

**EVALUACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE INFORMACIÓN MÉDICA DIGITAL
MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA DCU (*USER CENTERED
DESIGN*) PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON
PROBLEMAS DE DEPRESIÓN**

JUAN GUILLERMO JARAMILLO GRISALES

**UNIVERSIDAD EAFIT
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA EN MERCADEO
MEDELLÍN
Septiembre de 2017**

**EVALUACIÓN DE UNA HERRAMIENTA DE INFORMACIÓN MÉDICA DIGITAL
MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE LA METODOLOGÍA DCU (*USER CENTERED
DESIGN*) PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON
PROBLEMAS DE DEPRESIÓN**

**Trabajo presentado como requisito parcial para optar al título de magíster en
Mercadeo**

JUAN GUILLERMO JARAMILLO GRISALES¹

Asesor temático: Juan Carlos Monroy Osorio, M. I.

Asesor temático: Yaromir Muñoz Molina, Ph. D.

**UNIVERSIDAD EAFIT
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA EN MERCADEO
MEDELLÍN**

Septiembre de 2017

¹ juangujaragris@gmail.com

Evaluación de una herramienta de información médica digital mediante la utilización de la metodología DCU (*user centered design*) para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de depresión

Resumen

Este estudio es de carácter exploratorio y busca determinar, por medio de la metodología de diseño centrado en el usuario (DCU), el planteamiento de un escenario óptimo para construir una herramienta médica digital para orientar a hombres y mujeres con problemas de depresión o a personas que cuiden de un familiar o pariente cercano entre los 18 y 44 años con la misma patología. Se aplicaron entrevistas a profesionales de la salud y encuestas a pacientes para conocer las necesidades de información u orientación médica necesaria durante la preconsulta médica para así orientarlos hacia una mejor toma de decisiones con el fin de asegurar la seguridad, la efectividad y la orientación temprana en urgencias mediante la utilización de herramientas de comunicación digital para aumentar la cobertura y la inmediatez en la consulta.

Palabras clave: comunicación digital, enfermedades, salud mental, prevención, depresión.

Abstract

This exploratory study and seeks to determine by means of the User-Centered Design (DCU) methodology to propose an optimal scenario to build a digital medical tool to guide men and women with depression problems, or People who care for a relative or close relative between the 18 and 44 years with the same pathology, interviews will be conducted with health professionals, surveys for patients to know the information needs or medical guidance needed during the pre-consultation and thus guide them to a better decision making, ensuring safety, effectiveness and early guidance in emergencies, using digital communication tools in health to increase the coverage and immediacy in the consultation.

Keywords: *digital communication, diseases, mental health, prevention, depression.*

1. INTRODUCCION

La salud, tal como la define la Organización Mundial de la Salud (OMS), no solo es la ausencia de enfermedades, sino que es un estado de completo bienestar físico, mental y social. Al ser un tema tan importante en el mundo y que compromete a tantas personas, es una de las prioridades que el mundo moderno tiene presente; con la evolución de los sistemas de salud precisamente, y con el propósito de buscar nuevas maneras de ser más eficientes y de combatir enfermedades que cada vez evolucionan más, es necesario desarrollar nuevas formas, canales y estrategias para afrontar el entorno cambiante de los sistemas de salud.

En lo que respecta al tema de salud mental, se encuentra que una de cada cuatro personas en el mundo será afectada por desórdenes mentales o neurológicos en algún momento de su vida; se estima que alrededor de 450 millones de personas hoy en día sufren tal condición, lo que significa que los desórdenes mentales lideran las causas de enfermedades de salud o discapacidad en el mundo entero.

La depresión es una enfermedad común en el mundo entero, con un estimado de 350 millones de personas afectadas; cuando la misma se extiende y es de moderada o de severa intensidad, llega a ser una condición seria de salud que puede causar a las personas pobre funcionalidad en el trabajo y la escuela y afectar la relación con la familia; en el peor de los casos puede desencadenar un suicidio. Las estadísticas han demostrado que cerca de 800 mil personas mueren al año por causa de suicidio y es la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años de edad.

Al tomar lo anterior como un punto de partida, y al saber que existen tratamientos disponibles, se estima que dos de cada tres personas con conocidos desórdenes mentales nunca buscan ayuda de un profesional de salud debido a la

estigmatización y la discriminación y al poco conocimiento acerca del cuidado preventivo de la salud mental. Aunque existen tratamientos efectivos y conocidos para la depresión, menos de la mitad de las personas afectadas en el mundo reciben tratamiento, pero en muchos países es peor, porque apenas acceden a él cerca del 10%.

Muchas de las barreras que existen para que lo mencionado ocurra para el cuidado efectivo de la enfermedad incluyen la pérdida de los recursos en el sistema de salud, la pérdida o el poco entrenamiento en los profesionales de la salud, la estigmatización social asociada con los desórdenes mentales y las entrevistas inexactas; en algunos países las personas con depresión no son diagnosticadas de manera correcta y otras que no tienen la enfermedad son con frecuencia mal diagnosticados y están recibiendo terapia con antidepresivos (World Health Organization, 2016).

Para mejorar muchas de dichas barreras y necesidades que se tienen en el sector de la salud, los pacientes deben estar bien informados sobre los beneficios que obtienen al seguir en forma rigurosa un tratamiento médico, así como sobre los efectos adversos y la dosificación de sus tratamientos, lo que logra mayor efectividad en los pacientes que no han sido bien educados.

Estudios preliminares de 144 pacientes con depresión que usaron soporte por medio de un canal digital, enfocados hacia la terapia digital, monitorearon sus progresos, los recordatorios de la toma de medicamentos y la psicoeducación sugieren que estos acercamientos mejoraron los desempeños clínicos y la adherencia al tratamiento (Wade, 2017).

El propósito de este estudio está dirigido a identificar las necesidades de información médica digital, en especial de personas con depresión, que ayude a los cuidadores, los pacientes y los profesionales de la salud para el desarrollo de una

plataforma de comunicación médica por medio de un diseño centrado en el usuario (DCU) que facilite la orientación, la prevención y el cuidado.

1.1 SITUACIÓN DE ESTUDIO Y PREGUNTA

Dado que este proyecto se orienta hacia comunicación digital de temas de salud, esta parte se aborda en dos momentos; por un lado, se analizan los aspectos relativos a la salud mental en un panorama global para luego acercarse a una visión más local del cuadro analizado. Luego se revisa la penetración de medios digitales de comunicación en la población colombiana.

1.1.1 Problemas de salud mental en el mundo

Según un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que una de cuatro personas en el mundo estará afectada por desórdenes mentales o neurológicos en algún punto de su vida. Alrededor de 450 millones de personas hoy en día sufren de estas condiciones, lo que pone a los desórdenes mentales a liderar las causas de enfermedades y discapacidad en el mundo.

La magnitud de la carga de la salud mental no se corresponde con el tamaño y la eficacia de la respuesta que exige. En la actualidad, más del 33% de los países asignan menos del uno por ciento del presupuesto total de salud para la salud mental (WHO, 2016b).

1.1.2 Depresión en el mundo

La depresión es una enfermedad común en el mundo, con un estimado de 350 millones de personas que la padece; cuando los síntomas son prolongados en el tiempo y sus episodios son de intensidad moderada o grave la depresión puede llegar a ser una condición de salud grave, que puede hacer que la persona afectada sufra mucho y el desempeño en su trabajo no sea el mejor, o de igual manera en la escuela y con la familia. En su peor estado incluso puede llegar hasta el suicidio.

Aunque la mayoría de las personas que están deprimidas no se suicidan, las depresiones sin tratamiento pueden incrementar el riesgo de un posible suicidio, que se considera una posible complicación de la depresión en combinación con otros factores de riesgo porque pensamientos suicidas y comportamiento pueden ser síntomas de depresión moderada o severa. Tales síntomas típicamente responden a un tratamiento adecuado y por lo general pueden ser eliminados con una intervención temprana de la depresión; se estima que más de 800.000 personas mueren por suicidio cada año y es la segunda causa principal de muerte en personas de 15 a 29 años y en cerca del 15 % de las mismas la causa es la depresión mayor (Gonda, Fountoulakis, Kaprinis y Rihmer, 2007).

Las barreras a la atención efectiva incluyen la falta de recursos, la carencia de profesionales de la salud capacitados y el estigma social asociado con los trastornos mentales. Otra barrera para la atención efectiva es la evaluación incorrecta. En los países de todos los niveles de ingresos, las personas que están deprimidas a menudo no son diagnosticadas en forma correcta y otras que no tienen el trastorno son a menudo mal diagnosticados y se les prescriben medicamentos antidepresivos (World Health Organization, 2016b).

El trastorno depresivo recurrente presenta repetidos episodios depresivos. Durante los mismos, la persona experimenta bajo estado de ánimo y pérdida del interés y del placer en vivir y en actividades; también manifiesta bajos niveles de la energía, lo que conduce a la disminución de la actividad durante al menos dos semanas. Muchas de dichas personas con depresión de igual manera sufren de los síntomas de ansiedad y trastornos del sueño y del apetito, así como sentimientos de culpa o baja autoestima, falta de concentración e, incluso, síntomas sin explicación médica (World Health Organization, 2016b).

Dependiendo del número y de la severidad de los síntomas, un episodio depresivo puede ser categorizado como leve, moderado o severo. Un individuo con un

episodio depresivo moderado tendrá algunas dificultades para continuar con el trabajo ordinario y las actividades sociales, pero probablemente no dejará de realizar sus actividades por completo. Durante un episodio grave, es muy poco probable que el paciente sea capaz de continuar con las actividades sociales, el trabajo o las actividades domésticas o, si lo hiciera, sería en un grado muy limitado. El trastorno afectivo bipolar consiste de ambos episodios maniáticos y depresivos, separados por períodos normales de estados de ánimo. Los episodios maniáticos implican elevado o irritado estado de ánimo, hiperactividad, presión del habla y aumento de la autoestima con una baja necesidad de dormir.

1.1.3 Los factores que contribuyen y su prevención

La depresión es multicausal y es el resultado de una compleja interacción de factores sociales, psicológicos y biológicos. Distintos eventos adversos de la vida de las personas pueden estar en el origen de la depresión, como, por ejemplo, el desempleo, el duelo o traumas psicológicos. La depresión puede, a su vez, conducir a más estrés y disfunción e, incluso, empeorar la situación de vida de la persona afectada y su depresión (World Health Organization, 2016b).

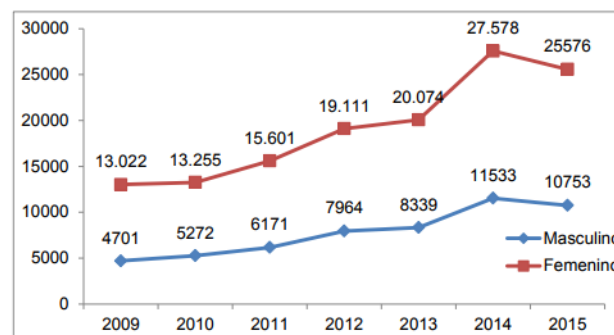
Existen interrelaciones entre la depresión y la salud física; por ejemplo, la enfermedad cardiovascular puede llevar a la depresión y viceversa. Los programas de prevención han mostrado que reducen la depresión, como lo son los efectivos acercamientos a la comunidad para prevenir la depresión en programas usados en las escuelas para mejorar el patrón de pensamiento positivo en niños y adolescentes. Las intervenciones para padres de niños con problemas de comportamiento pueden reducir los síntomas de depresión de los padres y mejorar los resultados de sus hijos. Los programas de educación física o deportes a temprana edad también pueden ser efectivos en la prevención de la depresión (World Health Organization, 2016b).

1.1.4 Problemas de depresión en Colombia

El Ministerio de Salud y Protección Social cuenta con un sistema integral de información de la protección social llamado (SISPRO), en el que se reporta que las atenciones por depresión se han incrementado desde el año 2009, como se observa en la gráfica, y el diagnóstico de depresión moderada se llevó a cabo en 36.584 personas en 2015.

Se observó que la mayoría de personas fueron atendidas por depresión moderada y severa, pero esta particularidad ocurría más en personas del sexo femenino; en 2015 fue del 70,4% y para hombres del 29,6%.

