

Comunicación, Sociedad y Salud en contexto de pandemia



EDITORA

Gissela DÁVILA COBO

COORDINADOR EDITORIAL

Camilo MOLINA BOLÍVAR

CONSEJO EDITORIAL

Amparo CADAVID

UNIMINUTO, Colombia

Fernando CASADO

Instituto de Altos Estudios Nacionales, Ecuador

Ana María DURÁN

Universidad del Azuay, Ecuador

Eduardo GUTIÉRREZ

Pontificia Universidad Javeriana de Colombia

Eliana del Rosario HERRERA HUÉRFANO

UNIMINUTO, Colombia

Octavio ISLAS

Universidad de los Hemisferios, Ecuador

Daniel Fernando LÓPEZ JIMÉNEZ

Universidad de los Hemisferios, Ecuador

Efendy MALDONADO

UNISINOS, Brasil

Claudio Andrés MALDONADO RIVERA

Universidad Católica de Temuco, Chile

Fernando ORTIZ

Universidad de Cuenca, Ecuador

Iván Fernando RODRIGO MENDIZÁBAL

Universidad Andina Simón Bolívar

Abel SUING

Universidad Técnica Particular de Loja, Ecuador

Nancy Graciela ULLOA ERAZO

Pontificia Universidad Católica del Ecuador (Sede Ibarra)

Jair VEGA

Universidad del Norte, Colombia

José VILLAMARÍN CARRASCAL

Universidad Central del Ecuador

Jenny YAGUACHE,

Universidad Técnica Particular de Loja, Ecuador

EDITORES ASOCIADOS

Norteamérica

Jesús GALINDO

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México

Centroamérica

Hilda SALADRIGAS,

Universidad de La Habana, Cuba

Área Andina

Karina HERRERA MILLER

Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia

Cono Sur

Lorena Mónica ANTEZANA BARRIOS

Universidad de Chile

Brasil

Denis PORTO RENÓ

Universidade Estadual Paulista, Brasil

CONSEJO CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Rosa María ALFARO

CALANDRIA, Perú

Enrique BUSTAMANTE

Universidad Complutense de Madrid, España

Mauro CERBINO

FLACSO, Ecuador

Elíseo COLÓN

Universidad de Puerto Rico

Miquel DE MORAGAS

Universidad Autónoma de Barcelona, España

José Manuel DE PABLOS

Universidad de La Laguna, España

Carlos DEL VALLE ROJAS,

Universidad de La Frontera, Chile

Heidi FIGUEROA SARRIERA

Universidad de Puerto Rico

Raúl FUENTES

ITESO, México

Valerio FUENZALIDA

Pontificia Universidad Católica de Chile

Raúl GARCÉS

Universidad de La Habana, Cuba

Juan GARGUREVICH

Pontificia Universidad Católica del Perú

Bruce GIRARD

Comunica.org

Alfonso GUMUCIO

Escuela Andina de Cinematografía de la Fundación Ukamau, Bolivia

Antonio HOHLFELDT

PUCRS, Porto Alegre, Brasil

Gabriel KAPLÚN

Universidad de la República, Uruguay

Margarida María KROHLING KUNSCH

USP, Brasil

Margarita LEDO ANDIÓN

USC, España

José Carlos LOZANO RENDÓN

Universidad Internacional de Texas A&M, EE.UU.

Amparo María MARROQUÍN PARDUCCI

Universidad Centroamericana, El Salvador

Jesús MARTÍN-BARBERO

Universidad Nacional de Colombia

Guillermo MASTRINI

Universidad Nacional de Quilmes, Argentina

María Cristina MATA

Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

Armand MATTELART

Université Paris 8, Francia

Toby MILLER

Cardiff University, Reino Unido

Walter NEIRA

Universidad de Lima, Perú

Neyla PARDO

Universidad Nacional de Colombia

Cicilia KROHLING PERUZZO

Universidade Metodista de São Paulo, Brasil

María Teresa QUIROZ

Universidad de Lima, Perú

Isabel RAMOS

FLACSO, Ecuador

Rossana REGUILLO

ITESO, Universidad Jesuita de Guadalajara, México

Germán REY

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

Hernán REYES

CIESPAL, Ecuador

Omar RINCÓN

CEPER - Universidad de Los Andes, Colombia

Hilda SALADRIGAS

Universidad de La Habana, Cuba

César Ricardo SIQUEIRA BOLAÑO

Universidade Federal de Sergipe, Brasil

Muniz SODRÉ

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Guillermo SUNKEL

CEPAL - Naciones Unidas, Chile

Erick TORRICO

Universidad Andina Simón Bolívar, Bolivia

Gaëtan TREMBLAY

Université du Québec, Canadá

CHASQUI, Revista Latinoamericana de Comunicación es una publicación académica pionera en el escenario de debate del campo comunicológico latinoamericano. Ha sido creada en el año 1972 y, desde entonces, es editada por CIESPAL, con sede en Quito, Ecuador.

Se publica de forma cuatrimestral, tanto en formato impreso como digital. Su modalidad expositiva es el artículo o ensayo científico. Los textos se inscriben en una perspectiva de investigación y están elaborados en base a una rigurosidad académica, crítica y de propuesta teórica sólida.

Para la selección de sus artículos Chasqui realiza un arbitraje por medio de pares académicos bajo el sistema doble ciego, por el que se garantiza el anonimato de autores y evaluadores. Para llevar adelante el proceso contamos con una extensa nómina de especialistas en diversas áreas de la comunicación y las ciencias sociales.

Chasqui se encuentra indexada en las siguientes bases de datos y catálogos:



CIESPAL

Centro Internacional de Estudios Superiores de Comunicación para América Latina

Av. Diego de Almagro N32-133 y Andrade Marín • Quito, Ecuador

Teléfonos: (593 2) 254 8011/ Ext. 231

www.ciespal.org

www.revistachasqui.org

chasqui@ciespal.org

ISSN: 1390-1079

e-ISSN: 1390-924X

Coordinador Monográfico Chasqui 145

Eduardo Rueda

Diego Herrera

Suscripciones: isanchez@ciespal.org

Corrección de textos

Camilo Molina

Diseño gráfico

Diego S. Acevedo Aguilar

Los textos publicados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.



Reconocimiento-SinObraDerivada

CC BY-ND

Esta licencia permite la redistribución, comercial y no comercial, siempre y cuando la obra no se modifique y se transmita en su totalidad, reconociendo su autoría.

11 EDITORIAL

- 13** ¿Democracias en mutación? De las crisis sistémicas a los discursos pandémicos

Camilo MOLINA

21 TRIBUNA

- 23** El Otro ¿mi límite o mi origen comunicativo?

José Luis Aguirre Alvis

39 MONOGRÁFICO

Comunicación, Sociedad y Salud en contexto de pandemia

- 41** Introducción

Eduardo RUEDA & Diego HERRERA

- 49** Ciência e Covid-19 no Brasil: a repercussão das decisões da OMS no Twittero

Júnia ORTIZ, Antonio Marcos PEREIRA BROTAS, Luisa MASSARANI

- 67** Cómo es la información que recibimos sobre la COVID-19. Estudio de percepción y consumo

Héctor NAVARRO GUERE

- 85** La red sanitaria y su participación en la difusión o contención de las fake news y bulos relacionados con la COVID-19: el caso de Lima-Perú

María PALOMINO GONZALES, Marco LOVÓN CUEVA & Rosario ARELLANOS TAFUR

- 111** Covid-19 e fake news: análise das notícias verificadas no site “Fato ou Fake”

Marcelli ALVES DA SILVA, Frida Bárbara MEDEIROS & Kellen ALVES CERETTA

- 129** A infodemia da “gripezinha”: uma análise sobre desinformação e coronavírus no Brasil

Juliana ALCANTARA & Ricardo RIBEIRO FERREIRA

- 155** El algoritmo de YouTube y la desinformación sobre vacunas durante la pandemia de COVID-19

Jabriela Elisa SUED

- 173** Cosmofagia e net-ativismo indígena brasileiro, durante a pandemia da Covid-19

Thiago CARDOSO FRANCO, Marcelo Rodrigo DA SILVA

- 189** Ciudades MIL, smart campus y e-salud: Prevención epidemiológica

Felipe CHIBÁS ORTIZ, Ignacio AGUADED, Sabina CIVILA & Ana DIAS

- 207** A pandemía e o pandemônio: Covid-19, desigualdade e direito à comunicação

Inesita SOARES DE ARAUJO & Raquel AGUIAR CORDEIRO

- 227 **Comunicación para el cambio de comportamientos y estrategias sanitaria del gobierno peruano frente al COVID-19**

Luciana SCARAFFUNI

259 DIÁLOGO DE SABERES

- 261 **Entre a pandemia e o negacionismo: a comunicação de riscos da Covid-19 pelo governo brasileiro**

Ivonete DA SILVA LOPES, Daniela DE ULYSSÉA LEAL

- 281 **eHealth y pandemia Covid-19: nuevos tiempos para las relaciones entre médicos y pacientes**

Mónica PETRACCI, Milca CUBERLI

- 301 **Desafíos, perspectivas y papel de la mujer en la generación del conocimiento científico de Ecuador**

Paola LEONE, César PAZ-Y-MIÑO

- 311 **Mujer, edad e invisibilidad en los anuncios televisivos en Puerto Rico**

Miriam RAMÍREZ MUÑOZ

- 327 **Periodismo de datos en Ecuador. Análisis de casos: El Comercio y Plan V**

José RIVERA

343 RESEÑAS



Monográfico

La red sanitaria y su participación en la difusión o contención de las fake news y bulos relacionados con la COVID-19: el caso de Lima-Perú

The health network and its participation in the dissemination or containment of fake news and hoaxes related to COVID-19: the case of Lima-Peru

A rede de saúde e sua participação na divulgação ou contenção de notícias falsas e embustes relacionados à COVID-19: o caso de Lima-Peru

