



TÍTULO

ALFABETIZACIÓN MEDIÁTICA EN SALUD VALIDACIÓN DE LA ESCALA EHEALS EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA ESPAÑOLA

AUTORA

Gema Paramio Pérez

Esta edición electrónica ha sido realizada en 2015

Director Dr. Ángel Hernando Gómez
Máster Oficial en Comunicación y Educación Audiovisual (2013).
Universidad de Huelva / Universidad Internacional de Andalucía

Curso

ISBN 978-84-7993-680-8

© Gema Paramio Pérez

© De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía

Fecha documento 2015



Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas

Usted es libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

Bajo las condiciones siguientes:

- **Reconocimiento.** Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciadador (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
 - **No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
 - **Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.
-
- *Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.*
 - *Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.*
 - *Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.*

UNIVERSIDAD DE HUELVA/UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE ANDALUCÍA
MÁSTER UNIVERSITARIO COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN AUDIOVISUAL
TRABAJO FINAL DE MÁSTER

GEMA PARAMIO PÉREZ
DIRECTOR. Dr. ÁNGEL HERNANDO GÓMEZ

2013



**ALFABETIZACIÓN MEDIÁTICA EN SALUD: VALIDACIÓN DE LA
ESCALA EHEALS EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA ESPAÑOLA**

UNIVERSIDAD DE HUELVA / UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE ANDALUCÍA

MÁSTER UNIVERSITARIO COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN AUDIOVISUAL

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

**ALFABETIZACIÓN MEDIÁTICA EN SALUD: VALIDACIÓN DE LA ESCALA
eHEALS EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA ESPAÑOLA**

GEMA PARAMIO PÉREZ

DIRECTOR: Dr. ÁNGEL HERNANDO GÓMEZ

2013

“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 y Martínez-Cerdá, 2011)

Agradecimientos

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que día a día confían en mí y me acompañan en todos aquellos proyectos que emprendo, en especial y en esta ocasión a mi madre, Manuela Pérez y a Bartolomé J. Almagro Torres, por formar parte activa del proceso de elaboración de este Trabajo Final de Máster... y por aguantarme.

A mi director, amigo y maestro D. Dr. Ángel Hernando Gómez, compañero en muchas batallas.

A todos los profesores de este Máster por enseñarme tantas cosas.

Y al Director de este Máster D. Dr. Ignacio Aguaded Gómez, por estar ahí siempre que se le necesita aunque tenga mil doctorandos y ande siempre dando vueltas por el mundo.

Por todo ellos y mucho más...

Gracias de corazón.

Índice

RESUMEN.....	10
INTRODUCCIÓN.....	12
I. MARCO TEÓRICO.....	17
1.1 LA ALFABETIZACIÓN MEDIÁTICA EN EL ENTORNO DIGITAL.....	19
1.1.1 Alfabetización mediática y alfabetización digital: revisión del término....	19
1.1.2 La medición del fenómeno mediático.....	20
1.1.3 Competencia digital.....	22
1.2 LA ALFABETIZACIÓN MEDIÁTICA EN SALUD.....	23
1.2.1 Alfabetización en salud: concepto y dimensiones.....	26
1.2.2 La eSalud (eHealth) o sanidad electrónica.....	27
1.3 TENDENCIAS DEL USO DE INTERNET SOBRE SALUD.....	30
1.4 LA eSALUD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.....	32
1.5 LA MEDICIÓN DE LA eSALUD.....	33
1.5.1 eHEALS: Escala de competencia en eSalud.	35
1.5.2 Usos y validaciones de la eHEALS en otros países.....	36
1.6 RELACIÓN ENTRE ALFABETIZACIÓN MEDIÁTICA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO.....	38
1.6.1 Concepto de bienestar psicológico.....	39
1.6.2 Indicadores del bienestar psicológico.....	40
1.6.2.1 Satisfacción con la Vida.....	41
1.6.2.2 Vitalidad subjetiva.....	42

1.6.2.3 Autoestima.....	43
1.6.3 Relación entre alfabetización mediática en salud y bienestar psicológico.....	44
II. INVESTIGACIÓN.....	47
2.1 CONTEXTUALIZACIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	49
2.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	50
2.3. DISEÑO Y METODOLOGÍA.....	51
2.1 Procedimiento.....	51
2.2 Instrumentos	52
2.3. Participantes	54
2.4 Análisis de los datos.....	55
2.4. RESULTADOS.....	55
2.4.1 Propiedades psicométricas de la eHEALS.....	55
2.4.1.1 Análisis factorial exploratorio.....	55
2.4.1.2 Análisis de consistencia interna.....	57
2.4.1.3 Análisis de estabilidad temporal.....	57
2.4.1.4 Análisis factorial confirmatorio.....	57
2.4.1.5 Análisis de invarianza.....	59
2.4.2 Estadísticos descriptivos y correlaciones bivariadas.....	60
2.5. DISCUSIÓN.....	61
2.5.1. Limitaciones.....	64
2.5.2 Futuras líneas de investigación.....	65
2.6 CONCLUSIONES GENERALES.....	66
III. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
IV. ANEXOS.....	86

4.1 eHEALS: <i>eHealth Literacy Scale</i>	88
4.2 Versión final del cuestionario	92
4.3 Fotos de la recogida de datos.....	96

Resumen

El objetivo principal del estudio fue adaptar y validar al contexto español la *eHealth Literacy Scale* (eHEALS; Norman y Skinner, 2006a). Se utilizó una muestra de 447 estudiantes universitarios de edades comprendidas entre los 18 y los 45 años. El análisis factorial exploratorio mostró una estructura monofactorial que explicó el 52.55% de la varianza, con elevados pesos factoriales de sus ítems. Además, la versión española del eHEALS obtuvo niveles satisfactorios de consistencia interna y de estabilidad temporal tras 30 días de la administración del test. El análisis factorial confirmatorio indicó que el ajuste del modelo propuesto fue aceptable. Por último, se comprobó la invarianza por género, así como la validez de criterio mediante un análisis de correlación. Los resultados mostraron relaciones positiva y estadísticamente significativas entre la aptitud en eSalud, la satisfacción con la vida, la vitalidad subjetiva y la autoestima del alumnado. Estos resultados apoyan el uso del eHEALS para medir la aptitud en eSalud en el contexto educativo universitario.

Introducción

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, 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 y 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 de algunos aspectos hasta ahora solo reservado a ciertos ámbitos o modelos como es el de la salud, cambiando diametralmente las relaciones diádicas preestablecidas tradicionalmente entre médico y paciente. 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 hasta donde conocemos, 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? ¿Consideran útiles los recursos de la web para auto-gestionar su salud? ¿Podría influir la alfabetización en eSalud en el bienestar psicológico de las personas? ¿Cómo se podría medir esto?

Por todo ello, y para dar respuesta a todos los interrogantes planteados, este trabajo pretende abordar la validación de la escala eHEALS, que es una escala canadiense diseñada para medir alfabetización mediática en salud. Esta escala ya ha sido validada en otros idiomas y contextos (Van der Vaart et al., 2011; Koo, Norman, y Chang, 2012), sin embargo no ha sido validada en el contexto español.

