de satisfacción con la vida

Se utilizó la versión en castellano (Atienza et al., 2000) de la *Escala de Satisfacción con la Vida* (SWLS; Diener et al., 1985), que mide la satisfacción con la vida como un proceso de juicio cognitivo. Las respuestas fueron puntuadas con una escala tipo Likert que oscilaba entre 1 (*muy en desacuerdo*) y 5 (*muy de acuerdo*). Un ejemplo de ítem es "En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea". Se obtuvo un alfa de Cronbach de .81 en este estudio.

Escala de vitalidad subjetiva

Se utilizó la versión en castellano (Balaguer et al., 2005) de la Escala de Vitalidad Subjetiva (SVS, *Subjective Vitality Scale*; Ryan & Frederick, 1997). Los ítems se refieren a la energía percibida, el entusiasmo y los sentimientos de vivacidad (e.g., "Me siento vivo/a y vital") y se respondieron en una escala tipo Likert con un rango de 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 5 (*totalmente de acuerdo*). Si bien en la versión original del instrumento los valores de las respuestas oscilan entre 1 y 7, en este estudio se optó por reducir a 5 las opciones de respuesta del instrumento. Debido a la diversidad de escalas de respuestas de las pruebas utilizadas en el estudio, se decidió reducir el número de valores de respuestas en algunos instrumentos con el objeto de minimizar la posible confusión generada por las diferentes escalas de respuestas. Se utilizaron los seis ítems directos, tal como se propone en investigaciones anteriores (e.g., Bostic et al., 2000). La puntuación total es la media de las puntuaciones en los ítems, con lo que una puntuación más elevada se interpreta como mayor vitalidad. Se obtuvo una fiabilidad de .83.

Escala de autoestima de Rosenberg

Se empleó la versión validada al castellano por Martín-Albo et al. (2007) de la Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1989). La RSES se compone de 10 ítems que evalúan la autoestima (e.g., "En general, estoy satisfecho conmigo mismo").Las respuestas estaban puntuadas en una escala tipo Likert, con un rango de puntuación que va de 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 4 (*totalmente de acuerdo*). Los puntos 1, 3, 4, 7 y 10 están formulados en positivo, y los artículos 2, 5, 6, 8, y 9 negativamente. La consistencia interna obtenida fue de .82.

3.1.3. Procedimiento

Para llevar a cabo el estudio, el primer paso fue comunicar a los autores del *eHealth Literacy Scale* (ver escala original en el Anexo 1) que se quería realizar su traducción y validación al contexto español. Siguiendo a Hambleton (1996) se realizó una traducción inversa de los ítems del eHEALS de Norman y Skinner (2006a). Se tradujeron los ítems al castellano, y posteriormente un traductor ajeno al grupo de investigación los volvió a traducir al inglés, observando una gran similitud con el cuestionario original en habla inglesa. A continuación los ítems fueron evaluados por cinco expertos en la materia, que consideraron que eran adecuados para evaluar el constructo para el que se creó. Una vez traducido, se administró el cuestionario a un grupo de 40 estudiantes universitarios con edades comprendidas entre los 18 y los 35 años para verificar su comprensión. Los estudiantes manifestaron una buena comprensión de los ítems.

Se contactó con el representante legal de la universidad, decanos, directores de departamento y profesores de las diferentes facultades para pedirles su colaboración. La administración de las escalas tuvo lugar en presencia del investigador principal, para poder explicar de forma breve cómo responder a los cuestionarios, insistiendo en el anonimato y sinceridad en las respuestas (ver Anexo 2). Además, se informó que la participación en el estudio era voluntaria. El tiempo aproximado de cumplimentación fue de 15 minutos.

3.1.4. Análisis de datos

Se analizaron las propiedades psicométricas del eHEALS, comprobando así su validez y fiabilidad. Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio, un análisis factorial confirmatorio, análisis de invarianza, análisis de fiabilidad, de estabilidad temporal y de correlaciones bivariadas. Los diferentes análisis se llevaron a cabo con los paquetes estadísticos SPSS 21.0 y AMOS 21.0.

3.2. Método estudio 2

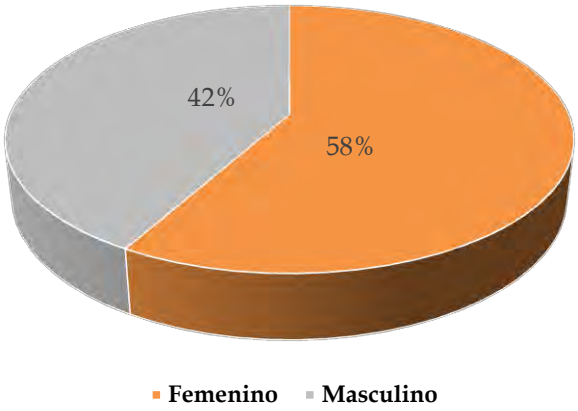
En este segundo estudio, el diseño de la investigación correspondería a un estudio *ex post facto* donde se emplea la encuesta como herramienta para la obtención de evidencia empírica (clasificación de Montero & León, 2007).

3.2.1. Participantes

La muestra del estudio 2 estuvo compuesta por un total de 1975 estudiantes universitarios, de edades comprendidas entre los 17 y los 68 años, con una edad media de 23.20 (*DT* = 5.34). En cuanto a la distribución de la muestra en función del género, el 58.2 % de la muestra eran mujeres (*n* = 1149) y el 41.8 % hombres (*n* = 826) como se puede observar en la Figura 14. El alumnado universitario que compuso la muestra pertenecía a la Universidad de Huelva y estudiaban las siguientes titulaciones de grado o de postgrado: Grado en Educación Primaria (*n* = 79), Grado en Educación Infantil (*n* = *83*), Grado en Educación Social (*n* = 126), Grado en Psicología (*n* = 41), Licenciatura en Psicología (*n* = 80), Licenciatura en Psicopedagogía (*n* = 58), Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (*n* = 133), Grado en Enfermería (*n* = 147), Grado de Derecho (*n* = 96), Grado en Trabajo Social (*n* = 133), Grado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos (*n* = 154), Licenciatura en Ciencias del Trabajo (*n* = 5), Grado en Humanidades (*n* = 5), Licenciado en Humanidades (*n* = 18), Licenciado en Filología Inglesa (*n* = 5), Grado en Filología Hispánica (*n* = 19), Grado en Estudios Ingleses (*n* = 45), Grado en Estudios Ingleses y Filología Hispánica (*n* = 34), Grado en Geología (*n* = 18), Grado en Ciencias Ambientales (*n* = 40), Grado en Ciencias Ambientales y Geología (*n* = 9), Grado en Administración y Dirección de Empresas y Turismo (*n* = 8), Grado en Administración y Dirección de Empresas y Finanzas y Contabilidad (*n* = 17), Grado en Administración y Dirección de Empresas (*n* =34), Grado en Ingeniería Mecánica (*n* = 42), Grado en Ingeniería Forestal y del Medio Natural (*n* = 3), Grado de Ingeniería Química (*n* = 11), Grado en Ingeniería Informática (*n* = 81), Ingeniero Industrial (*n* = 44), Máster Oficial en Comunicación y Educación Audiovisual (*n* = 25), Máster Oficial en Educación Intercultural (*n* = 24), Máster en Profesorado de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, Formación Profesional y Enseñanza de Idiomas (*n* = 49), Máster Oficial en Educación Físico-deportiva (*n* = 9), Máster Oficial en Química (*n* = 6), Máster Oficial en Prevención de Riesgos Laborales (*n* = 96), Máster en Metodología de Investigación en Ciencias de la Salud (*n* = 30) y

Experto en Cuidados Oncológicos y Paliativos (n = 9). Así del total de la muestra (N = 1975), 1727 son estudiantes universitarios de grado y 248 estudiantes de posgrado. En el caso de la muestra de estudiantes de grado, se llevó a cabo una selección de los grupos-clases y de las titulaciones que componían cada una de las facultades atendiendo a un muestreo bietápico aleatorio por conglomerados. En la primera etapa del muestreo se seleccionaron las titulaciones y en la segunda los grupos-clase. Con respecto a los estudiantes de posgrado, se realizó un muestreo intencional, con el objetivo de tener estudiantes de posgrado relacionados con salud y también con otras disciplinas.

Género del alumnado universitario encuestado en el estudio 2



3.2.2. Instrumentos

Se utilizó un cuestionario (ver Anexo 1) para recoger los siguientes datos: género, edad, curso y titulación académica, uso general de internet, la competencia en eSalud, el bienestar psicológico (satisfacción con la vida, vitalidad subjetiva y autoestima), salud mental y otras preguntas sobre salud (si tenían alguna enfermedad, si tomaban algún tratamiento o si tenían algún familiar cercano con una enfermedad crónica). A continuación, se describen con más detalle las escalas empleadas:

Escala de competencia en eSalud

Se empleó la traducción al castellano del *eHealth Literacy Scale* (eHEALS) de Norman y Skinner (2006a). Esta escala estaba compuesta por un total de ocho ítems (e.g., "Sé cómo encontrar recursos útiles sobre salud en Internet"). Las respuestas fueron recogidas en una escala tipo Likert cuyos rangos de puntuación oscilaban desde 1 (*muy en desacuerdo*) hasta 5 (*muy de acuerdo*). Se obtuvo un valor alfa de Cronbach de .88. Además, puesto que la escala había sido validada en el estudio 1, se realizó un análisis factorial confirmatorio para confirmar la estructura factorial de la escala. En este sentido, el análisis factorial confirmatorio (AFC) reveló índices de bondad de ajuste dentro de unos parámetros aceptables después de correlacionar entre ellos los errores de los ítems 1, 2 y 3, así como los de los ítems: 5 y 6, 6 y 7 ($\chi^2 = 74.13$, $p = .00$, $\chi^2/g.l. = 4.94$, CFI = .98, IFI = .96, TLI = .98, SRMR = .03, RMSEA = .07).

Escala de satisfacción con la vida

Se utilizó la versión en castellano (Atienza et al., 2000) de la *Escala de Satisfacción con la Vida* (SWLS; Diener et al., 1985), que mide la satisfacción con la vida como un proceso de juicio cognitivo. Las respuestas fueron puntuadas con una escala tipo Likert que oscilaba entre 1 (*muy en desacuerdo*) y 5 (*muy de acuerdo*). Un ejemplo de ítem es "En la mayoría de los aspectos mi vida es como yo quiero que sea". Se obtuvo un alfa de Cronbach de .84 en este estudio.

Escala de vitalidad subjetiva

Se utilizó la versión en castellano (Balaguer et al., 2005) de la Escala de Vitalidad Subjetiva (SVS, *Subjective Vitality Scale*; Ryan & Frederick, 1997). Los ítems se refieren a la energía percibida, el entusiasmo y los sentimientos de vivacidad (e.g., "Me siento vivo/a y vital") y se respondieron en una escala tipo Likert con un rango de 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 5 (*totalmente de acuerdo*). Si bien en la versión original del instrumento los valores de las respuestas oscilan entre 1 y 7, en este estudio se optó por reducir a 5 las opciones de respuesta del instrumento. Debido a la diversidad de escalas de respuestas de las pruebas utilizadas en el estudio, se decidió reducir el número de valores de respuestas en algunos instrumentos con el objeto de minimizar la posible confusión generada por las diferentes escalas de respuestas. Se utilizaron los seis ítems directos, tal como se propone en investigaciones anteriores (e.g., Bostic et al., 2000). La puntuación total es la media de las puntuaciones en los ítems, con lo

que una puntuación más elevada se interpreta como mayor vitalidad. Se obtuvo una fiabilidad de .86.

Escala de autoestima de Rosenberg

Se empleó la versión validada al castellano por Martín-Albo et al. (2007) de la *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES; Rosenberg, 1989). La RSES se compone de 10 ítems que evalúan la autoestima (e.g., "En general, estoy satisfecho conmigo mismo"). Las respuestas estaban puntuadas en una escala tipo Likert, con un rango de puntuación que va de 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 4 (*totalmente de acuerdo*). Los puntos 1, 3, 4, 7 y 10 están formulados en positivo, y los artículos 2, 5, 6, 8, y 9 negativamente. La consistencia interna obtenida fue de .83.

El cuestionario general de salud de 12 ítems

Se usó la versión validada para la población española (Sánchez-López & Dresch, 2008) del *12-Item General Health Questionnaire* (GHQ-12; Goldberg & Williams, 1988). El GHQ-12 es un instrumento de cribado de salud mental que identifica posibles casos de trastorno mental en la población y está formado por 12 ítems, que son contestados a partir de una escala Likert de 4 puntos (0-1-2-3). El GHQ-12 se ha empleado ampliamente en la literatura científica internacional (e.g., Garmendia, 2007; Hankins, 2008; Zulkefly, 2010) y en la nacional (e.g., López-Castedo & Fernández, 2005; Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, & Obiols, 2010) para evaluar el estado de salud mental subjetivo de las personas. La sentencia previa fue "En las últimas semanas" y un ejemplo de ítem empleado: "¿Has podido concentrarse bien en lo que hacías?". Es este estudio el GHQ-12 se ha interpretado de forma unidimensional. La fiabilidad del instrumento medida a través del alfa de Cronbach fue de .83.

Un ítem encargado de medir la percepción subjetiva de salud

La valoración del estado de salud, se llevó a cabo a través de la pregunta: "¿Cómo consideras que es tu salud?". Este ítem ha sido extraído del estudio de Vera, Marfil, Robles, Sánchez y Mata (2004). Para responder al mismo, se propusieron las siguientes opciones: mala, regular, buena, muy buena y excelente.

3.2.3. Procedimiento

En primer lugar, se solicitó autorización a la Universidad de Huelva para poder realizar esta investigación centrada en su alumnado. Se prepararon las escalas que formaron el cuestionario que se administró. Para ello, previamente (en el estudio 1) se adaptó y validó la escala de competencia en eSalud. A continuación, se contactó con los directores de los departamentos y los profesores de las diferentes facultades para pedirles su colaboración. La administración del cuestionario tuvo lugar en presencia de un investigador, para explicar cómo responder las escalas, haciendo especial hincapié en el anonimato y en la sinceridad en las respuestas. Además, se informó que la participación en el estudio era voluntaria. El tiempo aproximado de cumplimentación fue de 22 minutos (ver ejemplo de alumnos rellenando el cuestionario en la Figura 11 y 12).



Figura 11. Alumnado de la Universidad de Huelva rellenando el cuestionario (Campus de El Carmen)



Figura 12. Alumna leyendo y rellenando el cuestionario. Campus de El Carmen (Universidad de Huelva)

3.2.4. Análisis de los datos

En primer lugar, se procedió a depurar la matriz de datos. Posteriormente, se realizó el análisis de la fiabilidad de cada una de las escalas y un análisis factorial confirmatorio de la versión en castellano de la eHEALS. A continuación, se analizaron los estadísticos descriptivos de las principales variables del estudio. Para realizar el análisis de la salud mental con el GHQ-12, los ítems, que se contestaron a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos (0-1-2-3), fueron transformados en una puntuación dicotómica (0-0-1-1), llamada puntuación GHQ, ya que así lo recomiendan algunos estudios (Campbell & Knowles, 2007; Rocha, et al., 2011). Es decir, a la puntuación de la variable salud mental se obtuvo asignando 0 puntos a las respuestas 0 y 1 (de la escala Likert) y adjudicando 1 punto a las respuestas 2 y 3 de cada ítem. Después se suman los puntos de los 12 ítems, de modo que la puntuación total oscile entre 0 y 12 puntos, de mejor a peor salud mental. Además, para este estudio se empleó como punto de corte para considerar casos con una mala salud psicológica la puntuación ≥3. Este punto de corte ha sido usado en estudios anteriores en el contexto español (Cortés, Artazcoz, Rodríguez-Sanz, & Borrell, 2004; Masanet &

La Parra, 2011; Rocha et al., 2010). Luego, se realizó el análisis de correlaciones bivariadas de las principales variables del estudio. Por último, para comprobar las diferencias en algunas variables en función del género, de la titulación o de otros aspectos se realizaron diferentes análisis para comparar las medias en función del tipo de variables utilizadas. Los diferentes análisis se llevaron a cabo con los paquetes estadísticos SPSS 21.0 y AMOS 21.0.

3.3. Resumen de la metodología empleada en los dos estudios de la tesis

En la Tabla 2 se presenta el resumen de la metodología empleada en los dos estudios que componen esta tesis doctoral. Concretamente, se detalla el tipo de estudio, la muestra y los instrumentos utilizados.

Tabla 2. Resumen de la metodología utilizada en los estudios que componen la tesis doctoral

	DISEÑO	**MUESTRA**	**INSTRUMENTOS**
Estudio 1	Estudio instrumental	447 estudiantes universitarios: - Edad: entre los 18 y los 45 años (*M* = 21.90, *DT* = 3.90) - Género: 290 eran mujeres y 156 hombres - Alumnos de grado de las Facultades de Ciencias de la Educación y de Enfermería	- Escala de competencia en eSalud - Escala de satisfacción con la vida - Escala de vitalidad subjetiva - Escala de autoestima de Rosenberg

Estudio 2	Estudio *ex post facto*	1975 estudiantes universitarios: - Edad: entre los 17 y los 68 años (*M* = 23.20; *DT* = 5.34) - Género: 1149 mujeres y 826 hombres - Alumnos de grado y posgrado de todas las facultades de la universidad	- Escala de competencia en eSalud - Escala de satisfacción con la vida - Escala de vitalidad subjetiva - Escala de autoestima de Rosenberg - Cuestionario general de salud de 12 ítems - Un ítem encargado de medir la percepción subjetiva de salud

RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan los resultados de los dos estudios que componen la tesis doctoral. En primer lugar, se recogen los resultados de la validación de la escala eHEALS al contexto universitario español. A continuación, en el apartado 4.2. (Resultados del estudio 2) se detallan los resultados del análisis de todos los datos recogidos con el cuestionario en una muestra de 1975 estudiantes universitarios.

4.1. Resultados del estudio 1

En este apartado se presentan los resultados de los análisis realizados para validar la eHEALS al contexto universitario español[1]. En concreto, en primer lugar se muestran los resultados de las propiedades psicométricas de la escala y posteriormente, se recogen los estadísticos descriptivos y las correlaciones bivariadas entre las variables empleadas en el estudio 1 (competencia en eSalud, satisfacción con la vida, vitalidad subjetiva y autoestima).

4.1.1. Propiedades psicométricas del eHEALS

Análisis factorial exploratorio

Se realizó un análisis factorial exploratorio de componente principales con el objetivo de estudiar la estructura factorial de la escala. Previo al análisis, se calculó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Bartlett. El índice KMO mostró un valor de .865 y el test de esfericidad de Bartlett resultó estadísticamente significativo ($\chi 2 = 1651.209$; p

[1] Los resultados del estudio 1 de esta tesis doctoral han dado lugar a un artículo, que ha sido recientemente publicado en la Revista Española de Salud Pública (mayo-junio 2015). En el Anexo 3 se presenta dicho artículo en la versión publicada por la revista.

<.001). La consideración estos los valores indica que la realización de un análisis factorial era posible. En el análisis factorial resultante, se obtuvo un autovalor de 4.20 y una varianza total explicada de 52.55% (ver Tabla 3). Tras la realización del análisis se comprobó que los 8 ítems se agrupaban en un único factor: competencia en salud electrónica (o competencia en eSalud).

Tabla 3. Análisis factorial exploratorio del eHEALS

Ítems	Factor
1. Conozco qué recursos sobre salud están disponibles en Internet	.712
2. Sé dónde puedo encontrar recursos útiles sobre salud en Internet	.803
3. Sé cómo puedo encontrar recursos útiles sobre salud en Internet	.813
4. Sé cómo utilizar Internet para encontrar respuestas a mis cuestiones sobre salud	.807
5. Sé cómo utilizar la información sobre salud que encuentro en Internet para que me ayude	.749
6. Tengo las habilidades necesarias para evaluar los recursos sobre salud que encuentro en Internet	.645
7. Puedo distinguir los recursos de salud de alta calidad de los recursos de salud de baja calidad que se encuentran en Internet	.745
8. Tengo confianza a la hora de utilizar la información de Internet para tomar decisiones sobre salud	.643
Autovalor	4.20
Varianza explicada (%)	52.55

Análisis de consistencia interna

Se realizó el análisis de la fiabilidad del instrumento mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach, cuyo valor fue de .87.

Estabilidad temporal

La estabilidad temporal se midió a través de la realización del test-retest. El cuestionario se administró a 30 estudiantes de 2º curso del Grado en Psicología (Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Huelva). Trans-

curridos 30 días del llenado del test, se llevo a cabo el retest. Tras el análisis de los datos correspondientes se encontró una correlación test-retest de .78.

