AHRIE Applied Health Research, Innovation & Education

REVISIÓN NARRATIVA
NARRATIVE REVIEW

Volumen 1 · 2026 · Artículo e0007 · Publicación continua

e-ISSN: 2838-5586

Desinformación sanitaria en redes sociales y sus efectos sobre las decisiones de salud: revisión narrativa estructurada e implicaciones para la salud pública

Health Misinformation on Social Media and Its Effects on Health Decisions: A Structured Narrative Review and Public Health Implications

Camila Anahi Paredes Benítez[1*]

[1] Universidad Internacional de la Empresa, Madrid, España. ORCID: 0009-0001-5704-3728

** Autora de correspondencia: Camila Anahi Paredes Benítez — sgabypared@gmail.com*

Resumen

Antecedentes: Las redes sociales son una fuente habitual de información sanitaria, pero también facilitan la difusión de contenidos falsos, engañosos o descontextualizados. La desinformación puede alterar la percepción de riesgo, debilitar la confianza y afectar decisiones como la vacunación, la búsqueda de atención o la adherencia a recomendaciones.

Objetivo: Sintetizar críticamente la evidencia reciente sobre los efectos de la desinformación sanitaria difundida en redes sociales sobre creencias, confianza, intención de compartir y decisiones de salud, e identificar estrategias comunicacionales para mitigar su impacto.

Métodos: Se realizó una revisión narrativa estructurada. La búsqueda, actualizada al 29 de agosto de 2026, priorizó PubMed y fuentes científicas indexadas, complementadas con rastreo de referencias y documentos internacionales. Se seleccionaron estudios experimentales, observacionales y evaluaciones de campañas sobre exposición a desinformación, credibilidad, confianza, conducta de compartir, intención conductual e intervenciones correctivas. Se efectuó una síntesis temática y apreciación crítica cualitativa.

Resultados: Se incluyeron 14 estudios primarios publicados entre 2020 y 2026. La exposición o mayor susceptibilidad a desinformación se asoció con mayor aceptación de afirmaciones falsas y, en varios estudios, con menor cumplimiento de recomendaciones o intención de vacunación. Refutaciones, recordatorios de precisión, etiquetas de advertencia, señales sociales equilibradas y prebunking mostraron efectos favorables, más consistentes sobre creencias y decisiones de compartir que sobre conductas sostenidas.

Conclusiones: La desinformación sanitaria constituye un determinante informacional relevante para la salud pública. Su abordaje requiere verificación, escucha social, alfabetización mediática, segmentación de públicos, adaptación cultural y evaluación de campañas.

Palabras clave: alfabetización en salud; comunicación en salud; desinformación; medios sociales; toma de decisiones; salud pública.

Abstract

Background: Social media are a common source of health information, but they also facilitate the spread of false, misleading, or decontextualized content. Health misinformation can alter risk perception, weaken trust, and affect decisions such as vaccination, healthcare seeking, or adherence to recommendations.

Objective: To critically synthesize recent evidence on the effects of health misinformation disseminated through social media on beliefs, trust, sharing intentions, and health decisions, and to identify communication strategies to mitigate its impact.

Methods: A structured narrative review was conducted. The search, updated through August 29, 2026, prioritized PubMed and indexed scientific sources, supplemented by reference tracking and international documents. Experimental and observational studies and campaign evaluations addressing misinformation exposure, credibility, trust, sharing behavior, behavioral intentions, and corrective interventions were selected. A thematic synthesis and qualitative critical appraisal were performed.

Results: Fourteen primary studies published between 2020 and 2026 were included. Exposure or greater susceptibility to misinformation was associated with greater acceptance of false claims and, in several studies, with lower adherence to recommendations or vaccination intention. Refutations, accuracy reminders, warning labels,

balanced social cues, and prebunking showed favorable effects, which were more consistent for beliefs and sharing decisions than for sustained health behaviors.

Conclusions: Health misinformation is an important informational determinant of public health. Effective responses require fact-checking, social listening, media literacy, audience segmentation, cultural adaptation, and campaign evaluation.

Keywords: health literacy; health communication; misinformation; social media; decision making; public health.

1. Introducción

La información constituye un insumo de salud pública. Las personas toman decisiones sobre vacunación, alimentación, medicamentos, prevención, búsqueda de atención y manejo de síntomas a partir de mensajes recibidos de profesionales, instituciones, medios, familiares y plataformas digitales. La expansión de redes sociales ha incrementado la velocidad y el alcance de esa circulación, pero también ha reducido las barreras de publicación y ha mezclado en un mismo entorno información científica, opinión, publicidad, testimonios, entretenimiento y contenido deliberadamente manipulador.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la infodemia como una sobreabundancia de información, incluida información falsa o engañosa, que puede generar confusión, conductas de riesgo y desconfianza en las autoridades sanitarias [1]. La OMS distingue además entre información errónea, que puede difundirse sin intención de engañar, y desinformación, que se crea o comparte con conocimiento de su falsedad para inducir a error o causar daño [2]. Aunque las motivaciones y responsabilidades difieren, ambas pueden alterar la toma de decisiones y debilitar las respuestas de salud pública.

