

Estado de la publicación: El preprint no ha sido enviado para publicación

¿Google versus Doctor? Mediaciones comunicacionales y digitales, confianza médica y adherencia terapéutica en pacientes crónicos de atención primaria en Chile

Miguel Angel Carrasco, Sergio Godoy, Rodrigo Browne, Bárbara Klett, Gabriel Bastidas

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.16378>

Enviado en: 2026-07-05

Postado en: 2026-07-28 (versión 1)

(AAAA-MM-DD)

¿Google versus Doctor? Mediaciones comunicacionales y digitales, confianza médica y adherencia terapéutica en pacientes crónicos de atención primaria en Chile

Google versus Doctor? Communication and digital mediations, medical trust and therapeutic adherence in chronic primary care patients in Chile

Proyecto WIP Chile 5.0.

Miguel Ángel Carrasco¹

Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4657-6390>

Sergio Godoy²

Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7482-6919>

Rodrigo Browne³

Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8945-1059>

Bárbara Klett⁴

Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile. <https://orcid.org/0000-0002-5593-6231>

Gabriel Bastias⁵

Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8551-5844>

*Correspondencia: barbara.klett@uach.cl; +569 85297185

Resumen

Este artículo presenta los resultados cualitativos del proyecto WIP Chile 5.0: ¿Google versus Doctor?, que investiga cómo internet, Google y otros medios influyen en la prevención y el automanejo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en pacientes de atención primaria en Chile, comparando su impacto con la información entregada por médicos y personal de salud. A partir de cuatro grupos focales realizados en Santiago y La Unión (Región de Los Ríos), el estudio identifica que la adherencia terapéutica no es un fenómeno individual ni puramente médico, sino el resultado de un complejo proceso de producción de sentidos mediado por factores comunicacionales, culturales, relacionales y estructurales. Los resultados revelan que la confianza interpersonal en el médico es el predictor subjetivo más potente de adherencia, que Google opera como fuente paralela cuya credibilidad crece en proporción inversa a la confianza en el médico, y que el abandono silencioso, interrupción no declarada del tratamiento por agotamiento del sistema, es la forma más frecuente e invisible de no adherencia. El estudio concluye que mejorar la adherencia requiere un diseño comunicacional que valide la cultura del paciente y que rediseñe la arquitectura del sistema de salud, no solo las habilidades interpersonales del clínico.

Palabras clave: Adherencia terapéutica, Comunicación en salud, Mediaciones digitales.

Abstract

This article presents the qualitative results of the WIP Chile 5.0 project: Google versus Doctor?, which investigates how the internet, Google, and other media influence the prevention and self-management of non-communicable

chronic diseases (NCDs) among primary care patients in Chile, comparing their impact with information provided by physicians and health personnel. Based on four focus groups conducted in Santiago and La Unión (Los Ríos Region), the study identifies that therapeutic adherence is neither an individual nor a purely medical phenomenon, but rather the result of a complex meaning-making process mediated by communicational, cultural, relational, and structural factors. Results reveal that interpersonal trust in the physician is the most powerful subjective predictor of adherence; that Google operates as a parallel information source whose credibility grows in inverse proportion to trust in the doctor; and that 'silent abandonment'—undeclared treatment interruption due to systemic exhaustion—is the most frequent and invisible form of non-adherence. The study concludes that improving adherence requires a communicational design that validates patient culture and redesigns the health system's architecture, not merely the clinician's interpersonal skills.

Keywords: Medication Adherence, Health Communication, Digital Mediations.

INTRODUCCIÓN

La adherencia terapéutica en enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representa uno de los desafíos más críticos para la salud pública contemporánea. A nivel global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el 50% de los pacientes crónicos abandonan sus tratamientos, lo que deriva en complicaciones graves y un aumento de la mortalidad.^{1,19} Históricamente, el sistema de salud ha abordado este fenómeno desde una perspectiva biomédica y normativa, donde el paciente es categorizado como 'incumplidor' y el problema se reduce a una supuesta falta de voluntad o a la entrega deficiente de información técnica.

En América Latina, el escenario es especialmente preocupante. La adherencia terapéutica promedio en la región es apenas del 23%.^{22,23} En Chile, la no adherencia oscila entre el 46% en hipertensión y el 65-86% en pacientes con múltiples enfermedades crónicas.^{27,28} Este panorama se complejiza en la era digital: el acceso masivo a internet y motores de búsqueda como Google ha transformado los modos en que las personas buscan, interpretan y actúan sobre información de salud, generando nuevas mediaciones entre el saber experto y la experiencia cotidiana del paciente.

El proyecto WIP Chile 5.0: ¿Google versus Doctor? surge precisamente de esta tensión. Su objetivo es investigar cómo internet, Google, la IA generativa y otros medios influyen en la prevención y el automanejo de las ECNT en pacientes de atención primaria en Chile, comparando su impacto con la información entregada por los médicos y el personal de salud. El proyecto adopta un diseño cualitativo que combina grupos focales en dos territorios, Santiago y La Unión, Región de Los Ríos.

La pregunta central que guía este análisis es: ¿qué ocurre en la interacción entre el paciente, el sistema de salud y las mediaciones comunicacionales, principalmente los medios digitales, que determina si una persona adhiere o no a su tratamiento crónico? Para responderla, la investigación se apoya en el marco de las mediaciones comunicativas de Martín Barbero,² entre otros autores desarrollados en el marco teórico. En este contexto, la consulta médica funciona como un dispositivo de saber/poder³ donde la autoridad técnica intenta normalizar un organismo, ignorando frecuentemente el mundo simbólico del sujeto y las mediaciones (digitales, culturales, familiares, institucionales) que organizan su relación con la enfermedad y el tratamiento.

Comprender estas mediaciones desde la perspectiva de los propios pacientes es fundamental para identificar brechas reales en la comunicación de salud y diseñar intervenciones que fortalezcan la prevención y el manejo de las ECNT en Chile.

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

La comunicación pragmática

Para la Escuela de Palo Alto la comunicación es inseparable de la conducta: toda acción, inacción, palabra o silencio posee valor comunicativo e integra simultáneamente un nivel de contenido y un nivel relacional, siendo este último el que clasifica, condiciona y otorga sentido al primero.⁴ Por tanto, el significado de una indicación clínica no depende exclusivamente de su precisión técnica, sino del vínculo emocional y simbólico en el que se inscribe. Esta perspectiva permite comprender la

comunicación clínica como una metainteracción donde el sentido de las prescripciones se construye en la dinámica relacional, y no únicamente en el contenido explícito del mensaje médico.