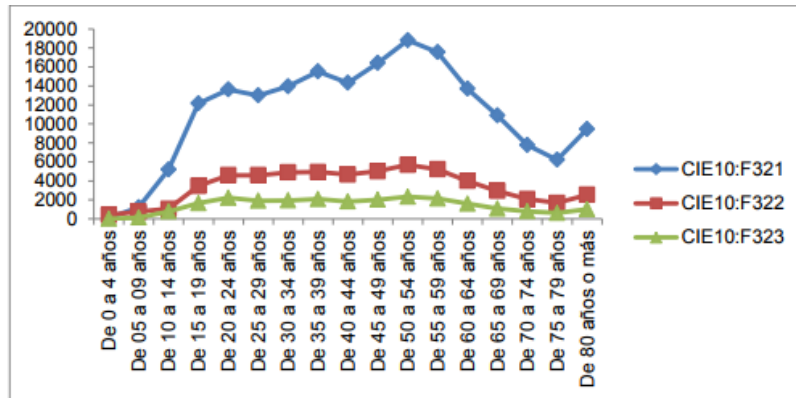
Ilustración 1. Número de personas atendidas por depresión moderada en Colombia (CIE10 F321), de 2009 a 2015



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2017, p. 4)

Para evaluar la distribución de la depresión en diferentes grupos etarios se totalizaron las atenciones por grupos de edad durante los siete años de 2009 a 2015 y se observó la siguiente tendencia:

Ilustración 2. Número de personas atendidas por depresión



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2017, p. 5)

Se observa que los casos atendidos aumentaron a medida que la edad de las personas aumentó y alcanzó su punto máximo en el rango de 50 a 54 años de edad; es importante aclarar la codificación de cada uno de los grupos de estudio: CIE10:F321 = depresión moderada, CIE10:F322 = depresión grave sin síntomas psicóticos y CIE10:F323 = depresión grave con síntomas psicóticos. También en el reporte se observa el número de personas atendidas por depresión moderada en los diferentes departamentos de Colombia; Antioquia lidera con el número de atenciones, que desde 2009 viene creciendo en forma significativa (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

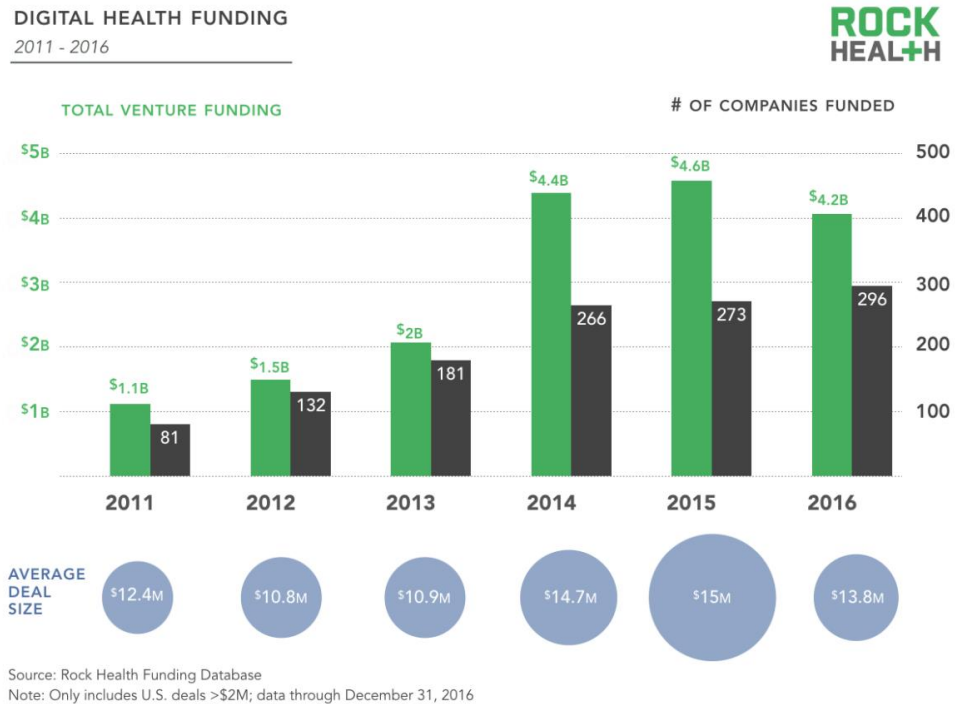
Ilustración 3. Número de personas atendidas por depresión moderada (CIE10 F321) por departamentos

Departamentos	Año						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Amazonas	1	1	5	4	5	11	12
Antioquia	7.563	7.948	7.458	10.344	11.191	16.254	15.250
Atlántico	322	235	300	467	581	638	948
Arauca	2	2	19	20	14	42	65
Bogotá, D.C.	2.456	2.479	3.256	4.174	4.498	4.827	5.199
Bolívar	213	168	174	316	261	519	663
Boyacá	129	183	276	326	277	360	382
Caldas	573	576	488	776	899	1.213	1.371
Caquetá	71	52	52	196	267	322	338
Cauca	71	117	183	335	407	306	262
Cesar	73	43	98	81	91	167	168
Córdoba	232	165	188	223	254	153	113
Cundinamarca	247	384	454	533	670	921	1.023
Chocó	3	3	9	8	21	28	43
Guainía			2	3	2	3	4
Guaviare	2	5	6	9	18	26	11

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2017, p 7)

Al tener en cuenta la anterior información, es necesario diseñar y proponer estrategias tecnológicas para la mejora de la calidad de vida de las personas que padecen depresión en la región, por medio de la ayuda en la orientación y la administración de los problemas de depresión, como lo ha venido realizando el equipo de www.medicare.gov, que está enfocado a orientar a pacientes con problemas de salud mediante la ayuda para administrar su orientación por medio de una plataforma digital y que también conecta los diferentes servicios de salud requeridos para facilitar la accesibilidad a hospitales, médicos, historia clínica y planes de salud, entre muchas otras opciones, con lo que se logra orientar al paciente por medio de una plataforma de comunicación digital y el equipo de www.healthline.com, que está enfocado a orientar al paciente con la identificación de síntomas, medicamentos y orientación en conocimiento de términos médicos; además, existe una tendencia en crecimiento de nuevas empresas y el aumento de recursos destinados para soluciones medicas digitales; en el período de 2011 a 2016 se observa un crecimiento de 72% en la creación de nuevos proyectos en salud digital, al pasar de 81 a 296 compañías fundadas en cinco años.

Ilustración 4 .Financiamiento de proyectos digitales en salud



Fuente : Tecco (2016)

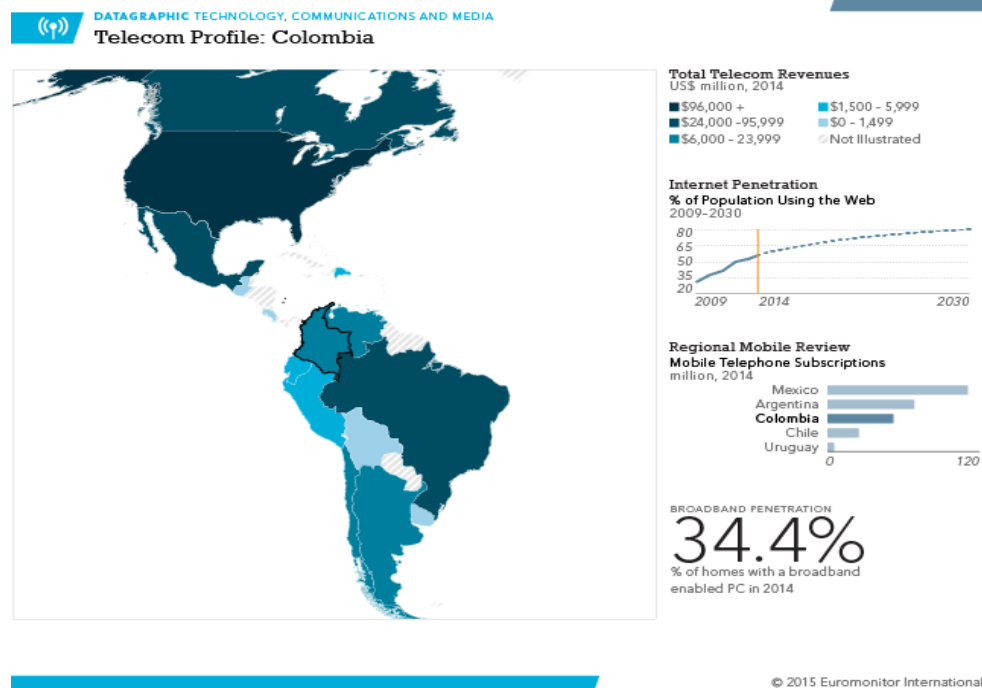
Al identificar que hay crecimiento tanto de empresas como de recursos para el desarrollo de las comunicaciones digitales, se presume que esto también ocurre en el caso colombiano; por ello, al estar vinculado el presente proyecto con el uso de comunicaciones digitales en temas de salud es necesario revisar más en profundidad la penetración de medios digitales y las tendencias de comunicaciones por medios digitales en la población colombiana.

1.2 Perfil digital del colombiano

El uso de herramientas digitales y medios inmediatos de comunicación ha permeado todos los niveles y grupos de edad en Colombia, lo que afecta la educación, el

trabajo y el día a día de las personas. La ilustración 5 muestra la penetración del uso de internet por medio de la descripción del porcentaje de personas que lo usan y su tendencia a crecer.

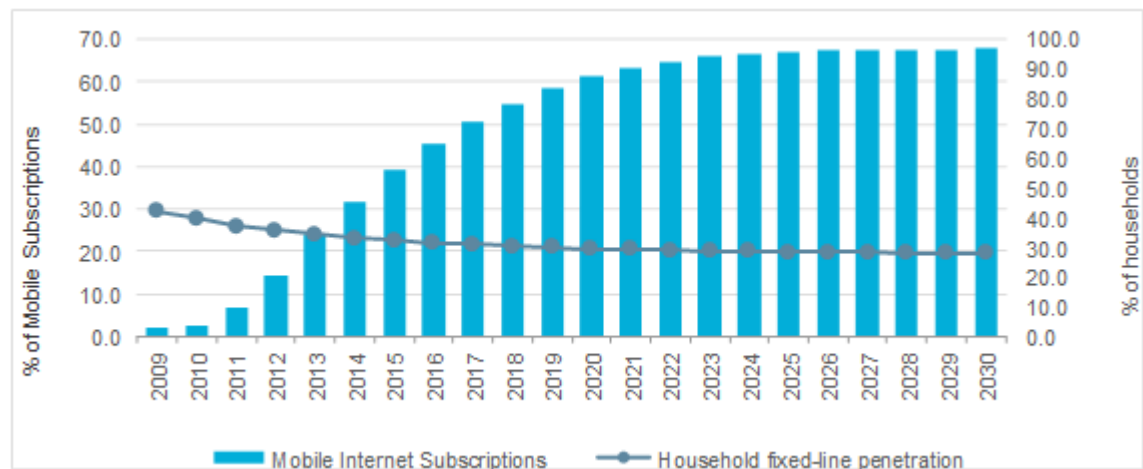
Ilustración 5. Perfil de conexión a internet, penetración de internet y suscripciones móviles en Colombia



Fuente: Euromonitor International (2016, p. 6)

De igual manera se evidencia el crecimiento de suscripciones en los dispositivos móviles y su tendencia para 2030 para los usuarios en Colombia, con una crecimiento proyectado de consumo de datos para los próximos 10 años de un 20% en las suscripciones móviles (Euromonitor International, 2016).

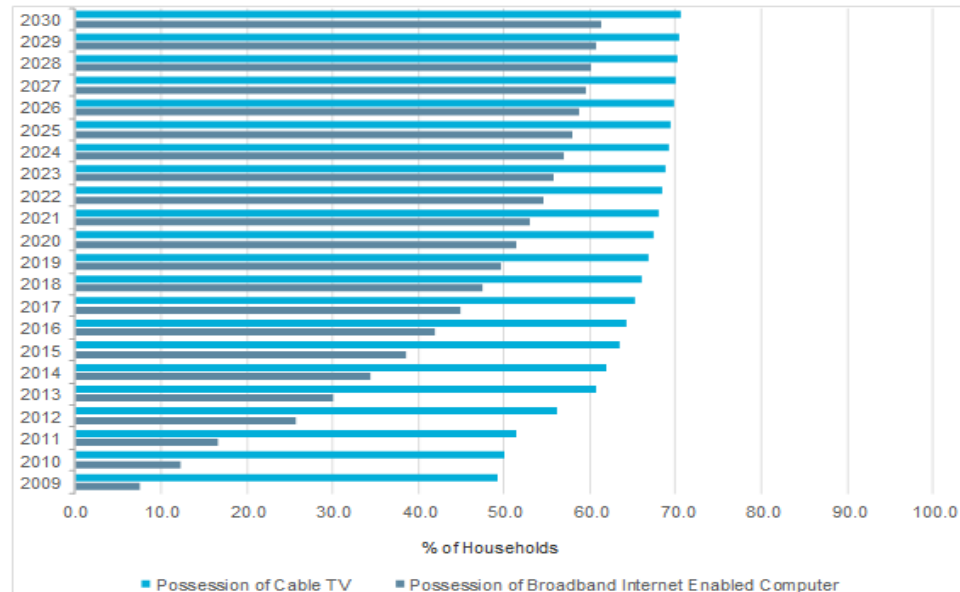
Ilustración 6. Porcentaje de suscripciones a internet móvil versus años
(comparativo con banda ancha)



Fuente: Euromonitor International (2016, p. 7)

Además del crecimiento en las suscripciones de internet móvil, también se ve un alto crecimiento de internet en los hogares, porque que desde 2009 hasta 2030 la tendencia es a crecer un 50%, en comparación con la televisión, que solo va a aumentar alrededor de un 20%; debido a lo anterior las tendencias del uso de internet para consumo de información van a ser mayores al pasar los años, lo que favorece las estrategias de comunicación digital médica.