La evidencia experimental confirma que el problema no es meramente teórico. En un ensayo con 8.001 participantes del Reino Unido y Estados Unidos, la exposición a desinformación sobre vacunas contra COVID-19 redujo la proporción de personas que mantenían una intención definida de vacunarse en aproximadamente seis puntos porcentuales [3]. Un estudio multinacional en seis muestras de cinco países también encontró que una mayor susceptibilidad a la desinformación se relacionaba con menor intención de vacunarse y menor cumplimiento autorreportado de recomendaciones sanitarias [4]. Más recientemente, un metaanálisis de ensayos aleatorizados concluyó que la exposición a desinformación sanitaria incrementa, en promedio, la creencia en afirmaciones falsas, aunque con efectos dependientes del formato y del contexto [5].

Para comunicación social, estos hallazgos amplían el alcance profesional. El periodista, comunicador institucional, gestor de redes, productor audiovisual, relacionista público o estratega de campañas no actúa únicamente como transmisor de contenidos: selecciona fuentes, jerarquiza temas, define marcos, elige formatos, administra tiempos de publicación y participa en la construcción de confianza. En emergencias, esas decisiones pueden influir en la percepción de riesgo y en la disposición del público a seguir medidas preventivas.

El problema es especialmente relevante en entornos de alta incertidumbre. Las narrativas falsas pueden aprovechar emociones intensas, apariencia de autoridad, testimonios personales, imágenes impactantes, fragmentos de estudios científicos o métricas de popularidad. La investigación experimental ha mostrado que las apelaciones emocionales negativas y las fuentes pseudoautoritarias pueden aumentar la credibilidad percibida y la intención de compartir desinformación [6]. A la vez, intervenciones relativamente breves -como solicitar al usuario que piense en la exactitud, colocar etiquetas de advertencia o proporcionar una refutación clara- pueden reducir la difusión o la aceptación del contenido [7-9].

La respuesta, por tanto, no depende solo de “dar más información”. Requiere comprender públicos, confianza, identidad, emociones, hábitos de consumo, algoritmos y contextos culturales. La OMS reconoce la escucha social como el análisis sistemático de conversaciones, sentimientos, preguntas, creencias e intenciones para diseñar respuestas sensibles y proporcionales [10]. Esta aproximación acerca directamente la comunicación estratégica y el periodismo de salud a la gestión contemporánea de riesgos sanitarios.

En América Latina, la dimensión lingüística, territorial y de confianza institucional añade complejidad. Experiencias de comunicación digital en español han demostrado que contenidos culturalmente adaptados y difundidos por actores comunitarios pueden alcanzar a poblaciones expuestas a brechas informativas y fortalecer confianza e intención de vacunación [11,12]. En Ecuador, un estudio de caso sobre cobertura periodística de COVID-19 en Azuay identificó dependencia de fuentes político-gubernamentales, limitaciones de contraste y vacíos de formación médico-científica, y recomendó fortalecer las competencias de los periodistas en salud y ciencia [13].

Esta revisión narrativa estructurada tiene como objetivo sintetizar críticamente la evidencia empírica reciente sobre cómo la desinformación sanitaria en redes sociales afecta creencias, confianza, intención de compartir y decisiones de salud, así como identificar estrategias comunicacionales utilizadas para reducir su impacto. La pregunta orientadora fue: ¿qué efectos se han documentado tras la exposición o interacción con desinformación sanitaria difundida en redes sociales sobre resultados cognitivos y conductuales, y qué intervenciones de comunicación han mostrado capacidad para mitigarlos?

2. Métodos de búsqueda y síntesis

2.1. Diseño y enfoque de la revisión

Se realizó una revisión narrativa estructurada orientada a integrar evidencia empírica reciente y documentos de referencia sobre desinformación sanitaria en redes sociales. El enfoque buscó hacer explícitos el objetivo, las fuentes consultadas, los criterios utilizados para seleccionar la literatura y el proceso de síntesis, sin pretender la exhaustividad ni la inferencia propia de una revisión sistemática.

2.2. Criterios de selección de la literatura

Se utilizó un marco PECO/PICO adaptado como guía conceptual. Se priorizaron estudios con usuarios de redes sociales, población general, comunidades específicas o públicos expuestos a contenidos sanitarios digitales; investigaciones sobre exposición a información sanitaria falsa o engañosa; y estudios de intervenciones como fact-checking, debunking, prebunking, inoculación, etiquetas de advertencia, recordatorios de precisión, señales sociales o campañas digitales. Se consideraron desenlaces relacionados con creencia o credibilidad, confianza, intención de compartir, verificación, búsqueda de información, actitudes, intención de vacunación, adherencia a recomendaciones u otras decisiones de salud. Se priorizaron estudios experimentales, cuasiexperimentales, observacionales y evaluaciones de campañas con resultados medibles, mientras que editoriales, comentarios y análisis puramente descriptivos de volumen de publicaciones se utilizaron solo cuando aportaban contexto conceptual.

2.3. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica estructurada hasta el 29 de agosto de 2026, con énfasis en PubMed y fuentes científicas indexadas accesibles mediante búsqueda académica. La búsqueda se complementó con rastreo de referencias de revisiones recientes y documentos normativos de la Organización Mundial de la Salud. La cadena conceptual combinó términos equivalentes a: ("health misinformation" OR disinformation OR infodemic) AND ("social media" OR Facebook OR Instagram OR TikTok OR X OR Twitter OR WhatsApp) AND (belief OR trust OR sharing OR "decision making" OR vaccination OR correction OR debunking OR prebunking OR "accuracy nudge" OR "warning label"). La estrategia se utilizó para identificar literatura pertinente y reciente, sin pretender una cobertura exhaustiva de todas las bases bibliográficas disponibles.