María Mercedes PALOMINO GONZALES

Universidad de San Martín de Porres, Perú / mercepalm@gmail.com

Marco Antonio LOVÓN CUEVA

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú / mlovonc@unmsm.edu.pe

Rosario del Carmen ARELLANOS TAFUR

Universidad César Vallejo / charoare2@gmail.com

Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación

N.º 145, diciembre 2020 - marzo 2021 (Sección Monográfico, pp. 93-118)

ISSN 1390-1079 / e-ISSN 1390-924X

Ecuador: CIESPAL

Recibido: 11-09-2020 / Aprobado: 02-12-2020

Resumen

El desconocimiento de la COVID-19 aumentó la difusión de información sobre el virus en los usuarios de redes sociales, sin que estas sean necesariamente verificadas. El personal sanitario en Lima-Perú se enfrentó a la recepción de información falsa y bulos no solo como ciudadanos, sino también como profesionales de la salud. Su participación durante la pandemia estuvo relacionada con la difusión, consumo y contención de *fake news* y bulos, pero también con su aprendizaje sobre la alfabetización mediática e informacional. En este escenario, se ha aplicado una encuesta para analizar la participación del personal sanitario en Lima-Perú. Se trata de un estudio con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental transversal. Participaron de manera voluntaria 60 profesionales de la salud, entre ellos, médicos, enfermeros, técnicos, entre otros. El 90% de los profesionales de la salud que fue encuestado recibió noticias falsas a través de las redes sociales. El 94,9 % manifestó que dejó de compartir noticias no confiables sin verificar previamente. El 53,3 % consideró que está parcialmente capacitado para determinar si la información es verdadera o falsa. El 81,4% busca información en otro medio para verificar si es verdadera. Esta investigación concluye que los profesionales de la salud confían en su profesión y conocimientos antes que en las redes sociales para detectar noticias falsas; sin embargo, no se encuentran totalmente capacitados para desecharlas. Además, indica que es importante la alfabetización informacional del personal sanitario para contribuir en el combate a los desórdenes informativos.

Palabras clave: noticias falsas, bulos, personal sanitario, redes sociales, COVID-19, Perú, desinformación

Abstract

Ignorance of COVID-19 increased the dissemination of information about the virus to users of social networks, without necessarily verifying it. Health personnel in Lima-Peru faced the reception of false information and hoaxes not only as citizens, but also as health professionals. Their participation during the pandemic was related to the dissemination, consumption and containment of fake news and hoaxes, but also to their learning of media and information literacy. In this scenario, a survey has been applied to analyze the participation of health personnel in Lima-Peru. It is a study with a quantitative approach, of non-experimental transversal design. Sixty health professionals participated voluntarily, including doctors, nurses and technicians, among others. 90% of the health professionals who were surveyed received false news through social networks. 94.9% said that they stopped sharing unreliable news without first checking. 53.3% consider that they are partially trained to determine if the information is true or false. 81.4% look for information in other media to verify if it is true. This research concludes that health professionals rely on their profession and knowledge rather than on social networks to detect false news; however, they are not fully trained to discard them. Furthermore, it indicates

that information literacy of health care personnel is important to contribute in the fight against information disorders.

Keywords: fake news, hoax, health personnel, social networks, COVID-19, Peru, disinformation

Resumo

A ignorância da COVID-19 aumentou a disseminação de informações sobre o vírus entre os usuários da rede social, sem necessariamente verificá-la. O pessoal de saúde em Lima-Peru enfrentou a recepção de informações falsas e embustes não apenas como cidadãos, mas também como profissionais de saúde. Sua participação durante a pandemia estava relacionada à disseminação, consumo e contenção de notícias falsas e embustes, mas também ao seu aprendizado sobre a alfabetização da mídia e da informação. Neste cenário, foi aplicada uma pesquisa para analisar a participação dos trabalhadores da saúde em Lima-Peru. É um estudo com uma abordagem quantitativa, de projeto transversal não experimental. Sessenta profissionais de saúde participaram voluntariamente, incluindo médicos, enfermeiros e técnicos, entre outros. Noventa por cento dos profissionais de saúde que foram pesquisados receberam notícias falsas através das redes sociais. 94,9% declararam que deixaram de compartilhar notícias não confiáveis sem verificação prévia. 53,3% consideraram que eles foram parcialmente treinados para determinar se as informações eram verdadeiras ou falsas. 81,4% procuram informações em outros meios de comunicação para verificar se elas são verdadeiras. Esta pesquisa conclui que os profissionais de saúde confiam em sua profissão e conhecimento e não em redes sociais para detectar falsas notícias; no entanto, eles não estão totalmente treinados para descartá-las. Além disso, indica que a alfabetização informacional do pessoal de saúde é importante para contribuir no combate aos distúrbios de informação.

Palavras-chave: notícias falsas, embuste, pessoal de saúde, redes sociais, COVID-19, Peru, desinformação

1. Introducción

La propagación de las *fake news* y bulos constituyen hoy uno de los mayores problemas en el circuito informativo actual debido a sus consecuencias en las sociedades modernas. Desde el 2017, diversas investigaciones alertaron sobre el riesgo que su proliferación supone para las democracias, basadas en los estudios sobre su impacto, que señalaron, por ejemplo, la campaña del Brexit del Reino Unido y a las elecciones presidenciales de Estados Unidos, ambos hechos ocurridos en 2016, como los momentos más álgidos en su difusión (Parra-Valero y Oliveira, 2018). No obstante, apenas unos cuatro años después, las *fake news* y los bulos han visto su proliferación más amplia y global a partir de la pandemia de la COVID-19, con un impacto perjudicial en la salud de muchos ciudadanos.

A fines del primer trimestre de 2020, con la mayor parte de la población mundial en confinamiento, y una cifra de infectados por la COVID-19 en más de medio millón de personas alrededor del mundo, la incertidumbre elevó el interés de los ciudadanos por información que pudiera ayudarle a conocer más sobre este nuevo virus, a estar mejor prevenidos ante una cada vez más inminente amenaza o a tener algunas nociones de curarse si se caía enfermo. Ello significó, por un lado, un mayor interés de los ciudadanos en los medios de comunicación tradicionales, como la televisión, cuyo incremento de audiencia incluso alcanzó aproximadamente un 60 % más (Casero-Ripollés, 2020). En España, en el caso de la audiencia joven, la televisión estuvo por delante del resto de medios (Montaña, Ollé, & Lavilla, 2020).

Y, en una línea similar, ocurrió con un elevado interés por los medios de información no tradicionales, como las redes sociales y las plataformas digitales. Durante el confinamiento mundial, las redes sociales continuaron sumando millones de descargas (Byzness, 2020). Entre ellas, Tik Tok, Zoom, Facebook, WhatsApp e Instagram, que ocuparon el top 5 de instalaciones en los teléfonos inteligentes durante los meses de confinamiento, según un informe de Sensor Tower de junio de 2020 (CNN en Español, 2020). En pleno confinamiento y estados de alarma o emergencia en cada país, Youtube sirvió de plataforma depositaria de informaciones provenientes de los sistemas de medios convencionales para conocer los contenidos centrados en datos epidemiológicos y de comunicación institucional. Por ejemplo, en España, los vídeos más reproducidos ocurrieron sobre todo en relación con las primeras etapas de la crisis del coronavirus (Gil, Gómez de Travesero, & Almansa, 2020).

Asimismo, en pandemia, el nivel de descargas de diversas aplicaciones en dispositivos móviles aumentaron en contraste con períodos anteriores sin pandemia. Al respecto, las iniciativas privadas y las entidades gubernamentales se centraron en desarrollar aplicaciones de control y diagnóstico de la enfermedad junto a otras que trataban de contrarrestar la creciente demanda de información (Gil, Martín, Gómez, & San José, 2020).

La información sobre la COVID-19, como una necesidad de la ciudadanía, se hizo evidente también en otras plataformas digitales como Google, que registró el máximo número (100 puntos sobre 100) de búsquedas activas del nuevo virus entre inicios de marzo, hasta su reducción más significativa, registrada en la segunda quincena de junio del 2020 (49 puntos sobre 100) (Google Trends, 2020).

Debido a una imperiosa necesidad de información durante los primeros meses de declarado el COVID-19 como pandemia, las redes sociales han sido un foco importante de proliferación de información sobre el virus, muchas de ellas confiables, pero otras también inventadas. No obstante, cabe señalar que la salud, como tópico de las *fake news* y bulos, no es algo nuevo. De hecho, una investigación sistémica a la literatura académica del tema reveló numerosos casos de difusión de noticias inventadas o falsas sobre salud, sobre todo los

relacionados a las vacunas y a las coyunturas de nuevas enfermedades como el ébola o el zika (Parra-Valero & Oliveira, 2018).

Farooq (2018) explica que una de las razones por las que estas plataformas virtuales contribuyen en una elevada velocidad a la difusión de noticias falsas es que el contenido compartido proviene de alguien conocido, lo que hace que exista “una fuerte tendencia a confiar en la fuente”. La lista de contactos de los usuarios de estos espacios virtuales está compuesta por conocidos, amigos y familiares, con quienes, a partir del uso de estas, pueden mantener un contacto mayor de comunicación.

Por ello, en la sociedad de la información, acudir a la opinión de un especialista para corroborar una información sobre salud, no requiere de hacer una búsqueda exhaustiva en un directorio telefónico ni de solicitar una consulta médica en un centro de salud, basta con saber que es posible hacerlo a partir de un mensaje de texto a un contacto relativamente cercano. Más aún en una situación como la pandemia, que exigió el cambio de la atención personal de salud, a una teleatención médica o teleconsulta, a fin de evitar la exposición al virus del SARS-CoV-2 de médicos y pacientes.

