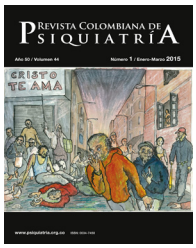
PSIQUIATRÍA ACP

REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp




Artículo original

# Caracterización de los usuarios de las redes sociales dentro del sistema de atención primaria en Colombia y predictores de su uso de las redes sociales para comprender su salud

*Sophia M. Bartels*[a,*], *Pablo Martinez-Camblor*[a], *John A. Naslund*[b], *Fernando Suárez-Obando*[c], *William C. Torrey*[a,d], *Leonardo Cubillos*[a,e], *Makeda J. Williams*[f], *Sergio M. Castro*[c], *José M. Uribe-Restrepo*[g], *Carlos Gómez-Restrepo*[c,g,h] y *Lisa A. Marsch*[a]

[a] *Center for Technology and Behavioral Health, Geisel School of Medicine, Dartmouth College, Lebanon, New Hampshire, Estados Unidos*
[b] *Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, Estados Unidos*
[c] *Departamento de Epidemiología y Bioestadística, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia*
[d] *Departamento de Psiquiatría, Dartmouth Hitchcock Medical Center, Lebanon, New Hampshire, Estados Unidos*
[e] *Departamento de Psiquiatría, Geisel School of Medicine, Dartmouth College, Lebanon, New Hampshire, Estados Unidos*
[f] *Center for Translation Research and Implementation Science, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, Estados Unidos*
[g] *Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia*
[h] *Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

*Historia del artículo:*
Recibido el 11 de noviembre de 2020
Aceptado el 28 de diciembre de 2020
*On-line* el 19 de marzo de 2021

*Palabras clave:*
Redes sociales
Salud mental
Atención primaria
Colombia

RESUMEN

*Introducción:* El uso de las redes sociales está creciendo en América Latina y de manera cada vez más innovadora. Este estudio busca caracterizar el perfil de los usuarios de las redes sociales entre los pacientes de atención primaria en Colombia y evaluar los predictores de utilización de las redes sociales para buscar información de salud y salud mental (comportamiento de búsqueda).

*Métodos:* Como parte de un estudio de *scale-up*, se encuestó a 1.580 pacientes en 6 sitios de atención primaria en Colombia sobre usos de las redes sociales. Se aplicaron las pruebas de la $\chi^2$ y de la t de Student para evaluar asociaciones entre variables demográficas, uso de redes sociales y comportamiento de búsqueda, y un análisis de *Chi-square Automatic Interaction Detector* (CHAID) para determinar predictores de comportamiento de búsqueda.

*Resultados:* El 44,4% de los encuestados informaron que eran usuarios de las redes sociales. El 35,7% de los usuarios de las redes sociales las utilizaron para buscar información relacionada con la salud y el 6,6%, para buscar información relacionada con la salud mental. Si bien el perfil de las personas que utilizaron las redes sociales para buscar información relacionada con la salud fue similar al de los usuarios de las redes sociales en general (el mayor

* *Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: sophiamb@live.unc.edu (S.M. Bartels).
https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.010
0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en marzo 16, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

frecuencia se dio entre las mujeres que vivían en áreas urbanas), la presencia de síntomas de salud mental fue un predictor más importante de emplear las redes sociales para buscar información relacionada con la salud mental que variables demográficas; los individuos con síntomas de ansiedad moderados-graves tuvieron un porcentaje significativamente mayor de búsquedas informadas que los individuos sin síntomas (el 12,5 frente al 5,2%).
*Conclusiones:* Dado que algunas personas con trastornos de salud mental recurren a las redes sociales para comprender su enfermedad, estas podrían ser un medio exitoso para ofrecer intervenciones de salud mental en Colombia.
© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## A characterisation of social media users within the Primary Care System in Colombia and predictors of their social media use to understand their health

*Keywords:*
Social media
Mental health
Primary care
Colombia

ABSTRACT

*Introduction:* Social media use is growing in Latin America and is increasingly being used in innovative ways. This study sought to characterise the profile of social media users, among primary care patients in Colombia, and to assess predictors of their use of social media to search for health and mental health information (searching behaviour).
*Methods:* As part of a larger scale-up study, we surveyed 1,580 patients across six primary care sites in Colombia about their social media use. We used chi-square and Student's t-tests to assess associations between demographic variables, social media use and searching behaviour, and a Chi-square Automatic Interaction Detector (CHAID) analysis to determine predictors of searching behaviour.
*Results:* In total, 44.4% of respondents reported that they were social media users. Of these, 35.7% used social media to search for health-related information and 6.6% used it to search for mental health-related information. While the profile of individuals who used social media to search for health-related information was similar to that of general social media users (the highest use was among women living in urban areas), the presence of mental health symptoms was a more important predictor of using social media to search for mental health-related information than demographic variables. Individuals with moderate-severe symptoms of anxiety reported a significantly higher percentage of searching than individuals without symptoms (12.5% vs. 5.2%).
*Conclusions:* Given that some individuals with mental health disorders turn to social media to understand their illness, social media could be a successful medium for delivering mental health interventions in Colombia.
© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El uso de las redes sociales, aplicaciones basadas en Internet formadas por contenido generado por el consumidor que otros usuarios pueden compartir y acceder fácilmente, está extendido y en continuo crecimiento, con un total de 3.960 millones de usuarios de redes sociales, lo que representa una penetración global del 42%[1]. El uso de las redes sociales se está expandiendo en países tanto de altos ingresos como de bajos y medianos (LMIC)[1,2]. La creciente presencia de las redes sociales en todo el mundo crea una oportunidad única para entregar fácilmente información a un público amplio[3]. Aunque hay pequeños estudios sobre el empleo de las redes sociales para brindar información e intervenciones de salud, los que existen se muestran prometedores en una variedad de entornos. Las redes sociales se han utilizado para identificar información de salud que no se informa a los departamentos de salud, como una forma de vigilancia e intercambio de información y como un medio para dirigirse a poblaciones vulnerables sobre comportamientos de riesgo para la salud, particularmente entre poblaciones estigmatizadas con condiciones de salud sensibles[4–8].

En el ámbito de la atención médica, los estudios muestran que las redes sociales tienen el potencial de expandir el compromiso y la educación del paciente al permitir que los pacientes compartan sus experiencias, se comuniquen con sus pares y sus proveedores y obtengan información sobre sus condiciones médicas[3]. Además, los estudios han demostrado que las redes sociales pueden ser eficaces para seleccionar y cambiar el comportamiento de las personas. Por ejemplo, la

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en marzo 16, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

intervención *Get Yourself Tested* (GYT), una campaña basada en las redes sociales de pruebas de enfermedades de transmisión sexual (ETS), condujo a un aumento del 71% en las pruebas de ETS en todo el país[8]. Sin embargo, la mayoría de estos estudios se han centrado en enfermedades físicas, como el cólera, el dengue, las infecciones por *Escherichia coli* y el VIH/sida, y hay escasos estudios sobre el uso de las redes sociales para administrar intervenciones de salud mental[4]. Los estudios que existen sobre este tema se realizaron en países de altos ingresos (HIC), como Australia, donde el 47% de los estudiantes informaron que usarían las redes sociales en línea para abordar sus enfermedades mentales[4]. En Estados Unidos, un estudio sobre el empleo de las redes sociales para crear redes de apoyo entre pares para personas con enfermedades mentales graves descubrió que estas redes sociales tenían el potencial de ayudar a las personas a desafiar el estigma, aumentar la activación del consumidor y brindar oportunidades para la entrega de intervenciones[9]. Estos estudios demuestran que los individuos de HIC publican información sobre sus enfermedades mentales en las redes sociales, como Twitter y Facebook, y se sentirían cómodos con unas intervenciones en las redes sociales para sus trastornos de salud mental[4,9].