Ilustración 7. Internet de banda ancha versus años (comparativo con televisión por cable)



Fuente: Euromonitor International (2016, p. 8)

1.3 Internet

Es un conjunto descentralizado de redes de comunicación interconectadas que utiliza protocolos de comunicación, lo que garantiza que las redes físicas que la componen formen una red lógica única de alcance mundial (“Real Academia Española”, 2017).

1.3.1 Internet como fuente de información

Aunque por muchos años la televisión y otros medios han jugado un papel importante en la distribución de información de salud, en la actualidad el medio de comunicación más eficiente para llevar a cabo esta actividad es internet, que es el encargado de cubrir la demanda de información médica relacionada con la búsqueda en los temas de salud (Goldsmith, Lafferty y Newell, 2000). Aunque la

demanda es muy alta para la consultar de información médica, existe una multitud de información disponible; en una investigación efectuada en 2013 se evidenció que el 72% de los usuarios de internet consultan información médica (Fox y Duggan, 2013), con el crecimiento de internet, que registra un paso de 16 millones de usuarios en diciembre de 1995 a 3.366 millones a diciembre de 2015 (Internet World Stats, 2015), lo que implica que la demanda de información médica seguirá creciendo cada vez más. Muchas de las búsquedas de información están asociadas con una enfermedad específica, 55% con problemas médicos, tratamientos y procedimientos con 43% y cómo perder peso y cómo controlarlo con 27%, como se observa en la tabla 1.

Tabla 1. Porcentaje de usuarios de internet adultos que han buscado información de salud en los últimos 12 meses

The % of adult internet users who have looked online in the last 12 months for information about...	
55%	Specific disease or medical problem
43	Certain medical treatment or procedure
27	How to lose weight or how to control your weight
25	Health insurance, including private insurance, Medicare or Medicaid
19	Food safety or recalls
16	Drug safety or recalls
16	A drug you saw advertised
15	Medical test results
14	Caring for an aging relative or friend
12	Pregnancy and childbirth
11	How to reduce your health care costs
20	Any other health issue
72	at least one of the above topics

Source: Pew Research Center's Internet & American Life Project, August 7-September 6, 2012 Survey. N=3,014 adults. Margin of error for internet users (N=2,392) is +/- 2.6 percentage points.

Fuente: Fox y Duggan (2013, p. 10)

El uso de internet para cubrir las necesidades para el cuidado de la salud es particularmente práctico para personas en lugares remotos, para las que tienen problemas de movilidad y para las que no desean salir de sus casas, que son

potenciales para asistirlos vía web mediante la combinación de las consultas presenciales con las asistencias basadas en la consulta digital, lo que ayuda a reducir el número de personas a la espera de una consulta en primera instancia.

El comportamiento de buscar información en internet es diferente según los grupos poblacionales, así se evidencia que hay una diferencia significativa entre los grupos de edades de pacientes digitales (*e-patient*) que buscan información médica en internet, ya que en la mayoría de los casos las personas mayores de 65 años las búsquedas son menores y los que se encuentran en el rango de 30 a 49 años son más activos en éstas búsquedas, como bien se describe en la tabla 2.

Tabla 2. Porcentaje de adultos que han buscado información de salud en internet por grupos de edades

Health Topics, by Age

% of all adults who have ever looked online for information about various health topics, by age

	All Adults N=3,014	Age			
		18-29 N=478	30-49 N=833	50-64 N=814	65+ N=830
		(a)	(b)	(c)	(d)
Specific disease or medical problem	45	50 ^d	52 ^{cd}	45 ^d	23
Certain medical treatment or procedure	35	38 ^{cd}	43 ^{cd}	34 ^d	19
Health insurance, including private insurance, Medicare or Medicaid	20	24 ^{cd}	25 ^{cd}	18 ^d	10
Pregnancy and childbirth	10	24 ^{cd}	12 ^{de}	1	0
Food safety or recalls	16	17 ^d	22 ^{de}	14 ^d	7
Drug safety or recalls	13	14 ^d	17 ^d	13 ^d	4
Medical test results	12	12 ^d	14 ^d	14 ^d	5
How to lose weight or control your weight	22	31 ^{de}	28 ^{de}	16 ^d	6
How to reduce health care costs	9	10 ^d	12 ^d	9 ^d	3
Caring for an aging relative or friend	12	12 ^d	15 ^d	11 ^d	4
Drug you saw advertised	13	15 ^d	14 ^d	14 ^d	6
Any other health issue	17	17 ^d	21 ^d	17 ^d	8

Source: Pew Internet Health Survey, August 7 – September 6, 2012. N=3,014 adults ages 18+. Interviews were conducted in English and Spanish and on landline and cell phones. Margin of error is +/- 2.4 percentage points for all adults.

Note: Columns marked with a superscript letter (°) or another letter indicate a statistically significant difference between that row and the row designated by that superscript letter. Statistical significance is determined inside the specific section covering each demographic trait.

Fuente: Fox y Duggan (2013, p. 25)

Se observa en la tabla anterior que la tendencia a buscar información sobre las enfermedades o un problema médico específico es significativo, pero otra de las variables que afectan esta ecuación es que dependerá de cuál es el nivel educativo del grupo etario; se observa un claro incremento de buscar información de salud al aumentar el grado de escolaridad porque en grupos con mayor nivel de educación

umenta la percepción de salud y cuidado, por lo que la tendencia es a buscar información de salud que favorezca mejorar su calidad de vida, tal como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 3. Porcentaje de adultos que han buscado información de salud por nivel de educación

Health Topics, by Education

% of all adults who have ever looked online for information about various health topics, by education level

	All Adults N=3,014	Education			
		LT HS N=269	HS N=830	Some Coll. N=778	Coll+ N=1,115
		(a)	(b)	(c)	(d)
Specific disease or medical problem	45	16	31 ^a	52 ^{ab}	64 ^{abc}
Certain medical treatment or procedure	35	10	26 ^a	40 ^{ab}	50 ^{abc}
Health insurance, including private insurance, Medicare or Medicaid	20	8	12	24 ^{ab}	30 ^{abc}
Pregnancy and childbirth	10	8	6	12 ^{ab}	11 ^b
Food safety or recalls	16	8	11	18 ^{ab}	22 ^{ab}
Drug safety or recalls	13	5	9 ^a	15 ^{ab}	19 ^{ab}
Medical test results	12	2	6 ^a	13 ^{ab}	22 ^{abc}
How to lose weight or control your weight	22	11	14	26 ^{ab}	30 ^{ab}
How to reduce health care costs	9	5	6	10 ^{ab}	13 ^{ab}
Caring for an aging relative or friend	12	4	8 ^a	13 ^{ab}	16 ^{ab}
Drug you saw advertised	13	4	9 ^a	16 ^{ab}	17 ^{ab}
Any other health issue	17	6	11 ^a	20 ^{ab}	24 ^{ab}

Source: Pew Internet Health Survey, August 7 – September 6, 2012. N=3,014 adults ages 18+. Interviews were conducted in English and Spanish and on landline and cell phones. Margin of error is +/- 2.4 percentage points for all adults.

Note: Columns marked with a superscript letter (superscript) or another letter indicate a statistically significant difference between that row and the row designated by that superscript letter. Statistical significance is determined inside the specific section covering each demographic trait.

Fuente: Fox y Duggan (2013, p. 26)

En su mayoría se puede evidenciar que las personas con niveles de educación diferentes buscan información sobre enfermedades específicas como depresión, entre otras, y sobre ciertos tratamientos médicos o procedimientos; es más común la búsqueda en personas con niveles de educación superiores y, como se evidencia en la anterior tabla, en la que las personas con estudios de universidad o superiores son los que más realizan consultas de este tipo.

1.3.2 Tendencias digitales en salud

En la actualidad en el mundo se viene dando un fenómeno de evolución de los sistemas de salud y la aplicación de formas de comunicación entre profesionales y usuarios acordes con los avances tecnológicos; es así como una expresión muy

conocida hoy es la *e-health* o salud electrónica, en la que se usan la información digital y las tecnologías de la comunicación para mejorar la salud de las personas y la asistencia médica.

Entre las herramientas y contenidos que están en desarrollo y que hacen parte de la salud electrónica se encuentran:

Contenidos

- Comunidades digitales y grupos de soporte
- Información médica digital
- Plataforma digital de comunicación con profesionales de salud
- Plataformas de acceso a la historia clínica digital

Herramientas

- Herramientas de autoadministración de salud digital

Algunos estudios que se han realizado tienen como objetivo desarrollar y probar servicios de internet enfocados a ayudar a los pacientes; sin embargo, aún no son bien conocidas las necesidades puntuales de los pacientes. Hay autores que proponen hacer desarrollos de modelos que midan el efecto de varios antecedentes clave de las necesidades de salud y aplicar modelos de aceptación en el desarrollo del campo de la información tecnológica, es decir, se hacen mediciones de modelos de motivación intrínseca para el uso de la tecnología y se percibe la facilidad de uso, lo mismo que lo que no se usa, como la motivación extrínseca y el comportamiento intencional para usar la herramienta; al probar estos modelos se encontró que los pacientes pueden predecir los comportamientos al usar el desarrollo tecnológico médico o *e-health* de acuerdo con sus antecedentes o satisfacción que ella provee

y así hacer un desarrollo único enfocado hacia las necesidades del grupo objetivo (Wilson y Lankton, 2004).

Las oportunidades de tener plataformas médicas integrales no están al alcance de todos, debido a que no todas las personas tienen acceso a internet; en el caso de Colombia, cerca del 20% de las personas no lo tienen (Ipsos Napoleón Franco, 2012) y para llegar a estos consumidores deberían usarse varias herramientas digitales como páginas web, foros, ambientes con realidad virtual y un amplio rango de herramientas y recursos que estarían enfocados a educar a los usuarios; este tipo de plataforma existe en países desarrollados pero aún no se encuentra disponible en el país (Keselman, Logan, Smith, Leroy y Zeng-Treitler, 2008).

En Colombia, en comparación con otros países, los usuarios digitales presentan diferentes comportamientos; por ejemplo, para usuarios adultos mayores de 45 años, el uso de internet como fuente de información de salud y las plataformas digitales educativas como www.medicare.gov, que ayudan en la administración de las enfermedades, en estudios recientes se evaluó el desempeño de este grupo en sus habilidades cognitivas y se encontró que no hay mucha diferencia entre la eficiencia, la navegación y la precisión entre las personas que han recibido entrenamiento en el uso de dichas plataformas digitales y las que no habían tenido la mencionada opción para el mismo rango de edad, pero sí se notó diferencia entre personas con experiencia en el manejo de computadores y que tienen mejores habilidades cognitivas y las que no han tenido experiencias previas; las primeras fueron las que presentaron mejor desempeño, así que para el grupo de personas que no son nativos digitales se requiere que el entrenamiento en la plataforma, además de ser intuitivo, tenga una ayuda o manual de uso para mejorar el proceso de la adopción digital (Czaja et al., 2013).

Pero es un poco más diferente para personas de 25 a 34 años, que tienen mejores habilidades para ejecutar tareas digitales y que también tienen el pensamiento de compartir los datos médico digitales con las plataformas o profesionales de la salud;

cerca del 55% de ellos los compartiría con facilidad; es un poco diferente en personas mayores de 55 años: únicamente un 20% estaría dispuesto a hacerlo. Este grupo de usuarios usan las herramientas digitales de salud para hacer un seguimiento a sus síntomas, se estima que alrededor del 40%, y compite con otros grupos de usuarios de rangos de edades en los que la aceptación de dicho tipo de herramientas es mayor, así: personas de 18 a 24 años, con un 48%, y de 35 a 44 años, con un 33%, pero es muy diferente en la población mayor a 55 años, en la que solo el 14% de ellas utilizarían herramientas digitales médicas o *e-health* para hacer un seguimiento a los síntomas de salud (Accenture Consulting, 2013).