Esta investigación busca conocer la forma de participación del personal de salud en la difusión de noticias falsas que sobre la COVID-19 circularon en redes sociales en los primeros tres meses de detectada la pandemia en Perú (marzo, abril y mayo), periodo en el que pese a que el Gobierno estableció medidas prematuras para frenar su contagio, como el confinamiento general de su población el 15 de marzo de 2020, ello no evitó que la curva de contagios ascendiera hasta alcanzar los 100.000 casos, y que los fallecidos a causa del virus bordearan los 3.000, según cifras del Ministerio de Salud. Las denuncias de falta de pruebas moleculares, material de bioseguridad para el personal, respiradores mecánicos, y hasta oxígeno, evidenciaron que la primera línea de combate era el recurso humano sanitario.

La investigación busca responder la siguiente pregunta: ¿De qué manera participó y tomó aprendizajes el personal de salud en la difusión de bulos y noticias falsas relacionadas con la pandemia de la COVID-19 en Lima-Perú en el ámbito de las redes sociales? Para ello, nos planteamos dos objetivos: 1) Analizar la participación del personal de salud en la producción, consumo y difusión de noticias falsas y bulos relacionados a la pandemia de la COVID-19 en Lima-Perú, en el ámbito de las redes sociales. 2) Analizar el nivel de aprendizaje, a través de la alfabetización mediática, que alcanzó el personal de salud en el primer trimestre de detectada la presencia de la COVID-19 en Lima-Perú.

Para indagar sobre sus acciones, hemos organizado la información de este artículo de la siguiente manera: primero, se expone conceptos teóricos centrales con la investigación; seguidamente, se registra la presentación del método de investigación y el análisis de datos; y por último, se muestra la entrega de resultados y discusión.

2. Marco teórico

En este apartado, se presenta la revisión bibliográfica sobre los desórdenes informativos y la alfabetización en salud, informacional y mediática. Estos conceptos permiten comprender la naturaleza del problema. Se recurre a explicar que dichos desórdenes se generan a partir de la producción y difusión de las *fake news* y bulos, material al que se exponen los ciudadanos. Como se trata de una investigación que involucra el rol de la comunicación en la salud, es necesario desarrollar esta relación entre la teoría y la realidad. Y dado que hay un aprendizaje sobre las noticias falsas, es importante dar cuenta de los procesos de alfabetización mediática e informacional del personal sanitario. Con este trabajo se contribuye, asimismo, al desarrollo y comprensión de estos tres conceptos teóricos.

2.1. Desórdenes informativos: *Fake news* y bulos

La Covid-19 generó un desorden informativo con el que se dio paso a un escenario estratégico para difundir falacias. Con las redes sociales se reprodujeron discursos de confusión y mentira a fin de favorecer un clima de desinformación y desestabilizador de las democracias, mientras que los públicos digitales se presentaron como prosumidores de *fake news* y bulos (Pérez, & Velasco, 2020).

La existencia de desinformación en los medios de comunicación data desde el desarrollo de los primeros sistemas de la escritura. Sin embargo, es a partir de la sociedad de la información donde la cerrada dualidad periodista-noticias se quiebra, y la elaboración de noticias hechas por no periodistas se abren paso, captando el interés de los ciudadanos (Tandoc, Lim & Ling., 2018) y acrecentando su impacto.

En este nuevo ecosistema, la comunicación de masas, predominantemente unidireccional, varía hasta convertirse en “autocomunicación de masas”, como señala Castells (2009), marcada por la cada vez mayor utilización de los *smartphones* y las redes sociales. En él, el usuario es el que “genera el mensaje, define los posibles receptores y selecciona los mensajes concretos o los contenidos de la web y de las redes de comunicación electrónica que quiere recuperar” (p. 88), sin dependencia del circuito mediático tradicional. Este segmento de la población opta así por abandonar una actitud pasiva frente a la producción mediática tradicional y pasa a “producir y participar” (Meso Ayerdi, 2005).

Su impacto ha llevado a que surjan una serie de términos que buscan ordenar el caótico flujo informativo de la era post-internet, donde la palabra *fake news* ha sido la más popularizada para separar la información verdadera o confiable de la falsa o poco confiable. El término enfrenta una polisemia al ser usado por medios de comunicación, investigadores, políticos y ciudadanía para

referirse a los diversos desórdenes informativos como son la desinformación, la manipulación, la información errónea y la mala información, sin que necesariamente su significado logre abarcar todas estas prácticas (Salaverría, Buslón, López-Pan, León, López-Goñi, & Erviti, 2020).

Las *fake news* son, en el sentido de Allcott & Gentzkow (2017), los artículos de noticias que de manera intencional son falsos y se puede verificar como tal, con los se engaña a los lectores. Los autores no consideran en su definición los errores no intencionales en las noticias, los rumores que no se originan en una noticia en particular, las teorías de conspiración, las sátiras, las declaraciones falsas de políticos ni a los informes sesgados. Asimismo, en la línea de lo que Fallis & Mathiesen (2018), son “noticias falsificadas”, en alusión a que se presentan como una noticia genuina, pero con la intención de engañar.

De otro lado, el término bulo, siguiendo a Aparici, García-Marín y Rincón-Manzano (2019), representa el mensaje falso que ha sido fabricado en las redes por usuarios o los colectivos con el objetivo de generar un determinado estado de opinión. Y no tiene necesariamente una apariencia de artículo periodístico ni otros formatos de noticia.

En el escenario de la COVID-19, la desinformación es preocupante. Pérez, Meso, & Mendiguren (2020) señalan que hay escasa presencia de científicos e instituciones que ayuden a desmentir los bulos y expliquen las medidas de higiene, por lo que resulta imperante combatirlos y colaborar con la comunicación en salud. Según Villa Gracia, & Cerdán (2020), durante el desarrollo de la pandemia, existió una tendencia correlativa entre el aumento de muertes por la COVID-19 y el interés de los ciudadanos españoles por los bulos y las noticias falsas. Las investigaciones en desinformación aumentan con el fin de contribuir con el desarrollo de países plenamente informados.

2.2. Tecnologías de la Información y comunicación en salud

Internet ha permitido que millones de usuarios tengan acceso a información sobre diversos temas de manera sencilla, donde el tópico de salud se ubica como uno de los más consultados. Según un estudio del Pew Research Center, al menos 95 millones de personas han buscado 1 de los 16 principales temas de salud en línea (Pew Internet & American Life Project, 2005).

El uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) de los pacientes es diverso. Desde usuarios que acceden a servicios de salud para su autocuidado, para informarse antes de tomar decisiones compartidas, y otros para interactuar con otros pacientes con sus mismos males. (Eichner & Dullabh, 2007, citado en Málaga, G., Cuba-Fuentes, M., Rojas-Mezarina, L., Romero-Albino, Z., Hamb, A., & Paz-Soldán, V. (2019).

No obstante, hay una constante preocupación ciudadana sobre la proliferación de desinformación en la llamada red de redes. Según una última encuesta de Edelman Trust Barometer 2020, el 67 % de consultados señaló estar

preocupado por el número de noticias falsas que se están propagando durante la pandemia.

En ese contexto, las redes de mensajería instantánea han sido foco de desinformación (Gil de Zúñiga y Diehl, 2019; Lee y Xenos, 2019; citado en Casero-Ripollés, 2020), por su gran uso en el confinamiento, con el que han alcanzado un alto nivel de esparcimiento de contenido no verificado ni periodístico, que han impactado también a profesionales de la información y a profesionales de la salud, que debían discernir entre información verificada o científica, de información no verificada ni científica.

De estas redes de mensajería, entre las de mayor penetración en el mundo está WhatsApp. Según la propia compañía, propiedad de Facebook, hasta inicios de marzo de 2020 contaba con más de 2.000 millones de usuarios en el mundo, lo que equivale al 20% de la población global. Su éxito ha permitido que muchas personas se mantengan conectadas a través de sus teléfonos inteligentes. Y que, además de ser usada entre familias y amigos, sirva también para mantener comunicación con una red más amplia de contactos, entre las que se cuentan instituciones del estado, que han dispuesto líneas dedicadas para la comunicación con ciudadanos (Andina, 26 de febrero de 2020), así como otros de nivel profesional (Farooq, 2018).

El uso de esta red de mensajería por el personal sanitario incluso se elevó durante el confinamiento mundial, debido a que fue utilizado para teleconsultas, modalidad de atención virtual para evitar el traslado y contacto posiblemente innecesario del paciente (La Nación, 21 de marzo de 2020).

Así, los profesionales de la salud, que según diversos estudios tienen mayor influencia en sus pacientes que las redes sociales e Internet (Revuelta, 2019), se han mantenido durante la pandemia como una fuente cercana de información para ellos. Una situación forzada también por las disposiciones gubernamentales para asegurar la teleconsulta médica. Esta cercanía ha hecho posible el mayor contacto de ciudadanos con el personal sanitario y hacerlos accesibles.

La telemedicina, entendida como la atención médica a distancia o no presencial, apoyada en las tecnologías de la información (Márquez, 2020), ha sido una de las herramientas esenciales de atención médica durante la pandemia de la COVID-19, debido a la nula exposición de los pacientes y médicos en el traslado y el encuentro de atención. Aun cuando hasta antes de la pandemia no era utilizada de manera generalizada ni formal en el sistema sanitario público peruano (Málaga et al, 2019), su expansión forzada ha mostrado las oportunidades que brindan las TIC para el reforzamiento de la comunicación entre pacientes y profesionales de salud fuera del ámbito clínico (Málaga et al., 2019), así como para transformar la práctica médica en una más efectiva (García Garcés, Navarro, López, & Rodríguez, 2014).

2.3. Alfabetización informacional y mediática para el campo de la salud

Si bien no existe una posición unificada sobre si la teleconsulta médica se expandirá una vez superada la pandemia, lo cierto es que la coyuntura de la COVID-19 reforzó el canal de teleatención (Navarro, 2020), pero también de acceso indirecto de información científica para millones de ciudadanos en el mundo, que además de acudir por estas vías a sus médicos para tratar sus males, pudieron consultarles sus inquietudes informacionales. En esa línea, la telemedicina ofrece también una posibilidad de alfabetización electrónica en salud para los ciudadanos desde la atención primaria. Esta alfabetización se define como “la capacidad de buscar, encontrar, comprender y evaluar información de salud de fuentes electrónicas y aplicar este conocimiento para abordar o resolver problemas de salud” (Norman, 2006, citado en Málaga et al., 2019, p.374), y sintetiza las siguientes alfabetizaciones: tradicional, en salud, informacional, mediática e informática.