2.4. Selección de fuentes

La selección se efectuó en dos fases: examen de títulos y resúmenes y revisión del texto completo o del resumen extendido disponible. La autora priorizó trabajos que respondieran directamente a la pregunta de revisión y aportaran resultados empíricos sobre exposición, recepción, circulación o corrección de desinformación sanitaria. La selección se orientó por pertinencia temática, claridad del diseño y utilidad para interpretar efectos comunicacionales o de salud pública.

2.5. Extracción y organización de la información

De cada estudio primario seleccionado se registraron autor y año, país o población, diseño, tamaño muestral cuando estuvo disponible, tema de salud, plataforma o simulación de red social, tipo de exposición o intervención, desenlace principal, hallazgo comunicacional e implicación para salud pública. La información se organizó en una matriz estandarizada y se distinguieron resultados cognitivos, afectivos, comunicacionales y conductuales o preconductuales.

2.6. Apreciación crítica de la evidencia

Se efectuó una apreciación crítica cualitativa de la evidencia, atendiendo al diseño, selección de participantes, control de la exposición o intervención, medición de desenlaces, posibles factores de confusión, datos faltantes y correspondencia entre intención y conducta real. Esta apreciación tuvo un propósito interpretativo y no constituyó una evaluación formal del riesgo de sesgo ni generó puntuaciones de calidad. La frecuente utilización de experimentos en línea y desenlaces autorreportados se consideró una fuente transversal de incertidumbre sobre validez ecológica y generalización.

2.7. Síntesis de la evidencia

Se realizó una síntesis narrativa temática organizada por mecanismos comunicacionales y desenlaces. Los hallazgos se agruparon en exposición y decisiones de salud; emoción, autoridad y señales sociales; debunking, prebunking, etiquetas y recordatorios de precisión; narrativas, fuentes y adaptación de mensajes; e implicaciones integradoras para comunicación social y salud pública. No se realizó un metaanálisis propio debido a la heterogeneidad de tópicos sanitarios, mensajes, plataformas, diseños, escalas de respuesta y medidas de efecto. Los resultados de metaanálisis publicados por otros autores se utilizaron únicamente como contexto para interpretar la consistencia general de la evidencia [5].

3. Síntesis de la evidencia

3.1. Corpus de evidencia seleccionado

Se seleccionaron 14 estudios primarios publicados entre 2020 y 2026 para la síntesis narrativa, complementados por documentos internacionales y revisiones utilizadas para contextualizar el problema. El corpus incluyó experimentos, estudios observacionales y evaluaciones de campañas. La selección buscó representar los principales mecanismos y estrategias comunicacionales identificados en la literatura reciente, sin asumir que constituye un censo exhaustivo de todos los estudios disponibles.

3.2. Características de los estudios seleccionados

Los estudios seleccionados abarcaron Estados Unidos, Reino Unido, países europeos, México y poblaciones hispanohablantes en Estados Unidos. Predominaron COVID-19 y vacunación, aunque varios experimentos evaluaron mecanismos generales de desinformación sanitaria. Las plataformas se representaron mediante publicaciones simuladas o campañas en Facebook, Instagram, X/Twitter y entornos equivalentes. La Tabla 1 resume los estudios primarios utilizados en la síntesis.