América Latina es una región prometedora donde las intervenciones de salud basadas en las redes sociales podrían ser efectivas, ya que hay un 63% de penetración en las redes sociales y un 115% de conectividad móvil, lo que representa más de 1 teléfono móvil por persona[1]. En una revisión bibliográfica de estudios sobre el uso de las redes sociales en el contexto de la salud en América Latina, los temas recurrentes incluyeron el tabaquismo y el VIH/sida[10]. Un ejemplo de uno de estos estudios que utilizó las redes sociales para abordar el VIH/sida es el HOPE en Perú[11]. Young et al. en 2015 utilizaron grupos de Facebook dirigidos por pares para compartir mensajes e información sobre la importancia de la prevención y las pruebas del VIH, lo que condujo a un aumento de casi el triple en las pruebas de VIH en la región. Sin embargo, pocos estudios en entornos de LMIC han explorado el uso de las redes sociales para buscar información relacionada con la salud o la salud mental.

Colombia es un país latinoamericano en el que hay un uso generalizado de las redes sociales y la necesidad de incrementar las intervenciones de salud mental. En Colombia, el 9,1% de la población mayor de 18 años cumple los criterios del DSM-IV de cualquier trastorno de salud mental en algún momento de la vida, pero menos de la mitad de las personas que se presentaron con un trastorno de salud mental en los últimos 12 meses recibieron atención[12]. Además, en Colombia hay más de 28 millones de usuarios de redes sociales (el 57% de penetración), y ha habido un crecimiento del 17% de los usuarios activos de redes sociales desde 2016[1]. Las redes sociales se utilizan en Colombia en una variedad de dominios relacionados y no relacionados con la salud, como por ejemplo políticos, periodistas y autoridades sanitarias. Las autoridades de salud en Colombia tienen presencia en 3 canales principales de redes sociales: Facebook, Twitter y YouTube[10,13,14]. Además, recientemente Ospina-Pinillos et al. realizaron un estudio exploratorio para adaptar y probar un eClinic de salud mental basado en la *web* para adolescentes colombianos, que demuestra el potencial de las plataformas en línea para brindar atención de salud mental[15]. Sin embargo, aunque la sociedad colombiana utiliza ampliamente las redes sociales, hasta donde sabemos, estas no se han empleado para ofrecer intervenciones de salud mental.

Antes de continuar con el desarrollo de una intervención basada en las redes sociales, es necesario comprender quién usa estas plataformas, cómo se usan y si estas plataformas se utilizan para buscar información sobre salud y salud mental. En consecuencia, como parte del trabajo formativo de un estudio financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de Estados Unidos, que está ampliando la detección y el tratamiento de la depresión y los trastornos de salud mental en el entorno de atención primaria en Colombia, se realizó una encuesta en 6 sitios en Colombia para comprender mejor el panorama de utilización de la tecnología y las características demográficas de quienes usan la tecnología y las redes sociales. Este artículo busca caracterizar el perfil de los usuarios de redes sociales en Colombia e identificar predictores demográficos del empleo de plataformas de redes sociales para buscar información sobre salud mental y salud. A través de estos análisis, se identifican subconjuntos demográficos de la población que podrían beneficiarse de una intervención específica de salud mental basada en las redes sociales.

## Métodos

### *Sitios de encuesta y reclutamiento de participantes*

Se reclutó a los participantes para completar la encuesta mediante un muestreo de cuotas no probabilístico de 6 hospitales de atención primaria en Colombia, que van desde urbanos a rurales, públicos y privados. Los participantes tenían 18 años o más. Específicamente, los centros de salud incluidos en este estudio fueron: sitio 1 (un centro de salud ambulatorio urbano en Bogotá), sitio 2 (un hospital regional urbano que atiende a más de 200.000 personas en el estado de Boyacá), sitio 3 (un centro de atención primaria rural, que cubre una población de 14.000), sitio 4 (una clínica rural que brinda atención a poblaciones urbanas y rurales), sitio 5 (un hospital rural local que brinda atención a un pueblo pequeño y una población rural muy dispersa) y sitio 6 (una clínica rural que coordina los servicios de salud mental para 47 municipios de la provincia). En cada centro de atención primaria, un asistente de investigación preguntó a los pacientes si estarían dispuestos a completar la encuesta durante su tiempo en la sala de espera antes de su cita médica. El asistente de investigación explicó la naturaleza de la encuesta a los participantes y estaba disponible para supervisar y responder a las preguntas según fuera necesario. La encuesta fue anónima y autoaplicada mediante una tableta; en general, se tardó 10-15 min en completarla. La aprobación ética para este estudio se obtuvo de los Comités de Ética de Dartmouth College en Estados Unidos y de la Universidad Javeriana en Colombia.

### *Instrumento de la encuesta*

La encuesta que se utilizó en este estudio buscó examinar hasta qué punto los pacientes en hospitales de atención primaria en Colombia usan Internet y dispositivos móviles como

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en marzo 16, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

teléfonos inteligentes (p. ej., iPhone, Android, Blackberry) y tabletas (como iPad) para buscar información médica y de salud. La encuesta incluyó preguntas relacionadas con el uso de las redes sociales para buscar información de salud, como «¿Alguna vez ha usado las redes sociales (p. ej., Facebook) para buscar información sobre su salud?» y «¿Alguna vez ha usado las redes sociales (p. ej., Facebook) para buscar información sobre su salud mental?». A través de esta encuesta, la intención es: *a)* evaluar las características socioeconómicas de los pacientes y su posible relación con los patrones de uso de la tecnología; *b)* establecer el uso del servicio de atención médica de los pacientes en la red de atención primaria, y *c)* evaluar el empleo del dispositivo móvil de los pacientes para encontrar información médica relacionada con la salud general y la salud mental. Específicamente, la encuesta hizo preguntas sobre los facilitadores del uso de dispositivos móviles en la búsqueda de información médica, las barreras de acceso, las condiciones de conexión a Internet y la familiaridad con los recursos médicos y los recursos más utilizados. Los miembros del equipo de investigación diseñaron las preguntas de la encuesta basándose en encuestas similares anteriores, como evaluaciones de tecnología realizadas en hospitales locales y LMIC, así como la encuesta de salud mental colombiana[12,16,17]. La encuesta se implementó a través del *software* en línea REDCap[18,19].