Este trabajo consta de dos partes fundamentales: el marco teórico, donde se abordan los fundamentos teóricos que sustentan este estudio y la investigación empírica, que incluye los objetivos y el trabajo empírico de investigación. Finalmente, se muestran la discusión, las limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación, así como las conclusiones.

A continuación, se presenta el marco teórico en el que se sustenta dicho estudio, donde se abordarán diferentes constructos importantes para esta investigación: la alfabetización mediática en el entorno digital, la alfabetización mediática en salud, la tendencia en el uso de internet sobre salud, la eSalud en

estudiantes universitarios, la medición de la eSalud y su relación con el bienestar psicológico.

I. MARCO TEÓRICO



I. MARCO TEÓRICO

1.1 La alfabetización mediática en la era digital

Hace aproximadamente veinte años que se produjo la incorporación masiva de la informática a nuestro entorno laboral y familiar. Por aquel entonces, hablar de tener varios dispositivos (portátil, ordenador, smartphone, tablet) en casa y en la oficina parecía insólito, pero hoy, la idea de que una persona tenga a su disposición dispositivos totalmente diferentes para usos parcialmente coincidentes nos parece lo más normal del mundo.

La gran revolución que han supuesto los cambios tecnológicos de este siglo, han modificado la forma de producir y consumir medios, transformando de forma radical el sector de la comunicación.

El acceso a las redes y recursos se ha democratizado de tal manera, que la creación de contenidos en línea ha generado un volumen de información que requiere que los países apoyen iniciativas de alfabetización mediática.

Al igual que hace unos años teníamos niños televisivos, estos cambios han dado lugar el hecho innegable de que hoy tenemos niños informatizados, entendiendo a estos, como niños que han nacido y crecido en una sociedad donde esta tecnología estaba instalada. La mayor parte de las personas pertenecemos a la generación que ha visto llegar esa tecnología, pero no es lo mismo verla llegar que ser nativo digital y crecer con ella. A pesar de la ventaja que

representa la gran capacidad que poseen las nuevas generaciones para manejar los nuevos dispositivos tecnológicos, Lara (2011), apunta que en general, los nativos digitales presentan cierta dificultad para gestionar información de diversa naturaleza, o para tener experiencias más satisfactorias en torno a sus prácticas digitales, tanto en la evaluación de la credibilidad de la información, en la construcción de su identidad digital o en la gestión de la privacidad. En este sentido coincidimos con esta autora y pensamos que es ahí donde la educación formal puede colaborar introduciendo habilidades de competencia digital que ayuden a los jóvenes a desenvolverse.

1.1.1 Alfabetización mediática y alfabetización digital: revisión del término.

Durante el siglo pasado la alfabetización mediática se centraba básicamente en la recepción crítica de los medios de comunicación en masa, como se puede observar en la definición del Ministerio de Educación de Ontario:

«Con la alfabetización mediática se pretende que los estudiantes desarrollen una comprensión razonada y crítica de la naturaleza de los medios de comunicación de masas, de las técnicas que utilizan, y de los efectos que estas técnicas producen» (Ministry of Education Ontario, 1989).

Cuando las TIC irrumpieron en los primeros años 90 del siglo pasado se empezó a hablar de la necesidad de una alfabetización digital para aprender a utilizar las tecnologías que estaban emergiendo. Desde entonces, la definición de qué se entiende por alfabetización digital, qué competencias requiere y cómo

adquirirlas, se ha enfocado principalmente desde dos planos distintos: uno, centrado en el componente más tecnológico y otro, centrado en su aspecto más comunicativo. (Lara, 2011). Desde la perspectiva de esta autora una vez integradas las TIC y su presencia en la sociedad de manera natural, nos debería sobrar el adjetivo “digital”, de tal forma que cuando hablásemos de alfabetización de la persona se sobreentendiese la alfabetización mediática y la competencia digital como aprendizajes básicos para la formación integral del ser humano en el siglo XXI.

Dada la complejidad de la actual sociedad de la información, autores como Bawden (2002), opinan que se necesita un concepto de alfabetización en consonancia con esta nueva era más amplio y complejo. Revisiones de la literatura sobre el término, como la llevada a cabo por este autor, reflejan la disparidad de conceptos y categorías propuestos por muchos autores: desde el concepto básico de alfabetización hasta la expansión de ésta en subcategorías más acordes con los intrincados entornos informacionales. Algunas de estas definiciones como la alfabetización informática, la bibliotecaria y la alfabetización en medios, están ampliamente basada en destrezas específicas; otras sin embargo, conducen a conceptos más generales, como son la alfabetización informacional y alfabetización digital, que estando basadas en destrezas más simples, se apoyan en conocimiento, percepciones y actitudes.

Para autores como Gutiérrez y Tyner (2012), la clarificación del término alfabetización mediática es fundamental, ya que con la llegada de la nueva tecnología digital el estudio de medios se limita en algunos casos al de su funcionamiento y manejo, es decir, de la capacitación técnica más que de la educación mediática en sí. No es nueva la dicotomía que viene produciéndose

desde hace tiempo entre educar «con» medios o educar «sobre» medios, pero en la actualidad la que predomina sigue siendo la primera. Gutiérrez y Tyner (2012) vienen señalando la necesidad de revisar el concepto, los contenidos y objetivos de la «alfabetización» que desde su punto de vista, en el momento en el que nos encontramos debería ser digital, modal y mediática.

Por otro lado, autores como Buckingham (2011) analizan la confusión generada en torno a los dos conceptos con lo que comenzamos este apartado «*media literacy*» y «*digital literacy*» (alfabetización mediática y alfabetización digital). El significado de la primera suele ser más amplio y englobar cine, radio, prensa, televisión; mientras que la segunda, suele ser más restringida y relacionado con la tecnología en sí.

1.1.2 La medición del fenómeno mediático

La tecnología siempre ha definido en parte la alfabetización. Antes de la imprenta, lo que definía la alfabetización era la oralidad, la capacidad para transmitir ideas y pensamientos e información, a través de la voz. Hoy por hoy, este concepto vuelve a cambiar en un mundo saturado de medios, donde las TIC son en parte, responsables y protagonistas de la transformación de la Sociedad de la Información en la que nos encontramos. Toda nuestra actividad sociocultural, está mediatizada por este tipo de tecnologías y los nuevos medios requieren de nuevas alfabetizaciones. Como señala Lara (2011) Cada nueva tecnología de la información y la comunicación desarrollada por el hombre acaba por modificar la forma en que estructura y procesa su pensamiento. Los productos que resultan de esas tecnologías reflejan a su vez esas formas de pensar y de mirar al mundo.