Fuente	Población	Diseño	Exposición/intervención	Desenlace	Hallazgo principal
Pennycook et al., 2020 [7]	EE. UU.; >1.700 adultos	2 experimentos	Recordatorio de precisión	Intención de compartir	Un breve recordatorio sobre exactitud aumentó fuertemente la discriminación entre contenido verdadero y falso al decidir compartir.
Roozenbeek et al., 2020 [4]	Reino Unido, Irlanda, EE. UU., España, México; n=5.000	Encuestas multinacionales	Susceptibilidad a desinformación COVID-19	Cumplimiento y vacunación	Mayor susceptibilidad se relacionó con menor cumplimiento de recomendaciones y menor disposición a vacunarse.
Featherstone y Zhang, 2020 [14]	EE. UU.; n=609	Experimento aleatorizado	Desinformación y refutación bilateral	Actitud hacia vacunación	La desinformación redujo actitudes provacuna; las refutaciones bilaterales recuperaron actitudes y el efecto estuvo mediado por emoción.
Loomba et al., 2021 [3]	Reino Unido y EE. UU.; n=8.001	Ensayo aleatorizado	Exposición a desinformación sobre vacunas	Intención de vacunación	La exposición redujo la intención definida de vacunarse aproximadamente 6 puntos porcentuales en ambos países.
Schmid y Betsch, 2022 [8]	Experimentos en línea; n=2.444 + seguimiento n=817	2 experimentos + seguimiento	Debunking y prebunking textual	Creencia e intención	Las refutaciones redujeron creencias falsas, pero los efectos sobre intención fueron menos sólidos y la persistencia fue limitada.
Buller et al., 2022 [15]	EE. UU.; n=303 madres	Campaña digital 9 semanas	Respuesta rápida a comentarios falsos	Permanencia y conversación	La respuesta del gestor comunitario corrigió la mayoría de comentarios sin provocar abandono del grupo.
Jones et al., 2023 [16]	Alemania; serie experimental	Experimentos	Señales sociales equilibradas + etiquetado	Calidad de compartición	Incorporar información sobre usuarios que no compartían desinformación mejoró decisiones de compartir frente al simple etiquetado.
Xiao et al., 2023 [17]	EE. UU.; n=450	Experimento 2×2	Narrativa/estadística × marco individual/colectivo	Intención de corregir y discutir	La eficacia dependió de la combinación entre formato y marco social; no hubo un formato universalmente superior.
Andrade et al., 2023 [11]	Población hispanohablante de EE. UU.	Evaluación de campaña	Contenido culturalmente adaptado en español	Alcance y participación	La campaña alcanzó cientos de miles de personas; videos, profesionales e influencers generaron alta participación.
Xue et al., 2024 [6]	China; n=1.393	Experimento 2×2×2	Emoción, fuente falsa y accuracy nudge	Credibilidad y compartir	Emoción negativa y pseudoautoridad elevaron credibilidad/compartición; el nudge de precisión redujo el efecto.
Riggle-van Schagen et al., 2024 [12]	Latinos en EE. UU.	Cortes transversales repetidos	Campaña comunitaria digital en español	Confianza e intención de vacunación	Se observaron mejoras en vacunación, intención respecto a hijos y confianza, junto con menor dificultad para juzgar información.
Jheng et al., 2025 [18]	Mujeres embarazadas o con intención de embarazo; n=432	Experimento en línea	Corrección narrativa/expositiva y énfasis de daño	Creencias y búsqueda de información	Las correcciones funcionaron frente al control, pero narrativas emocionales podían ser contraproducentes entre personas escépticas.
Fujimoto et al., 2025 [19]	EE. UU.; n=1.399	Encuesta experimental	Accuracy nudge + etiqueta de advertencia	Intención de compartir	La etiqueta potenció el efecto del nudge de precisión; la combinación redujo intención de compartir desinformación.
Chou y Boman, 2026 [20]	EE. UU.; n=261	Encuesta + experimento	Prebunking segmentado por tipo de público	Efectividad percibida	La respuesta varió según susceptibilidad; los hallazgos apoyan segmentar campañas en lugar de usar mensajes idénticos.

Nota: la tabla resume los 14 estudios primarios seleccionados para la síntesis narrativa. “Accuracy nudge” = recordatorio o señal que dirige la atención del usuario hacia la exactitud del contenido antes de compartirlo.

3.3. Apreciación crítica de la evidencia

Los experimentos ofrecieron mayor control sobre la exposición y mayor claridad del contraste entre condiciones, aunque con frecuencia utilizaron muestras en línea y desenlaces de intención o autoinforme. Los estudios observacionales y las evaluaciones de campañas aportaron mayor proximidad a contextos reales, pero fueron más susceptibles a confusión, autoselección y exposición no controlada. En conjunto, la evidencia resulta más consistente para cambios inmediatos en creencias y decisiones de compartir que para resultados sanitarios sostenidos. La Tabla 2 resume esta apreciación cualitativa.

Grupo de estudios	Diseños	Apreciación cualitativa	Principales limitaciones
Pennycook; Featherstone; Loomba; Schmid; Jones; Xiao; Xue; Jheng; Fujimoto; Chou	Experimentos/RCT	Fortalezas con limitaciones	Muestras en línea, exposición breve, desenlaces autorreportados y posible distancia respecto de conducta real.
Roozenbeek	Observacional multinacional	Limitaciones moderadas	Asociaciones transversales; no establece causalidad aunque usa muestras nacionales amplias.
Buller; Andrade; Riggle-van Schagen	Evaluación de campañas	Limitaciones moderadas a importantes	Autoselección, ausencia de control aleatorizado y exposición variable a contenidos.

3.4. Síntesis temática

3.4.1. Exposición, creencias y decisiones de salud

La evidencia converge en que la exposición o susceptibilidad a desinformación puede influir en resultados relevantes de salud pública. Loomba et al. observaron un descenso causal de la intención de vacunación después de mostrar desinformación recientemente circulante en redes [3]. Roozenbeek et al. encontraron relaciones consistentes entre susceptibilidad a información falsa, menor disposición a vacunarse y menor cumplimiento de recomendaciones en varios países [4]. Estos resultados coinciden con el metaanálisis de Schmid y Bauer, que reunió 31 efectos de 14 ensayos aleatorizados (N=18.115) y estimó un aumento promedio de la creencia en desinformación después de la exposición (g=0,24; IC95% 0,10-0,38) [5].

Desde la perspectiva comunicacional, el efecto no depende únicamente de la falsedad factual. La forma de presentación influye en la persuasión. Los contenidos con apariencia científica o fuentes pseudoautoritarias pueden reducir la intención de vacunación o aumentar credibilidad [3,6]. Esto es relevante para periodistas y comunicadores porque la audiencia puede usar señales superficiales -lenguaje técnico, gráficos, credenciales aparentes, número de seguidores o tono emocional- como atajos para evaluar información compleja.