Análisis factorial confirmatorio

Para tratar de confirmar la estructura factorial obtenida se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio. En este análisis se trató testar el ajuste de los datos al modelo. Para ello, siguiendo las recomendaciones de la bibliografía especializada, se utilizaron los índices de ajuste más comunes: χ^2, χ^2/g.l., CFI (Comparative Fit Index), IFI (Incremental Fit Index), TLI (Tucker Lewis Index), RMSEA (Root Mean Square of Approximattion) y SRMR (Standardized Root Mean Square Residual). Tras la realización de un primer análisis factorial confirmatorio, se comprobó que los índices de ajustes no fueron apropiados [$\chi 2$ = 278.96, p = .00, $\chi 2/g.l.$ = 13.95, CFI = .84, IFI = .84, TLI = .78, RMSEA = .17, SRMR = .08]. Los índices de modificación señalaron que al correlacionar los errores entre los ítems 6 y 7, 5 y 6, 4 y 5, 4 y 6, 5 y 7 (ver Figura 13), los índices de ajustes mejoraban hasta considerarse adecuados: $\chi 2$ = 66.60, p = .00, $\chi 2/g.l.$ = 4.44, CFI = .97, IFI = .97, TLI = .94, RMSEA = .08, SRMR = .05

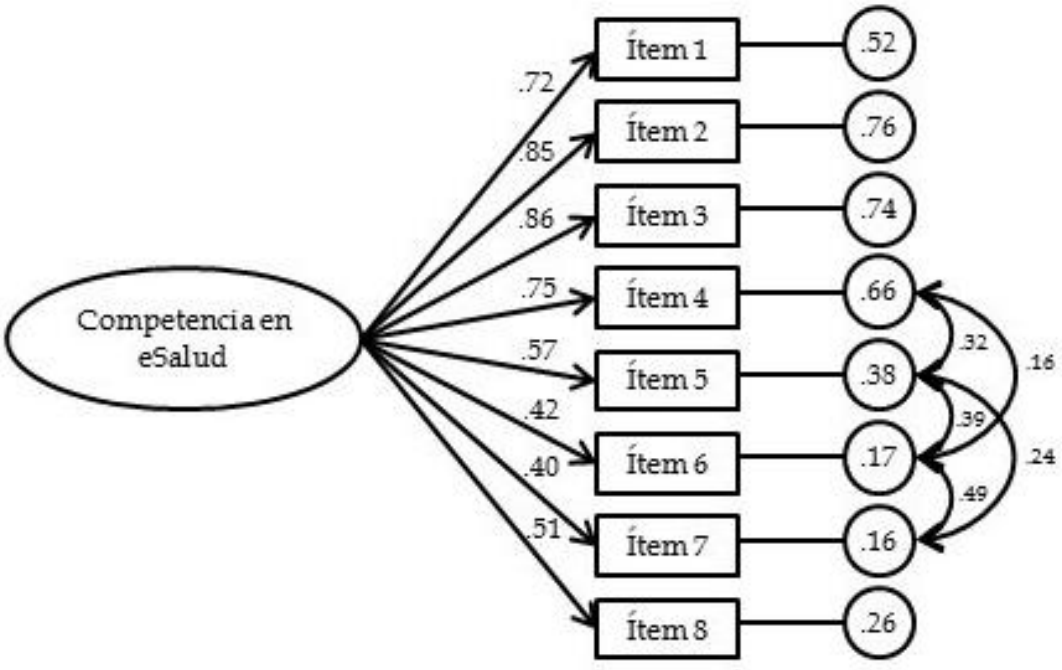


Figura 13. Análisis factorial confirmatorio de la versión en castellano del eHEALS. La elipse representa la variable latente y los rectángulos los diferentes ítems. Todos los parámetros están estandarizados y son estadísticamente significativos ($p < .05$). Las varianzas error se muestran en pequeños círculos.

Análisis de invarianza

Para comprobar que la estructura factorial de la versión española del eHEALS era invariante por género se realizó un análisis multigrupo. Este tipo de análisis compara el modelo sin restricciones con una serie de modelos con invarianza en diferentes parámetros. Los resultados (Tabla 4) indicaron que los cuatro modelos comparados presentaban unos índices de ajuste adecuados. Además, no se encontraron diferencias significativas entre el modelo sin restricciones y los modelos con invarianza en los pesos de medida ($\Delta\chi^2 = 4.58$, $\Delta g.l. = 7$, $p = .71$), en las covarianzas estructurales ($\Delta\chi^2 = 5.28$, $\Delta g.l$.= 8, $p = .73$) y en los residuos de medida ($\Delta\chi^2 = 28.12$, $\Delta g.l$.= 21, $p = .14$). Estos resultados suponen un fuerte apoyo para afirmar la existencia de invarianza por género.

Tabla 4. Análisis multigrupo de la invarianza factorial por género

Modelos	χ^2	*g.l.*	$\chi^2/g.l.$	$\Delta\chi^2$	$\Delta g.l.$	CFI	IFI	TLI	RMSEA	SRMR
Modelo 1	119.21	30	3.97	-	-	.95	.95	.90	.08	.06
Modelo 2	123.80	37	3.35	4.58	7	.95	.95	.92	.07	.07
Modelo 3	124.49	38	3.28	5.28	8	.95	.95	.92	.07	.07
Modelo 4	147.33	51	2.89	28.12	21	.94	.94	.94	.06	.07

Notas. Modelo 1 = sin restricciones; Modelo 2 = pesos de medida invariantes; Modelo 3 = covarianzas estructurales invariantes; Modelo 4 = residuos de medida invariantes.

4.1.2. Estadísticos descriptivos y correlaciones bivariadas

En la Tabla 5 se presentan los estadísticos descriptivos de cada una de las variables del estudio, así como las correlaciones bivariadas. La puntuación media obtenida por los universitarios encuestados en competencia en eSalud fue de 3.26. En cuanto a los tres indicadores del bienestar psicológico evaluados

(satisfacción con la vida, vitalidad subjetiva y autoestima), mostraron valores relativamente altos, especialmente en autoestima, que mostró una puntuación media de 3.35 (el rango de la escala de autoestima es de 1 a 4).

En el análisis de correlación, se obtuvo que la competencia en eSalud correlacionaba de forma positiva y significativa con la satisfacción con la vida, con la vitalidad subjetiva y con la autoestima; aunque con un coeficiente de correlación bajo en los tres casos. Por su lado, la satisfacción con la vida, la vitalidad subjetiva y la autoestima correlacionaron de forma positiva y estadísticamente significativa entre ellos.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos y correlaciones de las variables

Variables	Rango	*M*	*DT*	α	1	2	3	4
1. Competencia en eSalud	1-5	3.26	0.74	.87	-	.16**	.16**	.12**
2. Satisfacción con la vida	1-5	4.08	0.67	.81	-	-	.53**	.47**
3. Vitalidad subjetiva	1-5	3.99	0.61	.83	-	-	-	.49**
4. Autoestima	1-4	3.35	0.46	.82	-	-	-	-

Nota: ** $p < .01$; * $p < .05$; *M* = Media; *DT* = Desviación típica; α = alfa de Cronbach.

4.2. Resultados del estudio 2

En este apartado del capítulo 2 se presentan los resultados del análisis de todos los datos recogidos con el cuestionario administrado a los 1975 estudiantes universitarios (muestra 2).

4.2.1. Estadísticos descriptivos sobre el uso de Internet de los universitarios

Los resultados muestran que todos los estudiantes utilizan Internet, empleando para ello diferentes dispositivos (ver Figura 14): el ordenador, el móvil, la Tablet o empleando varios de ellos. En concreto, las alternativas del uso de los dispositivos se concentran entre el 61.2% de los universitarios emplean su

ordenador (PC) y el móvil para navegar por Internet, el 21.6% de los encuestados usan los tres dispositivos y el 12.9% que utilizan únicamente el PC (hay un 2.4% que solo usa el móvil, un 0.8% utiliza el PC y la Tablet, el 0.6% emplea el móvil y la Tablet, por un 0.4 % que utiliza la Tablet).

Con respecto a la frecuencia semanal del uso de Internet, la mayoría de los encuestados emplean Internet casi a diario (*M* = 6.59; *DT* = 0.95). Además, estos universitarios suelen estar una media de 160 minutos conectados a internet al día (*M* = 160.49; *DT* = 127.97).

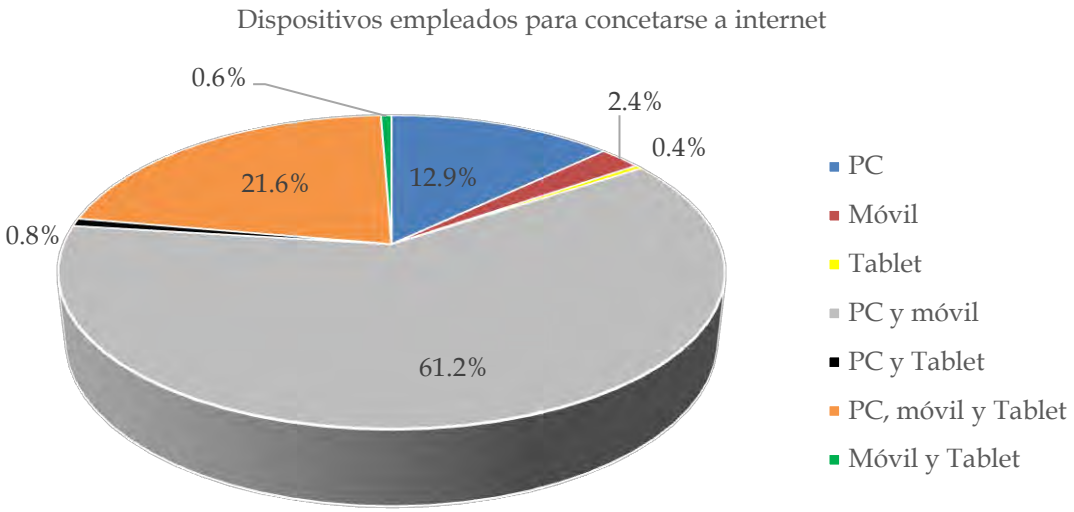


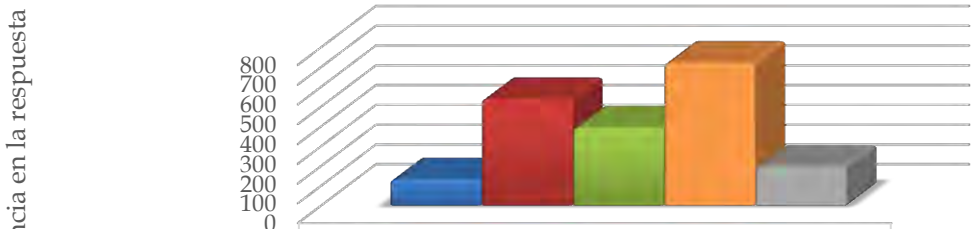
Figura 14. Dispositivos empleados para navegar por Internet
(se muestra el porcentaje correspondiente)

4.2.2. Estadísticos descriptivos de la competencia en eSalud

A continuación se presentan los resultados del análisis de los dos ítems previos a la escala para medir la competencia en eSalud (¿Cómo de útil consideras que es Internet a la hora de ayudarte a tomar decisiones sobre tu salud? ¿Qué importancia tiene para ti el hecho de poder acceder a recursos sobre salud en Internet?).

En la Figura 15, se muestra que la mayoría de los estudiantes universotarios consideran Internet útil para tomar decisiones sobre salud (36%) o muy útil (10%). Además, un 20% de los universitarios no estaban seguros si Internet

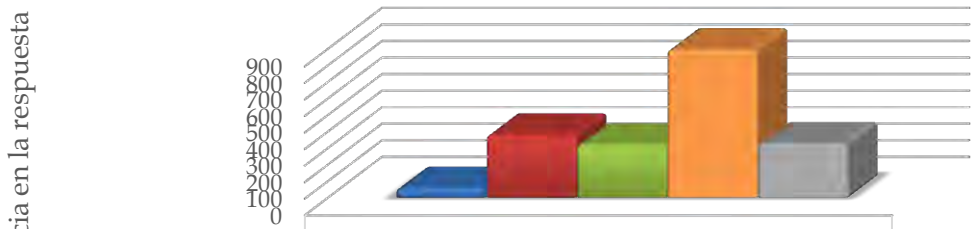
es útil para tomar decisiones sobre su salud. El resto de estudiantes respondieron que Internet era nada útil (7%) o poco útil (27%) para este cometido.



	Internet para tomar decisiones sobre salud
Nada útil	131
Poco útil	537
No estoy seguro	392
Útil	720
Muy útil	195

Figura 15. Respuestas al ítem: ¿Cómo de útil es Internet a la hora de tomar decisiones sobre tu salud?

Con respecto a la importancia que tenía para los universitarios el poder acceder a recursos sobre salud en Internet, el 45% lo consideró importante y el 17% muy importante (ver Figura 16). El 16% contestó no estoy seguro y un 19% lo consideró poco importante, mientras que solo un 3% de los estudiantes respondió nada importante.



	Importancia de poder acceder a recursos sobre salud en internet
Nada importante	57
Poco importante	379
No estoy seguro	320
Importante	894
Muy importante	325

Figura 16. Respuestas al ítem: ¿Qué importancia tiene para ti el hecho de poder acceder a recursos sobre salud en Internet?

En cuanto a la puntuación media de la competencia percibida por los estudiantes en eSalud fue de 3.14 (*DT* = 0.78). Teniendo en cuenta que el rango de la escala es de 1 a 5, la puntuación en esta variable fue moderada (ver Tabla 6 en el siguiente apartado).

4.2.3. Estadísticos descriptivos de las escalas y del ítem para medir la percepción subjetiva de salud

En la Tabla 6 se presentan los resultados de los estadísticos descriptivos de la competencia en eSalud, de los tres indicadores del bienestar psicológico (satisfacción con la vida, vitalidad subjetiva y autoestima) y el malestar o distrés psicológico medido a través de la GHQ-12. En general, la puntuación en competencia en eSalud fue moderada. Las medias de las variables que miden el bienestar psicológico fueron relativamente altas tanto para la satisfacción con la vida, para la vitalidad subjetiva y la autoestima (se debe recordar que su rango es de 1-4). En cuanto al malestar psicológico (GHQ-12) la puntuación media fue de 0.89, lo que refleja una buena salud mental de la mayoría de los alumnos universitarios encuestados. En este sentido, para un análisis más detallado de la salud mental de los estudiantes, se procedió a utilizar la puntuación GHQ para realizar un cribado y poder establecer la prevalencia de casos probables de padecimiento psicológico o de problemas de salud mental.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de las variables

Variables	Rango	*M*	*DT*	α
1. Competencia en eSalud	1-5	3.14	0.78	.88
2. Satisfacción con la vida	1-5	3.94	0.75	.84
3. Vitalidad subjetiva	1-5	3.88	0.69	.86
4. Autoestima	1-4	3.27	0.51	.83
5. Salud mental (GHQ-12)	0-3	0.89	0.41	.83

Nota: M = Media; *DT* = Desviación típica; α = alfa de Cronbach.

En la Tabla 7, se presentan los resultados de forma detallada del análisis descriptivo empleando la puntuación GHQ (0-0-1-1). De este modo, se obtuvo una puntuación media de 2.09 (*DT* = 2.55). Utilizando como punto de corte para considerar casos con mala salud psicológica la puntuación ≥3, se encontró que el 68.9% de los estudiantes gozaban de una buena salud mental y que el 31.1% tenían una mala salud psicológica.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos, frecuencia y porcentaje obtenidos con la puntuación GHQ

Puntuación GHQ	Frecuencia	Porcentaje		
0	697	35.3%		
1	398	20.2%	68.9%	**Buena salud psicológica (0-2)**
2	266	13.5%		
3	188	9.5%		
4	120	6.1%		
5	84	4.3%		
6	66	3.3%		**Mala salud Psicológica (≥3)**
7	49	2.5%	31.1%	
8	35	1.8%		
9	30	1.5%		
10	20	1%		
11	14	0.7%		
12	8	0.4%		
M = 2.09; *DT* = 2.55	N = 1975	100%		

Nota: M = Media; *DT* = Desviación típica

Por último, en la Figura 17 se presenta las respuestas al ítem empleado para valorar la percepción subjetiva de salud de los universitarios. Se puede observar que la mayoría de los estudiantes consideran que su salud es buena, muy buena o excelente (el 92.2%), mientras que tan solo un 7.3% la considera regular y un 0.6% la perciba como mala.

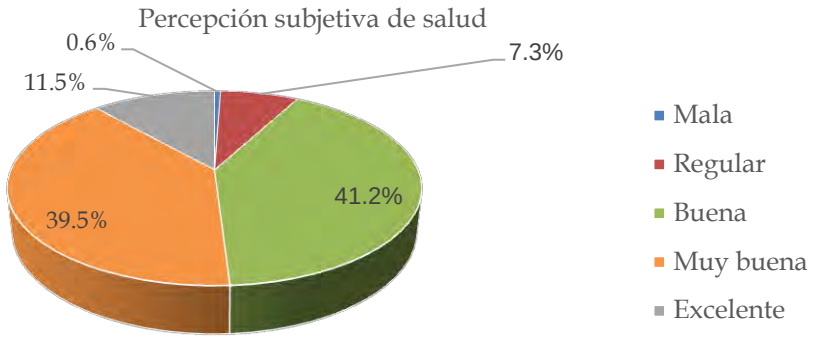


Figura 17. Respuestas al ítem: ¿Cómo consideras que es tu salud?

4.2.4. Correlaciones bivariadas de las variables del estudio

El análisis de correlación mostró que la competencia en eSalud correlacionaba de forma positiva y estadísticamente significativa con la satisfacción con la vida, con la vitalidad subjetiva y con la autoestima. Mientras que mostró una relación negativa con el malestar psicológico (o salud mental). Si bien el coeficiente de correlación en todos estas relaciones tuvo un valor bajo. Por otro lado, la satisfacción con la vida, la vitalidad subjetiva y la autoestima (indicadores del bienestar psicológico) correlacionaron de forma positiva y significativa entre ellos. Además, se obtuvieron correlaciones negativas y significativas entre los tres indicadores del bienestar psicológico y el distrés o malestar psicológico (coeficiente de correlación entre -.45 y -.56).

Tabla 8. Correlaciones bivariadas entre las variables del estudio

Variables	1	2	3	4	5
1. Competencia en eSalud	-	.15**	.16**	.10**	-.09**
2. Satisfacción con la vida	-	-	.57**	.52**	-.47**
3. Vitalidad subjetiva	-	-	-	.50**	-.45**
4. Autoestima	-	-	-	-	-.56**
5. Salud mental (GHQ-12)	-	-	-	-	-

Nota: ** $p < .01$

4.2.5. Comparación de las medias de todas las variables en función del género

En el análisis de las diferentes variables analizadas según el género, se encontraron diferencias significativas, entre universitarios y universitarias, en la satisfacción con la vida, la autoestima y la salud mental (distrés o malestar psicológico). Como se puede observar en la Tabla 9, los estudiantes universitarios obtuvieron una menor puntuación media en el malestar psicológico (salud mental), lo que muestra una mejor salud psicológica que las chicas. En cuanto a la autoestima, los valores fueron mayores entre los chicos universitarios. Mientras que las alumnas universitarias suelen estar más satisfechas con su vida que los alumnos.

Tabla 9. Diferencias en función del género en la competencia en eSalud, satisfacción con la vida, vitalidad subjetiva, autoestima y salud mental.

Variables	Género	*M*	*DT*	F	*P*
Competencia en eSalud	Masculino	3.14	0.80	.72	.903
	Femenino	3.14	0.77		
Satisfacción con la vida	Masculino	3.88	0.78	7.93	.003
	Femenino	3.98	0.72		
Vitalidad subjetiva	Masculino	3.85	0.71	.53	.143
	Femenino	3.90	0.68		
Autoestima	Masculino	3.31	0.51	.89	.002
	Femenino	3.24	0.50		
Salud mental (GHQ-12)*	Masculino	1.95	2.49	5.74	.034
	Femenino	2.19	2.58		

Nota: M = Media; *DT* = Desviación típica; *p* = p-valor; (GHQ-12)* = se ha empleado la puntuación GHQ.

4.2.6. Comparación de la competencia en eSalud entre los universitarios de grado y de posgrado

En la Tabla 10 se presentan los datos del análisis de t de Student que se realizó para examinar las posibles diferencias en la competencia en eSalud en función de si era un estudiante de grado o de posgrado. Como se puede observar, la puntuación media en competencia en eSalud es algo mayor en los estudiantes de posgrado pero estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 10. Comparación entre las puntuaciones medias en competencia en eSalud entre los universitarios de grado y de posgrado.

Variable	Universitarios	*M*	*DT*	F	*P*
Competencia en eSalud	Grado (n = 1727)	3.14	0.77	2.59	.746
	Posgrado (n = 248)	3.16	0.83		

Nota: M = Media; *DT* = Desviación típica; *p* = p-valor

4.2.7. Comparación de la competencia en eSalud en función de la titulación

Para comparar el nivel de competencia en eSalud en función del tipo de titulación, se optó por dividir las titulaciones entre las que están claramente relacionadas con la salud (Grado en Enfermería, Grado en Psicología, Licenciado en Psicología y Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte) y el resto de titulaciones de la muestra (no tienen una relación directa con el área de la salud: Grado de Derecho, Grado en Trabajo Social, Grado en Relaciones Laborales y Recursos Humanos, Licenciatura en Ciencias del Trabajo, Grado en Humanidades, Licenciado en Humanidades, Licenciado en Filología Inglesa, Grado en Filología Hispánica, Grado en Estudios Ingleses, Grado en Estudios Ingleses y Filología Hispánica, Grado en Geología, Grado en Ciencias Ambientales, Grado en Ciencias Ambientales y Geología, Grado en Administración y Dirección de Empresas y Turismo, Grado en Administración y Dirección de Empresas y Finanzas y Contabilidad, Grado en Administración y Dirección de Empresas, Grado en Ingeniería Mecánica, Grado en Ingeniería Forestal y del Medio Natural, etc.). El análisis de t de Student para muestras independientes reveló diferencias estadísticamente significativas en el nivel de competencia en eSalud entre el grupo de las titulaciones relacionadas con la salud y el grupo formado por el resto de titulaciones (ver Tabla 11). En concreto, los alumnos que estudiaban titulaciones de grado relacionadas con la salud (Grado en Enfermería, Grado en Psicología, Licenciado en Psicología y Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte) obtuvieron una mayor puntuación en la escala para autoevaluar su competencia en eSalud que los alumnos del resto de las titulaciones.

Tabla 11. Comparación entre las puntuaciones medias en competencia en eSalud entre los universitarios de grado y de posgrado.

Variable	Titulación	*M*	*DT*	F	*P*
Competencia en eSalud	Titulaciones relacionadas con la salud (n = 401)	3.38	0.67	17.23	.000
	Resto de titulaciones (n = 1326)	3.07	0.79		

Nota: M = Media; *DT* = Desviación típica; *p* = p-valor

4.2.8. Diferencias en competencia en eSalud entre universitarios que tienen alguna enfermedad o que tienen algún familiar con una patología crónica

En cuanto a la comparación entre la competencia en eSalud de los estudiantes universitarios que tenían algún problema de salud y los que no, se comprobó que las diferencias no fueron estadísticamente significativas (ver Tabla 12). En este sentido, la puntuación media en competencia en eSalud de los universitarios con alguna enfermedad era ligeramente mayor que los que no declaraban tener problemas de salud, pero el p-valor no fue menor que 0.05, por lo que no podemos asumir que esas diferencias no sean fruto del azar.

Tabla 12. Comparación entre las puntuaciones medias en competencia en eSalud entre los universitarios con alguna enfermedad y estudiantes sin problemas de salud diagnosticados.