1.3.3 Alcance

Identificar cuáles son los impulsores que desencadenan la búsqueda de información en salud de pacientes y personas por medios digitales con problemas de depresión y conocer cuál es la información más relevante que ellos requieren para mejorar el autocuidado, la adherencia y la educación en salud.

1.3.4 Pregunta de Investigación

Luego de revisar los diferentes aspectos que afectan la falta de adherencia de las personas en cuanto a la toma de medicamentos y querer conocer qué es en realidad lo que más los afecta, surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las necesidades de información y el interés de profundizar sobre la depresión a través de canales digitales para promover el autocuidado entre quienes cuidan y quienes padecen trastornos depresivos?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Identificar, por medio de un modelo DCU, las necesidades de información en personas con depresión que promueva la orientación en temas de autocuidado y

adherencia en el tratamiento farmacológico y no farmacológico en los individuos que son cuidadores de pacientes y entre quienes padecen trastornos depresivos.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar si los cuidadores o las personas con problemas de depresión tienen la disposición a buscar información médica en internet y cuál es su frecuencia.
- Identificar las necesidades de información médica y el interés de conocer más sobre depresión a través de canales digitales en cuidadores o personas con problemas de depresión.
- Determinar en los profesionales de la salud cuál es la información que debe suministrarse a cuidadores o personas que ayuda a mejorar la administración de la depresión.

1.3 Justificación del trabajo

El desarrollo del presente trabajo se justifica por conocer las necesidades básicas para el desarrollo de una plataforma medica digital para ayudar al autocuidado, la autoeducación, la prevención y el cuidado de personas cercanas por medio de ajustes las herramientas tecnológicas para la creación de contenidos y mejoramiento de la efectividad de las herramientas dispuestas para la información con el propósito de aumentar su confianza, la libre comunicación y la orientación y de mejorar la educación de salud y la calidad de vida de las personas con problemas de depresión.

2. Marco conceptual

El marco conceptual de este trabajo de grado se desarrolla en su fase inicial con los problemas de depresión, luego se revisan el autocuidado, el acompañamiento y la adherencia farmacológica de los tratamientos, el sistema de salud y su influencia en la adherencia del paciente, después se examina el modelo de búsqueda y la facilidad que tienen las personas para buscar información médica por internet y se culmina con la revisión de modelos tecnológicos que favorecen la conectividad y la penetración de internet en el entorno local.

2.1.1 La depresión

Los trastornos de la mente y del cerebro representan el 22% de todas las enfermedades en Latinoamérica y el Caribe, lo que significa una carga elevada de la enfermedad en términos de morbilidad, mortalidad y discapacidad; entre este gran grupo de patologías está la depresión, que se ha convertido en un diagnóstico frecuente, en el país y con mayor frecuencia en Antioquia, de atención primaria en salud y según datos de la OMS se encuentra entre los primeros cinco trastornos que generan mayor discapacidad de largo plazo y dependencia; considerada por muchos como la enfermedad del siglo XXI, la depresión ha trascendido hasta un problema de salud pública por el impacto que tiene en el individuo, su familia y la comunidad; es una enfermedad que puede ser tratada y se deben utilizar medios digitales para que pueda ser conocida por todos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

2.1.2 Acompañamiento en la depresión

La necesidad de apoyo y acompañamiento es parte de la condición humana. Al menos todo el mundo puede estar, en forma temporal o definitiva, impedido en algún momento de su vida y los que sobreviven y logran llegar a la edad adulta experimentarán incrementos de dificultades en su funcionamiento adecuado. La mayoría de familias grandes tienen un miembro con dicha necesidad, y la mayor parte de personas toman la responsabilidad de ayudar y cuidar a sus parientes y

amigos en las mencionadas circunstancias. Es el resultado de una interacción de una condición de salud, factores personales y el entorno. Las personas con problemas de depresión son diversas y heterogéneas; mientras que la mayoría de individuos creen que la discapacidad está enfocada hacia personas en sillas de ruedas y grupos de invidentes, la discapacidad abarca otros aspectos como niños recién nacidos con problemas congénitos, o militares jóvenes que han perdido una pierna en una mina antipersona o alguien de edad adulta con problemas de artritis severa, o una persona mayor con demencia, entre otras posibilidades. Las condiciones de salud pueden ser visibles o invisibles, temporales, por tiempo prolongado, estáticas, de episodios, o degenerativas, dolorosas o sin consecuencias. En algunos casos, la causa de muchas de las discapacidades en el mundo está asociadas con los problemas de salud mental y la depresión y se estima que para 2020 la última sea la segunda causa de discapacidad en el mundo entero (Murray y Lopez, 1996). En muchos casos las discapacidades no son atendidas de la mejor manera, es decir, con la prescripción de la medicina correcta u mediante las pruebas adecuadas para prevenir complicaciones y mejorar el autocuidado.

2.1.3 El autocuidado

Es uno de los términos que son sobreusados y se utiliza para casi todo; de manera típica cuando autocuidado se referencia en algún momento se alude más a experiencias que traen consigo placer. El trabajo en esta área hace que lo anterior sea aún más difícil porque las personas tienen que practicar autocuidado, ir a clases de yoga, caminar en un día soleado, etc.; en otros términos, cuidarse uno mismo. El placer es bueno y es importante, pero sentirse mal todo el día cada día es desgastante y no es bueno para el cuerpo, el corazón y el estado psicológico.

El fomento de la participación activa de los pacientes en el cuidado, la habilidad de autogestión y el aumento de la confianza del paciente se convierten en necesidades prioritarias para asegurar que ellos tengan acceso a programas de autogestión probados y que los equipos de salud cuenten con personas capacitadas que puedan

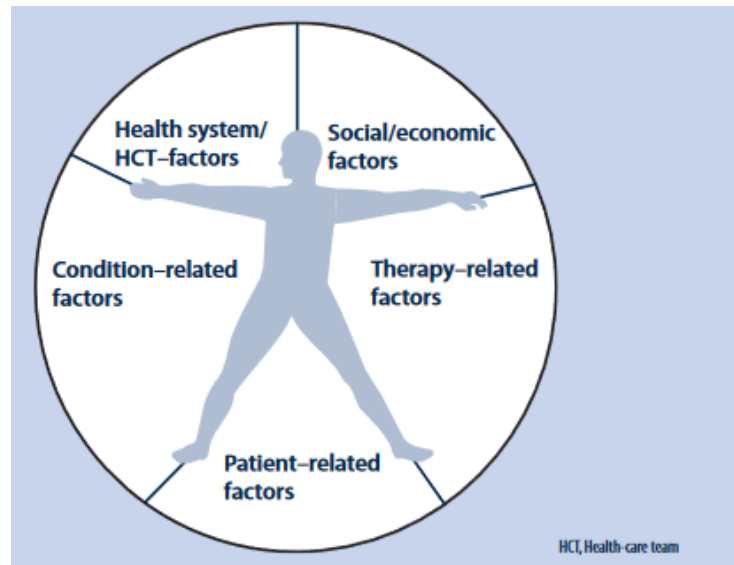
administrarlos, con el fin de disminuir las consecuencias de las enfermedades crónicas que requieren gestión activa de los pacientes y los profesionales de la salud. Dado que comparten la responsabilidad de la gestión, deben compartir el control de las interacciones clínicas y las decisiones. Este trabajo en equipo entre el profesional de salud y el paciente, que son cuidadores colaborativos, resultará en la administración de los objetivos y planes que son más racionales y más dados a ser adheridos por los pacientes para aumentar la probabilidad de mejorar la salud (Wagner et al., 2005).

2.1.4 Adherencia farmacológica

Aunque muchas investigaciones han enfocado la adherencia a la toma de los medicamentos, también está relacionada con el seguimiento de los pacientes a las indicaciones por parte del médico y que fue una conclusión en la reunión sobre adherencia en junio de 2001 por parte de la OMS (WHO, 2003). Estas indicaciones las prescriben los médicos y el paciente debe recibir la información detallada de su enfermedad con claridad; además, es necesario darles recomendaciones para su vida personal, el pronóstico, la alimentación y demás informaciones que le ayuden a mejorar o mantener estable su condición. Es innegable que la memoria que deben tener los pacientes es un prerrequisito para la buena adherencia para un tratamiento recomendado por un profesional de salud porque, según un estudio, se estima que entre el 40 y el 80% de la información proporcionada durante una consulta médica se olvida (Kessels, 2003).

La adherencia es un fenómeno multidimensional que se determina por la interacción de cinco factores clave, de los que solo uno está relacionado con el paciente como factor determinante de adherencia; el pensamiento común referente a que los pacientes son los únicos responsables de tomar sus medicamentos o hacer sus tratamientos es errado y más a menudo refleja una falta de comprensión de cómo otros factores afectan el comportamiento y la capacidad de las personas a que se adhieran a un tratamiento, farmacológico o no farmacológico (WHO, 2003).

Ilustración 8. Factores que afectan la adherencia



Fuente: WHO (2003, 27)

2.1.5 Factores económicos y sociales en la adherencia

Aunque el factor socioeconómico no ha sido encontrado como independiente de la adherencia, tanto en países desarrollados como en Colombia, puede poner a los pacientes en una situación en la que tienen que escoger entre sus prioridades, que incluyen con frecuencia demandas para dirigir los limitados recursos que están disponibles para también satisfacer las necesidades de los demás miembros de la familia, como sus hijos o sus padres.

2.1.6 Equipo de salud y factores relacionados con el sistema que afectan la adherencia

Se han llevado a cabo algunas investigaciones para conocer los efectos del equipo médico y el sistema de salud en los factores que afectan la adherencia. Una buena relación entre paciente y proveedor de salud puede mejorar la adherencia y hay

muchos factores que tienen un efecto negativo entre los que se incluyen pobre desarrollo del sistema de salud con inadecuado o no existentes planes de seguro de salud, deficiente distribución en la entrega de los medicamentos, poco conocimiento y entrenamiento para los profesionales de la salud en el manejo de las enfermedades crónicas, exceso de trabajo del equipo médico, pérdida de los incentivos y retroalimentación de desempeño, consultas cortas, disminución de la capacidad del sistema para educar a los pacientes y proveerles un seguimiento adecuado, poca facilidad de establecer redes de soporte y capacidad de autocuidado y pérdida del conocimiento en adherencia y de intervenciones efectivas para mejorar (Rose, Kim, Dennison y Hill, 2000).

2.1.7 Factores relacionados con la condición de salud que afectan la adherencia

Los factores relacionados con la condición médica representan una particular demanda del paciente con su enfermedad. Algunas son determinantes de adherencias y están relacionadas con la severidad de los síntomas y el nivel de discapacidad que puede ser física o psicológica, social o de vocación y que puede variar según la progresión y la severidad de las enfermedades y la disponibilidad de los tratamientos efectivos. Su impacto depende de cómo las mismas pueden influenciar el riesgo de percepción del paciente, la importancia del seguimiento a los tratamientos y la prioridad asignada a la adherencia. La depresión, por ejemplo, es una comorbilidad que afecta y modifica el comportamiento de la adherencia.

2.1.8 Factores relacionados con la terapia que afectan la adherencia

Hay muchos factores relacionados con la terapia que afectan la adherencia; el más importante está relacionado con la complejidad del régimen terapéutico, la duración del tratamiento, los fracasos anteriores, los cambios frecuentes de tratamiento, la inmediatez de efectos beneficiosos, los efectos secundarios y la disponibilidad de un equipo médico para soportarlos.

Las características únicas de las enfermedades y las terapias no son mayores que los factores comunes que afectan la adherencia, pero de vez en cuando modifican la influencia. Las intervenciones de adherencia sobre los pacientes deberán ajustarse a las necesidades del paciente con el fin de alcanzar el mejor desempeño.

2.1.9 Factores relacionados con el paciente que afecta la adherencia

Los factores relacionados con los pacientes representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento del paciente y las creencias sobre su enfermedad, su motivación para administrarla, su confianza y su habilidad para participar en la administración de la enfermedad, su comportamiento y las expectativas en relación con los resultados obtenidos en los tratamientos y las consecuencias de la pobre adherencia actúan para no entender por completo la influencia que tienen todos ellos en el desempeño de la misma.

