

Educación para la salud en Enfermedades Crónicas No Transmisibles: una revisión sistemática.

Autores: María Paula Vargas^a, María Camila Rodríguez^a, Carolina Salgado M^a, Ana Lucía Casallas M^b, John Vergel^{**c}, Diana Laverde R^{**d}

^{*}Grupo de Investigación en Salud Pública, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

^{**}Grupo de Investigación en educación médica y en ciencias de la salud, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

^a Estudiantes de internado de Medicina.

^b Enfermera, Doctora en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad.

^c Médico, Doctor en Educación.

^d Fonoaudióloga, candidata a Magíster en Desarrollo Humano con énfasis en Políticas Públicas.

Autora para correspondencia:

Ana Lucía Casallas M. Carrera 24 63c-74, Bogotá, Colombia, Código Postal: 111221, email: ana.casallas@urosario.edu.co

Teléfono: (+57) 3002099075

RECIBIDO:13/09/22

ACEPTADO: 10/01/23

RESUMEN:

Introducción: La educación para la salud es una estrategia fundamental en el manejo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles, pero no ha sido claro cómo se usan los enfoques educativos ni qué influencia tienen sobre la adherencia al tratamiento, el conocimiento de la enfermedad, o los retos que conllevan.

Objetivo: Sintetizar la evidencia disponible sobre la situación de la educación para la salud en algunas Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Material y Método: revisión sistemática para identificar intervenciones de educación para la salud, dirigidas a personas con diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad coronaria. Se siguió el protocolo SALSA. Se utilizaron los términos “educación al paciente” y “atención en salud” para la búsqueda en el periodo 2005 al 2020, en inglés y español. Se seleccionaron artículos originales y se revisaron los textos completos para extraer y mapear los datos que se organizaron en una matriz bibliométrica. Se realizó una síntesis narrativa

Resultados: Se identificaron cuatro categorías emergentes: estrategias educativas, factores determinantes, conocimientos y percepciones, y modelos de atención. Se encontró que los enfoques utilizados fueron diversos, pero los exitosos se caracterizaron por el abordaje personalizado o en grupos pequeños de pacientes.

Conclusiones: Tradicionalmente la educación al paciente se ha limitado a transmitir información muy técnica, que dificulta la comprensión de las personas, pero este enfoque puede ser contraproducente porque reduce las oportunidades para tomar decisiones en salud. Por tanto, el diseño instruccional debe considerar distintos estilos y necesidades de aprendizaje de los pacientes, aportando así al autocuidado.

Palabras clave: Educación para la salud, Educación al paciente, Enfermedades crónicas no transmisibles.

SUMMARY

Health Education in Chronic Noncommunicable Diseases: a scoping review.

Introduction: Health education is a crucial strategy in the management of Chronic Noncommunicable Diseases. However, it has not been clear how the educational approaches are used or what influence they have on adherence to treatment, the patient’s knowledge of the disease or the challenges that the approaches entail.

Objective: To synthesize the available evidence on the state of health education in some Chronic Noncommunicable Diseases.

Material and Method: A scoping review was conducted to identify health education interventions aimed at people with diabetes mellitus, high blood pressure and coronary heart disease. The SALSA protocol was followed. For the search, the terms “patient education” and “health care” were used in the period 2005 to 2020, in English and Spanish. Original articles were selected and the full texts were reviewed to extract and map the data that was organized in a bibliometric matrix. A narrative synthesis was made.

Results: Four emerging categories were identified: educational strategies, determinants, knowledge and perceptions, and health care models. In general, the approaches used were diverse, but the successful ones were characterized by a personalized approach or in small groups of patients.

Conclusions: Traditionally, health education has been limited to transmitting technical, biomedical information, which makes it difficult for people to understand their disease. Nonetheless, this approach can be counterproductive because it reduces the opportunities for the patient to make decisions about his/her health. Therefore, the instructional design in health education must consider the different learning styles and needs of patients, thus contributing to self-care.

Keywords: Health Education, Patient Education as Topic, Noncommunicable Diseases.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) son causa del 70% de los decesos en el mundo⁽¹⁾. Cada año mueren 15 millones de personas, entre 30 y 69 años, mayormente en países de ingresos bajos y medianos⁽²⁾. Las ECNT son condiciones de larga duración y su control depende principalmente de mantener hábitos saludables⁽³⁾.

La educación para la salud (EpS) es una estrategia fundamental que facilita al paciente el aprendizaje, el desarrollo de competencias y la adopción de comportamientos para modificar el curso de la enfermedad y mejorar su salud⁽⁴⁾. Es una práctica social dirigida a fortalecer las percepciones y significados sobre salud que hacen los individuos y las comunidades, para favorecer la toma de decisiones, la calidad de vida y el desarrollo humano con base en una relación dialógica entre educación y comunicación en la cual es posible construir saberes^(5,6). Trasciende el concepto de transmisión de información centrado en la promoción de conocimientos, fomento de hábitos y patrones saludables y prevención propios del enfoque de educación en salud^(1,7,8-9).