3.4.2. Emoción, autoridad y señales sociales

Xue et al. mostraron que las apelaciones emocionales negativas y las fuentes pseudoautoritarias incrementaban la credibilidad percibida y la intención de compartir desinformación sanitaria [6]. Las plataformas añaden señales sociales que pueden amplificar ese efecto: cantidad de reacciones, comentarios o compartidos puede funcionar como prueba social. Jones et al. probaron una intervención que no solo etiquetaba información falsa, sino que mostraba señales equilibradas sobre personas que decidían no compartirla, mejorando la calidad de las decisiones de difusión [16].

Estos hallazgos sugieren que la gestión de desinformación requiere considerar la arquitectura de circulación. El contenido no existe aislado del entorno de plataforma. Popularidad, algoritmo, repetición y comunidad influyen en la percepción de legitimidad. Por ello, una estrategia de comunicación social debe incorporar análisis de formatos, métricas de interacción y patrones de recomendación, además del análisis semántico del mensaje.

3.4.3. Debunking, prebunking, etiquetas y recordatorios de precisión

Las intervenciones de corrección mostraron beneficios consistentes sobre creencias, pero resultados más variables sobre intención conductual. Featherstone y Zhang observaron que las refutaciones bilaterales mejoraban actitudes hacia la vacunación frente a la exposición a desinformación [14]. Schmid y Betsch encontraron que refutaciones textuales reducían creencias falsas y protegían frente a mensajes posteriores, aunque el seguimiento cuestionó la duración del efecto y mostró posibles efectos no deseados en subgrupos [8].

Los recordatorios de precisión constituyen una intervención de baja intensidad. Pennycook et al. encontraron que hacer que los participantes pensaran brevemente en la exactitud antes de decidir qué compartir mejoraba de manera sustancial la discriminación entre información verdadera y falsa [7]. Xue et al. replicaron el valor de esta estrategia en un contexto diferente y mostraron que podía neutralizar parcialmente el atractivo de mensajes emocionales o pseudoautoritarios [6]. Fujimoto et al. hallaron que combinar un nudge de precisión con una etiqueta de advertencia podía potenciar la reducción de intención de compartir [19].

El prebunking o inoculación busca fortalecer resistencia antes del contacto con la desinformación. La evidencia reciente indica que su eficacia depende de las características del público. Chou y Boman observaron respuestas diferentes entre públicos “inmunes”, vulnerables, receptivos y amplificadores, apoyando la segmentación de campañas [20]. Esto coincide con la idea central de la comunicación estratégica: no existe un mensaje óptimo independiente del receptor, sus motivaciones, conocimientos y confianza previa.

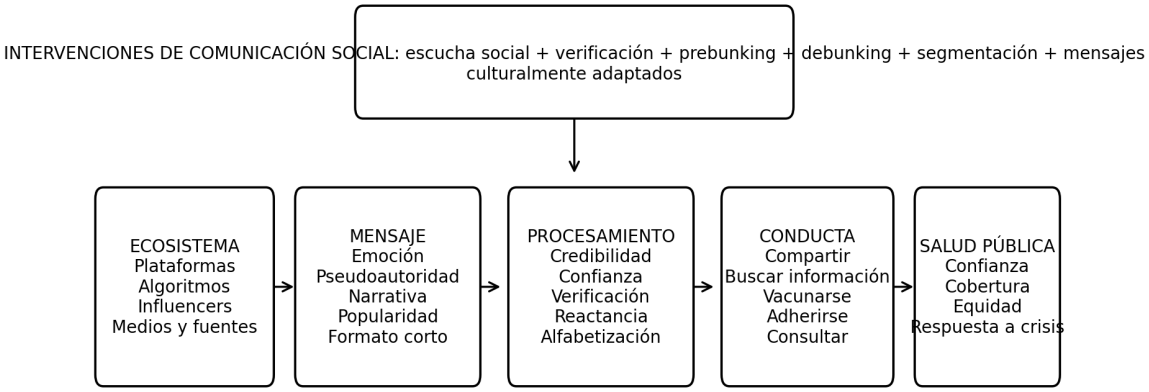
3.4.4. Narrativas, fuentes y adaptación de mensajes

Los resultados sobre narrativas son mixtos. Xiao et al. observaron que una narrativa con marco colectivo podía aumentar intención de discutir o corregir desinformación, mientras que mensajes estadísticos funcionaban mejor con determinados marcos individuales [17]. Jheng et al. encontraron que las correcciones reducían conceptos erróneos, pero que una narrativa emocional podía disminuir eficacia e intención de buscar información entre personas con mayor escepticismo vacunal [18]. Un estudio de 2026 sobre fact-checking narrativo y fuente humana o de inteligencia artificial también mostró que el efecto depende de la combinación entre formato y fuente, y que reducir credibilidad no siempre equivale a eliminar la creencia [21].

La adaptación cultural y lingüística constituye otro componente. La Brigada Digital de Salud utilizó contenidos en español, trabajadores comunitarios, profesionales e influencers para responder a vacíos de información en comunidades latinas [11]. La evaluación posterior mostró cambios favorables en vacunación, normas e indicadores de confianza [12]. Estas experiencias apoyan la producción de mensajes con pertinencia cultural, lenguaje comprensible y fuentes cercanas a la comunidad, en lugar de traducciones literales de campañas generales.