Variable	Universitarios	*M*	*DT*	F	*P*
Competencia en eSalud	Con enfermedad (n = 323)	3.21	0.81	1.00	.072
	Sin enfermedad (n = 1652)	3.13	0.77		

Nota: M = Media; *DT* = Desviación típica; *p* = p-valor

Por su parte, como se puede ver en la Tabla 13, tampoco había diferencias en la competencia en eSalud entre el alumnado universitario con algún familiar que padecía una enfermedad crónica y los que no tenían un familiar cercano con una patología crónica.

Tabla 13. Comparación de las medias en competencia en eSalud entre los universitarios con familiares con enfermedad crónica y estudiantes sin familiar cercano con enfermedad crónica.

Variable	Universitarios	*M*	*DT*	F	*P*
Competencia en eSalud	Familiar/es con enfermedad crónica (n = 566)	3.15	0.79	.81	.738
	Familiares sin enfermedad crónica (n = 1409)	3.14	0.77		

Nota: M = Media; *DT* = Desviación típica; *p* = p-valor

4.2.9. Competencia en eSalud y su relación con el uso de Internet

Con el objetivo de examinar la relación entre el uso de Internet de los universitarios y su aptitud o competencia en eSalud, se realizó un análisis de correlaciones bivariadas. Para ello, se calculó una variable que fue uso de Internet semanal, que suponía de multiplicar el número de días en los que usaban Internet de la semana por el tiempo en minutos que dedicaban a diario a navegar por Internet (días/semana x minutos/día). De ese modo, el análisis de correlación mostró que la competencia en eSalud se relacionaba de forma positiva y estadísticamente significativa con el uso de Internet semanal (minutos de conexión a Internet a la semana). Sin embargo, el coeficiente de correlación obtenido fue de .09 (ver Tabla 14), que supone un valor muy bajo. De hecho, al calcular el coeficiente de determinación (el cuadrado del coeficiente de correlación) se obtiene un .01, por lo que solo comparten un 1% de su varianza. Dicho de otro modo, si se pretendiese predecir una variable a partir de la otra, la variable independiente solo sería capaz de explicar un 1% de la variabilidad de la variable dependiente. Es decir, aunque la relación entre las variables es significativa, se ha de interpretar dicha relación con precaución dado el bajo tamaño del efecto.

Tabla 14. Estadísticos y correlaciones bivariadas entre competencia en eSalud y uso de Internet

Variables	*M*	*DT*	1	2
1. Competencia en eSalud	3.14	0.78	-	.09**
2. Uso de Internet semanal	1086.04	904.04	-	-

Nota: M = Media; *DT* = Desviación típica; ** $p < .01$

4.2.10. Análisis de regresión lineal empleando como variable dependiente la salud mental

En la Tabla 15 se presentan los resultados del análisis de regresión utilizando como variable dependiente la salud mental (malestar psicológico o distrés). Los resultados mostraron que la satisfacción con la vida, la vitalidad subjetiva y la autoestima predecían de forma negativa la puntuación en la salud mental (F = 182.51; p < .001). Se obtuvo una varianza explicada del 27%. La variable que mayor peso de regresión presentó fue la autoestima (β = -.31).

En definitiva, los universitarios con una adecuada vitalidad, una buena autoestima y que en general estén satisfechos con su vida tendrán una mejor salud psicológica (como el peso de regresión fue negativo en los tres indicadores del bienestar, a mayor bienestar psicológico menor es la puntuación GHQ y, por tanto, mejor es su salud mental).

Tabla 15. Coeficientes del análisis de regresión lineal empleando como variable dependiente la salud mental

Variables	R^2	β	t	*P*
Competencia en eSalud	.27	.01	.47	.64
Satisfacción con la vida		-.16	-6.47	.00
Vitalidad subjetiva		-.15	-6.16	.00
Autoestima		-.31	-13.07	.00

Nota. R^2 = Varianza explicada; β = Peso de regresión; p = p-valor.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo de investigación es analizar la competencia en eSalud, el bienestar psicológico y la salud mental en estudiantes de la Universidad de Huelva. Para ello, se realizaron dos estudios. En el primero, se validó en el contexto español la *eHealth Literacy Scale* (Norman & Skinner, 2006a), utilizando una muestra de estudiantes universitarios. En el segundo estudio se empleó una muestra más amplia para analizar la competencia en eSalud, el bienestar y la salud psicológica de los universitarios, así como para tratar de testar las diferentes hipótesis enunciadas. En este sentido, se abordará esta discusión empleando el mismo orden cronológico de los estudios.

5.1. Discusión estudio 1

Para poder emplear una escala validada en otro idioma con las máximas garantías, es necesario un proceso de adaptación y validación en el contexto en el que se vaya a utilizar dicha herramienta. Para ello, se tradujo la escala al español y, tras ser administrada, se realizó un análisis de sus propiedades psicométricas. Además, para darle validez de criterio al instrumento, se relacionó con tres indicadores del bienestar psicológico (satisfacción con la vida, vitalidad subjetiva y autoestima).

Para determinar la estructura factorial del cuestionario se realizó un análisis factorial exploratorio, que mostró que el único factor de la escala estaba compuesto por 8 ítems, coincidiendo con lo establecido en la escala original (Norman & Skinner, 2006a) y en las otras versiones (Koo et al., 2012; Mitsutake et al., 2011; Van der Vaart et al., 2011), exceptuando la versión de colombiana y la portuguesa (Rojas & Useche, 2013; Cardoso et al., 2014). Los resultados del análisis de consistencia interna y estabilidad temporal también fueron satisfactorios. Asimismo, se realizó un análisis factorial confirmatorio puesto que en las validaciones previas solo la versión japonesa (Mitsutake et al., 2011) lo había calculado, encontrando índices de ajustes adecuados. No obstante, se tuvieron

que correlacionar los errores de medida de los ítems 4, 5, 6 y 7 para que los valores de los índices de bondad de ajustes mejorasen. Teniendo en cuenta esto, entendemos que son necesarios más estudios para corroborar la robustez del modelo presentado en esta investigación. Por su parte, los resultados del análisis multigrupo indican que la estructura factorial de la escala de aptitud en eSalud es invariante en función del género. Esta última prueba de invarianza en función del género no había sido testada anteriormente y, sin duda, supone una fortaleza más en el proceso de validación de la escala. Por tanto, en base a los resultados obtenidos, se puede considerar la versión española de la eHEALS como una escala válida y fiable para medir la aptitud en eSalud en el alumnado universitario.

Por otro lado, los resultados del análisis de correlación mostraron una relación positiva entre la aptitud en eSalud y las tres medidas del bienestar psicológico. En este sentido, algunos estudios han relacionado positivamente la alfabetización en salud con el bienestar físico y psicológico (e.g., Tokuda et al., 2009), con una mejora del estado de salud autopercibido (Lee, Arozullah, & Cho, 2004), con el cumplimiento de las prescripciones médicas, la motivación, la confianza en sí mismo y la resiliencia individual a la adversidad (Nutbeam, 2000). Sin embargo, parece que falta evidencia empírica para demostrar los beneficios de la eSalud (Black et al., 2011; Dedding, Van Doorn, Winkler, & Reis, 2011).

En esta línea, este trabajo puede suponer un primer paso en el estudio de las relaciones entre la aptitud en eSalud y sus posibles consecuencias positivas en una población universitaria. Si bien es cierto, que se debe ser prudente ya que los coeficientes de correlación obtenidos entre la eSalud y los indicadores del bienestar psicológico fueron bajos. Por ello, son necesarias más investigaciones que traten de analizar la influencia del dominio de la competencia mediática en salud sobre diferentes consecuencias.

En cuanto a las correlaciones entre las otras tres variables utilizadas para medir el bienestar psicológico de los universitarios, se obtuvieron asociaciones positivas entre la vitalidad subjetiva, la satisfacción con la vida y la autoestima similares a las obtenidas en otros estudios con universitarios (Castillo & Molina-García, 2009; Fernández-Ozcorta, 2013; Molina-García, 2004). De este modo, se sigue poniendo de manifiesto la influencia de estas tres variables entre ellas, aunque la satisfacción con la vida al ser un constructo más global es la variable que parece ser predicha tanto por la autoestima (Rey, Extremera, & Pena, 2011; Moreno-Murcia & Vera, 2011) como por la vitalidad subjetiva (Ryan & Frede-

rich, 1997). Con respecto a la relación de estos tres indicadores del bienestar psicológico con la aptitud en eSalud, como se ha comentado anteriormente, deberá ser explorada con más profundidad en el futuro.

Parece evidente que un buen manejo de la eSalud podría tener consecuencias positivas. De hecho, la búsqueda de información sobre salud en Internet está creando un nuevo perfil de paciente con más responsabilidad y participación en los aspectos relacionados con su salud (Ferguson & Frydman, 2004), es decir, un paciente o usuario con mayor «empoderamiento». Según Lupiáñez-Villanueva (2011), este proceso de «empoderamiento» puede ser observado desde diferentes perspectivas. Por un lado, los pacientes podrían adquirir conocimiento y aplicarlo a la gestión de su salud (guiados por la prescripción del profesional sanitario y su visión como experto). Por otro lado, este proceso podría basarse en una visión más individualizada en la que las personas son las responsables de elegir diferentes opciones o alternativas ante un problema de salud, no necesariamente dentro del modelo biosanitario actual. Finalmente, la tercera visión está relacionada con las dinámicas de inclusión y acción en el contexto de la participación social. Este proceso de «empoderamiento» puede adoptar formas de movimiento social en una determinada comunidad o grupo de pacientes organizados. En este sentido, el uso de Internet para tareas de promoción y prevención de la salud, para un mejor conocimiento y gestión de la enfermedad, para compartir experiencias en foros o redes sociales de pacientes, etcétera; puede ser una importante herramienta para complementar el trabajo de los profesionales de la salud (Rojas & Useche, 2013).

La revolución de las TIC y el uso masivo de Internet en nuestra sociedad desarrollada ha posibilitado el acceso a un mayor volumen de información sobre salud, que pueden facilitar que los ciudadanos se encuentren desbordados y realicen una demanda de servicios sanitarios irracional e innecesaria, que podría entorpecer el funcionamiento del sistema de salud y la relación entre profesional sanitario y paciente e incluso podría tener un impacto negativo en su propia salud (Lupiáñez-Villanueva, 2011). Esto no hace más que evidenciar la importancia de la formación en eSalud, así como de la medición de este constructo para tratar de conocer la aptitud en eSalud de diferentes poblaciones. Para ello, Norman y Skinner (2006a) aportaron a la comunidad científica un instrumento válido y fiable (eHEALS). La validación realizada en este estudio de la *eHealth Literacy Scale* ha permitido obtener una primera versión en castellano de la eHEALS adaptada al contexto español. De este modo, a partir de ahora, se podrá contar con un instrumento sencillo, que revela una adecuadas propiedades psicométricas y permite evaluar la aptitud en eSalud en universitarios.

5.2. Discusión estudio 2

En el estudio 2 de esta tesis doctoral el objetivo general fue analizar la competencia en eSalud, el bienestar psicológico y la salud mental en estudiantes de la Universidad de Huelva. En este sentido, en base a los estudios revisados, se enunciaron diferentes hipótesis que han sido testadas en este trabajo para intentar profundizar en el estudio de la eSalud y su relación con la salud psicológica en el contexto español.

Hasta la fecha no había estudios publicados en los que se evaluase la competencia en eSalud de universitarios españoles, ya que entre otras cosas, no existía una herramienta validada en castellano para ello. En esta línea, existen algunos estudios publicados en el contexto nacional centrado en el uso de Internet como fuente de información sobre salud (Jiménez, García, Martín, & Bermúdez 2007; López-de Ayala et al., 2014; Lupiáñez-Villanueva, 2008; Marin-Torres et al., 2013), pero ninguno ha evaluado la competencia de los usuarios para encontrar, entender y utilizar información fiable en la web sobre salud. En este estudio, la puntuación media obtenida por los universitarios en competencia en eSalud fue moderada (M = 3.14; DT = .78), mientras que otros estudios: con adolescentes portugueses (Cardoso et al., 2014), con pacientes con enfermedades reumáticas holandeses (Van der Vaart et al., 2011) y con escolares chinos (Koo et al., 2011) mostraron una mayor autopercepción de competencia en eSalud. Por tanto, parece necesaria mejorar la formación y la aptitud en eSalud de los universitarios. En este sentido, diferentes estudios han mostrado algunos programas de formación que han tenido éxito con diferentes colectivos: personas mayores (Xie, 2011; Xie, 2012), con personas con sobrepeso u obesidad (Hutchesson et al., 2015), adolescentes (Paek & Hove, 2012), universitarios (Edirippulige, Smith, Armfielf, Bensink, & Wootton, 2012), etc.

Los resultados de esta investigación mostraron que los alumnos que estudiaban titulaciones de grado relacionadas con la salud (Grado en Enfermería, Grado en Psicología, Licenciado en Psicología y Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte) obtuvieron una mayor puntuación en la escala para autoevaluar su competencia en eSalud que los alumnos del resto de las titulaciones. Por lo que se puede confirmar la hipótesis inicial, que afirmaba que los estudiantes universitarios de titulaciones más relacionadas con la salud tendrán una mayor aptitud en eSalud. En este sentido, es lógico pensar que los contenidos, habilidades, destrezas y competencias que se desarrollan en las titulaciones relacionadas con la salud, pueden ayudar a estos futuros profesionales a tener

una mejor alfabetización en salud, a conocer páginas web donde la información es más fiable y a utilizar con mayor eficacia los recursos sobre salud que hay en Internet. Además, en algunos casos pueden recibir formación complementaria relacionada con la eSalud. De hecho, la mayoría de estudios sobre programas de formación en eSalud de la literatura científica internacional han sido abordados con estudiantes de titulaciones relacionadas con la salud (Hanik & Stellefeson, 2011; Edirippulige et al., 2012; Eysenbach, 2011).

En relación a la siguiente hipótesis: "los estudiantes de posgrado presentarán mayor competencia en eSalud que los de grado", los resultados de esta investigación llevan a rechazarla, ya que no se encontraron diferencias significativas entre los estudiantes de grado y de posgrado en cuanto a su competencia en eSalud. Esta hipótesis fue elaborada teniendo en cuenta los resultados de estudios como el de Hanik y Stellefson (2011), en el que los estudiantes en situación académica más avanzada (por ejemplo, tercero y cuarto año) reportaron mayor alfabetización global en eSalud que sus compañeros de titulación más jóvenes. Estos resultados dispares pueden ser debidos a la titulación o titulaciones de los participantes en los respectivos estudios, ya que en el caso de Hanik y Stellefeson (2011) se trataban de estudiantes de educación sanitaria, mientras que en esta investigación comparamos titulaciones de grado y posgrado de todos los tipos. Por lo que en el futuro sería interesante volver a testar si existen diferencias en la competencia en eSalud conforme se van pasando por las diferentes etapas educativas universitarias (alumnos de primero cursos con los de último, de grado y de posgrado, etc.)

En cualquier caso, como afirma Norman (2011), el contexto en el que se aplica y entiende la alfabetización en eSalud es dinámico y se encuentra en continua evolución. Por lo tanto, la necesidad de los programas de alfabetización de eSalud es evidente. En este sentido, se deben seguir ofreciendo cursos dedicados específicamente a hacer frente a los rápidos cambios en el paisaje informativo creado por herramientas y entornos Web 2.0. (Stellefson, Hanik, Chaney, & Tenannt, 2012).

En base al estudio de Van der Vaart et al. (2011), se enunció la siguiente hipótesis: "los estudiantes que usan Internet con más frecuencia tenderán a tener un mayor dominio de la eSalud"; en esta línea, los resultados de este estudio muestran que existe una relación entre la competencia en eSalud y la frecuencia de uso de las TIC, pero sin embargo el coeficiente de correlación obtenido fue muy bajo (.09). Es decir, aunque la relación entre las variables fue significativa, se ha de interpretar dicha relación con precaución dado el bajo tama-

ño del efecto, así que no se puede confirmar la hipótesis. En este sentido, el estudio de Norman y Skinner (2006a) no encontró una relación significativa entre la competencia en eSalud y el uso de las TIC en general. Por otro lado, recientemente, Baeg y Park (2015) en su estudio presentado en la *iConference 2015,* mostraron en un modelo de ecuaciones estructurales que el uso de Internet predijo la competencia en eSalud. Por tanto, parece que esa relación debe ser estudiada con más profundidad en el futuro. Además, sería interesante emplear los mismos criterios o herramientas para medir el uso de Internet para poder realizar comparaciones más fiables entre los estudios, ya que algunos de ellos no clarifican cómo miden el uso de Internet. En cualquier caso, la frecuencia de uso de Internet parece no determinar la competencia en eSalud de los universitarios, ya que como recogen López-de-Ayala et al. (2014) a pesar de emplear Internet con regularidad, no tienen confianza en su competencia para encontrar información sobre salud en Internet ni en su capacidad para juzgar su fiabilidad.

En relación a la hipótesis: "los niveles de competencia en eSalud podrían ser más altos en personas que padecen algún tipo de enfermedad o tienen familiares con enfermedades crónicas", según los resultados obtenidos en este estudio dicha hipótesis queda rechazada, ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función de estos factores en el alumnado universitario encuestado. En este sentido, como han mostrado algunos estudios (Mira et al., 2008; Ybarra & Suman, 2006), una de las principales motivaciones para buscar información sobre salud en Internet fue por consultar sobre enfermedades que afectaban a uno mismo o a sus familiares. Sin embargo, como encontraron Mira et al. (2008) con una muestra de universitarios, visitar un mayor número de páginas no se relacionó con un mayor conocimiento sobre el tratamiento o sobre la propia enfermedad. En esta misma línea, parece que realizar búsquedas en Internet sobre aspectos relacionados con la salud o sobre enfermedades no garantiza mejorar la competencia en eSalud. Lo que vuelve a evidenciar la necesidad de formación específica al respecto.

Los resultados mostraron que la competencia en eSalud correlacionaba de forma positiva y estadísticamente significativa con la satisfacción con la vida, con la vitalidad subjetiva y con la autoestima. Mientras que mostró una relación negativa con el malestar psicológico (o salud mental). Si bien el coeficiente de correlación en todos estas relaciones tuvo un valor bajo (entre .16 y -.09). En este sentido, no podemos confirmar las hipótesis en las que se consideraba que la competencia en eSalud se relacionaría positivamente con el bienestar psicológico de los universitarios y negativamente con los problemas de salud mental.

Puesto que a pesar de que esta relación se produjo y fue estadísticamente significativa, los coeficientes de correlación y por ende los de determinación son muy bajos. De hecho, en el posterior análisis de regresión la competencia en eSalud no predijo de forma estadísticamente significativa la salud mental. Estas relaciones deberán ser examinadas con mayor profundidad en futuros estudios, ya que no se han encontrado investigaciones que relacionen la competencia en eSalud con el bienestar psicológico o con la salud mental. Sin embargo, recientemente, Hsu, Chiang y Yang (2014) muestran la influencia que puede tener la competencia en eSalud de los universitarios sobre la práctica de diferentes comportamientos saludables (relacionados con la alimentación, el ejercicio y el sueño). De este modo, este trabajo puede suponer otro paso en el estudio de las relaciones entre la aptitud en eSalud y sus posibles consecuencias positivas en una población universitaria.

Algunos estudios (Black et al., 2011; Catwell & Sheikh, 2009) han mostrado que falta evidencia empírica para demostrar los beneficios de la sanidad electrónica o eSalud. Así, como afirman Connolly y Crosby (2014) es necesaria una adecuada competencia en eSalud para poder aprovechar la información sobre salud de la web. De ese modo, las grandes inversiones que se realizan en sanidad electrónica (Black et al., 2011) podrán ser más rentables, ya que se emplearán y aprovecharán mejor los recursos tanto por el personal médico (Villalba-Mora, Casas, Lupiáñez-Villanueva & Maghiros, 2015) como por el resto de la población (Neter & Brainin, 2012).

Con respecto a la hipótesis que decía que el alumnado universitario con buenos indicadores del bienestar psicológico tendría una mejor salud mental, los resultados de esta investigación ofrece datos consistentes para aceptarla. En concreto, el análisis de regresión lineal mostró que los universitarios con una adecuada vitalidad, una buena autoestima y que en general están satisfechos con su vida tienen una mejor salud psicológica. En esta línea, Oramas, Santana y Vergara (2006) afirman que "el bienestar psicológico constituye un mecanismo protector para el sujeto en su afrontamiento a las demandas del medio y, por supuesto, actúa como un indicador positivo de su salud mental" (p. 39). Además, estos resultados van en la misma línea que diferentes estudios previos realizados con universitarios: por ejemplo Cava, Musitu y Vera (2000) encontraron que los jóvenes universitarios que manifiestan una mayor autoestima expresan menor ánimo depresivo ante situaciones estresantes que aquellos jóvenes que también experimentan eventos estresantes, pero que no tienen una valoración de sí mismos favorable. Por otro lado, Pérez et al. (2011) encontraron

que los universitarios con una buena autoestima y que evalúan de manera más positiva su vida, presentan menores niveles de ansiedad y depresión.

En el análisis de las diferentes variables analizadas según el género, se encontraron diferencias significativas, entre universitarios y universitarias, en la satisfacción con la vida, la autoestima y la salud mental. Los estudiantes universitarios obtuvieron una menor puntuación media en el malestar psicológico (salud mental), lo que muestra una mejor salud psicológica que las estudiantes. Esta mayor prevalencia de problemas psicológicos en el alumnado universitario de género femenino coincide con lo encontrado por otros estudios (Gutiérrez et al., 2010; Feldman et al., 2008; Liébana-Presa et al., 2014; Rocha et al., 2010). En cuanto a la autoestima, los valores fueron mayores entre los varones universitarios, como han mostrado anteriormente otras investigaciones (Barra, 2012; Castillo & Molina-García, 2009; Marrero, Matud, Carbelleira, & Ibáñez, 2003). Mientras que las alumnas de este estudio estaban más satisfechas con su vida que los alumnos. En este sentido, hay estudios (Cantú et al., 2010) que muestran estas diferencias en la satisfacción vital a favor de las alumnas y otros que no (Atienza, Balaguer & García-Merita, 2003; Molina-García, Castillo, & Pablos, 2007; Reina, Oliva, & Parra, 2010). Las causas de estas diferencias deberían ser estudiadas con más profundidad en futuras investigaciones. En cualquier caso, las universitarias muestran más problemas psicológicos que los universitarios y puede explicarse por la importancia que tiene la autoestima para la salud mental (Sánchez, Garrido & Alvaro, 2003); como ya se observó en este estudio, ya que fue la variable que mayor peso de regresión mostró en la predicción de la salud psicológica.