Contexto y producción de sentido

Interpretar el contexto implica articular un evento focal con un campo de acción más amplio. El contexto es socialmente constituido, interactivo y temporalmente delimitado, y se configura a partir de múltiples dimensiones que incluyen el marco socioespacial de la interacción, el uso del cuerpo y de los recursos no verbales, el lenguaje verbal como productor de sentido y el conocimiento previo que los participantes movilizan.⁶ Esta concepción dialoga con la microsociología de Goffman,⁷ quien sitúa el encuentro cara a cara como un espacio central de producción de significado social, donde los individuos representan roles mediante expresiones verbales y no verbales, desplegando una fachada compuesta por gestos, posturas y elementos materiales del entorno.

El rol de las mediaciones

Martín Barbero concibe la comunicación como el lugar desde donde se produce el sentido, inseparable de los contextos culturales en los que los sujetos viven, trabajan, estudian o buscan atención para sus dolencias.² Orozco Gómez profundiza el análisis mediante el esquema de las multimediaciones: cognoscitivas, situacionales, referenciales, tecnológicas e institucionales.^{8,9} En el ámbito de la salud, estas mediaciones adquieren especial relevancia, dado que los sujetos no pueden disociar la recepción de una indicación clínica de sus emociones, creencias y cargas simbólicas, las cuales actúan como moduladores que pueden facilitar o dificultar la adherencia terapéutica.

El sentido común como arquitectura de las representaciones sociales

El Modelo del Sentido Común es útil para comprender cómo los sujetos procesan, interpretan y responden a la experiencia de la enfermedad.^{10,11} El ser humano elabora sus propias teorías sobre su estado de salud, procesando la información disponible para otorgar sentido a sus experiencias corporales. Este proceso cognitivo está profundamente influido por el contexto social y cultural, lo que explica que las interpretaciones del paciente no coincidan, necesariamente, con la racionalidad biomédica dominante. Esta construcción de sentido se articula con la teoría de las Representaciones Sociales de Moscovici,¹² que permite comprender cómo el conocimiento sobre la enfermedad se produce, circula y se estabiliza en el espacio social gracias a estas formas de pensamiento arraigadas en el saber común.¹³

El valor de la empatía

En la comunicación clínica, la empatía constituye una actitud relacional fundamental. Se define como la capacidad de comprender los sentimientos del paciente y evidenciar dicha comprensión en la

relación, tanto a nivel verbal como no verbal, evitando el juicio de valor. Borrell Carrió¹⁴ agrega que en la entrevista clínica, la expresión de la empatía se ve favorecida por un clima relacional cordial, la escucha atenta y el interés genuino por la narración del paciente, así como por el uso de marcadores y equivalentes empáticos como los gestuales o verbales que permiten reconocer y legitimar la experiencia emocional del otro.

Adherencia terapéutica y factores de riesgo

La OMS define adherencia terapéutica como el grado en que la conducta de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (16). A diferencia del cumplimiento (conducta pasiva) (17), la adherencia implica colaboración activa y persistencia en el tiempo (18). La falta de adherencia afecta al 50% de los crónicos en países de altos ingresos y más en países de ingresos medios-bajos (19), generando aumento de mortalidad, resistencias y costos >100 mil millones USD anuales en EE.UU. (20,21).

En Latinoamérica, la adherencia terapéutica promedio es apenas del 23% (22,23). En 2021, la prevalencia estandarizada de enfermedad cardiovascular fue del 7,0% (4,1 millones casos nuevos/año) (33,34). En salud mental, uno de cada cuatro personas experimentará algún trastorno; la depresión aumentó del 3,5% al 4,4% entre 2000 y 2021. La región cuenta con solo 3,4 psiquiatras/100.000 hab. vs 18 en OCDE, y la mayoría destina <3% del presupuesto de salud a salud mental (35,36).

En Brasil, la adherencia al tratamiento antihipertensivo es apenas del 44,4% (IC95%:39,1-50,0%; $P=91,17\%$), sin mejoras desde 2001-2010 (24,25). En diabetes tipo 2, >80% de adultos mayores no es adherente (26).

En Chile, la no adherencia oscila entre 46% (hipertensión) y 65-86% (crónicos múltiples) (27,28). El 70% de la población >15 años vive con multimorbilidad, y el abordaje por programas patología-centrados genera cuidados fragmentados (37). En salud mental, el 70% de los pacientes psiquiátricos no cumplía su tratamiento, y el consumo de psicotrópicos aumentó un 62% entre 2018-2022 sin mejora en adherencia (29).

En Argentina, el 52% de los hipertensos abandona el tratamiento a los 6 meses (30), y el 58% no es adherente a la prevención secundaria post-infarto (31). El «abandono silencioso» evidencia que gran parte de esta no adherencia responde a barreras administrativas y fatiga del sistema (32).

Factores de riesgo

La OMS clasifica los determinantes de la adherencia en cinco dimensiones: socioeconómicos, relacionados con el sistema sanitario, con la terapia, con la patología y con el paciente (19). A continuación, se presentan los principales factores de riesgo documentados en la revisión de Adherencia Latam (22) para Brasil, Chile y Argentina.

Nivel individual. En Chile, el olvido constituye la causa más frecuente de no adherencia farmacológica, alcanzando el 67% (38). El bajo conocimiento de la enfermedad también ha sido documentado en pacientes chilenos con enfermedades crónicas múltiples (28). En Brasil, las creencias erróneas sobre medicamentos afectan negativamente la adherencia, según el Programa Hiperdia (25).

Nivel psicosocial. En Chile, la depresión emerge como factor transversal crítico: el 70% de los pacientes con patologías psiquiátricas no cumplía su tratamiento, y el consumo de psicotrópicos aumentó un 62% entre 2018 y 2022 sin mejora en la adherencia (29). El aislamiento social también se identificó como factor de riesgo en pacientes con enfermedades crónicas múltiples (28).

Nivel del sistema de salud. En Chile, la fragmentación asistencial, caracterizada por el abordaje por programas patología-centrados, genera cuidados fragmentados que dificultan la adherencia (37). En Argentina, las barreras administrativas y la fatiga del sistema son determinantes del «abandono silencioso», donde el 52% de los pacientes hipertensos abandona el tratamiento a los seis meses (30,31,32).