Algunos de los factores relacionados con el paciente que afectan la adherencia son:

- Olvido
- Estrés psicosocial
- Ansiedad sobre posibles efectos adversos
- Baja motivación
- Conocimiento inadecuado y reducida habilidad en el manejo de los síntomas y tratamiento de las enfermedades
- Pérdida de la autopercepción de la necesidad del tratamiento
- Falta de efecto percibido en el tratamiento
- Incomprensión y no aceptación de la enfermedad
- Incredibilidad en el diagnóstico
- Falta de percepción del riesgo para la salud relacionados con la enfermedad
- Mala interpretación de las instrucciones del tratamiento

- Falta de aceptación en la necesidad de los chequeos médicos
- Baja expectativa en el tratamiento
- Falta de participación en las consultas de seguimiento, de asesorías, motivacional, de comportamiento o de clases de psicoterapia
- Poca esperanza y sentimientos negativos
- Frustración con los profesionales y el equipo de salud
- Miedo a la dependencia
- Ansiedad por el régimen de los medicamentos
- Sentimiento estigmatizado por la enfermedad

2.1.10 Adherencia versus sistema de salud

La falta de adherencia no solo afecta al paciente sino al sistema de salud como tal; hay fuerte evidencia en la que muchos pacientes con enfermedades crónicas como asma, hipertensión, diabetes y VIH/SIDA, al tener dificultades para cumplir las recomendaciones entregadas por el profesional de salud, afectan el control y el manejo de las enfermedades, lo que causa complicaciones de salud médica y psicosocial, además de reducir la calidad de vida del paciente; también afecta los recursos utilizados por el sistema de salud, lo que incide en los costos sin lograr los objetivos para los que fue diseñado (Dunbar-Jacob, Erlen, Schlenk, Ryan, Sereika y Doswell, 2000).

2.2 Sistema de salud colombiano

El sistema de salud en Colombia presenta alta regulación por parte del Estado. El Gobierno colombiano reestructuró el sistema de salud con los objetivos de reducir las barreras de acceso a la salud, reducir la intermediación financiera y elevar la transparencia para recuperar su legitimidad y la confianza, con el fin de garantizar mejor regulación y supervisión Ministerio de Salud y Protección Social (2013a)

2.2.1 Modelo de salud en Colombia

El Gobierno colombiano reestructuró el plan de salud y las estrategias para aumentar la calidad de vida de los pacientes que disminuyen los problemas de entrega de recursos y cobertura para las poblaciones más vulnerables y que está amparado por las leyes 1448 de 2011 y 1335 de 2009 con el fin de aminorar los riesgos y fortalecer la red pública, como se puede evidenciar con el nuevo modelo de gestión de la salud, que tiene una fuente de recursos establecidos, lo mismo que un programa que se encarga de recaudar, administrar y gestionar los recursos y otro de velar porque los mismos sí lleguen a su destino; para que su uso sea más eficiente es necesario utilizar las metodologías de comunicación digital para compartir la información médica por medio de dichos canales.

Ilustración 9. Plan estratégico de salud



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2013a, p. 1)

2.3 Información médica

La información médica es la administración de la información aplicada a la salud y al cuidado de la misma. Es la práctica de adquirir, analizar y proteger, desde los puntos de vista digital y tradicional, la información vital para proveer la calidad en la atención al paciente (Business Dictionary, 2017).

2.3.1 Modelo de búsqueda de información médica

Con el progreso de la revolución de la información y la gran accesibilidad a las tecnologías digitales en el mundo las personas han incrementado las búsquedas en internet para satisfacer una amplia variedad de necesidades de información, comunicación y de entretenimiento y su rápido crecimiento ha generado una revolución de la información de gran magnitud (Jadad y Gagliardi, 1998).

Las personas con frecuencia usan las búsquedas de información para ayudarse en su diario vivir y el internet ha sido identificado como una herramienta práctica para que personas con menos ingreso y poca educación puedan acceder a consultar información médica (Zarcadoolas, Blanco, Boyer, y Pleasant, 2002). Incluso en investigaciones consultadas se indica que internet tiene un gran potencial para ayudar a las personas a encontrar información médica de su interés y el 72% de los usuarios dijeron que han buscado información médica en el último año; el 77% de dichas personas manifestaron que las últimas sesiones de búsquedas las han comenzado en motores de búsquedas como *Google*, *Bing* o *Yahoo* y el otro 23% aseguraron que habían empezado sus búsquedas en sitios especializados de salud como *WebMD*. Los términos de búsquedas más comunes fueron: enfermedades o condiciones de salud, tratamientos y procedimientos (Fox y Duggan, 2013).

2.3.2 Búsqueda de información sobre la depresión

La búsqueda de información médica se define como la acción para recibir un mensaje que ayude a disminuir la incertidumbre desencadenada por un problema de salud médica y que contribuya a construir una sensación de conocimiento del

mismo (Tardy y Hale, 1998); es así como muchas de las fuentes de información consultadas por las personas en el canal fuera de línea son medios masivos que incluyen revistas, periódicos, televisión, radio, vallas y, en los últimos años, internet (Brodie, Kjellson, Hoff y Parker, 1999).

Entre esos problemas de salud está la depresión; los pacientes han cambiado su manera de apoyarse para administrar su condición de salud y se estima que cerca del 85% de personas de 20 a 40 años desean estar más presentes en la evolución de sus tratamientos. Para dichos pacientes, al tener un seguimiento más activo con su propio cuidado y manejo de la depresión, se proyecta un mejor pronóstico.

En muchas de las enfermedades mentales se encuentran pacientes con problemas de depresión y se ha reportado que ellos, al ser más estigmatizados y no bien visto los problemas de salud mental, son más propensos a usar internet para obtener información médica correspondiente a su problema de salud, en este caso depresión; muchos de ellos utilizar los mencionados servicios para comunicarse con sus médicos o buscan más información que una persona que no ha sido estigmatizada y se ha observado un incremento en la utilización de la información para su cuidado.

2.4 El paciente

Se define como paciente a toda persona que es receptora de servicios para el cuidado de la salud; la mayoría de ellos son personas que están enfermas o lesionadas y que por algún motivo necesitan un tratamiento o un procedimiento que deberá ser asistido por un profesional de la salud. El enfoque de la presente investigación se centra en pacientes con problemas de depresión y para ello es necesario proceder a una revisión sobre los componentes que tienen la comunicación digital sobre ellos, su evolución a paciente digital, la autoeducación y el autocuidado.

2.4.1 Paciente digital

Un *e-patient* o paciente digital es un consumidor del segmento de salud que participa en forma activa en su cuidado médico y algunas veces se hace referencia a ellos como “pacientes en internet”. Los pacientes en sí, lo mismo que como sus cuidadores, están en el mismo nivel que sus profesionales de salud en los procesos médicos y consultan información sobre sus condiciones de salud que pueden impactarlos de manera directa o a sus familiares mediante el uso de herramientas de comunicación electrónica o digital (que incluyen la web 2.0) para su condición médica (Masters y Todd, 2010).

Años atrás un paciente tenía que esperar visitar a su médico antes de tener un diagnóstico pero ahora tiene un universo de información para el cuidado médico, de la salud y farmacéutico sin ir más allá de su smartphone, su tableta o su *laptop* y con solo unos pocos clics de manera casi instantánea tiene resultados de fuentes de información con cobertura mundial y por ello se le llama paciente digital. Todo lo anterior se debe a la gran cantidad de información que se obtiene en internet, lo que implica que los pacientes hoy en día sean más educados, más comunicativos y más activos desde el punto de vista social en las áreas de la salud y farmacéutica que antes; hacen búsquedas de sus síntomas y potenciales condiciones antes de ir al médico. con lo que logran estar más educados sobre sus posibles enfermedades y después comunican en medios sociales como foros de comunidades de pacientes o grupos en redes sociales; los pacientes digitales buscan información sobre medicamentos, testimonios y demás aspectos relacionados, lo que conduce a que las experiencias se compartan por medio del esquema de voz a voz en un lugar común (Medthink, 2016). Mientras tanto, los profesionales de la salud interactúan, evalúan y diagnostican esta nueva evolución del paciente de cara a cara con su mejor conocimiento. Se estima que cerca del 53% de los pacientes dicen que hablan con sus profesionales de la salud sobre la información que ellos encontraron en internet (Fox y Duggan, 2013). El crecimiento de este tipo de pacientes ha cambiado la manera en que ellos interactúan con los médicos, organizaciones de salud como

clínicas, hospitales, consultorios, EPS, IPS y compañías farmacéuticas e, incluso, con otros pacientes, por lo que las compañías de salud y farmacéuticas al conocer este fenómeno deberían ajustar las estrategias de comunicación.

2.4.2 Paciente digital y dispositivos móviles

Los dispositivos móviles se usan cada vez más hoy en día; de acuerdo con datos obtenidos de Medthink Communications se estima que alrededor del 40 al 50% del tráfico en las páginas en compañías farmacéuticas y de salud vinieron de dispositivos móviles como *smartphones*, tabletas y otros dispositivos en 2015 (Medthink, 2016). Es infortunado que para los pacientes el 67% de las páginas web de las empresas farmacéuticas todavía no están acondicionadas en su totalidad para permitir la navegación móvil (PR Newswire, 2014); esta brecha entre experiencia, expectativa y realidad ha venido creciendo de manera significativa puesto que muchos pacientes, médicos y profesionales de la salud acceden a la búsqueda de información por medio de dispositivos diferentes al computador de escritorio.

2.4.3 Autoeducación y autodiagnóstico en pacientes digitales

Desde la búsqueda de los síntomas iniciales hasta la información específica del estado de las enfermedades o las condiciones de salud y las opciones de tratamientos e, incluso, las revisiones, en la práctica todo lo que un paciente desea están disponible en línea; hay muchas páginas serias dedicadas a producir información de este tipo como, por ejemplo, www.nlm.nih.gov/medlineplus/, www.mayoclinic.org y www.webmd.com, entre muchas otras, que con frecuencia son las encargadas de remplazar al médico en la primera búsqueda del paciente; de hecho, el 72% de los usuarios de internet dijeron que ellos habían usado las herramientas de búsqueda para localizar información relacionado con la salud en el último año (Medthink, 2016).

Sin embargo, no siempre la búsqueda de información en internet puede en todos los casos resultar oportuna y precisa, pero el 64% en un estudio realizado en Estados Unidos refiere que al hacerlos ellos se sintieron mucho más informados al respecto (Wolters Kluwer Health, 2012). Ese pensamiento hará que ellos sigan buscando información de salud en internet, lo que significa por qué compañías farmacéuticas y del sector de la salud están tratando de llegar cada vez más al paciente porque es crucial proveerles educación y compromiso con la salud.

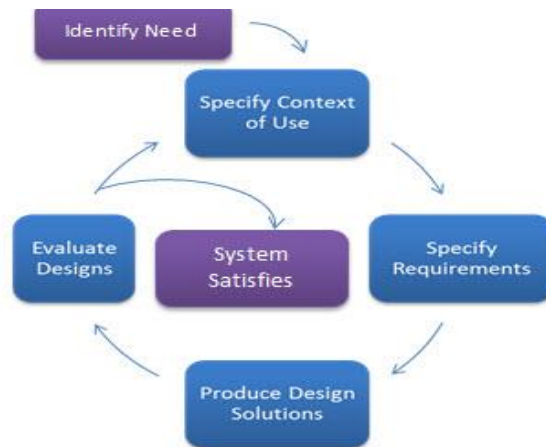
Para los pacientes digitales (*e-patients*) son en extremo importantes la educación y la fidelización; algunos ejemplos de programas de educación en el mundo son los siguientes: <http://www.findacure.org.uk>, <http://www.leukaemiacare.org.uk>, <https://medicinex.stanford.edu>, <https://www.babycenter.com/>; la información de educación para el paciente y los recursos para entender mejor las enfermedades, sus condiciones y medicamentos u opciones de dispositivos para sus tratamientos son muy amplios y deberían estar disponibles, ser de fácil acceso y muy transparente para el paciente, de modo que no debería ser solo para acceso de los médicos. A lo largo de la historia muchas de las compañías farmacéuticas y las que que están involucradas en el sistema de salud, como en el caso colombiano EPS, IPS, clínicas, hospitales, cooperativas y demás instituciones relacionadas se han basado en los médicos y en fuentes fuera de línea para educar a los pacientes. Sin embargo, con los actuales deseos de aprender de los pacientes, la necesidad de material educativo que responda sus preocupaciones es crítica (Wolters Kluwer Health, 2012).

2.4.4 Diseño centrado en el usuario de la plataforma

Los pacientes digitales son los que más usan las plataformas médicas para la consulta de información en línea, y una de las oportunidades de desarrollo que ayudan a crear un diseño óptimo para ellos es utilizar el modelo DCU para entender con mayor profundidad a las personas que van a usar el producto final, si se tiene en cuenta lo anterior, hay múltiples principios para llevar a cabo un diseño centrado

en el usuario, basado en entender a los usuarios y las tareas; el medio son impulsores que ayudan en el desarrollo centrado en el usuario. Las siguientes son etapas generales para el DCU.