### *Análisis de los datos*

Los datos continuos se describen como media ± desviación estándar y las variables categóricas, como frecuencias relativas y absolutas. Las asociaciones entre las características demográficas y el uso de las redes sociales o el empleo de las redes sociales para la búsqueda de información sobre salud o salud mental se evaluaron mediante las pruebas de la t de Student y de la $\chi^2$ para variables continuas y categóricas respectivamente. Estos datos se analizaron en STATA[20]. Se utilizaron 2 modelos de árbol de clasificación (CHAID) para detectar perfiles de usos de redes sociales. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos.

## Resultados

### *Características de la muestra*

Un total de 1.580 personas respondieron a nuestra encuesta. Los encuestados provenían de 6 clínicas diferentes: sitio 1 (n = 480; 30,4%), sitio 2 (n = 290; 18,4%), sitio 3 (n = 280; 17,7%), sitio 4 (n = 178; 11,3%), sitio 5 (n = 178; 11,3%) y sitio 6 (n = 174; 11,0%). El 52,2% de los encuestados eran mujeres (n = 825). La media de edad de nuestros encuestados fue 46,2 ± 18,9 años. La mayoría de nuestros encuestados se identificaron como mestizo (57%), aunque los encuestados también se identificaron como blanco (21%), indígena (32%), afrocaribeño/afrocolombiano (1,5%) y otro (17,9%). Colombia clasifica oficialmente el estatus socioeconómico a través de un sistema de estratos (siendo 1 el estrato socioeconómico más bajo y el 6, el más alto). La mayoría de nuestros encuestados provenían de los 2 estratos más bajos, que es representativo de la composición sociodemográfica de Colombia; 487 (30,8%), del estrato 1 y 370 (23,4%), del estrato 2. La lista completa de las características demográficas de los encuestados se encuentra en la tabla 1.

Informaron ser usuarios de redes sociales 702 encuestados (44,4%) en nuestro estudio. Entre los usuarios de redes sociales, los 4 tipos más comunes de uso de redes sociales fueron Facebook (97%), YouTube (65,8%), Instagram (32,8%) y Twitter (28,5%). Hay una diferencia significativa entre la edad de los usuarios de redes sociales y la de los no usuarios ($p < 0,001$); la media de edad de los usuarios fue 34,4 ± 13,3 años, mientras que la de los no usuarios fue 55,6 ± 17,3 años. El uso de las redes sociales también difirió significativamente entre la ubicación urbana y la rural ($p < 0,001$). El 45,2% de los usuarios de las redes sociales pertenecían a una gran población urbana (> 1.000.000 hab.), mientras que el 29,5 y el 25,4% de los usuarios de las redes sociales provenían de áreas urbanas pequeñas y áreas rurales (< 20.000 hab.) respectivamente. También hubo una diferencia significativa ($p < 0,001$) en el uso de las redes sociales según el nivel educativo; en general, aquellos con niveles más bajos tenían más probabilidades de ser usuarios de redes sociales; más de la mitad de los no usuarios de redes sociales solo tenían un título de escuela primaria (n = 457; 52,1%), 312 (35,6%) habían completado parte o la totalidad de la escuela secundaria como su título más alto y 109 (12,4%) había completado parte o la totalidad de la universidad como su título más alto.

### *Búsqueda de información sobre salud mental y salud mental en las redes sociales*

Entre los usuarios de las redes sociales de nuestra muestra (n = 702, 4 datos perdidos), 250 participantes (35,6%; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 32,2-39,1%) buscaron información de salud en las redes sociales. La frecuencia de empleo de las redes sociales difirió significativamente entre los que buscaron información de salud y los que no ($p < 0,001$). Los participantes que buscaron información de salud en las redes sociales tendieron a un uso diario (n = 174; 69,6%) superior al de aquellos que no las usaron para este propósito (n = 252; 56,3%), y un mayor porcentaje de aquellos que no buscaron información de salud en las redes sociales las usaron al menos 1 vez por semana (33,9%) o menos de 1 vez por semana (9,8%) en comparación con las que sí lo hicieron (el 27,2 y el 2,8%). También hubo una diferencia significativa en el comportamiento de búsqueda en función del sexo y el nivel educativo. Las personas que buscaron información de salud en las redes sociales tenían más probabilidades de ser mujer (58,8%) y tener un título universitario (46,0%) que los varones o las personas sin título universitario (tabla 2). En general, las mujeres de áreas urbanas que sufrían altos niveles de dolor y las de áreas semirrurales tenían los porcentajes más altos de uso de las redes sociales para buscar información de salud (el 75,0 y el 50,4%). Las personas que viven en áreas rurales con el nivel socioeconómico más bajo (estrato 1) tuvieron el porcentaje de uso más bajo (11,7%). La figura 1 muestra el árbol de clasificación para el uso de las redes sociales en la investigación en salud (para buscar información sobre salud).

Nuestro estudio también analizó las respuestas de los usuarios de las redes sociales sobre si buscaron información sobre salud mental en las redes sociales. En general, 46 participantes (6,6%; IC95%, 4,9-8,5%) usaron las redes

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en marzo 16, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