Nivel relacional. En Chile, la falta de apoyo familiar constituye un factor de riesgo de primera magnitud, ya que el apoyo familiar apareció como el principal factor protector en múltiples estudios (50). En Argentina, la mala relación con el equipo de salud se ha asociado con la no adherencia antihipertensiva (30).

Nivel estructural. En Chile, el bajo nivel educativo se ha asociado con peores niveles de adherencia en el Programa de Salud Cardiovascular (37). En Argentina, las barreras económicas y el costo de los medicamentos limitan la adherencia, especialmente en pacientes sin cobertura de salud (31)

METODOLOGÍA

Este artículo presenta los resultados cualitativos del proyecto WIP Chile 5.0: ¿Google versus Doctor?, financiado como proyecto Anillo de Investigación con una duración de 18 meses. El proyecto incluye una fase cualitativa con 3 grupos focales.

La fase cualitativa aquí reportada consistió en la realización de tres grupos focales orientados a explorar en profundidad las percepciones ciudadanas sobre la relación médico-paciente, la confianza en el sistema de salud, el uso de internet y Google como fuentes de información sobre salud, y los patrones de adherencia terapéutica en pacientes con ECNT.

Los grupos focales se desarrollaron en dos territorios con perfiles socioeconómicos y de acceso a salud diferenciados. En Santiago, se realizaron dos grupos: el Focus Group Santiago 1 (FG-S1), con participantes mayores de 60 años, y el Focus Group Santiago 2 (FG-S2), con participantes menores de 60 años, ambos en el CESFAM Alberto Hurtado UC. En La Unión, Región de Los Ríos, se realizó el Focus Group La Unión (FG-LU), que incorporó además la perspectiva de un médico participante. Esta selección territorial responde al propósito del proyecto de identificar brechas en comunicación de salud en contextos urbanos y rurales-intermedios de Chile.

La selección de participantes fue intencionada, considerando criterios de variabilidad en edad, sexo y experiencia con el sistema de salud. El análisis de la información se llevó a cabo mediante una matriz evaluativa de la interacción clínica que integró tres dimensiones analíticas-comunicativa, sociocultural y empática-, operacionalizadas mediante categorías e indicadores observables derivados del marco teórico del estudio. Este diseño permite una lectura sistemática y comparativa de los relatos grupales, articulada con el corpus de evidencia latinoamericana sobre adherencia terapéutica.

RESULTADOS

El análisis de los tres grupos focales se organizó a partir de la matriz evaluativa de la interacción clínica, adaptada al contexto de producción discursiva grupal. Los hallazgos se presentan por las dimensiones comunicativa, sociocultural y empática, ilustrados con fragmentos literales de los relatos de los participantes.

Dimensión comunicativa

Calidad percibida de la interacción clínica

Los tres grupos coinciden en una percepción crítica de la calidad comunicativa de la consulta médica. La queja estructural no apunta al saber técnico del médico, sino a la forma en que ese saber se ejerce. En los tres contextos se describió una consulta caracterizada por brevedad extrema, ausencia de contacto visual y escasa escucha activa. En el FG-LU, un médico participante lo sintetizó desde adentro del sistema:

"A veces es más importante los 10 o 15 minutos bien hechos, mirándote a los ojos, escuchándote, ponerte atención... pero si la interacción falla, la comunicación no es la correcta, la confianza [se rompe]."

En Santiago (FG-S2), los participantes describieron médicos que 'buscan información en Google durante la consulta' como señal inequívoca de falta de preparación y de interés. Esta kinésica del computador —la mirada del clínico orientada a la pantalla en lugar de al paciente— se replica como una de las principales quejas sobre el trato recibido en los tres territorios.

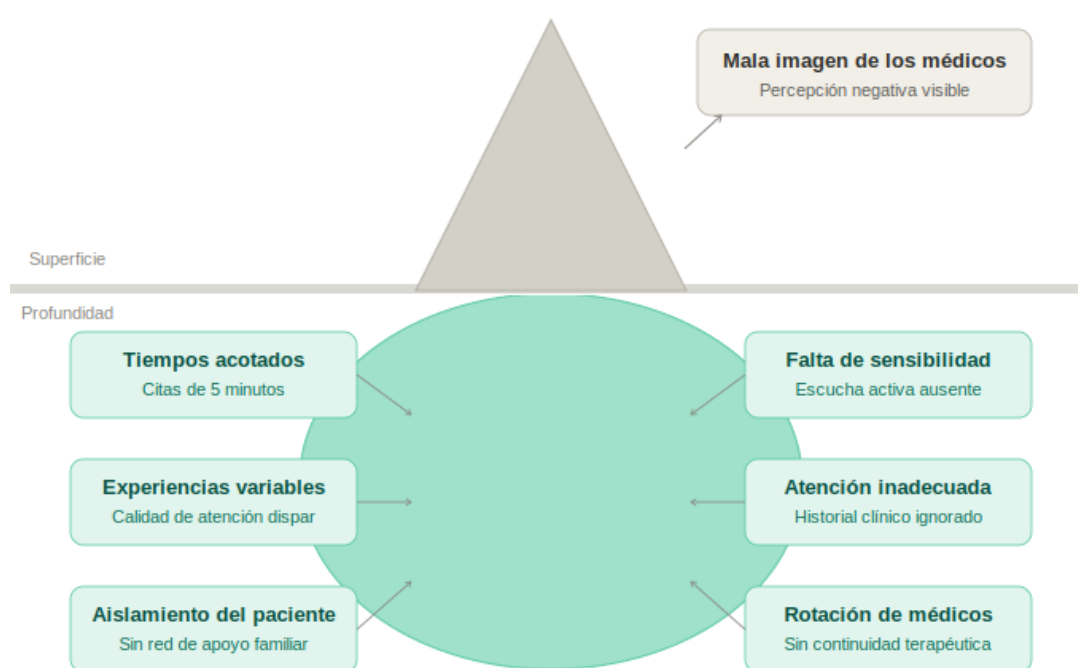


Figura 1. Percepción negativa del médico como expresión visible de factores estructurales profundos. Elaboración propia a partir de los focus group:

Figura 1. La percepción negativa del médico como expresión visible de factores estructurales profundos. Elaboración propia a partir de los focus groups del proyecto WIP Chile 5.0.

