

**Implementación de un Programa Educativo desde el Modelo de la Autoeficacia, que
Fortalezca la Adherencia y/o Autocuidado en Pacientes de una IPS de Bucaramanga.**

Sandra Liliana Angarita Ruiz

Asesorado por:

Dra. Hilda Leonor González

MD- Msc - Docente Titular,



Universidad Autónoma de Bucaramanga

Facultad de Educación

Maestría en Educación

Bucaramanga

2019

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada a mi Madre, quien partió a su descanso eterno mientras desarrollaba este proyecto. A ella; quién ahora es considerado mi ángel, para ella; mi total gratitud por ser siempre esa inspiración, pilar y refugio quien hasta su último suspiro de vida me enseñó a no darme por vencida y tener fe en la voluntad de las personas.

Agradecimientos

A mi familia; por estar siempre en todos los momentos y permanecer unidos ante las adversidades y acompañamiento en cada etapa de la vida.

A la facultad de Educación de la Universidad Autónoma de Bucaramanga por ser mi alma mater durante mi recorrido profesional y permitir seguir construyendo metas en mi formación académica.

Agradecer también a mi tutora Dra. Hilda Leonor González, por haber apoyado y guiado con su paciencia y su rectitud como docente este aprendizaje. Y por último a cada uno de los pacientes por su compromiso y valioso aporte para esta investigación.

Resumen

Objetivo: Potenciar las conductas favorables hacia el autocuidado y el manejo de la enfermedad a través de una estrategia educativa en una IPS de atención primaria en salud. **Método:** se realizó un estudio preliminar cuantitativo de enfoque cuasi experimental pretest y posttest de diseño longitudinal. Muestreo no probabilístico: muestreo por conveniencia; se incluyeron 21 pacientes con diagnóstico hipertensión arterial con 7 individuos (33.33%), obesidad con 6 (28.57%) y enfermedad renal y diabetes con 4 (19.05%) cada uno; los pacientes fueron clasificados por su primer diagnóstico que están inscritos en programa de riesgo, participando durante los meses de enero a julio del 2018, de manera voluntaria. Se utilizó el instrumento de medición y adherencia basado en teoría de autoeficacia validado por Brayant Méndez (2016), para valorar los factores de autoeficacia más relevantes para el desarrollo e implementación de la intervención educativa ajustando los criterios de la teoría de la autoeficacia con el diseño de unidades didácticas desde el enfoque de teoría de la enseñanza para la comprensión (EPC). **Resultados:** los datos estadísticos se obtuvieron a través de la prueba gráfica de histograma para observar la distribución de los datos de cada criterio según el modelo de autoeficacia, encontrándose que ninguno de ellos tenía una distribución normal, por tal razón se escogió la prueba de rangos y signos de Wilcoxon arrojando una comparación entre el puntaje total (promedio= 136.66 DE: 3.27, Rango=129-144), versus el puntaje para ese mismo cuestionario, previo a la intervención (promedio= 88 DE: 5.77, Rango=74-100). El resultado para ambos puntajes se distribuyó de manera normal, por lo tanto, se realizó una *prueba t* pareada para encontrar una diferencia significativa en el puntaje obtenido ($t= 41.82$ grados de libertad= 20, $p= <0.001$). **Conclusiones:** la implementación del programa basado en las expectativas del tratamiento, percepción del riesgo, entre otros criterios de la autoeficacia, evidencian que la alfabetización en salud con metodologías educativas innovadoras en salud mejora la comprensión de la enfermedad el empoderamiento de conductas favorables em mantener la salud y evitar complicaciones o muertes prematuras.

Palabras clave: Autoeficacia, Enfermedades no transmisibles (ENT), Adherencia.

Abstract

Objective: To promote favorable behaviors towards self-care and disease management through an educational strategy in a primary health care IPS. **Method:** a quantitative preliminary study of quasi-experimental pretest approach and longitudinal design posts was performed. **Non-probabilistic sampling:** convenience sampling; 21 patients diagnosed with hypertension with 7 individuals (33.33%), obesity with 6 (28.57%) and kidney disease and diabetes with 4 (19.05%) each were included; The patients were classified by their first diagnosis who are enrolled in a risk program, participating during the months of January to July 2018, on a voluntary basis. The measurement and adherence instrument based on the theory of self-efficacy validated by Brayant Méndez (2016) was used to assess the most relevant self-efficacy factors for the development and implementation of the educational intervention adjusting the criteria of the theory of self-efficacy with the design of didactic units from the approach of teaching theory for understanding (EPC). **Results:** statistical data. They were obtained through the graphic histogram test to observe the distribution of the data of each criterion according to the self-efficacy model, finding that none of them had a normal distribution, for this reason the Wilcoxon range and signs test was chosen by throwing a comparison between the total score (average = 136.66 SD: 3.27, Range = 129-144), versus the score for that same questionnaire, prior to the intervention (average = 88 SD: 5.77, Range = 74-100). The result for both scores was distributed normally, therefore, a paired t-test was performed to find a significant difference in the score obtained ($t = 41.82$ degrees of freedom = 20, $p = <0.001$). **Conclusions:** the implementation of the program based on the expectations of treatment, risk perception, among other criteria of self-efficacy, show that health literacy with innovative educational methodologies in health, improves the understanding of the disease, the empowerment of favorable behaviors in maintaining health and avoid complications or premature deaths.

Keywords: Self-efficacy, Non-communicable diseases (NCDs), Adherence.

Contenido

	Pág.
1. Planteamiento del Problema.....	11
1.1 Antecedentes.....	13
1.2 Problema de Investigación.....	21
1.2.1. Pregunta de investigación	21
1.2.2. Objetivos	22
1.2.2.1. Objetivo general	22
1.2.2.2. Objetivos específicos.....	22
1.3. Justificación	22
1.4. Limitaciones y Delimitaciones	26
1.5. Definición de Términos	26
2. Marco Teórico	28
2.1. Enfermedades no Transmisibles.....	29
2.1.1. Obesidad.	30
2.1.2. Enfermedades Cardiovasculares (ECV).	30
2.1.3. Diabetes.....	30
2.1.4. Cáncer.	31
2.1.5. Enfermedad Pulmonar Crónica (EPOC).....	31
2.1.6. Enfermedad Renal.....	31
2.2. Adherencia.....	32
2.3. Psicoeducación y Empoderamiento.....	36
2.4. Alfabetización de la Salud.....	38

2.5. Programa de Intervención Educativa.....	41
2.6. Modelo de Enseñanza para la comprensión (EPC)	42
2.7. Teoría de Bandura de Autoeficacia	44
2.8. Recursos Tecnológicos de la Información las TIC en Programas de Salud.....	47
3. Metodología de Investigación.....	53
3.1. Hipótesis de Investigación.....	55
3.1.1 Hipótesis Nula.....	55
3.1.2 Población.....	55
3.1.3 Tamaño de Muestra.....	55
3.1.4. Criterios de Elegibilidad	55
3.1.5 Criterios de Inclusión	55
3.1.6 Criterios de exclusión	56
3.2. Intervención: Programa educativo a través de la elaboración de las guías didácticas	57
3.2.1 Procedimiento.	57
3.2.2 Material Educativo.....	57
4. Análisis y Discusión de Resultados	58
4.1 Demografía de la Población Estudiada.....	58
4.2 Intervención Educativa con Relación a la Adherencia al Tratamiento y Conductas Favorables.....	60
5. Conclusiones y Recomendaciones	68
Referencias	74
Anexos	86

Índice de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Compilación de criterios a evaluar en la escala de adherencia.	63
Tabla 2. Resultados del promedio de puntaje para cada criterio y momento de aplicación del instrumento de medición de adherencia	65

Índice de Figuras

	Pág.
Figura 1. Mentefacto conceptual compilación sobre teorías de la adherencia	34
Figura 2. Modelo del concepto alfabetización en salud propuesto por HLS-EU (2012).	39
Figura 3. Resultado de puntajes de prueba Post-intervención	59
Figura 4. Programación de talleres Programa PADHEC	63
Figura 5. Resultados globales de la escala de adherencia Pre-intervención y Post- intervención	66

Índice de Anexos

	Pág.
Anexo A. Cronograma de actividades.....	86
Anexo B. Instrumento de medición de adherencias.....	87
Anexo C. Unidades didácticas del programa de adherencia.	88
Anexo D. Consentimiento informado	100
Anexo E. Apoyo de las TIC.	101

1. Planteamiento del Problema

En este capítulo se presenta el planteamiento del problema, que integra la pregunta de investigación, los objetivos, los antecedentes y la justificación del estudio; el cual surgió de la necesidad de buscar alternativas que proporcionen al paciente aumentar su adherencia al tratamiento terapéutico, en el curso de una Enfermedad No Trasmisible [ENT]; promoviendo el desarrollo de estrategias educativas, en la atención en salud. A su vez, se pueda optimizar conductas favorables en pacientes que asisten a una IPS en Bucaramanga.

Teniendo en cuenta, para este estudio; la contextualización de la Organización Mundial de la Salud [OMS], quien señala “que las ENT matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo” (OMS, 2018). Es desde esta realidad que los países y sus gobiernos impulsan a los diferentes actores de la sociedad; a dar cumplimiento a los objetivos de la Agenda 2030, que tiene por meta reducir las muertes prematuras, mediante la prevención y el tratamiento.

Siguiendo este postulado, en Colombia se reporta por el Ministerio de Salud y Protección Social (2016), mediante el plan de monitoreo, seguimiento y evaluación a la gestión territorial de las enfermedades no transmisibles, cuyo objetivo es tener un observatorio y motivar indicadores en la atención sanitaria que reduzcan la mortalidad prematura en la población colombiana.

Con este panorama se revisaron los informes de indicadores de gestión de la IPS donde se realizó el estudio, de los cuales se obtuvieron los siguientes hallazgos: tomando como punto de partida el informe de gestión del primer semestre del año 2017, en el cual se reportaron para el programa de riesgo cardiovascular alto 6.828 pacientes, correspondiente a 45.7% con diagnóstico de hipertensión Arterial; Diabetes Mellitus con el 37.9% y con Enfermedad Renal; el 16.4%

siendo estas enfermedades las de mayor demanda de atención, seguimiento y control por parte del equipo interdisciplinario, debido a las comorbilidades que presentan (Sinergia Salud, 2017).

Es desde este marco contextual que se presenta la necesidad de buscar estrategias de atención para el mejoramiento en pautas de autocontrol y autocuidado para la adherencia en tratamiento de la enfermedad, evitando desenlaces que en la gran mayoría se pueden prevenir desde el fortalecimiento de conductas favorables en salud.

Por tal razón, se propone partir del interés de la investigadora, responder a una mejor práctica profesional con la población del estudio asentándose un mayor acoplamiento de las ciencias de la salud con la educación y la pedagogía, las cuales permitan aportar desde la evaluación, el desarrollo de aprendizajes además de fortalecer en las personas el tratamiento a su vez la adherencia a corto, mediano y largo plazo, evidenciados en el comportamiento, el empoderamiento de la información de la enfermedad y que a su vez incentiva las expectativas de eficacia de un tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con enfermedades no transmisibles.

De esta manera, se puede decir que es entonces la falta de adherencia una amenaza como se advierte por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, 2015, en donde se hace referencia a Brundtland (2000) quien afirma que “el rápido aumento de las enfermedades no transmisibles, representaría uno de los desafíos sanitarios más importantes para el desarrollo mundial en el nuevo siglo”.

De la misma manera, lo mencionaban Holguín y otros (2006) en su investigación con pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, en donde tenían como objetivo trazador medir la efectividad de un programa de intervención biopsicosocial para reducir niveles de presión arterial y mejorar la adherencia, con un diseño intra e inter grupo, pre-post intervención con una

muestra de 44 participantes demuestran hallazgos estadísticamente significativa en la post-intervención indicando un porcentaje que fue considerado en nivel alto en la adherencia.

Estas consideraciones proporcionan el marco de la situación actual y permite desde las diferentes áreas del conocimiento en este estudio desde las estrategias educativas, orientaciones que pueden mejorar la comprensión y un aprendizaje con mayor autoeficacia que posibilite en el contexto actual la salud de los pacientes que están inscritos en programa de riesgo a su vez busca mejores resultados en seguimientos a tratamientos farmacológicos (Holguin , Correa, Arrivillaga, Cáceres, & Varela, 2006).

1.1 Antecedentes

Las enfermedades no transmisibles (ENT), como se ha venido subrayando, hacen parte de las políticas mundiales, nacionales y departamentales dentro de los objetivos y metas propuestas, como del interés de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que dan cuenta de los indicadores al estado, que a su vez afecta la costo efectividad consecuencia que en este estudio no se abordara, pero sí; de propuestas que exploran teorías que proporcionan herramientas para comprender como lograr mejores abordajes ante el tratamiento y la prestación del servicio de salud incrementando el cumplimiento terapéutico del paciente con enfermedades no transmisibles.

Para hacer un recorrido de algunas propuestas en la salud, se conoce la carta de Ottawa (OMS, 1986), en donde se oficializó la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud; dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2.000". Siendo aquí,

por primera vez, en donde se impulsó la necesidad de implementar programas y estrategias dirigidas a la promoción de la salud.

Desde entonces, la Organización Panamericana de Salud (PAHO), en su plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas, contempla dentro de su visión propuesta para el período 2013–2019, estrategias desde los diferentes contextos tanto regional y subregional, apoyando planes integrados a la atención primaria que permitan renovar acciones traducidas en intervenciones eficaces (OPS - OMS, 2014).

Es relevante, que este, ha sido el ápice de como se ha establecido dentro de los programas de la salud, una mirada hacia un enfoque que trasciende a lo comunitario, relacionándose hallazgos en numerosos estudios sobre adherencia.; que el abordaje de la enfermedad obedece a factores multicausales, lo cual ha permitido replantear el término de adherencia, siendo interpretado desde diferentes teorías como factor decisivo en el logro en la educación dirigida al paciente.

Por consiguiente, Falcón y Luna (2012), afirman: que es imprescindible no olvidar un aspecto esencial respecto a la alfabetización en salud; siendo que, ésta no depende exclusivamente de las capacidades individuales de los ciudadanos, hay que contextualizarla en un escenario concreto, pues resulta de la interacción entre las demandas de los diferentes sistemas de salud y las habilidades de los individuos inmersos en ellos (pág. 2). En este sentido, se encuentran aproximaciones conceptuales con los argumentos de Rodríguez & Mosquera (2013), quienes proponen reflexionar sobre los retos para la formación de profesionales de la salud, en un contexto de tensiones entre los postulados de la promoción de la salud y su incorporación en el sistema colombiano, así mismo advierten de la necesidad de reconfigurar las prácticas que han de concretarse en procesos pedagógicos e investigativos en acciones de la salud.

Por esta razón, cuando se planteó este estudio, el mismo propone retomar la conceptualización del modelo de alfabetización en salud, el cual tiene una raíz anglosajona, refiriéndose a educar desde las habilidades sociales y cognitivas, entendiéndose por aquellas quienes determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud (Sorensen, y otros, 2012).

De acuerdo con lo expuesto, se encuentra asociación entre los conceptos que mencionan desarrollo de habilidades y dentro de estas se puede destacar la autoeficacia y empoderamiento de la información en relación con la alfabetización en salud, interpretándose como el cumplimiento de conductas mayormente adaptativas a sus necesidades. Dentro de este marco, es donde se desarrolla este estudio, como un aporte en lograr un mejoramiento y/o cumplimiento de la adherencia terapéutica a través de la adquisición de aprendizajes relacionados con la enfermedad con el uso de estrategias educativas.

En la revisión de estrategias a nivel de Iberoamérica se encontraron valiosos aportes, uno de ellos está en la Comisión de Salud Pública celebrada el 22 de noviembre del año 2000, en Murcia, España, donde se presentó una propuesta de formación relacionada con la promoción de salud, cuya finalidad estaba en el promover la salud de la población y fortalecer el concepto de “educación para la salud, el cual comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud” (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2013).

Por otra parte, en Latinoamérica, Argentina es pionera en proponer la estrategia de “paciente empoderado”, con talleres de alfabetización en salud para adultos, teniendo en cuenta las herramientas de la información sobre cómo ellos deben mejorar su autocuidado. El Programa fue

aplicado a lo largo de un mes por docentes y estudiantes en diferentes localidades (IPSUSS Salud, 2015).

En México, Rodríguez et al. (2014) investigaron sobre propuestas educativas para la salud de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2; su objetivo fue diseñar una propuesta educativa fundamentada en el modelo psicológico de la salud biológica, basado en la adopción de actividades que desarrollaran competencias como la autorregulación emocional, autocuidado, percepción de barreras para actividades cotidianas, actividad física y abandono del tabaco.

Siguiendo con un recorrido de otros referentes, García y Suárez (2006) publicaron en la Revista Cubana de Endocrinología, un estudio denominado “Eficacia de un seguimiento a largo plazo con educación interactiva en diabéticos tipo 1”, y encontraron después de 10 años de seguimiento en cambios clínicos, bioquímicos y terapéuticos en un grupo de diabéticos tipo 1, una menor frecuencia las complicaciones agudas y hospitalizaciones por descompensación metabólica.

Con relación a la adherencia, Sánchez (2010) propone que hay gran relación entre las enfermedades con las creencias y las conductas de salud protectoras y/o preventivas, argumentando que estas creencias, están apoyadas en etiquetas o estereotipos sociales, su estudio basado en entrevistas y aplicación de instrumentos de medición de la adherencia a un total de 50 mujeres con cáncer, en dos grupos, el primer grupo recibió tratamiento en hospitales públicos y el segundo en clínicas privadas; encontrándose que se podía hablar de asociación entre la autoeficacia con las expectativas de resultados, encontrándose validez en las afirmaciones de A. Bandura (1988). quien ya para su época concluía; que las autocreencias optimistas de estas pacientes acerca de sus capacidades pueden ser mejor predictores de la conducta, a su vez siendo un determinante logro de las metas en función de su tratamiento.

Así mismo, Viveros y Herrera (2011); presentan un estudio sobre la capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos sociocognitivos de creencias en salud, este estudio se realizó con pacientes con hipertensión distribuidos en 3 grupos de 30 personas, señalándose en su discusión; que una persona no llevara a cabo una conducta de salud a menos que cuente con un mínimo de motivación hacia la salud, también relacionan que aquellos pacientes que tienen el control de sus propias conductas, estas realizaran más comportamientos que promueven conductas saludables a diferencia con aquellos pacientes que no tienen el control sobre su salud; enfatizando que la teoría de autoeficacia, es promotora del logro en la mejora de la capacidad predictiva en cuanto al tratamiento.

Por su parte Ortiz Manuel (2007), con el objetivo de comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica y como este se relacionó con la llegada de las nuevas tecnologías que posibilitaban los tratamientos farmacológicos como el aumento de la efectividad que incidía directamente en la calidad de vida de los pacientes indicando que para que esto pudiera suceder se tendría que presentar dos condiciones: 1. una adecuada prescripción por parte del equipo médico y 2. un correcto cumplimiento de la misma.

Cabe mencionar sobre este autor, que al considerar la adherencia. como un problema de salud pública incluye múltiples factores, como pueden ser algunos comportamentales y subjetivos; siendo una de sus conclusiones, el de considerar un desafío de la adherencia terapéutica, el no observar la conducta del paciente, pues solo se ha concentrado está, en la base de los resultados obtenidos de los exámenes; lo que hace que se requiera, considerar desarrollar mecanismos directos o indirectos para evaluación e integración del fenómeno que debe ser tratado multidimensional, según lo plantea y parafraseando las líneas del autor de este estudio es lograr la coherencia de los pacientes, prestadores de salud y del sistema de salud.

Las afirmaciones anteriores se pueden ejemplificar por Organización Mundial de la Salud, en el informe del mes de diciembre del año 2017 donde se señala “el rápido aumento de las enfermedades no transmisibles, representaría uno de los desafíos sanitarios más importantes para el desarrollo mundial en el nuevo siglo”, haciendo hincapié en el reto creciente y amenazante, que esto representaría para el desarrollo económico, social, la vida y la salud de millones de personas (Brundtland, 2000).