Por último, hay que destacar que los resultados del cribado realizado con el GHQ muestran que un 31% de los universitarios tienen una mala salud psicológica, un porcentaje muy similar al reciente estudio de Liébana-Presa et al. (2014). Aunque no alcanzan cifras tan preocupantes como la de universitarios de algunos países como Malasia (e.g., Zulkefly & Baharudin, 2010), Chile (Santander, Romero, Hitschfeld, & Zamora, 2011) hay que tener en cuenta que no es un porcentaje despreciable. Por tanto, se deberán poner a disposición del alumnado diferentes recursos o estrategias para prevenir problemas en su salud psicológica o ayudarles a mejorarla, como pueden ser: fomentar la práctica de actividad física para mejorar el bienestar (Fernández-Ozcorta, Almagro, & Sáenz-López, 2015), promocionar otros hábitos saludables (alimentación, descanso, estar libre de adicciones, etc.), dar a conocer los recursos de la universidad al alumno, ofrecer ayuda para gestionar mejor el tiempo para estudiar de forma

más eficaz, desarrollar la inteligencia emocional, practicar *mindfulness*, etc. (Guasch & Hernández, 2013).

A modo de reflexión, se ha mostrado la necesidad de una formación específica para desarrollar una adecuada competencia en eSalud entre el alumnado universitario encuestado. Además, se ha puesto de manifiesto la importancia de la psicología positiva, ya que unos adecuados indicadores de bienestar psicológico garantizarán una mejor salud psicológica. En este sentido, la universidad debe preocuparse de ser un lugar donde se forme a futuros profesionales de forma integral (teniendo presente los cambios y necesidades sociales), así como de realizar una adecuada promoción de la salud para toda la comunidad universitaria.

ASPECTOS FINALES

CONCLUSIONES / CONCLUÕES

A modo de síntesis general, en este apartado se presentan los principales puntos claves o conclusiones derivadas de los dos estudios que componen esta tesis doctoral. En concreto, se hará primero en castellano y a continuación en portugués.

6.1. Conclusiones

6.1.1. Conclusiones

En relación ***al estudio 1*** en el que se trató de adaptar y validar al contexto español la *eHealth Literacy Scale* (eHEALS) de Norman y Skinner (2006a), se concluye que:

- La versión española de la *eHealth Literacy Scale* (eHEALS) ha mostrado ser una escala válida y fiable para medir la competencia en eSalud en el alumnado universitario.

- La versión de la eHEALS empleada en este estudio obtuvo una buena consistencia interna, una estabilidad temporal satisfactoria, los ítems se agruparon en un único factor (competencia en eSalud) y se encontraron unos índices de ajustes adecuados en el análisis factorial confirmatorio (tras correlacionar los errores entre algunos ítems). Además, la escala se mostró invariante en función del género. Por tanto, la versión en castellano de la eHEALS mostró una buenas propiedades psicométricas.

- Por último, al analizar la relación entre la competencia en eSalud y el bienestar psicológico en universitarios, se obtuvo que la competencia en eSalud, correlacionaba positiva y significativamente con la satisfacción con la vida, con la vita-

lidad subjetiva y con la autoestima del alumnado. No obstante, hay que tener en cuenta que el coeficiente de correlación obtenido fue bajo.

En definitiva, se concluye en este primer estudio que, la versión española eHEALS es una herramienta sencilla, válida y fiable para medir la aptitud en eSalud en el contexto educativo universitario. Además, la competencia en eSalud percibida por el estudiante universitario muestra relación con su bienestar psicológico.

En relación ***al estudio 2,*** en el que el objetivo principal fue analizar la relación entre la competencia en eSalud, bienestar psicológico y salud mental en una población de universitarios españoles, se presentan a continuación las conclusiones tratando de responder a cada uno de los objetivos específicos:

Tras el análisis descriptivo del uso general de internet, de la competencia en eSalud, del bienestar psicológico, de la salud mental y de la percepción subjetiva de la salud general de los estudiantes universitarios, se concluye que:

- Los estudiantes universitarios usan internet casi a diario, en concreto utilizan internet una media de 160 minutos al día. En este sentido, cabe destacar que en la administración del cuestionario, a los sujetos se les indicó que no debían tener en cuenta la frecuencia de conexión a aplicaciones como wathsapp ni facebook (ya que son redes sociales y, en general, no forman parte de herramientas de búsqueda de información).

- El alumnado universitario emplean diferentes dispositivos para conectarse a internet. En concreto, las alternativas del uso de los dispositivos se concentran entre el 61.2% de los universitarios que emplean su ordenador (PC) y el móvil para navegar por internet, el 21.6% de los encuestados usan los tres dispositivos (ordenador, móvil y Tablet) y el 12.9% que utilizan únicamente el PC.

- La mayoría de los estudiantes universitarios encuestados consideran internet útil para tomar decisiones sobre salud (36%) o muy útil (10%). Por otro lado, un 20% de los universitarios no estaban seguros si internet es útil para tomar decisiones sobre su salud. El resto de estudiantes respondieron que internet era poco útil (27%) o nada útil (7%) para este cometido.

- El 45% consideró importante poder acceder a recursos sobre salud en internet, el 17% lo consideró muy importante y solo un 3% de los estudiantes respondió nada importante.

- La puntuación media obtenida por los universitarios en competencia en eSalud fue moderada (M = 3.14; *DT* = 0.78; Rango de la escala es de 1 a 5).

- Las medias de las variables que miden el bienestar psicológico fueron relativamente altas tanto para la satisfacción con la vida, para la vitalidad subjetiva y la autoestima.

- En cuanto al malestar psicológico, la puntuación media refleja una buena salud mental de la mayoría de los alumnos universitarios encuestados. Empleando la puntuación GHQ y como punto de corte para considerar casos con mala salud psicológica la puntuación ≥3, se encontró que el 68.9% de los estudiantes gozaban de una buena salud mental, mientras que el 31.1% tenían una mala salud psicológica.

- Con respecto a la percepción subjetiva del estado de salud general, la mayoría de los estudiantes consideran que su salud es buena, muy buena o excelente (suponen el 92.2% de la muestra), mientras que tan solo un 7.3% la considera regular y un 0.6% la perciba como mala.

En relación al objetivo específico de analizar la relación entre la competencia en eSalud, bienestar psicológico y salud mental en una población de universitarios españoles, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- La competencia en eSalud correlaciona de forma positiva y estadísticamente significativa con la satisfacción con la vida, con la vitalidad subjetiva y con la autoestima. Mientras que muestra una relación negativa con el malestar psicológico (si bien, el coeficiente de correlación en todos estas relaciones obtuvo un valor bajo).

- La satisfacción con la vida, la vitalidad subjetiva y la autoestima (indicadores del bienestar psicológico) correlacionan de forma positiva y significativa entre ellos.

- Los tres indicadores del bienestar psicológico (satisfacción con la vida, la vitalidad subjetiva y la autoestima) correlacionan de forma negativa y significativa con el distrés o malestar psicológico.

- La satisfacción con la vida, la vitalidad subjetiva y la autoestima predicen de forma negativa la puntuación en la salud mental. En definitiva, los universitarios con una adecuada vitalidad, una buena autoestima y que en general estén satisfechos con su vida tendrán una mejor salud psicológica.

En lo que respecta al análisis de las diferentes variables analizadas según el género, se encontraron diferencias significativas entre universitarios y universitarias en la satisfacción con la vida, la autoestima y la salud mental (distrés o malestar psicológico). En este sentido, se concluye que:

- Los estudiantes universitarios tienen una mejor salud psicológica que las chicas.

- Los alumnos universitarios presentan valores más altos de autoestima que las alumnas.

- Las alumnas universitarias suelen estar más satisfechas con su vida que los alumnos.

En lo referente al análisis de la competencia en eSalud en función de la titulación y de la formación universitaria en estudiantes de grado y posgrado, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- No existen diferencias significativas entre los estudiantes de grado y de posgrado en su competencia en eSalud.

- Los alumnos de titulaciones de grado relacionadas con la salud (Grado en Enfermería, Grado en Psicología, Licenciado en Psicología y Grado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte) poseen una mayor competencia en eSalud que los alumnos del resto de las titulaciones.

Con respecto al objetivo específico de estudiar la relación entre el uso de Internet que hacen los universitarios y su competencia en e-salud, se concluye que:

- La competencia en eSalud se relaciona de forma positiva y estadísticamente significativa con el uso de Internet semanal (minutos de conexión a Internet a la semana). Sin embargo, el coeficiente de correlación obtenido fue de .09, que supone un valor muy bajo. Por lo que aunque la relación entre las variables es significativa, se ha de interpretar dicha relación con precaución, dado el bajo tamaño del efecto.

Por último, en relación al objetivo de proponer líneas de actuación para mejorar la competencia en eSalud, el bienestar y la salud mental de los universitarios, se presentan en el apartado de implicaciones prácticas una serie de medidas destinadas a incrementar la competencia en eSalud como puede ser: incluir esta competencia dentro de los programas de diferentes asignaturas, proponer cursos o jornadas donde los estudiantes aprendan a buscar y utilizar los recursos que hay en Internet sobre salud (haciendo especial hincapié en titulaciones no relacionadas con el campo de la salud), o realizar otras intervenciones a través de las unidades de salud de las universidades. Del mismo modo, para ayudar a mejorar el bienestar y la salud psicológica de los universitarios, se presentan medidas con carácter preventivo (a través de la promoción de salud realizada por cualquier servicio de la universidad: unidad de salud, gabinete psicológico, servicio de deporte, etc.) y medidas destinadas a detectar y tratar casos de problemas de salud psicológica de los estudiantes (emplear escalas de cribado adecuadas como el GHQ-12 y especialistas para orientar o tratar a los universitarios que lo necesiten).

6.1.2. Conclusões

Em jeito de síntese geral, nesta secção apresentam-se as principais ideias-chave ou conclusões derivadas dos dois estudos que compõem esta tese de doutoramento.

Em relação ***ao estudo 1***, em que se procedeu à adaptação e validação para o contexto espanhol da Escala de Literacia eHealth (eHEALS) de Norman e Skinner (2006a), conclui-se o seguinte:

- A versão espanhola da Escala de Literacia eHealth (eHEALS) demonstrou ser uma escala válida e fiável para medir a competência em eSaúde dos estudantes universitários.

- A versão da eHEALS utilizada neste estudo apresentou uma boa consistência interna, uma estabilidade temporal satisfatória, os itens agruparam-se num único fator (competência em eSaúde) e encontraram-se, ainda, índices de ajustamento adequados mediante a análise fatorial confirmatória (depois de correlacionar os erros entre alguns itens). Adicionalmente, a escala não apresentou diferenças em função do sexo. Assim, a versão em castelhano da eHEALS apresentou boas características psicométricas.

- Finalmente, ao analisar a relação entre a competência em eSaúde e o bem-estar psicológico dos estudantes universitários, verificou-se que a competência em eSaúde se apresentava positiva e significativamente correlacionada com a satisfação com a vida, com a vitalidade subjetiva e com autoestima dos estudantes. Não obstante, é necessário ter em conta que o coeficiente de correlação obtido foi baixo.

Em suma, conclui-se neste primeiro estudo que a versão espanhola da eHEALS é um instrumento simples, válido e fiável para medir a aptidão em eSaúde no contexto educativo universitário. Para além disso, a perceção dos estudantes universitários da sua competência em eSaúde apresenta-se relacionada com o seu bem-estar psicológico.

Em relação ***ao estudo 2***, em que o objetivo principal era analisar a relação entre a competência em eSaúde, o bem-estar psicológico e a saúde mental numa população de estudantes universitários espanhóis, apresentam-se as conclusões a seguir, procurando responder a cada um dos objetivos específicos:

Depois da análise descritiva do uso geral da Internet, da competência em eSaúde, do bem-estar psicológico, da saúde mental e da perceção subjetiva da saúde geral dos estudantes universitários, conclui-se que:

- Os estudantes universitários usam a Internet quase diariamente, mais concretamente, usam a Internet uma média de 160 minutos por dia. Neste sentido, é necessário realçar que durante a administração do questionário, os participantes foram informados de que não deveriam considerar a frequência de conexão a aplicações como o wathsapp ou o facebook (uma vez que são redes sociais e, em geral, não fazem parte das ferramentas de pesquisa de informação).

- Os estudantes universitários utilizam diferentes dispositivos para se conectarem à Internet. Em resumo, as alternativas de uso dos dispositivos distribuem-se pelos 61.2% dos estudantes universitários que usam o computador (PC) e o telemóvel para navegar na Internet, os 21.6% dos inquiridos que usam os três dispositivos (computador, telemóvel e Tablet) e os 12.9% que só usam o PC.

- A maioria dos estudantes universitários considera que a Internet é útil para tomar decisões sobre saúde (36%) ou muito útil (10%). Por outro lado, 20% dos estudantes universitários não tinham a certeza sobre a utilidade da Internet para tomar decisões sobre a sua saúde. Os restantes responderam que a Internet é pouco útil (27%) ou nada útil (7%) para esse efeito.

- 45.3% consideraram importante poder aceder a recursos sobre saúde na Internet, 16.5% consideraram isto muito importante e só 2.9% dos estudantes responderam nada importante.

- A pontuação média obtida pelos estudantes universitários na competência em eSaúde foi moderada (M = 3.14; DP =0.78; a amplitude da escala é de 1 a 5).

- As médias das variáveis que medem o bem-estar psicológico foram relativamente altas, tanto para a satisfação com a vida, como para a vitalidade subjetiva e a autoestima.

- Quanto ao mal-estar psicológico, a pontuação média reflete uma boa saúde mental da maioria dos estudantes universitários inquiridos. Utilizando a pontuação GHQ, e como ponto de corte para considerar casos com má saúde psicológica a pontuação ≥3, verificou-se que 68.9% dos estudantes desfrutavam de uma boa saúde mental, enquanto 31.1% apresentavam uma má saúde psicológica.

- No que diz respeito à perceção subjetiva do estado de saúde geral, a maioria dos estudantes considera que a sua saúde é boa, muito boa ou excelente (representando 92.2% da amostra), enquanto apenas 7.3% a consideram regular e 0.6% consideram-na má.

Em relação ao objetivo específico de analisar a relação entre a competência em eSaúde, o bem-estar psicológico e a saúde mental numa população de estudantes universitários espanhóis, foram obtidas as seguintes conclusões:

A competência em eSaúde correlacia-se de modo positivo e estatisticamente significativo com a satisfação com a vida, com a vitalidade subjetiva e com a autoestima, enquanto apresenta uma relação negativa com o mal-estar psicológico (embora o coeficiente de correlação em todas estas relações tenha sido baixo).

- A satisfação com a vida, a vitalidade subjetiva e a autoestima (indicadores de bem-estar psicológico) correlacionam-se de um modo positivo e significativo entre si.

- Os três indicadores do bem-estar psicológico (a satisfação com a vida, a vitalidade subjetiva e a autoestima) correlacionam-se de forma negativa e significativa com o stresse ou mal-estar psicológico.

- A satisfação com a vida, a vitalidade subjetiva e a autoestima predizem de forma negativa a pontuação na saúde mental.

Em suma, os estudantes universitários com uma vitalidade adequada, uma boa autoestima e que em geral estão satisfeitos com a sua vida terão uma melhor saúde psicológica.

Relativamente à análise das diferentes variáveis consideradas em função do sexo, encontraram-se diferenças significativas entre os estudantes do sexo masculino e feminino na satisfação com a vida, na autoestima e na saúde mental (stresse ou mal-estar psicológico). Neste sentido, conclui-se que:

- Os estudantes universitários têm uma melhor saúde psicológica que as estudantes.

- Os estudantes universitários apresentam valores mais altos de autoestima do que as estudantes.

- As estudantes universitárias estão geralmente mais satisfeitas com a sua vida do que os estudantes.

Relativamente à análise da competência em eSaúde em função do curso e da formação universitária dos estudantes de licenciatura e pós-graduação, foram obtidas as seguintes conclusões:

Não existem diferenças significativas entre os estudantes de licenciatura e de pós-graduação na competência em eSaúde.

- Os estudantes de cursos de licenciatura relacionados com a saúde (Licenciatura em Enfermagem, em Psicologia, em Ciências da Atividade Física e do Desporto) possuem uma maior competência em eSaúde que os estudantes dos restantes cursos.

- No que diz respeito ao objetivo específico de estudar a relação entre o uso da Internet pelos estudantes universitários e a sua competência em e-saúde, conclui-se que:

- A competência em eSaúde está relacionada de forma positiva e estatisticamente significativa com o uso semanal da Internet (minutos de conexão à Internet por semana). Porém, o coeficiente de correlação obtido foi de.09, que constitui um valor muito baixo. Desta forma, embora a relação entre as variáveis seja significativa, deve interpretar-se esta relação com precaução, devido ao baixo tamanho do efeito.

Finalmente, em relação ao objetivo de propor linhas de atuação para melhorar a competência em eSaúde, o bem-estar e a saúde mental dos estudantes universitários, apresenta-se na secção de implicações práticas uma série de medidas destinadas a aumentar a competência em eSaúde, tais como: incluir esta competência nos programas de diferentes unidades curriculares, propor cursos ou jornadas em que os estudantes aprendam a procurar e utilizar os recursos sobre saúde disponíveis na Internet (dando especial ênfase aos cursos não relacionados com o campo da saúde), ou levar a cabo outras inter-venções através das unidades de saúde das universidades. Da mesma forma, para ajudar a melhorar o bem-estar e a saúde psicológica dos estudantes uni-versitários, apresentam-se medidas com caráter preventivo (através da pro-moção da saúde

levada a cabo por qualquer serviço da universidade: unidade de saúde, gabinete de psicologia, serviço de desporto, etc.) e medidas desti-nadas a detetar e tratar casos de problemas de saúde psicológica dos estudantes (utilizar escalas de triagem adequadas como a GHQ-12 e especialistas para orientar ou tratar os estudantes universitários que necessitem).

LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

6.2. Limitaciones y perspectivas de futuro

6.2.1. Limitaciones

Este trabajo presenta algunas limitaciones que deberán ser subsanadas o tenidas en cuenta en futuros estudios. Las limitaciones, que se presentan a continuación, se han empleado para plantear algunos cambios o ideas para nuevos estudios, con la intención de ser abordadas en futuros proyectos de investigación.

En primer lugar, para obtener unos índices de ajuste aceptables en el análisis factorial confirmatorio ha sido necesario correlacionar algunos errores tanto en el estudio 1 (ítems 4, 5, 6 y 7) como en el estudio dos (ítems 1, 2 y 3 e ítems 5 y 6, 6 y 7). Sería interesante analizar en futuras investigaciones si sigue persistiendo este problema, puesto que podría indicar la necesidad de modificar alguno de los ítems o la existencia de más de un factor. En este sentido, la estructura monofactorial planteada en este estudio responde a la solución más sencilla y a la que mejor ajuste e indicadores psicométricos presentó.

En segundo lugar, con un cuestionario autoadministrado lo que medimos es la percepción que tiene el sujeto sobre su aptitud en eSalud. De hecho, puede que la persona que se está evaluando se sobrestime o se subestime, por lo que sería interesante en futuros estudios testar las respuestas del cuestionario (de al menos un porcentaje de la muestra) con otras pruebas supervisadas por expertos para comprobar la veracidad o exactitud de la estimación. Otro aspecto a tener en cuenta, es el de la deseabilidad social en las respuestas, por la cual se tiende a contestar más positivamente a cuestiones por la presión social o

porque el sujeto entiende que es lo que deberías hacer o saber sobre lo que se la pregunta.

En tercer lugar, otra posible limitación el estudio pudo estar en el número de estudiantes de grado con respecto a los de posgrado, ya que se hizo una comparación entre alumnado de grado y de posgrado (y la muestra del alumnado de grado supuso el 87.4% de la muestra total). Por tanto, ampliar la muestra del estudio con estudiantes de posgrado sería interesante para poder establecer conclusiones y resultados más generalizables.

Por último, se usó como instrumento de la investigación un cuestionario autoadministrado, por lo que emplear otra herramienta para evaluar la competencia en eSalud sería una forma de completar los datos o extraer una información más contrastada. Así, se podría profundizar más en las necesidades y dificultades del alumnado con un estudio cualitativo.

A pesar de las limitaciones, este estudio ha procurado adaptar y validar una escala en el contexto español, así como analizar la competencia en eSalud, el bienestar y la salud psicológica del alumnado universitario. De hecho, se ha obtenido información que puede ser útil para: crear nuevas herramientas que midan la competencia en eSalud; diseñar programas de formación en eSalud; así como elaborar futuras intervenciones para mejorar la competencia en eSalud, el bienestar y la salud psicológica del alumnado

6.2.2. Futuras líneas de investigación

En cuanto a futuras líneas de investigación que se derivan de este trabajo, sería conveniente analizar la influencia de la aptitud en eSalud sobre otras variables o constructos como el empoderamiento en salud. Además, son necesarios más estudios que traten de corroborar los resultados obtenidos en diferentes poblaciones (con patologías o no, profesionales sanitarios, universitarios del sector sanitario, jóvenes, adultos, etc.) y con diferentes análisis estadísticos, puesto que la validación de una escala es un proceso continuado que no se debe limitar a un solo estudio.

Otra posible investigación a realizar en el futuro, sería el uso de la versión española del eHEALS para evaluar programas de formación en eSalud; o incluso ver si el instrumento sirve para estimar las posibles diferencias en la aptitud en eSalud entre profesionales sanitarios y el resto de la población. En

esta línea, el estudio 2 ya mostró diferencias significativas a favor de los estudiantes de grados relacionados con la salud con respecto al resto de titulaciones.