3.4.5. Modelo integrador para comunicación social y salud pública

La síntesis permite proponer un modelo en el que la desinformación surge de la interacción entre ecosistema de plataforma, características del mensaje, mecanismos de procesamiento y respuestas conductuales. Las intervenciones de comunicación social pueden actuar en cada nivel mediante escucha social, verificación, selección de fuentes, prebunking, corrección, segmentación, diseño narrativo y adaptación cultural. La Figura 1 resume esta relación.



Modelo integrador propuesto para la gestión comunicacional de la desinformación sanitaria.

Figura 1. Modelo integrador de comunicación social para la gestión de desinformación sanitaria y sus vínculos con resultados de salud pública.

4. Discusión

Esta revisión narrativa estructurada sugiere que la desinformación sanitaria es un problema de información, pero también de comunicación, confianza y diseño de entornos digitales. Sus efectos pueden observarse desde etapas tempranas -credibilidad y creencia- hasta decisiones con relevancia sanitaria -compartir contenido, cumplir recomendaciones o aceptar una vacuna-. La magnitud de los efectos varía según el diseño, el mensaje y el contexto, pero el conjunto de evidencia revisado respalda considerar la calidad del ecosistema informativo como un componente de la prevención en salud pública.

El principal hallazgo para comunicación social es que corregir datos falsos es necesario pero insuficiente. La audiencia evalúa mensajes mediante una combinación de contenido, fuente, emociones, formato, identidad y señales sociales. Por ello, una respuesta profesional debe comenzar antes de la publicación: comprender qué pregunta intenta resolver el público, qué vacíos de información existen, qué fuentes generan confianza y qué narrativas están circulando. La escucha social recomendada por OMS ofrece una metodología para captar preguntas, preocupaciones y áreas de incertidumbre sin reducir a la comunidad a un conjunto de “creencias equivocadas” [10].

En segundo lugar, la revisión cuestiona el supuesto de que mayor intensidad emocional produce necesariamente mayor persuasión correctiva. Las narrativas pueden facilitar comprensión y recuerdo, pero también aumentar reactancia o reforzar identidad cuando se utilizan de forma inadecuada. El comunicador debe equilibrar claridad, empatía y evidencia. Las correcciones eficaces suelen identificar la afirmación falsa sin amplificarla innecesariamente, explicar por qué es incorrecta, ofrecer una alternativa factual comprensible y utilizar una fuente cuya legitimidad sea reconocible para el público.

En tercer lugar, la arquitectura de plataformas forma parte del mensaje. Las etiquetas, indicadores de popularidad y recomendaciones algorítmicas pueden alterar la percepción de credibilidad. Para el campo profesional esto implica ampliar competencias hacia análisis de métricas, moderación de comunidades, diseño de formatos cortos, visualización de evidencia y evaluación de campañas. El periodismo y la comunicación institucional necesitan comprender cómo un titular, miniatura, reel o fragmento de video puede cambiar el significado recibido respecto de un informe científico completo.

La dimensión de equidad es igualmente importante. Las comunidades con barreras lingüísticas o menor acceso a fuentes confiables pueden quedar expuestas a vacíos informativos que otros actores ocupan rápidamente. Las experiencias de comunicación en español muestran que trabajadores comunitarios, organizaciones locales, profesionales sanitarios e influencers pueden funcionar como puentes de confianza [11,12]. El objetivo no es únicamente “traducir” información, sino adaptar ejemplos, referentes, formatos y canales a la vida cotidiana del público.

4.1. Implicaciones para la profesión de comunicación social

Los resultados permiten identificar al menos seis funciones profesionales con relevancia directa para salud pública. Primera, periodismo de salud y ciencia con verificación de fuentes, lectura crítica de evidencia y explicación de incertidumbre. Segunda, comunicación de riesgos capaz de expresar probabilidades sin alarmismo ni falsa seguridad. Tercera, gestión estratégica de redes con monitoreo de narrativas, moderación y respuesta rápida. Cuarta, producción audiovisual y narrativa basada en evidencia, adaptada al lenguaje de plataforma. Quinta, alfabetización mediática y digital para fortalecer habilidades de verificación en la ciudadanía. Sexta, evaluación de campañas mediante indicadores que vayan más allá de alcance y "likes" e incorporen comprensión, confianza, intención y, cuando sea posible, conducta.

En esta perspectiva, el profesional de comunicación social no sustituye al epidemiólogo, médico o psicólogo; integra sus evidencias en mensajes y estrategias que puedan ser comprendidos, aceptados y utilizados. La colaboración interdisciplinaria es esencial porque un mensaje científicamente exacto puede fracasar si no considera contexto, percepción de riesgo, lenguaje o confianza. Del mismo modo, un mensaje atractivo puede ser dañino si simplifica de manera incorrecta la evidencia.

4.2. Pertinencia para Ecuador y América Latina

El contexto ecuatoriano ofrece razones adicionales para fortalecer esta interfaz profesional. El estudio de Verdugo León y Rodríguez-Hidalgo sobre periodistas de Azuay durante la primera ola de COVID-19 documentó dependencia de fuentes político-gubernamentales, dificultades para contrastar información y limitaciones de conocimientos médico-científicos [13]. Estos resultados no deben interpretarse como una deficiencia individual aislada, sino como evidencia de necesidades institucionales: acceso a especialistas, protocolos de verificación, capacitación permanente y tiempo editorial suficiente para trabajar información compleja.