**Tabla 1 – Características demográficas de los participantes**

| | Encuestados (n = 1.580) | Usuarios de redes sociales (n = 702) | No usuarios de redes sociales (n = 878) | p |
|---|---|---|---|---|
| *Sexo* | | | | 0,061 |
| Varones | 755 (47,8) | 354 (50,4) | 401 (45,7) | |
| Mujeres | 825 (52,2) | 348 (49,6) | 477 (54,3) | |
| *Edad (años)* | 46,2 ± 18,9 | 34,4 ± 13,3 | 55,6 ± 17,3 | < 0,001 |
| *Etnia* | | | | < 0,001 |
| Indígena | 32 (2,0) | 6 (0,9) | 26 (3,0) | |
| Afrocaribeño/afrocolombiano | 23 (1,5) | 13 (1,9) | 10 (1,1) | |
| Mestizo | 912 (57,7) | 388 (55,3) | 524 (59,7) | |
| Blanco | 331 (21,0) | 181 (25,8) | 150 (17,1) | |
| Otro | 282 (17,9) | 114 (16,3) | 168 (19,1) | |
| *Educación* | | | | < 0,001 |
| Sin escolarización formal | 93 (5,9) | 1 (0,1) | 92 (10,5) | |
| Alguna escuela primaria | 182 (11,5) | 12 (1,7) | 170 (19,3) | |
| Escuela primaria completa | 226 (14,3) | 31 (4,4) | 195 (22,2) | |
| Alguna escuela secundaria | 221 (14,0) | 86 (12,3) | 135 (15,4) | |
| Escuela secundaria completa | 351 (22,2) | 174 (24,8) | 177 (20,2) | |
| Alguna educación superior | 137 (8,7) | 117 (16,7) | 20 (2,3) | |
| Título universitario | 370 (23,4) | 281 (40,1) | 89 (10,1) | |
| *Estado civil* | | | | < 0,001 |
| Soltero | 502 (31,8) | 332 (47,4) | 170 (19,4) | |
| Casado/en una relación | 815 (51,6) | 302 (43,0) | 513 (58,4) | |
| Separado/previamente casado | 263 (16,7) | 68 (9,7) | 195 (22,2) | |
| *Número de personas en su casa* | 3,5 ± 1,3 | 3,5 ± 1,3 | 3,5 ± 1,3 | 0,553 |
| *Empleo* | | | | < 0,001 |
| Empleado de tiempo completo | 295 (18,7) | 226 (32,2) | 69 (7,9) | |
| Independiente | 346 (21,9) | 141 (20,1) | 205 (23,3) | |
| Empleado a tiempo parcial | 110 (7,0) | 43 (6,1) | 67 (7,6) | |
| Desempleado, buscando trabajo | 81 (5,1) | 42 (6,0) | 39 (4,4) | |
| Desempleado, no busca trabajo | 126 (8,0) | 22 (3,1) | 104 (11,8) | |
| Incapaz de trabajar | 67 (4,2) | 15 (2,1) | 52 (5,9) | |
| Pensionado | 84 (5,3) | 23 (3,3) | 61 (6,9) | |
| Ama de casa | 349 (22,1) | 79 (11,3) | 270 (30,7) | |
| Estudiante | 122 (7,7) | 111 (15,8) | 11 (1,3) | |
| *Estrato socioeconómico* | | | | < 0,001 |
| Área rural | 249 (15,8) | 29 (4,1) | 220 (25,1) | |
| Estrato 1 | 487 (30,8) | 177 (25,3) | 310 (35,3) | |
| Estrato 2 | 370 (23,4) | 184 (26,2) | 186 (21,2) | |
| Estrato 3 | 339 (21,5) | 219 (31,2) | 120 (13,7) | |
| Estrato 4 | 107 (6,8) | 77 (11,0) | 30 (3,4) | |
| Estrato 5 | 20 (1,3) | 9 (1,3) | 11 (1,3) | |
| Estrato 6 | 7 (0,4) | 7 (1,0) | 0 (0,0) | |
| *Sitio de la clínica* | | | | < 0,001 |
| Sitio 1 | 480 (30,4) | 317 (45,2) | 163 (18,5) | |
| Sitio 2 | 290 (18,4) | 136 (19,4) | 154 (17,5) | |
| Sitio 3 | 280 (17,7) | 83 (11,8) | 197 (22,4) | |
| Sitio 4 | 178 (11,3) | 58 (8,3) | 120 (13,7) | |
| Sitio 5 | 178 (11,3) | 72 (10,3) | 106 (12,1) | |
| Sitio 6 | 174 (11,0) | 36 (5,1) | 138 (15,7) | |
| *Urbano frente a rural* | | | | < 0,001 |
| Urbano grande (> 1.000.000 hab.) | 480 (30,4) | 317 (45,2) | 163 (18,5) | |
| Pequeño urbano (> 50.000 hab.) | 468 (29,6) | 207 (29,5) | 261 (29,7) | |
| Rural (< 20.000 hab.) | 632 (40,0) | 178 (25,4) | 454 (51,7) | |

Los valores expresan n (%) o media ± desviación estándar.

sociales para este propósito. Dentro de esta muestra, los tipos de uso de las redes sociales no fueron significativamente diferentes entre los 2 grupos, excepto Google Plus; el 20% de los participantes que buscaron información sobre salud mental en las redes sociales usaron Google Plus, frente al 10% de los que no la buscaron (p = 0,042). El sexo también fue estadísticamente significativo entre los dos grupos; el 65,2% de las personas que habían utilizado las redes sociales para buscar información sobre salud mental eran mujeres, frente a solo el 48,3% de quienes no habían utilizado las

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en marzo 16, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

**Tabla 2 – Características demográficas y patrones de uso de las redes sociales entre los participantes que buscan en ellas información sobre su salud y salud mental**