Además, como se comentó anteriormente, podría ser interesante abordar cualitativamente las principales variables de esta investigación (competencia en eSalud, bienestar y salud mental) para profundizar en las necesidades e inquietudes del alumnado universitario en estas cuestiones. Sobre todo con la intención de diseñar programas o intervenciones a la medida del alumnado y, de esta forma, realizar una promoción de salud más eficaz.

Un nuevo reto para futuras investigaciones sería realizar un estudio cuasi-experimental en el que se trate de mejorar la competencia en eSalud así como el bienestar psicológico de los estudiantes universitarios y de este modo, poder comprobar la efectividad de un programa diseñado para ello.

Por otro lado, realizar un estudio similar con otros integrantes de la comunidad universitaria (docentes y personal de administración y servicios). En esta línea, explorar la aptitud en eSalud del profesorado universitario y analizar sus competencias docentes para abordar una adecuada formación al respecto de los discentes. Esto puede facilitar y enriquecer el trabajo de promoción de salud que desde la universidad se debe procurar a todos sus miembros.

Del mismo modo, incluir otros constructos relacionados con la eSalud, el bienestar psicológico o la salud puede enriquecer los futuros proyectos de investigación y ofrecer una mejor explicación de las relaciones entre estas variables.

Por último, se podrían abordar investigaciones en las que se analice la competencia en eSalud en varios países o contextos culturales diferentes (por ejemplo, poder realizar un estudio comparando la competencia en eSalud de estudiantes universitarios portugueses, o de otra nacionalidad). Además, de examinar cómo abordan el desarrollo de esta importante competencia, con el objetivo de poder compartir y aprender del trabajo que se realizan desde otras universidades españolas o extranjeras.

IMPLICACIONES PRÁCTICAS

En este capítulo se presentan las principales implicaciones prácticas extraídas de los resultados de los estudios que componen esta tesis doctoral. Las implicaciones van dirigidas fundamentalmente a docentes y técnicos universitarios, que estén interesados en el desarrollo de la competencia en eSalud de sus estudiantes, así como en aumentar el bienestar y la salud psicológica de los universitarios. De este modo, se sugieren algunas líneas de actuación que podrían ayudar a la institución a conseguir estudiantes más competentes a la hora de emplear la información sobre salud que hay en Internet. Además, se hará también hincapié en la búsqueda del bienestar y en el cuidado de la salud psicológica, para conseguir mejorar la calidad de vida en un entorno tan importante como la universidad, ya que es el lugar donde estudian, aprenden y conviven durante un largo período de tiempo. No solo se forman profesionales, sino personas y es misión de la universidad tratar de ofrecer los recursos y los climas adecuados para garantizar la adquisición de competencias fundamentales para su desempeño laboral y su desarrollo personal.

6.3. Implicaciones prácticas

Implicaciones relacionadas con la competencia en eSalud

A continuación, se presentan una serie de medidas destinadas a incrementar la competencia mediática en eSalud: incluir esta competencia dentro de los programas de diferentes asignaturas, proponer cursos o jornadas donde los estudiantes aprendan a buscar y utilizar los recursos que hay en Internet sobre salud (haciendo especial hincapié en titulaciones no relacionadas con el campo de la salud), o realizar otras intervenciones a través de las unidades de salud de las universidades.

1. **Incluir la competencia en eSalud en los programas de diferentes asignaturas.**

   La universidad debe estar en constante cambio para adaptarse a las exigencias de la sociedad y por ello debe preocuparse de incorporar en sus planes de estudios los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para formar a los mejores profesionales posibles. Por ello, parece necesario incluir la competencia en eSalud en diferentes asignaturas.

2. **Proponer cursos o jornadas donde los estudiantes aprendan a buscar y utilizar los recursos que hay en Internet sobre salud.**

   Se podrían poner en marcha programas específicos donde los estudiantes aprendieran a buscar en bases de datos fiables y diferenciar la información eficaz del resto de infoxicación que se encuentra en la red. En esta línea, algunos universitarios o no saben dónde encontrar la información o no consideran Internet como una fuente fiable, sobre todo aquellos que pertenecen a titulaciones no relacionadas con el campo de la salud y que presentan un bajo nivel de competencia en eSalud.

3. **Preparar programas de promoción de salud ajustado a las necesidades del alumnado.**

   Para ello, se podría emplear la versión de la eHEALS validada en este trabajo, ya que se ha mostrado eficaz para identificar el nivel de competencia en eSalud que tiene el alumnado. De este modo, usando la eHEALS junto a otras escalas o actividades de evaluación podríamos obtener una información muy valiosa para realizar programas o actividades para la promoción de la salud del alumnado más acorde con sus necesidades. Estos programas pueden ser planteados desde la unidad de salud de la universidad o el organismo que corresponda.

4. **Trabajar la competencia en eSalud de forma transversal en distintas asignaturas.**

   Una forma eficaz de conseguir la adquisición de una competencia es la de coordinar el trabajo de varios docentes para aunar esfuerzos y conseguir desde varias asignaturas asegurar el desarrollo de dicha competencia.

Implicaciones prácticas relacionadas con el bienestar psicológico y la salud mental

En este apartado se muestras algunas posibles actuaciones destinadas a mejorar el bienestar y la salud psicológica de los universitarios. En este sentido, se presentan medidas con carácter preventivo (a través de la promoción de salud realizada por cualquier servicio de la universidad: unidad de salud, gabinete psicológico, servicio de deporte, etc.) y medidas destinadas a detectar y tratar casos de problemas de salud psicológica de los estudiantes (emplear escalas de cribado adecuadas como el GHQ-12 y especialistas para orientar o tratar a los universitarios que lo necesiten).

1. **Acercar el servicio de atención o asesoramiento psicológico al alumnado universitario.**

   La mayoría de las universidades españolas tiene unidades de salud o gabinetes de atención psicológica para poder gestionar la promoción de salud, pero es necesario que los alumnos conozcan estos servicios para poder hacer uso de ellos.

2. **Detectar alumnos con problemas específicos de salud mental.**

   Antes de crear programas generales para la población universitaria, sería necesario que los profesionales de la salud hicieran un cribado para detectar aquel alumnado que tienen una mala salud mental o algún tipo de trastorno para desarrollar actuaciones más específicas sobre esta población. Para ello, la GHQ-12 ha demostrado ser un instrumento eficaz para detectar problemas de salud psicológica.

3. **Realizar actividades de promoción de salud desde diferentes ámbitos, servicios o departamentos de la universidad.**

   El bienestar psicológico y la salud en general, dependen de una gran cantidad de factores. Así desde diversos servicios, unidades o departamentos universitarios se podría ayudar a seguir promocionando la salud (actividades relacionadas con la alimentación, la salud sexual, las actividades físicas, la higiene postural, los primeros auxilios, uso adecuado de las TIC, gestión del estrés, la eSalud, etc).

4. **Aumentar el bienestar psicológico y la salud mental de los estudiantes universitarios a través de la autoestima**.

La autoestima ha mostrado ser una variable fundamental en el mantenimiento de una buena salud psicológica. Por ello, los programas específicos o el trabajo diario destinado a mejorar la autoestima de los estudiantes son importantes para fomentar una buena salud psicológica. Además, estos programas deberían hacer especial hincapié en el género femenino, ya que han mostrado tener una peor autoestima y más problemas de salud psicológica que los alumnos universitarios.

REFERENCIAS

Aguaded, J. I. (2009). El Parlamento Europeo apuesta por la alfabetización mediática. *Comunicar, 32,* 7-8. http://dx.doi.org/10.3916/c32-2009-00-001

Aguaded, J. I. (2014). Desde la infoxicación al derecho a la comunicación. *Comunicar, 42,* 7-8. http://dx.doi.org/10.3916/C42-2014-a1

Aja, L. (2002). Gestión de información, gestión del conocimiento y gestión de la calidad en las organizaciones. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud, 10,* 5. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352002000500004.

Akerkar, S. M., & Bichile, L. S. (2004). Doctor patient relationship: Changing dynamics in the information age. *Postgraduate Medicine, 50,* 120-122. Recuperado de http://www.jpgmonline.com/article.asp?issn=0022-3859-;year=2004;volume=50;issue=2;spage=120;epage=122;aulast=Akerkar

Ammenwerth, E., Talmon, J., Ash, J. S., Bates, D. W., Beuscart-Zephir, M. C., Duhamel, A., Elkin, R. L., Gardner, R. M. R., & Geissbuhler, A. (2006). Impart of CPOE on Mortality Rates: Contradictory Findings, Important Messages. *Methods of Information Magacine, 45*(6), 586-593.

Anderson, S. (2003). The School District Role in Educational Change: A Review of the Literature. *ICEC Working Paper #2.* Recuperado de http://fcis.oise.utoronto.ca/~icec/workpaper2.pdf

Andreu-Sánchez, C., & Martín-Pascual, M. Á. (2014). La educación audiovisual y la creación de prosumidores mediáticos. Estudio de caso. *aDComunica. Revista de Estrategias, Tendencias e Innovación en Comunicación, 7,* 131-147. doi: http://dx.doi.org/10.6035/2174-0992.2014.7.8

Antúnez, Z., & Vinet, E. V. (2013). Problemas de salud mental en estudiantes de una universidad regional chilena. *Revista Médica de Chile, 141,* 209-216.

Aranceli, S., Perea, P., & Ormeño, R. (2006). Evaluación de niveles, situaciones generadoras y manifestaciones de estrés académico en alumnos de tercer y cuarto año de una Facultad de Estomatología. *Revista Estomatológica Herediana, 16*(1), 15-20.

Area, M., & Pesoa, T. (2012). De lo sólido a lo líquido: Las nuevas alfabetizaciones ante los cambios culturales de la Web 2.0. *Comunicar, 38,* 13-20. http://dx.doi.org/10.3916/C38-2012-02-01

Armoyanes, M., & Hernández, E. (2007). Las características psicológicas de los usuarios en e-salud: nuevas oportunidades en la web 3.0. *Revistaesalud.com, 3*(11). Recuperado de http://www.revistaesalud.com-/index.php/revistaesalud/article/view/165/439

Atienza, F. L., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2003). Satisfaction with Life scale: Analysis of factorial invariance across sexes. *Personality and Individual Differences, 35*, 1255-1260.

Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema, 12*(2), 314-319.

Baeg, J. H., & Park, H-J. (marzo, 2015). *eHealth literacy and Cancer Screening: A Structural Equation Modeling*. Trabajo presentado en la iConference 2015, Newport Beach, California, USA. Resumen recuperado de https://www.ideals.illinois.edu/bitstream/handle/2142/73730/407_ready.pdf?sequence=2

Balaguer, I., Castillo, I., Duda, J., & García-Merita, M. (2011). Asociaciones entre la percepción del clima motivacional creado por el entrenador, orientaciones disposicionales de meta, regulaciones motivacionales y vitalidad subjetiva en jóvenes jugadoras de tenis. *Revista de Psicología del Deporte, 20*(1), 133-148.

Balaguer, I., Castillo, I., García-Merita, M., & Mars, L. (2005). Implications of structured extracurricular activities on adolescent's well-being and risk behaviors: Motivational mechanisms. CD-Rom Abstract *9th European Congress of Psychology*. Granada.

Balaguer, I., Castillo, I., & Duda, J. L. (2008). Motivación y bienestar en deportistas de competición. *Revista de Psicología del Deporte. 17*(1), 123-139.

Ball, M. J., & Lillis, J. (2001). E-health: transforming the physician/patient relationship. *International Journal of Medical Informatics, 61*, 1-10.

Barra, E. (2012). Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos. *Diversitas, 8*(2), 29-38. Recuperado de http://revistas.usta.edu.co/index.php-/diversitas/article/view/109/143

Bauman, Z. (2006). *Modernidad líquida.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Bell, D. (1974). The Coming of Post-Industrial Society. En Basic Books (Eds.), *A Venture in Social Forecasting.* (pp 230-241). New York.

Benito-Ruiz, E. (2009). Infoxication 2.0. En Thomas, M. (Ed.). Handbook of Research on Web 2.0 and Secon Language Learning (pp. 60-79). Pennsylvania: IGI-InfoSci.

Berkman, N., Sheridan, S., Donahue, K., Halpern, D, & Crotty, K. (2011). Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine, 155*(2), 97-107. doi: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.

Bessell, T. L., McDonald, S. Tracey L., Silagy, C., Anderson, J., Hiller, J., & Sansom, L. (2002). Do Internet interventions for consumers cause more harm than good? A systematic review. *Health Expectation, 5(*1) 28-37. doi: 10.1046/j.1369-6513.2002.00156.x

Black, A. D., Car, J., Pagliari, C., Anandan, C., Cresswell, K., Bokun, T., McKinstry, B., Procter, B., Majeed, A., & Sheikh, A. (2011). The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic review. *PLOS Medicine Cancer Research, 8*(1). doi: 10.1371/journal.pmed.1000387.

Bonal, R., Marzán, M., Castillo, M., & Rubán, M. A. (2013). Alfabetización en salud en medicina general integral. Perspectivas en Santiago de Cuba. *MEDISAN, 17*(1), 126-140.

Bostic, T. J., Rubio, D. M., & Hood, M. (2000). A validation of the subjective vitality scale using structural equation modeling. *Social Indicators Research, 52,* 313-324.

Buckingham, D. (2011). Media Literacy: New Directions or Losing our Way? En *Manifesto for Media Education Symposium. London*. Royal Institute of British Architects.

Campbell, A., & Knowles, S. (2007). A confirmatory factor analysis of the GHQ-12 using a large Australian Sample. *European Journal of Psychological Assessment, 23*(1), 2-8. doi: 10.1027/1015-5759.23.1.2

Cantú, R., Alegre, J., Martínez, O., Chavés, M., Arellano, S., Saucedo, C., Talamantes, J., & Landero, R. (2010). Satisfacción con la vida, comunicación con padres y estrés percibido en jóvenes universitarios del Noreste de México. *Summa Psicológica UST, 7*(2), 83-92. Recuperado de http://132.248.9.34/hevila/SummapsicologicaUST/2010/vol7/no2/9.pdf

Cardoso, C., Pina, P. J., & Rodrigues, T. J. (2014). Análise das propriedades psicométricas da versão portuguesa de um instrumento de avaliação de e-Literacia em Saúde. *Revista de Enfermagem Referência*, *2,* 19-28. http://dx.doi.org/10.12707/RIV14004

Carta de Ottawa para la Promoción de Salud (1986). Recuperado de http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/

Casas-Mas, B. (2014). Infoxicación a través de los medios de comunicación. *Revista Internacional de Comunicación, 24*, 1-10. Recuperado de http://ambitoscomunicacion.com/2014/infoxicacion-a-traves-de-los-medios-de-comunicacion/

Castell, M. (2001). Internet y la sociedad red. *La Factoría, 14-15.* Recuperado de http://www.revistalafactoria.eu/articulo.php?id=185

Castillo, I., & Molina-García, J. (2009). Adiposidad corporal y bienestar psicológico: efectos de la actividad física en universitarios de Valencia, España. *Revista Panamericana de Salud Pública, 26*(4), 334-340.

Casullo, M. M., & Castro, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología, 18*(1), 35-68.

Catwell, L., & Sheikh, C. (2009). Evaluating eHealth interventions: The need for continuous systemic evaluation. *PLoS Medicine, 6*(8), e1000126. doi: 10.1371/journal.pmed.1000126.

Cava, M. J., Musitu, G., & Vera, A. (2000). Efectos directos e indirectos de la autoestima en el ánimo depresivo. *Revista Mexicana de Psicología, 17*(2), 151-161.

Ceitlin, J. (1997). Elementos esenciales, fundamentos y principios de la medicina familiar. Introducción. En J. Ceitlin y T. Gómez-Gascón, *Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo* (pp. 3-14). Madrid: IM&C.

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) (2012). *Barómetro Sanitario 2012*. Recuperado de http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14096

Chico, E., & Ferrando, P. J. (2008). Variables cognitivas y afectivas como predictoras de satisfacción en la vida. *Psicothema, 20*(3), 408-412.

Collins, S. A., Currie, L. M., Bakken, S., Vawdrey, D. K., & Stone, P. W. (2012). Health literacy screening instruments for eHealth applications: A systematic review. *Journal of Biomedical Informatics, 45,* 598-607. http://dx.doi.org/10.1016/j.jbi.2012.04.001

Connolly, K. K., & Crosby, M. E. (2014). Examining e-Health literacy and the digital divide in an underserved population in Hawai'i. *Hawai´i Journal of Medicine & Public Health, 73*(2), 44-48. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3931409/

Cortés, I., Artazcoz, L., Rodríguez-Sanz, M., & Borrell, C. (2004). Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Gaceta Sanitaria, 18*(5), 351-359.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. En R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska symposium on motivation: Vol. 38. Perspectives on motivation* (pp. 237-288). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry, 11*, 227-268.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology, 48,* 182-185.

Dedding, C.,Van Doorn, R., Winkler, L., & Reis, R. (2011). How will e-health affect patient participation in the clinic? A review of e-health studies and the current evidence for changes in the relationship between medical professionals and patients. *Social Science & Medicine, 72*(1), 49-53.

Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research, 3,* 103-157.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49,* 71-75.

Edirippulige, S., Smith, A. C., Armfielf, N. R., Bensink, M., & Wootton, R. (2012). Student perceptions of a hands-on practicum to supplement an online eHealth course. *Journal of Medical Internet Research, 14*(6), e182. doi: 10.2196/jmir.2029

Eronen, S., & Nurmi, J. E. (1999). Life events, predisposing cognitive strategies and well-being. *European Journal of Personality, 13,* 129-148.

Escoffery, C., Miner, K. R., Adame, D. D., Butler, S., McCormick, L., & Mendell, E. (2005). Internet use for health information among college students. *Journal of American College Health, 53*(4), 183-188. doi: 10.3200/JACH.53.4.183-188

Espanha, R. (2009). *Saúde e comunicação numa sociedade em rede. O caso portugués.* Lisboa: Monitor.

Espaha, R. (2013). *Informação em saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos**.** Recuperado de https://www.ffms.pt/upload/docs/informacao-e-saude_estudo_rO61KBsVOUyGcdQ8Btb0eg.pdf

European Foundation Centre (2007). *EFC Principles of Good Practice.* Recuperado de http://www.efc.be/wp-content/uploads/2015/04/Principles_to_-AGA.pdf

Eysenbach, G. (2001). What is e-health? *Journal Medical Internet Research, 3* (2), e20. doi: 10.2196/jmir.3.2.e20

Eysenbach, G. (2008*).* Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness. *Journal Medical Internet Research, 10*(3), e22. doi:10.2196/jmir.1030

Eysenbach, G. (2011). CONSORT-EHEALTH: Improving and standardizing evaluation reports of web-based and mobile health interventions. *Journal of Medical Internet Research, 13*(4), e126. doi: 10.2196/jmir.1923

Falcón, M., & Luna, A. (2012). Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista Comunicación y Salud, 2,* 91-98.

Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N., & De Pablo, J. (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica, 7*(3), 739-751.

Ferguson, T., & Frydman, G. (2004). The first generation of e-patients. *British Medical Journal, 328,* 1148–1149. doi: http://dx.doi.org/10.1136/-bmj.328.7449.1148

Fernández-Ozcorta, E. J. (2013). *Factores motivacionales y su relación con la práctica de actividad física en el alumnado universitario de Huelva*. Tesis doctoral. Huelva: Universidad de Huelva.

Fernández-Ozcorta, E. J., Almagro, B. J., & Sáenz-López, P. (2015). Inteligencia emocional percibida y el bienestar psicológico de estudiantes universitarios en función del nivel de actividad física. *Cultura, Ciencia y Deporte, 10*(28), 31-39. doi: http://dx.doi.org/10.12800/ccd.v10i28.513

Fontcuberta, M. (2000). *Medios, comunicación humana y sociedad del conocimiento.* Tesis doctoral. Huelva: Universidad de Huelva. Recuperada de http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/894

Fontcuberta, M. (2003). Medios de comunicación y gestión del conocimiento. *Revista Iberoamericana de Educaçao, 32,* 95-118.

Fox, S. (2005). *Health information online: eight in ten internet users have looked for health information online, with increased interest in diet, fitness, drugs, health*

insurance, experimental treatments, and particular doctors and hospitals. Pew Internet & American Life Project. Recuperado de http://www.webcitation.org/62D0se6Gu

Fox, S. (2011). *Health topics: 80% of Internet users look for health information online*. Washington, DC: Pew Internet & American Life Project. Recuperado de http://www.webcitation.org/62D0se6Gu

Fox, S., & Duggan, M. (2013). Health online 2013. *Pew Research Center's Internet & American Life Project and California Healthcare Foundation*. Recuperado de http://pewinternet.org/Reports/2013/Health-online.aspx

Friedewald. J. R., (2000). The Internet's influence on the doctor-patient relationship. *Health Management Technology, 21(11),* 80-79.

Fundación Pfizer (2010): *El rol de Internet en el proceso de consulta de información sobre salud*. Recuperado de https://www.pfizer.es/docs/pdf/noticias/-Resultados_encuesta_Pfizer.pdf

García, F. (2008). Estrategias en e-salud de la Unión Europea (período 2008-2013). *Revistaesalud.com, 4*(13). Recuperado de http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/204/516

Garmendia, M. L. (2007). Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. *Revista Chilena de Salud Pública, 11*(2), 57-65.

Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire.* Windsor, UK: NFER-Nelson.

Goldberg, D., & Williams P. (1996). *Cuestionario de salud general GHQ (General Health Questionnarie)*. Barcelona: Masson.

González, R., Montoya, I., Casullo, M. M., & Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema, 14*(2), 363-368.

González, U. (2002). El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista Española de Salud Pública, 28*(2). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200006

Guarino, L., Gavidia, I., Antor, M., & Caballero, H. (2000). Estrés, salud mental y cambios inmunológicos en estudiantes universitarios. *Psicología Conductual*, *8*, 57-71.