Datos recientes de Durán, Ecuador, también muestran que los profesionales de salud mantienen niveles altos de confianza como fuentes de información, mientras una proporción relevante de personas utiliza internet y redes sociales para orientarse [22]. Esto sugiere una oportunidad para alianzas entre instituciones sanitarias, medios, universidades y comunicadores: producir contenidos verificables que conserven la autoridad científica, pero sean oportunos, accesibles y adecuados al entorno digital.

4.3. Recomendaciones para instituciones y medios

Las organizaciones de salud y los medios pueden operacionalizar la evidencia mediante protocolos de respuesta a desinformación. Un sistema básico debería incluir: escucha social regular; clasificación de rumores por alcance y riesgo; acceso rápido a expertos; criterios para decidir cuándo responder; formatos de corrección predefinidos; registro de mensajes emitidos; monitoreo de recepción; y evaluación posterior. La OMS señala que el manejo de infodemias requiere escuchar preocupaciones, promover comprensión del riesgo, fortalecer resiliencia frente a desinformación y vincular a las comunidades con información y servicios confiables [1,10].

La formación universitaria en comunicación social podría incorporar alfabetización científica, interpretación básica de riesgo y estadística, lectura de estudios, ética de datos, verificación digital, comunicación de incertidumbre y diseño de campañas de cambio de comportamiento. Estas competencias son útiles más allá de pandemias: nutrición, salud mental, cáncer, salud sexual, vacunación, medicamentos, enfermedades crónicas y emergencias ambientales están expuestos a dinámicas similares de desinformación.

4.4. Limitaciones

Esta revisión presenta limitaciones inherentes a su diseño narrativo. La búsqueda fue estructurada, pero no exhaustiva en múltiples bases bibliográficas; la selección fue realizada por una sola autora y no se efectuó una evaluación formal del riesgo de sesgo. En consecuencia, existe posibilidad de omisión de estudios pertinentes y de sesgo de selección de la literatura. Además, la evidencia está fuertemente concentrada en COVID-19 y vacunación, muchos estudios proceden de países de ingresos altos y predominan experimentos en línea con desenlaces de intención. Estas características limitan la generalización y generan incertidumbre sobre la duración de los efectos y su traducción a conductas reales. Se requieren más estudios latinoamericanos, evaluaciones longitudinales y diseños que relacionen intervenciones comunicacionales con resultados sanitarios observables.

5. Conclusiones

La evidencia revisada indica que la desinformación sanitaria en redes sociales puede modificar creencias, confianza, intención de compartir y decisiones relevantes para la salud. Estudios experimentales han documentado que la exposición a mensajes falsos puede reducir la aceptación de medidas preventivas, mientras que refutaciones, recordatorios de precisión, etiquetas, prebunking y estrategias adaptadas a públicos específicos pueden atenuar parte de ese efecto. Sin embargo, ninguna técnica funciona de manera universal: formato, fuente, emoción, identidad, plataforma y confianza condicionan los resultados.

Para la salud pública, la comunicación debe entenderse como una capacidad preventiva y no únicamente como una actividad de difusión posterior. Para la comunicación social, esto abre un campo profesional de alto impacto: periodismo de salud, comunicación de riesgos, verificación, escucha social, alfabetización mediática, gestión de comunidades y diseño de campañas basadas en evidencia. La integración de comunicadores en equipos de salud pública puede contribuir a mejorar la calidad del ecosistema informativo, fortalecer la confianza y favorecer decisiones informadas, especialmente durante crisis y en poblaciones expuestas a barreras de acceso a información confiable.

Declaraciones finales

Contribuciones de autoría (CRediT)

Camila Anahi Paredes Benítez: conceptualización; investigación y búsqueda de información; curación de datos; administración del proyecto; validación; visualización; redacción del borrador original; revisión y edición; aprobación final del manuscrito.

Financiamiento

La autora declara que esta investigación no recibió financiamiento específico.

Conflictos de interés

La autora declara no presentar conflictos de interés.

Aprobación ética y consentimiento

No aplica. Esta revisión utilizó exclusivamente información procedente de fuentes publicadas y no implicó participación directa de seres humanos, uso de datos personales identificables ni intervención sobre participantes.

Disponibilidad de datos

La matriz de extracción, la estrategia de búsqueda y el registro de selección de fuentes se encuentran disponibles previa solicitud razonable a la autora de correspondencia: sgabypared@gmail.com.

Uso de inteligencia artificial

Durante la preparación y revisión editorial del manuscrito se utilizó ChatGPT (OpenAI) como apoyo para la estructuración, organización temática y mejora lingüística del texto. La selección de la literatura, la verificación de las referencias, la interpretación científica y la aprobación final del contenido corresponden a la autora, quien asume plena responsabilidad por la versión publicada.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization. Infodemic [Internet]. Geneva: WHO; [citado 20 Sep 2026]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/infodemic

2. World Health Organization. Disinformation and public health [Internet]. Geneva: WHO; 2024 Feb 6 [citado 20 Sep 2026]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/disinformation-and-public-health

3. Loomba S, de Figueiredo A, Piatek SJ, de Graaf K, Larson HJ. Measuring the impact of COVID-19 vaccine misinformation on vaccination intent in the UK and USA. Nat Hum Behav. 2021;5(3):337-348. doi:10.1038/s41562-021-01056-1.