Google como fuente paralela y mediación relacional

En ninguno de los tres grupos se describió como práctica habitual que el médico verifique la comprensión real de las indicaciones. La entrega de información se percibe como unilateral y técnica, sin ajuste al contexto del paciente. En el FG-S2, una participante ilustró la consecuencia directa:

"Los medicamentos te hacen bien cuando estás enferma... bajé el colesterol, perfecto, dejo de tomarlo para que el estómago descanse."

Un hallazgo central del proyecto es que todos los grupos recurren a Google como fuente paralela de información médica. Sin embargo, su uso no es autónomo sino estrictamente relacional: Google gana credibilidad en proporción inversa a la confianza que el paciente tiene en su médico. En el FG-LU, ante la pregunta directa de a quién creerle, los participantes respondieron: 'obviamente al

médico... va a depender igual, ¿por qué? Porque si usted va al médico y ve al médico que está Googleando, la misma cosa'. Esta frase condensa el hallazgo: la legitimidad del saber médico no es intrínseca, sino que se construye o destruye en la interacción.



Figura 2. Impacto de la búsqueda en Google sobre la confianza médica. Elaboración propia a partir de los focus groups.

Figura 2. Impacto de la búsqueda en Google sobre la confianza médica. Elaboración propia a partir de los focus groups del proyecto WIP Chile 5.0.

Tabla 1. Calidad de la interacción clínica percibida por los participantes según grupo focal

Indicador	FG La Unión	FG Stgo. Mayores 60	FG Stgo. Menores 60
Contacto visual	Escaso; médicos percibidos como distantes	Valorado cuando existe; su ausencia genera desconfianza	Critican médicos que miran el computador durante la consulta
Duración de la atención	"5 minutos", percibida como insuficiente	Percepción de atención rápida e impersonal	Atención apresurada y sin margen para preguntas
Verificación de comprensión	No referida como práctica habitual	Ausente; pacientes ajustan dosis por cuenta propia	Ausente; abandono de tratamiento por no comprender indicaciones
Escucha activa	"Que me escuchen": demanda explícita	Valorada excepcionalmente; su ausencia desincentiva consultar	Asociada a médicos de confianza en casos excepcionales
Coherencia verbal / no verbal	Incoherencia cuando médico googlea en consulta	Desconfianza si médico "no es convincente" o delega la decisión	Médico mirando computador = señal de desinterés
Rol de Google	Sustituto cuando falla la confianza en el médico	Herramienta de cotejo, subordinada al médico de confianza	Fuente paralela que gana peso ante mala relación médico-paciente

Fuente: elaboración propia a partir de los focus groups FG-LU, FG-S1 y FG-S2, proyecto WIP Chile 5.0.

Dimensión sociocultural

Representaciones sociales de la enfermedad crónica

Los tres grupos exhiben una representación predominantemente sintomática de las ECNT, en disonancia con el modelo biomédico. La lógica dominante es reactiva: se consulta al médico cuando los síntomas son evidentes o invalidantes, no como conducta preventiva. Esta representación es especialmente problemática para enfermedades asintomáticas como la hipertensión y la diabetes, cuyo manejo requiere adherencia continua independiente de cómo se 'sienta' el cuerpo.

En el FG-LU, el miedo cumple un rol paradójico: la diabetes se asocia con amputaciones e invalidez, y la hipertensión con muerte súbita, representaciones que generan alarma suficiente para motivar una consulta puntual pero no sostienen la adherencia continua cuando el cuerpo 'se siente bien'. En el FG-S1, varios participantes ajustan sus medicamentos antihipertensivos según cómo se sienten, no según el control clínico. En el FG-S2, una participante expone la lógica interna de esta conducta:

"Los medicamentos te hacen bien cuando estás enferma... bajé el colesterol, perfecto, dejo de tomarlo para que el estómago descanse."

Tabla 2. Representaciones sociales de la enfermedad crónica según grupo focal

Dimensión	FG La Unión	FG Stgo. Mayores 60	FG Stgo. Menores 60
Concepción de salud	Integral: bienestar físico, emocional y social. 'Sentirse bien'	Salud como derecho fundamental; 'sentirse funcional'	Preventiva para algunos; reactiva para la mayoría
Lógica de consulta	Reactiva: se va al médico cuando duele o incapacita	Reactiva para crónicas; urgente para agudas	Reactiva predominante; prevención reconocida pero no practicada
ECNT asintomáticas	"No me duele, entonces estoy bien"	Ajuste autónomo de dosis según síntomas percibidos	"Dejo el medicamento para que el estómago descanse"
Representación de la diabetes	Amputaciones, invalidez, diagnóstico tardío	Enfermedad manejable con disciplina, pero de por vida	Condición crónica; manejo depende de la voluntad individual
Representación de la hipertensión	Muerte súbita (ACV); "el silencioso"	Controlable con medicación, pero pacientes ajustan dosis solos	Asociada a mala alimentación y estrés
Efecto en la adherencia	Adherencia fragmentada: medicación 'cuando se puede o se siente'	Adherencia parcial o intermitente; algunos muy disciplinados	Condicionada a percepción de efectividad y efectos secundarios

Fuente: elaboración propia a partir de los focus groups FG-LU, FG-S1 y FG-S2, proyecto WIP Chile 5.0.

Mediaciones comunicacionales identificadas

El análisis permite identificar un repertorio de mediaciones que operan como filtros entre las indicaciones clínicas y la conducta terapéutica del paciente. En coherencia con el esquema de multimediaciones de Orozco Gómez,^{8,9} se identificaron mediaciones de tipo familiar, institucional, cognitivo-emocional, tecnológico, cultural y socioestructural. En la mayoría de los casos estas mediaciones no operan de forma aislada, sino simultánea y a menudo contradictoria, configurando un ruido sistémico que bloquea el mensaje clínico.

La mediación institucional adversa emerge con particular fuerza. En La Unión, la escasez de especialistas y la dependencia de derivaciones a Valdivia u Osorno fragmentan la continuidad terapéutica. En Santiago (FG-S2), los tiempos de espera de tres a cuatro meses para obtener una hora médica hacen que los exámenes expiren antes de la consulta. La mediación tecnológica opera de modo diferencial: las plataformas digitales de agendamiento facilitan el acceso a quienes tienen capital digital,

pero excluyen sistemáticamente a adultos mayores que, como señala un participante del FG-S2, 'a los 80 años no voy a usar celular'. Esta desigualdad digital replica y profundiza la desigualdad territorial.