Aunque la EpS se enmarca en múltiples enfoques del aprendizaje, no es suficientemente claro de qué manera las investigaciones en este campo exploran las teorías educativas utilizadas, su influencia sobre la adherencia al tratamiento o el conocimiento del paciente sobre su enfermedad, los retos que conllevan para lograr sus propósitos educativos; y si los enfoques educativos difieren o son similares según las ECNT y por qué. Por tanto, en esta revisión se propuso sintetizar la evidencia disponible sobre la situación de la EpS en algunas ECNT.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática para identificar estudios fundamentados en intervenciones de EpS, dirigidas a personas con diabetes (DM), hipertensión arterial (HTA) y enfermedad coronaria (EC). Esta revisión siguió el protocolo SALSA, por sus siglas en inglés: *Search, Appraisal, Synthesis, Analysis*⁽¹⁰⁾. La búsqueda se efectuó en varias bases de datos: *National Center of Biotechnology Information - NCBI, Medigraphic, Plus One, Scandinavian Journal of Caring Sciences*, la editorial de la Universidad de Quito, *SpringerLink, Taylor and Francis online, ScienceDirect, Pub-Med, Scielo, Oxford University Press, Scopus, Medwave, Jama Network, Clinical Key, Journals, Elsevier, BMC, Redalyc, Drug Intervention Today, European Society of Cardiology*. Se utilizaron los términos “educación al paciente” y “atención en salud” para la búsqueda, según los eventos de interés. La consulta cubrió el periodo 2005 al 2020, en inglés y español. Se seleccionaron artículos originales producto de investigación y revisiones sistemáticas. Se excluyeron artículos que no coincidieron con los aspectos mencionados.

Tres revisoras seleccionaron y accedieron a los resúmenes de los artículos, evaluando su pertinencia. Una cuarta revisora avaló el proceso de selección. Se revisaron los textos completos para extraer y mapear los datos que se organizaron en una matriz bibliométrica. Por consenso se realizó una síntesis narrativa que condujo a cuatro categorías de análisis sobre los artículos para cada una de las ECNT foco de esta revisión, facilitando la comparación de hallazgos.

Tabla 1. Relación entre los artículos revisados e incluidos.

PATOLOGIA	PRIMERA REVISIÓN		EXCLUIDOS		SEGUNDA REVISIÓN	
	%	n	%	n	%	n
Diabetes	49%	33	61%	11	46%	22
hipertensión arterial	34%	22	28%	9	35%	17
Enfermedad coronaria	17%	11	11%	2	19%	9
TOTAL	100%	66	100%	18	100%	48

RESULTADOS

Inicialmente se encontraron 66 artículos, de los cuales 46 (70%) provenían de revistas científicas, 6 (10%) de editoriales médicas, 3 (9%) de buscadores científicos, 3 (5%) de una fuente desconocida y 9 (14%) correspondían a bases de datos sin editorial. El 66% de artículos se obtuvieron de las bases de datos diferentes a Scielo (n=12, 18%) y NCBI (n=10, 15%). Se excluyeron 18 artículos que no cumplían con los criterios de inclusión reduciendo la muestra a 48 documentos.

Luego de aplicar los criterios de inclusión/exclusión, se clasificaron los artículos por lugar de procedencia de la publicación, siendo América el continente con mayor producción (n=25, 52,1%), seguido de Europa con 25% (n=12) y Asia con 19% (n=9).

Con relación al periodo de publicación, la mayor cantidad de artículos correspondió al año 2020 con 10 publicaciones (24%) con una variación entre 8 y 1 desde 2019 hasta 2005.

En cuanto a la tipología de estudios, predominaron los cualitativos (n=31), seguidos por los cuantitativos (n=14) y mixtos (n=3).

Como resultado del análisis emergieron cuatro categorías, que se presentan en la Tabla 2. La síntesis narrativa se organiza a continuación por patología

Tabla 2. Categorías emergentes por evento.

CATEGORÍAS	REFERENCIA DE LOS ARTICULOS ENCONTRADOS		
	SINDROME CORONARIO AGUDO	HIPERTENSIÓN	DIABETES
Modelos de educación para incentivar la adherencia al tratamiento y el conocimiento del proceso salud/ enfermedad.	11,12	20, 21 22,23,24, 26	33,38,39,42,40,43,44
Barreras y factores determinantes para la adherencia al tratamiento	13, 14, 15,16	25, 20,25	34, 39,45,46, 47,48,50
Conocimientos y percepciones de los pacientes sobre el proceso salud enfermedad y la atención en salud.	16, 17	25,27,30,27,28	33,35, 36, 49,38
Modelos de atención para pacientes con ECNT, enfocados en el tratamiento.	18, 19	31,32	51

a) Enfermedad Coronaria.