La alfabetización mediática, por su parte, es “la consulta activa y el pensamiento crítico sobre los mensajes que recibimos o creamos” (Marwick, 2018, p.508) y la alfabetización informacional es el “saber cuándo y por qué necesitas información, dónde encontrarla y cómo evaluarla, utilizarla y comunicarla de manera ética” (Cilip, 2004, citado en Gómez Hernández, 2007, p. 44). Para mejorar el nivel de alfabetización electrónica en salud, el primer paso será asegurar su competencia en los profesionales de la salud, una tarea que las universidades y centros de formación de profesionales sanitarios deben reforzar para atender situaciones de salud críticas como una pandemia que, por elevar los niveles de ansiedad e incertidumbre en la ciudadanía en general, puede aumentar los índices de difusión de desinformación (Farooq, 2018). Para este tipo de alfabetización, se requiere que los currículos universitarios introduzcan tempranamente a los estudiantes de Ciencias de la Salud en la informática médica aplicada, que los familiarice con herramientas informacionales básicas en la práctica, y que contribuya a que logren una educación continua, con acceso a información especializada actualizada (García Garcés et al., 2014).

En un estudio sobre el uso de fuentes de información en estudiantes peruanos de Medicina Humana, de una edad promedio de 21 años (Mejía et al., 2015), se halló que muchos de ellos presentaban desconocimiento de algunas bases de datos científicas, como Wholis, OVID, Embase, UpToDate, EBSCO, entre otras; asimismo, que las competencias informacionales podían cambiar con una oportuna capacitación. Situación que tiene su contraparte en las competencias de los docentes de las carreras de Ciencias de la Salud en el país. Según un estudio sobre el nivel de alfabetización científica de docentes de una universidad, se halló que pese a que los docentes precisan una percepción alta sobre sus conocimientos de búsqueda de información, este es mayoritariamente regular (55 %), seguido de deficiente (32 %), en tanto que solo el 25,9 % señaló que aprendió a buscar información en clases universitarias (Castillo, 2019).

La discusión sobre la alfabetización para la salud y sus posibilidades para la mejora en la calidad de vida de los ciudadanos inició en 1974, cuando el profesor Scott Simonds la utilizó por primera vez en el marco de su conferencia sobre educación en salud como política social. Desde entonces, su potencialidad ha llevado a que sea considerada como una estrategia global en salud (Juvinyà-Canal, Bertran-Noguer & Suñer-Soler, 2018) y, por su asociación con mejores resultados en salud, se estudie estrategias para su promoción en países de ingresos medios y bajos (Málaga et al., 2019). La alfabetización para la salud, desde su definición más extendida, es aquella que:

conlleva el conocimiento, la motivación y las aptitudes para acceder, comprender y aplicar la información en temas de salud, con el fin de hacer valoraciones y tomar decisiones en lo concerniente a temas cotidianos de salud, prevención de enfermedades y fomento de la salud, con la intención de mantener o mejorar la calidad de vida en el transcurso de esta” (Sorensen et al., 2012, citado en Juvinyà-Canal et al., 2018, p.8).

El nivel de alfabetización en salud del paciente se pone en evidencia en diversas acciones, por ejemplo, al entender las indicaciones de recetas médicas, o comprender un artículo de salud que está en una revista o periódico (Málaga et al., 2019).

La alfabetización en salud es un concepto relacional, por lo que contempla la interacción de las personas y su medio ambiente, así como el empoderamiento individual y colectivo. Tiene en cuenta tres actores: los entornos, los profesionales de la salud y las personas (Juvinyà-Canal et al., 2018). Su progreso tendrá como uno de sus principales ejes la interacción entre personal sanitario y ciudadanía, por lo que será necesario que los médicos actúen como guías, o como señala Llamero (2017), como *apomediadores*, que la autora define como aquel médico que se muestra “receptivo hacia las iniciativas de sus pacientes sobre las consultas a Internet y les ayuda a entender” (p.105). Por ello, entre las estrategias recomendadas para la alfabetización en salud desde la atención primaria, se establece la necesidad de mejorar las habilidades y herramientas de comunicación clínico-paciente. Asimismo, se sugiere usar TIC y recursos de educación en salud de la red, utilizar mensajes de texto para recordatorios de tratamientos o citas; promover el autocuidado del paciente; plantear al paciente la posibilidad de hacer tres preguntas al final de la consulta; y desarrollar sistemas de apoyo y entornos de cuidado (Málaga et al., 2019).

Los recursos de la red sobre salud, de acceso público, se convierten así en una oportunidad para lograr el empoderamiento necesario de los pacientes para su autocuidado, pero también en un desafío que exige la orientación de profesionales de salud que estén plenamente capacitados, y tengan disposición para contribuir en la alfabetización en salud de sus pacientes. Una de las principales barreras para ello será la formación médica conservadora y tradicional con la que se han educado muchas generaciones de médicos, donde

se considera que los profesionales médicos deben ser los únicos responsables en la toma de decisiones en la salud de sus pacientes (Málaga et al., 2019).

De no derribar estas barreras, como señaló un estudio sanitario de Doctoralia (2018), se mantendría un índice todavía alto (43 %) de aquellos médicos que no realizan ninguna actividad para frenar la desinformación en salud. En el contexto de crisis sanitarias, no solo los profesionales de la educación deben desarrollar sus competencias digitales, y mejorar su alfabetización informacional (Martínez-Garcés & Garcés-Fuenmayor, 2020), sino también los profesionales de la medicina (García Hernández, & Lugone, 2013). Para Guerra et al (2014), un componente importante de la alfabetización de la información es la búsqueda de información científica. Alfabetizarse, sobre todo en el contexto de la información mediática, implica que los usuarios no compartan información falsa en las redes sociales entre sus contactos, a pesar de que se trate de temas referidos a salud y aun cuando sea compartida por ciertos medios de comunicación que dan confianza (Montero-Liberona, & Halpern, 2019).

Según la Organización Panamericana de la Salud (2015), cuando las personas manejan la información, pueden acceder a aquella relativa a su educación, a su trabajo, a su salud, y a partir de eso tomar decisiones sobre sus vidas. Para ello, los usuarios tienen que contar con competencias necesarias para usar las tecnologías de la comunicación, y así no solo acceder a esta, sino también emplearla de manera adecuada. En un mundo digital, se requiere desarrollar una acertada alfabetización informacional.

3. Metodología

3.1. Enfoque y técnica de investigación

Este es un estudio de enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental transversal. Se estudian las participaciones de la red sanitaria de Lima-Perú en la producción, consumo, difusión, así como el aprendizaje sobre las *fake news* y los bulos. Para esta investigación, la participación incluye las dimensiones de producción, consumo y difusión de noticias falsas y bulos. La producción es la participación en la planificación y textualización de información que difunde el personal sanitario mediante sus redes sociales. El consumo es la participación activa en la recepción o la lectura de la información que recibe el personal sanitario mediante sus redes sociales. La difusión es la participación activa en la distribución de la información que realizó el personal sanitario a través de sus redes sociales. De otro lado, la variable aprendizaje incluye la dimensión de alfabetización mediática en salud. Aprendizaje es la evaluación crítica, la modificación y la adquisición de conocimientos frente a la información falsa a la que accedió el personal sanitario en redes sociales.

La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario que contenía 30 ítems, que estuvo estructurada en base a las dimensiones de la

variable participación del personal de salud en la difusión de noticias falsas. Los ítems 1, 2, 3, 4, 5 y 6 corresponden a la dimensión consumo; los ítems 15, 16, 17, 18 y 19 corresponden a la dimensión producción; los ítems 9, 10 y 11 corresponden a la dimensión difusión y los ítems 7, 8, 12, 13, 14, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 y 30 corresponden a la dimensión aprendizaje.

Para la elaboración del instrumento, nos basamos en el cuestionario de Catalina-García, Sousa, y Silva (2019). Asimismo, lo cotejamos con la investigación de Roman et al. (2020), quienes formularon una investigación en relación al papel de los medios de comunicación en situaciones de crisis sanitaria y la percepción de la población en torno al control y las normas sociales durante la pandemia de la COVID-19. La validez del instrumento fue determinada por criterio de juicios de expertos sobre el área Médica y las Comunicaciones. Cabe señalar que las noticias falsas y bulos a los que se alude en la encuesta son aquellos que fueron determinados como tal en un momento inmediato o posterior a su consumo o recepción.

3.2. Población y muestra

La población del estudio de investigación estuvo conformada por el personal de salud que labora en hospitales públicos de Lima metropolitana. El tipo de muestra es no probabilística pues fue por conveniencia, en relación al personal que voluntariamente contestó el cuestionario. La muestra estuvo conformada por 31 médicos, 13 enfermeras, 12 obstetras, 2 odontólogos, 2 tecnólogos médicos.

Se escogió a los profesionales de salud porque ellos son el personal de primera línea (junto con los policías y el Ejército) en la lucha contra la propagación de la COVID-19 y son un subconjunto significativo en la difusión y lectura de noticias sobre salud y el virus. Pensamos que, por ser el personal más calificado en el tema del coronavirus y el más preparado para reconocer información falsa sobre salud, sería importante analizar su participación.