Ilustración 4 Esquema de diseño centrado en el usuario



Fuente: Usability.gov (2012, p. 1)

Identificar las necesidades y a continuación especificar el contexto de uso; en ambas etapas se determina cuáles personas van a usar el producto o servicio, para qué lo van a usar y de acuerdo con cuáles condiciones lo emplearían; además, es establecer identificar los requerimientos del negocio o las metas que el producto debe cumplir para que sea exitoso; después se lleva a cabo una parte del proceso, lo que se efectúa en etapas para constituir un diseño inicial en uno diseño. A continuación se evalúan los diseños planteados a través de las pruebas con los usuarios y se define cuál es el prototipo más adecuado para iniciar el proceso.

3. Aspectos metodológicos

La investigación es un estudio exploratorio y descriptivo en el que se utilizan diferentes instrumentos y técnicas para hacer mediciones que ayuden a conocer mucho más en profundidad el objeto de la misma; para el efecto se aplicaron 44 encuestas con personas que hayan sufrido problemas de depresión; para ellas se

elaboró un cuestionario en una plataforma digital y se seleccionaron porque pertenecían a grupos de *Facebook* sobre depresión. Las encuestas a médicos especialistas y psicólogos se efectuaron por medio de visita de tipo profesional en la que se llevaron a cabo las entrevistas con una guía y fueron grabadas con notas de voz por medio de un celular.

3.1 Tipo de estudio

Estudio de tipo exploratorio y descriptivo

Es un estudio exploratorio porque no se tiene claridad sobre el deseo de buscar información sobre su enfermedad y las diferentes formas de apoyo al tratamiento por parte de los usuarios; de igual manera porque se desconocen las variables que inciden en el interés y la inhibición de buscar ese tipo de información médica, lo mismo porque cuando se diseña una plataforma se requiere conocer el punto de vista de los usuarios y de quienes, desde la perspectiva profesional (médicos, psicólogos y farmacéuticos) serían generadores de información para el propósito de la herramienta.

3.2 Recolección de la información

Las técnicas por utilizar para la investigación fueron las entrevistas estandarizadas con estructura y las entrevistas en profundidad.

3.2.1 Instrumentos o técnicas de información

Para la recolección de los datos se optó por utilizar para las personas con depresión las entrevistas estandarizadas estructuradas. Cada entrevista estructurada siguió un cuestionario específico y dicho instrumento de investigación se suele utilizar como base para la mayoría de las encuestas cuantitativas. Se administró un cuestionario estructurado estandarizado en el que se plantearon preguntas específicas en un orden establecido y de manera estable para asegurar que no haya variación en las entrevistas.

Para los especialistas se acudió las entrevistas en profundidad que por lo general son encuentros en los que el entrevistador hace uso de un conjunto de temas semiestructurados para guiar la discusión con el objetivo de explorar y descubrir con mayor profundidad los pensamientos, motivaciones y actitudes referentes al tema de la investigación.

Ver anexos 1 (formato de preguntas para la encuesta a pacientes) y 2 (formato de preguntas para la entrevista a especialistas).

3.3 Criterios de muestreo

En esta investigación exploratoria se usó un muestreo no probabilístico por la naturaleza del problema, porque se quería saber las apreciaciones de un grupo pequeño de personas con problema de depresión en la población; en consecuencia, se sabe que no sirve para plantear generalizaciones (estimaciones inferenciales sobre la población), pues no se tiene un nivel de certeza de que la muestra extraída sea representativa puesto que no todos los sujetos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos pero puede dar una percepción valiosa inicial del fenómeno que se está investigando.

3.3.1 Sujetos

Para el grupo poblacional de personas con problemas de depresión, se tuvieron en cuenta personas que pertenecían a grupos en *Facebook* sobre depresión que fueron abordados y consultados para realizar la encuesta; para los médicos especialistas y psicólogos se llevaron a cabo las entrevistas de acuerdo con la disponibilidad del pánel que se tenía accesible debido al poco tiempo disponible de dichos profesionales.

3.4 Diseño del análisis

Se utilizaron para comparar las respuestas obtenidas en las encuestas y entrevistas los diagramas de barras simples y los diagramas de sectores que tienen forma de círculo o de pastel, que se emplearon para representar varias categorías de una variable y cuadros comparativos y también en algunas preguntas se acudió a una tabla de clasificación en estrellas para facilitar las respuestas para que se pudieran observar con facilidad los resultados favorables o no favorables.

4. Presentación y análisis de resultados

En las entrevistas con los especialistas se analizó cada pregunta por medio de un cuadro comparativo que ayudara a poner en contexto los resultados y poder extraer de ellos los aportes más significativos al trabajo de investigación.

Para la primera pregunta se presentan las respuestas en la tabla que aparece después del enunciado respectivo.

¿Cuáles cree que son los factores más recurrentes que sufren los pacientes que afectan la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en la depresión?

Tabla 4. Fragmentos de las respuestas de los especialistas a la primera pregunta

Especialista 1	Especialista 2	Especialista 3	Especialista 4	Especialista 5
No respondió	No respondió	“Pienso que es las dificultades en el acceso , por dinero por	“La falta de conocimiento sobre la enfermedad, la falta de	“Pienso que los factores que afectan la adherencia de los

		no entrega de medicamentos o por dificultad para asistir a las citas , por pobre coincidencia de enfermedad, por el estigma que tiene todavía la enfermedad mental , por pobre apoyo por parte de familiares y amigos o pareja.”	conocimiento del manejo de la medicación , que la EPS no le dé los medicamentos o no le dé la cita oportuna con el especialista , las creencias que tiene el paciente sobre la medicación y sobre la enfermedad o su familia.”	medicamentos para los pacientes con depresión son los efectos secundarios de la medicación y también que sean tan largos los tratamientos.”
--	--	--	---	---

Fuente: elaboración propia

En las entrevistas con los profesionales del área de interés se evidenció en la primera pregunta que los pacientes tenían dificultad para tener acceso a las citas médicas y a los medicamentos, que había poco conocimiento de la enfermedad, de su administración y del manejo de los medicamentos; de los últimos también se tenía reducido conocimiento de los efectos secundarios, sobre cómo manejarlos y del porqué los tratamientos son tan prolongados; además, expresiones como “la

EPS no le dé los medicamentos o no le dé la cita oportuna con el especialista” fueron recurrentes.

Segunda pregunta

¿Cuáles recomendaciones puede hacer para que los pacientes con depresión puedan tener mejor control y manejo de la enfermedad?

Tabla 5. Fragmentos de las respuestas de los especialistas a la segunda pregunta

Especialista 1	Especialista 2	Especialista 3	Especialista 4	Especialista 5
<p>“Pues la principal recomendación es que un paciente con buena educación sobre su enfermedad va a ser un paciente más adherente. Entonces, la recomendación es enseñarles a los pacientes lo que está pasando y el para qué van a tomar los medicamentos que se les están formulando.”</p>	<p>“Yo pensaría que lo primero es encontrar medicamentos que tengan un buen perfil de efectividad y sean seguros. Lo segundo la educación del paciente en cuanto a las características de su propia salud, la importancia de tomar el tratamiento de manera continuada, de no suspenderlo cuando se sientan bien etc. y la otra parte supremamente</p>	<p>“Implementar mejores programas de psicoeducación para que la gente y sus familiares se concienticen de su importancia de tener una buena adherencia al manejo y mejorar el acceso a los servicios de salud, tanto la pertinencia de la asistencia a las citas como a la entrega de medicación.”</p>	<p>“Recomendaciones, entonces, primero psicoeducación sobre la enfermedad mental y sobre el tratamiento de su enfermedad mental, en este caso sobre la depresión.”</p>	<p>Por lo mismo, pienso que un medicamento con menos efectos secundarios a nivel de cefalea en la parte neurológica, en la parte sexual, en la parte de la alimentación sería ideal para que el paciente tuviera adherencia al tratamiento.”</p>

	<p>importante fuera de la educación sería el uso de las terapias psicológicas en conjunto con las terapias farmacológicas si así fuera necesario.”</p>			
--	---	--	--	--

Fuente: elaboración propia

De la pregunta 2 formulada en la entrevista, los especialistas se refirieron también a la falta de educación de los pacientes para mejorar la adherencia a los tratamientos; además, se habló de programas de educación, terapias psicológicas en conjunto con las farmacológicas y la facilidad en cuanto al acceso de las citas médicas y los medicamentos; al contrastar lo anterior con la teoría citada en esta investigación y un reporte de la OMS que con claridad se evidencia en la ilustración 8 del presente documento, se observa que en si la falta de adherencia está relacionado a múltiples factores (WHO, 2003), con expresiones como “Un paciente con buena educación sobre su enfermedad va a ser un paciente más adherente”. El soporte es un componente esencial de todas las estrategias conductuales, el soporte refiere a cualquier consecuencia que aumente la probabilidad de que un comportamiento se repita; (Dunbar-Jacob et al., 2000) sugieren que el tiempo del médico y el de atención al paciente deberán ser el más poderoso comportamiento para mejorar el soporte que es usado por los profesionales de la salud y es una de las estrategias para mejorar la adherencia en los pacientes con enfermedades crónicas, que ayuda a mejorar la adherencia, la educación y la deficiencia de soporte en pacientes, lo que afecta al sistema de salud por la poca efectividad en los tratamientos y causa un aumento de los costos y la recurrencia de las consultas, lo que incide en cuanto a alcanzar los objetivos para los que fue diseñado.

Tercera pregunta

Según su criterio o estudios conocidos, ¿cuál es la prevalencia de pacientes con depresión en la población colombiana?

Tabla 6. Fragmentos de las respuestas de los especialistas a la tercera pregunta

Especialista 1	Especialista 2	Especialista 3	Especialista 4	Especialista 5
“Diferentes series y diferentes estudios se han hecho y hablamos entre el 4 y el 7 % ; yo estoy de acuerdo con ese porcentaje es más o menos lo que uno ve en la práctica clínica.”	“En realidad, por lo general se habla que entre el 10 al 12% de los pacientes tienen depresión , pero de los que le consultan a uno en el consultorio se podría decir que al menos el 50% tienen una forma de trastorno depresivo.”	“Yo pensaría que aproximadamente un 20 - 25%, en algún momento de la vida, teniendo en cuenta que hay muchas personas que no consultan y algunas tiene unos síntomas leves y pasan sin detección.”	“El porcentaje es casi el 80%.”	“La prevalencia de aquí en Colombia por ejemplo es aproximadamente del 10% de los pacientes cuando tienen alguna enfermedad psiquiátrica del 10 a 12% es depresión.”

Fuente: elaboración propia

En la pregunta 3 hubo una gran diversidad en cuanto al conocimiento del número de personas que padecen depresión; lo que se refiere en la presente investigación es que la prevalencia oficial de personas con depresión es del 4,6% en el mundo según datos de la OMS (WHO, 2016a); los especialistas difirieron en sus respuestas, lo que puede deberse a la falta de información; algunos expusieron datos tentativos de la información de prevalencia de la depresión y en un caso puntual se expresó que era cerca del 80% de los pacientes tenían depresión, lo que es bastante elevado y no concuerda con los datos de la OMS; para otras respuestas

sí se evidenció que tenían conocimiento de la cifra y se acercaron con valores de 4% al 7%.

Con la segunda herramienta de adquisición de datos, en la que se utilizó la encuesta como metodología y se seleccionaron personas de grupos de redes sociales en depresión se encontró variada información relevante que aportó a la investigación y que ayudó a resolver las preguntas de investigación puesto que cerca del 56% de las personas encuestadas consultan en forma información de salud mental por internet y que tanto la ha consultado en los últimos seis meses que cerca del 75% de los encuestado respondieron que sí lo habían hecho.

Ilustración 5. Pregunta No 2 de la encuesta: ¿consulta en forma activa información de salud mental por internet?