Estrategias educativas. Las estrategias usadas por los servicios de salud buscaron disminuir la ansiedad y los síntomas depresivos después del primer evento coronario. Utilizaron diversas herramientas evidenciando incremento considerable en el autocuidado de los pacientes que participaron. En la metodología se destacó el trabajo con grupos pequeños de pacientes, intervenciones individualizadas y acopladas a las circunstancias particulares de las personas⁽¹¹⁾.

Un estudio de casos y controles encontró evidencia significativa en el aumento de la adopción de medidas de autocuidado y mejoramiento de la calidad de vida entre pacientes con segundo evento coronario, que recibieron información sobre el autocuidado con base en factores de riesgo, mediante foros educativos⁽¹²⁾.

Factores determinantes. Un estudio reportó el poco conocimiento que tienen los pacientes sobre el manejo de un evento coronario, mediante un cuestionario realizado 30 días después del alta. Los pacientes no seguían las indicaciones acerca de la adherencia al tratamiento con estatinas y antiagregantes plaquetarios, debido a dificultades para recordarlos, dosificarlos, comprarlos y creer que eran nocivos. Entre los facilitadores destacaron las redes de apoyo para el correcto uso del tratamiento y el acceso a los medicamentos mediante los programas estatales de salud que aseguran su entrega⁽¹³⁾.

Otro estudio describió la importancia de la autoeficacia, es decir, la capacidad para realizar una tarea, seis meses después de una intervención. Este factor facilitó la adherencia de los pacientes para el autocuidado, el seguimiento de dietas saludables y el abandono del tabaquismo, además de disminuir la depresión y la ansiedad que les impiden desarrollar actividades cotidianas. La autoeficacia fue más valorada que el conocimiento sobre la enfermedad, lo cual llevó a proponer un ejercicio enfocado en el seguimiento de los pacientes y fortalecimiento de redes sociales para mejorarla y no en la educación centrada en la modificación de hábitos, aunque este seguimiento no estaba previsto en todos los programas⁽¹⁴⁾.

En dos estudios se encontró relación entre la falta de adherencia al tratamiento y la poca capacidad económica para asumir cuidados especiales (buena dieta, comprar medicamentos, traslados a citas de control)⁽¹⁵⁾. Por el contrario, tener disponibilidad económica, además de mayor nivel educativo que contribuía a la búsqueda de información adicional sobre el manejo de la enfermedad y la toma de mejores decisiones, facilitaba la adherencia. Las personas con niveles educativos bajos presentaban dificultades para adaptarse a los cambios de vida debido a sus creencias convencionales sobre la salud, y manifestaban sentimientos de exclusión al no sentirse identificados con nuevas prácticas. Se consideró la exclusión del seguimiento psicológico del seguro de salud como otra barrera económica⁽¹⁶⁾.

Varios autores coinciden en que la mejor forma de reducir las barreras frente a la adherencia a los tratamientos es mediante procesos educativos

en los cuales se individualice a los pacientes, teniendo en cuenta los factores sociales, económicos y familiares, con el fin de crear soluciones de acuerdo con sus necesidades, aportando hacia el autocuidado y la autoeficacia^(15,16).

Conocimientos y percepciones. Un estudio cualitativo realizado en Colombia, para conocer la percepción de las mujeres sobre la enfermedad, concluyó que su modo de vida, caracterizado por experiencias y entornos vulnerables e inequidad socioeconómica, aumentaba el riesgo de presentar evento coronario agudo, ya que no podían dar respuesta a las manifestaciones corporales antes del episodio crítico que las condujo al hospital. El estudio concluyó sobre la necesidad de que los servicios de salud consideren el contexto social y aspectos como el género, parte de la consejería terapéutica, así como la promoción de redes de apoyo comunitario para mejorar la adherencia⁽¹⁷⁾.

Modelos de atención. Los artículos describieron acciones dirigidas a garantizar la atención integral y disminuir las tasas de recaídas, ingresos hospitalarios, mortalidad y baja adherencia terapéutica. Destacaron la importancia de agendar una cita de seguimiento antes del alta hospitalaria, para generar en los pacientes la certeza de ser atendidos minimizando las posibilidades de una readmisión; y hacer egresos hospitalarios en la mañana para favorecer la disposición y el tiempo durante una intervención de educación farmacéutica, resolviendo dudas sobre lo que el paciente debía seguir en su domicilio⁽¹⁸⁾. Otro artículo enfatizaba en acciones de prevención secundaria intrahospitalaria con pacientes próximos al alta, con base en una buena comunicación entre el personal de atención hospitalaria y primaria, además de identificar factores sociales y/o económicos que potenciarían una readmisión hospitalaria, así como, la garantía de acceso a la información en su lengua materna. En cuanto a la disminución de los gastos, se sugería realizar una evaluación de la carga económica junto con los cuidadores antes de dar el alta y proyectar un plan que incluyera la evaluación de riesgo- beneficio de los medicamentos disponibles con asequibilidad⁽¹⁹⁾.