| | Muestra total (n = 702) | Participantes que buscan información de salud | | | Participantes que buscan información de salud mental | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Sí (n = 250) | No (n = 448) | p | Sí (n = 46) | No (n = 650) | p |
| *Uso de redes sociales* | | | | | | | |
| *Frecuencia de uso de redes sociales* | | | | < 0,001 | | | 0,685 |
| Diariamente | 426 (60,7) | 174 (69,6) | 252 (56,3) | | 30 (65,2) | 395 (60,8) | |
| Al menos 1 vez por semana | 220 (31,3) | 68 (27,2) | 152 (33,9) | | 14 (30,4) | 206 (31,7) | |
| Menos de 1 vez por semana | 51 (7,3) | 7 (2,8) | 44 (9,8) | | 2 (4,4) | 49 (7,5) | |
| *Tipos de redes sociales* | | | | | | | |
| Facebook | 680 (97,0) | 238 (95,2) | 439 (98,0) | 0,068 | 44 (95,7) | 632 (97,2) | 0,536 |
| Twitter | 200 (28,5) | 86 (34,4) | 114 (25,5) | 0,011 | 15 (32,6) | 184 (28,3) | 0,533 |
| Instagram | 230 (32,8) | 97 (38,8) | 132 (29,5) | 0,011 | 18 (39,1) | 211 (32,5) | 0,352 |
| Snapchat | 59 (8,4) | 28 (11,2) | 31 (6,9) | 0,049 | 2 (4,4) | 57 (8,8) | 0,298 |
| YouTube | 461 (65,8) | 188 (75,2) | 271 (60,5) | < 0,001 | 31 (67,4) | 428 (65,9) | 0,831 |
| LinkedIn | 63 (9,0) | 24 (9,6) | 39 (8,7) | 0,681 | 6 (13,0) | 57 (8,8) | 0,329 |
| Tumblr | 13 (1,9) | 4 (1,6) | 9 (2,0) | 0,707 | 0 | 13 (2,0) | 0,333 |
| Pinterest | 44 (6,3) | 16 (6,4) | 28 (6,3) | 0,927 | 5 (10,9) | 39 (6,0) | 0,190 |
| Google Plus | 75 (10,7) | 48 (19,2) | 26 (5,8) | < 0,001 | 9 (20,0) | 65 (10,0) | 0,042 |
| Reddit | 2 (0,3) | 1 (0,4) | 1 (0,2) | 0,673 | 0 | 2 (0,3) | 0,706 |
| *Cómo se suele acceder a las redes sociales* | | | | | | | |
| Teléfono móvil | 590 (84,0) | 219 (87,6) | 369 (82,4) | 0,052 | 35 (76,1) | 552 (84,9) | 0,11 |
| Tableta | 105 (15,0) | 39 (15,6) | 66 (14,7) | 0,742 | 4 (8,7) | 101 (15,54) | 0,210 |
| Computadora | 268 (38,2) | 109 (43,6) | 157 (35,0) | 0,023 | 23 (50,0) | 243 (37,4) | 0,089 |
| *Características demográficas* | | | | | | | |
| *Sexo* | | | | < 0,001 | | | 0,027 |
| Varones | 354 (50,4) | 103 (41,2) | 250 (55,8) | | 16 (34,8) | 336 (51,7) | |
| Mujeres | 348 (49,6) | 147 (58,8) | 198 (44,2) | | 30 (65,2) | 314 (48,3) | |
| *Edad (años)* | 34,40 ± 13,3 | 34,1 ± 12,0 | 34,5 ± 13,9 | 0,686 | 36,1 ± 13,5 | 34,2 ± 13,3 | 0,347 |
| *Etnia* | | | | 0,014 | | | 0,301 |
| Indígena | 6 (0,9) | 3 (1,2) | 3 (0,7) | | 1 (2,2) | 5 (0,8) | |
| Afrocaribeño/afrocolombiano | 13 (1,9) | 5 (2,0) | 8 (1,8) | | 2 (4,4) | 11 (1,7) | |
| Mestizo | 388 (55,3) | 117 (46,8) | 270 (60,3) | | 20 (43,5) | 366 (56,3) | |
| Blanco | 181 (25,8) | 74 (29,6) | 105 (23,4) | | 15 (32,6) | 163 (25,1) | |
| Otro | 114 (16,2) | 51 (20,4) | 62 (13,8) | | 8 (17,4) | 105 (16,2) | |
| *Educación* | | | | < 0,001 | | | 0,665 |
| Sin escolarización formal | 1 (0,1) | 0 | 1 (0,2) | | 0 | 1 (0,2) | |
| Alguna escuela primaria | 12 (1,7) | 4 (1,6) | 8 (1,8) | | 1 (2,2) | 11 (1,7) | |
| Escuela primaria completa | 31 (4,4) | 4 (1,6) | 25 (5,6) | | 2 (4,4) | 27 (4,2) | |
| Alguna escuela secundaria | 86 (12,3) | 16 (6,4) | 70 (15,6) | | 2 (4,4) | 84 (13,0) | |
| Escuela secundaria completa | 174 (24,8) | 55 (22,0) | 119 (26,6) | | 10 (21,7) | 162 (25,0) | |
| Alguna educación superior | 117 (16,7) | 56 (22,4) | 61 (13,6) | | 8 (17,4) | 109 (16,8) | |
| Título universitario | 281 (40,0) | 115 (46,0) | 164 (36,6) | | 23 (50,0) | 256 (39,4) | |
| *Estado civil* | | | | 0,065 | | | 0,431 |
| Soltero | 332 (47,3) | 124 (49,6) | 206 (46,0) | | 24 (52,2) | 306 (47,1) | |
| Casado/en una relación | 302 (43,0) | 111 (44,4) | 191 (42,6) | | 16 (34,8) | 284 (43,7) | |
| Separado/previamente casado | 68 (9,7) | 15 (6,0) | 51 (11,4) | | 6 (13,0) | 60 (9,2) | |
| *Número de personas en su casa* | 3,5 ± 1,3 | 3,5 ± 1,3 | 3,5 ± 1,3 | 0,759 | 3,7 ± 1,2 | 3,5 ± 1,3 | 0,224 |
| *Empleo* | | | | 0,586 | | | 0,118 |
| Empleado de tiempo completo | 226 (32,2) | 79 (31,6) | 145 (32,4) | | 14 (30,4) | 209 (32,2) | |
| Independiente | 141 (20,1) | 53 (21,2) | 86 (19,2) | | 11 (23,9) | 127 (19,5) | |
| Empleado a tiempo parcial | 43 (6,1) | 13 (5,2) | 30 (6,7) | | 6 (13,0) | 37 (5,7) | |
| Desempleado, busca trabajo | 42 (6,0) | 17 (6,8) | 25 (5,6) | | 6 (13,0) | 36 (5,5) | |
| Desempleado, no busca trabajo | 22 (3,1) | 4 (1,6) | 18 (4,0) | | 0 | 22 (3,4) | |
| Incapaz de trabajar | 15 (2,1) | 3 (1,2) | 12 (2,7) | | 0 | 15 (2,3) | |
| Pensionado | 23 (3,3) | 8 (3,2) | 15 (3,4) | | 1 (2,2) | 22 (3,4) | |
| Ama de casa | 79 (11,3) | 31 (12,4) | 48 (10,7) | | 3 (6,5) | 76 (11,7) | |
| Estudiante | 111 (15,8) | 42 (16,8) | 69 (15,4) | | 5 (10,9) | 106 (16,3) | |
| *Estrato socioeconómico* | | | | 0,001 | | | 0,946 |
| Área rural | 29 (4,1) | 13 (5,2) | 16 (3,6) | | 2 (4,4) | 27 (4,2) | |
| Estrato 1 | 177 (25,2) | 39 (15,6) | 137 (30,6) | | 11 (23,9) | 165 (25,4) | |
| Estrato 2 | 184 (26,2) | 81 (32,4) | 103 (23,0) | | 13 (28,3) | 170 (26,2) | |

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en marzo 16, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

**Tabla 2 – (continuación)**

| | Muestra total (n = 702) | Participantes que buscan información de salud | | | Participantes que buscan información de salud mental | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Sí (n = 250) | No (n = 448) | p | Sí (n = 46) | No (n = 650) | p |
| Estrato 3 | 219 (31,2) | 81 (32,4) | 136 (30,1) | | 16 (34,8) | 200 (30,8) | |
| Estrato 4 | 77 (11,0) | 31 (12,4) | 45 (10,0) | | 4 (8,7) | 72 (11,1) | |
| Estrato 5 | 9 (1,3) | 3 (1,2) | 6 (1,3) | | 0 | 9 (1,4) | |
| Estrato 6 | 7 (1,0) | 2 (0,8) | 5 (1,1) | | 0 | 7 (1,1) | |
| *Sitio de la clínica* | | | | < 0,001 | | | 0,026 |
| Sitio 1 | 317 (45,2) | 111 (44,4) | 202 (45,1) | | 17 (37,0) | 295 (45,4) | |
| Sitio 2 | 136 (19,4) | 65 (26,0) | 71 (15,9) | | 17 (37,0) | 118 (18,2) | |
| Sitio 3 | 83 (11,8) | 32 (12,8) | 51 (11,4) | | 7 (15,2) | 76 (11,7) | |
| Sitio 4 | 58 (8,3) | 6 (2,4) | 52 (11,6) | | 1 (2,2) | 57 (8,8) | |
| Sitio 5 | 72 (10,3) | 30 (12,0) | 42 (9,4) | | 3 (6,5) | 69 (10,6) | |
| Sitio 6 | 36 (5,1) | 6 (2,4) | 30 (6,7) | | 1 (2,2) | 35 (5,4) | |
| *Urbano frente a rural* | | | | < 0,001 | | | 0,107 |
| Urbano grande (> 1.000.000 hab.) | 317 (45,2) | 111 (44,4) | 202 (45,1) | | 17 (37,0) | 295 (45,4) | |
| Pequeño urbano (> 50.000 hab.) | 208 (29,6) | 95 (38,0) | 113 (25,2) | | 20 (43,5) | 187 (28,8) | |
| Rural (< 20.000 hab.) | 177 (25,2) | 44 (17,6) | 133 (30,0) | | 9 (19,6) | 168 (25,9) | |

Los valores expresan n (%) o media ± desviación estándar.