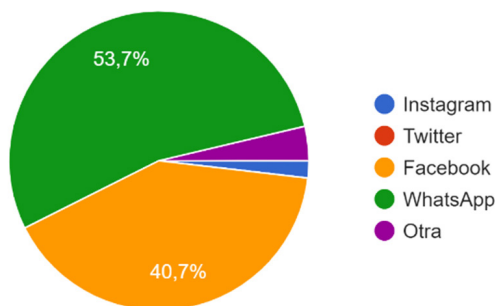
3.3. Procedimiento de recolección de datos

El proceso de recojo de datos se realizó a través de medios digitales: Se envió un formulario de Google Forms. La encuesta tuvo lugar entre marzo y abril del año 2020. Antes de recoger los datos, como paso previo, se distribuyó el cuestionario a un pequeño grupo de profesionales de la salud con el propósito de comprobar que las preguntas fueran comprensibles y que las respuestas registrasen las alternativas pertinentes para el estudio. A los participantes se les comunicó de forma explícita que se trataba de un tema de investigación y que su participación era anónima y voluntaria. Para el vaciado de los datos y su cálculo estadístico se ha utilizado el lenguaje de programación de Microsoft Excel.

4. Resultados

Durante la pandemia por el COVID 19, en Lima, el 90 % de los 60 profesionales de la salud que fueron encuestados recibió noticias falsas y bulos a través de las redes sociales. Las redes sociales por las cuales recibieron estos contenidos fueron WhastApp 53,7 % y Facebook 40,7 %.

Figura 1. Redes sociales por la cual recibieron la mayor cantidad de noticias falsas y bulos



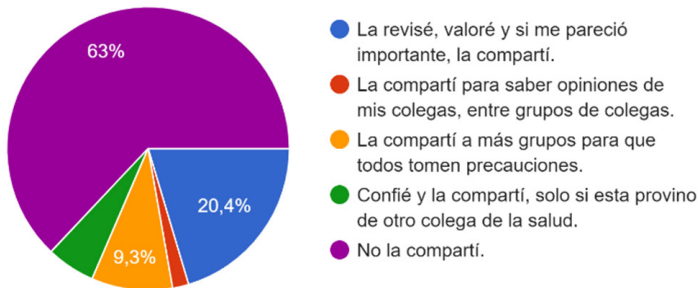
Fuente: elaboración propia

La frecuencia con la que las recibieron fue diaria 44,4 % y semanalmente 46,3 %. Esta información fue enviada por amigos 44,4 % y colegas de especialidad en salud 22,2 %. Cuando recibió la información, el 63 % no la compartió, el 20,4 % la revisó y si le pareció importante la compartió, el 9,3 % la compartió a grupos para que tomaran precauciones, el 5,6 % confió y la compartió solo si esta información provenía de otro colega y el 1,9 % la compartió para conocer las opiniones de sus colegas. En conclusión, el 37 % de los encuestados compartió estos contenidos no verificados. De los que compartieron noticias falsas y bulos, el 15 % lo hizo siempre por redes sociales, el 35% casi siempre y el 15 % a veces. El 20 % de casos nunca utilizó las redes sociales para difundir las noticias y el 15 % no lo hizo por redes sociales.

Las redes sociales utilizadas por quienes difundieron fueron WhatsApp con 80 % y Facebook con 10 %. Al relacionar los resultados podemos determinar que el personal de salud usa con mayor frecuencia las redes sociales de WhastApp y Facebook, donde recibe y difunde desinformación.

Así mismo, la frecuencia con que compartió este contenido no verificado fue mensual el 45 %, semanal 20 % y quincenal 20 %. Los que compartieron diariamente fueron el 15 %.

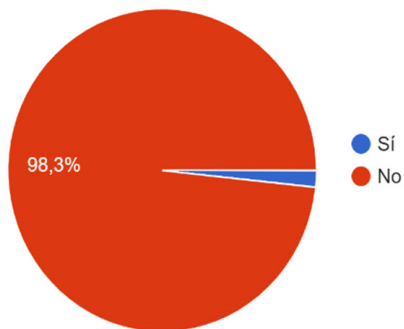
Figura 2. Reproducción de bulos y noticias falsas recibidas



Fuente: Elaboración propia

Sobre si los profesionales de la salud encuestados elaboraron bulos o noticias falsas, el 98,3 % no lo hizo. Así también, el 100 % manifestó que no alteró alguna noticia o información verdadera en falsa. Con esto se pudo determinar que solo recibieron bulos y noticias falsas.

Figura 3. Elaboración de bulos y noticias falsas



Fuente: Elaboración propia

Respecto a si lograron identificar algunos bulos y noticias falsas sobre la COVID 19 en el momento en que se difundieron, el 43,3 % manifestó que a veces, el 31,7 % casi siempre y el 18,3 % siempre, el 5 % casi nunca y el 1,7 % nunca. En mayor medida, identificaron que era un contenido falseado por su análisis propio 39 %, gracias a otros profesionales de la salud 25,4 %, porque buscó en Internet 22 %, porque se enteraron por medios de comunicación que era falsa 6,8 % y porque el Gobierno desmintió dicho contenido mediante diversos canales 6,8 %.(figura 4)

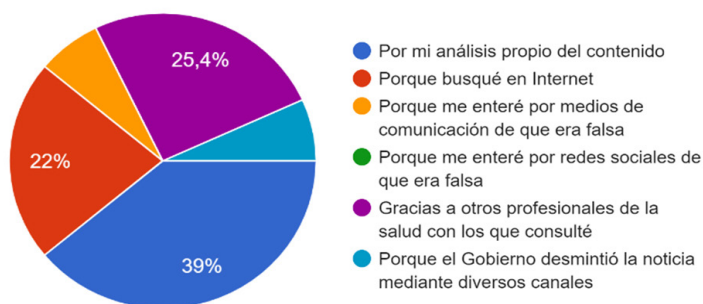
Luego de verificar si la información era falsa, el 30,5 % realizó a veces las correcciones respectivas en los grupos de contacto a los cuales tuvo acceso, el

25,4 % lo hizo casi siempre, el 23,7 % lo hizo siempre, el 10,2 % casi nunca y el 10,2 % nunca.

Existe alrededor del 20,4 % de los encuestados que no realizaron las correcciones respectivas en los grupos de contacto, permitiendo la proliferación de desinformación.

Los profesionales que sí realizaron las correcciones y respectivas aclaraciones de la información falsa percibieron que el 42,4 % de las personas que recibieron estas aclaraciones a veces apreciaron su opinión, el 22 % casi siempre, el 15 % siempre, el 10,2 % casi nunca y el 10,2 % nunca. Podemos deducir que la mayoría de las personas que recibe aclaraciones o correcciones sobre desinformación, desde la propia fuente, valora la opinión del profesional que lo ha difundido.

Figura 4. Identificación de posibles bulos y fake news

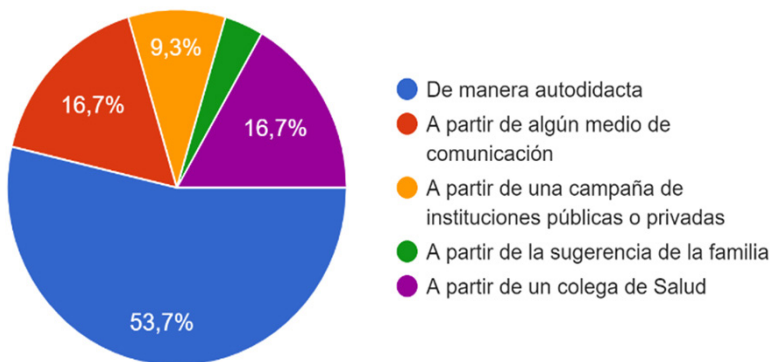


Fuente: Elaboración propia

Sobre el aprendizaje que tuvieron los profesionales de la salud durante la pandemia, respecto a cómo identificar información falsa, el 90 % manifestó que sí aprendieron y el 10 % que no. Respecto a la manera en la que aprendió, el 53,7 % sostuvo que de manera autodidacta, el 16,7 % a partir de un colega de salud, el 16,7 % a partir de un medio de comunicación, el 9,3% a partir de una campaña de instituciones públicas o privadas y el 3,6 % a partir de la sugerencia de la familia.

La mayoría de los profesionales de la salud confían en su formación profesional.

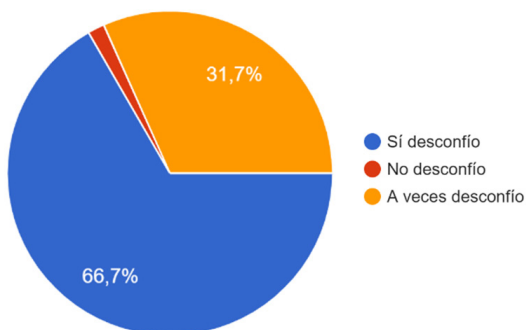
Figura 5. Identificación de bulos y noticias falsas



Fuente: Elaboración propia

A su vez, como parte de su aprendizaje, la mayoría (66,7 %) señaló que desconfía de la información vertida en redes sociales (figura 6). El 81,4 % aseveró que busca información en otro medio para verificar si la información que le llega es verdadera.

Figura 6. Desconfianza de la información vertida en redes sociales

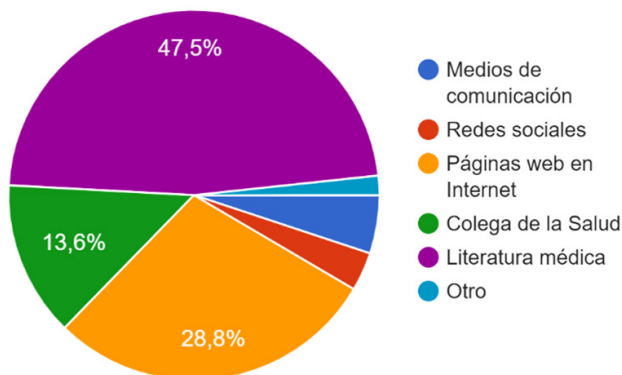


Fuente: Elaboración propia

El medio que más utilizaron para verificar si la información recibida es verdadera es literatura médica, con 47,5 %; el 28,8 % utiliza páginas web en Internet; el 13,6% consulta con colegas de la salud, y el 5,1% busca en redes sociales.

Los profesionales de la salud buscan información científica para verificar la información que se emite en redes sociales. Así también acuden a la formación profesional de sus colegas.