Los artículos coincidieron en que la comunicación asertiva es clave en la EpS. Se puede evaluar y confirmar con medidas básicas como solicitar a los pacientes que expliquen la información presentada por el profesional, así como el diligenciamiento de encuestas de satisfacción sobre la atención en salud. Estas estrategias ayudaban a crear espacios de retroalimentación, análisis y cambios en el proceso de adherencia terapéutica.

b) Hipertensión Arterial

Estrategias educativas. Varios estudios determinaron la efectividad de diferentes estrategias para mejorar los conocimientos de los pacientes sobre esta enfermedad⁽²⁰⁾ y la adherencia al tratamiento⁽²¹⁻²³⁾. Un estudio señaló como estrategias para el autocontrol de la HTA: alfabetización por medio de videos, monitorización diaria de la tensión arterial y retroalimentación. Se encontró que cuando los pacientes leían las cifras elevadas en los tensiómetros, sentían impulso por cambiar hábitos para reducir la presión arterial o modificaban su alimentación⁽²²⁾.

No obstante, el conocimiento que tenga el paciente sobre la enfermedad no necesariamente implicaba una adecuada adherencia al tratamiento, debido a que existen otros factores, igualmente relevantes en estos desenlaces en salud^(21,24-26). Un estudio fenomenológico realizado en el ámbito hospitalario encontró que la baja adherencia se manifestaba por una falta de voluntad, más que por un problema de conocimiento, pese a que se realizó una sensibilización acerca del riesgo cardiovascular. El estudio concluyó sobre la importancia de que los modelos educativos personalicen las estrategias de aprendizaje e indaguen los conocimientos previos y actitudes que los pacientes tienen sobre la enfermedad. También se recomendó que la EpS sea dialógica para que la intervención educativa no se reduzca a la información. Sin embargo, esto requeriría que el equipo profesional en salud tenga habilidades y formación pedagógica⁽²⁴⁾.

Factores determinantes. Un estudio cualitativo cuyo objetivo fue comprender razones de no adherencia al tratamiento encontró tres categorías explicativas de barreras y facilitadores: 1) Factores predisponentes, incluyen conocimiento sobre la enfermedad, creencias y actitudes, rasgos de personalidad, cultura y estilo de vida; 2) Factores habilitadores: el acceso a los servicios de salud y a las instalaciones en el lugar de trabajo, el hogar y la sociedad; 3) Factores reforzantes como las estructuras del modelo de atención en salud y los incentivos internos individuales. Otros factores importantes fueron el apoyo familiar, generando un impacto positivo en la adopción de comportamientos benéficos y el apoyo de los proveedores de servicios de salud, este último punto fue el más crítico debido a que la mayoría de los participantes describieron la falta de apoyo emocional por parte del personal⁽²⁵⁾.

Entre los aspectos que afectaron negativamente la adherencia al tratamiento se encontraron el poco conocimiento y la mala actitud frente a la enfermedad, la polifarmacia, las comorbilidades, el bajo nivel socioeconómico, la dificultad en el acceso a la atención médica, la vida urbana, la inadecuada cultura alimentaria, los malos hábitos de vida, la baja autoeficacia, la falta de fuerza de voluntad, la poca autoestima y la ansiedad^(20, 24, 25).

Conocimientos y percepciones. Tres estudios reportaron que los pacientes no tenían suficiente conocimiento sobre la enfermedad, sus causas y tratamientos farmacológicos y no farmacológicos^(25,27-30). Por el contrario, ideas erróneas sobre la medicación y sus efectos secundarios provo-

caron en algunos casos que interrumpieran la medicación o no la iniciaran(27,28). Este desconocimiento sobre la enfermedad y las metas a cumplir en el tratamiento llevó a un control deficiente de las cifras tensionales(27). También se encontraron pacientes que interrumpían el tratamiento una vez presentaban cifras tensionales normales, considerando que se habían curado, mientras que otros sólo tomaban el medicamento cuando tenían síntomas como cefalea(28). Debido a que la HTA a menudo no presenta síntomas graves, o no presenta síntomas, las complicaciones hipertensivas ocurrieron a largo plazo(24,25,28).

Modelos de atención. Ante la falta de adherencia al tratamiento, algunas implementaciones en el modelo de atención en salud, por parte de proveedores de servicios de atención primaria, fueron la educación del paciente, la construcción de relaciones médico-paciente y la generación de herramientas de autogestión(29 -31).

Adicionalmente, un ensayo clínico aleatorizado implementó una estrategia de intervención multicomponente, combinando la promoción de la salud en el lugar de trabajo y el manejo estandarizado de la hipertensión. Tuvo como resultado una mejoría en el control de la tensión arterial entre los empleados, demostrando la eficacia de estos programas educativos(32).

c) Diabetes Mellitus

Estrategias educativas. Los estudios señalaron que impartir conocimientos a los pacientes sobre su enfermedad no era suficiente para promover cambios de comportamiento(33–38). Por tanto, enfatizaron en la individualización de la educación con base en lo propuesto por la Asociación Americana de Educadores en Diabetes: valoración clínica, establecimiento de objetivos, planificación, implementación, evaluación y documentación para alcanzar resultados óptimos (39,40,41- 42).