Guasch, D., & Hernández, J. (2013). *Bienestar psicológico y rendimiento académico: guía para el estudiante universitario con trastorno mental.* Barcelona: Observatorio Universidad y Discapacidad. Recuperado de http://www.catac.-upc.edu/index.php/es/educacion/243-bienestar-psicologico-y-rendimiento-academico-guia-para-el-estudiante-universitario-con-trastorno-mental

Gutiérrez, A., & Tyner, K. (2012). Educación para los medios, alfabetización mediática y competencia digital. *Comunicar, 38,* 31-39. doi: 10.3916/C38-2012-02-03

Hallyburton, A., & Evarts, L. (2014) Gender and Online Health Information Seeking: A Five Survey Meta-Analysis. *Journal of Consumer Health on the Internet, 18,* 28-142. doi:10.1080/15398285.2014.902268

Hambleton, R. K. (1996). Adaptación de tests para su uso en diferentes idiomas y culturas: fuentes de error, posibles soluciones y directrices prácticas. En J. Muñiz (Ed.), *Psicometría* (pp. 207-238). Madrid: Universitas.

Hanik, B., & Stellefson, M. (2011). e-Health literacy competencies among undergraduate health education students: A preliminary study. *International Electronic Journal of Health Education, 14,* 46-58.

Hankins, M. (2008). The factor structure of the twelve item General Health Questionnaire (GHQ-12): the result of negative phrasing? *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 8,* 355. doi: 10.1186/1745-0179-4-10

Hargittai, E., Fullerton, L., Menchen-Trevino, K., & Yates T. (2010). Trust Online: Young adults' evaluation of web content. *International Journal of Communication, 4,* 468-494. doi: 1932–8036/20100468

Hargittai, E., & Young, H. (2012). Searching for a "Plan B": Young adults' strategies for finding information about emergency contraception online. *Policy & Internet, 4*(2), 1-23. doi: 10.1515/1944-2866.1176

Harris, R. & Vienot, T. (2004). The empowerment model and using e-Health to distribute information. *Action for Health, 1,* 1-28 Recuperado de http://www.sfu.ca/act4hlth/pub/working/Empowerment.pdf

Harter, S. (1985). *Manual for the Self-Perception Profile for Children*. Denver, CO: University of Denver.

Hartzband, P., & Groopman, J. (2010). Untangling the Web — Patients, Doctors, and the Internet. *The New England Journal of Medicine, 362,* 1063-1066. doi: 10.1056/NEJMp0911938

Haux, R. (2006). Health information systems: past, present, future. *International Journal of Medical Informatics, 75* (3-4), 268-281.

Henwood, F., Wyatt, S., Hart, A., & Smith, J. (2004). The digital divide, health information and everyday life. *New Media Magacine, 7(2),* 199-218. Doi: 10.1177/1461444805050747

Hernán, M., Toros, S., Leralta, O., Pérez, M., Carrasco, R., & Lineros, C. (2014). El Internet como fuente de información sobre la salud: la visión de estudiantes de Andalucía, España. *Global Health Promotion.* doi: 10.1177/1757975914536911

Hewitt, C. E., Perry, A. E., Adams, B., & Gilbod, M. (2011). Screening and case finding for depression in offender populations: A systematic review of diagnostic properties. *Journal Affective Disorders, 128*(1-2), 72-82. doi: 10.1016/j.jad.2010.06.029

Hsu, W., Chiang, C., & Yang, S. (2014). The Effect of individual factors on health behaviors among college students: The mediating effects of eHealth literacy. *Journal of Medical Internet Research,16*(12), e287. doi: 10.2196/jmir.3542

Hutchesson, M. J., Rollo, M. E., Krukowski, R., Ells, L., Harvey, J., Morgan, P. J., Callister, R., Plotnikoff, R., & Collins, C. E. (2015). eHealth interventions for the prevention and treatment of overweight and obesity in adults: A systematic review with meta-analysis. *Obesity Reviews, 16*(5), 376-392. doi: 10.1111/obr.12268.

Instituto de Técnologías Educativas (2011). *Indicadores y datos de las tecnologías de la información y comunicación en la educación en Europa y España.* Recuperado en http://recursostic.educacion.es/blogs/europa/media/blogs/europa/informes/indicadores_y_datos_tic_europa_y_espa_a_09_10_ite_.pdf

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2013). *Encuesta Nacional de Salud.* Recuperado de http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/-p419&file=inebase

International Telecommunication Union (2003). *Declaración de Principios. Construir la Sociedad de la Información: un desafío global para el nuevo milenio.* Recuperado de http://www.itu.int/wsis/docs/geneva/official/dop-es.html

Jadad, A. R. (2004). A view from the Internet age: let's build a health system that meets the needs of the next generation. *Canadian Medical Association Journal, 171*(12), 1457-1458. doi: 10.1503/cmaj.1041276

Jiménez, J., García, J. F., Martín, J. L., & Bermúdez, C. (2007). Tendencias en el uso de internet como fuente de información sobre salud. *UOC Papers,* 4. Recuperado en: http://www.uoc.edu/uocpapers/4/dt/esp/jimenez-.pdf.

Kafka, G. J., & Kozma, A. (2002). The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being (SPWB) and their relationship to measures of subjective well-being. *Social Indicators Research, 57,* 171-190.

Keyes, L. M., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology, 82,* 1007-1022.

Kiley, R. (2002). Does the internet harm health? Some evidence exists that the internet does harm health. *British Medical Journal, 324*(7331), 238. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/-PMC1122149/

Koo, M., Norman, C.D., & Chang, H-M. (2012). Psychometric evaluation of a chinese version of the eHealth Literacy Scale (eHEALS) in school age children. *International Electronic Journal of Health Education, 15,* 29-36.

Lee, S. Y., Arozullah, A. M., & Cho, Y. I. (2004). Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science & Medicine, 58*(7), 1309-1321.

Liébana, C., Fernández, M.E., Ruiz, A., Muñoz, M.C., Vázquez, A.M., & Rodríguez, A. (2014). Malestar psicológico en estudiantes universitarios de ciencias de la salud y su relación con engagement académico. *Revista da Escola de Enfermagem, 48(4),* 715-22.

Lipsky, D. B. (2000). La experiencia en los Estados Unidos. En *Jornadas Mundiales Enseñando y aprendiendo relaciones laborales en la sociedad digital.* Las Palmas de Gran Canaria, febrero.

Lluch, M. T. (1999). *Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva.* Tesis doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona. Recuperada de http://www.tdx.cesca.cat/bitstream/handle/10803/2366/E_TESIS.pdf?sequence=1

López de Ayala, M.C., Catalina, B., & Alfageme, P (2014). Hábitos de búsqueda y confianza en la información online sobre salud entre jóvenes universitarios. *Actas del VI Congreso Internacional Latina de Comunicación Social, Universidad de La Laguna, 017*, recuperado de http://www.revistalatinacs.org/14SLCS/2014_actas/017_Lopez.pdf

López-Castedo, A., & Fernández, L. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the 12-item General Health Questionnaire in adolescents. *Perceptual and Motor Skills, 100,* 676-680.

Lorca, J., & Jadad, A. (2006). En busca del Bienestar: una dimensión esencial de la eSalud. *Revistaesalud.com, 2*(6). Recuperado de http://www.revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/96/197

Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of wellbeing measures. *Journal of Personality and Social Psychology, 71,* 616-628.

Lupiáñez-Villanueva, F. (2008). *Internet, salud y sociedad. Análisis de los usos de internet relacionados con la Salud en Catalunya.* Tesis doctoral. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya. Recuperado de http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/1481/1/tesis_flupianez_21_11_08.pdf

Lupiáñez-Villanueva, F. (2011). Salud e internet: más allá de la calidad de la información. *Revista Española de Cardiología, 64*(10), 849-850. doi: 10.1016/j.recesp.2011.06.014

Marin-Torres, V., Valverde, J., Sánchez, I., Sáenz del Castillo, M. I., Polentinos-Castro, E., & Garrido, A. (2013). Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación

médico-paciente. *Atención primaria, 44*(1), 46-53. doi: 10.1016/j.aprim.2012.09.004

Marrero, R. J., Matud, M. P., Carbelleira, M., & Ibáñez, I. (2003). Diferencias en autoestima en función del género. *Análisis y Modificación de Conducta, 29*(3), 51-78.

Martin, A. J. (1999). Assessing the multidimensionality of the 12-Item General Health Questionnaire. *Psychological Reports, 84,* 927-935.

Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology, 10*(2), 458-467.

Martín-Albo, J., Núñez, L., Navarro, G., & Grijalvo, F. (2009). Un modelo motivacional explicativo del bienestar psicológico en la Universidad. *Revista Mexicana de Psicología, 26* (1), 41-50.

Martínez-Cerdá, J. M. P., & Pérez-Tornero, J. F. (2011). Hacia un sistema supranacional de indicadores mediáticos.: Políticas de alfabetización en la Unión Europea. *Iberoamerican Communication Review, 5,* 39-57.

Martín-Pascual, M. Á. (2008). *La persistencia retiniana y el fenómeno phi como error en la explicación del movimiento aparente en cinematografía y televisión.* Trabajo de investigación. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de https://www.cac.cat/pfw_files/cma/premis_i_ajuts-/treball_guanyador/Menci__Miguel_A__Martin.pdf

Masanet, E., & La Parra, D. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Revista Española de Salud Pública, 85,* 257-266.

Mira, J. J., LLinás, G., Lorenzo, S., & Aibar, C. (2009). Uso de internet por médicos de primaria y hospitales y percepción de cómo influye en su relación con los pacientes. *Atención Primaria, 41*(6), 308-314. doi: 10.1016/j.aprim.2008.10.007

Mira, J. J., LLinás, G., & Pérez-Jover, V. (2008). Habits of Internet users and usefulness of websites in Spanish for health education. *World Hospitals and Health Services, 44*(1), 32-37.

Mitsutake, S., Shibata, A., Ishii, K., Okazaki, K., & Oka, K. (2011). Developing Japanese version of the e-Health Literacy Scale (eHEALS). *Nihon Koshu Eisei Zasshi, 58*(5), 361-371.

Molina-García, J. (2004). *Un estudio sobre la práctica de actividad física, la adiposidad corporal y el bienestar psicológico en universitarios.* Tesis doctoral. Valencia: Universidad de Valencia.

Molina-García, J., Castillo, I., & Pablos, C. (2007). Bienestar psicológico y práctica deportiva en universitarios. Motricidad. European *Journal of Human Movement, 18,* 79-91.

Molina-García, J., Castillo, I., & Queralt, A. (2011). Leisure-time physical activity and psychological well-being in university students. *Psychological Reports, 109,* 453-460.

Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7,* 847-862.

Montoya, L. M., Gutiérrez, J. A., Toro, B. E., Briñón, M. A., Rosas, E., & Salazar, L. E. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES Medicina, 24*(1), 7-17.

Moreno-Murcia, J. A., & Vera, J. A. (2011). Modelo causal de la satisfacción con la vida en adolescentes de educación física. *Revista de Psicodidáctica, 16*(2), 367-380.

Neter, E., & Brainin, E. (2012). eHealth Literacy: Extending the Digital Divide to the Realm of Health Information. *Journal of Medical Internet Research, 14*(1), e19. doi: 10.2196/jmir.1619

Nettleton, S., Burrows, R., & O'Malley, L. (2005). The mundane realities of the everyday lay use of the internet for health, and their consequences for media convergence. *Sociology of Health & Illnes*, 27(7), 972-92.

Norman, C. (2011). eHealth Literacy 2.0: Problems and Opportunities With an Evolving Concept. *Journal of Medical Internet Research, 13*(4), e125. doi: 10.2196/jmir.2035

Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006a). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research, 8(*4), e27. doi: 10.2196/jmir.8.4.e27

Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006b). eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research, 8*(2), e9. doi: 10.2196/jmir.

Núñez, J. L., León, J., González, V., & Martín-Albo, J. (2011). Propuesta de un modelo explicativo del bienestar psicológico en el contexto deportivo. *Revista de Psicología del Deporte, 20,* 223-242.

Núñez, J. L., Martín-Albo, J., & Domínguez, E. (2010). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en sujetos practicantes de actividad física. *Revista de Psicología del Deporte, 19*(2), 291-304.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.

Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI) (2013). *Individuos que usan internet para buscar información sobre su salud*. Recuperado de http://www.ontsi.red.es/ontsi/en/node-/334

Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI) (2015). *Perfil Sociodemografico de los Internautas*. Recuperado de http://www.ontsi.red.es/ontsi/sites/default/files/perfil-_sociodemografico_de_los_internautas_datos_ine_2014.pdf

Ojeda, G., Ordoñez, M., & Ochoa, L.H. (2005). Salud Sexual y reproductiva en Colombia. *Encuesta nacional de demografía y salud sexual.* Recuperado de http://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr172/fr172.pdf

Oramas, A., Santana, S., & Vergara, A. V. (2006). El bienestar psicológico, un indicador positivo de la salud mental. *Revista Cubana de Salud y Trabajo,* 7(1-2), 34-39.

Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf

Organización Mundial de la salud (2004). *Promoción de la salud mental.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int-/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

Ossebard, H. C., Seydel, E. R., & Gemert-Pijnen, L. (2012). Onlines usability and patients with long-term conditions: A mixed methods approach. *International Journal of Medical Informatics, 81,* 374-387. doi:10.1016/j.ijmedinf.2011.12.010

Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcome. *American Journal of Health Behavior, 31*(Suppl. 1), 19-26.

Paek, H-J., & Hove, T. (2012). Social cognitive factors and perceived social influences that improve adolescent eHealth literacy. *Health Communication, 27*(8), 727-737. doi: 10.1080/10410236.2011.616627

Pastor, A., Navarro, E., Tomás, J. M., & Oliver, A. (1997). Efectos de método en escalas de personalidad: la escala de autoestima de Rosenberg. *Psicológica, 18,* 269-283.

Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being. *Social Indicators Research, 28*, 1-20.

Percheski, C., & Hargittai, E., (2011). Health Information-Seeking in the Digital Age. *Journal of American College Health, 59,* 379-386. doi: 10.1080/07448481.2010.513406

Pérez, C., Bonnefoy, C., Cabrera, A., Peine, S., Muñoz, C., Baquedano, M., & Jiménez, J. (2011). Análisis, desde la psicología positiva, de la salud mental en alumnos universitarios de primer año de Concepción (Chile). *Avances en Psicología Latinoamericana, 29*(1), 148-160. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v29n1/v29n1a12.pdf

Pérez, M. A., & Delgado, A. (2012). De la competencia digital y audiovisual a la competencia mediática: dimensiones e indicadores. *Comunicar, 39,* 25-34. doi: 10.3916/C39-2012-02-02

Pérez-Tornero, J. M., & Martínez-Cerdá, J. F. (2011). Políticas de alfabetización en la Unión Europea. Hacia un sistema supranacional de indicadores mediáticos. *Infoamérica, 5,* 39-57. Recuperado en: http://www.infoamerica.org/icr/n05/tornero_cerda.pdf

Postman, N. (1994). *Tecnópolis: la rendición de la cultura a la tecnología.* Barcelona: Círculo de Lectores.

Powell, J. A., Darvell, M., & Gray, J. A. (2003). The doctor, the patient and the world-wide web: how the internet is changing healthcare. *Journal of the Royal Society of Medicine, 96*(2), 74-76.

Regidor, E., De Mateo, S., Calle, M. E., & Domínguez, V. (2002). Educational level and mortality from infectious diseases. *Journal Epidemiology Community Health, 56,* 682-683. Recuperado de http://jech.bmj.com-/content/56/9/682.full.pdf+html

Reina, M., Oliva, A., & Parra, A. (2010). Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society y Education, 2,* 47-59.

Rey, L., Extremera, N., & Pena, M. (2011). Inteligencia emocional percibida, autoestima y satisfacción con la vida en adolescentes. *Psychosocial Intervention, 20*(2), 227-234.

Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 11*(1), 125-139.

Rocha, K. B., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema, 22*(3), 389-395.

Rodríguez-Artalejo, F., Graciani, A., Guallar-Castillón, P., León-Muñoz, L. M., Zuluaga-Zuluaga, M. C., López-García, E., Gutiérrez-Fisac, J. L., Taboada, J. M., Aguilera, M., Regidor, E., Villar-Álvarez, F., & Banegas, J. R. (2011). Justificación y métodos del estudio sobre nutrición y riesgo cardiovascular en España (ENRICA). *Revista Española de Cardiología, 64,* 876-882. doi:10.1016/j.recesp.2011.05.019

Rodríguez-Carvajal, R., Díaz, D., Moreno-Jiménez, B., Blanco, A., & Van-Dierendonck, D. (2010). Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico. *Psicothema, 22*(1), 63-70.

Rojas, D. F., & Useche, B. (2013). Alfabetización digital en salud: un análisis del constructo en la escala "eHealth Literacy Scale- eHeals" traducida al es-

pañol. *RevistaeSalud.com, 9(36).* Recuperado de http://revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/639

Romero, A., García-Mas, A., & Brustad, R. (2009). Estado del arte y perspectiva actual del concepto de bienestar psicológico en Psicología del Deporte. *Revista Latinoamericana de Psicología, 41*, 335-347.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princenton, NJ: Princenton University Press.

Rosenberg, M. (1979). Conceiving the self. New York: Basic Books.

Rosenberg, M. (1989). Society and the adolescent self-image. (Rev. ed.). Middeltown, CT: Wesleyan University Press.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist, 55,* 68-78.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52,* 141-166.

Ryan, R. M., & Frederick, C. M. (1997). On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality, 65,* 529-565.

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 1069-1081.

Salanova, M., Martínez, I., Bresó, E., Llorens, S., & Grau, R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de Psicología, 21,* 170-180.

Salgado, J. F., & Iglesias, M. (1995). Estructura factorial de la Escala de Autoestima de Rosenberg: un análisis factorial confirmatorio. *Psicológica, 16*, 441-454.

Sánchez, E., Garrido, A., & Alvaro, J. L. (2003). Un modelo psicosociológico para el estudio de la salud mental. *Revista de Psicología Social: International Journal of Social Psychology, 18*(1), 17-33. doi:10.1174/02134740360521750

Sánchez-López, M. P., & Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ- 12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema, 20,* 839-843.

Santander, J., Romero, M. I., Hitschfeld, M. J., & Zamora, V. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría, 49*(1), 47-55.

Sarid, O., Anson, O., Yaari, A., & Margalith, M. (2004). Academic stress, immunological reaction, and academic performance among students of nursing and physiotherapy. *Research in Nursing & Health, 27* (5), 370-377.

Sillencea, E., Briggsa, P., Harrisb. P. R., & Fishw, L. (2007): How do patients evaluate and make use of onlinehealth information? *Social Science & Medicine*, *64*, 1853–1862

Smith, R. (2001). Almost no evidence exists that the Internet harms health. *British Medical Journal*, *323*(7314), 651. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1121231/

Stellefson, M., Hanik, B., Chaney, J. D., & Tenannt, B. (2012). Analysis of eHealth search perspectives among female college students in the health professions using Q methodology. *Journal of Medical Internet Research, 14*(2): e60. doi: 10.2196/jmir.1969

Stellefson, M., Hanik., B., Chaney, B., Chaney, D., Tennant, B., & Chavarría, E. A. (2011). eHealth literacy among college students: a systematic review with implications for eHealth education. *Journal of Medical Internet Research,13*(4), e102. doi: 10.2196/jmir.1703

Terceiro, J. B. (1996). *Sociedad digital. Del homo sapiens al homo digitalis.* Madrid: Alianza Editorial.

Tizón, J. L. (1996). *Componentes psicológicos de la práctica médica: una perspectiva desde la atención primaria*. Barcelona: Biblaria.

Toduka, Y., Doba, N., Butler, J. D., & Paasche-Orlow, M. K. (2009). Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Education and Counseling, 75*, 411-417.

Ugalde, M., & Lluch, M.T. (1991). Salud Mental. Conceptos básicos. En A. Rigol y M. Ugalde (Eds.), Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica (pp. 47-56). Barcelona: Salvat.

UNESCO (2003). *L'UNESCO promeut les 'sociétés du savoir' pour maximiser l'impact des technologies de la communication. Recuperado de http://portal.unesco.org/ci/fr/ev.php-URL_ID=13170&URL_DO=DO_TOPIC-&URL_SECTION=201.html*

Van-der-Vaart, R., Van-Deursen, A. J., Drosaert, C. H. C., Taal, E., Van-Dijk, J. A. M. G., & Van-de-Laar, M. A. F. J. (2011). Does the eHealth Literacy Scale (eHEALS) measure what it intends to measure? Validation of a dutch version of the eHEALS in two adult populations. *Journal of Medical Internet Research,13*(4), e86. doi: 10.2196/jmir.1840

Van-Dierendonck, D., Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., & Moreno-Jiménez, B. (2008). Ryff's six-factor model of psychological well-being: A Spanish exploration. *Social Indicators Research, 87*, 473-479.

Van-Dierendonck, D., Rodríguez-Carvajal, R., Moreno-Jiménez, B., & Diestra, M. (2009). Goal integration and well-being: Self-regulation through inner resources in the Netherlands and Spain. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 40,* 746-760.

Vázquez, A. J., Jiménez, R., & Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de Autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología, 22,* 247-255.

Vázquez, A. J., Vázquez-Morejón, R., & Bellido, G. (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología, 31*(1), 37-43.

Vera, M. N., Marfil, M. N., Robles, H., Sánchez, M. B., & Mata, J. (2004). Creencias, conocimientos y prácticas de salud en jóvenes universitarios: evolución en una década. *Revista de Psicología de la Salud, 16 (1 y 2)*, 35-57.

Viladrich, C., Torregrosa, M., & Cruz, J. (2011). Calidad psicométrica de la adaptación española del Cuestionario de Regulación Conductual en el Deporte. *Psicothema, 23*(4), 786-794.

Villalba-Mora, E., Casas, I., Lupiáñez-Villanueva, F., & Maghiros, I. (2015). Adoption of health information technologies by physicians for clinical

practice: The Andalusian case. *International Journal of Medical Informatics, 84*(7), 477-485. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2015.03.002

Werneke , U., Goldberg, D.P., Yalcin, L., & Ustün, B.(2000.) The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine, 30*(4), 823-829.

Wyatt, S., Henwood, F., Hart, A., & Smith, J. (2005). The digital divide, health information and everyday life. *New Media & Society*, *7*(2), 199-218.