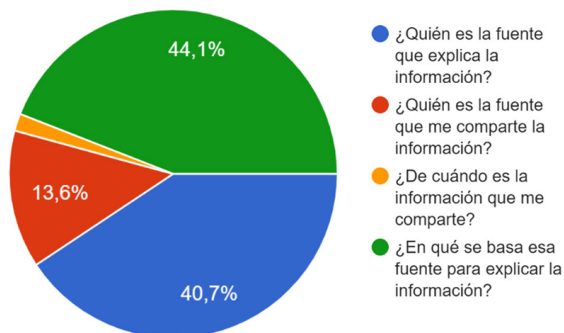
Figura 7. Verificación de contenido que circula en redes sociales



Fuente: Elaboración propia

Ante una información vertida en redes sociales, los profesionales de la salud se realizan las siguientes preguntas: “quién es la fuente que explica la información”, con 40,7 %; “en qué se basa esa fuente para explicar la información”, con 44,1 %, y “quién es la fuente que le comparte”, con 13,6 %. Es importante resaltar que para los profesionales de la salud es relevante la fuente de la información. Con ello consideran pueden determinar si una información es falsa o verdadera.

Figura 8. Cuestionamiento ante posibles bulos o fake news



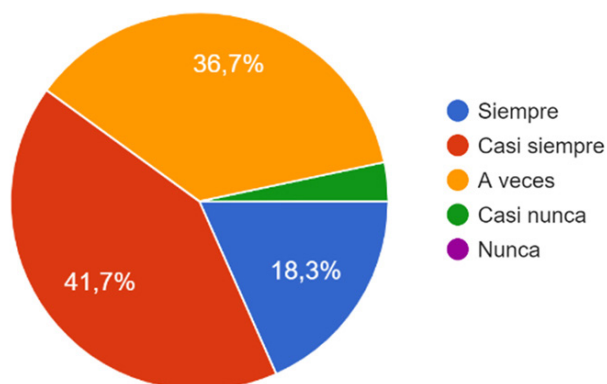
Fuente: Elaboración propia

Muchos de los profesionales de la salud (94,9 %) manifestaron que dejaron de compartir información no confiable sin verificarlas previamente gracias a este aprendizaje. El 53,3 % considera que está parcialmente capacitado para determinar si la información es verdadera o falsa, el 45 % que está totalmente

capacitado y 1,7 % que no está capacitado. El 55 % está parcialmente de acuerdo en que las redes sociales le ayudan a detectar contenido falso, solo el 26,7 % está totalmente de acuerdo en ello. Podemos constatar que la mayoría confía más en su capacidad como profesional.

Los profesionales de la salud sostuvieron que por su condición de profesional casi siempre (41,7 %) recibieron consultas referidas a informaciones sobre el COVID- 19 que circulaban en las redes sociales, el 36,7 % a veces, el 18,3 % que siempre y el 3,3 % que casi nunca.

Figura 9. Consultas sobre veracidad de posibles bulos y noticias falsas relacionadas a COVID 19 en redes sociales



Fuente: Elaboración propia

Esto ha hecho que asuman el rol que desempeñan como profesionales de la salud en la difusión o contención de bulos y noticias falsas. Por ello, ponen énfasis en la fuente de la información, que les permita verificar, corregir las informaciones falsas emitidas en las redes sociales.

5. Discusión

Entre los hallazgos, se observa que el personal sanitario no elabora noticias falsas y bulos sobre temas de salud. Ellos no se encargan de fabricar, pero sí consideran que reciben contenido falso sobre este tópico. Sin embargo, aunque no lo hagan, las *fake news* son una preocupación para ellos también, pues, según un estudio de Doctoralia (2018), elaborado en España, 2 de cada 3 médicos han atendido en su consulta pacientes preocupados por algún bulo de salud durante el último año, por lo que hacerle frente a ellos también forma parte de su rutina laboral. Y también, según la disposición que tenga el profesional médico en educar en salud a sus pacientes, puede ser una oportunidad para la alfabetización electrónica en salud en la atención primaria.

McGonagle (2017) comenta que las noticias falsas preocupan a las organizaciones internacionales, los responsables de las leyes y políticas nacionales, los medios de comunicación y los actores de los medios de comunicación, la sociedad civil y el mundo académico. Afecta a los médicos, enfermeros, intensivistas que tienen que enfrentarse a la data veraz. Mendiguren, Pérez Dasilva & Meso Ayerdi (2020) han reconocido, por ejemplo, que los jóvenes universitarios periodistas que se informan a través del entorno online confiesan haber caído en alguna ocasión en la trampa de las *fake news*. A pesar de su formación sobre verificación de la información, los profesionales de los medios de comunicación también han sido víctimas de la desinformación. Y Ramos (2019) sostiene que el problema de confiar en información falsa también repercute en los médicos. La falta de experiencia por parte del profesional para interpretar críticamente las publicaciones científicas con insuficiente rigor estadístico les puede ocasionar conocimientos con bajo nivel de evidencia y basados en resultados erróneos. El personal sanitario ha consumido información falsa porque, al igual que otros profesionales y ciudadanos, se encuentran expuestos a la recepción de dichos contenidos, y han tenido dificultades para verificarlos por cuenta propia, en el momento de su propagación, debido a un insuficiente nivel de competencias en alfabetización informacional y mediática. Esta es una carencia que han anotado diversos estudios sobre la formación universitaria en Ciencias de la Salud (García Hernández &, Lugones, 2013; Gainza, Rodríguez-Eliás, Rodríguez-Ortiz, Lara, & Vega, 2015), donde se evidencia que pocos médicos atribuyen su conocimiento en búsqueda de información a la universidad (8,3 %, en el caso de un policlínico en Cuba). Y el medio por el que declararon lo reciben es a través de las redes sociales.

Rodríguez-Fernández (2019, p. 1727) llega a la conclusión en su estudio: “La mayor preocupación en la actualidad recae en la difusión intencionada de informaciones falsas a través de las redes sociales”. Vemos que las redes sociales son los medios por los cuales las personas suelen recibir noticias falsas. En el consumo de noticias falsas Catalina-García, Sousa, & Silva Sousa (2019) nos señalan que las personas no tienen el hábito de leer ni de escuchar ni de ver todo el contenido de la información, pues la mayoría llega a concentrarse en la lectura de las entradillas o titulares, es decir, de los datos más llamativos. De acuerdo con el personal sanitario, WhatsApp es la aplicación por la que recibieron mayor información falsa. Ello va en línea con la preferencia de su uso entre el personal sanitario, que según una investigación sobre el acceso, uso y preferencias de las tecnologías de información y comunicación de los médicos de un hospital general de Perú, determinó que uno de cada dos médicos utiliza WhatsApp como medio de intercambio de información, imágenes y consulta interactiva dentro del ambiente hospitalario. Asimismo, que se han creado grupos de mensajería según el área donde realizan labor asistencial (Vásquez-Silva, Ticse, Alfaro-Carbadillo & Guerra-Castañón, 2015).

Respecto de la difusión, aunque la mayoría del personal sanitario no difunde la información falsa que le llega (63%), hay un porcentaje que sí la comparte (37%), por diversas razones: para que otros tomen precauciones, porque procede de un colega, para conocer las opiniones de otros compañeros. Los medios por los cuales el personal compartió este tipo de contenido han sido las mismas redes sociales (50%), sobre todo WhatsApp y Facebook. Si bien López-Borrull (2020) precisa que el WhatsApp y otras redes sociales son medios para compartir contenidos que las personas no han tenido el tiempo, la cordura o las competencias para saber filtrar la información, estas también pueden utilizarse para extender la consulta, entre colegas, sobre si dicha información es verdadera. O en la búsqueda de opiniones más informadas, en grupos de profesionales de la salud. No obstante, el ambiente de miedo e incertidumbre, también pudo haber sido caldo de cultivo para que los profesionales de la salud contribuyan en la propagación de *fake news* y *bulos* (el 37 % de encuestados reconoció que compartió información sobre COVID-19 no verificada, y el 22,2 % señaló que recibió este tipo de información de colegas de la salud).

Un estudio de Vousoghi, Roy & Aral (2018) indican que las noticias falsas se difunden rápidamente y de forma más amplia que la verdad. Y ello sucede sobre todo en contextos de miedo y preocupación (Bigas, 2020). De acuerdo con Delmazo & Valente (2018), el mundo online facilita la diseminación de las noticias falsas. En relación con ello, Mejia et ál. (2020) sostienen que, según la percepción de sus sujetos encuestados, las redes sociales (64 %) y la televisión (57 %) exageran la información y, además, la televisión (43 %) y las redes sociales (41 %) aumentan la percepción del miedo. Losada, Rodríguez, & Paniagua (2020) señalan que las noticias sobre la pandemia generaron diversas emociones negativas como la ansiedad, tristeza, miedo e ira en la población, las cuales variaron en función del canal de consumo informativo, por lo que en determinados países se incrementó el apoyo emocional de los gobiernos a través de la comunicación gubernamental hacia los ciudadanos. Gutiérrez, Coba, & Gómez (2020) consideran que, por medio de las redes sociales virtuales, los productores de desinformación y noticias falsas encuentran en la incertidumbre y el temor en tiempos de pandemia los medios facilitadores para difundir noticias falsas cuya detección para expertos y legos en el tema resulta incluso difícil.

En su aprendizaje en la pandemia, el personal sanitario modificó su conocimiento sobre detección de noticias falsas o bulos. Los profesionales de la salud señalaron que este aprendizaje lo lograron de manera autodidacta, antes que aprender por algún medio de comunicación o una red social, y que entre las herramientas más usadas para la verificación estuvo en primer lugar la literatura médica (47,5 %); seguido de páginas web de Internet (28,8 %); consultas con colegas de salud (13,6 %), y búsqueda en redes sociales (5,1 %). Interesa anotar aquí cómo la red profesional del personal en salud tuvo un rol activo para identificar información falsa, aunque no predominante. No obstante, debido a

que el estudio tuvo limitaciones de acceso a profesionales de la salud fuera de Lima, no es posible extrapolar este nivel de competencia identificado a escala nacional, donde existen diversas regiones con algunas barreras en conectividad a Internet. Por ello, consideramos necesario una aplicación transversal de un estudio similar a todo el país.