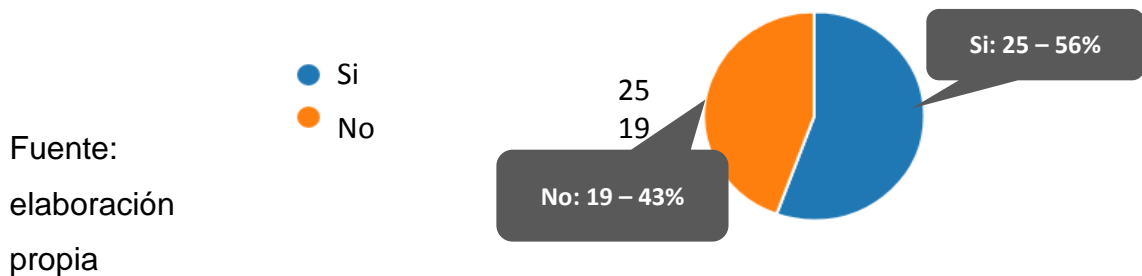
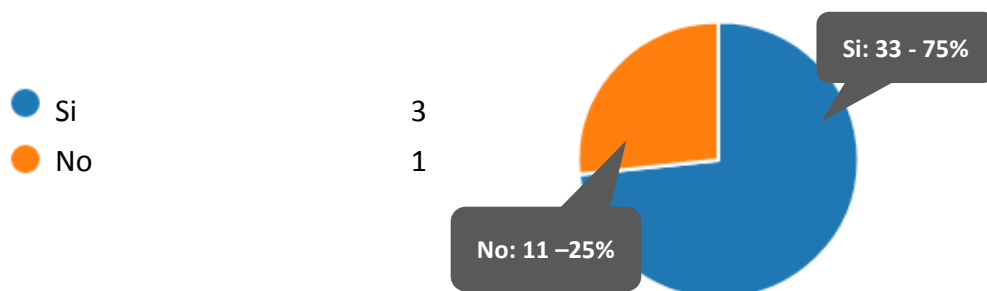


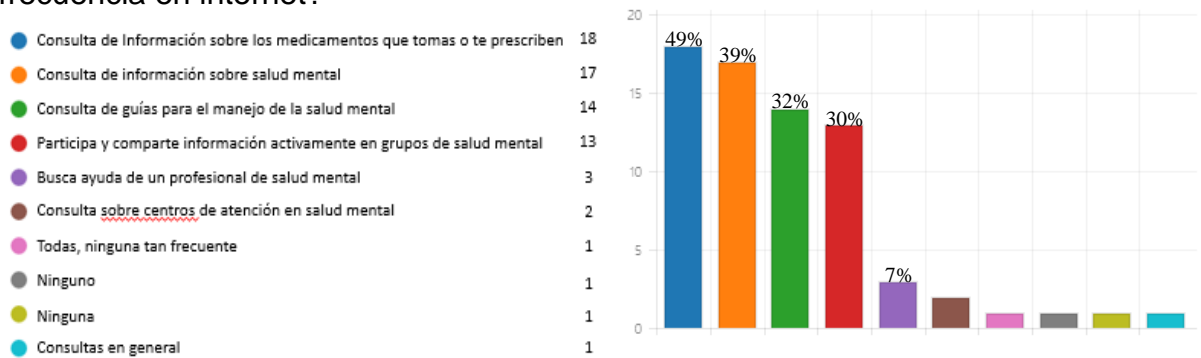
Ilustración 6. Pregunta No 8: ¿en los últimos seis6 meses ha buscado información sobre salud mental por internet?



Fuente: elaboración propia

Además de conocer acerca de las consultas para buscar información de salud mental por internet se quería conocer cuál tipo de información ellos consultaban a los que se refiere la pregunta número 9, en cuyas respuestas se evidenció que el 49% de las personas indagaban por información sobre los medicamentos que tomaban o tenían prescritos; el 39% consultó información general de salud mental, 32% sobre las guías para el manejo de la salud mental y el 30% participaron y compartieron su información en forma activa en grupos; hay que tener en cuenta que en esta pregunta, por ser de selección múltiple, el total de los encuestados fue de 44 y cada uno podía escoger las diferentes opciones; por lo tanto, los porcentajes se presentan de manera individual.

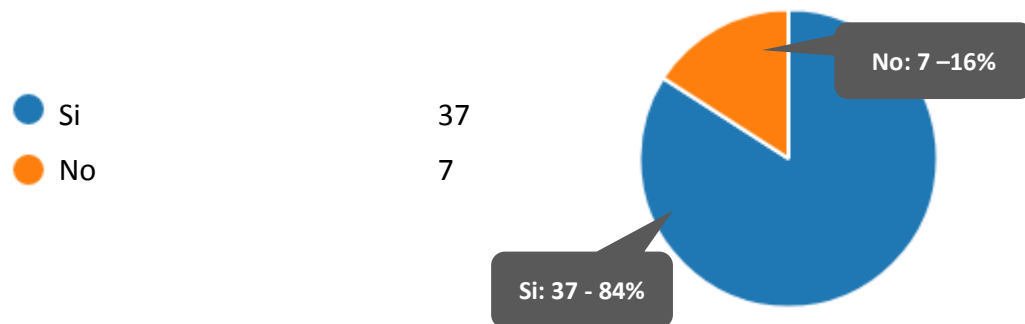
Ilustración 7. Pregunta No 9: ¿cuáles de las siguientes actividades realiza con frecuencia en internet?



Fuente: elaboración propia

En cuanto a la pregunta de investigación que se refiere a si las personas consultadas deseaban o mostraban algún interés de ser parte de una plataforma enfocada hacia la salud mental (depresión), el 86% respondieron que sí.

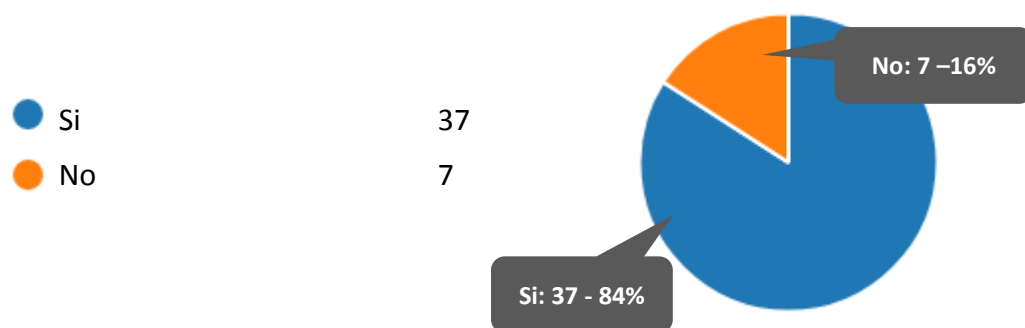
Ilustración 8 Pregunta No. 13: ¿le gustaría acceder a una plataforma profesional de información de salud mental?



Fuente: elaboración propia

Después, al consultarles si les gustaría que fueran atendidos por profesionales de la salud, el 84% respondió en sentido afirmativo.

Ilustración 9 Pregunta No 14: ¿le gustaría tener contacto con profesionales de salud mental por una plataforma y poder consultar con frecuencia?

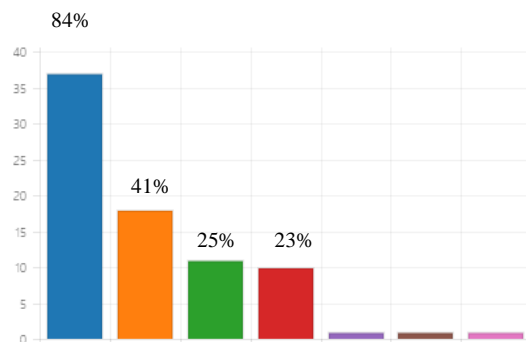


Fuente: elaboración propia

Además, también fue objeto de la encuesta conocer cuál tipo de información desearían recibir en una plataforma digital médica; el 84% respondió que les gustaría la referente a nuevos hábitos que mejoren la salud mental y al 41% le gustaría recibir más información sobre los medicamentos.

Ilustración 10 Pregunta No 15: seleccione cuál información de salud mental le gustaría recibir

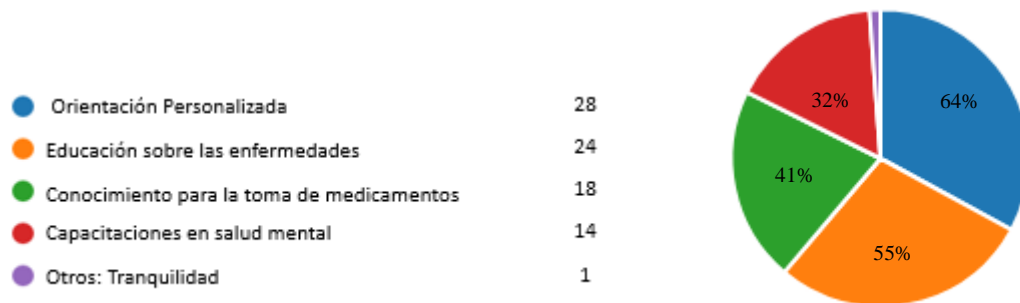
● Buenos hábitos que mejoren la salud mental	37
● Información de Medicamentos (Efectos Adversos, Tratamientos, cuidados especiales)	18
● Aplicaciones para móviles (Recordatorio Citas Médicas, Recordatorio de Toma de Medicamentos, ejercicios mentales)	11
● Actualidad (Noticias de salud mental, eventos, actividades, nuevos programas de salud mental)	10
● Línea de atención urgente	1
● todo lo que sea necesario	1
● Ninguno	1



Fuente: elaboración propia

También se les pregunto qué cuál sería el valor que ellos recibirían al usar una plataforma de educación médica, a lo que respondió el **64%** que las ventajas que se tendría sería a orientación personalizada, educación el **55%** e información de los medicamentos el **41%**.

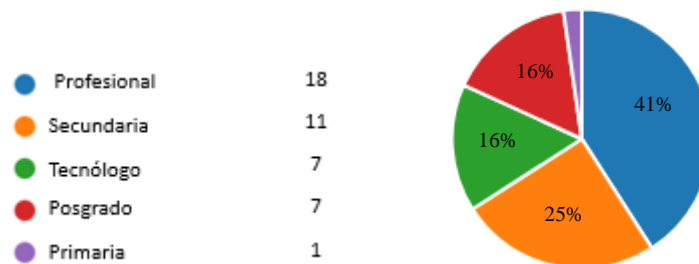
Ilustración 11. Pregunta No 24: ¿cuáles ventajas considera usted que tendría si tuviera acceso a una plataforma de información de salud para la depresión?



Fuente: elaboración propia

Las personas a las que se les aplicó la encuesta estaban en el rango de edad de 18 a 44 años, con 80% de mujeres y 20% de hombres; 41% de ellos eran profesionales, 25% con bachillerato, 16% tecnólogos y el otro 16% con estudios de posgrado.

Ilustración 12 Pregunta No 18: último grado de escolaridad



Fuente: elaboración propia

El resto de información de la encuesta quedó adjunta como anexos 1 y 2, en los que se presentan las transcripciones de las entrevistas a los especialistas y los formularios de la encuesta y la entrevista.

5. CONCLUSIONES

Como resultado de esta investigación exploratoria y descriptiva es posible concluir que existe una relación entre los cuidadores y las personas con depresión para buscar información médica en internet; de las personas en el estudio con una muestra de 44 personas, el 56% consultaba en forma activa información de salud mental por internet y el 75% había buscado durante los últimos seis meses y la consulta de información de medicamentos, la general sobre salud mental y las guías de administración fueron los ítems con más frecuencia de búsqueda.

También se identificaron cuáles son las necesidades de información médica y el interés de acceder a una plataforma de comunicación digital para educación en depresión guiada por profesionales, a lo que el 84% de los encuestados respondió en forma satisfactoria y con intereses de conocer más sobre hábitos que mejoren la salud e información sobre los medicamentos como efectos adversos, tratamientos y cuidados especiales. En los profesionales de la salud se pudo determinar cuál es la información más importante para suministrar a los pacientes con el fin de mejorar la administración de la depresión y refirieron que los pacientes tenían poco conocimiento de la enfermedad, de los medicamentos, de los efectos secundarios que los mismos producen y muchos tenían desconocimiento del porqué de los tratamientos son tan prolongados, fenómeno que disminuye la adherencia a los tratamientos por lo que ellos sugirieron crear programas de educación y hacer un complemento entre las terapias farmacológicas y las psicológicas.

De igual manera, en personas con problemas de depresión de 18 a 44 años que son digitales y en profesionales de la salud se constató la necesidad de crear una plataforma estratégica de comunicación digital orientada a la administración, la educación y el acompañamiento con el propósito de disminuir las citas recurrentes por falta de educación y de posicionarse como referente de confianza en la comunidad digital.

6. RECOMENDACIONES

Es necesario revisar con mayor detalle las necesidades en los departamentos de Colombia con poca accesibilidad en cuanto a educación en salud; para ello es indispensable desarrollar estrategias de comunicación digital por medio de plataformas médicas para ayudar a aumentar el nivel de conocimiento y de educación, además de crear herramientas de administración de información en la nube para la consulta y el seguimiento acerca de las enfermedades como una historia clínica digital que aún no se ha desarrollado para pacientes con depresión y que es importante para conocer cuáles son la recurrencia, la administración de los medicamentos en pacientes, la dosificación, la efectividad, la seguridad, las hospitalizaciones que han sufrido y los estados de ánimo para generar datos de la comunidad y poder inferir los poblacionales para comprender con mayor exactitud cuáles son las necesidades de las poblaciones rurales.