Xie, B. (2011). Older adults, e-Health literacy, and collaborative learning: An experimental study. *Journal of the American Society for Information Science and Technology, 62*(5), 933-946. doi: 10.1002/asi.21507

Xie, B. (2012). Improving older adults' e-health literacy through computer training using NIH online resources. *Librerary & Information Science Research, 34,* 63-71. doi:10.1016/j.lisr.2011.07.006

Yancy, C., Lopatin, M., Stevenson, L., De Marco, T., & Fonarow, G. (2006). Clinical presentation, management, and in hospital outcomes of patients admitted with acute decompensated heart failure with preserved systolic function. *Journal of the American College of Cardiology, 47,* 76-84. doi:10.1016/j.jacc.2005.09.022

Ybarra, M. L., & Suman, M. (2006). Help seeking behavior and the Internet: A national survey. *International Journal of Medical Informatics, 75,* 29-41.

Zulkefly, N. S., & Baharudin, R. (2010). Using the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) to assess the psychological health of Malaysian college students. *Global Journal of Health Science, 2*(1), 73-80.

ANEXOS

ANEXO 1.

CUESTIONARIO 1.

Universidad de Huelva

uhu.es

La Universidad de Huelva viene desarrollando una serie de investigaciones relacionadas con la salud, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas.

Sólo queremos conocer tu opinión acerca de lo que se te pregunta. La participación es voluntaria y las respuestas son anónimas, por lo que te rogamos que seas lo más sincero posible y contestes a todas las preguntas. Muchas gracias por tu colaboración.

Titulación:.....	**Curso:**.....
Fecha de nacimiento: .... /.... /.....	**¿Utilizas internet?**.....
Edad:.....años	**¿Dónde?** ❑ En el PC ❑ En el móvil ❑ En la tablet
Sexo: ❑ Hombre ❑ Mujer	**¿Con qué frecuencia usas internet?** ..... días a la semana aprox.
Localidad:	**¿Cuánto tiempo cada día?** ..... min cada día aprox.

	Nada útil	Poco útil	No estoy seguro	Útil	Muy útil
1. ¿Cómo de **útil** consideras que es Internet a la hora de ayudarte a tomar decisiones sobre tu salud?	❶	❷	❸	❹	❺

	Nada importante	Poco importante	No estoy seguro	Importante	Muy importante
1. ¿Qué **importancia** tiene para ti el hecho de poder acceder a recursos sobre salud en internet?	❶	❷	❸	❹	❺

	Completamente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Indeciso	Algo de acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Conozco **qué** recursos sobre salud están disponibles en Internet	❶	❷	❸	❹	❺
2. Sé **dónde** puedo encontrar recursos útiles sobre salud en Internet	❶	❷	❸	❹	❺
3. Sé **cómo** puedo encontrar recursos útiles sobre salud en Internet	❶	❷	❸	❹	❺
4. Sé **cómo utilizar** Internet para encontrar respuestas a mis cuestiones sobre salud	❶	❷	❸	❹	❺
5. Sé cómo utilizar la **información sobre salud** que encuentro en Internet para que me ayude	❶	❷	❸	❹	❺
6. Tengo las habilidades necesarias para **evaluar** los recursos sobre salud que encuentro en Internet	❶	❷	❸	❹	❺
7. Puedo distinguir los recursos de salud de **alta calidad** de los recursos de salud de **baja calidad** que se encuentran en Internet	❶	❷	❸	❹	❺
8. Tengo **confianza** a la hora de utilizar la información de Internet para tomar decisiones sobre salud	❶	❷	❸	❹	❺

Universidad de Huelva

uhu.es

En relación con tu vida en general…	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Neutro	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea	❶	❷	❸	❹	❺
2. Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importante	❶	❷	❸	❹	❺
3. Estoy satisfecho con mi vida	❶	❷	❸	❹	❺
4. Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido	❶	❷	❸	❹	❺
5. Las circunstancias de mi vida son buenas	❶	❷	❸	❹	❺

	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Neutro	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me siento vivo/a y vital	❶	❷	❸	❹	❺
2. A veces me siento tan vivo/a que sólo quiero saltar	❶	❷	❸	❹	❺
3. Tengo energía y ánimo	❶	❷	❸	❹	❺
4. Me ilusiono con cada nuevo día	❶	❷	❸	❹	❺
5. Casi siempre me siento alerta y despierto/a	❶	❷	❸	❹	❺
6. Me siento activado/a (siento que tengo mucha energía)	❶	❷	❸	❹	❺

Marca con una X la respuesta que más te identifica en torno a estos sentimientos o pensamientos:	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo	❶	❷	❸	❹
2. A veces pienso que no soy bueno en nada	❶	❷	❸	❹
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades	❶	❷	❸	❹
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas	❶	❷	❸	❹
5. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso	❶	❷	❸	❹
6. A veces me siento realmente inútil	❶	❷	❸	❹
7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía al menos igual que la mayoría de la gente	❶	❷	❸	❹
8. Ojalá me respetara más a mí mismo	❶	❷	❸	❹
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado	❶	❷	❸	❹
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	❶	❷	❸	❹

ANEXO 2.

CUESTIONARIO 2.

Universidad de Huelva

uhu.es

La Universidad de Huelva viene desarrollando una serie de investigaciones relacionadas con la salud, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas.

Sólo queremos conocer tu opinión acerca de lo que se te pregunta. La participación es voluntaria y las respuestas son anónimas, por lo que te rogamos que seas lo más sincero posible y contestes a todas las preguntas. Muchas gracias por tu colaboración.

Titulación:.....	**Curso:**.....
Fecha de nacimiento: ... / ... /.....	**¿Utilizas internet?**.....
Edad:.....años	**¿Dónde?** ❑ En el PC ❑ En el móvil ❑ En la tablet
Sexo: ❑ Hombre ❑ Mujer	**¿Con qué frecuencia usas internet?** ..... días a la semana aprox.
Localidad:	**¿Cuánto tiempo cada día?** ..... min cada día aprox.

	Nada útil	Poco útil	No estoy seguro	Útil	Muy útil
1. ¿Cómo de **útil** consideras que es Internet a la hora de ayudarte a tomar decisiones sobre tu salud?	❶	❷	❸	❹	❺

	Nada importante	Poco importante	No estoy seguro	Importante	Muy importante
1. ¿Qué **importancia** tiene para ti el hecho de poder acceder a recursos sobre salud en internet?	❶	❷	❸	❹	❺

	Completamente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Indeciso	Algo de acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Conozco **qué** recursos sobre salud están disponibles en Internet	❶	❷	❸	❹	❺
2. Sé **dónde** puedo encontrar recursos útiles sobre salud en Internet	❶	❷	❸	❹	❺
3. Sé **cómo** puedo encontrar recursos útiles sobre salud en Internet	❶	❷	❸	❹	❺
4. Sé **cómo utilizar** Internet para encontrar respuestas a mis cuestiones sobre salud	❶	❷	❸	❹	❺
5. Sé cómo utilizar la **información sobre salud** que encuentro en Internet para que me ayude	❶	❷	❸	❹	❺
6. Tengo las habilidades necesarias para **evaluar** los recursos sobre salud que encuentro en Internet	❶	❷	❸	❹	❺
7. Puedo distinguir los recursos de salud de **alta calidad** de los recursos de salud de **baja calidad** que se encuentran en Internet	❶	❷	❸	❹	❺
8. Tengo **confianza** a la hora de utilizar la información de Internet para tomar decisiones sobre salud	❶	❷	❸	❹	❺

Universidad de Huelva

uhu.es

En relación con tu vida en general…	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Neutro	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. En la mayoría de los aspectos mi vida es como quiero que sea	1	2	3	4	5
2. Hasta ahora he conseguido de la vida las cosas que considero importante	1	2	3	4	5
3. Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
4. Si pudiera vivir mi vida otra vez, la repetiría tal y como ha sido	1	2	3	4	5
5. Las circunstancias de mi vida son buenas	1	2	3	4	5

	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Neutro	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me siento vivo/a y vital	1	2	3	4	5
2. A veces me siento tan vivo/a que sólo quiero saltar	1	2	3	4	5
3. Tengo energía y ánimo	1	2	3	4	5
4. Me ilusiono con cada nuevo día	1	2	3	4	5
5. Casi siempre me siento alerta y despierto/a	1	2	3	4	5
6. Me siento activado/a (siento que tengo mucha energía)	1	2	3	4	5

Marca con una X la respuesta que más te identifica en torno a estos sentimientos o pensamientos:	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
2. A veces pienso que no soy bueno en nada	1	2	3	4
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades	1	2	3	4
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas	1	2	3	4
5. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso	1	2	3	4
6. A veces me siento realmente inútil	1	2	3	4
7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía al menos igual que la mayoría de la gente	1	2	3	4
8. Ojalá me respetara más a mí mismo	1	2	3	4
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado	1	2	3	4
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4

Universidad de Huelva

uhu.es

En las últimas semanas :	
1. ¿Has podido concentrarse bien en lo que hacías? ❑ Más que lo habitual ❑ Igual que lo habitual ❑ Menos que lo habitual ❑ Mucho menos que lo habitual	**7.** ¿Has sido capaz de disfrutar de tus actividades normales de cada día? ❑ Más que lo habitual ❑ Igual que lo habitual ❑ Menos que lo habitual ❑ Mucho menos que lo habitual
2. ¿Tus preocupaciones te han hecho perder mucho el sueño? ❑ No, en absoluto ❑ No más que lo habitual ❑ Bastante más que lo habitual ❑ Mucho más que lo habitual	**8.** ¿Has sido capaz de hacer frente adecuadamente a tus problemas? ❑ Mejor que lo habitual ❑ Igual que lo habitual ❑ Peor que lo habitual ❑ Mucho peor que lo habitual
3. ¿Has sentido que estás desempeñando un papel útil en la vida? ❑ Más útil de lo habitual ❑ Igual de útil que lo habitual ❑ Menos útil de lo habitual ❑ Mucho menos útil de lo habitual	**9.** ¿Te has sentido poco feliz o deprimido/a? ❑ No, en absoluto ❑ No más que lo habitual ❑ Bastante más que lo habitual ❑ Mucho más que lo habitual
4. ¿Te has sentido capaz de tomar decisiones? ❑ Más que lo habitual ❑ Igual que lo habitual ❑ Menos que lo habitual ❑ Mucho menos que lo habitual	**10.** ¿Has perdido confianza en tí mismo/a? ❑ No, en absoluto ❑ No más que lo habitual ❑ Bastante más que lo habitual ❑ Mucho más que lo habitual
5. ¿Te has notado constantemente agobiado y en tensión? ❑ No, en absoluto ❑ No más que lo habitual ❑ Bastante más que lo habitual ❑ Mucho más que lo habitual	**11.** ¿Has pensado que eres una persona que no vale para nada? ❑ No, en absoluto ❑ No más de lo habitual ❑ Bastante más que lo habitual ❑ Mucho más que lo habitual
6. ¿Has tenido la sensación de que no puedes superar tus dificultades? ❑ No, en absoluto ❑ No más que lo habitual ❑ Bastante más que lo habitual ❑ Mucho más que lo habitual	**12.** ¿Te sientes razonablemente feliz considerando todas las circunstancias? ❑ Más que lo habitual ❑ Igual que lo habitual ❑ Menos que lo habitual ❑ Mucho menos que lo habitual

Por último, responde a estas cuestiones:
1. ¿Tienes algún problema de salud o enfermedad? ❑ No ❑ Sí ¿Cuál? ……
2. ¿Cómo consideras que es tu salud? ❑ Mala ❑ Regular ❑ Buena ❑ Muy buena ❑ Excelente
3. ¿Estás tomando algún tipo de tratamiento? ❑ Médico ❑ Auto-medicación ❑ Otros: ……
4. ¿Tienes algún familiar cercano con alguna enfermedad crónica? ❑ No ❑ Sí ¿Cuál? ……

Muchas gracias por tu colaboración

ANEXO 3

ARTÍCULO DERIVADO DE LA REALIZACIÓN DE LA TESIS: VALIDACIÓN DE LA ESCALA *EHEALTH LITERACY* (EHEALS) EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA ESPAÑOLA

ORIGINAL

VALIDACIÓN DE LA ESCALA *EHEALTH LITERACY* (EHEALS) EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA ESPAÑOLA

Gema Paramio Pérez (1), Bartolomé Jesús Almagro (2), Ángel Hernando Gómez (3) y José Ignacio Aguaded Gómez (4).

(1) Grupo de Investigación Ágora (HUM-648). Universidad de Huelva. Huelva. España.

(2) Área Departamental de Educación. Actividad Física y Deporte. CEU Cardenal Spínola (adscrito a la Universidad de Sevilla). Bormujos. Sevilla. España.

(3) Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Huelva. Huelva. España.

(4) Departamento de Educación, Universidad de Huelva. Huelva. España.

Financiación. Sin financiación, ni pública ni privada.

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

RESUMEN

Fundamento: Una de las escalas más empleadas para medir de forma rápida y sencilla la competencia en eSalud es la *eHealth Literacy Scale* (eHEALS), sin embargo, no existe su validación en castellano. Por ello, el objetivo de este estudio fue adaptar y validar al contexto español la escala eHEALS.

Métodos: Se administró la traducción al español de la escala eHEALS, junto a otras escalas para medir algunos indicadores del bienestar psicológico (autoestima, vitalidad subjetiva y satisfacción con la vida). Se utilizó una muestra de 447 estudiantes universitarios de edades entre los 18 y los 45 años. Se realizó un análisis factorial exploratorio, un análisis factorial confirmatorio, análisis de invarianza, de fiabilidad, de estabilidad temporal y de correlaciones bivariadas.

Resultados: El análisis factorial exploratorio mostró una estructura monofactorial que explicó el 52,55% de la varianza, con elevados pesos factoriales de sus ítems. Se obtuvo una fiabilidad de 0,87 y una correlación test-retest de 0,78. El análisis factorial confirmatorio mostró unos índices de ajustes adecuados: $\chi 2 = 66,60$; p=0,00; $\chi 2/gl=4,44$; índice de ajuste comparativo =0,97); índice de ajuste incremental =0,97; índice tucker-lewis =0,94; error de aproximación cuadrático medio=0,08; residuo cuadrático medio estandarizado=0,05. No hubo diferencias por sexo. En cuanto a la validez de criterio, se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas y positivas e entre 0,12 y 0,16 con tres indicadores del bienestar psicológico (autoestima, vitalidad subjetiva y satisfacción con la vida).

Conclusiones: La versión española de la eHEALS testada ha mostrado ser una escala válida y fiable para medir la competencia en eSalud en el alumnado universitario.

Palabras clave: eSalud. Alfabetización en salud. Internet. Cuestionario. Validación. Estudiantes.

Correspondencia
Gema Paramio Pérez.
Grupo de Investigación Ágora (HUM-648)
Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de Huelva
Avenida Tres de Marzo, s/n
21071 Huelva
gema.paramio@dpsi.uhu.es

ABSTRACT

Validation of the eHealth Literacy Scale (eHEALS) in Spanish University Students

Background: One of the scales most used to measure quickly and easily eHealth Literacy is the eHealth Literacy Scale (eHEALS); however, there was no validation of this scale in Spanish. Therefore, the aim of this study was to adapt and validate the eHealth Literacy Scale (eHEALS) to the Spanish context.

Methods: Spanish translation of the scale eHEALS was administered along with other scales to measure some indicators of psychological well-being (self-esteem, subjective vitality and life satisfaction). A sample of 447 university students aged between 18 and 45 years was selected. An exploratory factor analysis, confirmatory factor analysis, analysis of invariance, reliability, temporal stability and bivariate correlations were performed.

Results: Exploratory factor analysis revealed a monofactorial structure that explained 52.55% of variance, with high factor loadings of the items. Reliability of 0.87 and test-retest correlation of 0.78 was obtained. The confirmatory factor analysis showed appropriate adjustments indices: χ^2=66.60; p=0.00; χ^2/ df=4.44; comparative fit index=0.97; incremental fit index=0.97; tucker lewis index=0.94; root mean square of approximation =0.08; standardized root mean square residual=0.05. The questionnaire was invariant by gender. Regarding the criterion validity, a statistically significant and positive correlations between 0.12 and 0.16 with three indicators of psychological wellbeing was obtained (self-esteem, subjective vitality and life satisfaction).

Conclusions: The spanish version of the eHEALS tested in this work has shown to be a valid and reliable scale to measure eHealth competence in university students.

INTRODUCCIÓN

Las tecnologías de la información y la comunicación juegan un papel cada vez más importante en la salud de las personas y están teniendo un profundo impacto en la asistencia sanitaria[1].

Internet tiene el potencial suficiente para mejorar de forma efectiva la prestación sanitaria capacitando y educando a los consumidores, apoyando en la toma de decisiones, permitiendo la interacción entre consumidores y profesionales, ayudando en la formación e investigación y reduciendo las desigualdades en salud[1-3].

Si bien es cierto que los modelos de atención tradicionales están dando paso progresivamente a otros más modernos, en los que el papel más activo es asumido por el paciente, también lo es que los profesionales médicos sobrestiman sistemáticamente el nivel de alfabetización en salud de los pacientes proporcionándoles información excesivamente compleja. Esperan de ellos que puedan llevar a cabo tareas más específicas de forma independiente, estando ligadas cada vez más a nuevos dispositivos tecnológicos. En esta línea, la gestión de la salud a través de portales o aplicaciones móviles supone nuevos retos para los usuarios[2]. De hecho, la iniciativa promovida por el Sistema Nacional de Salud en España para facilitar materiales informativos, que impulsen la participación ciudadana en las decisiones y los cuidados de salud es ya una realidad[3]. Un claro ejemplo de ello es el portal PyDEsalud: Participa y decide sobre tu salud[3] (PyDEsalud.com), web médica de gran impacto socioeconómico creada para mejorar el conocimiento y la participación activa de personas afectadas por enfermedades crónicas[3].

En respuesta a esta necesidad de acceso y utilización eficaz de la información surge el concepto de alfabetización mediática en salud, que es "la capacidad de buscar, encontrar, comprender y evaluar la información de salud a partir de fuentes electrónicas y aplicar los conocimientos adquiridos para abordar o resolver un problema de salud"[4]. La alfabetización mediática en salud está compuesta por una serie de competencias generales, como son la alfabetización tradicional (lectura, escritura y aritmética), la alfabetización de los medios de comunicación (habilidades de análisis de los medios de comunicación), la alfabetización de la información (búsqueda de información y la comprensión) y una serie de competencias más específicas, que incluyen la alfabetización informática (habilidades de Tecnología de la Información y Comunicación (TIC), la alfabetización de la salud (comprensión del conocimiento de la salud) y la divulgación de la ciencia (proceso de la ciencia y de resultados)[5].

La adaptación de las aplicaciones tecnológicas en salud se hace necesaria para reducir las desigualdades y maximizar los beneficios de los pacientes con todos los niveles de alfabetización. En este sentido, cobra especial importancia la forma de medir las competencias de los usuarios para poder implementar programas de capacitación tanto para estos como para los profesionales de la salud.

A pesar de que la alfabetización en salud ha sido identificada como un objetivo de salud pública para el siglo XXI y un reto importante para la salud mundial[6], el hecho de medir el nivel de alfabetización en eSalud no es un proceso sencillo. La mayoría de estudios empíricos usan la *eHealth Literacy Scale*[7] y lo complementan con algún instrumento para medir la alfabetización en salud[5] o con una prueba de procedimientos que requiere que los participantes lleven a cabo una serie de operaciones específicas con el ordenador e internet[8].

La escala de aptitud para utilizar la sanidad electrónica (*eHEALS*) fue desarrollada por Norman y Skinner en 2006, con el fin de hacer frente a la necesidad de evaluar la alfabetización mediática en salud en una amplia gama de poblaciones y contextos[7]. En concreto, la *eHEALS* es una herramienta basada en la percepción subjetiva que tienen los sujetos

acerca de las habilidades y conocimientos que poseen sobre la eSalud o sanidad electrónica.

La *eHEALS* está traducida a varios idiomas y validada en diversos contextos culturales. Hasta ahora se han publicado cuatro versiones validadas: en población holandesa[9], en población china[10], en población japonesa[11] y la última, publicada recientemente, con una pequeña muestra de universitarios colombianos[12]. Algunos de estos trabajos han relacionado la competencia en eSalud con la cantidad del uso de internet para darle validez de criterio a la escala[9], con los conocimientos de informática, incluyendo la capacidad de utilizar un procesador de textos o el uso de la web para buscar información[10] o con las características de las búsquedas de información sobre salud[11]. En esta línea, existen estudios que han mostrado una relación positiva entre la alfabetización en salud y el bienestar psicológico[13]. Por lo que para darle validez de criterio a la escala *eHealth* podría relacionarse con indicadores del bienestar psicológico como pueden ser la satisfacción con la vida, la vitalidad subjetiva y la autoestima.

El objetivo de este estudio fue adaptar y validar al contexto español la escala *eHealth Literacy Scale*.

SUJETOS Y MÉTODO

Diseño. La presente investigación corresponde a un estudio instrumental[14], ya que se adaptó y validó al contexto español la eHealth Literacy Scale (eHEALS).

Procedimiento. Se realizó una traducción inversa de los ítems del eHEALS[7], es decir, se tradujeron los ítems al castellano y, posteriormente, un traductor ajeno al grupo de investigación los volvió a traducir al inglés, observando una gran similitud con el cuestionario original en habla inglesa. A continuación se llevó a cabo el estudio piloto de la escala traducida al español con un grupo de 40 universitarios de edades comprendidas entre los 18 y los 35 años, los cuales manifestaron una buena comprensión de los ítems.

Se contactó con el representante legal de la universidad, decanos, directores de departamento y profesores de las diferentes facultades para pedirles su colaboración. La administración de las escalas tuvo lugar en presencia del investigador principal, para poder explicar de forma breve cómo responder a los cuestionarios. Además, se informó que la participación en el estudio era voluntaria. El tiempo aproximado de cumplimentación fue de 15 minutos. La recogida de datos tuvo lugar entre enero y abril de 2013.

Participantes. La muestra del estudio estuvo compuesta por un total de 447 estudiantes, de los cuales 290 eran mujeres y 156 hombres, de edades comprendidas entre los 18 y los 45 años (media=21,90; desviación típica=3,90). El alumnado universitario que compuso la muestra pertenecía a las facultades de Ciencias de la Educación y Enfermería de la Universidad de Huelva. En concreto, los participantes estudiaban las siguientes titulaciones: Grado en Enfermería (84), en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (86), en Educación Primaria (54), en Educación Infantil (n=28), en Educación Social (57), en Psicología (40), Licenciatura en Psicología (54) y en Psicopedagogía (44). Se llevó a cabo la selección de las facultades y de las titulaciones atendiendo a un muestreo intencional o por conveniencia.