En tal sentido, se hace denotar que toda práctica profesional debe mantener un hilo conductor con las necesidades de una sociedad cambiante, pues se espera que no solo se ocupe la salud de la enfermedad en términos de curar sino de desarrollo y fomento de la salud, permitiendo mayor bienestar en consonancia con las necesidades siempre cambiantes de la sociedad. lo que redundara en mayor bienestar desde parámetros de la riqueza material y no material.

De eso se desprende la relevancia de este informe, por dar un aporte analítico en donde se evidencian datos de la magnitud del problema, con un aumento en las cifras de enfermedades crónicas, en su mayoría por la adquisición de malos hábitos y el envejecimiento de la población, que al detectarse tardíamente la atención en salud es más escasa y costosa

Por otra parte, se especifica que, a pesar de los grandes avances tecnológicos como farmacéuticos y científicos, esto no ha resuelto los problemas relacionados con el cumplimiento o seguimiento por parte del paciente del tratamiento médico que se le ha indicado.

Se suma a esto, según González & Pisano (2014) que al establecer las dificultades en la adherencia al tratamiento, han encontrado dificultades en el paciente como el no inicio, la suspensión o el abandono; todo esto debido a efectos adversos en los primeros día sin previa explicación al paciente por parte del médico quién realiza la prescripción indicaciones entre otros a la inasistencia a las interconsultas o por distanciamientos entre la programación de citas, en lo

que advierte el autor por una “acentuada práctica de la automedicación”. Que desencadena otras complicaciones para el sistema de salud como en el mismo paciente.

Es entonces, donde los autores han reconocido una deficiente adherencia por no tener en cuenta aspectos personales del paciente; de quién, se requiere la participación y aprobación en búsqueda de una mejor comunicación con el profesional para conducir a mejores niveles de adhesión.

De otra parte, otro estudio realizado por Salvadó Hernández, y otros, (2018) sobre las actitudes y el autocuidado en pacientes con insuficiencia cardiaca, confirmando resultados significativos entre las prácticas del paciente y el nivel educativo, identificando diferencias en la asimilación de la información, por lo que, concluyen con la relevancia de tener en cuenta el nivel educativo como el bajo nivel de alfabetización en salud, todo ello por múltiples factores entre otros como los socioeconómicos.

En este sentido, se hace referencia también a Santesmases y otros (2017) quienes observaron en el paciente que, sumado a su nivel educativo, se denota también el nivel de comprensión, señalándose en el paciente que posee peores autocuidados, están asociados a una inadecuada interpretación de la comunicación del equipo médico.

Así mismo, Casanova Moreno, y otros (2015) también acentúan sus hallazgos en la importancia de la educación dado que esta, en su razón de ser; puede disminuir la ignorancia del paciente sobre su de padecimiento de la enfermedad y a su vez mejora los resultados de esta.

Siguiendo con la recuperación de algunos de los estudios dentro de los antecedentes se reconoce en el realizado por Martínez Castañeda, y otros, (2016), quienes buscaron promover la modificación de indicadores clínicos en pacientes con prediabetes o Diabetes Mellitus tipo 2, mediante un programa educativo, evidenciando hallazgos con referencian a la educación, como

una herramienta útil porque fomenta el autocuidado, debido a que encontraron variaciones en los resultados con diferencias significativas entre las pruebas de antes y después del programa educativo, logrando en su estudio bajar el riesgo de desarrollar complicaciones agudas y crónicas en los pacientes participantes.

Las afirmaciones anteriores sugieren que la información dirigida a través de programas educativos a los pacientes de manera programada como aquella direccionada para reducir la desinformación sobre su diagnóstico, claridad y expectativas sobre los indicadores clínicos, al igual que atención en el manejo de los estados emocionales apoyan resultados mayormente positivos al momento de reducir la prevalencia de la enfermedad, otros tratamientos más costosos, y la evitación de muertes prematuras.

Posteriormente, los antecedentes para esta investigación se tomó como referente el estudio de la Universidad Pontificia Javeriana Bogotá realizado por Méndez, B. (2016), quien realizó la validación de un instrumento para medir la adherencia al tratamiento de con pacientes con enfermedad cardiovascular; lo que le permitió al autor, correlacionar entre diferentes factores que intervienen en el comportamiento de pacientes en su condición de salud y la reciprocidad con el ambiente, que condiciona en buena parte las respuestas a la enfermedad o los riesgos.

Sin embargo, al revisar la literatura cuando se investiga sobre adherencia en salud, la mayoría se enfoca en el cumplimiento del tratamiento farmacológico, lo cual es una mirada reduccionista. Por ello en esta investigación se abordará la adherencia como un aspecto multidimensional de las conductas para mejorar el autocuidado, empoderamiento y el cumplimiento a su tratamiento como a la enfermedad.

Por tal motivo, se conjugan estos planteamientos con el interés de la investigadora, rescatándose la perspectiva práctica, debido a la experiencia con la población del estudio,

buscando el acoplamiento de las ciencias de la salud con la educación y la pedagogía, las cuales permitan evaluar, construir y fortalecer la adherencia al tratamiento, buscando evidenciar en el empoderamiento del conocimiento de la enfermedad, incentivar las expectativas de eficacia de un tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con enfermedades no transmisibles.

En pocas palabras, el interés en mejorar la adherencia podría representar para la IPS una posible fuente importante de mejoramiento en indicadores de resultado, de cumplimiento, pero de la expectativa de salud y llevando a apuntarle a la costo efectividad en los tratamientos y para el paciente en calidad de vida.

Por tal razón; se propone desde este enfoque preliminar el planteamiento del siguiente problema de investigación. A continuación.

1.2 Problema de Investigación

Comprender las ENT desde la educación para la salud brinda herramientas necesarias y valiosas para la promoción, prevención, y manejo del paciente. Este estudio tiene esta orientación y busca, desde la alfabetización y autoeficacia mejorar la comprensión de la enfermedad, como fortalecer el concepto relacionado directamente con empoderamiento, la comprensión y el aprendizaje de la enfermedad y tratamiento.

1.2.1. Pregunta de investigación. ¿Cuál es el resultado de la implementación de una estrategia educativa desde el modelo de autoeficacia en salud y apoyada en las TIC para fortalecer la adherencia de conductas en salud en pacientes con enfermedades no transmisibles (ENT) en una IPS de Bucaramanga?

1.2.2. Objetivos

1.2.2.1. Objetivo general. Evaluar el resultado de la implementación de una estrategia educativa desde el modelo de autoeficacia en salud y de la enseñanza para la comprensión, y apoyada en las TIC para fortalecer la adherencia de conductas en salud en pacientes con enfermedades no transmisibles (ENT) en una IPS de Bucaramanga.

1.2.2.2. Objetivos específicos

- Medir el nivel de adherencia de pacientes con enfermedades no transmisibles de una IPS de Bucaramanga antes y después de la intervención educativa.
- Diseñar un programa educativo de alfabetización en salud a través de unidades didácticas para pacientes con enfermedades no transmisibles de una IPS de Bucaramanga.
- Implementar un programa educativo de alfabetización en salud a través de unidades didácticas para pacientes con enfermedades no transmisibles de una IPS de Bucaramanga.
- Utilizar una herramienta de las TIC (WhatsApp), para apoyar el programa educativo presencial.

1.3. Justificación

Los programas de salud deben tener como prioridad el prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles, como la adhesión a los tratamientos a largo plazo. Para ello se requiere impregnar no solo en el espacio de las unidades de atención con información; educación apropiada; apoyo y seguimiento por los profesionales sanitarios de varias las diferentes disciplinas (médicos,

nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas y enfermería) entre otros, sino una asignación de recursos de planificación y de mayor interconectividad permeando espacios en su hogar y trabajo, tanto para el paciente como una mayor cobertura a la familia o red de apoyo, lo que posibilita una mejor calidad de vida de los pacientes.

Las personas con ENT reciben en muchas oportunidades la prescripción de su tratamiento, pero no comprenden su enfermedad o la importancia de seguir el manejo propuesto por el médico para prevenir complicaciones o controlar su enfermedad. En este sentido las enfermedades como la hipertensión arterial, la diabetes, la obesidad, el cáncer, enfermedad renal se encuentran en aquellas denominadas enfermedades crónicas que a su vez representan el grupo de enfermedades de alto costo en Colombia por aumentar tratamientos farmacológicos, riesgos de hospitalizaciones y tratamientos a largo plazo con desenlaces adversos.

De acuerdo con esta situación, quiero parafrasear a Gómez, Pulido (2016), quien sustenta en su tesis que se deben incluir en los trabajos con pacientes estrategias para mejorar la adherencia a la medicación y en general los hábitos de autocuidado, ya que estos últimos, se puede connotar que terminan siendo claves para lo que él denomina “controles adecuados de la enfermedad”. En lo contribuye a posibilitar una mejor comunicación con un lenguaje más comprensible y evite los tecnicismos que hace que la persona no realice conductas de autocuidado en casa.

Así mismo, Crespillo García, y otros, (2013) indican que algunos resultados de investigaciones han encontrado, que los pacientes mantienen en su domicilio acumulación de fármacos, lo que apuntan a la complejidad de la pauta del medicamento, por indicaciones confusas, sea por duplicidad del tratamiento, falta de coordinación entre médico y la farmacia o por no la no comprensión adecuada del paciente, además de las creencias negativas o de contar con desinformación sobre el tratamiento.

Por lo que se siguen sumando esfuerzos en mejorar la competencias conductuales en los pacientes a la vez que las cognitivas, entendiéndose esta última con la adecuada utilización del lenguaje medio adecuado para formalizar una idea o conocimiento, de allí, es donde se justifica este estudio, seguir replanteando mejoras en la comprensión del paciente con un diagnóstico definido y con la requisición de un tratamiento que deberá ser constante y generalmente permanente, en la mayoría de los casos; pero que todo estará fuertemente influenciado por sus expectativas, creencias y estado emocionales en la adecuación a estilos de vida mayormente saludables.

Es así, como se encuentra a través de la búsqueda bibliográfica que la adherencia tiene factores de riesgo comunes y en la mayoría de las intervenciones o estudios realizados son abordados de manera independiente dando cumplimiento a meramente el aspecto informativo.

Siendo esto una situación que modo de vista del investigador continua siendo un problema, se requiere brindar más oportunidades a la población de pacientes con ENT, con estrategias educativas orientadas a su alfabetización con relación a la enfermedad que padecen y a su salud y que potencien su empoderamiento de la enfermedad y asumir conductas de autocuidado sincronizados por los objetivos terapéuticos relacionados con la toma de medicamentos, asistir a los controles programados por el programa de promoción y prevención, así mismo consultar de manera asertiva las dudas e inquietudes que posea el paciente o su grupo familiar y poder discutir sus recomendaciones específicas relacionadas con actividad física, alimentación, como el enseñar a autorregular las emociones como la ansiedad y estrés.

Por tal razón, se propone diseñar una estrategia de alfabetización en salud desde perspectiva de la enseñanza para comprensión, término incursionado por el pedagogo David Perkins quien plantea que el objeto de desarrollo de aprendizaje, tienen que ver con las acciones que necesitan

ir acompañadas de reflexión; y es desde allí que el actual estudio busca correlacionar con la autoeficacia en desarrollo de adherencia, con el fin de orientar y fortalecer las estrategias de aprendizaje en el marco del programa de promoción y prevención (Díaz, Del Real, Collazo, Gutiérrez, & Villa, 1961).

Aunado a la situación que aquí se denota, se reconoce que el papel de la enfermedad no inicia desde el diagnóstico, Y desde allí es que se hace inicia una respuesta subjetiva con lo mencionado anteriormente de la intervención intervenido con oportunidad necesaria y con modelos educativos o pedagógicos que en su mayoría tienen como finalidad un aprendizaje a partir de situación de alto impacto requiere administrar recursos personales, sociales y emocionales que se traducen desde una metodología de la enseñanza-aprendizaje en un nuevo rol de paciente o enfermo con algunas de las enfermedades no transmisibles aquí mencionadas.

Dentro de este marco, se plantea esta estrategia. cuya intencionalidad es el logro en ganar salud y prevenir el progreso de otras comorbilidades, fundamentada en la actividad educativa desde lo presencial con los recursos de la tecnología de la información y la comunicación TIC, que promueve la identificación de métodos más eficaces que pueda significar un mayor alcance desde la educación en el autocuidado; adherencia; en alfabetización en salud.

De manera similar, así como se cita en este estudio la enseñanza para la comprensión (EPC) de Perkins, quien fue el precursor de esta metodología que suele usarse más en el aula de clases, pero que, para la intencionalidad de este estudio, pretende unificar metodologías que permitan a pacientes de diferentes edades participar desde sus presaberes y sus diferentes niveles académicos, para seguir aportando estudios desde contexto más próximos a nuestra población en el mejoramiento en adherencia. a pacientes que logren mejorar la gestión del riesgo en los programas de salud.

Como se puede inferir en los resultados arrojados en las investigaciones juiciosamente elaboradas bajo el eje integrador de la adherencia. en salud, aquí consignadas como parte de búsqueda y recolección de la información confirman la importancia de integrar en las propuestas de intervención, que continúen buscando garantizar la comprensión de la enfermedad y el tratamiento a su vez que el nivel de compromiso y adherencia a la enfermedad como al tratamiento.

1.4. Limitaciones y Delimitaciones

Esta investigación tuvo como limitación el tiempo asignado para el desarrollo de las temáticas, así como el uso de las herramientas TIC entre las cuales se optó por el uso de WhatsApp que con el paso de las semanas se generaron comunicaciones poco pertinentes a los principios establecidos de parte del investigador; de otra parte la población se consideró limitada en la participación de estas estrategias debido a no facilidad de bloqueo de las agendas para el logro de la actividad presencial, debido a poca asignación de horarios lo que incidió en la cantidad de la muestra de pacientes con relación a la población universal.

No obstante, dentro de las delimitaciones, se encontró espacios para acceder, una vez al mes de manera presencial, en participación de los talleres educativos grupales, abiertos a pacientes con diagnóstico de ENT en edades entre los 45 a los 80 años, y por último que estuvieran de acuerdo mediante consentimiento informado de participación del estudio de investigación.

1.5. Definición de Términos

A continuación, se definen los términos utilizados en la presente investigación:

Adherencia: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento de este; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo.

Autoeficacia: Término introducido por el psicólogo A. Bandura pionero de la teoría social cognitiva; ampliamente estudiando en disciplinas como la psicología y la enfermería, según esta misma se considera que la autoeficacia está regulada por expectativas, como son: las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal; las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados en relación con las conductas de salud como el ejercicio, el estrés y control del dolor.

Empoderamiento: En el año 2012 la oficina regional europea de la World Health Organization (WHO) hace público el programa Health 2020 en el que se establecen objetivos de la atención hacia el paciente mejorando sus hábitos de salud, reafirmando la satisfacción de mejorar estado de conciencia en el cumplimiento de los planes terapéuticos como el uso de recursos personales para lograr la adherencia a la enfermedad y el tratamiento.

Alfabetización en Salud: La OMS señala que tiene que ver con la responsabilidad de los profesionales sanitarios en desarrollar habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud.

Enfermedades no Transmisibles (ENT): enfermedades que no se transmiten de persona a persona o de animal a persona, pero que por el impacto en la salud colectiva y altos costos de

atención se consideran de importancia en salud pública. Ejemplo: hipertensión, diabetes, tumores, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Organización Mundial de la Salud (OMS): es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial.

Prevalencia: la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado en un momento o en un período determinado ("prevalencia de periodo"). Por tanto, se distinguen dos tipos de prevalencia: puntual y de período.

UPC: es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), en los regímenes contributivo y subsidiado.

IPS: son las Instituciones Prestadoras de Servicios, entre ellas se cuentan los hospitales, clínicas, centros de servicios de salud y de emergencias, entre otros.

EPS: son empresas que brindan servicios de salud privada a los trabajadores que están afiliados a ellas, y complementan la cobertura en Salud.

TIC: se reconoce esta sigla con el término tecnologías de información y comunicación (TIC) Que proporciona a las personas que utilizan estas herramientas satisfacer necesidades que apoya las actividades en este caso educativas y de aprendizaje de los pacientes en temas de salud y autocuidado.

2. Marco Teórico

Para el desarrollo de este capítulo se tomó como tema central la prevalencia de las enfermedades no transmisibles ENT, las cuales se desarrollan en su gran mayoría, por estilos de vida inadecuados, por tal razón, desde esta problemática se realiza esta investigación que retoma el tema de alfabetización en salud por la necesidad de fortalecer estrategias de alfabetización en salud, permitiendo mayor conciencia de autocuidado; así mismo, de la relevancia y manejo oportuno; Además de las concepciones metodológicas de la adherencia terapéutica, la psicoeducación y el modelo de Enseñanza para la Comprensión (EPC), basado en competencias y desempeños como en la argumentación de los recursos tecnológicos de la información y de la comunicación TIC como apoyo de la propuesta educativa en la población a intervenir en este ejercicio de investigación.

2.1. Enfermedades no Transmisibles.

Según el Ministerio de la Salud y Protección Social, en Colombia, entre las primeras causas de morbilidad atendidas entre los años 2009 a 2013, se encontró aumento de enfermedades en personas mayores de 45 años, argumentando unas cifras con relación a hallazgos de un 49% de los ataques cardíacos y un 62% de los trastornos de tipo cerebrovascular, los cuales están causados por la hipertensión arterial, asimismo muestra que en el periodo 2005 a 2014 la diabetes mellitus provocó el 14,58% de las muertes.

Es entonces que enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) representan uno de los mayores desafíos del siglo XXI para la salud y el desarrollo, tanto por el sufrimiento humano que provocan como por los perjuicios que ocasionan en el entramado socioeconómico de los países, sobre todo de los de ingresos bajos y medianos. Ningún gobierno puede permitirse pasar por alto

el aumento de la carga de las ENT. Si no se adoptan medidas basadas en datos probatorios, el costo humano, social y económico de las ENT no cesará de crecer y superará la capacidad de los países para afrontarlo”. (OMS, 2014).

Según la clasificación de la OMS, el Plan Nacional de Salud Pública (2007-2010) y algunas instituciones médicas presentan como ENT las siguientes enfermedades:

2.1.1. Obesidad. En Colombia la Ley 1355 de 2009 define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a ésta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

2.1.2. Enfermedades Cardiovasculares (ECV). Aquellas del corazón y de los vasos sanguíneos, son: la cardiopatía coronaria, enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco (miocardio). Las enfermedades cerebrovasculares, enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro. Las arteriopatías periféricas, enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores.

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias. Aunque no hay un umbral estricto que permita definir el límite entre el riesgo y la seguridad, de acuerdo con consensos internacionales, una presión sistólica sostenida por encima de 130 mm/Hg o una presión diastólica sostenida mayor de 80 mm/Hg, están asociadas con un aumento medible del riesgo de aterosclerosis y, por lo tanto, se considera como una hipertensión clínicamente significativa.

2.1.3. Diabetes. Es una enfermedad en la que los niveles de glucosa (azúcar) de la sangre están muy altos. La glucosa proviene de los alimentos que se consumen. La insulina es una hormona que ayuda a que la glucosa entre a las células para suministrarles energía. En la

diabetes tipo uno, el cuerpo no produce insulina. En la diabetes tipo dos, el tipo más común, el cuerpo no produce o no usa la insulina adecuadamente. Sin suficiente insulina, la glucosa permanece en la sangre.

2.1.4. Cáncer. Es un término que se usa para enfermedades en las que células anormales se dividen sin control y pueden invadir otros tejidos. En la revisión de la literatura el término adherencia, se aplica en diferentes ciencias incluyendo la física en donde se señala como la resistencia que ejerce una superficie cuando un cuerpo trata de deslizarse sobre ella, asimismo se encuentran diferentes estudios desde perspectivas teóricas, fisiológicas y empíricas que indican la atención óptima con un punto reduccionista por ser abordado este concepto partiendo de lo farmacológico, posteriormente se revelan estudios desde un modelo bio-psico-social.