REFERENCIAS

Accenture Consulting (2013). *Accenture consumer survey on patient engagement*.

Recuperado el 07 de Julio de 2017, de: <http://www.accenture.com/us-en/Pages/insight-accenture-consumer-survey-patient-engagement.aspx>

Brodie M., Kjellson N., Hoff T., & Parker, M. (1999). Perceptions of Latinos, African Americans, and Whites on media as a health information source. *Howard*

Journal of Communications, 10(3), 147-167.

<https://doi.org/10.1080/106461799246799>

- Czaja, S. J., Sharit, J., Lee, C. C., Nair, S. N., Hernández, M. A., Arana, N., & Fu, S. H. (2013). Factors influencing use of an e-health website in a community sample of older adults. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 20(2), 277-284. <https://doi.org/amiainl-2012-000876>
- Dunbar-Jacob, J., Erlen, J. A., Schlenk, E. A., Ryan, C. M., Sereika, S. M., & Doswell, W. M. (2000). Adherence in chronic disease. *Annual Review of Nursing Research*, 18(1), 48-90. Recuperado el 10 de Junio de 2017, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10918932>
- Euromonitor International (2016). *Digital consumer. landscape: Mexico*. Londres: Euromonitor International. Recuperado el 13 de Julio de 2017, de: <http://www.euromonitor.com/digital-consumer-landscape-mexico/report>
- Fox, S., & Duggan, M. (2013). *Health online 2013*. Washington, DC: Pew Research Center's Internet & American Life Project. Recuperado el 12 de Enero de 2017, de: <http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF5/003820.pdf>
- Goldsmith, R. E., Lafferty, B. A., & Newell, S. J. (2000). The impact of corporate credibility and celebrity credibility on consumer reaction to advertisements and brands. *Journal of Advertising*, 29(3), 43-54. <https://doi.org/10.1080/00913367.2000.10673616>
- Gonda, X., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, G., & Rihmer, Z. (2007). Prediction and prevention of suicide in patients with unipolar depression and anxiety. *Annals of General Psychiatry*, 6, 23. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-6-23>
- Internet World Stats (2015). *Internet growth statistics*. Recuperado el 11 de Junio de 2017, de: <http://www.internetworldstats.com/emarketing.htm>
- Ipsos Napoleón Franco (2012). Gran estudio continuo de Ipsos Napoleón Franco sobre el nivel cómo las nuevas tecnologías están impactando sus vidas. Bogotá: Ipsos Media CT. Recuperado el 26 de mayo de 2017, de:

<https://jcmisnaza.files.wordpress.com/2013/04/encuestadeconsumodigital-01.pdf>

- Jadad, A. R., & Gagliardi, A. (1998). Rating health information on the internet: navigating to knowledge or to Babel? *Journal of American Medical Association*, 279(8), 611-614. Recuperado el 11 de marzo de 2017, de: [http://www.infosihat.gov.my/infosihat/artikelHP/bahanrujukan/HE_DAN_ICT/PDF/Rating health information on the internet.pdf](http://www.infosihat.gov.my/infosihat/artikelHP/bahanrujukan/HE_DAN_ICT/PDF/Rating%20health%20information%20on%20the%20internet.pdf)
- Keselman, A., Logan, R., Smith, C. A., Leroy, G., & Zeng-Treitler, Q. (2008). Developing informatics tools and strategies for consumer-centered health communication. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 15(4), 473-83. <https://doi.org/10.1197/jamia.M2744>
- Kessels, R. P. C. (2003). Patients' memory for medical information. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96, 219-222. Recuperado el 1 de abril de 2017, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539473/pdf/0960219.pdf>
- Masters, K., & Todd, G. (2010). "I found it on the internet" preparing for the e-patient in Oman. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 10(2), 169-179. Recuperado el 3 de junio de 2017, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074705/>
- Medthink (2016). The e-patient era has arrived. *Medthinkcommunications*. Recuperado el 3 de julio de 2017, de: <https://www.medthink.com/pdf/medthink-white-paper-e-patient-era.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013a). *Minsalud presenta reforma para mejorar calidad, integralidad y oportunidad en el sistema de salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado el 25 de mayo de 2017, de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Reforma-a-la-salud-contenido.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013b). *Reforma a la salud: una propuesta de atención diferencial*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado el 11 de marzo de 2017, de:

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Enlace-MinSalud - Reforma-a-la-Salud.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/1/Enlace-MinSalud%20-%20Reforma-a-la-Salud.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social (2017). Boletín de salud mental. Depresión Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Recuperado el 19 de junio de 2017, de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (eds.). (1996). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from deceases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2010. Ginebra: World Health Organization, The World Bank y Harvard University Press. Recuperado el 21 de enero de 2017, de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41864/1/0965546608_eng.pdf

PR Newswire (2014). Pharms are leaving healthcare professionals hanging in a mature mobile market, Manhattan research study finds. *Cision. PR Newswire*. Recuperado el 19 de junio de 2016, de: <http://www.prnewswire.com/news-releases/pharmas-are-leaving-healthcare-professionals-hanging-in-a-mature-mobile-market-manhattan-research-study-finds-277105621.html>

Rose, L. E., Kim, M. T., Dennison, C. R., & Hill, M. N. (2000). The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 587-594. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01538.x>

Tardy, R. W., & Hale, C. L. (1998). Getting “plugged in:” a network analysis of health-information seeking among “stay-at-home moms.” *Communication Monographs*, 65(4), 336-357. <https://doi.org/10.1080/03637759809376457>

Tecco, H. (2016). *2016 year end funding report: a reality check for digital health*. San Francisco, CA: Rock Health. Recuperado el 3 de agosto de 2017, de: <https://rockhealth.com/reports/2016-year-end-funding-report-a-reality-check-for-digital-health/>

- Usability.gov (2012). User-centered design basics. Recuperado el 03 de agosto de 2017, de: <https://www.usability.gov/what-and-why/user-centered-design.html>
- Wade, A. G. (2017). Use of the internet to assist in the treatment of depression and anxiety: a systematic review. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 12(4), 1-19. <https://doi.org/10.4088/PCC.09r00876blu>
- Wagner, E. H., Bennett, S. M., Austin, B. T., Greene, S. M., Schaefer, J. K., & Vonkorff, M. (2005). Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based chronic illness care. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 11, s-7-s-15. <https://doi.org/10.1089/acm.2005.11.s-7>
- Wilson, E. V., & Lankton, N. K. (2004). Modeling patients' acceptance of provider-delivered e-health. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 11(4), 241-248. <https://doi.org/10.1197/jamia.1475>.Health-related
- Wolters Kluwer Health (2012). *Survey: consumers show high degree of trust in online health information. Report success in self-diagnosis*. BA Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer Health. Recuperado el 19 de junio de 2016, de: <http://wolterskluwer.com/company/newsroom/news/health/2012/05/survey-consumers-show-high-degree-of-trust-in-online-health-information-report-success-in-self-diagnosis.html>
- World Health Organization, WHO (OMS) (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Ginebra: WHO. Recuperado el 10 de abril de 2017, de: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
- World Health Organization, WHO (OMS) (2016a). *Depression. Depression fact sheet*. Recuperado el 28 de marzo de 2017, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/index.html>
- World Health Organization, WHO (OMS) (2016b). *Mental health: strengthening our response*. Ginebra: WHO. Recuperado el 15 de julio de 2017, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

Zarcadoolas, C., Blanco, M., Boyer, J. F., & Pleasant, A. (2002). Unweaving the web: an exploratory study of low-literate adults' navigation skills on the world wide web. *Journal of Health Communication*, 7(4), 309-324.
<https://doi.org/10.1080/10810730290088157>

ANEXOS

Anexo 1. Formato de preguntas para la encuesta a pacientes

Encuesta de salud mental

Bienvenido; muchas gracias por participar en este estudio.

Descripción de la encuesta

El objetivo de este estudio es conocer la percepción sobre las necesidades que tienen las personas para consultar información en internet acerca de la salud mental. Es una investigación de tipo exploratorio y netamente académica; los datos obtenidos estarán protegidos en todo momento como información de tipo personal y de ninguna manera se utilizarán para realizar ventas de productos u otros fines diferentes al estudio.

Duración aproximada: 4 minutos

Objetivo

Esta encuesta pretende tener un acercamiento a las necesidades que tienen las personas con problemas o las que cuidan pacientes con problemas de salud mental y que requieren información para mejorar la adherencia y la estabilidad.

Preguntas de filtro

- a. ¿Cuenta con regularidad con acceso a internet?
- b. ¿Consulta de manera activa información de salud mental por internet?
- c. ¿Está usted en algún tratamiento en temas de salud mental o cuida a alguien que lo esté?

Preguntas en Profundidad

1. En los últimos seis meses ha acudido a consulta profesional sobre salud mental?

- a. Sí
- b. NO

**2. ¿Como resultado de esa consulta tuvo algún diagnóstico? Sí ____ No ____
¿Cuál?**

- a. Depresión
- b. Trastorno bipolar
- c. Trastorno del estado de ánimo
- d. Trastorno de la personalidad
- e. Esquizofrenia
- f. Trastorno de ansiedad
- g. Trastorno obsesivo compulsivo
- h. Otro: ¿cuál? _____

3. Su frecuencia de uso de internet es

- a. Todos los días
- b. Cada dos días
- c. Una a tres veces por semana
- d. Otra: ¿cuál? _____

4. En los últimos seis meses ha buscado información sobre salud mental por internet?

- a. Sí
- b. NO

5. ¿Cuáles de las siguientes actividades realiza con frecuencia en internet?

- a. Consulta de información sobre salud mental

- b. Consulta de información sobre los medicamentos que toma o le prescriben
- c. Consulta de guías para el manejo de la salud mental
- d. Consulta sobre centros de atención en salud mental
- e. ¿Busca ayuda de un profesional de la salud mental?
- f. ¿Participa y comparte información en forma activa en grupos de salud mental?

6. Nombre al menos tres sitios que recuerde en los que haya consultado información de salud mental

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

7. ¿Hace parte activa de grupos de salud mental en redes sociales?

- a. Sí
- b. NO

En caso afirmativo, nombre por favor al menos tres de ellos:

8. ¿Le gustaría acceder a una plataforma profesional de información de salud mental?

- a. Sí
- b. NO

9. ¿Le gustaría tener contacto con profesionales de salud mental y poder consultar con frecuencia?

- a. Sí
- b. NO

¿Por qué? _____

10. Seleccione cuál información de salud mental le gustaría recibir

- a. Información de medicamentos (efectos adversos, tratamientos comunes)
- b. Procedimientos (prevención)
- c. Actualidad (noticias, nuevos tratamientos, nuevas tendencias, nuevos programas)
- d. Aplicaciones (recordatorio de citas médicas y de toma de medicamentos)
- f. Educación (cursos virtuales, acceso a artículos médicos, biblioteca de preguntas, escala de riesgo)

Para categorizar mejor los datos la siguiente sección trata de clasificación demográfica

12. ¿Dónde vive? _____

13. Rango de edad

- a. Menor de 18 años
- b. De 18 a 25 años
- c. De 26 a 34 años
- d. De 35 a 44 años

14. Género

- a. Hombre
- b. Mujer
- c. Otro

15. Último grado de escolaridad

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Técnico
- d. Tecnólogo
- e. Profesional
- f. Especialización
- g. Maestría
- h. Doctorado

16. ¿Con quién vive?

- a. Familia (primos, hermanos, tíos, abuelos)
- b. Amigos
- c. Esposo(a) e hijos
- d. Solo

17. De menor a mayor responda las siguientes preguntas, con alto (muy importante), medio (no tan importante) o bajo (muy poco importante)

- a. ¿Tiene interés de recibir información y tener contacto con personal profesional en salud mental?
- b. ¿Cuál es la disposición de buscar información de salud?
- c. ¿Cuál es su motivación para el autocuidado y la protección de la salud?
- d. ¿Qué tan implicado está usted en el autocuidado de la salud mental?

19. ¿Cuáles ventajas considera usted que tendría si tuviera acceso a información de salud para la depresión?

18. Para finalizar quisiéramos agradecerle ser parte de este estudio. ¿Desea agregar algún comentario o sugerencia adicional?

Anexo 2. Formato de preguntas para la entrevista a especialistas

Nombre:

Especialidad:

Institución:

Pregunta No.1

¿Cuáles cree que son los factores más recurrentes que sufren los pacientes que afectan la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en la depresión?

Pregunta No. 2

¿Cuáles recomendaciones puede hacer para que los pacientes con depresión puedan tener mejor control y manejo de la enfermedad?

Pregunta No. 3

Según su criterio o estudios conocidos, ¿cuál es la prevalencia de pacientes con depresión en la población colombiana?