Tabla 3. Mediaciones comunicacionales identificadas por tipo y grupo focal

Tipo	FG La Unión	FG Stgo. Mayores 60	FG Stgo. Menores 60	Efecto sobre la adherencia
Familiar	Red de apoyo débil en algunos; 'boca a boca' como evaluador de médicos	Cuidadores agotados; algunos apoyados por familiares con formación médica	Variable; algunos con apoyo activo, otros solos	Facilitadora cuando existe; adversa en su ausencia
Institucional	Escasez de especialistas; derivaciones a Valdivia u Osorno; rotación de médicos	Dificultad para obtener horas; percepción de 'negocio'; confianza en sistema público universitario	Sistema saturado; esperas de 3-4 meses; renovación mensual de recetas	Adversa de forma estructural en los tres contextos
Cognitivo-emocional	"Ya conozco mi cuerpo"; toma medicación "cuando siente la molestia"	Ajuste autónomo de dosis; depresión subclínica en cuidadores	"El organismo se acostumbra"; teorías propias sobre farmacodependencia	Adversa: genera adherencia fragmentada e intermitente
Tecnológica	Telemedicina incipiente; acceso limitado a especialistas online	Plataformas inaccesibles; 'no tengo correo'	Google como fuente paralela; alertas útiles para algunos, no para todos	Ambivalente: facilita con capital digital; excluye sin él
Cultural/religiosa	Medicina alternativa, hierbas, machi como complemento o sustituto	Infusiones y remedios caseros como complemento habitual	Medicina natural valorada por ser 'menos dañina para el estómago'	Adversa cuando desplaza el tratamiento; compatible como complemento
Socioestructural	Desigualdad territorial; costo del traslado; costo dental	Salud como 'negocio'; desigualdad público/privado	Costos de atención particular; colapso del sistema público local	Adversa: determina si el paciente puede sostener el tratamiento
Múltiples simultáneas	Lejanía + rotación + medicina alternativa + dificultad económica	Aislamiento + plataformas inaccesibles + ajuste autónomo	Esperas largas + efectos secundarios + desconfianza + Google	Ruido sistémico: bloqueo acumulativo del mensaje clínico

Fuente: elaboración propia a partir de los focus groups del proyecto WIP Chile 5.0. ECNT: enfermedades crónicas no transmisibles.

La confianza como eje articulador de la adherencia

Un hallazgo transversal del proyecto es que la confianza interpersonal en el médico es el factor que más directamente regula la adhesión al tratamiento. Esta confianza no es institucional —no se confía en 'el CESFAM' o en 'el sistema'— sino estrictamente personalizada: se confía en un médico concreto, conocido, que escucha, explica y mantiene una relación sostenida en el tiempo.

Cuando esa confianza existe, los pacientes siguen las indicaciones incluso cuando dudan o tienen efectos secundarios, y el uso de Google se subordina a la opinión del médico. Cuando no existe, Google y la medicina alternativa llenan el vacío. En el FG-S2, la confianza colapsa cuando el médico delega la decisión al paciente, lo que se interpreta no como respeto por la autonomía, sino como señal de inseguridad o desinterés.



Figura 3. Jerarquía de fuentes de confianza médica percibida por los participantes (FG-LU, FG-S1, FG-S2). Elaboración propia.

Figura 3. Jerarquía de fuentes de confianza médica percibida por los participantes. Elaboración propia a partir de los focus groups del proyecto WIP Chile 5.0.

Tabla 4. Factores que construyen o erosionan la confianza médico-paciente según grupo focal

Factor	Construye confianza	Erosiona la confianza
Trato en la consulta	Contacto visual, escucha, explicación clara con ejemplos, calma	Consulta de 5 minutos, médico mirando computador, no examina físicamente
Continuidad	Mismo médico en controles sucesivos; 'me conocen hace años'	Rotación frecuente de médicos; empezar de cero cada vez
Competencia percibida	Médicos de hospitales públicos/universidades reconocidas	Médico que googlea durante la consulta; delega la decisión al paciente
Motivación percibida	Médico que 'se nota que le importa'; que da alternativas terapéuticas	Percepción de salud como negocio; muchos exámenes, costos altos
Red de validación social	Recomendación de familiar, amigo o vecino ('boca a boca')	Malas experiencias que circulan en la comunidad; reputación negativa
Explicación del tratamiento	Indicaciones con razones claras; verificación de comprensión del paciente	Receta entregada sin explicación; indicaciones que el paciente no recuerda

Fuente: elaboración propia a partir de los focus groups del proyecto WIP Chile 5.0.

Dimensión empática y patrones de adherencia

La demanda de empatía es la más consistente y emocionalmente intensa en los tres grupos. Los participantes describen con precisión los marcadores empáticos que valoran y cuya ausencia lamentan: que el médico los mire, que les pregunte por su vida, que tenga calma, que explique sin apurar, que recuerde quiénes son. En el FG-LU, un participante describe a un médico de referencia positiva:

"Está como operado de los nervios, porque puede estar muriendo alguien y él llega calmado ahí."

En el FG-S2, la empatía se asocia directamente a la disponibilidad de tiempo: 'la salud debería ser distinta porque ya tengo 60 años... la salud debe ser prioridad, yo no puedo estar esperando la hora'. Esta demanda es la traducción cotidiana de lo que Borrell Carrió¹⁴ denomina equivalentes empáticos: señales que legitiman la experiencia subjetiva del paciente y habilitan la construcción de acuerdos terapéuticos sostenibles.

Un hallazgo emergente del proyecto es el patrón de abandono silencioso: la interrupción no comunicada del tratamiento producida no por decisión explícita de rechazo, sino por el agotamiento acumulado que genera un sistema que exige demasiado del paciente para sostener su continuidad. Los participantes del FG-S2 describen la secuencia: tres meses de espera para obtener hora, consulta, receta por 30 días, y al día 31 el circuito completo debe reiniciarse. El paciente no 'decide' dejar el tratamiento; el sistema lo agota hasta que la adherencia se vuelve insostenible.