2.1.5. Enfermedad Pulmonar Crónica (EPOC). Es una de las enfermedades más comunes de los pulmones que causa dificultad para respirar. Hay dos formas principales: bronquitis crónica, que implica una tos prolongada con moco. Enfisema, que implica la destrucción de los pulmones con el tiempo. La mayoría de las personas con EPOC tienen una combinación de ambas afecciones. La causa principal de la EPOC es el tabaquismo.

2.1.6. Enfermedad Renal. Se presenta por varias causas, entre ellas la diabetes y la hipertensión como precursoras de la pérdida de la función renal, entendiéndose ésta como la disminución de la tasa de filtración de la categoría glomerular se define como una caída de la TFG (tasa de filtración glomerular) la progresión rápida de la progresión del aumento de la creatinina que define el estadio de falla renal de direccionar su ingreso a terapia de reemplazo.

Dentro de las ENT, se encuentran otras clasificaciones o diagnósticos diferenciales; se da claridad que para este estudio se abordaron únicamente las mencionadas anteriormente, además se excluyeron para el estudio, pacientes en tratamiento dialítico o con curso de enfermedades

neurológicas, tipo demencias, Parkinson, entre otras, para lograr la medición del impacto de la intervención del proyecto investigativo en la población.

A continuación, se relacionan los conceptos que intervienen como enfoque teórico que son determinantes para el desarrollo de factores protectores o de las conductas saludables y que conforman para este estudio un referente para la educación para la salud.

2.2. Adherencia

Para mencionar el término de adherencia, en la literatura se puede encontrar que varios autores hacían referencia a esta concepto, como en la actualidad se reconoce, relacionando que desde años que datan de tiempos de Hipócrates; considerado como el padre de la medicina, ya se hacía referencia, y para el año 1986, donde se realizó la conferencia mundial sobre promoción de la salud, se oficializó el concepto de promoción de la salud; el cual representaba para la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre ella, considerando que para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo; logrando ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente (Restrepo & Málaga, 2001).

Siguiendo esta línea, para el año 1993 la OMS lanzó la Iniciativa Internacional para la Educación en Habilidades para la Vida en las Escuelas (Life Skills Education in Schools), tratándose de una estrategia que planteó la proyección en el ámbito de la salud, teniendo como objetivo el mejorar la capacidad para vivir una vida más sana y feliz, interviniendo sobre los determinantes de la salud y el bienestar, y participar de manera activa en la construcción de sociedades más justas, solidarias y equitativas.

Siendo este modelo el que permitiría el desarrollo como la identificación de habilidades que representan diez destrezas consideradas esenciales para la promoción de la competencia psicosocial, apoyado por un enfoque educativo-práctico que desarrolla en las personas una adecuada toma de decisiones en adquisición de destrezas de comportamientos saludables, como lo son: el autoconocimiento; empatía; comunicación asertiva; relaciones interpersonales; toma de decisiones; manejo de problemas y conflictos; pensamiento creativo; pensamiento crítico; manejo de emociones y sentimientos; manejo de tensiones y estrés.

En consecuencia, a estos alcances, se empezó a cuestionar la modificación de conocimientos, actitudes y/o comportamientos de salud, los cuales podrían fundamentarse en programas psicoeducativos, lo que necesita de planeación, enfoque y unas estrategias didácticas que permitan desde la información, como hacer ajustes en los estilos de vida y en las expectativas de conducta.

El concepto de adherencia ha sido ampliamente discutido en la literatura por las disciplinas de la salud, incluyendo enfermería, medicina, psicología, terapia física y nutrición. Si bien la adherencia terapéutica según la OMS se refiere al grado en que el comportamiento de una persona con el compromiso e intención por parte del paciente en evitación de conductas de riesgo.

Siendo así, el concepto de adherencia se propone como eje transversal de este estudio; el cual aportará una evaluación de la estrategia educativa, que para el mismo, se entiende como un concepto amplio; nunca reduccionista, que abarca en el paciente sus pensamientos de autocuidado relacionado con su estilo de vida, Para este fin; se ilustra, dentro de un recorrido de las teorías más relevantes que han trascendido hasta la actualidad, mediante la Figura 1.

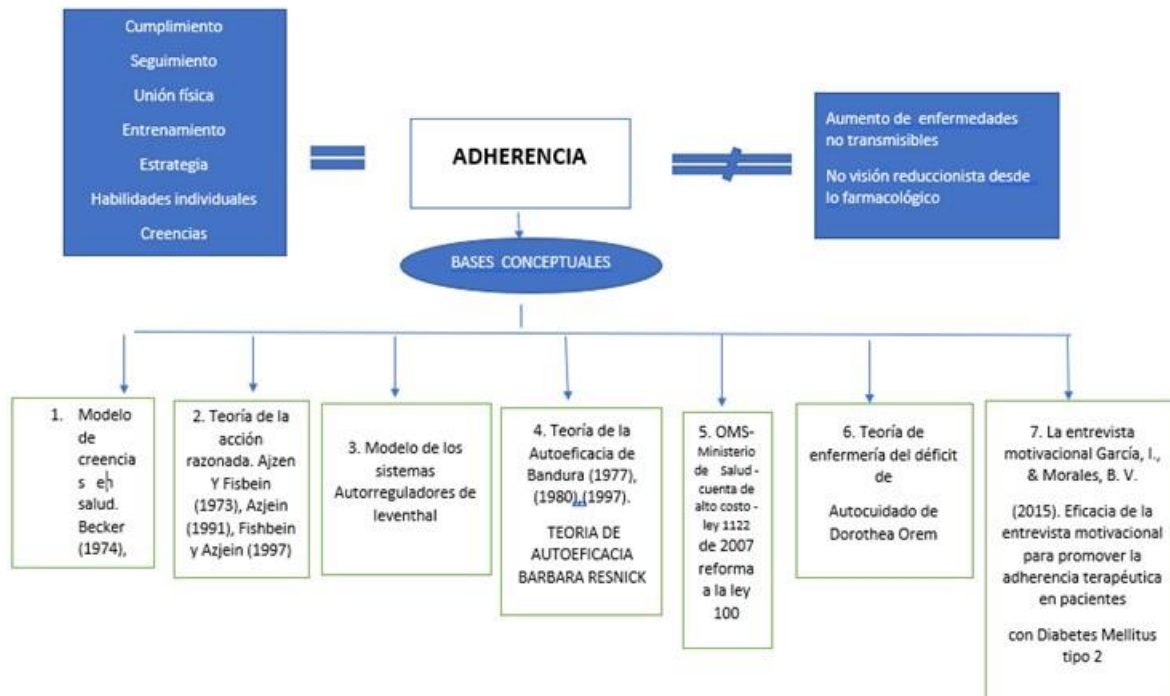


Figura 1. Mentefacto conceptual compilación sobre teorías de la adherencia

Dentro de este marco de las teorías sobre la comprensión del concepto de adherencia, se destacan algunas contribuciones, entre las cuales están:

- Es un concepto medible sobre cumplimiento de conductas esperadas, para obtener una mejor calidad de vida y reducir las comorbilidades y la mortalidad.
- Cuando se menciona el concepto de adherencia, se considera como un trabajo interdisciplinar en la atención y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles.

La adherencia se da en asociación de variables vinculadas en el individuo de acuerdo con su contexto, habilidades personales, creencias, esfera cognitiva y escala de valores conformando el estilo de vida.

De esta manera, en estudios sobre eficacia en intervenciones en salud, se argumentan que para referirse a la adherencia, se señala como un cumplimiento de los tratamientos, lo cual permite utilizarlo para estructurar programas de intervención, así mismo refieren “que se puede predecir

la falta de adherencia, si se evalúa nivel de conocimientos, autoeficacia, la motivación y las competencias del paciente, así como las creencias” (Correa, Arrivillaga, & Salazar, 2003).

De otra parte, la educación en salud se ha retomado, como meramente en función a la toma de medicación según prescripción desde la medicina, dejando muchas veces a un lado la realidad y creencias de cada paciente, develando una brecha entre el paciente y su afrontamiento a la enfermedad.

Consecuentemente, Betancurt & Pedraza (2009), señalan sobre el concepto de adherencia; que es una “conducta compleja” que se desarrolla de la interacción del paciente y los agentes de salud.

Sin embargo, se evidencian algunos vacíos en la literatura que menciona la relevancia de la adherencia en términos de educación para la salud, como punto crucial para el control de ENT, siguen siendo pocas las evidencias en el desarrollo de estrategias educativas que se implementan en los diferentes niveles de atención en salud, por los profesionales de sanitarios (enfermería, medicina, psicología entre otros), que realicen intervenciones desde la educación con el enfoque de la alfabetización de la salud basado en la adherencia de manera integral farmacológica y no farmacológica, que permita comprender la enfermedad desde la necesidad de los pacientes y que a su vez; posibilite la evitación de comorbilidades o complicaciones a largo plazo, mediante programas de educación en salud.

2.3. Psicoeducación y Empoderamiento

Siguiendo esta base argumentativa, el término psicoeducación responde al planteamiento de la propuesta teórica que ha sido influenciada por la pedagogía de la misma manera; de la disciplina de la psicología, en los procesos o acciones a nivel individual como a través de actividades educativas grupales, que hacen parte de la dinámica continua de aprendizaje denominándose en Colombia para la atención en salud los “programas de promoción y prevención”; por tal razón, es desde allí que se anhela impulsar algunos constructos y principios cognitivistas, donde reside el valor de lo pedagógico aplicada por el profesional de psicología en intervención con sus pacientes, facilitando un mejor conocimiento, aprendizaje y posterior adherencia a la enfermedad.

Con este fin, cuando se habla de psicoeducación; se puede denotar como “un proceso de acción continuo, dinámico, integral e integrador, dirigido a todas las personas, en todos los ámbitos, facetas y contextos a lo largo de su ciclo vital facilitando procesos de transformación y/o cambio social o personal” (Erausquin, Denegri, & Michelle, 2014); mencionan modalidades de intervención psicoeducativas proponen estrategias que se promueven desde la psicología educativa, es decir, lograr estrategias en los diferentes escenarios para mejorar el aprendizaje, teniendo como precedente factores que no posibilitan este proceso psicoeducativo son: la segmentación social, el debilitamiento institucional, la oferta curricular a veces de escasa pertinencia; son quienes, también conjugan problemas que, entre otros, dan cuenta de la complejidad en la que se desarrolla el sistema educativo.

Que para este estudio se resalta, es la pertinencia entre el escenario diario de los pacientes con diagnóstico de ENT y la poca información o bajo nivel de conocimiento sobre autocuidado

ajustado a sus creencias, observación de conductas, factores de riesgo individuales que en ocasiones no permite el logro de adherencia, sino el mantenimiento y empoderamiento de mejores hábitos o estilos de vida saludables.

Así se da paso a la referencia del término Empoderamiento; que de acuerdo con varios autores hace alusión, a un proceso que facilita el cambio conductual, favorece la responsabilidad y la toma de decisiones informadas a los pacientes principalmente en patologías crónicas para alcanzar los objetivos terapéuticos, los cuales se consideran como logro de la estrategia psicoeducativa cuyo objetivo es ayudar al paciente a descubrir e interpretar significaciones más abstractas, racionalizar o sistematizar sus esquemas cognitivos permitiéndole eliminar prejuicios, mejorar el cumplimiento del tratamiento, reducir el riesgo de recaídas, aliviar la carga emocional, demanda el acoplar con mayor eficiencia la praxis pedagógica a lograr la adherencia en pacientes que actualmente son diagnosticados con enfermedades no transmisibles .

“El término empowerment se viene utilizando desde los años setenta del pasado siglo en la literatura anglosajona, generalmente vinculado a movimientos sociales y políticos que denuncian una opresión y reclaman la equidad” (Beltrán, 2009).

Es entonces, este termino de empoderamiento, como lo describe Beltrán. R. (2009), se ha utilizado mayormente en construcciones sociales, existiendo una relación entre los conceptos de participación y empoderamiento, en cuanto tiene por finalidad la intervención y la participación de los individuos.

Es por esta razón que afirma Beltrán, M. R. (2009), que se hace imprescindible tener en cuenta el término de empoderamiento, dentro del marco de la promoción de la salud; siendo, que este se define como el proceso de capacitar a las personas y las comunidades para incrementar el control sobre los determinantes de salud.

Siguiendo con el aporte de Beltrán quien cita al pedagogo a Paulo Freire (1993). en su libro Pedagogía de la esperanza: un reencuentro con la pedagogía del oprimido. En donde Freire afirma “las personas en el proceso educativo pasamos de una conciencia no reflexiva a una conciencia crítica”.

Así mismo, se encuentra semejanza entre los argumentos de Nutbeam, D. y Kickbusch, I. (2000), quienes han señalado que “el empoderamiento para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud”.

Definitivamente se denota como una oportunidad en retomar y unificar conceptos para optimizar el acceso a la información, permitiendo aumentar la comprensión de la enfermedad, y, por ende, mejorar la concientización en autocuidado, como el desarrollo de estrategias educativas en aumentar la promoción de la salud o desde la prevención con la intencionalidad de disminuir comorbilidades.

2.4. Alfabetización de la Salud

La alfabetización en salud hace referencia a las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud” (Sorensen, y otros, 2012).

Seguidamente se encuentra a Falcón & Luna (2012), que hacen un despliegue del programa europeo HLS “European Health Literacy Survey” que desarrollaron una Encuesta Europea de Alfabetización en Salud basado en el desarrollo de su propia definición donde integran tres

dimensiones de la salud: 1) estar enfermo; 2) asistencia sanitaria, riesgo/prevencción de enfermedades y 3) estar sano/promoción de la salud. Este modelo conceptual de programa europeo de alfabetización en salud por componentes que se muestran a continuación en la Figura 2.

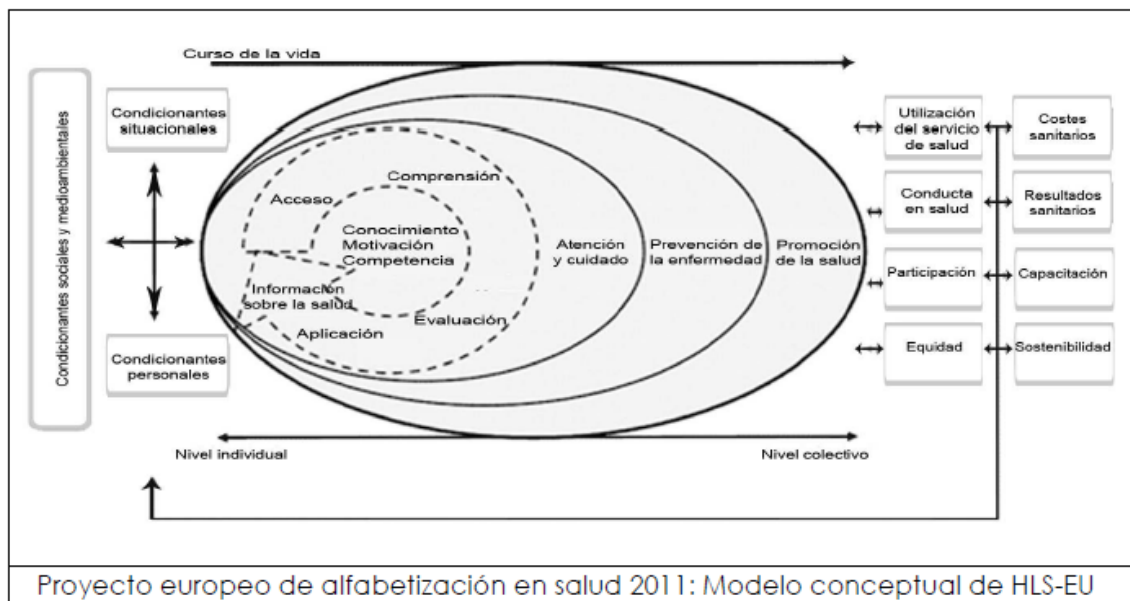


Figura 2. Modelo del concepto alfabetización en salud propuesto por HLS-EU (2012).

Adaptado de HLS-EU, (2012). "Recuperado de

https://www.researchgate.net/profile/Ignacio_Basagoiti/publication/261873718_Alfabetizacion_e_n_salud_de_la_informacion_a_la_accion/links/541a28690cf203f155ae1a15/Alfabetizacion-en-salud-de-la-informacion-a-la-accion.pdf#page=65.

Siendo este modelo el que tuvo impacto por realizar una aplicación de la encuesta en ocho países de Europa, el cual permitió señalar sobre la alfabetización en salud, la relevancia de factores socio-económicos o socio-demográficos, que requiere de un mayor compromiso por parte de todos los sectores implicados, sea del ámbito educativo como sanitario, e incluyen a la industria farmacéutica; de la alimentación; de los medios de comunicación científicos y divulgativos, y, por supuesto, de aquellos con responsabilidades políticas para aumento de la alfabetización de las personas en salud.

Sorensen & otros (2012) con su punto de vista permitieron dar una premisa sobre la alfabetización en salud, indicando que estaba enlazada a la motivación y a las competencias para acceder, entender, apreciar y aplicar la información de salud a fin de hacer juicios y tomar decisiones en la vida cotidiana concerniente a la atención de salud (Falcón Romero, Luna Maldonado, Pérez Cárceles, & López García, 2012).

De la misma línea, Sorensen y otros (2012) definen cuatro competencias básicas para el logro de mantener y mejorar la buena salud, definiéndolas como: Acceso: Habilidad para buscar, hallar y obtener información a la que se accede; 2. Entender: Habilidad para comprender la información de salud a la cual se accede; 3. Apreciar: Habilidad para interpretar, filtrar, juzgar y evaluar la información de salud a la que se ha accedido y 4. Aplicar: Habilidad para comunicar y usar la información, tomar una decisión, así como también para mantener y mejorar la salud.

Es así como, como mediante de la estimulación en programas de alfabetización en salud, la psicoeducación y el empoderamiento sobre conductas de salud, se busca el incremento de la adherencia en los pacientes con diagnóstico de ENT para focalizar un mejor aprendizaje en el afrontamiento de aquellos procesos que limitan su bienestar.

En el mismo sentido, se pueden encontrar diferentes propuestas en programas de alfabetización en salud o más conocidos en nuestro ámbito como las que se realizan en los programas de promoción y prevención; no obstante, se conoce que estos, se fundamentan; en la respuesta y/o cumplimiento de citas de control, toma de medicamentos, toma de laboratorios lo que sigue haciéndose de manera reduccionista, debido a esto, se siguen retomando en otros elementos teóricos que fortalezcan la estrategia de mejorar en la adherencia.

2.5. Programa de Intervención Educativa

Cuando se menciona el término “educación”, entre líneas se habla de necesidades educativas que responden a los problemas de las comunidades, de esta manera, en este contexto; se están incorporando las teorías y modelos de las ciencias sociales a los programas de salud, en especial de atención primaria. cuyo objetivo, sigue siendo, el de incentivar el aprendizaje, tomando de referente enfoques y metodologías que favorezcan un acercamiento real al problema, principalmente en relación con los conocimientos, las percepciones, las actitudes, los temores y las prácticas de los pacientes en el contexto social como familiar.

Uno de los exponentes más importantes en educación; promueve los desafíos que enfrentan las instituciones debido a que, se obstaculiza el conocimiento por no considerar el enfoque de la participación acción, proponiendo cambios en los modelos desde el mejoramiento de los currículos como en los procesos de formación del profesorado que puedan trasladar los valores al alumno y profundizarlos en el aula. desde el aprendizaje con reflexión en la práctica para la reconstrucción social en procesos de enseñanza-aprendizaje (Sacristán, 2011).

Parafraseando a Sacristán (2011), para resumir algunas ideas en sus publicaciones; el autor plantea la necesidad hacer una reforma educativa; que esta mejore no solo los currículos dentro del plan de enseñanza, sino que permita la capacitación de los contenidos, como la expresión de lo aprendido en determinado contexto.

Por consiguiente, este es un ápice para el desarrollo de estrategias con mayor oportunidad y pertinencia en la necesidad de seguir educando y formando competencias que desde las ciencias sociales, la pedagogía y la educación puede afianzar a programas de salud, en el siguiente

apartado se enunciara la teoría educativa que sustenta el desarrollo de la investigación para diseñar la estrategia educativa que incida en el fortalecimiento de la adherencia.