4. Roozenbeek J, Schneider CR, Dryhurst S, Kerr J, Freeman ALJ, Recchia G, et al. Susceptibility to misinformation about COVID-19 around the world. R Soc Open Sci. 2020;7(10):201199. doi:10.1098/rsos.201199.

5. Schmid P, Bauer H. Impact of exposure to health misinformation on belief in health misinformation: a meta-analysis of RCTs. Health Commun. 2026;41(5):877-887. doi:10.1080/10410236.2025.2536772.

6. Xue X, Ma H, Zhao YC, Zhu Q, Song S. Mitigating the influence of message features on health misinformation sharing intention in social media: experimental evidence for accuracy-nudge intervention. Soc Sci Med. 2024;356:117136. doi:10.1016/j.socscimed.2024.117136.

7. Pennycook G, McPhetres J, Zhang Y, Lu JG, Rand DG. Fighting COVID-19 misinformation on social media: experimental evidence for a scalable accuracy-nudge intervention. Psychol Sci. 2020;31(7):770-780. doi:10.1177/0956797620939054.

8. Schmid P, Betsch C. Benefits and pitfalls of debunking interventions to counter mRNA vaccination misinformation during the COVID-19 pandemic. Sci Commun. 2022;44(5):531-558. doi:10.1177/10755470221129608.

9. Keikha L, Shahraki-Mohammadi A, Nabiolahi A. Strategies and prerequisites for combating health misinformation on social media: a systematic review. BMC Public Health. 2026;26:139. doi:10.1186/s12889-025-25858-4.

10. World Health Organization. Social listening in infodemic management for public health emergencies: guidance on ethical considerations. Geneva: WHO; 2025. ISBN:9789240108202.

11. Andrade EL, Abroms LC, González AI, Favetto C, Gomez V, Díaz-Ramírez M, et al. Assessing Brigada Digital de Salud audience reach and engagement: a digital community health worker model to address COVID-19 misinformation in Spanish on social media. Vaccines (Basel). 2023;11(8):1346. doi:10.3390/vaccines11081346.

12. Riggle-van Schagen C, Andrade EL, Chandarana S, Lu N, González A, Favetto C, et al. Assessing changes in COVID-19 vaccine uptake and intentions among the Brigada Digital Latino social media audience: a repeated cross-sectional study. BMC Digit Health. 2024;2:72. doi:10.1186/s44247-024-00131-7.

13. Verdugo León É, Rodríguez-Hidalgo C. Periodistas y desinformación sobre COVID-19 desde el punto de vista médico-científico. Estudio de caso en Azuay, Ecuador. Contratexto. 2024;(41):24-45. doi:10.26439/contratexto2024.n41.6675.

14. Featherstone JD, Zhang J. Feeling angry: the effects of vaccine misinformation and refutational messages on negative emotions and vaccination attitude. J Health Commun. 2020;25(9):692-702. doi:10.1080/10810730.2020.1838671.

15. Buller DB, Pagoto S, Walkosz BJ, Woodall WG, Berteletti J, Kinsey A, et al. The process of responding to COVID-19 misinformation in a social media feed. J Public Health Manag Pract. 2023;29(4):E124-E127. doi:10.1097/PHH.0000000000001679.

16. Jones CM, Diethei D, Schöning J, Shrestha R, Jahnel T, Schüz B. Impact of social reference cues on misinformation sharing on social media: series of experimental studies. J Med Internet Res. 2023;25:e45583. doi:10.2196/45583.

17. Xiao X, Borah P, Lee DKL, Su Y, Kim S. A story is better told with collective interests: an experimental examination of misinformation correction during the COVID-19 pandemic. Am J Health Promot. 2023;37(7):915-923. doi:10.1177/08901171231184075.

18. Jheng YL, Van de Cruys S, De Brabandere L, Maertens K, Poels K. Strategies to correct vaccine misinformation on social media for pregnant women and the impact of vaccine skepticism. Sci Rep. 2025;15(1):15216. doi:10.1038/s41598-025-98709-2.

19. Fujimoto K, Tanaka Y, Inuzuka M. Joint effect of accuracy nudge and warning label interventions on intention to share COVID-19 misinformation. Health Commun. 2026;41(2):255-266. doi:10.1080/10410236.2025.2507676.

20. Chou S, Boman CD. Increasing prebunking effectiveness to aid disinformation-susceptible publics in overcoming vaccine-related disinformation. Vaccine. 2026;86:128749. doi:10.1016/j.vaccine.2026.128749.

21. Zhang B. When narrative correction is delivered by AI: testing the effects of narrative correction and AI fact-checking on debunking health misinformation. J Health Commun. 2026 Aug 3:1-11. doi:10.1080/10810730.2026.2712995.

22. Orellana-Manzano A, Garcia-Angulo A, Quinto F, Munizaga MG, Matías De la Cruz C, Cordeiro FB, et al. COVID-19 vaccination campaign, knowledge, and trust in Duran, Ecuador: a cross-sectional study. Vaccine. 2026;72:127867. doi:10.1016/j.vaccine.2025.127867.