Instrumentos. Se empleó un cuestionario que estaba compuesto por la escala que se quería validar y por tres escalas que median tres indicadores del bienestar psicológico, para poder relacionar la competencia en eSalud con el bienestar psicológico y darle validez de criterio a la versión en castellano de la eHEALS. A continuación se describen con más detalle las escalas:

Escala de competencia en eSalud. Se empleó la traducción al español del eHealth Literacy Scale (eHEALS)[7]. Esta escala está compuesta por un total de ocho ítems (tabla 1). Las respuestas fueron recogidas en una escala tipo Likert cuyos rangos de puntuación oscilaban desde 1 (muy en desacuerdo)

hasta 5 (muy de acuerdo). Se estudiaron su consistencia interna, su estabilidad temporal, así como el resto de propiedades psicométricas del instrumento (análisis factorial exploratorio y análisis factorial confirmatorio). La estabilidad temporal se evaluó a través de la realización del test-retest. Para ello la escala eHEALS se administró a 30 estudiantes de 2º curso del Grado en Psicología. Transcurridos 30 días del llenado del test, se llevo a cabo el retest.

Escala de Satisfacción con la Vida. Se utilizó la versión en castellano[15] de la *Satisfaction with Life Scale* (SWLS)[16], que mide la satisfacción con la vida como un proceso de juicio cognitivo. Las respuestas fueron puntuadas con una escala tipo Likert que oscilaba entre 1 (muy en desacuerdo) y 5 (muy de acuerdo).

Escala de Vitalidad Subjetiva. Se utilizó la versión en castellano[17] de la *Subjective Vitality Scale* (SVS)[18]. Sus ítems se refieren a la energía percibida, el entusiasmo y los sentimientos de vivacidad y se utilizó una escala tipo Likert con un rango de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Se utilizaron los seis ítems directos, tal como se propone en investigaciones anteriores[19].

Escala de Autoestima de Rosenberg. Se empleó la versión validada al castellano[20] de la *Rosenberg Self-Esteem Scale*[21] (RSES). La RSES se compone de 10 ítems que evalúan la autoestima. Las respuestas estaban puntuadas en una escala tipo Likert, con un rango de puntuación que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). Los puntos 1, 3, 4, 7 y 10 están formulados en positivo, y los ítems 2, 5, 6, 8, y 9 negativamente. La consistencia interna obtenida fue de 0,82.

Análisis de datos. Se realizaron los siguientes análisis: factorial exploratorio, factorial confirmatorio, análisis de invarianza, de fiabilidad, de estabilidad temporal y de correlaciones bivariadas. Se realizó un análisis factorial exploratorio de componente principales con el objetivo de estudiar la estructura factorial de la escala. Previamente al análisis se calculó la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Bartlett. Para el análisis de la fiabilidad del instrumento se empleó el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach. La estabilidad temporal se midió a través de la realización del test-retest. El cuestionario se administró a 30 estudiantes de 2º curso del Grado en Psicología. Transcurridos 30 días se realizó el retest. Para tratar de confirmar la estructura factorial obtenida se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio. En este se trató de testar el ajuste de los datos al modelo. Para ello se utilizaron los índices de ajuste más comunes: χ^2, χ^2/gl, *Comparative Fit Index* (CFI), *Incremental Fit Index* (IFI), *Tucker Lewis Index* (TLI), *Root Mean Square of Approximattion* (RMSEA) y *Standardized Root Mean Square Residual (*SRMR). Para comprobar que la estructura factorial de la versión española del *eHEALS* era invariante por sexo se realizó un análisis multigrupo. Este tipo de análisis compara el modelo sin restricciones con una serie de modelos con invarianza en diferentes parámetros. Por último, para comprobar la validez de criterio se calcularon las correlaciones bivariadas entre la competencia en eSalud y tres indicadores del bienestar psicológico (satisfacción con la vida, vitalidad subjetiva y autoestima).

RESULTADOS

Análisis factorial exploratorio. El índice KMO mostró un valor de 0,865 y el test de esfericidad de Bartlett resultó estadísticamente significativo (χ^2 =1651,209; p<0,001). Estos valores indican que la realización de un análisis factorial era posible. En el análisis factorial exploratorio de componentes principales se obtuvo un autovalor de 4,20 y una varianza total explicada de 52,55% (tabla 1). Tras la realización del análisis se comprobó que los 8 ítems se agrupaban en un único factor: competencia o aptitud en eSalud.

Análisis de consistencia interna. El valor del coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,87.

Tabla 1
Análisis factorial exploratorio del eHEALS

Ítems	Factor
1. Conozco qué recursos sobre salud están disponibles en Internet	0,712
2. Sé dónde puedo encontrar recursos útiles sobre salud en Internet	0,803
3. Sé cómo puedo encontrar recursos útiles sobre salud en Internet	0,813
4. Sé cómo utilizar Internet para encontrar respuestas a mis cuestiones sobre salud	0,807
5. Sé cómo utilizar la información sobre salud que encuentro en Internet para que me ayude	0,749
6. Tengo las habilidades necesarias para evaluar los recursos sobre salud que encuentro en Internet	0,645
7. Puedo distinguir los recursos de salud de alta calidad de los recursos de salud de baja calidad que se encuentran en Internet	0,745
8. Tengo confianza a la hora de utilizar la información de Internet para tomar decisiones sobre salud	0,643
Autovalor	4,20
Varianza explicada (%)	52,55

Tabla 2
Análisis multigrupo de la invarianza factorial por sexo

Modelos	χ^2	Grados de libertad	χ^2/gl	$\Delta\chi 2$	Δgl.	CFI	IFI	TLI	RMSEA	SRMR
Modelo 1	119,21	30	3,97	-	-	0,95	0,95	0,90	0,08	0,06
Modelo 2	123,80	37	3,35	4,58	7	0,95	0,95	0,92	0,07	0,07
Modelo 3	124,49	38	3,28	5,28	8	0,95	0,95	0,92	0,07	0,07
Modelo 4	147,33	51	2,89		21	0,94	0,94	0,94	0,06	0,07

Modelo 1: sin restricciones; Modelo 2: pesos de medida invariantes; Modelo 3: covarianzas estructurales invariantes; Modelo 4: residuos de medida invariantes; CFI: Comparative Fit Index; IFI: Incremental Fit Index; TLI: Tucker Lewis Index; RMSEA: Root Mean Square of Approximattion; SRMR: Standardized Root Mean Square Residual

Estabilidad temporal. Se encontró una correlación test-retest de 0,78.

Análisis factorial confirmatorio. Tras la realización de un primer análisis factorial confirmatorio, se comprobó que los índices de ajustes no fueron apropiados [χ^2=278,96; p=0,00; χ^2/gl=13,95; CFI=0,84; IFI=0,84; TLI=0,78; RMSEA=0,17; SRMR=0,08]. Los índices de modificación señalaron que al correlacionar los errores entre los ítems 6 y 7, 5 y 6, 4 y 5, 4 y 6, 5 y 7 (figura 1) los índices de ajustes mejoraban hasta considerarse adecuados: χ^2=66,60; p=0,00; χ^2/gl=4,44; CFI=0,97; IFI=0,97; TLI=0,94; RMSEA=0,08; SRMR=0,05.

Análisis de invarianza. Los resultados indicaron que los cuatro modelos comparados presentaban unos índices de ajuste adecuados. Además, no se encontraron diferencias significativas entre el modelo sin restricciones y los modelos con invarianza en los pesos de medida ($\Delta\chi^2$=4,58; Δgl=7; p=0,71), en las covarianzas estructurales ($\Delta\chi^2$=5,28; Δgl=8; p=0,73) y en los residuos de medida ($\Delta\chi^2$= 28,12; Δgl=21; p=0,14). Estos resultados suponen un fuerte apoyo para afirmar la existencia de invarianza por sexo (tabla 2).

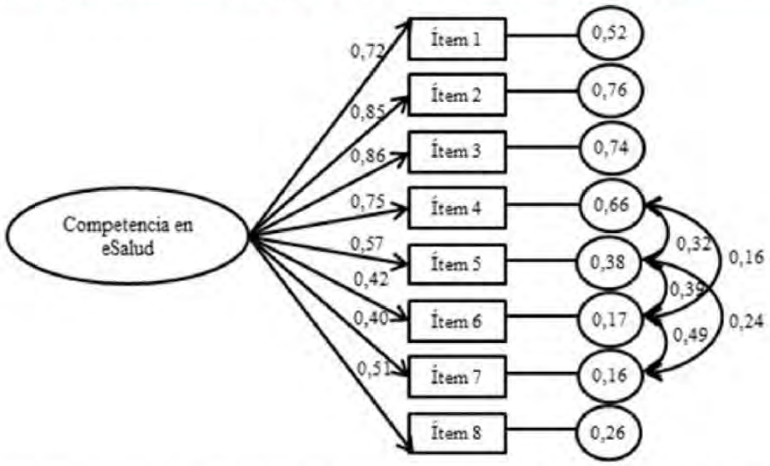
En la tabla 3 se presentan los estadísticos descriptivos de cada una de las variables del estudio, así como las correlaciones bivariadas. En el análisis de correlación se obtuvo que la competencia en eSalud correlacionaba de forma positiva y estadísticamente significativa con la satisfacción con la vida, con la vitalidad subjetiva y con la autoestima, aunque con un coeficiente de correlación bajo en los tres casos (entre 0,12 y 0,16). Por su lado, los tres indicadores del bienestar psicológico correlacionaron de forma positiva y estadísticamente significativa entre ellos con un coeficiente de Pearson entre 0,47 y 0,53.

Tabla 3
Estadísticos descriptivos y correlaciones de las variables

Variables	Rango	Media	Desviación típica	α de Cronbach	1	2	3	4
1. Competencia en eSalud	1-5	3,26	0,74	0,87	-	0,16*	0,16*	0,12*
2. Satisfacción con la vida	1-5	4,08	0,67	0,81	-	-	0,53*	0,47*
3. Vitalidad subjetiva	1-5	3,99	0,61	0,83	-	-	-	0,49*
4. Autoestima	1-4	3,35	0,46	0,82	-	-	-	-

*p<0,01

Figura 1
Análisis factorial confirmatorio de la versión en castellano de la escala *eHEALS*.



La elipse representa la variable latente y los rectángulos los diferentes ítems. Todos los parámetros están estandarizados y fueron estadísticamente significativos (p< 0,05). Las varianzas error se muestran en pequeños círculos

DISCUSIÓN

El análisis factorial exploratorio mostró que el único factor de la escala estaba compuesto por 8 ítems, coincidiendo con lo establecido en la escala original (eHEALS)[7] y en las otras versiones[9-11] exceptuando la colombiana[12]. Los resultados del análisis de consistencia interna y estabilidad temporal también fueron satisfactorios. Asimismo, se realizó un análisis factorial confirmatorio puesto que en las validaciones previas sólo la versión japonesa[11] lo había calculado, encontrando índices de ajustes adecuados. No obstante, se tuvieron que correlacionar los errores de medida de los ítems 4, 5, 6 y 7 para que los valores de los índices de bondad de ajustes mejorasen. Por su parte, los resultados del análisis multigrupo indican que la estructura factorial de la escala de competencia en eSalud es invariante en función del sexo. Esta última prueba no había sido testada anteriormente y, sin duda, supone una fortaleza más en el proceso de validación de la escala.

Por otro lado, los resultados del análisis de correlación mostraron una relación positiva entre la competencia en eSalud y las tres medi-

das del bienestar psicológico. En este sentido, algunos estudios relacionan positivamente la alfabetización en salud con el bienestar físico y psicológico[13], con una mejora del estado de salud autopercibido[22], con el cumplimiento de las prescripciones médicas, la motivación, la confianza en sí mismo y la resiliencia individual a la adversidad[6]. Sin embargo, parece que falta evidencia empírica para demostrar los beneficios de la eSalud[23, 24].

En cuanto a las correlaciones entre las otras tres variables utilizadas para medir el bienestar psicológico de los universitarios, se obtuvieron asociaciones positivas entre la vitalidad subjetiva, la satisfacción con la vida y la autoestima similares a las obtenidas en otros estudios con estudiantes universitarios[25-27]. De este modo, se sigue poniendo de manifiesto la influencia de estas tres variables entre ellas, aunque la satisfacción con la vida, al ser un constructo más global, es la variable que parece ser predicha tanto por la autoestima[28, 29] como por la vitalidad subjetiva[18].

Parece evidente que un buen manejo de la eSalud podría tener consecuencias positivas. De hecho, la búsqueda de información sobre salud en internet está creando un nuevo perfil de paciente con más responsabilidad y participación en los aspectos relacionados con su salud[30], es decir, con mayor empoderamiento. En este sentido, el uso de internet para tareas de promoción y prevención de la salud, para un mejor conocimiento y gestión de la enfermedad, para compartir experiencias en foros o redes sociales de pacientes, etcétera, puede ser una importante herramienta para complementar el trabajo de los profesionales de la salud[12].

La evolución de las TIC y el uso masivo de internet en nuestra sociedad desarrollada posibilita el acceso a un mayor volumen de información sobre salud que puede facilitar que los ciudadanos se encuentren desbordados y realicen una demanda de servicios sanitarios irracional e innecesaria, que podría entorpecer el funcionamiento del sistema de salud y la relación entre profesional sanitario y paciente e incluso podría tener un impacto negativo en su propia salud[31]. Esto no hace más que evidenciar la importancia de la formación en eSalud, así como de la medición de este constructo para tratar de conocer la aptitud en eSalud de diferentes poblaciones.

A modo de resumen, el análisis de los datos indicó: 1) una estructura monofactorial, con elevados pesos factoriales de sus ítems; 2) niveles satisfactorios de consistencia interna y de estabilidad temporal tras 30 días de la administración del eHEALS; 3) un ajuste del modelo propuesto adecuado; 4) que la estructura factorial de la versión española del eHEALS era invariante por género; y 5) una adecuada validez de criterio, ya que la competencia en eSalud correlacionó de forma positiva y estadísticamente significativa con la satisfacción con la vida, la vitalidad subjetiva y la autoestima del alumnado.

Por tanto, en base a los resultados obtenidos, se puede concluir que la versión española de la *eHEALS* es una escala válida y fiable para medir la competencia en eSalud en el alumnado universitario.

Este trabajo presenta algunas limitaciones que deberán ser subsanadas o tenidas en cuenta en futuros estudios. En primer lugar, para obtener unos índices de ajuste aceptables en el análisis factorial confirmatorio fue necesario correlacionar algunos errores (ítems 4, 5, 6 y 7). Sería interesante comprobar si sigue persistiendo este problema en futuras investigaciones, puesto que podría indicar la necesidad de modificar alguno de los ítems. En segundo lugar, con un cuestionario autoadministrado lo que medimos es la percepción que tiene el sujeto sobre su competencia en eSalud. De hecho, puede que la persona que se está evaluando se sobrestime o se subestime, por lo que sería interesante en futuros estudios testar las respuestas del cuestionario (al menos de un porcentaje de la muestra) con otras pruebas supervisadas por expertos para comprobar la veracidad o exactitud de la estimación.

En definitiva, se concluye que la versión española de la escala eHEALS es una herramienta sencilla, válida y fiable para medir la competencia o aptitud en eSalud en el contexto educativo universitario. No obstante, son necesarias más investigaciones que traten de corroborar los resultados obtenidos en otras poblaciones y con diferentes análisis estadísticos, puesto que la validación es un proceso que no se puede limitar a un solo estudio.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todos los docentes y al alumnado de la Universidad de Huelva que tan amablemente se prestaran a colaborar en el presente estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Powell JA, Darvell M and Gray JAM. The doctor, the patient and the world-wide web: how the internet is changing healthcare. J R Soc Med. 2003;96:74-6.

2. Bates DW, Bitton A. The future of health information technology in the patient-centered medical home. Health Aff (Millwood). 2010; 29:614–21. DOI: 10.1377/hlthaff.2010.0007

3. Perestelo-Péreza L, Pérez-Ramos J, Abt-Sacks A, et al. Promoción de la participación ciudadana en cuidados de salud a través de PyDEsalud.com. Gac Sanit. 2013;27:466-7.

4. Norman CD, Skinner HA. eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. J Med Internet Res. 2006; 8:e9.

5. Collins SA, Currie LM, Bakken S, et al. Health literacy screening instruments for eHealth applications: a systematic review. J Biomed Inform. 2012;45:598–607.

6. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15:259-67.

7. Norman, CD, Skinner HA. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. J Med Internet Res. 2006; 8:e27.

8. Xie B. Older adults, e-Health literacy, and collaborative learning: An experimental study. Journal of the American Society for Information Science and Technology. 2001;62:933-46.

9. Van der Vaart R., Van Deursen AJ, Drosaert, CHC, et al. Does the eHealth Literacy Scale (eHEALS) measure what it intends to measure? Validation of a dutch version of the eHEALS in two adult populations. J Med Internet Res. 2011;13:e86.

10. Koo M, Norman CD, Chang H-M. Psychometric evaluation of a chinese version of the eHealth Literacy Scale (eHEALS) in school age children. Int Electron J Health Educ. 2012;15:29-36.

11. Mitsutake S, Shibata A, Ishii K, et al. Developing Japanese version of the e-Health Literacy Scale (eHEALS). Nihon Koshu Eisei Zasshi. 2011;58:361-71.

12. Rojas DF, Useche B. (2013). Alfabetización digital en salud: un análisis del constructo en la escala "eHealth Literacy Scale- eHeals" traducida al español. RevistaeSalud.com [revista electrónica]. 2013 [consultado el 16/02/2014]; Disponible en: http://revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/639

13. Tokuda Y, Doba N, Butler JD, et al. Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. Patient Educ Couns. 2009;75: 411-7.

14. Montero I, León OG. A guide for naming research studies in Psychology. Int J Clin Health Psychol. 2007;7:847-62.

15. Atienza FL, Pons D, Balaguer I, et al. Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. Psicothema. 2000;12:314-9.

16. Diener E, Emmons R, Larsen RJ, et al. The Satisfaction With Life Scale. J Pers Assess. 1985; 49: 71-5.

17. Balaguer I, Castillo I, García-Merita M, et al. Implications of structured extracurricular activities on adolescent's well being and risk behaviors: Motivational mechanisms. Granada: 9th European Congress of Psychology; 3-8 Jul 2005.

18. Ryan RM, Frederick CM. On energy, personality and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. JPers. 1997;65:529-65.

19. Bostic TJ, Rubio DM, Hood M. A validation of the subjective vitality scale using structural equation modeling. Soc Indic Res. 2000;52:313-24.

20. Martin-Albo J, Núñez JL, Navarro, JG, et al. The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. Span J Psychol. 2007;10:458-67.

21. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. (Rev. ed.). Middeltown, CT: Wesleyan University Press. 1989. p.347.

22. Lee SY, Arozullah AM, Cho, YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. Soc Sci Med. 2004;58:1309-1321.

23. Black AD, Car J, Pagliari C, et al. The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview. PLOS Med. 2011;8:e1000387.

24. Dedding C, Van Doorn R, Winkler L, et al. How will e-health affect patient participation in the clinic? A review of e-health studies and the current evidence for changes in the relationship between medical professionals and patients. Soc Sci Med. 2011;72:49-53.

25. Castillo I, Molina-García J. Adiposidad corporal y bienestar psicológico: efectos de la actividad física en universitarios de Valencia, España. Rev Panam Salud Publica. 2009;26:334-40.

26. Molina-García J. Un estudio sobre la práctica de actividad física, la adiposidad corporal y el bienestar psicológico en universitarios [tesis doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia; 2004.

27. Fernández-Ozcorta EJ. Factores motivacionales y su relación con la práctica de actividad física en el alumnado universitario de Huelva [tesis doctoral]. Huelva: Universidad de Huelva; 2013.

28. Moreno-Murcia JA, Vera JA. Modelo causal de la satisfacción con la vida en adolescentes de educación física. Rev Psicodidáctica. 2011;16:367-80.

29. Rey L, Extremera N, Pena M. Inteligencia emocional percibida, autoestima y satisfacción con la vida en adolescentes. Psicosoc Interv. 2011;20:227-34.

30. Ferguson T, Frydman G. The first generation of e-patients. BMJ. 2004;328:1148–9.

31. Lupiáñez-Villanueva F. Salud e internet: más allá de la calidad de la información. Rev Esp Cardio. 2011;64:849-50.

Anexo 1 **Versión española de la escala eHealth Literacy (eHEALS)**					
1. Conozco qué recursos sobre salud están disponibles en Internet	**1**	**2**	**3**	4	**5**
2. Sé dónde puedo encontrar recursos útiles sobre salud en Internet	**1**	**2**	**3**	4	**5**
3. Sé cómo puedo encontrar recursos útiles sobre salud en Internet	**1**	**2**	**3**	4	**5**
4. Sé cómo utilizar Internet para encontrar respuestas a mis cuestiones sobre salud	**1**	**2**	**3**	4	**5**
5. Sé cómo utilizar la información sobre salud que encuentro en Internet para que me ayude	**1**	**2**	**3**	4	**5**
6. Tengo las habilidades necesarias para evaluar los recursos sobre salud que encuentro en Internet	**1**	**2**	**3**	4	**5**
7. 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**
8. Tengo confianza a la hora de utilizar la información de Internet para tomar decisiones sobre salud	**1**	**2**	**3**	4	**5**
1: Completamente en desacuerdo. 2: Algo en desacuerdo. 3: Indeciso. 4: Algo de acuerdo. 5: Completamentede acuerdo					

ANEXO 4.

FOTOGRAFÍAS DURANTE LA RECOGIDA DE DATOS.















Universidad de Huelva

Doctorado Interuniversitario en Comunicación
UNIVERSIDAD DE SEVILLA, UNIVERSIDAD DE MÁLAGA,
UNIVERSIDAD DE HUELVA, UNIVERSIDAD DE CÁDIZ

Departamento de Educación
Universidad de Huelva, 2015