2.6. Modelo de Enseñanza para la comprensión (EPC)

Es este el modelo de Enseñanza para la Comprensión (EPC) que constituye para nuestro estudio una correlación entre el interés en alfabetización en salud y la educación con un enfoque de enseñanza- aprendizaje basado en competencias y desempeños, asociado con las teorías constructivistas, y desarrollado desde la década de los noventa en el Proyecto Zero de la Universidad de Harvard. Si bien existen actualmente múltiples experiencias en la educación básica y secundaria, su aplicación en educación superior es relativamente nueva y mucho más como modelo pedagógico institucional.

El enfoque elaborado por Perkins (1999) denominado “Enseñanza para la comprensión” es una propuesta en la reorganización de la enseñanza y de los contenidos con la finalidad de que los alumnos mejoren la comprensión, es decir, no sólo que puedan conocer determinadas informaciones, sino que puedan realizar diferentes actuaciones en relación con ellas. Entre las características más importantes de este marco de referencia se encuentran: tipo de enseñanza, preguntas, hilos conductores y la reflexión, siendo el desarrollo de esta perspectiva el modelo para la estrategia educativa de esta investigación.

En este sentido, la EPC que propone esta teoría, según Perkins (1999), pretende la comprensión de una persona en un momento determinado, en donde pueda ir resolviendo un problema, construyendo un argumento en respuesta a un desafío particular, y posibilite a mejorar

las prácticas es decir; “Comprender un tópico quiere decir ni más ni menos que ser capaz de desempeñarse en el desarrollo de la enseñanza” (Blythe & Perkins, 1999, págs. 69-92).

Por consiguiente, diferentes teóricos de la educación manifiestan que en relación con el tema: se requiere de estrategias que deben desarrollar las siguientes acciones: explicar, justificar, extrapolar, vincular y aplicar; de manera que estas, requieren ir más allá del conocimiento y la habilidad rutinaria, “comprender es cuestión de ser capaz de pensar y actuar con flexibilidad a partir de lo que uno sabe. La capacidad de desempeño flexible es la comprensión” (Perkins & Unger, 1999).

Por tal razón, esta teoría se considera acertada con la alfabetización de salud; es decir, enseñanza basada en la comprensión debe favorecer el desarrollo de procesos reflexivos; que favorecerán las conductas de salud.

Sumando a esto, Vásquez & Arango (2016), en su ponencia realizada en mayo de 2016 en Medellín; Colombia, sugieren el cuestionamiento siguiente: ¿diseñamos la educación? argumentan que se debería incluir en los proyectos educativos; la propuesta educativa conformada por información clara, práctica reflexiva, realimentación informativa, fuerte motivación intrínseca y extrínseca.

No obstante, se confunde comúnmente entre el informar y el educar, entendiéndose, que la información se centra, en un autoritarismo de quien posee todo el conocimiento lo cual permitió retomar el énfasis en educar; que a diferencia se reconoce como aquella acción que permite la interacción y la participación de saberes, dándole sentido a la intervención hacia un grupo de personas con diagnóstico de ENT; cuyo objetivo está en contribuir con el mejoramiento en el afrontamiento del paciente ante la enfermedad y el tratamiento.

Desde allí, también el planteamiento en el comprender y el transformar la enseñanza que pueda potenciar la adherencia como un aprendizaje, reiterando el alcance del desarrollo de la enseñanza unificando elementos estimulantes para mejorar y optimizar la capacidad de aprender.

Para finalizar, se destaca en la educación, el enfoque cognitivo social y su influencia en los modelos pedagógicos que han centrado el interés en lograr entender cómo funciona la mente humana en relación con el aprendizaje, siendo un exponente Albert Bandura, quien da explicación al aprendizaje social, y desde la motivación adoptó la teoría de la autoeficacia como predictor de conductas de aprendizaje lo que a continuación; se abordara para el criterio de autoeficacia en la adherencia en salud.

2.7. Teoría de Bandura de Autoeficacia

Como se conoce el pionero de esta teoría fue A. Bandura (1988). Dentro del marco de teoría cognitiva propone; que la motivación humana y la conducta están reguladas por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas: a) las expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal, b) las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados y c) las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados (Andrade Méndez, 2016).

Según la teoría de la autoeficacia, este constructo tendría influencia en las expectativas que también se relacionan con el resultado, que en parte involucra una el factor motivacional como causante del desarrollo de conductas y comportamientos favorecedores.

En este sentido, los estudios e investigaciones planteados con la expectativa de autoeficacia, en donde la búsqueda final son los resultados que dan cuenta de tratamientos eficaces en la expectativa de adherencia a la enfermedad y al tratamiento, constituyen las conductas relacionadas en este estudio a potenciar como en fortalecer, siendo el manejo de las creencias de autoeficacia.

En consecuencia, como lo argumenta Andrade M, (2016) la teoría de la autoeficacia con las expectativas de confianza, eficacia favorecen los resultados y modulan el efecto terapéutico de algunos tratamientos psicológicos y constituyen algunas conductas relacionadas con la salud que dan cuenta de las metas del tratamiento de las enfermedades no transmisibles.

Dentro de los mismos postulados; Resnick B, (2003), ya venía hablando del constructo de expectativas, siendo estas descritas como “juicios sobre la capacidad de una persona para llevar a cabo una tarea en particular que lleve a un logro y las expectativas de resultados como juicios acerca de lo que ocurriría si una tarea determinada se realiza con éxito”,

De igual manera, Achury (2015), quien publica resultados de la investigación “La entrevista motivacional y la adherencia de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio”, estudio realizado en la ciudad de Bogotá con pacientes en fase II de rehabilitación cardiopulmonar (Andrade Méndez, 2016).

El gran aporte de esta investigación fue que, a partir de ahí, se construyó la escala de validación de medición de la adherencia, cuyo instrumento se aplicó en este estudio y permitió evaluar desde las dimensiones propuesta de la teoría de la autoeficacia.

Continuando con estos aportes realizados mediante un interés compartido en mejorar pautas de adherencia en salud donde el componente farmacológico, se diseña y posibilita medir las dimensiones que agrupados en seis dimensiones denominadas expectativas y conductas de

autoeficacia, seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos, necesidad de apoyo para la adherencia, conductas de adherencia a largo plazo, manejo de las situaciones tensionantes y realización de actividad física.

Complementando, con este estudio y reconociendo los hallazgos de la validez del constructo vinculado al presente abordaje desde la enseñanza de la comprensión, se plantea la gestión e implementación de la intervención educativa con la propuesta de enseñanza para la comprensión desde el desarrollo de unidades didácticas en pacientes con quienes se busca mejorar conductas favorecedoras de autocuidado y adherencia.

Se toma como referente el concepto ofrecido por el psicólogo Albert Bandura dentro del marco de la teoría social de aprendizaje direccionada para alcanzar el rendimiento deseado sobre el desarrollo de la autoeficacia; responde a aquellos “Juicios que cada individuo posee sobre sus capacidades; y con base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (Omelas, Blanco, Rodríguez, & Flores, 2011).

Según Andrade (2016), el abordar el fenómeno de adherencia terapéutica de una forma más completa, se contemplan atributos tales como:

- 1) Expectativas y conductas de autoeficacia (creencias, toma de decisiones y conocimientos).
- 2) Seguimiento a las indicaciones del personal de salud en relación con la ingesta de medicamentos y alimentos (cumplimiento, persistencia, mantenimiento).
- 3) Necesidad de apoyo para la adherencia (apoyo social).
- 4) Conductas de adherencia a largo plazo (autoconfianza, participación del paciente).
- 5) Manejo de las situaciones tensionantes (autoconfianza, participación del paciente).
- 6) Realización de actividad física (cumplimiento, persistencia, mantenimiento).

Para el interés del estudio; estos atributos también se pueden fortalecer desde varias perspectivas logrando la interacción entre el paciente y equipo de salud. Lo que se denominan recursos digitales.

2.8. Recursos Tecnológicos de la Información las TIC en Programas de Salud

En la actualidad cada vez se vuelve más imprescindible el uso de la tecnología en las actividades diarias, no solo para las comunidades de adolescentes y/o jóvenes sino en la población adulta donde se mejora la comunicación a través de herramientas online que les acerca a sus familiares y les permite mejorar accesos y reducir desplazamientos en cualquier actividad que se requiera sea financiera o de aprendizaje.

Es así, como para las entidades promotoras de salud revisten igual importancia la entrega de exámenes de laboratorio, programación de citas y manejo de pacientes con la telemedicina.

En estudios planteados que más adelante servirán como referencia de esta estrategia y en los que se emplearon los entornos virtuales, antes denominados objetos virtuales de aprendizaje, como medios que buscan modificar la interrelación entre el personal médico y el paciente, de manera que sirvan para mejorar las prácticas de la promoción de estilos de vida saludable ya que se ha quedado en una faceta solo trasmisioncita de la educación tradicional, es decir desde la repetición de las conductas esperadas para la salud.

Apoyándose en estudios ya realizados, se retoma a Luisa Mercedes Vence Pájaro (2014), quien apunta sobre el propósito fundamental del uso pedagógico de las TIC para el fortalecimiento de estrategias didácticas es orientar y brindar la posibilidad de mejorar aprendizajes más dinámicos e interactivos para complementar el proceso de enseñanza y aprendizaje.

Se conocen actualmente algunos enfoques de la educación basada en las metodologías informáticas y más sobre la influencia en los sistemas de educación que a su vez se configuran muy rápido en la demanda de una actualización de prácticas y contenidos acordes con la nueva sociedad de la información como desafío que propone la educación como objetivo estratégicos de la Unesco en su agenda a 2030, que busca mayor cobertura como flexibilidad que permita la trascendencia positiva y sin dificultades en el acceso a las personas. (Vesuri & De Montevideo, 2016)

Siendo las TIC las que demandan una actualización de prácticas y contenidos que incentiva a la comunidad en general a trascender desde aprendices a ser expertos en usar estas metodologías que construya a través de un conocimiento colaborativo, como un enfoque que posibilita mayores espacios como condiciones entre la diada de aprender-enseñar y sigue la promoción y el desarrollo de habilidades desde la necesidad del conocimiento que articula un desafío entre el aula, los contenidos y un currículo.

De esta manera, las TIC ofrecen oportunidades de mejorar la gestión educativa con las dimensiones de aplicación de renovaciones educativas y las estrategias asociadas a la intencionalidad de los aprendizajes.

En nuestra época, pleno siglo XXI, se reconoce como la sociedad del conocimiento, no hay un solo ámbito que no haya sido impactado por este desarrollo de nuevas metodologías en el desarrollo, ya sea por su acceso, creación o multiplicación mayormente más rápido de los contenidos que se esperan dar a conocer, lo cual también a mi modo de ver debe tener siempre un mirada poco desprevenida para la creación de materiales con diseño y enfoque desde la enseñanza guiado por información veraz e intencionalidad de contenido.

En este sentido, el enfoque de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] también reconociendo esta tendencia, da un marco con objetivos prioritarios el mejoramiento sistémico de los sistemas educativos a favor de las nuevas prácticas y de la medición de los aprendizajes, en donde cada uno de los países de América Latina se visualizan en la participación e identificando propuestas para el desarrollo de la información y el conocimiento desde las TIC, es el caso de algunos como el de Costa Rica en donde es evidente el esfuerzo para incorporar las TIC, denominado su participación como el plan de informática educativa y en Uruguay con el programa conector, igualdad educativa, en Argentina el proyecto un lapton por alumno en Perú, que en Colombia se conoce como la estrategia Colombia Aprende, México como habilidades digitales para todos.

Si bien la UNESCO en su enfoque estratégico sobre las Tic en América latina y el Caribe (UNESCO, 2014) apoya en la educación condiciones para el éxito, que a su vez se develan factores como la centralidad la cual se trata de la personalización de la oferta, siendo el centro cada una de las personas y el alineamiento con los requerimientos de la sociedad del conocimiento. Dichos factores que están íntimamente conectada con las necesidades de su entorno. y abandera el objetivo de contribuir al mejoramiento sistémico de los sistemas educativos a favor de las nuevas

Encontrando aciertos desde el debate en la creación de las plataformas de e-learnig, en donde advierte sobre la importancia de producir contenidos virtuales los cuales deben tener una intención comunicativa que genera conceptos a través desde lo digital e indica características para los denominados objetos virtuales de aprendizaje, ahora denominados recursos tecnológicos de la información, pero se continúa reconociendo características que éstas deben tener: el primero auto contenibles, segundo, reutilizables, tercero un propósito educativo, cuarto

actividades de aprendizaje y quinto elementos de contexto, existiendo aún plataformas que posibilitan la creación de contenidos libres de licencia que permiten desarrollar temas de interés y compartirlos bajo la licencia de creative commons softwares libres (Chiappe Laverde A. , 2009, págs. 261-272).

En lo concerniente a los recursos de gestión del aprendizaje con el inicio y desarrollo de los objetos de aprendizaje como recursos digitales de autocontenido, con actividades y elementos que facilitan el almacenamiento, identificación y la recuperación de la información presentada.

Desde este planeamiento, los enfoques estratégicos sobre las TIC en educación en América Latina y el Caribe proponen fundamentar que los miembros de las comunidades educativas promuevan que el conocimiento no tiene un dueño de saber y que la información no está dirigida a estudiantes quienes son receptores pasivos, sino que son comunidades que construyen conocimiento colaborativo.

Este nuevo rol que proponen las TIC busca generar espacios para mejorar condiciones entre conversaciones con la intencionalidad en aprender-aprender como el desarrollar habilidades desde la necesidad del conocimiento que puede posibilitarse desde la comprensión de la enseñanza direccionada como eje de interés a tratar temas específicos.

Ainhoa Flecha Fernández (2011) refiere que la alfabetización en salud y el empoderamiento de las comunidades constituye un diálogo igualitario entre los profesionales de la salud y la comunidad, además propone que los profesionales de la salud dejen de utilizar un lenguaje técnico sobre la enfermedad y el tratamiento, lo cual dificulta la comprensión en la mayoría de los pacientes.

Esta autora también argumenta que las personas que no tienen acceso a la información son las personas que más frecuentes requieren servicios de urgencias u hospitalización porque no les

llega oportunamente en lenguaje claro las explicaciones de los riesgos de los cuidados requeridos ante la enfermedad.

De esta manera se hace relevante retomar la definición de la OMS que concibe la salud como concepto multidimensional y dinámico que incorpora el grado de que un individuo o grupo es capaz por un lado de hacer realidad sus aspiraciones y satisfacción de necesidades y por otro de adaptarse al ambiente. Es por esto que la salud se considera como un recurso para la vida diaria y no un objetivo de la vida en sí, es un concepto positivo que fomenta tanto las capacidades sociales, físicas y de índole individual.

Teniendo en cuenta este planteamiento que las tecnologías de la información en la alfabetización en salud tienen cobertura desde lo individual y lo colectivo que promueven procesos de comunicación entre los profesionales sanitarios y las comunidades de pacientes sea por riesgo de identificación o por interés en prevenir enfermedades, en este estudio se abordaron las enfermedades no transmisibles.

Como ya se ha mencionado anteriormente, el primero en hablar de psicoeducación fue Lalonde (1974) citado por Valverde, C. V. (2013) en el informe conocido como revolucionario frente a la Salud de que no estaban relacionados los factores biológicos o agentes infecciosos de hecho, remarcaba que la mayoría de las enfermedades tenían una base u origen marcadamente socioeconómico, en donde retomaba a los mismos planteamientos de Hipócrates con la necesidad e importancia de un modelo de salud holística, en donde concluye que la mejor estrategia en salud y determinantes sociales es un modelo basado en la promoción de la salud, siendo esto herramienta para enfrentarse a las mismas (Lalonde, 1981) .

Es entonces que, a más de 40 años de su propuesta, se continúa hablando de los determinantes en salud en donde se contempla actualmente desde la intermediación de la tecnología de la

información las TIC. Y en aplicaciones interoperables, tanto en ámbitos de educación sanitaria para la prevención de enfermedades, lo que implica un liderazgo y participación de diferentes actores de salud.

El término de interoperabilidad hace referencia en la tecnología de la información a la capacidad de los sistemas y a las organizaciones que permite intercambiar información y procesos de manera fácil, segura y fluida.

En Colombia, como se mencionó anteriormente, desde el año 2003 la Caja de Previsión Social y de Comunicaciones contaba con el servicio de telemedicina y también de tele-rehabilitación que apoya la asistencia en las zonas más distantes de las capitales y hasta las zonas rurales, evitando el transporte de los pacientes y reduciendo este tipo de costos entre otros factores.

Por otra parte, la informática educativa ya en el área sanitaria replantea la promoción de la salud en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las enfermedades y propone la continuidad asistencial desde la promoción de la salud como apoyo en el soporte en autocuidado y adherencia.

Según publicación de la UNESCO en su Guía Básica de Recurso Educativos Abiertos (REA) Preparado por Neil Butcher (2015) para la Mancomunidad del Aprendizaje y la UNESCO, en donde se plantea una guía de los recursos educativos abiertos los cuales han emergido como un concepto con gran potencial para apoyar la transformación educativa. Aunque su valor educativo reside en la idea de usar recursos como método integral de comunicación de planes de estudios en cursos educativos (es decir, aprendizaje basado en recursos), su poder de transformación radica en la facilidad con la que esos recursos, una vez digitalizados, pueden ser compartidos a través de la internet. Esencialmente, hay sólo una diferencia clave entre los REA y cualquier otro

tipo de recurso educativo: su licencia. Por consiguiente, los REA son simplemente recursos educativos que incorporan una licencia que facilita su reutilización, y potencial adaptación.

No obstante, mediante la internet y su mayor accesibilidad en la población suministrada por el gobierno, aunque se pueden ver páginas de entidades promotoras de la salud, para los usuarios es poco el abordaje desde la visión educativa además de propiciar interacción mediada por aprendizaje o la enseñanza de conductas que favorecen la reducción de riesgos de comorbilidades o de muertes tempranas.

Para finalizar, en este estudio se propone mejorar la interacción y la accesibilidad de los pacientes a temas pertinentes a su enfermedad, en donde puedan tener espacios de comunicación y seguimiento del riesgo desde los mismos profesionales sanitarios que le llevan su historia clínica y desde su interés ser más autónomo en su autocuidado en salud, así mismo no permita tergiversar su realidad con falsas promesas que la ciencia no puede corroborar con su tratamiento real y útil en diferentes atenciones interdisciplinarias.

3. Metodología de Investigación

En este capítulo se presenta la metodología de investigación. Se plantea un diseño cuantitativo de tipo cuasiexperimental de corte longitudinal, administración Pre-intervención-Post intervención; con una muestra de la población seleccionada según el método no probabilístico por conveniencia. Para dar respuesta a los objetivos de la investigación que se plantearon de acuerdo con la pregunta de investigación, de esta manera, se parte de la búsqueda de un instrumento o escala de medición que permita medir el nivel de adherencia de los pacientes, siendo seleccionado por la revisión de artículos relacionados con los antecedentes y estudios sobre la

temática de interés, el cual fue seleccionado como el instrumento creado por Luisa Achury (2013), el cual fue revisado y validado siguiendo el modelo desde la teoría de la autoeficacia por Andrade M (2016).

Este último consta de 38 ítems con una consistencia interna calculada empleando el coeficiente Alfa de Cronbach de 0,924, para el instrumento total y un alfa superior a 0,8 en cada una de sus dimensiones; demostrando que presenta una alta correlación, es decir, la escala demuestra un alto grado de homogeneidad. Las puntuaciones en esta escala oscilan entre un máximo de 152 y un límite inferior de 38, entre más alto el puntaje, se interpreta como mayor adherencia al tratamiento y autoeficacia para manejo de la enfermedad.

Dicho instrumento incorpora un valor significativo desde la teoría de la autoeficacia relacionada con la teoría social cognitiva incorporando seis criterios, los cuales se abordarán en la estrategia de intervención educativa.

Se tabularon los datos obtenidos en los cuestionarios y algunas variables demográficas de la población estudiada. Se calcularon medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas con distribución normal, y medianas y rangos para las distribuciones no normales, tras una comprobación con la prueba de Shapiro-Wilk. Para variables con distribución normal se aplicará la prueba T de *Student* para muestras pareadas, y para las variables que no tengan distribución normal, se aplicará la prueba Wilcoxon de signos y rangos. Para las variables categóricas se realizarán medidas de frecuencia y porcentajes. Se estableció como significativo un valor de p menor a 0.05. El análisis se desarrolló con el programa de Stata®14.0.