En este sentido, han sido muchos los esfuerzos por medir el fenómeno. La Unión Europea, en la Cumbre de Lisboa del año 2000, propuso una serie de prioridades y objetivos para el desarrollo de esta nueva sociedad de la información. Entre las primeras propuestas realizadas destacaban: dar acceso a la juventud europea a la era digital, abaratar el acceso a internet, acelerar la implantación del comercio electrónico y alcanzar una red rápida para investigadores y estudiantes, la salud y la administración en línea.

Como indican autores como Martínez-Cerdá y Pérez-Tornero (2011), la creación de estos indicadores debía reflejar del modo más fiel posible el progreso realizado en el sector de las comunicaciones. Sin embargo, la mayoría de tales indicadores se enfocaron de un modo unidimensional aceptando el paradigma difusionista que postulaban que el acceso a los recursos garantizaría el progreso. Ninguno de ellos se ocupaba de considerar ni los usos cualitativos de las tecnologías por parte de los ciudadanos, ni la relación entre las tecnologías, las capacidades y las competencias de los ciudadanos. Por tanto, dejaban en un segundo plano el uso cualitativo de esas tecnologías por parte de los usuarios con el consiguiente impacto sobre sus actividades y su vida cotidiana.

Según Pérez-Tornero y Martínez-Cerdá (2011) la simple difusión de las TICs no ha venido acompañada de una mayor capacitación de los ciudadanos y de una mejor actitud crítica de éstos ante los medios.

Pese a la creciente conciencia de la debilidad de los indicadores habituales, el nuevo sistema de indicadores adoptado por la Unión Europea para el período 2010-2015 no ha avanzado lo suficiente en la superación de estas deficiencias. No

obstante, algunos sectores de la misma Comisión Europea han impulsado otros sistemas de indicadores que si tienen en cuenta el desarrollo de la alfabetización mediática. Así surgen, por un lado, el concepto de competencia digital (Comisión de las Comunidades Europeas, 2007), y por otro, el concepto de alfabetización mediática, más amplio que aquel. Ambos conceptos expresan la importancia que tiene la adquisición de nuevas competencias y habilidades en relación con las TICs y los medios.

Otro autores como Pérez y Delgado (2012) coincidiendo con esta idea, opinan que a pesar de cantidad de experiencias que se están llevando a cabo en comunicación, aún son pocas las investigaciones que tratan de definir de manera precisa los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para considerarse competente en este sentido. Plantean la necesidad de una convergencia terminológica para elaborar recursos que lleven a cabo actuaciones didácticas eficaces en la sociedad.

1.1.3 Competencia digital.

La expansión de las TICs y la digitalización han modificado los medios y la relación con los usuarios, lo que ha dado lugar a nuevos enfoques sobre alfabetización mediática. No se trata ya de educar como receptores de prensa radio y televisión, sino de capacitar para un uso crítico de TIC (dispositivos móviles de todo tipo, internet, videojuegos, redes sociales, WebTV, pantallas digitales interactivas, comunidades virtuales, etc.).

Según Gutiérrez y Tyner (2012), la alfabetización mediática e informacional se centran en cinco competencias básicas: comprensión, pensamiento crítico, creatividad, consciencia intercultural y ciudadanía.

Desde finales del siglo XX se viene hablando del aprendizaje basado en competencias. La Comisión Europea de Educación ha establecido unas competencias claves que son necesarias para el aprendizaje de las personas a lo largo de la vida. En este contexto, España a través de la Ley Orgánica de Educación, pasa a considerar las competencias básicas como una meta educativa básica en la escolarización obligatoria. En el Real Decreto 1513/2006, de 7 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas de la Educación Primaria, se contemplan ocho competencias básicas, entre las que se encuentra la de «Tratamiento de la información y competencia digital», que consistiría en: disponer de habilidades para buscar, obtener, procesar, comunicar información y transformarla en conocimiento. Por tanto, se incorporan diferentes habilidades, que van desde el acceso a la información hasta su transmisión en distintos soportes una vez tratada, incluyendo la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación como elemento esencial para informarse, aprender y comunicarse. En definitiva, tener una aplicación práctica para nuestra propia vida.

En esta línea, en el siguiente apartado profundizaremos en un tipo de alfabetización mediática cada vez más necesaria para nuestra vida, como es la alfabetización mediática en salud y que será objeto de medición de nuestro estudio.

1.2 Alfabetización mediática en salud, más allá de la alfabetización general.

Internet es una fuente de rápido crecimiento en los servicios de salud e información. A la mayor parte de los adolescentes y adultos jóvenes les resulta fácil utilizar esta herramienta para comunicarse y buscar información (en particular, sobre temas de salud). No obstante, a pesar de que la mayor parte de los estudiantes poseen acceso a esta tecnología, carecen de conocimientos acerca de la búsqueda y evaluación de información sobre salud que se halla en internet (Stellefson et al., 2011).

La "Web 2.0", describe una serie de aplicaciones que proporciona internet para mejorar la participación, la colaboración, la transparencia, las redes sociales y el intercambio de información entre las personas. Estos nuevos sistemas tienen un gran potencial para mejorar las prestaciones en salud y el intercambio de información en cualquier momento y donde sea necesario, incluyendo el uso de los nuevos dispositivos móviles.

Siguiendo con la línea anterior y para poder entender las necesidades subyacentes de esta era cambiante, consideramos también necesaria una revisión terminológica que permita comprender como medir el fenómeno que nos ocupa en nuestro estudio.

1.2.1 *La alfabetización en salud: Concepto y dimensiones.*

El concepto «alfabetización en salud» (AES) es una traducción del término inglés *health literacy*, introducido en los años 70 en el mundo anglosajón. A pesar de que existen múltiples definiciones en inglés y traducciones en español, este es el término que cada día va ganando más reconocimiento entre la comunidad científica internacional (Sørensen et al., 2012; Baker, 2006).

A pesar de la unanimidad entre diversos autores sobre la importancia del término, hoy por hoy no existe una definición consensuada, y sus dimensiones siguen siendo objeto de controversia (Sørensen et al., 2012). Además, en la actualidad, la medición del constructo alfabetización en salud sigue siendo un problema (Jordan, Osborne, y Buchbinder, 2011).

Entre las definiciones de *health literacy*, una de las más conocidas y utilizadas es la que recoge la OMS en su glosario de términos de Salud Pública que la define como: «*las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud*» (OMS, 1998).

Según esta definición, la alfabetización para la salud supone alcanzar un nivel de conocimientos, habilidades personales y confianza que permiten adoptar medidas que mejoren la salud personal y de la comunidad. De esta manera, la alfabetización para la salud debe ser algo más que el reflejo de la simple lectura de un folleto o pedir citas, siendo crucial para el empoderamiento de las personas. En este sentido, Falcón y Luna (2012) apuntan que:

«La alfabetización en salud debe ir más allá de la alfabetización general, no solo el saber leer el prospecto de un medicamento o entender la información que nos facilita el profesional sanitario respecto a un tratamiento, sino que implica saber cómo acceder a la información adecuada, interpretarla, juzgarla y aprovecharla para tomar decisiones bien fundamentadas sobre nuestra propia salud y la de nuestra comunidad».