Los estudios indicaron que las estrategias de educación dependen de la fase de la enfermedad. Por ejemplo, los pacientes diagnosticados tempranamente recibían el diagnóstico con escepticismo, y dado que no presentaban síntomas, el autocontrol era menor. Pero la conformación de grupos de apoyo liderados por pacientes con experiencia en la enfermedad contribuyó a incentivar la adherencia al tratamiento, ya que los nuevos pacientes estaban más cómodos aprendiendo sobre su enfermedad con quienes habían vivido la experiencia(43,44).

Factores determinantes. Las barreras relacionadas con el bajo nivel socioeconómico influyeron en el acceso limitado al sistema de asistencia sanitaria(34,39,45,46-47); así como el género masculino, que mostró una menor adherencia al tratamiento(34,39,45,47-48). Los factores que fomentaron la adherencia terapéutica incluyeron la participación del paciente con el cumplimiento terapéutico y su comprensión del proceso(39,47). Otros facilitadores se relacionaron con conocimientos sobre la dieta, motivación para seguir las recomendaciones y tiempo de la evolución de la enfermedad(49). Este último tuvo significancia estadística alta, ya que los pacientes presentaron mejor control luego de 6 a 10 años de ser diagnosticados. Se destacó la importancia de haber involucrado a los familiares en el seguimiento y el manejo integral, siendo el principal aspecto para el apego al tratamiento médico y dietario(46,50).

Conocimientos y percepciones. Uno de los trabajos realizado en Canadá destacó que los pacientes con más experiencia consideraron importante aceptar la enfermedad, para evitar sufrirla y vivir un poco más “felices”, sin limitar su desarrollo cotidiano, entendiendo que son sujetos más allá del diagnóstico(33-37). En Alemania se evidenció la importancia de que los pacientes sepan cómo vivir con esta enfermedad, después de la negación inicial como escudo para “protegerse” de caer en un estado de salud complicado(49).

Dos artículos trataron la influencia que ejerce la falta de claridad y herramientas comunicativas asertivas del personal médico, generando vacíos en los pacientes sobre estilo de vida saludable o hábitos para mejorar su salud(35,36).

Dos estudios en los cuales se indagó sobre creencias y prejuicios de los pacientes señalaron resistencia frente al uso de la insulina (38) y ante otras intervenciones no farmacológicas (dieta y actividad física) (40).

Modelos de atención. Un estudio realizado en México dio cuenta de una forma de manejo integral de esta enfermedad, que ocurre en medio de acciones promocionales, equiparadas con el nivel de atención. Estas acciones se ubicaron en el marco de la intersectorialidad, comprendiendo cambios en los patrones alimentarios y las políticas públicas para la restricción de bebidas azucaradas, la implementación de talleres educativos que incluyeron a los pacientes y al personal de salud (41). En síntesis, trató de modificar el discurso de los estilos de vida, que suelen perder contenido frente a las realidades que viven los pacientes y sus familias(51).

DISCUSIÓN

La presente revisión tuvo como propósito aclarar que enfoques educativos utilizan las intervenciones de EpS en tres ECNT, y cómo influyen en la adherencia al tratamiento, el conocimiento del paciente sobre su enfermedad y los retos que conllevan para lograr sus propósitos educativos. En general, se encontró que los enfoques utilizados fueron diversos, pero los exitosos se caracterizaron por el abordaje personalizado o en grupos pequeños de pacientes. Para algunos pacientes fue importante conocer su enfermedad para adherirse al tratamiento, pero otros necesitaron también un aprendizaje emocional. Estas intervenciones incluyeron el punto de vista de los pacientes y las reflexiones sobre sus experiencias para potenciar la comunicación empática. Esto fortaleció su compromiso con el tratamiento.

Estos hallazgos son similares a lo recomendado por Wittink y Oosterhaven(52), quienes afirman que la EpS debe adaptarse a las necesidades de aprendizaje de los pacientes, ya que poseen distintos determinantes sociales de salud, así se pueden mejorar su conocimientos, motivaciones y competencias en salud para tomar decisiones adecuadas de autocuidado.

Además, los principales retos fueron similares en las tres enfermedades. Estos consistieron en barreras para la adherencia al tratamiento que se relacionaron, en su mayoría, con el contexto socio político y sanitario, por ejemplo, desconocimiento global sobre las enfermedades y las actitudes adoptadas frente a estas, entre otros. Para contrarrestarlos, los enfoques de EpS que favorecieron la disminución de complicaciones y reingresos hospitalarios fueron el seguimiento oportuno y periódico de los pacientes, el desarrollo de programas de promoción de la salud en los lugares de trabajo, el respaldo a las políticas públicas y la empatía. Se evidenciaron diferencias de enfoques dependiendo de la enfermedad. Para la EC, se destacaron la educación del paciente, el acceso a la rehabilitación cardíaca y el seguimiento clínico. Para la HTA, fueron relevantes la comunicación médico-paciente y la intervención multicomponente. Para la DM sobresalieron los cambios en los patrones alimentarios y la EpS que entendiera el contexto sociocultural de los pacientes. Además, los estudios recalcaron que cada ECNT demanda un esquema educativo específico porque las necesidades son distintas y los objetivos de aprendizaje de los pacientes cambian.