3.1. Hipótesis de Investigación

La implementación de programa educativo, basado en la enseñanza para la comprensión y en la incorporación de las conductas de autoeficacia, mejora la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedades no transmisibles que participan en un programa de promoción y prevención en salud.

3.1.1 Hipótesis Nula. La implementación de programa educativo, basado en la enseñanza para la comprensión y en la incorporación de las conductas de autoeficacia, no mejora la adherencia en pacientes con enfermedades no transmisibles que participan en un programa de promoción y prevención en salud.

3.1.2 Población. Pacientes con diagnóstico de Enfermedad No Transmisibles (ENT) con diagnóstico de Obesidad; Hipertensión Arterial; Enfermedad Renal; Dislipidemia, Diabetes Mellitus de una IPS en la ciudad de Bucaramanga.

3.1.3 Tamaño de Muestra. Se invitaron a participar en el estudio los pacientes con diagnóstico de ENT, que asisten con frecuencia a las citas del Programa de promoción y prevención. De ellos 21 personas, aceptaron participar en el estudio. La participación se formalizó a través de la firma de un consentimiento informado (Ver anexo D).

3.1.4. Criterios de Elegibilidad. Se parte de una muestra por conveniencia, a un primer taller en el cual se les explicaron los objetivos del estudio y se les leyó el consentimiento informado

3.1.5 Criterios de Inclusión. Los siguientes son los criterios de exclusión: Cuadro de operacionalización de variables (ver anexo F)

- a) Pertenecer a la EPS a quien la IPS presta sus servicios.

- b) Estar inscrito en el Programa de pacientes crónicos de la IPS.
- c) Padecer de alguna de las siguientes enfermedades.
 - Hipertensión arterial.
 - Enfermedad cardíaca.
 - Diabetes.
 - La obesidad.
 - Enfermedad renal.
- d) Edades entre 30 a 80 años.
- e) Asistir a controles de atención primaria.
- f) Aceptar participar en el estudio mediante consentimiento informado.
- g) Aceptar ser contactados telefónicamente
- h) Manejo del WhatsApp en sus teléfonos móviles, directamente o con la ayuda de un familiar cercano

3.1.6 Criterios de exclusión. Los siguientes son los criterios de exclusión:

- a) Paciente con enfermedades neurológicas o psiquiátricas que afecten su esfera mental.
- b) No asistir a más de dos de las actividades educativas.
- c) No tener diagnóstico de ENT

Variable dependiente: definida por el instrumento de medición “Escala de adherencia” donde se observa en función de las puntuaciones obtenidas por los sujetos en cada intervención pre-intervención- post-intervención.

Variable independiente: definida por el programa de intervención educativa, basada en seis sesiones en el modelo de enseñanza para la comprensión, teniendo como referente a los seis criterios de la teoría de la autoeficacia para fortalecer la adherencia.

3.2. Intervención: Programa educativo a través de la elaboración de las guías didácticas

Con base en la teoría de la autoeficacia y en la enseñanza para la comprensión, la estrategia de intervención educativa fue la creación de unidades didácticas para seis sesiones de talleres grupales. Con estas actividades se buscó empoderar el paciente en conductas favorables, que dan cuenta de una mejor adherencia. El programa que identificó con la sigla PADHEC (Programa de adherencia). De la mano con este abordaje, se creó un grupo de WhatsApp para incentivar el cumplimiento o seguimiento de las conductas favorables, y actividades tales como recordatorios de citas a programar según su riesgo, la toma de laboratorios, práctica de actividad física, o recomendaciones nutricionales, entre otras. (Véase Anexo E).

3.2.1 Procedimiento.

- 1) Diseño de los talleres educativos.
- 2) Contacto con los pacientes: en donde se les explicó su participación en el estudio
- 3) Firma del consentimiento informado
- 4) Aplicación del instrumento de adherencia (Pre-intervención)
- 5) Creación de un grupo de WhatsApp.
- 6) Implementación de los talleres educativos.
- 4) Aplicación de la escala post intervención.
- 5) Análisis y resultados de los datos cuantitativos arrojados.

Para el tratamiento estadístico de los datos, en primer lugar, se realizó un análisis de los resultados de la pre-intervención teniendo en cuenta las variables cuantitativas (media y desviación típica) y se comparó con la prueba post-intervención educativa.

3.2.2 Material Educativo.

De acuerdo con la teoría de aprendizaje para la comprensión, se propuso el desarrollo de las guías didácticas que plantean el desarrollo de la una mejor adherencia basado en los principios de autoeficacia del instrumento o escala aplicada. (Ver anexo C).

El programa educativo se llevó a cabo a manera de talleres en seis momentos como se muestra en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..**

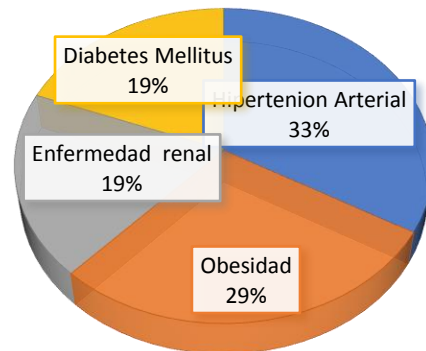
4. Análisis y Discusión de Resultados

Se presentan los resultados de la investigación realizada apuntados hacia el mejoramiento de conductas saludables en pacientes con ENT. Para estar en contexto, la pregunta de investigación del presente estudio fue ¿Cuál es el resultado de la implementación de una estrategia educativa desde el modelo de autoeficacia en salud y apoyada en las TIC para fortalecer la adherencia de conductas en salud en pacientes con enfermedades no transmisibles (ENT) en una IPS de Bucaramanga?

4.1 Demografía de la Población Estudiada

Se recopilaron los datos de los participantes del estudio (n=21) conformado por 8 hombres (38.10%) y 13 mujeres (61.90%). La media de las edades se encontró en 56 años siendo 32 años el valor mínimo y 70 el valor máximo. Los diagnósticos de los participantes se indican desde el más hacia el menos prevalente. A continuación, se muestra en la Figura 3.

DIAGNOSTICOS DE ENT DE PARTICIPANTES

**Figura 3. Resultado de puntajes de prueba Post-intervención**

En esta grafica se señala los diagnósticos de los participantes, en donde las enfermedades se distribuyeron entre la hipertensión arterial con 7 individuos (33.33%), obesidad con 6 (28.57%) y enfermedad Renal y Diabetes con 4 (19.05%) cada uno; los pacientes fueron clasificados por su primer diagnóstico de ENT en caso de coexistencia de morbilidades

Con respecto a estos hallazgos, son similares a los encontrados por Andrade M, (2016), quien es un estudio similar igualmente tuvo una mayor participación de pacientes con enfermedad cardiovascular, lo que indica que estas enfermedades constituyen un alto porcentaje dentro de las ENT y tienen una alta prevalencia en la población colombiana. Es por esto, que muchos estudios en la actualidad se enfocan en este tipo de enfermedades buscando disminuir los índices de muertes prematuras, así como incentivar una mejor adherencia a programas de salud pública.

Así mismo, Viveros G. (2011) en su estudio “para medir la Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos sociocognitivos de creencias en salud” afirma que la HTA es responsable de un 35% de las muertes prematuras en la población y causa de incapacidad además de representar alto costo en su tratamiento farmacológico. Así mismo en su estudio sobre adherencia en salud también se evidenció una mayor participación de las mujeres (63%). A su vez, Méndez B. (2016) también encontró una mayor participación del género femeninos (51,2%) y además menciona en su estudio de validación de la escala de adherencia, que menciona que la

enfermedad más frecuente dentro de las enfermedades cardiovasculares es la enfermedad coronaria con una representación total en su estudio de un 68,8%. Los anteriores resultados podrían interpretarse como un mayor interés en el grupo de las mujeres mejorar conductas favorables en salud.

Así mismo se corrobora que la hipertensión arterial es la enfermedad con mayor incidencia y prevalencia en las diferentes poblaciones en donde se ha abordado el interés en buscar mejoramiento en la adherencia o cumplimiento de conductas que disminuyan riesgo.

De otra parte, la mayor parte de los pacientes participantes en este estudio tienen una edad por encima de los 40 años, lo que corrobora que las ENT afectan principalmente a personas adultas y a la tercera edad y que este grupo muestra interés por participar en programas que mejoren su estado de salud.

4.2 Intervención Educativa con Relación a la Adherencia al Tratamiento y Conductas Favorables

Esta investigación se llevó a cabo con una muestra de 21 individuos, a quienes se les convocó a participar en una intervención psicoeducativa a través de la modalidad de talleres. La muestra se obtuvo mediante el contacto individual y la invitación a participar, de los pacientes que forman parte del Programa de crónicos de la IPS, no solo desde el área de psicología, sino del equipo (Nutrición y Trabajo social) de los programas de riesgo. En general en estos programas la población que asiste a talleres grupales es mínimo y pueden oscilar entre 2 a 10 máximo, por lo que se consideró que hubo una buena respuesta a la convocatoria por parte de esta población. Adicionalmente a la participación presencial a los talleres, se buscó apoyar esta intervención

(llamada PADHEC, Programa de adherencia) con las TIC, específicamente con un grupo de WhatsApp, lo que permitió recordar y programar la asistencia a los talleres, compartir información relevante, motivar conductas saludables etc.

Para el desarrollo de cada taller, se relacionaron los contenidos que hacen parte de la EPC, como son el desarrollo de los hilos conductores, los tópicos generativos, desempeño de comprensión, las metas de comprensión y la evaluación continua. Las unidades didácticas del PADHEC se pueden observar en el anexo C. Las fotografías de los talleres presenciales para el desarrollo de la intervención, así como algunas imágenes de los contenidos del WhatsApp y la página creada por la investigadora se ubican en el Anexo E.

El objetivo del uso del WhatsApp fue apoyar los procesos de aprendizaje, recordar la importancia de seguir las indicaciones terapéuticas, reforzar conductas saludables, recordar citas y talleres y solucionar dudas e inquietudes.

Los 21 pacientes fueron incluidos en el grupo de WhatsApp, pero en algunos casos la gestión la realizaba un familiar más cercano al uso de la herramienta igualmente se incluyeron al personal de trabajo social y nutrición al grupo. Una de las estrategias utilizadas en el grupo fue preguntar a los pacientes sobre conductas deseadas en su terapia o saludables, por ejemplo: ¿quién ya desayunó?, ¿quién ya realizó actividad física? ¿qué alimentos saludables consumieron hoy? Etc.

Sin embargo, aunque la participación de la investigadora fue activa, sólo 5 pacientes participaron activamente, respondían con rapidez a las preguntas, reflexiones o invitaciones a actividades. Adicionalmente, es inevitable que este espacio se convierta en una plataforma para discusiones de otro tipo (política, religión deporte) así como para enviar cadenas de múltiples contenidos, a pesar de las advertencias y reglas establecidas desde el principio.

Se observó que, con el paso del tiempo, disminuyó la participación de los pacientes o familiares, y no fue posible corroborar en qué medida los mensajes enviados fueron realmente apropiados por los participantes, influyeron en mejorar la adherencia y realmente tuvieron el impacto esperado en términos de apoyar la intervención psicoeducativa realizada en los talleres presenciales. Tres pacientes se retiraron del grupo a los dos meses, por razones que no fueron esclarecidas.

Para el siguiente objetivo propuesto, en donde se proponía ejecutar el diseño del programa educativo, con estrategias en alfabetización en salud, y que además permitan empoderar a profesionales sanitarios en el manejo de teorías de la educación. Esta estrategia se basó en el desarrollo de unidades didácticas, que fueron desarrolladas en los talleres presenciales y reforzadas a través de mensajes en el WhatsApp.

La intervención educativa se diseñó en concordancia con los temas planteados en el instrumento de adherencia seleccionado, el cual está adaptado y validado en población colombiana, y tiene una alta confiabilidad y validez, además de ser coherente con la intención de medir la adherencia desde el concepto de autoeficacia, ampliamente expuesto anteriormente; y que además retoma el planteamiento del uso de la terminología relacionada con la alfabetización en salud desde la teoría de educación de la enseñanza para la comprensión.

De esta manera, las unidades didácticas, que se diseñaron se relacionaron con los seis criterios que la prueba contempla; y su desarrollo se llevó a cabo durante los talleres mensuales programados de entre enero a junio de 2018, según se muestra en la Figura 4.

De este modo, cada dimensión permite el mejoramiento de la adherencia o cumplimiento terapéutico a la enfermedad. Las unidades didácticas, así como los criterios seleccionados, se detallan en la Tabla 1.

CRONOGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA MEJORANDO LA ADHERENCIA Programa PADHEC	
TALLERES: INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA	MES
Que es la enfermedad y por que es importante el tratamiento farmacológico y no farmacológico en régimen terapéutico.	Enero
Que es la adherencia terapéutica y el empoderamiento de la enfermedad y el tratamiento Relacionado con la expectativa de autoeficacia.	Febrero
El cuidado de mi salud, que debo conocer: Como mejorar los indicadores clínicos, evitar el progreso de la cronicidad de la enfermedad desde el mejoramiento de conductas favorables en estilo de vida.	Marzo
La familia y las redes de apoyo en el cuidado de mi salud en la permanencia en el tratamiento.	Abril
Afrontamiento de la enfermedad en la percepción del riesgo del diagnóstico de la enfermedad y tratamiento.	Mayo
Manejo de estrés y técnicas de auto regulación emocional desde el mejoramiento de estilos de vida estrategias de autocuidado..	Junio

Figura 4. Programación de talleres Programa PADHEC

Tabla 1.

Compilación de criterios a evaluar en la escala de adherencia.

Columna A	Columna B
a) Unidad didáctica 1: Que es la enfermedad y por qué es importante el tratamiento farmacológico y no farmacológico en régimen terapéutico.	Criterio 1: Expectativas de resultado en el tratamiento farmacológico y no farmacológico
b) Unidad didáctica 2: Que es la adherencia terapéutica y el empoderamiento de la enfermedad y el tratamiento Relacionado con la expectativa de autoeficacia.	Criterio 2: Expectativas de autoeficacia en el tratamiento farmacológico y seguimiento
c) Unidad didáctica 3: El cuidado de mi salud, que debo conocer: Como mejorar los indicadores clínicos, evitar el progreso de la cronicidad de la enfermedad desde el mejoramiento de conductas favorables en estilo de vida.	Criterio 3: Expectativas de autoeficacia con el ejercicio Físico y necesidad de apoyo
d) Unidad didáctica 4: La familia y las redes de apoyo en el cuidado de mi salud en la permanencia en el tratamiento.	Criterio 4: Expectativas de autoeficacia con la alimentación y permanencia en el tratamiento

Columna A	Columna B
e) Unidad didáctica 5: Afrontamiento de la enfermedad en la percepción del riesgo del diagnóstico de la enfermedad y tratamiento.	Criterio 5: Percepción del Riesgo.
f) Unidad didáctica 6: Manejo de estrés y técnicas de auto regulación emocional desde el mejoramiento de estilos de vida estrategias de autocuidado.	Criterio 6: Expectativas de autoeficacia para el manejo del estrés.

De esta manera, con relación a la estrategia de enseñanza para la comprensión, se buscó desde su eje la selección de conceptos específicos que estén fusionados con la práctica, dado que tiene por intencionalidad unir la acción y los pensamientos, y las preguntas permiten presentar el enfoque didáctico de la intención educativa.

Las actividades realizadas buscaban involucrar activamente a los pacientes, tanto dentro del taller, como en el desarrollo de su compromiso con su propio proceso terapéutico y asegurando una alta comprensión, para lograr aplicar estos conocimientos y conductas en su cotidianidad y desarrollar la autoeficacia, que fue un factor que se encontró como mayor representación en la aceptación de la enfermedad y del tratamiento.

De acuerdo con la teoría de EPC, las actividades son centradas en tareas de contextos reales, como lo argumenta Perkins & Unger, (1999); parafraseando sus ideas lo que se busca, es el dominio del pensamiento, que permita resolver situaciones desde la iniciativa de explorar, criticar e imaginar lo que predispone mayor desarrollo de las habilidades cognitivas.

Se resalta nuevamente que la intervención educativa, la cual se diseñó teniendo en cuenta los contenidos de la escala de adherencia (presentados como ciclos), atendiendo a hilos conductores, tópicos generativos, y se plantearon en cada ciclo las metas y desempeños de comprensión.

A continuación, se muestran los resultados en la escala de adherencia aplicada a los participantes el inicio del estudio y posterior a la intervención. Se realizó una comparación entre

el puntaje total en el cuestionario después de haber recibido la intervención educativa (promedio= 136.66 DE: 3.27, Rango=129-144), versus el puntaje para ese mismo cuestionario, previo a la intervención (promedio= 88 DE: 5.77, Rango=74-100). El resultado para ambos puntajes se distribuyó de manera normal, por lo tanto, se realizó una prueba t pareada para encontrar si hubo diferencia significativa en el puntaje obtenido ($t= 41.82$ grados de libertad= 20, $p= <0.001$).

Con relación a los criterios del instrumento de evaluación de la adherencia al tratamiento en ENT se encontró los resultados que se consignan en la Tabla 2. Teniendo en cuenta el tamaño muestral se realizó prueba gráfica de histograma para observar la distribución de los datos de cada criterio, encontrándose que ninguno de ellos tenía una distribución normal, por tal razón se escogió la prueba de rangos y signos de Wilcoxon.

Tabla 2.

Resultados del promedio de puntaje para cada criterio y momento de aplicación del instrumento de medición de adherencia.

Variable	Promedio	Desv. Estándar	Wilcoxon signo y rango	
			z	P
Criterio 1 PRE	2,21	0,19		
Criterio 1 POST	3,59	0,26	4.022	0.0001
Criterio 2 PRE	2,48	0,20		
Criterio 2 POST	3,65	0,14	4.035	0.0001
Criterio 3 PRE	2,42	0,32		
Criterio 3 POST	3,69	0,10	4.015	0.0001
Criterio 4 PRE	2,33	0,26		
Criterio 4 POST	3,55	0,24	4.021	0.0001
Criterio 5 PRE	2,43	0,21		
Criterio 5 POST	3,80	0,14	4.086	0.0001
Criterio 6 PRE	1,88	0,26		
Criterio 6 POST	2,95	0,26	4.036	0.0001

A continuación, se describen los resultados encontrados en cada uno de los criterios incluidos en la escala de adherencia aplicada: se muestra en la Figura 5

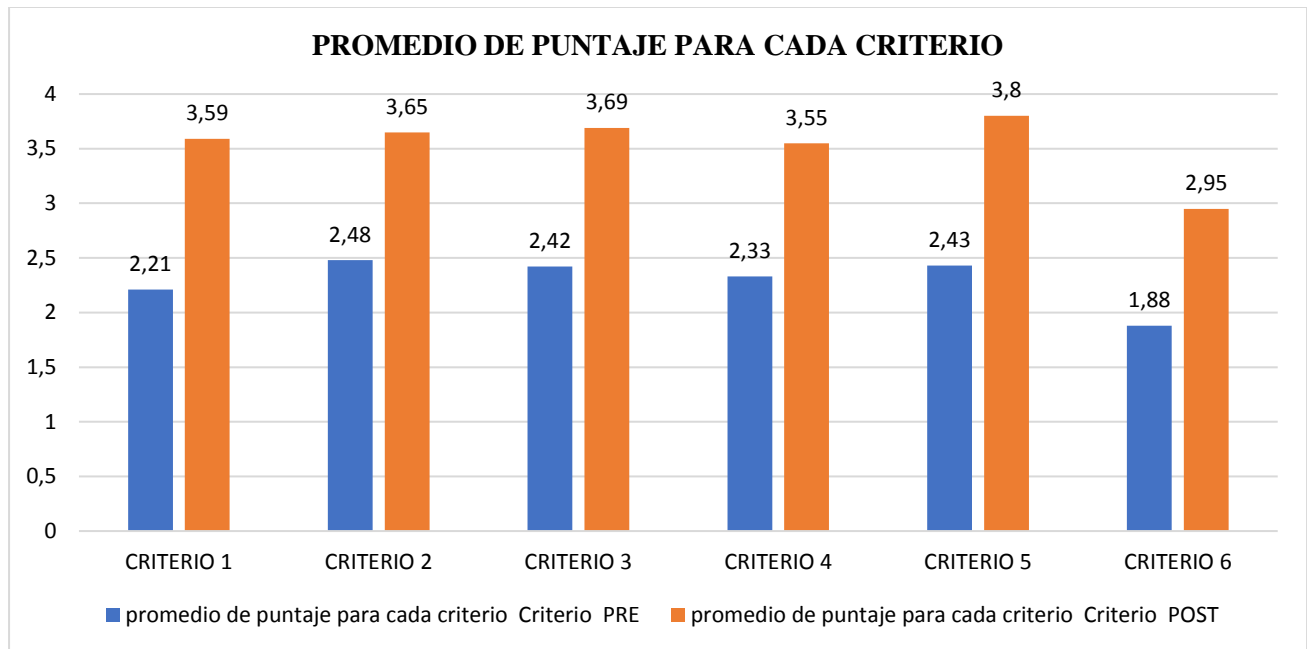


Figura 5. Resultados globales de la escala de adherencia Pre-intervención y Post-intervención

Criterio 1: Relacionado con expectativas de resultado en el tratamiento farmacológico y seguimiento, se encontró una puntuación promedio de 2.21 y posterior a la intervención fue 3.59 (Prueba de Wilcoxon, $z=4.022$, $p=0.0001$), encontrándose a la intervención como eficaz en la mejora de este criterio.