Esta definición de Falcón y Luna (2012) nos pone en la antesala de la definición de alfabetización en salud en la era digital (eHealth).

1.2.2 La eSalud o sanidad electrónica.

La aplicación de las TIC al campo de la salud ha dado lugar a la eSalud (*electronic Health* o *eHealth* en inglés). Este término que ha generado multitud de definiciones desde su aparición, ya que la eSalud ha heredado los problemas de definición que tiene, ya en sí mismo, el término salud. En este sentido, Eysenbach (2001) intentó definir el término *e-health*¹ 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

¹ La palabra que apareció inicialmente fue e-health, aunque en la actualidad es más utilizado el término eHealth (Oh, Rizo, Enkin, y Jasad, 2005).

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 (e.g., Eysenbach, 2008; Jadad, 2004; Lorca y Jadad, 2006; Xie, 2012). Los beneficios 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, y Gray, 2003).

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, 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 del paciente, influyen en la esfera más íntima e importante de la asistencia sanitaria: la relación médico-paciente (Ball y 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 (2010) apuntan que el médico sigue siendo la primera fuente de información para los ciudadanos.

En el siguiente apartado expondremos como han cambiado las tendencias de la búsqueda de salud a través de las TIC.

1.3 Tendencias del uso de internet como fuente de información sobre salud.

En la primera década del siglo XXI, internet evoluciona con la aparición de la Web 2.0 (O`Rilley, 2005) generando un cambio de paradigma en la manera de gestionar la información. Con la 2.0 se consigue transformar Internet en una plataforma donde aprovechar la inteligencia colectiva. El software se hace más ligero, sin limitaciones y además se rompe el ciclo de actualizaciones, pasando al uso de versiones betas. Gracias a las nuevas herramientas (blogs, wikis, comunidades virtuales, etc.), los usuarios pueden crear información, compartirla, evaluarla, difundirla..., pasando de ser un consumidor pasivo de información a un *prosumidor* (neologismo que suma la acción del productor y consumidor).

En Estados Unidos, el 61% de los adultos buscan información sobre salud en la red, siendo la tercera fuente de información según el estudio que realiza

anualmente *Pew Internet & American Project* (Fox, 2011). El 60% de estos adultos reconocen que la información encontrada en internet repercute en la toma de decisiones relacionadas con su salud. En lo que respecta a Europa, los datos del Eurostat de 2008 indican que el 27,6% de los europeos buscan información sobre salud en Internet, bien para ellos o bien para sus familiares.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2012), 2 de cada 3 hogares españoles disponen de conexión de banda ancha a internet, la mitad de la población española lo utiliza a diario y un 56% utilizan un dispositivo móvil para acceder a internet. En lo que respecta a la evolución de la tendencia del uso de las nuevas tecnologías en España (grupos de 16 a 74 años), ha ido, como era de esperar, en aumento. Con respecto a los datos procedentes de la Unión Europea, el porcentaje de personas que utilizan regularmente internet asciende al 69%.

Las actividades que realizan los internautas (o e-pacientes) en internet no se limitan a la búsqueda de información, sino que también abarcan actividades relacionadas con la creación y difusión de información, la comunicación entre iguales y la gestión de su enfermedad. Todo esto permite cubrir necesidades que el sistema sanitario ofrece de manera limitada a los pacientes: apoyo emocional de pares, ayuda en la toma de decisiones, consejos sobre situaciones cotidianas de la enfermedad, etc. (Diario Médico, 2010). Todos estos datos demuestran que los recursos electrónicos juegan un papel cada vez más importante en la vida de las personas.

Como indican Jiménez, García, Martín y Bermúdez (2007), el uso de las TIC para acceder a información sobre salud y bienestar se ha convertido en una necesidad para muchos ciudadanos en todo el mundo, entre ellos se incluyen:

estudiantes, usuarios de internet sin patologías, pacientes y profesionales de la salud. Prueba de ello, es que la información sobre salud es uno de los temas más investigados en internet. De hecho, como se comentó anteriormente, 8 de cada 10 usuarios estadounidenses afirman conectarse a internet solo para obtener información sobre salud, por lo que es una de las actividades mayoritarias en la web junto con la lectura del correo y el acceso a las redes sociales (Fox, 2011).

1.4 Alfabetización mediática en salud en estudiantes universitarios.

La última encuesta 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 estudiantil (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.

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 mediática en salud, radica en que la información y los recursos a través de la cual se presenta esta, 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.

1.5 Medición de la alfabetización mediática en salud

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 (Nutbeam, 2000).

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.

Las nuevas tecnologías en salud sólo son útiles cuando las personas son capaces de usarlas. Si nos planteamos casos como el 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 y Skinner, 2006b). En este sentido, parece poco probable que la ciber-salud proporcione beneficios a nivel general, ya que requiere mucho más que la capacidad de lecto-escritura 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 y Skinner, 2006b).

En opinión de estos autores, la alfabetización en eSalud debería estar compuesta por seis habilidades básicas: (1) la alfabetización tradicional, (2) educación para la salud, (3) la alfabetización en información, (4) la formación científica, (5) la alfabetización mediática, y (6) la alfabetización informática; y es por esto que se hacía necesario el desarrollo de medios para evaluarlas. De hecho, medir la alfabetización en eSalud no es un proceso sencillo. La mayoría de estudios empíricos usan la *eHealth Literacy Scale* (Norman y Skinner, 2006a) y lo complementan con algún instrumento para medir la alfabetización en salud (para una revisión ver Collins, Currie, Bakken, Vawdrey, y 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 (e.g., Xie, 2011).

1.5.1 eHEALS: escala de competencia en eSalud.

La escala de aptitud para la sanidad electrónica (eHEALS) fue desarrollada por Norman y Skinner (2006a) para hacer frente a la necesidad de evaluar la alfabetización mediática en salud en una amplia gama de poblaciones y contextos. En concreto, la eHEALS es una herramienta basada en la percepción subjetiva que tienen los sujetos acerca las habilidades y conocimientos que poseen sobre la eSalud o sanidad electrónica. El instrumento fue diseñado para proporcionar una estimación general sobre el uso de la sanidad electrónica en la toma de decisiones clínicas y la planificación de la promoción de la salud con individuos o poblaciones específicas.

La escala se pilotó sobre un grupo de jóvenes, basándose en la presunción de que ésta es la porción de la población más familiarizada con el uso de las

nuevas tecnologías. Según las revisiones encontradas por Norman y Skinner (2006a) el 99% de los adolescentes en Canadá tiene acceso a internet y utilizaba este recurso a menudo para búsquedas de salud.

La eHEALS está compuesta por un total de 8 ítems, que se agrupan para obtener una medida unidimensional de la aptitud en salud. En el estudio de Norman y Skinner (2006a) la escala presentó una buena consistencia interna ($\alpha = .88$), una estabilidad temporal aceptable y obtuvo un único factor o dimensión en el análisis factorial exploratorio. En definitiva, estos autores (Norman y Skinner, 2006a) aportaron a la comunidad científica una escala válida y fiable para medir la alfabetización mediática en salud. No obstante, en el artículo los autores no presentaron un análisis factorial confirmatorio.