Tabla 5. Patrón de adherencia según tipo de mediación y clima relacional por grupo focal

Patrón observado	FG La Unión	FG Stgo. Mayores 60	FG Stgo. Menores 60
Adherencia sostenida	Pacientes con médico de confianza estable y red familiar activa	Disciplinados desde jóvenes; familiar médico de referencia	Acceso fluido al sistema y conocimiento de sus procedimientos
Adherencia fragmentada	Toma medicación 'cuando siente la molestia' o 'cuando puede comprar'	Ajuste autónomo de dosis; interrupción de tratamientos psiquiátricos	Discontinuación por efectos secundarios o sensación de mejoría
Abandono silencioso	No vuelve al especialista por costo o distancia del traslado	No renueva receta por dificultad con plataformas digitales	No vuelve al CESFAM por agotamiento del sistema: esperas y trámites
Sustitución terapéutica	Medicina natural, hierbas, machi como alternativa parcial o total	Infusiones y remedios caseros; farmacéutico como sustituto del médico	Medicina natural 'menos dañina'; Google como fuente de tratamientos
Factor protector principal	Confianza en médico específico; red familiar activa	Credenciales institucionales del médico; relación explicativa	Conocimiento del sistema; apoyo familiar; información confiable
Factor de riesgo principal	Desigualdad territorial; rotación de médicos; costo de traslado	Brecha digital; aislamiento; ajuste autónomo de medicación	Esperas largas; renovación mensual; desconfianza sin médico de referencia

Fuente: elaboración propia a partir de los focus groups del proyecto WIP Chile 5.0.

Síntesis transversal de resultados

El análisis comparativo de los tres grupos focales permite formular cuatro hallazgos transversales.

Primero, la confianza interpersonal en el médico es el predictor subjetivo más potente de adherencia: es el mecanismo que activa o bloquea la recepción del mensaje clínico y que determina si Google opera como complemento o como sustituto del saber médico.

Segundo, las representaciones sintomáticas de las ECNT son la norma, no la excepción. La lógica reactiva predominante es funcional para condiciones agudas pero estructuralmente inadecuada para el manejo crónico. Esta representación no es ignorancia ni resistencia: es el resultado coherente de un modelo de sentido común construido a lo largo de toda una vida de relación con el propio cuerpo, reforzado por las representaciones que circulan en medios digitales.

Tercero, las mediaciones múltiples llámense tecnológicas, institucionales, culturales, socioestructurales, operan de forma simultánea y acumulativa. Ningún factor aislado explica por sí solo el patrón de adherencia fragmentada. Es su combinación lo que produce el ruido sistémico que bloquea el mensaje clínico.

Cuarto, el abandono silencioso es la forma más frecuente y más invisible de no adherencia en los grupos estudiados. No emerge de una decisión declarada de rechazo al tratamiento, sino del agotamiento acumulado que produce un sistema que exige demasiado del paciente para sostener su propia continuidad terapéutica.

DISCUSIÓN

Google como mediación relacional, no como fuente autónoma

El hallazgo más específico del proyecto WIP Chile 5.0 es que Google no opera como una fuente de información independiente y autónoma, sino como una mediación relacional: su peso en la toma de decisiones del paciente es inversamente proporcional a la calidad de la relación con su médico. Cuando la confianza interpersonal está presente, Google es subordinado y funciona como herramienta de cotejo. Cuando está ausente, Google llena el vacío y puede desplazar o contradecir las indicaciones clínicas.

Este hallazgo matiza la dicotomía que plantea el título del proyecto —¿Google versus Doctor?— al mostrar que la tensión no es entre dos fuentes de información que compiten en igualdad de condiciones, sino que está mediada por la calidad de la interacción clínica. La investigación sobre medios y salud en Chile documenta que el discurso digital predominante sobre las ECNT opera bajo un modelo de déficit que responsabiliza al individuo e invisibiliza los determinantes estructurales.^{RBPapers} Nuestros resultados sugieren que este discurso tiene mayor penetración precisamente donde la relación médico-paciente es más débil, convirtiéndose en una mediación adversa que refuerza representaciones sintomáticas y justifica la adherencia fragmentada.

La adherencia fragmentada como respuesta adaptativa

La no adherencia que emerge de los grupos focales no corresponde a la imagen del paciente irresponsable que abandona su tratamiento. Corresponde, en cambio, a lo que la literatura denomina adherencia fragmentada:²² un cumplimiento parcial e intermitente que el propio paciente racionaliza como gestión inteligente de su cuerpo ('ya conozco mi cuerpo', 'el organismo se acostumbra'). Desde el marco de las mediaciones,² esta conducta es una respuesta adaptativa a un entorno que no ha sido diseñado para sostener la cronicidad: la medicación se toma cuando se puede comprar, cuando se siente el síntoma, o cuando el sistema no ha agotado al paciente con trámites y esperas.

El abandono silencioso es la manifestación más extrema de este patrón. A diferencia de la no adherencia declarada, el abandono silencioso es invisible para el sistema: el paciente no cancela ni comunica; simplemente no vuelve. Este fenómeno es, en su raíz, una falla de diseño comunicacional del sistema de salud, no una falla de voluntad del paciente, y coincide con lo documentado en la literatura latinoamericana sobre barreras administrativas y fatiga del sistema.³²

La tecnología como mediación diferencial

Los focus groups revelan que la digitalización del sistema de salud —plataformas de agendamiento, recetas electrónicas, telesalud— opera como una mediación diferencial que potencia la adherencia en quienes tienen capital digital y la obstaculiza en quienes no lo tienen. Este hallazgo es especialmente relevante en el contexto del proyecto, ya que sugiere que las soluciones tecnológicas para

mejorar la adherencia (recordatorios digitales, aplicaciones de salud) pueden profundizar la inequidad si no van acompañadas de intervenciones que reduzcan la brecha digital.

En términos de Orozco Gómez,⁸ la mediación tecnológica no es neutral: la arquitectura de las plataformas condiciona quién puede acceder al sistema de salud y en qué condiciones. Un adulto mayor de 80 años que no puede usar el teléfono para pedir una hora médica no está siendo 'incumplidor'; está siendo excluido por un sistema que ha diseñado sus interfaces para un tipo de usuario que no corresponde a gran parte de la población con ECNT.

Hacia un rediseño comunicacional del sistema de salud

Los cuatro hallazgos transversales del proyecto convergen en una conclusión de política pública: mejorar la adherencia terapéutica en Chile no es fundamentalmente un problema de información médica ni de voluntad individual, sino un desafío de rediseño del sistema de salud para hacerlo más integrado, continuo, accesible y culturalmente pertinente.