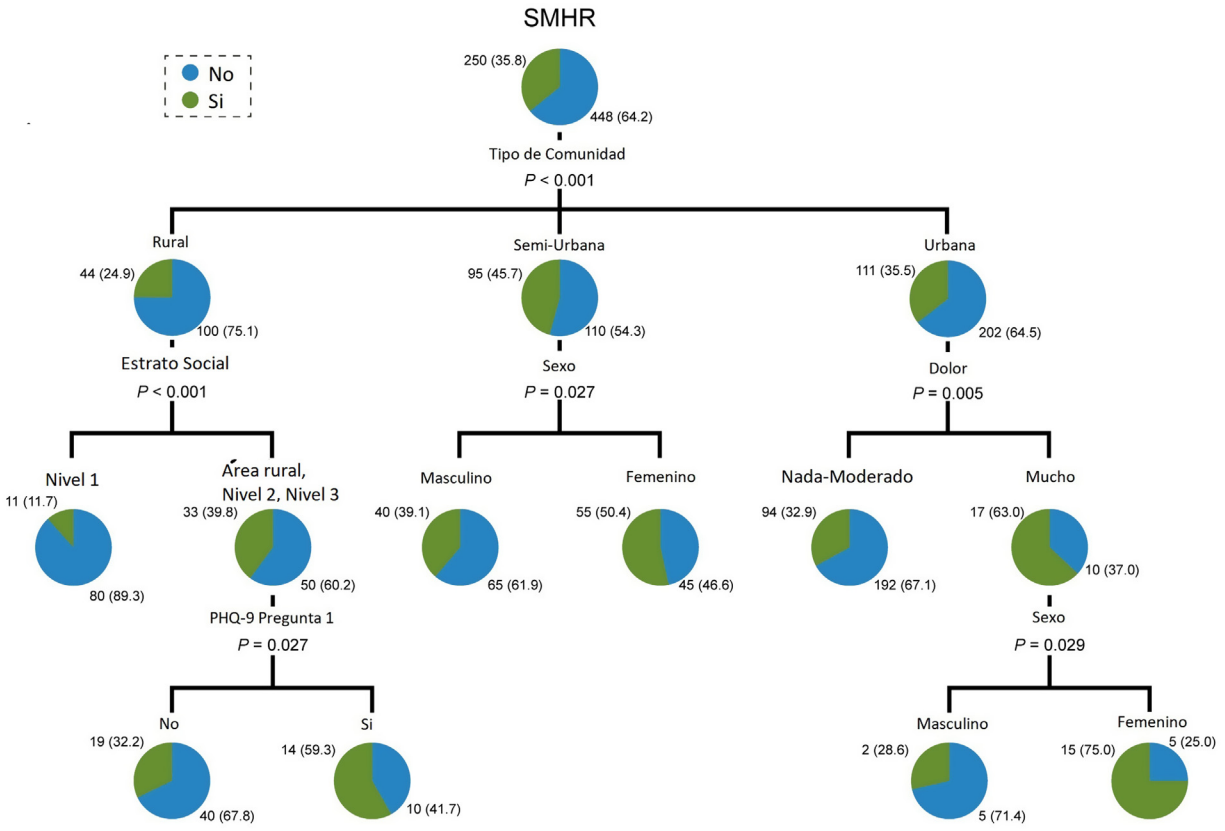



**Figura 1 – Árbol de clasificación para el uso de las redes sociales en la investigación de salud (SMHR).**

redes sociales para este propósito. La edad, la educación, el empleo, el estado socioeconómico y el entorno (urbano frente a rural) no fueron significativamente diferentes entre los dos grupos. En general, el uso de las redes sociales para buscar información sobre salud mental estuvo más asociado con los síntomas que con los perfiles sociales. Aunque las mujeres mayores de 54 años y las que no tenían síntomas de ansiedad tuvieron el mayor porcentaje de búsquedas reportadas (25%), las personas con síntomas moderados-altos de ansiedad tuvieron un mayor porcentaje de búsquedas reportadas que las personas sin síntomas (el 12,5 frente al 5,2%; p = 0,014). La figura 2 muestra el árbol de clasificación para el uso de las redes sociales en la investigación de la salud mental (para buscar información sobre la salud mental).

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en marzo 16, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