La escala eHEALS ha sido traducida a varios idiomas y validada en varios contextos culturales. A continuación, se tratarán brevemente cada una de estas adaptaciones de la escala original.

1.5.2 Usos y validaciones de la eHEALS en otros países.

La eHEALS en su versión original así como sus validaciones en otras poblaciones han sido utilizada en diferentes estudios (e.g., Neter y Brainin, 2012; Ossebard, Seydel, y Gemert-Pijnen, 2012; Xie, 2011). Hasta ahora, según la revisión de literatura realizada para este estudio, se han publicado cuatro validaciones de la eHEALS original: una con población holandesa, otra con población china, otra con japoneses y la última, publicada recientemente, con una pequeña muestra de universitarios colombianos.

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 muestra la versión holandesa de la eHEALS mostró buenas propiedades psicométricas.

autores de la escala original) y fue validada en una población de escolares. 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 salud 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, Shibata, Ishii, Okazaki, y Oka, 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 adecuados. 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.

Por último, la validación y adaptación al contexto cultural colombiano de la eHEALS ha sido publicada hace apenas unos meses (Rojas y 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

1.6 Relación entre la alfabetización mediática en salud y el bienestar psicológico

Una vez tratados conceptos como la alfabetización mediática, la alfabetización mediática en salud (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 y el bienestar psicológico de los estudiantes universitarios.

1.6.1 Concepto de bienestar psicológico

El bienestar ha sido estudiado fundamentalmente desde dos perspectivas diferentes (Ryan y 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, y Martín-Albo, 2011). Mientras que en la perspectiva eudaimónica, el bienestar está ligado al desarrollo del potencial humano (Romero, García-Mas, y 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 y 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 y Ryan, 1985, 2000). La TAD, que es una teoría empírica de la motivación humana, el desarrollo y el bienestar (Deci y Ryan, 2008), trata el concepto eudaimónico como un aspecto central en la definición del bienestar (Ryan y 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 (e.g., Balaguer, Castillo, y Duda, 2008; Molina-García, Castillo, y Pablos, 2007; Molina-García, Castillo, y Queralt, 2011).

1. 6. 2. Indicadores del bienestar psicológico

La mayoría de autores (e.g., Lucas, Diener, y Suh, 1996; Kafka y 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 (e.g., Casullo y Castro, 2000; Keyes et al., 2002; Van Dierendonck, Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, y 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 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 y 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 y Ryan, 1985, 2000; Ryan y

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 (e.g., Castillo y Molina-García, 2009; Molina-García et al., 2007).

1. 6.2.1 Satisfacción con la Vida.

La satisfacción con la vida es considerado un componente del bienestar subjetivo y se define como una evaluación global que la persona hace sobre su vida (Pavot, Diener, Colvin, y 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, y 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, y Griffin, 1985). Este instrumento tiene dos versiones muy similares en castellano (Atienza et al., 2000; Núñez, Martín-Albo y Domínguez, 2010) y ha sido utilizado en numerosos estudios (e.g., Balaguer et al., 2008; Chico y Ferrando, 2008; Martín-Albo, Núñez, Navarro, y Grijalvo, 2009), en todos ellos la escala de satisfacción con la vida ha mostrado buenas propiedades psicométricas.

1.6.2.2 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 (e.g., enfermedades o fatiga) como por factores psicológicos (e.g., 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 y 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 y 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 (e.g., Balaguer, Castillo, Duda, y García-Merita, 2011; Rodríguez-Carvajal et al., 2010; Viladrich, Torregrosa, y Cruz, 2011).

1.6.2.3 Autoestima.

La autoestima es considerada como un indicador o medida del bienestar psicológico por la teoría de la autodeterminación (Ryan y 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 en diversas poblaciones: en población clínica (e.g., Vázquez, Jiménez, y Vázquez-Morejón, 2004; Vázquez, Vázquez-Morejón, y Bellido, 2013), con adolescentes (e.g., Pastor, Navarro, Tomás, y Oliver, 1997), en adultos (Salgado e Iglesias, 1995) y con estudiantes universitarios (Martín-Albo, Núñez, Navarro, y Grijalvo, 2007). Asimismo, también se ha empleado en otros estudios como medida del bienestar psicológico (e.g., Castillo y Molina-García, 2009; Fernández-Ozcorta, 2013; Molina-García et al., 2011).

1.6.3 Relación entre alfabetización mediática en salud y bienestar psicológico.

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 bienestar 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 y Hernández, 2007). Esto va en la línea con la teoría de la autodeterminación (Deci y Ryan, 1985) que establece que la satisfacción de la

necesidad de autonomía² influirá positivamente sobre el bienestar psicológico (Deci y Ryan, 2000).

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

²Necesidad de autonomía: comprende los esfuerzos de las personas por ser el agente, por sentirse el origen de sus acciones, y tener voz o fuerza para determinar su propio comportamiento (Deci y Ryan, 1991).

II. INVESTIGACIÓN



II. INVESTIGACIÓN

2.1 Contextualización y Justificación

En las últimas décadas, uno de los sectores que más cambios ha experimentado en nuestra sociedad y que más aportaciones ha generado en otros sectores, ha sido el de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). Más allá de los efectos generados por la tecnología en la mayor parte de los ámbitos sociales, lo que es indiscutible es la omnipresencia de los dispositivos multimedia en nuestra vida cotidiana, siendo más evidente, aún si cabe, entre las nuevas generaciones que muestran un mayor interés por los nuevos modos de aproximación a la información (Gutiérrez y Tyner, 2012).

La evolución de estas nuevas tecnologías fue tan vertiginosa, que a nivel mundial se generaron importantes demandas en pro de la reducción de la brecha digital. Buen ejemplo de ello fue la Cumbre de Lisboa celebrada por la Unión Europea en el año 2000, en la que se establecieron estrategias para el desarrollo de esta nueva sociedad fijando prioridades y objetivos como: dar acceso a la juventud europea a la era digital, abaratar el acceso a internet, acelerar la implantación del comercio electrónico y alcanzar una red rápida para investigadores y estudiantes, la salud y la administración en línea, entre otras (Pérez-Tornero y Martínez-Cerdá, 2011).

Según Pérez-Tornero y Martínez-Cerdá (2011), estas iniciativas llevadas a cabo por la Unión Europea partían de la idea de que la mera extensión de los

elementos técnicos (por ejemplo, la implantación de infraestructuras tecnológicas) o de factores facilitadores a su acceso (tales como el abaratamiento del uso) asegurarían el progreso, sin embargo los responsables de la política europea dirigían su atención sobre todo a factores relacionados con la evolución de los mercados tecnológicos y dejaban en segundo plano el uso cualitativo de esas tecnologías (con el consiguiente impacto sobre sus actividades y su vida cotidiana).