Blázquez-Ochando (2018, p. 49) concluye que en la lucha contra las noticias falsas es indispensable el receptor, por lo que es importante proporcionarle “la adquisición de las competencias mediáticas que les permita acceder, comprender, analizar, evaluar y distinguir entre las informaciones reales y las falsas”. González (2019, p. 29) sostiene sobre el caso que para combatir la mentira y el engaño es necesario que los ciudadanos opten por la alfabetización mediática y añade que se debe potenciar la labor de los periodistas “y garantizar una información cierta y conforme a los criterios de transparencia, precisión e imparcialidad”. Esto también puede presentarse en el caso del personal de salud, quienes necesitarán de una mayor alfabetización mediática para detectar y denunciar las noticias falsas, así como para evitar compartirlas. Si bien en la desmitificación de *fake news* y bulos se pone en relieve la labor de periodistas y medios pues contribuyen a informar de manera correcta a la población (por ejemplo, la National Geographic desmintió que la tecnología 5G propaga el virus, que no hubo helicópteros que fumigan con desinfectante, o que beber mucha agua o hacer gárgaras ayude a combatir la COVID-19), la labor de los profesionales de la salud a través de la alfabetización en salud a sus pacientes, podrá ser también de gran ayuda para frenar algunos desórdenes informativos.

En ese camino, la confianza que el personal de salud pueda tener en sus competencias informacionales será clave, pues según el nivel autopercebido, acudirán a fuentes científicas confiables para evaluar la información recibida, antes de participar en su propagación. Al respecto, un 53,3 % consideró que está capacitado de manera parcial para saber si la información que recibe es verdadera o falsa. Esto nos hace subrayar que al igual que otros profesionales, el personal de salud también requiere de capacitaciones adicionales de alfabetización mediática. Asimismo, casi el 31 % señaló haber tenido un papel activo en la corrección de información falseada en sus redes sociales de contacto, lo que fue apreciado por los receptores de las aclaraciones (43 %). Para Rodríguez Pérez (2019, p. 73), los “procesos como la verificación de fuentes y datos, la desintermediación de los medios tradicionales por las redes sociales y la celeridad actual forman el nuevo estado informativo de la última hora y la actualización constante”.

El gobierno peruano, al respecto, usó una plataforma que también sirvió para dejar en evidencia las noticias falsas que circulaban a través de las redes sociales (Ministerio del Interior, 2020, RPP, 2020). Esta campaña estuvo impulsada por el Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior del Perú. Aguado & Bernaola (2020) especifican que los riesgos de desinformación que se han desplegado por la crisis de la COVID-19 han conducido a los departamentos de comunicación

de empresas privadas de gran tamaño y organismos oficiales a considerar en un futuro perfiles profesionales expertos en verificación a sus equipos para poder detectar y analizar noticias falsas con el fin de disminuir la propagación de contenidos falsos. En relación con ello, Rodríguez-Fernández (2019, p. 1727) concluye que “el universo de la desinformación es ilimitado y aún estamos empezando a entender e investigar cuáles son las consecuencias a corto plazo”.

6. Conclusiones

La desinformación es un grave problema para los estados y la ciudadanía en general, pero su impacto puede ser aún mayor en contextos críticos como es el de la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2. Si bien el personal sanitario es el que por formación profesional debería tener mayores competencias de alfabetización electrónica en salud, que ayude a desenmascarar bulos y poner al menos en duda noticias falsas sobre temas de salud, el cada vez mayor esfuerzo de las fábricas de este tipo de contenidos, sumado a una información confiable cambiante en el contexto de la pandemia, han contribuido a que un importante porcentaje de personal sanitario en Lima-Perú no haya podido reconocer este tipo de desinformación y que además haya contribuido en su difusión. Ellos formaron parte de los difusores de noticias falseadas al mismo tiempo que combatían los efectos de las *fake news* en decisiones erradas de sus pacientes, como pudo ser el consumo de brebajes que prometían combatir la COVID-19 u otras pseudomedicinas, todas ellas sin el aval de ningún método científico.

Dado el prestigio de estos profesionales y su competencia en las ciencias de la salud, que sean ellos los difusores de bulos y noticias falsas eleva su peligrosidad, pues indirectamente legitiman dicha información a su red de contactos. Si bien en este estudio ellos han reconocido que su formación los ha ayudado a identificar información poco confiable o falsa sobre salud, agregan que ello no los hizo impermeables a caer en este tipo de desinformación, más aún en un contexto de incertidumbre y miedo.

Por ello, en un contexto donde imperan los desórdenes informativos, se hace necesario que las universidades peruanas incluyan en la currícula de las carreras de Ciencias de la Salud, cursos que aseguren la adquisición de competencias informacionales (alfabetización informacional), donde se contemple además del acceso a bases de datos automatizadas, la alfabetización mediática. Esto dotará al profesional de la salud una herramienta más para su contribución en la contención de desinformación en salud. A su vez, sentará bases para acrecentar una mayor disposición del personal sanitario en la promoción de la alfabetización en salud en sus pacientes, y por ende de su entorno comunitario.

Referencias bibliográficas

- Aguado, G. y Bernaola, I. (2020). Verificación en la infodemia de la Covid-19. El caso Newtral. *Revista Latina de Comunicación Social*, (78), 289-308. <https://www.doi.org/10.4185/RLCS-2020-1478>
- Allcott, H., & Gentzkow, M. (2017). Social Media and Fake News in the 2016 Election. *Journal of Economic Perspectives*, 31(2), 211–236. <https://doi.org/10.1257/jep.31.2.211>
- Aparici, R.; García-Marín, D.; Rincón-Manzano, L. (2019). Noticias falsas, bulos y trending topics. Anatomía y estrategias de la desinformación en el conflicto catalán". *El profesional de la información*, 28(3), e280313. <https://doi.org/10.3145/epi.2019.may.13>
- Andina (26 de febrero de 2020). *WhatsApp: conoce a las entidades que usan esta aplicación para atención y trámites*. <https://andina.pe/agencia/noticia-whatsapp-conoce-a-las-entidades-usan-esta-aplicacion-para-atencion-y-tramites-786210.aspx>
- Castillo, T. (2019). Alfabetización científica en docentes universitarios de Ciencias de la Salud. *Revista Científica Salud & Vida Sipanense*, 6(1), 1-13. <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/SVS/article/view/1099>
- Blázquez-Ochando, M. (2018). *El problema de las noticias falsas: detección y contramedidas*. En XV Seminario Hispano-Mexicano de Investigación en Biblioteconomía y Documentación. Ciudad de México. Recuperado de <https://doi.org/10.12795/Ambitos.2019.145.03>
- Bigas, N. (12 de febrero de 2020). Coronavirus y 'fake news' sanitarias, cuando el virus del miedo se expande por las redes. <https://www.uoc.edu/portal/es/news/actualidad/2020/136-coronavirus-fake-news-sanitarias.html>
- Byzness (01 de junio de 2020). *La presencia de los menores en redes sociales aumenta un 200% durante el confinamiento*. Recuperado de <https://byzness.elperiodico.com/es/innovadores/20200601/la-presencia-de-los-menores-en-redes-sociales-aumenta-un-200-durante-el-confinamiento-7982584>
- Casero-Ripolles, A. (2020). Impact of Covid-19 on the media system. Communicative and democratic consequences of news consumption during the outbreak. *El Profesional de la Información*, 29(2). <https://doi.org/10.3145/epi.2020.mar.23>
- Castells, M. (2009). *Comunicación y poder*. Madrid: Alianza.
- Catalina-García, B., Sousa, J., & Cristina Silva Sousa, L-C. (2019). Consumo de noticias y percepción de fake news entre estudiantes de Comunicación de Brasil, España y Portugal. *Revista De Comunicación*, 18(2), 93-115. <https://doi.org/10.26441/RC18.2-2019-A5>
- CNN (3 de junio de 2020). *Estas son las 5 aplicaciones más descargadas en mayo por la cuarentena*. Recuperado de: <https://cnnespanol.cnn.com/video/ranking-aplicaciones-descargadas-mayo-zoom-tik-tok-whatsapp-facebook-sensor-tower-perspectivas-buenos-aires-cnnee/>
- Delmazo, C., & Valente, J. (2018). Fake news nas redes sociais online: propagação e reações à desinformação em busca de cliques. *Media & Jornalismo*, 18(32), 155-169. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/mj/v18n32/v18n32a12.pdf>
- Doctoralia. (2018). *I Estudio sobre Bulos en Salud. Encuesta a profesionales de la salud en España*. Recuperado de <https://saludsinbulos.com/wp-content/uploads/2018/11/I-Estudio-sobre-Bulos-en-Salud-ok.pdf>
- Edelman (2020). *Edelman Trust Barometer 2020*. Recuperado de: <https://www.edelman.com/trustbarometer>
- Farooq, G. (2018). Politics of Fake News: How WhatsApp Became a Potent Propaganda Tool in India. *Media Watch*, 9(1). <https://doi.org/10.15655/mw/2018/v9i1/49279>