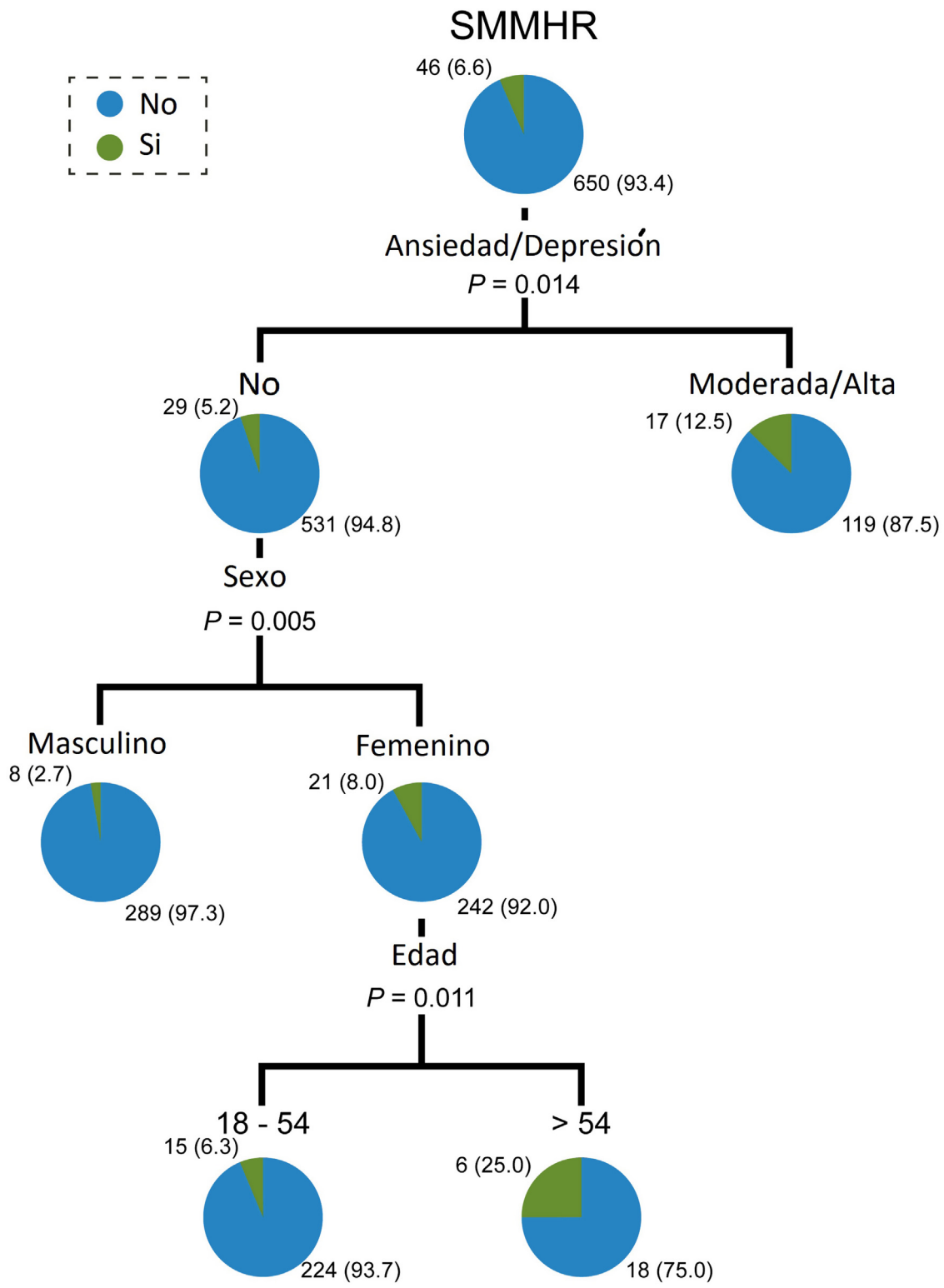



**Figura 2 – Árbol de clasificación para el uso de las redes sociales en la investigación de salud mental (SMMHR).**

## Discusión

Este estudio encontró un uso generalizado de las redes sociales en Colombia. Como el 44,4% de nuestros encuestados usaban las redes sociales y el 35,6% de nuestra muestra usaba las redes sociales para buscar información de salud, estas tendencias representan una oportunidad para ofrecer por este medio intervenciones de salud y salud mental en Colombia. Como se demostró a través de intervenciones como la campaña *Get Yourself Tested* (GYT), las redes sociales pueden ser particularmente efectivas para llegar a poblaciones con

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en marzo 16, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

enfermedades socialmente estigmatizadas, como los trastornos de salud mental[4,8]. Los estudios han encontrado que, aunque se han realizado reformas en muchos países latinoamericanos para reducir el estigma de las enfermedades mentales, después de la Declaración de Caracas de 1990 (una reforma que pedía la integración de la atención de la salud mental en el sistema de atención primaria de la salud, el cambio de la atención hospitalaria a la atención comunitaria y la protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales), el estigma todavía representa una barrera importante para los pacientes con trastornos mentales y sus familiares[21,22]. Uribe-Restrepo et al. realizaron grupos focales y entrevistas con pacientes y sus familiares en Colombia sobre sus experiencias con el estigma vivido, y descubrieron que algunas de las principales consecuencias y experiencias del estigma son el ostracismo, el rechazo, la desmoralización, la desesperanza, el rechazo, la baja autoestima y tasas más bajas de búsqueda de tratamiento[23]. En consecuencia, las redes sociales y el anonimato y la conexión con sus pares que ofrece podrían ser una oportunidad importante en Colombia para aumentar el tratamiento y reducir los sentimientos negativos asociados con el estigma entre las personas con enfermedades mentales.

Es probable que, en Colombia, las intervenciones basadas en las redes sociales sean más efectivas con individuos jóvenes, en comparación con los adultos mayores, ya que nuestros datos muestran que los jóvenes colombianos tienen una mayor probabilidad de ser usuarios de las redes sociales que los adultos mayores. La etnia, el nivel educativo, el nivel socioeconómico y el hecho de ser de un área rural frente a urbana también se asociaron significativamente con el uso de las redes sociales. En una revisión sistemática del empleo de las redes sociales para intervenciones de salud o vigilancia, Charles-Smith encontró que diferentes grupos demográficos pueden preferir diferentes tipos de medios de comunicación social, y determinó que comprender cómo una población usa las redes sociales es un elemento esencial en el éxito de una intervención sanitaria. Además, esta revisión sistemática encontró que los adolescentes generalmente son el foco de Facebook y Myspace, mientras que los adultos son el foco de Twitter y las salas de chat especializadas[4]. Este estudio indica la necesidad de encuestas, como la nuestra, que buscan comprender el empleo de las redes sociales entre diferentes grupos demográficos y demuestra que las intervenciones de salud mental en Colombia pueden variar en efectividad según la edad de la población y el medio de comunicación social.

Nuestro estudio también encontró que quienes buscan información de salud en las redes sociales difieren significativamente de quienes no las usan para este propósito. El empleo de las redes sociales para buscar información de salud fue más frecuente entre las poblaciones urbanas, las personas con un nivel socioeconómico más alto y las personas con niveles educativos más altos ($p < 0{,}001$). Además, las personas que usan las redes sociales con mayor frecuencia, las mujeres y aquellos con nivel educativo más alto tenían más probabilidades de usar las redes sociales para buscar información de salud ($p < 0{,}001$). Específicamente, las mujeres de áreas urbanas que experimentaban altos niveles de dolor son las más propensas a utilizar las redes sociales para buscar información de salud. Estos resultados indican que las mujeres que viven en las principales ciudades de Colombia podrían ser un buen objetivo para las intervenciones de salud, y que las mujeres, en particular, recurren a las redes sociales cuando quieren aprender más sobre la enfermedad y el dolor que están sufriendo.

Nuestros resultados también destacan las posibles barreras para el uso de las redes sociales para ofrecer intervenciones de salud a las personas que viven en zonas rurales o con menor nivel educativo, que pueden tener un acceso reducido a Wi-Fi, Internet y dispositivos, como teléfonos inteligentes o computadoras, o pueden ser analfabetas, lo que podría limitar su acceso y el uso de las redes sociales. Los estudios muestran que estas poblaciones, en particular, tienden a sufrir más en Colombia debido a la escasez de proveedores de atención de salud mental en las zonas rurales y la atención médica subsidiada de menor calidad[24]. Si bien esta barrera hace que la utilidad actual de las redes sociales para brindar intervenciones a estas poblaciones sea un desafío, la tendencia a un aumento de las redes sociales y la conectividad a Internet en Colombia pueden presentar oportunidades futuras para utilizar las redes sociales para brindar intervenciones de salud a estas poblaciones desatendidas[1].

Nuestro estudio encontró que la gravedad de los síntomas (relacionados con la ansiedad o la depresión) es mejor predictor del uso de las redes sociales para buscar información sobre la salud mental que los perfiles sociodemográficos, aunque ser mujer y tener más de 54 años también influyeron en el comportamiento de búsqueda. Este hallazgo indica que en Colombia las personas con una enfermedad mental a menudo recurren a las redes sociales para comprender mejor sus síntomas y buscar información relacionada con su enfermedad. Como resultado, las intervenciones basadas en las redes sociales o las campañas de información son prometedoras para extender el alcance de la atención a las personas con enfermedades mentales. Como indica el trabajo de Ospina-Pinillos et al., estas intervenciones pueden adaptarse desde los HIC al contexto colombiano para hacer que la atención de la salud mental sea más accesible y aceptable en todo el país.

Entre las limitaciones de este estudio, el reclutamiento para esta encuesta fue por muestreo no probabilístico; este método podría haber reducido la generalización de nuestros resultados a la población general de usuarios de atención primaria. Otra limitación de este estudio es que las encuestas se autoaplicaron en una tableta. Como las personas que se sienten menos cómodas con la tecnología pueden haber optado por no responder a la encuesta por aplicarse en una tableta, las respuestas a las encuestas podrían haberse sesgado hacia un uso más frecuente de la tecnología y las redes sociales. Finalmente, nuestra población encuestada también era mayor ($46{,}2 \pm 18{,}9$ años) que la edad promedio nacional en Colombia (30 años), lo que también podría haber afectado la generalización de nuestros resultados, posiblemente sesgándolos hacia una prevalencia más baja del uso de las redes sociales que en la población general[25]. Sin embargo, nuestro objetivo era abordar algunos de estos posibles problemas de generalización a través de nuestra gran muestra (1.580 participantes) tomada de entornos de atención primaria en Colombia.