Pero entonces, ¿cómo saben si estas tecnologías están ayudando en el progreso económico?, o ¿hasta qué punto están teniendo impacto y repercusión en nuestras vidas? ¿Es la alfabetización mediática la solución al problema, o la medición del constructo ya supone un problema en sí? ¿Cómo afecta entonces a nuestro día a día este nuevo modelo de autogestión de nuestra salud a través de internet? ¿Proporciona este empoderamiento tecnológico beneficios a nivel psicológico? Para responder a todos estos interrogantes sería necesario abordar diferentes investigaciones, puesto que supone analizar un gran número de constructos. En concreto, en nuestro estudio, debido a la importancia que ha adquirido el uso de internet para buscar información sobre salud (e.g., Fox, 2011; Jiménez et al., 2007; Sanz-Valero, Castiel, Wanden-Berghe, y Quillis, 2006), vamos a centrarnos en intentar medir la competencia o aptitud en eSalud. Para ello, se pretende validar la escala eHEALS en el contexto universitario español.

2.2 Objetivos de la investigación

El objetivo principal del estudio fue adaptar y validar al contexto español la *eHealth Literacy Scale* (eHEALS) de Norman y Skinner (2006a). En base a este objetivo, se plantearon una serie de objetivos más específicos:

- Traducir y adaptar la eHEALS para una población española.
- Evaluar la fiabilidad y la validez de la versión en castellano del eHEALS (administrada a una población universitaria).
- Examinar las propiedades psicométricas de la versión española del eHEALS.
- Analizar la relación entre competencia en eSalud (medida a través del eHEALS) y bienestar psicológico en una población de universitarios españoles.

2.3 Diseño y Metodología

La presente investigación corresponde a un estudio instrumental (según la clasificación de Montero y León, 2007), ya que se tratará de adaptar y validar al contexto español la *eHealth Literacy Scale* (eHEALS).

2.3.1 Procedimiento

Para llevar a cabo el estudio, el primer paso fue solicitar el permiso de los autores del *eHealth Literacy Scale* (ver Anexo 1) para 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 3). Además, se informó que la participación en el estudio era voluntaria. El tiempo aproximado de cumplimentación fue de 15 minutos.

2.3.2 Instrumentos

Se utilizó un cuestionario (Anexo 2) que midió lo siguiente: género, edad, curso y titulación académica, uso general de internet, la aptitud en eSalud y el bienestar psicológico. En este sentido, el cuestionario estuvo formado por las siguientes 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 y 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.

2.3.3 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 ($M = 21.90$, $DT = 3.90$). 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.

2.3. 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 20.0 y AMOS 20.0.

2.4 Resultados

A continuación, se presentan los resultados de los diferentes análisis realizados.

2.4.1 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 ($\chi^2 = 1651.209$; $p < .001$). La consideración de estos 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 1). Tras la realización del análisis se comprobó que los 8 ítems se agrupaban en un único factor: competencia mediática en salud (o competencia en eSalud).

Tabla 1. *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 0.87.

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). Transcurridos 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 , $\chi^2/g.l.$, 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 1), 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

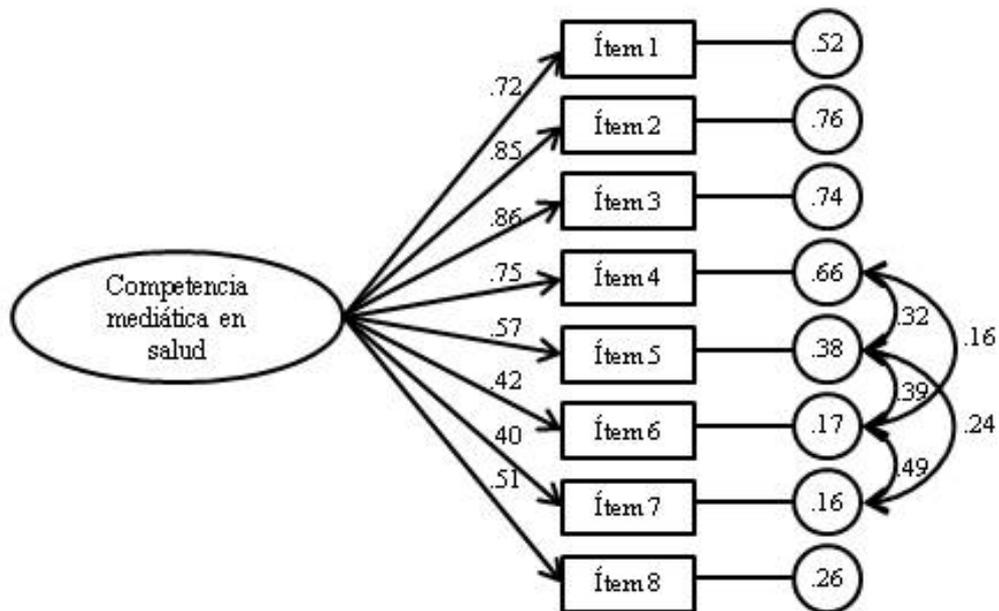


Figura 1. Análisis factorial confirmatorio de la versión en castellano del eHEALS. La elipse representa la variable latente y los rectángulos los diferentes ítems. Todos los parámetros están estandarizados y son estadísticamente significativos ($p < .05$). Las varianzas error se muestran en pequeños 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 2) 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 2. *Análisis Multigrupo de la Invarianza Factorial por Género*

Modelos	χ^2	<i>g.l.</i>	$\chi^2/g.l.$	$\Delta\chi^2$	$\Delta g.l.$	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.

2.4.2 Estadísticos descriptivos y correlaciones bivariadas

En la Tabla 3, 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 3. *Estadísticos Descriptivos y Correlaciones de las Variables*

Variables	Rango	M	DT	α	1	2	3	4
1. Competencia en eSalud	1-5	3.26	.74	.87	-	.16**	.16**	.12**
2. Satisfacción con la vida	1-5	4.08	.67	.81	-	-	.53**	.47**
3. Vitalidad subjetiva	1-5	3.99	.61	.83	-	-	-	.49**
4. Autoestima	1-4	3.35	.46	.82	-	-	-	-

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

2.5 Discusión

El objetivo principal de este trabajo de investigación ha sido validar en el contexto español la *eHealth Literacy Scale* (eHEALS; Norman y Skinner, 2006a), utilizando una muestra de estudiantes universitarios. 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 (eHEALS; Norman y 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 (Rojas y Useche, 2013). 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, 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 autopercebido (Lee, Arozullah, y 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 (e.g., Black et al., 2011; Dedding, Van Doorn, Winkler, y 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 (e.g., Castillo y

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, y Pena, 2011; Moreno-Murcia y Vera, 2011) como por la vitalidad subjetiva (Ryan y Frederich, 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 y 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 y 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.

2.5.1 Limitaciones

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 ha sido necesario correlacionar algunos errores (ítems 4, 5, 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. En segundo lugar, con un cuestionario auto-administrado 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 debería hacer o saber sobre lo que se le pregunta.