En otra revisión también se encontró que las barreras en el manejo de las ECNT son distintas en cada paciente y, por esto, su autora recomienda que la EpS debe identificar qué tan alfabetizado en salud está el paciente para diseñar una intervención personalizada(53).

Entonces, tradicionalmente la educación al paciente se ha limitado a transmitir información biomédica muy técnica, que dificulta la comprensión de las personas sobre su enfermedad, pero este enfoque puede ser contraproducente porque reduce las oportunidades para que el paciente tome decisiones sobre su salud. Consecuentemente, el diseño instruccional en la EpS debe considerar distintos estilos y necesidades de aprendizaje de los pacientes, con estrategias curriculares y pedagógicas adaptadas a cada caso, diversificando los contenidos y usando metodologías participativas y dispositivos tecnológicos que reconozcan las voces de los pacientes como vitales en el proceso, aportando así al autocuidado.

Los autores declararon haber recibido el siguiente apoyo financiero para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo: Este trabajo fue apoyado por el Fondo del Sistema General de Regalías Secretaría de Salud Distrital de Bogotá y la Universidad del Rosario, Colombia [número de beca BPIN2016000100037].

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> [Consultado el 1 de junio de 2022]
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019 [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf> [Consultado el 1 de junio de 2022]
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Prevención de enfermedades no transmisibles [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/Enfermedades-no-transmisibles.aspx> [Consultado el 2 de junio de 2022]
4. WHO. Therapeutic patient education: continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases: report of a WHO Working Group [Internet]. World Health Organization; 1998. Disponible en: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf [Consultado el 2 de junio de 2022]
5. Zea Bustamante LE. Aportes epistemológicos y pedagógicos desde la educación popular a las prácticas de educación para la salud con colectivos sociales [Internet] [Tesis de Maestría]. Universidad Pedagógica Nacional; 2007. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.11907/1887> [Consultado el 2 de junio de 2022]
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones para el desarrollo de la Educación y Comunicación para la salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC [Internet]. MinSalud; 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/orientaciones-educacion-comunicacion.pdf> [Consultado el 2 de junio de 2022]
7. De Almeida AH, Baldini Soares C. Educación en salud: análisis de la enseñanza en la graduación en enfermería. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011; 19: 614-21.
8. Zea-Bustamante LE. La educación para la salud y la educación popular, una relación posible y necesaria. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2019; 37(2): 61-6.
9. Rice M. Educación en salud, cambio de comportamiento, tecnologías de comunicación y materiales educativos. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1985; 98 (1) : 65-79.
10. Codina LI. No lo llame Análisis Bibliográfico, llámelo Revisión Sistematizada. Y cómo llevarla a cabo con garantías: Systematized Reviews + SALSA Framework [Internet]. *EcoSyllaba Latinoamérica*. 2016. Disponible en: <http://blog.ecosyllaba.info/2016/05/no-lo-llame-analisis-bibliografico.html> [Consultado el 6 de junio de 2022]
11. Hwang SY, Kim JS. Risk Factor-tailored Small Group Education for Patients with First-time Acute Coronary Syndrome. *Asian Nurs Res*. 2015;9(4): 291-7.
12. Shim JL, Hwang SY. Long-term effects of nurse-led individualized education on middle-aged patients with acute coronary syndrome: a quasi-experimental study. *BMC Nurs*. 2017; 16:59.
13. Batista Santos V, Lima Silva L, Guizilini S, Begot Valente I, Bublitz Barbosa C, Batistalito Carneiro TA, et al. Adherencia a la terapia antiplaquetaria y a las estatinas por pacientes con síndrome coronario agudo tras el alta. *Enferm Clínica*. 2022; 32(2): 115-22.
14. Shin ES, Hwang SY, Jeong MH, Lee ES. Relationships of Factors Affecting Self-care Compliance in Acute Coronary Syndrome Patients Following Percutaneous Coronary Intervention. *Asian Nurs Res*. 2013; 7(4): 205-11.
15. Henao López V, Triviño Vargas Z. Adherence to Secondary Prevention and Influential Factors in Individuals with Coronary Angioplasty. *Invest Educ Enferm*. 2020; 38(3).
16. Pedersen M, Overgaard D, Andersen I, Baastrup M, Egerod I. Experience of exclusion: A framework analysis of socioeconomic factors affecting cardiac rehabilitation participation among patients with acute coronary syndrome. *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2017;16(8). Disponible en: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28513199/> [Consultado el 6 de junio de 2022]
17. Valencia Micolta SG, Rodríguez Torres E. Ahí me aguanté mi dolor: contexto sociocultural y económico de mujeres con síndrome con coronario residentes en Cali y otros municipios del Valle del Cauca. *Enferm Glob*. 2015; 14(40): 201-16.
18. Baky V, Moran D, Warwick T, George A, Williams T, McWilliams E, et al. Obtaining a follow-up appointment before discharge protects against readmission for patients with acute coronary syndrome and heart failure: A quality improvement project. *Int J Cardiol*. 2018; 257: 12-5.
19. Messerli AW, Deutsch C. Implementation of Institutional Discharge Protocols and Transition of Care Following Acute Coronary Syndrome. *Cardiovasc Revasc Med*. 2020; 21(9): 1180-8.
20. Estrada D, Pujol E, Jiménez L, Salameo M, de la Sierra A. Efectividad de una intervención educativa sobre hipertensión arterial dirigida a pacientes hipertensos de edad avanzada. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 2012; 47(2): 62-6.
21. Ampofo AG, Khan E, Ibitoye MB. Understanding the role of educational interventions on medication adherence in hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Heart Lung J Crit Care*. 2020; 49(5): 537-47.
22. Allen M, Irizarry T, Einhorn J, Kamarck T, Suffoletto B, Burke L, et al. SMS-facilitated home blood pressure monitoring: A qualitative analysis of resultant health behavior change. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2019; 102(12). Disponible en: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31262674/> [citado 6 de junio de 2022]
23. López-Mateus MC, Hernández-Rincón EH, Correal-Muñoz CA, Cadena-Buitrago GP, Galvis-Díaz IJ, Romero-Prieto GE. An educational strategy