Las intervenciones que la evidencia regional identifica como efectivas comparten una característica: reducen la carga que el sistema impone al paciente. La dispensación multimensual de medicamentos, el seguimiento farmacéutico comunitario activo y la simplificación de los circuitos administrativos son rediseños de la arquitectura comunicacional del sistema. A esto debe sumarse un diseño comunicacional que, como propone el marco teórico del proyecto, valide la cultura del paciente y transforme su entorno —incluyendo sus búsquedas en Google— en aliados del proceso clínico en lugar de obstáculos.

La pregunta que da nombre al proyecto —¿Google versus Doctor?— admite así una respuesta matizada: no es una competencia entre fuentes de información, sino una señal de un sistema que no ha logrado construir la confianza suficiente para que el médico ocupe el lugar que los propios pacientes le quieren dar.

CONCLUSIONES

El proyecto WIP Chile 5.0: ¿Google versus Doctor? identifica, a través de sus grupos focales en Santiago y La Unión, que la adherencia terapéutica en pacientes crónicos de atención primaria en Chile es un fenómeno comunicacional, cultural y estructural antes que individual. La brecha de adherencia no responde a falta de información médica ni a irresponsabilidad del paciente, sino a un conjunto de mediaciones —relacionales, institucionales, tecnológicas, culturales— que el modelo biomédico tradicional no está equipado para detectar ni resolver.

La confianza interpersonal en el médico es el factor más potente de adherencia: determina si Google opera como complemento o como sustituto del saber médico, si la medicina alternativa complementa o desplaza el tratamiento, y si el paciente vuelve o no a la consulta. Esta confianza no se genera con más información técnica, sino con más tiempo, más contacto visual, más escucha activa y más continuidad en la relación terapéutica.

El abandono silencioso emerge como la forma más frecuente e invisible de no adherencia: no es una decisión de rechazo sino el resultado del agotamiento acumulado que genera un sistema de salud que exige demasiado del paciente para sostener su propia continuidad terapéutica. Abordar este fenómeno requiere rediseñar la arquitectura administrativa del sistema —dispensación multimensual, seguimiento activo, simplificación de trámites— no solo las habilidades comunicativas del clínico individual.

Finalmente, la digitalización de la salud presenta una oportunidad y un riesgo simultáneos. Las plataformas digitales pueden mejorar la adherencia en quienes tienen capital digital, pero excluyen a quienes más necesitan el sistema, profundizando la inequidad territorial y etaria que ya caracteriza el acceso a la salud en Chile. Cualquier estrategia de comunicación de salud que aspire a ser efectiva debe partir de reconocer esta asimetría.

Los resultados cualitativos aquí presentados serán complementados por los datos de la encuesta nacional del proyecto WIP Chile 5.0, que permitirán contrastar y generalizar estos hallazgos a escala nacional, así como profundizar en el análisis diferencial por territorio, edad y tipo de patología crónica.

Declaración de contribución de los autores

Taxonomía de Contribución CRediT

Rol CRediT	Carrasco García	Godoy	Klett	Bestias
Conceptualización	✓	✓	✓	
Curación de datos				
Análisis formal				
Adquisición de fondos		✓		✓
Investigación	✓	✓	✓	
Metodología				✓
Administración del proyecto		✓		
Recursos				
Software				
Supervisión				
Validación				
Visualización				
Redacción- borrador original	✓		✓	
Redacción-revisión y edición	✓		✓	

Miguel Ángel Carrasco García: Conceptualización, investigación, administración del proyecto, redacción borrador original.

Sergio Godoy: Conceptualización, adquisición de fondos, investigación, administración del proyecto.

Bárbara Klett: Conceptualización, investigación. redacción borrador original, redacción revisión y edición.

Gabriel Bastías: Adquisición de fondos, metodología

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses en relación con la investigación, autoría o publicación de este manuscrito. No se han recibido apoyos financieros, subvenciones, u otros beneficios de entidades con intereses comerciales o privados que pudieran haber influido en los resultados o interpretaciones presentados. Asimismo, no existen relaciones personales, profesionales o institucionales que puedan ser percibidas como un potencial sesgo en el desarrollo o difusión de este trabajo.

Todos los autores han revisado y aprobado esta declaración.

Disponibilidad de datos

Los datos de investigación que respaldan los hallazgos de este estudio estarán disponibles para fines académicos previa solicitud razonable. Las personas interesadas en acceder a dichos datos pueden enviar su solicitud al siguiente correo electrónico: **sgodoy@uc.cl**. El equipo de investigación evaluará las solicitudes con el fin de garantizar el uso adecuado de la información y el cumplimiento de los aspectos éticos correspondientes.

Aprobación del Comité de Ética

Este estudio fue revisado y aprobado por el Comité Ético Científico de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile (CEC-Salud UC), en su Sesión Ordinaria N°03 celebrada el 06 de marzo de 2025, emitiéndose el Acta de Resolución correspondiente con fecha 19 de marzo de 2025 (ID de protocolo: 240619023). El Comité adhiere a los principios éticos de la Pontificia Universidad Católica de Chile, a las Guías de Buena Práctica Clínica de la Conferencia Internacional de Armonización (GCP-ICH) y a la legislación chilena vigente (Leyes N° 19.628, 20.120, 20.584 y 20.850). La investigación se realizó de acuerdo con los estándares éticos para estudios con seres humanos, garantizando un balance riesgo/beneficio favorable, el resguardo de la confidencialidad y la obtención de consentimiento informado de todos los participantes.

REFERENCIAS

1. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(2):CD000011.
2. Martín Barbero J. De los medios a las mediaciones: comunicación, cultura y hegemonía. Barcelona: Gustavo Gili; 1987.
3. Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. Buenos Aires: Siglo XXI; 2004.
4. Watzlawick P, Beavin J, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas. Barcelona: Herder; 2017.
5. Soria Trujano R, Vega Valero Z, Nava Quiroz C, Saavedra Vázquez K. Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liberabit*. 2011;17(2):223-230.
6. Duranti A, Goodwin C. Rethinking context: language as an interactive phenomenon. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
7. Goffman E. La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrortu; 2012.
8. Orozco Gómez G. La mediación en el proceso de recepción. *Comunicación y Sociedad*. 1997;(30):107-130.
9. Orozco Gómez G. Recepción televisiva: aprendizaje, mediaciones y audiencias. México: Universidad Iberoamericana; 2002.
10. Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. La representación del sentido común del peligro de la enfermedad. En: Rachman S. Contribuciones a la psicología médica. Nueva York: Pergamon Press; 1980. p. 7-30.
11. Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Cognición de la enfermedad: el uso del sentido común para comprender la adherencia al tratamiento. *Cogn Ther Res*. 1992;16(2):143-163.
12. Moscovici S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemul; 1979.