- Fallis, D. & K. Mathiesen (2019). Fake news is counterfeit news. *Inquiry*. DOI: 10.1080/0020174X.2019.1688179
- Gainza, B., Rodríguez-Eliás, D., Rodríguez-Ortiz, R., Lara, N., & Vega, M. (2015). Intervención educativa para elevar el conocimiento sobre Alfabetización informacional en Residentes de especialidades médicas. *Multimed Granma*, 19 (6), 1020-1034. Recuperado de: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/427>
- García Hernández, X. & Lugone, M. (2013). Conocimientos sobre alfabetización informacional en profesionales de la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(1), 27-35. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2015/07/alfabetizacion-informacional-2.pdf>
- García Garcés, H., Navarro, L., López, M., Rodríguez, M. (2014). Tecnologías de la información y la comunicación en salud y educación médica. *Edumecentro* 6(1), 1-9. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S2077-28742014000100018&script=sci_arttext&tlng=en
- Gil, M., Gómez, R. & Almansa, A. (2020). YouTube y coronavirus: análisis del consumo de vídeos sobre la pandemia COVID-19. *Revista Latina de Comunicación Social*, (78), 121-153. <https://www.doi.org/10.4185/RLCS-2020-1471>
- Gil, A., Martín, J., Gómez, S. y San José, C. (2020). El coronavirus en el ecosistema de los dispositivos móviles: creadores, discursos y recepción. *Revista Latina de Comunicación Social*, (78), 329-358. <https://www.doi.org/10.4185/RLCS-2020-1480>
- Guerra, M.D., Lima, M., Zambrano, E., & Lima, J.. (2014). ¿Es efectivo el aprendizaje sobre alfabetización en información para estudiantes de enfermería?. *Enfermería Global*, 13(36), 90-102. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400006&lng=es&tlng=es
- Gómez Hernández, J. (2007). Alfabetización informacional: cuestiones básicas. *Anuario ThinkEPI*, (1), 43-50. Recuperado de <http://eprints.rclis.org/8743/1/Anuario-ThinkEPI-2007-Gomez-Hernandez-Alfin.pdf>
- Google Trends (2020). Descubre qué está buscando el mundo. Recuperado de: <https://trends.google.es/trends/>
- Gutiérrez, L., Coba, P. & Gómez, J. (2020). Noticias falsas y desinformación sobre el Covid-19: análisis comparativo de seis países iberoamericanos. *Revista Latina de Comunicación Social*, (78), 237-264. <https://www.doi.org/10.4185/RLCS-2020-1476>
- Juvinyà-Canal, D., Bertran-Noguer, C., y Suñer-Soler, R. (2018). Alfabetización para la salud, más que información. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 8-10. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.07.005
- La Nación (21 de marzo de 2020). *Consultas médicas por Whatsapp: el consultorio virtual se desborda*. <https://www.lanacion.com.ar/lifestyle/consultas-medicas-por-whatsapp-el-consultorio-virtual-se-desborda-nid2345789>
- Llamero, L. (2017). Pacientes inquietos, médicos apomediadores. En U. Cuesta, C., Peñafiel, J. L., Terrón, E. & S. Gaspar (Eds.), *Comunicación y salud* (pp. 97-109). Madrid: Dextra. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6119671>
- López-Borrull, A. (2020). 'Fake news' y coronavirus: la información como derecho y necesidad. *ComeIN*, 98. <https://doi.org/10.7238/issn.2014-2226>
- Losada, J., Rodríguez, & Paniagua, F. (2020). Comunicación gubernamental y emociones en la crisis del Covid-19 en España. *Revista Latina de Comunicación Social*, (78), 23-40. <https://www.doi.org/10.4185/RLCS-2020-1467>
- Málaga, G., Cuba-Fuentes, M., Rojas-Mezarina, L., Romero-Albino, Z., Hamb, A., & Paz-Soldán, V. (2019). Estrategias para promover la alfabetización en salud desde la atención

- primaria: una perspectiva que considera las realidades de los países de ingresos medios y bajos. *Anales de La Facultad de Medicina*, 80(3), 372-378. <https://doi.org/10.15381/anales.803.16864>
- Márquez, J (2020). Teleconsulta en la pandemia por coronavirus: desafíos para la telemedicina pos-COVID-19. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 35 (1), 5-16 <https://dx.doi.org/10.22516/25007440.543>
- Martínez-Garcés, J., & Garcés-Fuenmayor, J. (2020). Competencias digitales docentes y el reto de la educación virtual derivado de la covid-19. *Educación y Humanismo*, 22(39), 1-16. <https://doi.org/10.17081/eduhum.22.39.4114>
- Marwick, A. E. (2018). Why Do People Share Fake News? A Sociotechnical Model of Media Effects. *Georgetown Law Technology Review*, 474. Recuperado de: https://e-skop.com/images/UserFiles/Documents/Editor/fake_news.pdf
- McGonagle, T. (2017). "Fake news" False fears or real concerns? *Netherlands Quarterly of Human Rights*, 35(4), 203-209. <https://doi.org/10.1177/0924051917738685>
- Mejía, C., Rodríguez, J., Garay, L., Enriquez, M., Moreno, A., Huaytán, K., Huancahuari, N., Julca, A., Alvarez, C., Choque, J., & Curioso, W. (2020). Percepción de miedo o exageración que transmiten los medios de comunicación en la población peruana durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 39(2), e698. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002020000200001&lng=es&tIng=es.
- Mejía, C. R., Valladares-Garrido, M. J., Luyo-Rivas, A., Valladares-Garrido, D., Talledo-Ulfe, L., Vilela-Estrada, M. A., Araujo Chumacero, M. M., & GIS Perú, R. (2015). Factores asociados al uso regular de fuentes de información en estudiantes de medicina de cuatro ciudades del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(2), 230. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2015.322.1612>
- Mendiguren, T., Pérez Dasilva, J., & Meso Ayerdi, K. (2020). Actitud ante las Fake News: Estudio del caso de los estudiantes de la Universidad del País Vasco. *Revista de Comunicación*, 19(1), 171-184. <https://doi.org/10.26441/RC19.1-2020-A10>
- Meso Ayerdi, K. (2005). Periodismo ciudadano: voces paralelas a la profesión periodística. *Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación*, (90), 4-15. <https://revistachasqui.org/index.php/chasqui/article/view/234/242>
- Montaña, M., Ollé, C., & Lavilla, M. (2020). Impacto de la pandemia de Covid-19 en el consumo de medios en España. *Revista Latina de Comunicación Social*, (78), 155-167. <https://www.doi.org/10.4185/RLCS-2020-1472>
- Montero-Liberona, C., & Halpern, D. (2019). Factores que influyen en compartir noticias falsas de salud online. *Profesional de la Información*, 28(3) <https://doi.org/10.3145/epi.2019.may.17>
- National Geographic (2020). *Desmentimos 5 bulos sobre el coronavirus SARS-CoV-2*. Recuperado de https://www.nationalgeographic.com.es/ciencia/desmentimos-5-bulos-sobre-coronavirus-sars-cov-2_15451
- Navarro, A. (2020). La teleconsulta de enfermería en tiempos de Covid 19. *Revista de Enfermería Vasculuar*, 3(6) Recuperado de: <https://www.revistaevascular.es/index.php/revistaenfermeriavasculuar/article/view/78>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2015). *OPS expone estrategias de acceso a la información en salud junto con el hospital El Cruce y la Universidad Jauretche*. Recuperado de https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=9923:ops-expone-estrategias-de-acceso-a-la-informacion-en-salud-junto-con-el-hos

- pital-el-cruce-y-la-universidad-jaureche&Itemid=224
- Parra-Valero, P & Oliveira, L (2018). Fake news: una revisión sistemática de la literatura. (*OBS**) *Observatorio*, special issue, 54-78. <https://doi.org/10.15847/obsobs12520181374>
- Pérez, J., Meso, K. & Mendiguren, T. (2020). Fake news y coronavirus: detección de los principales actores y tendencias a través del análisis de las conversaciones en Twitter. *El profesional de la información*, 29(3), e290308. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7492439>
- Pérez, C., & Velasco, A. (2020). Impacto del discurso político en la difusión de bulos sobre Covid-19. Influencia de la desinformación en públicos y medios. *Revista Latina de Comunicación Social*, (78), 65-97. <https://www.doi.org/10.4185/RLCS-2020-1469>
- Pew Research Center (2005). Pew Internet & American Life Project. Recuperado de <https://www.pewresearch.org/internet/2005/01/25/trends-2005-a-look-at-changes-in-american-life/>
- Ramos, M. (2019). Internet y las redes sociales: los nuevos médicos consultantes. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 34(1), 56-59. <https://dx.doi.org/10.29277/cardio.34.1.6>
- Rodríguez-Fernández, L. (2019). Desinformación y comunicación organizacional: estudio sobre el impacto de las fake news. *Revista Latina de Comunicación Social*, 1714-1728. <https://doi.org/10.4185/RLCS-2019-1406>
- Rodríguez Pérez, C. (2019). No diga *fake news*, di desinformación: una revisión sobre el fenómeno de las noticias falsas y sus implicaciones. *Comunicación*, (40), 65-74. <https://doi.org/10.18566/comunica.n40.a05>
- Salaverría, R; Buslón, N; López-Pan, F; León, B; López-Goñi, I; Erviti, M. (2020). Desinformación en tiempos de pandemia: tipología de los bulos sobre la Covid-19. *El Profesional de la Información*, 29(3), e290315. <https://doi.org/10.3145/epi.2020.may.15>
- Tandoc, E, Lim, Z., & Ling, R. (2018). Defining “fake news” A typology of scholarly definitions. *Digital Journalism*, 6(2), 137-153. <https://doi.org/10.1080/21670811.2017.1360143>
- Vásquez-Silva, L., Ticse, R., Alfaro-Carballido, L., & Guerra-Castañón, F. (2015). Acceso, uso y preferencias de las tecnologías de información y comunicación por médicos de un hospital general de Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(2), 289-293. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2015.322.1622>
- Villa Gracia, A., & Cerdán, V. (2020). Bulos durante la pandemia del Covid-19 en España: un estudio a través de Google Trends. *Revista Latina de Comunicación Social*, (78), 169-182. <https://www.doi.org/10.4185/RLCS-2020-1473>
- Vousoghi, S., Roy, D., & Aral, S. (2018). The spread of true and false news online. *Science*, (359), 1146-1151. <https://doi.org/10.1126/science.aap9559>
- WhatsApp (2020). *Blog de la red de mensajería instantánea*. Recuperado de: <https://blog.whatsapp.com/>