- that promotes healthy habits in elderly people with hypertension in a municipality of Colombia: a participatory action research study. *Medwave* [Internet]. 2017; 17(08). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/English/Original/QualitEst/7073.act> [Consultado el 6 de junio de 2022]
24. Zurera Delgado I, Caballero Villarraso MT, Ruíz García M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enfermería nefrológica*. 2014; 17(4): 251-60.
25. Ashoorkhani M, Majdzadeh R, Gholami J, Eftekhari H, Bozorgi A. Understanding Non-Adherence to Treatment in Hypertension: A Qualitative Study. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2018; 6(4): 314-23.
26. Khatib R, Schwalm JD, Yusuf S, Haynes RB, McKee M, Khan M, et al. Patient and healthcare provider barriers to hypertension awareness, treatment and follow up: a systematic review and meta-analysis of qualitative and quantitative studies. *PloS One*. 2014; 9(1): e84238.
27. Tan CS, Hassali MA, Neoh CF, Saleem F. A qualitative exploration of hypertensive patients' perception towards quality use of medication and hypertension management at the community level. *Pharm Pract*. 2017; 15(4): 1074-1074.
28. Legido-Quigley H, Lopez Camacho P, Balabanova D, Perel P, Lopez-Jaramillo P, Nieuwlaet R, et al. Patients' knowledge, attitudes, behaviour and health care experiences on the prevention, detection, management and control of hypertension in Colombia: a qualitative study. *PloS One* [Internet]. 2015; 10(4). Disponible en: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25909595/> [Consultado el 6 de junio de 2022]
29. Mejía J, Peñalosa SAG. Trayectoria de vida familiar y estilos de vida: hipertensión arterial y diabetes mellitus II. *Rev Salud Publica*. 2017; 19(3): 291-6.
30. Almeida ER, Moutinho CB, Leite MT de S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. *Saúde Debate*. 2014; 328-37.
31. Smolen JR, Wang JJ, Anane SP. Challenges and strategies for hypertension management: qualitative analysis of small primary care practices with varying blood pressure control. *Fam Pract*. 2019; 36(5): 644-9.
32. Wang Z, Wang X, Shen Y, Li S, Chen Z, Zheng C, et al. Effect of a Workplace-Based Multicomponent Intervention on Hypertension Control: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Cardiol*. 2020; 5(5): 567-75.
33. Ndjaboue R, Chipenda Dansokho S, Boudreault B, Tremblay MC, Dogba MJ, Price R, et al. Patients' perspectives on how to improve diabetes care and self-management: qualitative study. *BMJ Open*. 2020; 10(4): e032762.
34. Pérez Pavón A, López Espinosa RA, Garrido Pérez S, Casas Patiño D, Rodríguez Torres A. Factores condicionantes de la falta de adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: caso Unidad de Medicina Familiar 33, Tabasco México. *Rev Waxapa*. 2019; 10(18): 20-5.
35. Arana MA, Valderas JM, Solomon J. Being tested but not educated - a qualitative focus group study exploring patients' perceptions of diabetic dietary advice. *BMC Fam Pract*. 2019; 20(1): 1.
36. Schwennesen N, Henriksen JE, Willaing I. Patient explanations for non-attendance at type 2 diabetes self-management education: a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2016; 30(1): 187-92.
37. Lee B, Trence D, Inzucchi S, Lin J, Haimowitz S, Wilkerson E, et al. Improving type 2 diabetes patient health outcomes with individualized continuing medical education for primary care. *Diabetes Ther*. 2016; 7(3): 473-81.
38. Alemany-Pagès M, Moura-Ramos M, Araújo S, Macedo MP, Ribeiro RT, do Ó D, et al. Insights from qualitative research on NAFLD awareness with a cohort of T2DM patients: time to go public with insulin resistance? *BMC Public Health*. 2020; 20(1): 1142.
39. Martín Alfonso L, Morejón Castillo M, Almenares Rodríguez K. Adherencia terapéutica y factores influyentes en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Cuba Med Gen Integral* [Internet]. 2017; 33(4). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/369> [Consultado el 6 de junio de 2022]
40. Salama HM, Saudi RA. Effect of patients beliefs about medications on adherence to drugs in diabetic patients attending family medicine outpatient clinic in Ismailia, Egypt. *J Diabetes Metab Disord*. 2020; 19(2): 951-8.
41. Medina A, Ellis ÉJ, Ocampo DF. Impacto de un programa personalizado de educación en pacientes diabéticos tipo 2. *Acta Medica Colomb*. 2014; 39(3): 258-63.
42. Herre AJ, Graue M, Kolltveit BCH, Gjengedal E. Experience of knowledge and skills that are essential in self-managing a chronic condition – a focus group study among people with type 2 diabetes. *Scand J Caring Sci*. 2015; 30(2): 382-90.
43. Burke SD, Sherr D, Lipman RD. Partnering with diabetes educators to improve patient outcomes. *Diabetes Metab Syndr Obes Targets Ther*. 2014; 7:45-53.
44. Xiang Y, Luo P, Cai X, Tang Y, Wu Z. Results of a pilot study of patient-to-patient education strategy on self-management among glycemic uncontrolled patients with diabetes. *Patient Prefer Adherence*. 2017; 11:787-93.
45. Icaza Villalva EE. Adherencia al tratamiento con insulina en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al servicio de Medicina Interna del Hospital nivel II IESS Babahoyo, para correlacionar con las causas del abandono al tratamiento con insulina [Internet]. Universidad San Francisco de Quito; 2012. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/5477> [Consultado el 6 de junio de 2022]
46. Canché-Aguilar DL, Zapata-Vázquez RE, Rubio-Zapata HA, Cámara-Vallejos RM, Canché-Aguilar DL, Zapata-Vázquez RE, et al. Efecto de una intervención educativa sobre el estilo de vida, el control glucémico y el conocimiento de la enfermedad, en personas con diabetes mellitus tipo 2, Bokobá, Yucatán. *Rev Bioméd*. 2019; 30(1): 3-11.