2.5.2 Futuras líneas de investigación o perspectivas de futuro

En cuanto a futuras líneas de investigación que se derivan de este trabajo, sería conveniente analizar la influencia de la aptitud en eSalud sobre el bienestar psicológico o 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 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.

2.6 Conclusiones

Como conclusión final, la versión española de la *eHealth Literacy Scale* (eHEALS) testada en este trabajo ha mostrado ser una escala válida y fiable para medir la aptitud en eSalud en el alumnado universitario.

A continuación, se van a detallar algunas de las conclusiones de este estudio de forma más concreta. Para ello, se hará referencia a los objetivos específicos que nos propusimos al comenzar este trabajo.

- Con respecto al primer objetivo específico (traducir y adaptar la eHEALS para una población española), se tradujo al castellano y adaptó con éxito la eHEALS.
- En relación con el segundo objetivo (evaluar la fiabilidad y la validez de la versión en castellano del eHEALS), se concluyó que la escala es válida y fiable para medir la aptitud en eSalud.
- El tercer objetivo fue examinar las propiedades psicométricas de la eHEALS. En este sentido, se obtuvo: una buena consistencia interna, una estabilidad temporal satisfactoria, los ítems se agruparon en un único factor (aptitud en eSalud), se encontraron unos índices de ajustes adecuados en el análisis factorial confirmatorio (tras correlacionar los errores de medida de los ítems

4,5,6 y 7), y la estructura factorial fue invariante en función del género. Por tanto, la versión en castellano de la eHEALS mostró una buenas propiedades psicométricas.

- En el último objetivo (analizar la relación entre la aptitud en eSalud y bienestar psicológico en universitarios), se obtuvo que la aptitud en eSalud correlacionaba positiva y significativamente con la satisfacción con la vida, con la vitalidad 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 concluyó 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.

III. REFERENCIAS



III. REFERENCIAS

- Aguaded, J. I. (2009). El Parlamento Europeo apuesta por la alfabetización mediática. *Comunicar*, 32, 7-8.
- Armoyanes, M., y 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., Pons, D., Balaguer, I., y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Baker, D. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 878-883.
- Balaguer, I., Castillo, I., y Duda, J. L. (2008). Motivación y bienestar en deportistas de competición. *Revista de Psicología del Deporte*. 17(1), 123-139.
- Balaguer, I., Castillo, I., Duda, J., y 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., y 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.
- Ball, M. J., y Lillis, J. (2001). E-health: transforming the physician/patient relationship. *International Journal of Medical Informatics*, 61, 1-10.
- Bawden, D. (2002). Information and Digital Literacy: A review of concepts. *Journal of Documentation*, 5, 361-408.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., y 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
- Black, A. D., Car, J., Pagliari, C., Anandan, C., Cresswell, K., Bokun, T., et al. (2011). The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview. *PLoS Medicine*, 8(1), e 1000387. doi: 10.1371/journal.pmed.1000387.
- Bonal, R., Marzán, M., Castillo, M., y Rubán, M. A. (2013). Alfabetización en salud en medicina general integral. Perspectivas en Santiago de Cuba. *MEDISAN*, 13(1), e126. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_1_13/san161713.htm
- Bostic, T. J., Rubio, D. M., y 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? Manifesto for Media Education Symposium*. London: Royal Institute of British Architects.

- Castillo, I., y 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., y Castro, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología*, 18(1), 35-68.
- Chico, E. y 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., y 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>
- Comisión de las Comunidades Europeas (2007). Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Un planteamiento europeo de la alfabetización mediática en el entorno digital. Recuperado de: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0833:FIN:ES:PDF>
- Dedding, C., Van Doorn, R., Winkler, L., y 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.
- Deci, E. L., y Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York: Plenum.
- Deci, E. L., y 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., y 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., y Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology*, 48, 182-185.

Diario Médico (2010). La nueva sanidad y los nuevos pacientes en la Web 2.0.

Recuperado

de:

http://static.diariomedico.com/docs/2010/07/12/sanidad_pacientes_web_2_0.pdf

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

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

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

Eurostat (2008). *Statistical office of the european communities*. Recuperado de

http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-07-001-

<INTRO/EN/KS-CD-07-001-INTRO-EN.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
- Falcón, M., y Luna, A. (2012). Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista Comunicación y Salud*, 2, 91-98.
- Ferguson, T., y Frydman, G. (2004). The first generation of e-patients. *BMJ*, 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.
- Fox, S. (2011). *Health topics: 80% of Internet users look for health information online*. Washington, DC: Pew Internet & American Life Project. Recuperado en <http://www.webcitation.org/62D0se6Gu>
- 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>.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M. M., y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Gutiérrez, A., y Tyner, K. (2012). Educación para los medios, alfabetización mediática y competencia digital. *Comunicar*, 38, 31-39. <http://dx.doi.org/10.3916/C38-2012-02-03>.

- 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.
- Harter, S. (1985). *Manual for the Self-Perception Profile for Children*. Denver, CO: University of Denver.
- INE (2012). Nuevas tecnologías de la información y la comunicación. Encuesta sobre equipamiento y uso de de tecnologías de la información y la comunicación en los hogares. Recuperado de: <http://www.ine.es/prensa/np738.pdf>.
- Instituto de Tecnologías 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/indicador_es_y_datos_tic_europa_y_espa_a_09_10_ite_.pdf
- 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](https://doi.org/10.1503/cmaj.1041276)
- Jiménez, J., García, J.F., Matín, J.L. y, 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>.
- Jordan, J. E., Osborne, R. H., y Buchbinder, R. (2011). Critical appraisal of health literacy indices revealed variable underlying constructs, narrow content and psychometric weaknesses. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 366-379.

- Kafka, G. J., y 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., y Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.
- Koo, M., Norman, C. D., y 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.
- Lara, T. (2011). Alfabetizar en la cultura digital. Recuperado de <http://tiscar.com/2011/07/17/alfabetizar-en-la-cultura-digital/>
- Lee, S. Y., Arozullah, A. M., y Cho, Y. I. (2004). Health literacy, social support, and health: a research agenda. *Social Science & Medicine*, 58(7), 1309-1321.
- Lorca, J. y Jadad, A. (2006). En busca del eBienestar: 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., y Suh, E. (1996). Discriminant validity of wellbeing measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Lupiáñez-Villanueva, F. (2010). 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

- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., y 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., y Grijalvo, F. (2009). Un modelo motivacional explicativo del bienestar psicológico en la Universidad. *Revista Mexicana de Psicología*, 26 (1), 41-50.
- Martínez-Cerdá, J. F., y Pérez-Tornero, J. M. (2011). *Alfabetización mediática: aproximación a su evolución europea en el criterio «Habilidades técnicas de uso de los medios de comunicación» durante el periodo 2005-10*. Trabajo presentado en I Congreso Internacional de Comunicación y Educación, Barcelona, España. Resumen recuperado en http://www.mediamilion.com/wp-content/uploads/2011/07/136jm_juanfran.pdf
- Ministry of Education Ontario (1989). *Media Literacy Resource Guide*. Recuperado en: <http://www.medialit.org/reading-room/canada-offers-ten-classroom-approaches-media-literacy>
- Mitsutake, S., Shibata, A., Ishii, K., Okazaki, K., y 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., y Pablos, C. (2007). Bienestar psicológico y práctica deportiva en universitarios. Motricidad. *European Journal of Human Movement*, 18, 79-91.
- Molina-García, J., Castillo, I., y Queralt, A. (2011). Leisure-time physical activity and psychological well-being in university students. *Psychological Reports*, 109, 453-460.
- Montero, I., y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Moreno-Murcia, J. A., y 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., y 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
- Norman, C. D., Skinner, H. A. (2006a). eHealth literacy 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., y 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., y 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.
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., Jadad, A. (2005). What is eHealth: a systematic review of published definitions. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), e1. doi: 10.2196/jmir.7.1.e1
- O'Reilly, T. (2005). What is Web 2.0. Design patterns and business models for the next generation of software. Recuperado de <http://oreilly.com/web2/archive/what-is-web-20.html>.
- Ossebard, H. C., Seydel, E. R., y 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
- OMS (1998). *Health promotion glossary*. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf
- Pastor, A., Navarro, E., Tomás, J. M., y Oliver, A. (1997). Efectos de método en escalas de personalidad: la escala de autoestima de Rosenberg. *Psicológica*, 18, 269-283.
- Paasche-Orlow, M. K., y Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcome. *American Journal of Health Behavior*, 31(Suppl. 1), 19-26.

- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C.R., y 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.
- Pérez, M.A., y Delgado, A. (2012). De la competencia digital y audiovisual a la competencia mediática: dimensiones e indicadores. *Revista Comunicar* 9, 25-34. doi: 10.3916/C39-2012-02-02
- Pérez-Tornero, J. M., y 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
- Powell, J. A., Darvell, M., y 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.
- Real Decreto 1513/2006, de 7 de diciembre, por el que se establecen las enseñanzas mínimas de la Educación Primaria. (BOE núm. 293).
- Rey, L., Extremera, N., y Pena, M. (2011). Inteligencia emocional percibida, autoestima y satisfacción con la vida en adolescentes. *Psychosocial Intervention*, 20(2), 227-234.
- Rodríguez-Carvajal, R., Díaz, D., Moreno-Jiménez, B., Blanco, A., y Van Dierendonck, D. (2010). Vitalidad y recursos internos como componentes del constructo de bienestar psicológico. *Psicothema*, 22(1), 63-70.
- Rojas, D. F., y Useche, B. (2013). Alfabetización digital en salud: un análisis del constructo en la escala "eHealth Literacy Scale- eHeals" Traducida al Español.

RevistaSalud.com, 9(36). Recuperado de <http://revistaesalud.com/index.php/revistaesalud/article/view/639>

Romero, A., García-Mas, A., y 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., y Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation on intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.

Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. En S. Fiske (Ed.), *Annual review of psychology*. 141-166. Palo Alto, CA: Annual Reviews, Inc.

Ryan, R. M., y 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.

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

- Sanz-Valero, J., Castiel, L. D., Wanden-Berghe, C., y Quillis, V. J. (2006). Internet y la búsqueda de información en salud pública: desde la relevancia hacia la «relevancia». *Gaceta Sanitaria*, 20(2), 159-160.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., y Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. doi:10.1186/1471-2458-12-80
- Stellefson, M., B, Hanik., Chaney, B., Chaney, D., Tennant, B., Chavarría, EA. (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
- Toduka, Y., Doba, N., Butler, J. D., y Paasche-Orlow, M. K. (2009). Health literacy and physical and psychological wellbeing in Japanese adults. *Patient Education and Counseling*, 75, 411-417.
- 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., y 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., y 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., y 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.
- Viladrich, C., Torregrosa, M., y Cruz, J. (2011). Calidad psicométrica de la adaptación española del Cuestionario de Regulación Conductual en el Deporte. *Psicothema*, 23(4), 786-794.
- 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. *Library & Information Science Research*, 34, 63-71. doi:10.1016/j.lisr.2011.07.006

IV. ANEXOS



IV ANEXOS

4.1 Anexo

eHEALS: *eHealth Literacy Scale*

I would like to ask you for your opinion and about your experience using the Internet for health information. For each statement, tell me which response best reflects your opinion and experience *right now*.

1. How **useful** do you feel the Internet is in helping you in making decisions about your health?

o1	o2	o3	o4	o5
Not useful at all	Not useful	Unsure	Useful	Very Useful

2. How **important** is it for you to be able to access health resources on the Internet?

o1	o2	o3	o4	o5
Not important at all	Not important	Unsure	Important	Very important

3. I know **what** health resources are available on the Internet

- 1) Strongly Disagree
- 2) Disagree
- 3) Undecided
- 4) Agree
- 5) Strongly Agree

4. I know **where** to find helpful health resources on the Internet

- 1) Strongly Disagree
- 2) Disagree
- 3) Undecided
- 4) Agree
- 5) Strongly Agree

5. I know **how** to find helpful health resources on the Internet

- 1) Strongly Disagree
- 2) Disagree
- 3) Undecided
- 4) Agree
- 5) Strongly Agree

6. I know **how to use** the Internet to answer my questions about health

- 1) Strongly Disagree
- 2) Disagree
- 3) Undecided
- 4) Agree
- 5) Strongly Agree

7. I know how to use **the health information** I find on the Internet to help me

- 1) Strongly Disagree
- 2) Disagree
- 3) Undecided
- 4) Agree
- 5) Strongly Agree

8. I have the skills I need to **evaluate** the health resources I find on the Internet

- 1) Strongly Disagree

- 2) Disagree
- 3) Undecided
- 4) Agree
- 5) Strongly Agree

9. I can tell **high quality** health resources from **low quality** health resources on the Internet

- 1) Strongly Disagree
- 2) Disagree
- 3) Undecided
- 4) Agree
- 5) Strongly Agree

10. I feel **confident** in using information from the Internet to make health decisions

- 1) Strongly Disagree
- 2) Disagree
- 3) Undecided
- 4) Agree
- 5) Strongly Agree

Thank you!

** Note: Questions #1 and #2 are recommended as supplementary items for use with the eHEALS to understand consumer's interest in using eHealth in general. These items are not a formal part of the eHealth Literacy scale, which comprises questions #3-10.*

4.2 Anexo

Versión final del cuestionario

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? <input type="checkbox"/> En el PC <input type="checkbox"/> En el móvil <input type="checkbox"/> En la tablet
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> 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?	1	2	3	4	5

	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?	1	2	3	4	5

	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

	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Neutro	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
En relación con tu vida en general...					
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	1	2	3	4	5
6. Me siento activado/a (siento que tengo mucha energía)	1	2	3	4	5

	Totalmente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Marca con una X la respuesta que más te identifica en torno a estos sentimientos o pensamientos:				
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

Muchas gracias por tu colaboración

4.3 ANEXO

Fotografía de la recogida de los datos.