13. Jodelet D. La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En: Moscovici S. *Psicología social II*. Barcelona: Paidós; 1986. p. 469-494.
 14. Borrell Carrió F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Med Clin*. 2011;136(9):390-397.
 15. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO; 2003.
 16. World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO; 2003.
 17. Haynes RB, Sackett DL, Taylor DW. *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979.
 18. Cramer JA, Roy A, Burrell A, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health*. 2008;11(1):44-7.
 19. Sabaté E. *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Ginebra: OMS; 2004.
 20. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353(5):487-97.
 21. Marcum ZA, Gellad WF. Medication adherence to multidrug regimens. *Clin Geriatr Med*. 2012;28(2):215-26.
 22. Adherencia Latam. *Adherencia terapéutica en América Latina: prevalencia, factores asociados y fenómenos emergentes en enfermedades cardiovasculares y salud mental. Una revisión sistemática*. Horiz Med. 2026; [en prensa].
 23. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA*. 2013;310(9):959-68.
 24. Coelho JC, Guimarães MCLP, Vaz AKMG, et al. Prevalência de adesão ao tratamento anti-hipertensivo: revisão sistemática e meta-análise. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2024;29(8):e19282022.
 25. Programa Hiperdia. *Adesão terapéutica de usuários hipertensos do Programa Hiperdia*. Rev Bras Hipertens. 2022.
 26. Borba AKOT, Ramos VP, Leal MC, et al. Adesão ao tratamento de idosos com diabetes mellitus tipo 2. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(7):e00163022.
 27. Varleta P, Akel C, Acevedo M, et al. Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes de la Región Metropolitana. *Rev Méd Chile*. 2015;143(5):569-76.
 28. Universidad de Chile. *Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas múltiples [tesis de posgrado]*. Santiago: Universidad de Chile; 2023.
 29. Espinoza S, Araneda A, Domínguez V, et al. *Tendencias de consumo y adherencia en salud mental en Chile*. Santiago: FCQF, Universidad de Chile; 2025.
 30. Sociedad Argentina de Cardiología. *Encuesta Nacional sobre Adherencia Terapéutica*. Buenos Aires: SAC; 2018.
 31. Kaiser R, et al. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial. *Rev Argent Med*. 2025.
 32. Universidad de Buenos Aires. *Estudio Multicéntrico: Barreras administrativas y fatiga del paciente*. Buenos Aires: UBA; 2024.
 33. Organización Panamericana de la Salud. *Enfermedades no transmisibles en las Américas*. Washington DC: OPS; 2021.
 34. Global Burden of Disease Collaborative Network. *Global Burden of Disease Study 2021: Latin America results*. *Lancet*. 2024;403(10427):654-66.
 35. Pan American Health Organization. *The burden of mental disorders in the Americas*. Washington DC: PAHO; 2022.
 36. WHO Mental Health Atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021.
 37. Atton C, Nazar G, Soto A, et al. Determinantes sociales de la adherencia terapéutica en usuarios del Programa de Salud Cardiovascular. *Rev Panam Salud Pública*. 2025;49:e133.
 38. Varleta P, Akel C, Acevedo M, et al. Adherencia al tratamiento antihipertensivo. *Rev Méd Chile*. 2015;143(5):569-76.
 39. Sapag JC, Barticevic NA, Poblete F, et al. Apoyo social y control metabólico en pacientes con hipertensión y diabetes en atención primaria. *Rev Méd Chile*. 2018;146(10):1135-46.
 40. Sociedad Uruguaya de Cardiología. *Consenso uruguayo sobre Adherencia e Inercia Clínica*. Montevideo: SUC; 2025.
- RBpapers. Carrasco-García MA, Neira-Mellado C, Klett Aparicio B, Browne Sartori R, González-Vargas G, Cárcamo-Ulloa L. Diabetes y obesidad en redes sociales: representaciones sociales, oportunidades y desafíos en apoyo de la política pública en salud de Chile. [En preparación]. Observatorio de Comunicación y Salud, Universidad Austral de Chile; 2026.

Este preprint fue presentado bajo las siguientes condiciones:

- Los autores declaran que se obtuvieron los términos necesarios del consentimiento libre e informado de los participantes o pacientes en la investigación y se describen en el manuscrito, cuando corresponde.
- Los autores declaran que la preparación del manuscrito siguió las normas éticas de comunicación científica.
- Los autores declaran que son conscientes de que son los únicos responsables del contenido del preprint y que el depósito en SciELO Preprints no significa ningún compromiso por parte de SciELO, excepto su preservación y difusión.
- Los autores declaran que los datos, las aplicaciones y otros contenidos subyacentes al manuscrito están referenciados.
- El manuscrito depositado está en formato PDF.
- Los autores declaran que la investigación que dio origen al manuscrito siguió buenas prácticas éticas y que las aprobaciones necesarias de los comités de ética de investigación, cuando corresponda, se describen en el manuscrito.
- Los autores declaran que una vez que un manuscrito es postado en el servidor SciELO Preprints, sólo puede ser retirado mediante solicitud a la Secretaría Editorial deSciELO Preprints, que publicará un aviso de retracción en su lugar.
- Los autores aceptan que el manuscrito aprobado esté disponible bajo licencia [Creative Commons CC-BY](#).
- El autor que presenta el manuscrito declara que las contribuciones de todos los autores y la declaración de conflicto de intereses se incluyen explícitamente y en secciones específicas del manuscrito.
- Los autores declaran que el manuscrito no fue depositado y/o previamente puesto a disposición en otro servidor de preprints o publicado en una revista.
- Si el manuscrito está siendo evaluado o siendo preparando para su publicación pero aún no ha sido publicado por una revista, los autores declaran que han recibido autorización de la revista para hacer este depósito.
- El autor que envía el manuscrito declara que todos los autores del mismo están de acuerdo con el envío a SciELO Preprints.