Criterio 2: Relacionado con la expectativa de autoeficacia en el tratamiento farmacológico y seguimiento. Se encontró una puntuación promedio de 2.48 y posterior a la intervención de 3.65 (Prueba de Wilcoxon, $z=4.035$, $p=0.0001$), evidenciándose un aumento en la expectativa de autoeficacia en la población estudiada.

Criterio 3: Expectativas de autoeficacia con el ejercicio físico y necesidad de apoyo. La puntuación promedio fue de 2.42 y posterior a la intervención de 3.69 (prueba de Wilcoxon, $z=4.015$, $p=0.0001$) debe tenerse en cuenta que el tipo de pregunta que constituye el cuestionario en este criterio, en las cuales recae la responsabilidad de autocuidado en cuanto a ejercicio físico, alimentación y necesidad de apoyo en el consumo de medicamentos. En este criterio las

preguntas están construidas ubicando al paciente como sujeto pasivo de su condición, y lo esperado tras la intervención educativa es que tome un rol activo en el manejo de su enfermedad lo cual se evidenció por menor frecuencia en las respuestas de “siempre” o “casi siempre” tras la intervención educativa.

Criterio 4: Expectativas de autoeficacia con la alimentación y permanencia en el tratamiento. El promedio fue de 2.33 y posterior a la intervención de 3.55 (prueba de Wilcoxon, $z=4.021$, $p=0.0001$), representando una mejoría en los hábitos y preferencias de alimentación, y seguimiento de las recomendaciones dadas por el equipo de salud, encaminándose hacia un estilo de vida saludable.

Criterio 5: Percepción del Riesgo. El promedio fue de 2.43 y posterior a la intervención 3.80 (prueba de Wilcoxon, $z=4.086$, $p=0.0001$) lo cual se correlaciona con una mayor sensibilidad para identificar conductas riesgosas como tabaquismo, sedentarismo, irregularidad en la toma de medicamentos, entre otros, que pueden empeorar la salud como son las enfermedades cerebrovasculares y eventos coronarios que merman la esperanza y calidad de vida de las personas con ENT.

Criterio 6: Expectativas de autoeficacia para el manejo del estrés. El promedio fue de 1.88 y posterior a la intervención 2.95 (prueba de Wilcoxon, $z=4.036$, $p=0.0001$) que señala la adquisición de hábitos y actitudes más favorables para lidiar con el estrés, ya que este tipo de condición puede generar efectos deletéreos en la salud de personas con ENT.

Como se mencionó anteriormente la estrategia educativa fue diseñada a partir del modelo de autoeficacia, y con una orientación a partir de la teoría de Enseñanza para la comprensión (EPC), y con elementos de la alfabetización en salud. Como evidencian los cambios en los puntajes en

la escala de adherencia antes y después de aplicación de esta estrategia, se observa un mejoramiento de la adherencia.

Así, los resultados permiten corroborar la hipótesis planteada en esta investigación con relación a los resultados favorables de la educación para la salud en términos de mejoría en hábitos y conductas saludables, mejor autocuidado, adherencia al tratamiento farmacológico; así como en el empoderamiento que incentivó la psicoeducación y la alfabetización en salud en cuanto a ENT.

La intervención educativa con el apoyo de las TIC igualmente fortaleció el compromiso de los pacientes con la asistencia a controles, la confianza en el equipo profesional y una comunicación más fluida de sus dudas e inquietudes bien sea a través del WhatsApp o en los encuentros presenciales.

Estos resultados están en consonancia con las políticas y orientaciones de la OMS que señalan que es importante la “responsabilidad de los profesionales de sanitarios en el desarrollo de habilidades sociales, cognitivas que determina la motivación y la capacidad para que una persona pueda acceder, entender y utilizar la información que permite promover y mantener la salud”.

5. Conclusiones y Recomendaciones

El presente trabajo permitió dar un aporte a la salud, entendiéndose que en la actualidad los programas de promoción y prevención en Colombia han demostrado brechas importantes entre el aumento en el aseguramiento de la salud de la población; y las cifras en el aumento de la prevalencia de enfermedades, las cuales hicieron parte de este estudio como hipertensión arterial, diabetes, enfermedad renal, la obesidad y la dislipidemia que se tuvieron en cuenta en este estudio.

Por tal motivo, se plantea la importancia en notificar al paciente cuando se realiza el diagnóstico, además de registro a las actividades educativas., la inscripción a los programas de gestión del riesgo, que conforman una adecuación inicial en la información que el paciente y de su familia requieren recibir, permitiendo en el paciente reconocer su condición de salud.

Así mismo, por las características personales, los conocimientos previo o presaberes, sumados a los estados de estrés o ansiedad que proporciona la información sobre el padecimiento de la enfermedad, unido a la baja adecuación de conductas favorables relacionadas con el autocuidado, hábitos de consumo de alcohol, cigarrillo, baja actividad física asociado al sedentarismo, entre otros; siendo esto señalado en los resultados durante la pre-intervención, con una baja percepción del riesgo del paciente, además de la baja expectativa de tratamiento farmacológico o lo que sucedió con el criterio 3 expectativas de autoeficacia, donde aumento su nivel de autocuidado en elemento de la post-intervención, indicando el aumento del rol activo en el paciente.

Por esta razón, la relación con los factores que están presentes en la enfermedad se reconocen como multicausales, teniéndose en cuenta, qué no solo, se aborda el tema desde la información iniciando con el diagnóstico, tratamiento, sino desde la educación; y que este mismo tiene como propósito lograr mejores condiciones para mantener la salud, desde la comprensión del padecimiento de una enfermedad de y la necesidad de un tratamiento el cual va a ser permanente

En las enfermedades crónicas

En este sentido pueden evidenciarse, diferentes alcances para mejorar la salud del paciente desde el autocuidado y la adherencia al tratamiento, planteándose como la base de ambos, la educación permanente, esto referencia que para ello debe haber anualmente una planeación de la instituciones, como una asignación de rubro financiero, así mismo, de la apertura de agendas

de los profesionales del equipo multidisciplinario, al igual que tiempo asignado, para seguimiento al riesgo, y sobre todo de la programación de cronograma de las intervenciones grupales, además de ser cuidadosamente direccionada con teorías que incluyan variedad de modelos. Siendo una herramienta para el aprendizaje en la propuesta de una mejorar que trasciende la información consignada en la consulta, sino en la comprensión del paciente, permitiendo menos desenlaces desalentadores como lo son las cifras que nos muestra la OMS en sus informes de prensa.

Si bien es cierto, que como se demostró en el presente estudio, los programas educativos basados en la alfabetización en salud, la búsqueda de la autoeficacia, y la enseñanza para la comprensión pueden fortalecer los programas diseñados para los pacientes con ENT, y los resultados en términos de adherencia. Por consiguiente, desde la aplicación del modelo de enseñanza para la comprensión (EPC), el cual fue la base metodológica para el diseño de las unidades didácticas, las cuales responden a la estrategia educativa denominada “alfabetización en salud”; considerándose esta, como el vehículo de la información; que se desea enseñar y transformar aptitudes como desempeños auto eficaces en conductas; Además que posibilito en este caso, que cada paciente se sintiera como un educando, permeando en el escenario clínico de atención de una IPS. Esta orientación permite una mejor relación entre el que posee la información, y el otro quien la desea comprender, y un mayor afianzamiento de aquello que se quiere enseñar y a aquello que se requiere aprender.

Adicionalmente es importante penetrar otros escenarios, en temas de educación para la salud, fuera de las IPS, como las familias, el lugar de trabajo, las escuelas, universidades, en donde estas estrategias educativas impacten realmente en una verdadera promoción de la salud y en la

prevención de las enfermedades más prevalentes en la población y así aunar esfuerzos para mejorar la salud global de la población.

En consonancia con estos planteamientos, Falcón et al (2012), señalan que “el empoderamiento para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud”. Por su parte, en los objetivos de la OMS para la agenda 2030, se destaca el interés en la práctica y el fortalecimiento de la salud, con programas pedagógicos, planteados desde la creación de currículos y unidades didácticas, con enfoques pedagógicos de enseñanza-aprendizaje direccionados a poblaciones específicas.

De igual manera, la educación para la salud debe orientarse hacia la optimización de los recursos que ofrece el sistema de salud, como por ejemplo los niveles de atención, y actividades como el cumplimiento de citas y la programación de actividades en los programas de Promoción y prevención. Es decir que los mayores esfuerzos se dirijan realmente a estos dos objetivos y no solo se direccionen para recibir un tratamiento farmacológico.

Si bien, como se expuso en el capítulo de antecedentes y marco teórico, existen muchos tipos de intervención educativa, pero se quiere enfatizar en la importancia de instaurar estrategias que incluyan una oportuna psicoeducación y factores como la autoeficacia que, a su vez, incorpora criterios de autoconfianza, expectativa y percepción del riesgo.

Otro aspecto importante que destacar con relación a la estrategia educativa diseñada es qué es importante que converjan los esfuerzos de todo el personal de salud incluyendo psicología, enfermería, medicina, nutrición, trabajo social etc., con el objeto de lograr mejores resultados en términos de la resolución o evolución de la enfermedad, la prevención de complicaciones, el autocuidado de la salud, la adherencia a la terapia formulada, entre otros. Con actividades en las cuales la cotidianidad de un paciente con ENT pueda ser tema de reflexión y en los cuales no

solo la enfermedad sea objeto de educación, sino que se mire más integralmente al paciente y su entorno, y se logre un mayor empoderamiento de los pacientes y sus allegados.

Se espera que los resultados motivadores de este estudio sirvan de punto de inicio de otras investigaciones con un mayor número de pacientes y donde se aborden otras estrategias educativas orientadas a mejorar el aprendizaje de los pacientes, las cuales ojalá tengan en cuenta la enseñanza para la comprensión, así como la alfabetización en salud. Como lo menciona Giada P (2015), se deben buscar estrategias no solo desde la sintomatología, sino estimular a las personas a ejecutar y empoderarse de su cambio de comportamiento que mejoren el cumplimiento y autoeficacia para el desarrollo de hábitos saludables.

Para concluir, la atención primaria en salud debe mejorarse desde la búsqueda del propósito de educar al paciente; buscando que este reconozca las expectativas de salud de acuerdo con el diagnóstico de una enfermedad que padece, en donde logre identificar las expectativas de tratamiento farmacológico, que mejore su percepción de riesgo, que cuide sus niveles de estrés, con el fin de lograr su empoderamiento de autocuidado; de igual manera, que desde esta intervención puedan estar enfocados mayormente la salud y a su vez, concederían un impacto significativo en términos también de costo/efectividad, reducción de brechas como inequidad entre otros., así como mayor control de los desenlaces adversos.

Es así, como se confirma la necesidad de un mayor direccionamiento hacia la implementación de programas en la mejora de un proceso de enseñanza-aprendizaje para el paciente; en donde, este no sea, solo una requisición contemplada en la ley del SGSSS en Colombia, sino, la oportunidad en lograr efectividad y eficacia teniendo en consideración los resultados arrojados en este estudio y por consiguiente en los realizados hacen sobre la validación y medición de la adherencia de los pacientes, encontrándose respuestas poco favorecedores.

En este punto, se observan las ventajas que esta investigación arroja en términos del alcance para lograr participación y comprensión; así mismo por la innovación en la implementación de la estrategia educativa, con base teórica de enseñanza para la comprensión que apunta hacia retomar el enfoque de alfabetización en salud, como herramienta direccionada desde la misma IPS, la cual tenga mayor apertura con recurso tecnológico, que permitan motivar que mantenga diferentes canales de comunicación y mejore la interconectividad con el equipo de profesionales en salud, para fácil acceso, y funcionalidad desde el enfoque de educación para la salud.

Por último, se hace relevante destacar la proposición final de este estudio de investigación que “A mayor alfabetización en salud con estrategias educativas se determina un mayor nivel de adherencia”.

Para dar algunas recomendaciones, se debe ajustar desde la organización de las IPS la asignación de mayores recursos y escenarios que mejoren la participación de los pacientes en estos programas educativos, como por ejemplo contar con creación de incentivos para motivar su participación en los talleres, como diplomas de asistencia entre otros dirigidos a pacientes como a profesionales de salud.

La segunda recomendación es multiplicar estos esfuerzos educativos con todos los profesionales de salud, así como en las escuelas de medicina, enfermería, psicología etc. orientando y aunando los esfuerzos hacia la educación para la salud, lo cual llevará a disminuir la prevalencia de enfermedades como las cardiovasculares, tan frecuentes en nuestro país, las muertes prematuras y lograr finalmente una mejor salud de la población.

Referencias

- Achury, L. (2015). La entrevista motivacional y la adherencia de los pacientes en pos infarto agudo de miocardio. *Tesis para optar el título de Magister en Enfermería*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Achyru Saldaña, D. M., Rodríguez, S. M., Achury Beltá, L. F., Padilla Velasco, M. P., Leuro Umaña, J. M., Martínez, M. A., & Camargo Becerra, L. E. (2013). Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *13*, 3. Aquichan.
- Alonso Cabrera, G. (2004). *Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX Colombia Médica*, vol. 35, núm. 3, trimestral, pp. 164-168. Universidad del Valle. Cali, Colombia. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28300308>
- Andrade Méndez, B. (2016). *Validez de constructo y confiabilidad del cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular*. Obtenido de file:///C:/Users/angar/Onedrive/documentos/ideas%20de%20tesis%20maestria%20currículo%20cuidados%20palitivos%20en%20%20carreras%20de%20psicologia/escala%20de%20adherencia%20ya.pdf.
- Bandura. (1988). Modelo Cognitivo. Citado por Sánchez, Y. E (2010) en *Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. Revista Avances en Psicología Latinoamericana*. 25(1) 7-21.
- Bandura, A. (1977). Análisis de la teoría de la autoeficacia para el cambio de comportamiento. La terapia cognitiva y la investigación.
- Bandura, A. (1977b). Self-Efficacy: Toward A Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beltrán Agudelo, L. A., Pacheco Rivera, C. H., Guerrero Escobar, J. I., Páez M., M. F., Ávila Vargas, C., & Pedraza Pulido, S. J. (2018). Evaluando la evaluación. Reflexiones en torno a la evaluación en la educación superior y experiencias pedagógicas.
- Beltrán, M. (2009). Empoderamiento y promoción de la salud. *Red de Salud*.
- Betancurt, L. N., & Pedraza, R. P. (2009). Revisión del concepto de adherencia al tratamiento y los factores asociados a ésta como objeto de la Psicología de la Salud. *Revista Académica Institucional UCPR*, 85(4).
- Blythe, T., & Perkins, D. (1999). La enseñanza para la comprensión. *Guía para el Docente*, 5. Buenos Aires: Paidós.
- Bonal Ruiz, R., Marzán Delis, M., Castillo Frómeta, M., Alfaro, R., & De Los Angeles, M. (2013). Alfabetización en salud en medicina general integral. Perspectivas en Santiago de Cuba. *Revista Medisan*, 17(1), 126-140.
- Bonilla, C., & Olivella Fernández, M. C. (2016). Comportamiento de autocuidado y adherencia terapéutica en personas con enfermedad coronaria que reciben atención en una institución hospitalaria de Ibagué, Colombia. *Revista Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 18(2).
- Brundtland, G. H. (2000). Estrategia mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Recuperado el 2 de diciembre de 2017, de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/sa14.pdf
- Bruner, J. (1998). La teoría del desarrollo como cultura.

- Buck, C. (1996). Después de La londe: La creación de la salud. *En: Promoción de la salud: una antología*. Washington, D.C.: Publicación Científica N° 557.
- Butcher, N., Kanwar, A., & Uvalic-Trumbic, S. (2015). *Gu+ia básica de recursos educativos abiertos (REA)*. UNESCO Publishing.
- Cabrera, A. G. (2004). Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. *Revista Colombia Médica*, 35(3), 164-168. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28300308>
- Casanova Moreno, L. C., Navarro Despaigne, D. A., Bayarre Veá, H. D., Sanabria Ramos, G., Trasancos Delgado, M., & Moreno Iglesias, M. (2015). Diseño de un programa de educación para la salud dirigido a adultos mayores con diabetes mellitus. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 20(4), 394-402.
- Chiappe Laverde, A. (2009). Acerca de lo pedagógico en los objetos de aprendizaje-reflexiones conceptuales hacia la construcción de su estructura teórica. *Revista Estudios Pedagógicos*, 35(1), 261-272. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052009000100016>
- Chiappe Laverde, A., Hime, N., & Martínez Silva, J. A. (2015). Literatura y práctica. *Una revisión crítica acerca de los MOOC*.
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100. *Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*.
- Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley 1753. *Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un Nuevo País"*.
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (Octubre de 2003). *Formación en Promoción y Educación para la Salud*. Obtenido de <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/formacionSalud.pdf>

- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (18 de diciembre de 2013). *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS*. Obtenido de <http://publicacionesoficiales.boe.es>
- Corral, R. (1996). *La Pedagogía Cognoscitiva*. Colombia: El Poirá Editores.
- Correa, D., Arrivillaga, M., & Salazar, I. C. (2003).). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Revista Colombia Médica*, 34(4), 186-195 .
- Correa, D., Arrivillaga, M., & Salazar, I. C. (2003). Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Revista Colombia Médica*, 34(4), 186-195.
- Crespillo García, E., Rivas Ruiz, F., Fernández, E. C., Muñoz, P. C., Alemán, G. S., & PérezTrueba, E. (2013). Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(1), 56-62.
- De Zubiría, J. (1994). *Tratado de pedagogía conceptual: Los modelos pedagógicos*. Colombia: Bernardo Herrera Merino.
- Díaz, C. N., Del Real, C. J., Collazo, C. M., Gutiérrez, C. J., & Villa, M. J. (1961). La escuela cubana de alfabetización y educación básica de personas jóvenes y adultas.
- Erausquin, C., Denegri, A., & Michelle, J. (2014). Estrategias y modalidades de intervención psicoeducativa: historia y perspectiva en el análisis y construcción de prácticas y discursos.
- Escudero, T. (2003). Desde los tests hasta la investigación evaluativa actual. *Un siglo, el XX, de intenso desarrollo de la evaluación en educación*.