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en marzo 16, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

## Conclusiones

Este estudio avanza hacia la comprensión de los patrones de uso de las redes sociales entre los usuarios de atención primaria en Colombia, específicamente cómo usan las redes sociales en relación con su salud general y mental. Estos hallazgos pueden informar el campo de la investigación de intervención de salud mental, dado el potencial que tienen las redes sociales para llegar a una amplia gama de pacientes con trastornos de salud mental, particularmente aquellos que podrían sentirse incómodos buscando tratamiento formal. Este estudio ha encontrado que los pacientes de atención primaria con síntomas de salud mental moderados a graves en Colombia usan las redes sociales para aprender más sobre su enfermedad, lo que demuestra que una intervención basada en las redes sociales para esta población podría ser efectiva. Los predictores del uso de las redes sociales destacados en este estudio pueden ser utilizados por los investigadores, a medida que desarrollan aplicaciones de salud general y salud mental, para dirigirse a las poblaciones en Colombia que pueden beneficiarse más de las intervenciones basadas en las redes sociales.

## Descargo de responsabilidad

Las opiniones expresadas en este manuscrito son las de los autores y no necesariamente representan las opiniones del Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre; los Institutos Nacionales de Salud o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

## Financiación

La investigación reportada en esta publicación fue financiada por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) con el Número de la Subvención de 1U19MH109988 (Investigadores Principales Múltiples: Lisa A. Marsch, PhD y Carlos Gómez-Restrepo, MD PhD). El contenido es únicamente opinión de los autores y no representan los puntos de vista del NIH o del Gobierno de los Estados Unidos.

## Conflicto de intereses

Los autores reportan que no tienen conflictos de interés. La Dr. Lisa A. Marsch, una de las investigadoras principales de este proyecto, se encuentra afiliada con la compañía que desarrolló la plataforma móvil de intervención utilizada en esta investigación. Esta relación es manejada extensamente por la Dra. Marsch y su institución académica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. We are social. Global Digital Report. 2018, 2018 Disponible en: https://digitalreport.wearesocial.com/.
2. Xiang Z, Gretzel U. Role of social media in online travel information search. Tourism Management. 2010;31:179–88.
3. Lober WB. Consumer empowerment in health care amid the internet and social media. Semin Oncol Nurs. 2011;27:169–82.
4. Charles-Smith LE. Using social media for actionable disease surveillance and outbreak management: a systematic literature review. PloS One. 2015;10(10.).
5. Gomide J, Veloso A, Meira W Jr, et al. Dengue surveillance based on a computational model of spatio-temporal locality of Twitter. Proceedings of the 3rd International Web Science Conference; Koblenz Germany. 2527049 ACM. 2011:1–8.
6. Chew C, Eysenbach G. Pandemics in the age of Twitter: content analysis of Tweets during the 2009 H1N1 outbreak. PLoS One. 2010;5:e14118.
7. Moreno MA, VanderStoep A, Parks MR, Zimmerman FJ, Kurth A, Christakis DA. Reducing at-risk adolescents' display of risk behavior on a social networking web site: A randomized controlled pilot intervention trial. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009;163:35–41.
8. Friedman AL, Brookmeyer KA, Kachur RE, et al. An assessment of the GYT: Get Yourself Tested campaign: an integrated approach to sexually transmitted disease prevention communication. Sex Trans Dis. 2014;41:151–7.
9. Naslund JA. The future of mental health care: peer-to-peer support and social media. Epidemiol Psychiatr Sci. 2016;25:113–22.
10. Novillo-Ortiz D, Hernandez-Perez T. Social media in public health: an analysis of national health authorities and leading causes of death in Spanish-speaking Latin American and Caribbean countries. BMC Medical Informatics Decision Making. 2017;17:16.
11. Young SD, Cumberland WG, Nianogo R, Menacho LA, Galea JT, Coates T. The HOPE social media intervention for global HIV prevention: a cluster randomized controlled trial in Peru. Lancet HIV. 2015;2:e27–32.
12. Restrepo CG. Encuesta Nacional de Salud Mental. Bogotá: Minsalud;; 2015.
13. Vidart-Delgado M. Romans or Barbarians? Political campaigns and social media in Colombia. Limn. Disponible en: https://limn.it/articles/romans-or-barbarians-political-campaigns-and-social-media-in-colombia/.
14. Weiss AS. The digital and social media journalist: A comparative analysis of journalists in Argentina, Brazil, Colombia Mexico, and Per. International Communication Gazette. 2014;77:74–101.
15. Ospina-Pinillos L, Davenport TA, Navarro-Mancilla AA, et al. Involving end users in adapting a Spanish version of a web-based mental health clinic for young people in Colombia: exploratory study using participatory design methodologies. JMIR Mental Health. 2020;7:e15914.
16. Kamis K, Janevic MR, Marinec N, Jantz R, Valverde H, Piette JD. A study of mobile phone use among patients with noncommunicable diseases in La Paz Bolivia: implications for mHealth research and development. Globalization and Health. 2015;11:30.
17. Hampshire K, Porter G, Owusu SA, et al. Informal m-health: How are young people using mobile phones to bridge healthcare gaps in Sub-Saharan Africa? Soc Sci Med. 2015;142:90–9.
18. Harris PA, Taylor R, Minor BL, et al. The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. J Biomed Informatics. 2019;95:103208.
19. Harris PA, Taylor R, Thielke R, Payne J, Gonzalez N, Conde JG. Research electronic data capture (REDCap)–a metadata-driven methodology and workflow process for

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en marzo 16, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.

providing translational research informatics support. J Biomed Informatics. 2009;42:377–81.
20. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 15 College Station. TX: StataCorp LLC;; 2017.
21. Caldas de Almeida JM, Horvitz-Lennon M. Mental health care reforms in Latin America: An overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. Psychiatric Services (Washington DC). 2010;61:218–21.
22. Mascayano F, Tapia T, Schilling S, et al. Stigma toward mental illness in Latin America and the Caribbean: a systematic review. Rev Brasil Psiquiatr. 2016;38:73–85.
23. Uribe M, Mora O, Cortés A. Voces del estigma: Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. Universitas Medica. 2007;48:207–20.
24. Chaskel R, Gaviria SL, Espinel Z, Taborda E, Vanegas R, Shultz JM. Mental health in Colombia. BJPsych Int. 2015;12:95–7.
25. The World Factbook. Colombia CIA; 2018. Disponible en: https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/co.html.

Descargado para Anonymous User (n/a) en Pontifical Xavierian University de ClinicalKey.es por Elsevier en marzo 16, 2022. Para uso personal exclusivamente. No se permiten otros usos sin autorización. Copyright ©2022. Elsevier Inc. Todos los derechos reservados.