47. Pardhan S, Nakafero G, Raman R, Sapkota R. Barriers to diabetes awareness and self-help are influenced by people's demographics: perspectives of South Asians with type 2 diabetes. *Ethn Health*. 2020; 25(6): 843-61.
48. on behalf of the IP-SDM Team, Yu CH, Ke C, Jovicic A, Hall S, Straus SE. Beyond pros and cons – developing a patient decision aid to cultivate dialog to build relationships: insights from a qualitative study and decision aid development. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2019; 19(1): 186.
49. Schäfer I, Pawels M, Küver C, Pohontsch NJ, Scherer M, van den Bussche H, et al. Strategies for improving participation in diabetes education. A qualitative study. *PloS One*. 2014; 9(4): e95035.
50. Cruz-León A, Guzmán-Priego CG, Ascencio-Zarazua GE, Pascacio-Vera GD. Adherencia al tratamiento y conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud En Tabasco*. 2016; 22(1-2): 23-31.
51. Muñoz Cano JM, Guzmán Priego C, Córdova Hernández JA. Aplicación del enfoque de problemas a la diabetes mellitus de tipo 2 en educación médica: una revisión integrativa. *Inf Tecnológica*. 2020; 31(3): 121-34.
52. Wittink H, Oosterhaven J. Patient education and health literacy. *Musculoskelet Sci Pract* [Internet]. 2018; 38:120–7. Disponible en: <https://search-ebSCOhost-com.ez.urosario.edu.co/login.aspx?direct=true&AuthType=ip&db=edselp&AN=52468781218302182&lang=es&site=eds-live&scope=site> [Consultado el 15 de agosto 2022]
53. Anna Mirczak. Health literacy level among elderly and chronic disease self-management. *Journal of Education, Health and Sport* [Internet]. 2017; 7(3): 72–85. Disponible en: <https://search-ebSCOhost-com.ez.urosario.edu.co/login.aspx?direct=true&AuthType=ip&db=edsdoj&AN=eds-doj.25c64a3acf8406192cda0d71c1a24c3&lang=es&site=eds-live&scope=site> [Consultado el 15 de agosto de 2022]