- Fajardo Cruz, A., & Latorre, J. M. (1995). Adherencia terapéutica. *Ciencias Psicosociales Aplicadas*. Madrid: Síntesis.
- Falcón Romero, M., Luna Maldonado, A., Pérez Cárceles, M. D., & López García, J. C. (2012). Programa Europeo de Salud Pública Socios : Grecia, Irlanda, los Países Bajos, Austria, Polonia, España, Bulgaria y Alemania.
- Flecha Fernández de Sanmamed, A. (2011). La alfabetización en salud y el empoderamiento de las comunidades Diálogo igualitario entre los profesionales de la salud y la comunidad. *Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales Universidad de Barcelona*, 427(5).
- Flórez, L. (2011). *Pedagogía Hospitalaria en Colombia*. Obtenido de <http://pedsalud-pedsalud.blogspot.com.co>
- Flórez, R. (2005). *Hacia una pedagogía del conocimiento*. Colombia: McGraw Hill.
- Freire, P. (1993). La pedagogía de la esperanza. *Un encuentro con la pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI.
- García, R., & Suárez, R. (2006). Eficacia de un seguimiento a largo plazo con educación interactiva en diabéticos tipo 1. *Revista Cubana de Endocrinología*, 7 (3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000300002
- Giraldo, G; Toro Rosero, M. Y.; Macía Ladino, A. M.; Valencia Garcés, C. A.; Palacio Rodríguez, S. (2010). *La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables* (Vol. 15).
- Gómez Pulido, J. A. (2016). Relación entre adherencia y calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial. Tesis de grado. *Tesis de grado*. Bogotá: Universidad de Los Andes.
- González, M., & Pisano, A. G. (2014). La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica, clave para el control de la enfermedad crónica. *Revista Enfermería Clínica*, 24(1), 59-66.

- Holguin , L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención psicosocial. *Revista Universitas Psychologica*, 5(3), 535-548.
- IPSUSS Salud. (8 de Septiembre de 2015). *Graduación Pacientes Empoderados Puerto Montt 2015*. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=Krk4RQsIbws>.
- Kickbusch, I. (1996). Promoción de la salud: una perspectiva mundial. *En: Organización Panamericana de la Salud: Una antología*. Washington, D. C.: OMS.
- Lalonde, M. (1974). Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses. *Citado por Valverde, C. V. (2013). Psicología positiva aplicada*. Ottawa, Canadá: Ministerio de Suministros y Servicios de Canadá.
- Lalonde, M. (1981). *A new perspective on the health of Canadians*. Obtenido de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Lopera-Medina, M. M. (2016). *Electronic Document Format(ISO)*. *Rev. Gerenc. Polit. Salud [online]*. vol.15, n.30 [cited 2017-09-25], pp.212-233. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S165770272016000100015&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1657-7027. <Http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.erc>
- Lou Meda, C. (2000). *Aspectos psicológicos enfermedades crónicas*. Obtenido de www.uninet.edu/cin2000/panel/cin/conf/paneles137.html
- Luna, A., & Falcón, M. (2012). Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. *Revista Comunicación y Salud*, 2(2). Obtenido de <http://revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/35/42>

- Mantilla B., P. (2012). Evolución conceptual y normativa de la promoción de la salud en Colombia. *Revista Salud UIS*, 43(3).
- Martin, A. (2004). *Libertad. Acerca del concepto de adherencia terapéutica*. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. vol.30. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864.
- Martínez Castañeda, D., Mota Sanhua, V., Olmos Bringas, M., Jácome Mondragón, J. A., Moreno Mendoza, B. R., Pérez Rosas, P., & Rojas Jiménez, J. A. (2016). Modificación de indicadores clínicos en pacientes con prediabetes o Diabetes Mellitus tipo 2 por medio de un programa educativo. *Revista Atención Familiar*, 23(3), 89-94.
- Méndez, B. A. (2016). *Validez de constructo y confiabilidad del “cuestionario para medir la adherencia al tratamiento de los pacientes con enfermedad cardiovascular”*. Obtenido de <file:///C:/Users/angar/OneDrive/Documentos/IDEAS%20DE%20TESIS%20MAESTRIA%20CURRICULO%20CUIDADOS%20PALITIVOS%20EN%20%20CARRERAS%20DE%20PSICOLOGIA/ESCALA%20DE%20ADHERENCIA%20YA.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). 20 primeras causas de morbilidad atendida en Colombia 2009-2013. Bogotá, D. C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Plan de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/plan-monitoreo-seguimiento-ent-sm.pdf>
- Ministerio de Salud. (1 de Noviembre de 1991). *Resolucion 13437. por el cual se expide Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes*. Bogotá: El Ministerio.

Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (17 de septiembre de 1996).

Acuerdo 38. Numeral 8o. del artículo 172 de la Ley 100 de 1993. Obtenido de https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/OtraNormativa/CNSA_038.pdf.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.*, 15(3), 256-67.

Omela, M., Blanco, H., Rodríguez, J. M., & Flores, F. J. (2011). Análisis psicométrico de la escala autoeficacia en conductas de cuidado de la salud física en universitarios de primer ingreso. *Revista Formación Universitaria*, 4(6), 21-34.

OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.* Obtenido de <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>.

OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.* Obtenido de <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>.

OMS. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción.* Ginebra: OMS.

OMS. (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles.* Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=CE1DD084F08E09233EE16FD19646B8C5?sequence=1

OMS. (Junio de 2017). *Enfermedades no Transmisibles.* Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>.

OMS. (2018). Enfermedades no Transmisibles. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

- OPS. (2014). Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019. Washington, D.C: OPS. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/NCD-SP-low.pdf>.
- Ortiz, M., & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chila*, 135(5), 647-652.
- Perkins, D., & Unger, C. (1999). *La enseñanza para la comprensión*. Obtenido de http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/pregrado/Ciclo_Introductorio/Materiales/que_es_la_comprension_1.pdf.
- Porlán, R. (1993). *Constructivismo y escuela. Hacia un modelo de enseñanza aprendizaje basado en la investigación*. España: Díada.
- Quintero, C. M., Sánchez, D., & Salazar Torres, I. C. (2007). *Psicología de la salud” abordaje integral de la enfermedad crónica*. México, D.F: El Manual Moderno.
- Resnick, B. (2003). The theory of self efficacy. In: M. Smith & Liehr, P.: *Middle range theory for nursing*, 49-68. New York: Springer Publishing Company.
- Restrepo, H. E., & Málaga, H. (2001). Promoción de la salud: . *Cómo construir vida saludable* . Pan American Health Org.
- Revista Cubana de Endocrinología. (2006). Eficacia de un seguimiento a largo plazo con educación interactiva en diabéticos tipo 1. 17 (3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1561-29532006000300002&lng=es&tlng=es.
- Ribes, E. (1990). Psicología y salud. *Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.

- Rodríguez Villamil, N., Valencia González, A., & Díaz Mosquera, P. (21 de marzo de 2013). Promoción de la salud y sistema de salud colombiano: *Reflexiones sobre la formación de profesionales*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v18n1/v18n1a03.pdf>
- Rodríguez, M. L., Rentería, A., Rosales, A., & Rodríguez, N. Y. (2014). *Propuesta educativa para la salud del paciente con diabetes mellitus tipo 2*. *Pensando Psicología*, 10(17), 103-112. Obtenido de Doi: <http://dx.doi.org/10.16925/pe.v10i17.791>
- Sacristan, J. G. (1998). De la publicación: *Comprender y transformar la enseñanza*. Madrid, España: Editorial Morata.
- Sacristán, J. G. (2011). Lo que descubren y encubren los informes. *PISA como ejemplo*, 41, 75-79. Cuadernos de Pedagogía.
- Salvadó Hernández, C., Cosculluela Torres, P., Blanes Monllor, C., Parellada Equius, N., Méndez Galeano, C., Maroto Villanova, N., & Salvador González, B. (2018). Insuficiencia cardiaca en atención primaria: actitudes, conocimientos y autocuidado. *Revista Atención Primaria*, 50(4), 213-221.
- Sánchez, Y. E. (2010). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*, 21 (1), 7-21.
- Santesmases-Masana, R., González de Paz, L., Real, J., Borrás Santos, A., Sisó Almirall, A., & Navarro Rubio, M. D. (2017). Alfabetización en salud en pacientes con insuficiencia cardiaca atendidos en atención primaria. *Revista Atención Primaria*, 49(1), 28-34.
- Sgrense, Kristine, et. al. (2011). Literature Review of Health Literacy for the Development of a Theoretical Model. Estados Unidos: Consortium.
- Sinergia Salud. (2017). Informe de Gestión de enero a agosto. *Del Sistema de Calidad Institucional*.

- Sorensen, K., Van Den Broucke, S., Fullman, J., Doyle, G., Pelikan, J., & Slonska, Z. (2012). *Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC*. Obtenido de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>
- Suárez de Sarmiento, B. (junio de 2009). Importancia de la investigación para el desarrollo de la disciplina de enfermería. *Revista Aquichan*, 3(1). Recuperado el 16 de noviembre de 2018, de <<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/28/54>>.
- UNESCO [United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization] (2014). *La UNESCO Avanza. La Agenda 2030 para el desarrollo sostenible*. Obtenido de http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Hanoi/2030_Brochure_SP.pdf
- Universidad Cooperativa de Colombia. (2016). *Documento de Trabajo N° X*. (E. U. Colombia, Ed.) Obtenido de <http://dx.doi.org/10.16925/greylit.1120>
- Universidad San Sebastian. (29 de Abril de 2015). *Salud Las Cabras*. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?V=Krk4RQsIbws>.
- Valverde, C. V. (2013). *Psicología positiva aplicada*. Desclée de Brouver.
- Vásquez Rodríguez, F. (2000). Avatares. Analog+ia en búsqueda de la comprensión del ser maestro. *Revista Signo y Pensamiento*, 34(XVIII), 117-124.
- Vásquez, C. R., & Arango, J. D. (2016). Educamos para el diseño pero diseñamos la educación. *LaLa necesidad de crear herramientas didácticas con enfoque cognitivo para la enseñanza del diseño*.
- Vence Pájaro, L. M. (2014). Uso pedagógico de las TIC para el fortalecimiento de estrategias didácticas del programa Todos a Aprender. *Congreso Iberoamericano de Ciencia*,

Tecnología, Innovación y Educación. Obtenido de
https://www.mineducacion.gov.co/cvn/1665/articles-336355_archivo_pdf.pdf

Vesuri, H., & De Montevideo, U. O. (2016). La ciencia para el desarrollo sostenible. *Agenda 2030*.

Viveros G., R. O., & Herrera, E. O. (2011). Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias en salud. *Revista Psicología y Salud, 21*(1), 79-90.

Wiske, M. S. (1999). La enseñanza para la comprensión: vinculación entre la investigación y la práctica. Buenos Aires: Paidós.

Anexos

Anexo A. Cronograma de actividades.

N°	Nombre del Comité/Reunión	Responsable	Lugar	Frecuencia	Hora	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
						1	Taller N° 1	Psicólogo	Auditorio	Mensual	9:00 a 10:00 am
2	Taller N° 2	Psicólogo	Auditorio	Mensual	9:00 a 10:00 am		28				
3	Taller N° 3	Psicólogo	Auditorio	Mensual	9:00 a 10:00 am			23			
4	Taller N° 4	Psicólogo	Auditorio	Mensual	9:00 a 10:00 am				20		
5	Taller N° 5	Psicólogo	Auditorio	Mensual	9:00 a 10:00 am					25	
6	Taller N° 6	Psicólogo	Auditorio	Mensual	9:00 a 10:00 am						22

Anexo B. Instrumento de medición de adherencias.

INSTRUMENTO DE MEDICION DE ADHERENCIA Adaptado y Modificado por Brayant Mendez (2016)				
<p>A continuación encontrará una serie de preguntas relacionadas con su percepción del tratamiento que actualmente tiene indicado para controlar la enfermedad cardiovascular. Recuerde que la información recolectada a través de este instrumento es confidencial; por lo anterior, usted puede responder con toda sinceridad marcando con una X la opción que mejor se ajusta a la situación.</p>				
PREGUNTAS	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Tomó mis medicamentos en el horario establecido. Se cambió por: Puedo tomar mis medicamentos en el horario establecido.				
Evito en mi alimentación el consumo de harinas y azúcares. Se cambió por: Puedo evitar en mi alimentación el consumo de harinas y azúcares				
Consumo alimentos bajos en sal. Se cambió por: Soy capaz de consumir alimentos bajos en sal.				
Soy capaz de consumir alimentos bajos en sal				
A pesar de mi trabajo y oficios dedicaré tiempo para realizar ejercicio físico.				
Puedo realizar actividades que me ayuden a manejar el estrés o las situaciones tensionantes				
Cuando estoy angustiado, hago algo que me ayude a sentirme mejor.				
Soy capaz de asistir a los controles programados por el personal de salud				
Soy capaz de realizarme los exámenes de laboratorio y otros exámenes en los periodos que los profesionales de salud me indican.				
Estoy atento a cualquier signo o síntoma que demuestre un empeoramiento en mi estado de salud, como: dolor en el pecho, presión arterial alta o baja, palpitaciones,				
Necesito que otras personas me recuerden que debo tomar mis medicamentos.				
Necesito que otras personas me recuerden que debo seguir la alimentación ordenada por el personal de salud.				
Necesito que otras personas me recuerden que debo hacer el ejercicio físico ordenado por el personal de salud.				
Es difícil manejar las situaciones tensionantes o que me producen estrés.				
Soy capaz de cambiar los comportamientos dañinos para mi salud.				
Hago lo que está a mi alcance para mejorar cuando estoy enfermo				
Hago lo que está a mi alcance para mejorar cuando estoy enfermo				
Soy capaz de seguir las indicaciones que me da el personal de salud.				
Pienso que si tomo diariamente todos mis medicamentos de acuerdo con la orden médica me sentiré mejor				
Creo que las indicaciones del personal de salud en relación con mi alimentación son importantes para el control de mi enfermedad.				
Pienso que el ejercicio físico indicado por el personal de salud es necesario para controlar mi enfermedad				
Si yo tomo los medicamentos indicados, voy a disminuir mis probabilidades de tener un ataque cardíaco				
Si yo realizo ejercicio físico controlare mi peso				
Si yo manejo apropiadamente las situaciones estresantes, controlare la tensión arterial.				
Si consumo alimentos bajos en sal y grasa, disminuiré la probabilidad de alteraciones cardiovasculares.				
Si realizo ejercicio físico me sentiré más activo				
Por alguna razón suspendo mis medicamentos sin la indicación del personal de salud.				
Por alguna razón dejo de seguir las recomendaciones de la alimentación dadas por el personal de salud				
Por alguna razón suspendo el ejercicio físico sin la indicación del personal de salud				
Durante el tratamiento, dejo de tomar algunos medicamentos si me siento bien				
Si en poco tiempo no presento mejoría en mi salud, suspendo mis medicamentos				
Si en poco tiempo NO presento mejoría en mi salud, suspendo el ejercicio físico				
Consumir bebidas alcohólicas aumentaría el riesgo de presentar complicaciones en mi salud.				
Es necesario suspender el uso del cigarrillo como parte fundamental de mi tratamiento.				
Pienso que si NO consumo los medicamentos como me han indicado, tengo probabilidad de presentar una alteración en mi salud.				
Pienso que tengo riesgo de obesidad o de tener un infarto en el corazón si consumo alimentos grasos, salados y embutidos				
Creo que tengo mayor probabilidad de tener complicaciones cerebrales, renales con relación a otras personas que NO tienen enfermedad cardiovascular.				
Creo que NO realizar ejercicio físico me lleve a tener mayor riesgo de complicaciones en mi salud				

Anexo C. Unidades didácticas del programa de adherencia.

PROGRAMA PADHEC SALUD

CICLO I: LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	
HILOS CONDUCTORES “Las cosas que quiero que mis pacientes comprendan son...”	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Que la enfermedad es algo susceptible a suceder en las personas? • ¿Qué causas tienen las diferentes enfermedades no transmisibles? • ¿Que existen corresponsabilidad entre la herencia y estilos de vida no saludables? • ¿Que cada intervención se espera en la atención y manejo de las diferentes enfermedades? 	
<p style="text-align: center;">TÓPICOS GENERATIVOS</p> <p>¿Que son las enfermedades no transmisibles? ¿Que sucede cuando se diagnostica una enfermedad no trasmisible?</p>	<p style="text-align: center;">METAS DE COMPRENSIÓN “Los pacientes comprenderán...”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que la enfermedad es una condición humana. 2. cuales factores de riesgo que se asocian al desarrollo de la enfermedad. 3. Que cada enfermedad tiene unas condiciones de intervención diferente. 4. Aspectos que reconocer dentro del cuadro sintomático de cada enfermedad. 5. Que factores protectores favorecen el ralentizamiento de cronicidad de la enfermedad.
<p style="text-align: center;">DESEMPEÑOS DE COMPRENSIÓN</p> <p>“Los pacientes lograrán las metas de comprensión por medio de...” Para la meta número 1:</p>	

CICLO I: LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación de casos clínicos de diferentes enfermedades no transmisibles. 2. Presentación audiovisual del cuerpo y condiciones físicas u orgánicas. 3. Realización de Taller con pacientes sobre identificación de la sintomatología asociada. 4. Realización de dinámicas de grupo con imágenes de reconocimiento de órganos del sistema humano. 5. Puesta en común de características encontradas de los órganos del sistema humano. <p><u>Para la meta número 2:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Características del ciclo vital el ser humano 2. Debate sobre las características de herencia como entre los estilos de vida. 3. Presentación audiovisual de imágenes asociadas a estilos de vida no saludables. 4. En grupo se revisarán casos clínicos de enfermedades adquiridas por la herencia como por estilos de vida no saludables. 5. Se realizará una charla direccionada por el medico de riesgo para dar claridad a las dudas. 6. Se realiza trabajo en grupo reconociendo factores de riesgo y la asociación con el daño a los diferentes órganos y estado de salud general. 	<p style="text-align: center;">EVALUACIÓN CONTINUA</p> <p>“Los pacientes obtendrán realimentación desde su asistencia y participación por medio de...”</p> <p><u>Psicóloga</u></p> <p>Propiciaría el conocimiento de la información sobre las metas de comprensión, evaluara como proceso continuo y formativo en la identificación y comprensión de la misma teniendo en cuenta las condiciones expuestas a nivel individual.</p> <p><u>Los pacientes</u></p> <p>se les evaluará su participación responsable en la realización de las actividades propuestas para cada sesión de encuentro.</p> <p><u>Evaluación general</u></p> <p>Se registra dentro del formato de consentimiento informado</p> <p>Se inscribe cada paciente a grupo de Whatsapp</p> <p>Cada participante del taller evaluara de acuerdo con formato sobre el tema, la aplicación y observaciones en cada sesión.</p> <p>Se anexará en archivo los formatos de registro con firmas de asistencia a las sesiones de programa de adherencia y autocuidado. Programa PADHEC SALUD.</p>

PROGRAMA PADHEC SALUD.

<p>CICLO 2: QUE ES LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y EL EMPODERAMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA EXPECTATIVA DE AUTOEFICACIA.</p>	
<p>HILOS CONDUCTORES “Las cosas que quiero que mis pacientes comprendan son...”</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es la adherencia en salud? • ¿Qué es el empoderamiento de la enfermedad y del tratamiento en salud? • ¿Las consecuencias de la adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo? • ¿La mejora de la adherencia terapéutica también aumenta disminuye la cronicidad de la enfermedad y las comorbilidades? 	
<p style="text-align: center;">TÓPICOS GENERATIVOS</p> <p>¿Qué es la adherencia? ¿Desde cuándo inicia?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se inicia desde la comunicación y el tipo de canal con características diferenciales al paciente • ¿Quién asume la responsabilidad? 	<p style="text-align: center;">METAS DE COMPRENSIÓN “Los pacientes comprenderán...”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Son controlables las conductas humanas? 2. ¿Qué capacidades tenemos para aprender y cambiar? 3. ¿Se puede desarrollar en los individuos habilidades para la adherencia y el empoderamiento de la enfermedad y autocuidado?
<p>DESEMPEÑOS DE COMPRENSIÓN “Los pacientes lograrán las metas de comprensión por medio de...”</p> <p>Para la meta número 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación de casos clínicos de diferente estado de la enfermedad y el manejo indicado para la misma. 2. Presentación audiovisual de las características de la adherencia desde la condición de progreso o cronicidad de la enfermedad. 3. Realización de Taller con pacientes sobre identificación de la sintomatología asociada. <p><u>Para la meta número 2:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realización de dinámicas que puedan influir en las conductas de los individuos y los grupos para que adopten conductas saludables. 	<p style="text-align: center;">EVALUACIÓN CONTINUA “Los pacientes obtendrán realimentación desde su asistencia y participación por medio de...”</p> <p><u>Psicóloga</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Propiciaría el conocimiento de la información sobre las metas de comprensión, evaluara como proceso continuo y formativo en la identificación y comprensión de esta teniendo en cuenta las condiciones expuestas a nivel individual. <p><u>Los pacientes</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se fomenta el dialogo sobre el uso y el estudio de las estrategias de comunicación para informar e influir sobre decisiones individuales y colectivas que según lo expuesto podrían mejorar la salud.

CICLO 2: QUE ES LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y EL EMPODERAMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y EL TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA EXPECTATIVA DE AUTOEFICACIA.	
<p>2. Puesta en común de características del significado de a la adherencia, características como participantes.</p> <p>3. Se realizará una discusión en grupo ¿es el conocimiento y el empoderamiento de la adherencia a la enfermedad la pócima mágica que permite cambiar las conductas de las personas en el sentido que lo deseamos?</p> <p>4. ¿qué capacidades tenemos para aprender y cambiar?</p>	<p>2. Se registra dentro del formato se asistencia institucional</p> <p>3. Cada participante del desarrollar un par de objetivos según los recursos con que los que cuenta cada uno y señala la meta a alcanzar.</p> <p>4. Se realizará una plenaria sobre los objetivos planteados por cada participante del taller.</p> <p>Se realiza la evaluación general</p>

PROGRAMA PADHEC SALUD

<p>CICLO 3: EL CUIDADO DE MI SALUD, QUE DEBO CONOCER: COMO MEJORAR LOS INDICADORES CLÍNICOS, EVITAR EL PROGRESO DE LA CRONICIDAD DE LA ENFERMEDAD DESDE EL MEJORAMIENTO DE CONDUCTAS FAVORABLES EN ESTILO DE VIDA.</p>	
<p>HILOS CONDUCTORES</p> <p>“Las cosas que quiero que mis pacientes comprendan son...”</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo debe ser la exposición de su motivo de la consulta? • ¿Cuáles son los datos objetivos y subjetivos (signos y síntomas) que orientan el diagnóstico? • ¿Cuáles son las pautas iniciales para establecer un tratamiento o acción determinada? • ¿Porque es individual el tratamiento, y debe ser enfocada desde la historia clínica? • ¿Qué es a la automedicación y cómo afecta los indicadores clínicos? 	
<p style="text-align: center;">TÓPICOS GENERATIVOS</p> <p>¿Por qué es importante el primer momento de control de la salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Desde cuándo se debe realizar? • ¿Si no se reconoce el uso de medicamentos que ocurre? • ¿Por qué la comunicación, es la base de la relación de confianza mutua, y permite mayor oportunidad y pertinencia en el diagnóstico como en las ayudas diagnósticas? 	<p style="text-align: center;">METAS DE COMPRENSIÓN</p> <p>“Los pacientes comprenderán...”</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. ¿Por qué es importante el control farmacéutico? ¿Y si el medico no sugirió medicamento, que debo hacer? 5. ¿En caso de aplicación de una ampollita debo recibir capacitación? 6. ¿Quién se encarga de a la capacitación sobre el uso y administración de jeringas glucómetros etc.? 7. ¿En caso de tener alguna limitación, la familia me puede ayudar con la administración del medicamento?
<p>DESEMPEÑOS DE COMPRENSIÓN</p> <p>“Los pacientes lograrán las metas de comprensión por medio de...”</p> <p>Para la meta número 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación de casos clínicos indicadores de presión arterial, valores de las glucometrías en casa o en laboratorio, tamizaje renal, hemoglobina glicosilada entre otros laboratorios clínicos. 2. ¿Taller donde se expone las clases de medicamentos de mayor indicación a pacientes? Según la patología efectos esperados y eventos adversos del mismo. 3. Se realizará sondeo de preguntas: 	<p style="text-align: center;">EVALUACIÓN CONTINUA</p> <p>“Los pacientes obtendrán realimentación desde su asistencia y participación por medio de...”</p> <p><u>Psicóloga</u></p>

CICLO 3: EL CUIDADO DE MI SALUD, QUE DEBO CONOCER: COMO MEJORAR LOS INDICADORES CLÍNICOS, EVITAR EL PROGRESO DE LA CRONICIDAD DE LA ENFERMEDAD DESDE EL MEJORAMIENTO DE CONDUCTAS FAVORABLES EN ESTILO DE VIDA.	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Porque debo conocer las dosis indicadas por el medico durante la consulta, referente a la historia clínica personal? • ¿Porque no debo interrumpir el tratamiento si siento mejoría? • ¿Cómo dar manejo a la entrega desde la farmacia, evitar la entrega de mayor dosis y evitar almacenar medicamento en casa? <p><u>Para la meta número 2:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. promover los comportamientos de adherencia terapéutica en forma directa mediante técnicas como los recordatorios, el auto registro y el refuerzo. 2. Puesta en común de la pregunta como medio para conocer en detalle durante la consulta como es la toma de medicamento, el horario, ¿distancia entre otro y que efecto sé que tiene en mi cuerpo? 	<ul style="list-style-type: none"> • Propiciaría el conocimiento de la información sobre las metas de comprensión, evaluara como proceso continuo y formativo en la identificación y comprensión de esta teniendo en cuenta las condiciones expuestas a nivel individual. <p><u>Los pacientes</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Se fomenta el dialogo sobre la administración de medicamento, limitaciones como de no iniciar en su tratamiento con este. Se hace énfasis en retroalimentar las dudas y preguntas que surgen según lo expuesto que podrían mejorar la salud. 7. Se cierra y se dan conclusiones ¿Porque la automedicación es considerada como un riesgo mayor a la no ingesta del fármaco administrado? 8. Cada participante elabora un esquema o auto registro de lo que debe conocer según la indicación del médico de acuerdo con su enfermedad. 9. Se realiza la evaluación general

PROGRAMA PADHEC SALUD.

CICLO 4: LA FAMILIA Y LAS REDES DE APOYO EN EL CUIDADO DE MI SALUD EN LA PERMANENCIA EN EL TRATAMIENTO	
<p>HILOS CONDUCTORES</p> <p>“Las cosas que quiero que mis pacientes comprendan son...”</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué papel juega las familias y las redes sociales en el desarrollo de la enfermedad? • ¿Qué causas tiene el riesgo psicosocial en mi personalidad, como en mi autoaceptación y autocuidado? • ¿Qué actividades son respuestas sociales cotidianas que me alteran mi estado o condición de salud? • ¿Porque es relevante que la familia conozca su enfermedad? 	
<p style="text-align: center;">TÓPICOS GENERATIVOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Porque el apoyo social (¿familia o redes contribuyen al bienestar individual? 2. ¿Cómo el entorno familiar afecta positiva o negativamente el desarrollo de la enfermedad? 	<p style="text-align: center;">METAS DE COMPRENSIÓN</p> <p>“Los pacientes comprenderán...”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es el factor psicosocial? 2. ¿Cómo influye este factor en la enfermedad? 3. La familia en la construcción y mantenimiento de hábitos. 4. ¿reconocer porque el acompañamiento debe ser funcional y no un factor de inhibición entre la comunicación del paciente y el medico?
<p style="text-align: center;">DESEMPEÑOS DE COMPRENSIÓN</p> <p>“Los pacientes lograrán las metas de comprensión por medio de...”</p> <p>Para la meta número 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Presentación de casos clínicos de los beneficios del apoyo social: reconociéndose como una ayuda tangible de Información y de apoyo emocional 7. Taller sobre las redes de apoyo. Siendo los grupos de encuentro con amigos o familia según calendario, por edad o por hobbies. ¿Mejoran la calidad de vida? 8. Se propone visualizar video: https://www.youtube.com/watch?v=UZMYZWmrRp0 9. Realización de Taller sobre emociones suscitadas por el video. <p>Para la meta número 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo del concepto de familia según la (ONU) quien re señala que es un grupo de 	<p style="text-align: center;">EVALUACIÓN CONTINUA</p> <p>“Los pacientes obtendrán realimentación desde su asistencia y participación por medio de...”</p> <p><u>psicóloga</u></p> <p>Propiciaría el conocimiento de la información sobre las metas de comprensión, evaluara como proceso continuo y formativo en la identificación y comprensión de esta teniendo en cuenta las condiciones expuestas a nivel individual y en grupo.</p> <p><u>Los pacientes</u></p> <p>se les motivara en su participación responsable en la realización de las</p>

CICLO 4: LA FAMILIA Y LAS REDES DE APOYO EN EL CUIDADO DE MI SALUD EN LA PERMANENCIA EN EL TRATAMIENTO	
<p>personas UNIDAS por vínculo de parentesco ya sea consanguíneo, matrimonio o adopción que viven juntos por un periodo indefinido.</p> <p>2. Debate sobre las funciones de la familia. psicobiológicas, socioculturales y educativas y económicas</p> <p>3. En grupo se elabora un cartel donde indique como título: ¿Qué puedo hacer yo como paciente y como familiar para mantener calidad de vida? donde se dibujará mínimo dos personas pareja o familia, localizando en cada figura, que tipo de pensamientos se tiene, que tipo de sentimientos y que tipo de acciones se realiza cotidianamente.</p>	<p>actividades propuestas la intervención educativa a desarrollar.</p> <p>Cada participante del taller evaluara de acuerdo con formato sobre el tema, la aplicación y observaciones en cada sesión.</p> <p>Se cierra y se dan conclusiones de las expectativas del apoyo social o como familiar, desde el apoyo emocional, no juicios de valor y desde el ciclo vital, sus necesidades, a que posibiliten mejorar la adherencia a la enfermedad y al tratamiento.</p>

PROGRAMA PADHEC SALUD.

<p>CICLO 5: AFRONTAMIENTO DEL RIESGO DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO. DE LA ENFERMEDAD EN LA PERCEPCIÓN</p>	
<p>HILOS CONDUCTORES “Las cosas que quiero que mis pacientes comprendan son...”</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuándo se habla de Impacto emocional, de que se trata el afrontamiento? • ¿Se necesitan de planteamientos nuevos ante una realidad que es nueva? • Hay que reconocer que la enfermedad puede oscilar, tiene cambios, los planteamientos tienen que ser suficientemente flexibles. • Las expectativas de cada día deben ser modificadas 	
<p style="text-align: center;">TÓPICOS GENERATIVOS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué pérdidas están asociadas al diagnóstico de la enfermedad? 2. ¿Reconoce el termino de afrontamiento? 3. ¿Qué clases de afrontamiento hay? ¿Si se tiene adecuada afrontarían se cuenta con mayor empoderamiento de la enfermedad? • ¿Que se reconoce como empoderar? ¿O empoderamiento? 	<p style="text-align: center;">METAS DE COMPRENSIÓN “Los pacientes comprenderán...”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Por qué es importante reconocer nuestra emoción? 2. ¿Qué me permite el afrontar positivamente la enfermedad? 3. ¿entiendo de que se trata el empoderamiento de mi enfermedad? 4. ¿En qué casos puede reconocer mi empoderamiento a la enfermedad y al tratamiento?
<p style="text-align: center;">DESEMPEÑOS DE COMPRENSIÓN</p>	

CICLO 5: AFRONTAMIENTO DEL RIESGO DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD Y TRATAMIENTO. DE LA ENFERMEDAD EN LA PERCEPCIÓN	
<p>“Los pacientes lograrán las metas de comprensión por medio de...”</p> <p>Para la meta número 1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación de diapositivas del tema con el abordaje en cada una de ella, para el logro y significado del mismo. 2. ¿Taller donde se expone las clases de medicamentos de mayor indicación a pacientes? Según la patología efectos esperados y eventos adversos del mismo. 3. Se realizará sondeo de preguntas: 4. ¿reconocimiento de etapas de duelo que se pueden vivenciar hasta llegar al adecuado afrontamiento y al empoderamiento 5. ¿ha vivido anteriormente una situación de duelo o difícil afrontamiento? <p><u>Para la meta número 2:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. promover el dialogo entre los pacientes para facilitar la comunicación emocional y afrontar mejor sus miedos o expectativas ante la enfermedad 2. se realiza un taller con lectura de imágenes de las cuales debe interpretar una emoción. 3. Puesta en común de lo observado desde la imagen 	<p style="text-align: center;">EVALUACIÓN CONTINUA</p> <p>“Los pacientes obtendrán realimentación desde su asistencia y participación por medio de...”</p> <p><u>Psicóloga</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Propiciaría el conocimiento de la información sobre las metas de comprensión, evaluara como proceso continuo y formativo en la identificación y comprensión de esta teniendo en cuenta las condiciones expuestas a nivel individual. <p><u>Los pacientes</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se fomenta el dialogo sobre las perdidas asociadas a la enfermedad, Se hace énfasis en retroalimentar las dudas y preguntas que surgen según lo expuesto que podrían mejorar la salud. 2. Se propone análisis de la frase ““Hay que buscar más al hombre en la enfermedad que la enfermedad en el hombre” de Gregorio Marañón. 3. Se cierra y se dan conclusiones ¿para mejorar la capacidad de afrontamiento y como puede ocurrir el empoderamiento positivo? <p>Se realiza la evaluación general</p>

PROGRAMA PADHEC SALUD.

<p>CICLO 6: MANEJO DE ESTRÉS Y TÉCNICAS DE AUTO REGULACIÓN EMOCIONAL DESDE EL MEJORAMIENTO DE ESTILOS DE VIDA ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO.</p>	
<p>HILOS CONDUCTORES “Las cosas que quiero que mis pacientes comprendan son...”</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Por qué debo conocer la ansiedad como una emoción normativa al ser humano? • ¿Cuáles son las causas de la ansiedad y porque desencadena el estrés? • ¿Por qué el autocuidado es una herramienta de autorregulación emocional? 	
<p style="text-align: center;">TÓPICOS GENERATIVOS</p> <p>¿Por qué es importante el primer momento de control de la salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Desde cuándo se debe realizar? ¿Si no se reconoce el uso de medicamentos que ocurre? • ¿Por qué la comunicación, es la base de la relación de confianza mutua, y permite mayor oportunidad y pertinencia en el diagnostico como en las ayudas diagnósticas? 	<p style="text-align: center;">METAS DE COMPRENSIÓN “Los pacientes comprenderán...”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Puedo afirmar que conozco mi cuerpo? 2. ¿considero que se consultar a tiempo sobre mi condición de salud? 3. ¿Que favorece la disminución de la ansiedad y el estrés? 4. ¿Los hábitos aumentan o disminuyen la ansiedad y el estrés?
<p>DESEMPEÑOS DE COMPRENSIÓN “Los pacientes lograrán las metas de</p>	

CICLO 6: MANEJO DE ESTRÉS Y TÉCNICAS DE AUTO REGULACIÓN EMOCIONAL DESDE EL MEJORAMIENTO DE ESTILOS DE VIDA ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO.	
<p>comprensión por medio de...”</p> <p>Para la meta número 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentación de diapositivas sobre ansiedad y porque prestar atención a tu cuerpo. • Taller donde se exponen los siguientes interrogantes: • Porque al hablar de ansiedad debo primero tener en cuenta: • Como puedo reducción de peso o sostener peso saludable. • ¿Cuál es mi Plan de alimentación, que tipo de alimentos? ¿consumo, tengo horarios? • Sé porque debe hace una disminución de sodio en la dieta. ¿Considero que hago la actividad física aeróbica que necesito? • ¿Considero que mi consumo alcohol es moderado a bajo? • ¿Mi consumo de cigarrillo es? ¿Cuál es la causa en caso de decir sí? ¿Cuántos consume al día? • Reconozco que situaciones me producen ansiedad, tensiones y estrés. <p><u>Para la meta número 2:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • promover los comportamientos de adherencia terapéutica en forma directa mediante técnicas como los recordatorios, el auto registro y el refuerzo. • Puesta en común, ejercicio de seminario alemán, ¿relatoría y correlatoría sobre lo expuesto y aprehendido en el taller? 	<p style="text-align: center;">EVALUACIÓN CONTINUA</p> <p>“Los pacientes obtendrán realimentación desde su asistencia y participación por medio de...”</p> <p><u>Psicóloga</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Propiciaría el conocimiento de la información sobre las metas de comprensión, evaluara como proceso continuo y formativo en la identificación y comprensión de esta teniendo en cuenta las condiciones expuestas a nivel individual. <p><u>Los pacientes</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Se fomenta el dialogo sobre el tema explorado durante el taller, se realiza abordaje sobre los hábitos saludables. 11. Se cierra y se dan conclusiones ¿cómo los hábitos saludables sustentan la cálida de vida viviendo con a la enfermedad? 12. Cada participante elabora un esquema o auto registro de los hábitos que desde ahora desarrollara. 13. Se realiza la evaluación general

Anexo D. Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Su participación consiste en leer y diligenciar el instrumento adaptado para el proyecto de investigación de Gestión e Implementación de un Programa Educativo apoyado en la Tlc en pacientes con Enfermedades no Transmisibles este "cuestionario está diseñado para medir la adherencia al tratamiento" consta de 29 preguntas para responder en una escala con opciones de respuestas. La duración de su participación es aproximada de 30 minutos. El instrumento y el diligenciamiento serán explicados por el investigador.

La información del estudio se manejará a través del número consecutivo interno de la base de datos para evitar riesgo de identidad de los participantes, por lo cual, se garantiza el anonimato e identidad, la información personal no será publicada antes, durante y después de terminado el estudio. Lo que permitirá aportar es tener una mayor caracterización de la adherencia en la población usuaria de los servicios de salud en los programas de promoción y prevención y apoyara proyectos mayormente enfocados en sus necesidades e intereses.

Yo _____ He leído y entiendo el contenido del consentimiento informado y he podido hablar sobre mi participación en el estudio con el investigador Sandra Liliama Angarita Ruiz. He recibido suficiente información sobre el estudio, comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta sobre mi atención por parte del personal médico y de enfermería. Por tanto, voluntariamente, doy consentimiento para participar en este estudio.

_____ |

Firma de la persona participante

Fecha

Para ampliar mayor información sobre el estudio de investigación y resultados como propuesta planteada puede contactarse a correo sangarita98@unab.edu.co

Anexo E. Apoyo de las TIC.









Anexo F. Cuadro de operacionalización de variables

Nombre de Variable	Definición Operativa	Definición conceptual	Tipo de Variable	Escala de Medición	Unidad de Medida	Presentación de resultados	Valores
Género Genero	Cualidad biológica de los humanos	Características sexuales externas que indican su género masculino y femenino	Cualitativa	Nominal Dicotómica	Masculino Femenino	Valores absolutos Porcentaje	1. Femenino 2.Masculino
Edad Edad	Cantidad de años cumplidos en el momento de la evaluación	Tiempo que ha vivido una persona	Cuantitativa	Discreta	Años cumplidos	Media Desviación estándar	32 – 70
Diagnostico Dx	Patología por la cual fue ingresado a ENT	HTA Diabetes Obesidad Enfermedad Renal Crónica	Cualitativa	Nominal politómica	HTA Diabetes Obesidad Enfermedad Renal Crónica	Frecuencia Porcentaje	1. HTA 2. Enfermedad Renal 3. Obesidad 4. Diabetes
Crterios de adherencia Cric	Agrupamiento de las preguntas presentes en el instrumento aplicado	Aspectos que componen la prueba desde la perspectiva de la autoeficacia, del resultado del tratamiento y la percepción del riesgo.	Cualitativa	Nominal Politómica	Resultado en el tratamiento farmacológico y no farmacológico Autoeficacia en el tratamiento farmacológico y seguimiento. Autoeficacia con ejercicio físico y necesidad de apoyo. Autoeficacia con la alimentación y permanencia en el tratamiento. Percepción del riesgo. Autoeficacia en al manejo del estrés.	Valores absolutos	1. proc1pre 2. proc1pos 3. proc2pre 4. proc2pos 5. proc3pre 6. proc3pos 7. proc4pre 8. proc4pos 9. Proc5pre 10.Proc5pos 11. Proc6pre 12.Proc6pos