

Cuidado de enfermería y adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial y diabetes mellitus en Valledupar (2025-2)

Zarith Clavijo Busto

Yulitza Matilde Mejía Lamus

Fabio Cortes Escalante

Director

Universidad Popular del Cesar

Facultad Ciencias de la Salud

Programa de Enfermería

Valledupar/ Cesar

2025

Dedicatoria

Primeramente, agradecerle a Dios, por guiarme con su sabiduría y fortaleza a lo largo de este proceso académico.

Con profundo respeto y gratitud me permito presentar este trabajo de grado, fruto de años de esfuerzo, aprendizaje y perseverancia. Este logro representa no solo la culminación de una etapa académica, sino también el reflejo del apoyo incondicional de las personas que han sido mi mayor motivación.

Dedico este trabajo, en primer lugar, a mis padres, Oscar Clavijo e Ilba Bustos, quienes han sido el pilar fundamental en mi vida. Gracias por su amor, sus consejos, sus sacrificios y por creer en mí incluso en los momentos más difíciles. Su apoyo constante me ha permitido avanzar con determinación hacia el cumplimiento de este sueño.

De manera muy especial, quiero dedicar este logro a mi hija, Ailany Jineth, quien llegó en el camino de culminar mi carrera y se convirtió en mi mayor inspiración. Su presencia me dio nuevas fuerzas, un propósito más grande y la motivación para no rendirme. Cada esfuerzo realizado ha sido pensando en su futuro y en el ejemplo que deseo darle. Y a mi querida pareja Jorge Aldana por apoyarme y ser un pilar fundamental en mi vida

Zarith Clavijo Bustos

Dedicatoria

Dedico este logro, primero y, ante todo, a mi Dios, fuente infinita de sabiduría, fortaleza y esperanza. Sin Su guía divina, este camino no habría sido posible. por iluminar mi sendero en los momentos de duda y por concederme la perseverancia necesaria para alcanzar esta meta.

A mis padres y hermana, Juan Carlos Mejía, Jazmín Lamus y Carol Mejía, por su amor incondicional, apoyo constante, por ser mi inspiración en cada logro. por creer en mí y brindarme siempre su respaldo.

A mi compañero, Jesús Miguel Manzano, por su apoyo incondicional, comprensión y compañía en cada paso del camino.

Este logro es el reflejo del amor, apoyo y enseñanzas de cada uno de ustedes. Dedico esta tesis con profunda gratitud, amor y humildad, reconociendo que, sin su apoyo, este sueño no habría sido posible.

Yulitza Matilde Mejía Lamus

Agradecimientos

Agradezco a Dios por brindarme la vida, la fortaleza y la sabiduría necesarias para culminar esta importante etapa de mi formación profesional.

Expreso mi más sincero agradecimiento a la Universidad Popular del Cesar por formarme integralmente como profesional de enfermería, proporcionándome los conocimientos, valores y herramientas necesarias para el desarrollo de este trabajo de grado.

A mis docentes y asesores, quienes con su experiencia, orientación y dedicación contribuyeron significativamente en la elaboración de este proyecto titulado “*Estrategias de Enfermería para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con hipertensión y diabetes en Valledupar*”. Su acompañamiento fue fundamental para alcanzar este logro.

A mi familia, por su apoyo incondicional, paciencia y motivación constante durante todo este proceso académico. Su confianza en mí ha sido un pilar fundamental para seguir adelante.

Zarith Clavijo Bustos

Agradecimientos

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a Dios, por ser mi guía y protector en cada etapa de este camino, otorgándome la fuerza y la inspiración necesarias para culminar este trabajo.

A mis padres, por su amor, paciencia y respaldo incondicional, que han sido mi principal motivación para seguir adelante y alcanzar mis metas académicas.

Agradezco a nuestro asesor de tesis, Fabio Cortés por su guía, paciencia, valiosos aportes. Su disposición y compromiso que enriquecieron este trabajo donde contribuyeron de manera significativa.

A todos los docentes que acompañaron esta travesía universitaria, gracias por compartir su conocimiento con pasión, por su paciencia y por su entrega constante para formarme.

Agradezco profundamente a la Universidad Popular del Cesar por su enseñanza, ha dejado una huella profunda en mi formación y en mi carácter.

Yulitza Matilde Mejía Lamus

Tabla de Contenido

	Pág.
Abstract	6
Introducción	7
Capítulo I	10
Planteamiento del problema	10
Formulación del Problema.....	11
Justificación	12
Propósito.....	14
Línea de Investigación	15
Objetivos	18
Objetivo General	18
Objetivos Específicos	18
Capítulo II	19
Marco Referencial	19
Antecedentes Investigativos	19
Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem	25
Aplicación de la Teoría a la Investigación.....	25
Marco Conceptual	26
Enfermedades Crónicas No Transmisibles: Diabetes e Hipertensión	26
Adherencia Terapéutica en Adultos con Hipertensión y Diabetes.....	27
Modelos de Atención Integral en Enfermedades Crónicas	28
Aplicación del Modelo de Atención Integral en el HEAD.....	28
Hipertensión Arterial	29
Modelo de Atención Integral en Salud	30
Adherencia Terapéutica.....	31
Atención Primaria en Salud	31
Gestión del Riesgo en Salud	32
Impacto de la Atención Integral en la Calidad de Vida de los Pacientes	33
Marco Legal	34
Constitución Política de Colombia (1991)	34
Ley 100 de 1993 - Sistema General de Seguridad Social en Salud	34
Ley 1438 de 2011 - Reforma del Sistema de Salud	34

Resolución 3280 de 2018 - Ruta Integral de Atención en Salud para Enfermedades Crónicas	35
Ley Estatutaria 1751 de 2015 - Derecho Fundamental a la Salud.....	35
Normas Internacionales sobre el Manejo de Enfermedades Crónicas	35
Importancia del Enfoque Multidisciplinario en la Atención de Enfermedades Crónicas....	36
Aplicación a la Investigación	39
Capítulo III	39
Diseño Metodológico.....	39
Técnica de Recolección de los Datos	41
Instrumentos de Medición	42
Aspectos Administrativos	48
Capítulo IV.....	50
Informe de Resultados	50
Presupuesto	61
Cronograma de actividades.....	62
Aspectos Éticos y Bioéticos.....	63
Conclusiones	65
Recomendaciones	67
Consentimiento informado para participar en el estudio	68
Instrumento para Medir las Variables.....	72
Referencias bibliográficas.....	73

Resumen

La baja adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial y diabetes mellitus evidencia un problema serio en el ámbito de la salud pública, tanto por el hecho

de que se relaciona con complicaciones de salud y calidad de vida de los pacientes como porque es un problema que suele ser común en el ámbito de la salud pública de Valledupar, el que se relaciona con conocimientos sobre la enfermedad, autocuidado y acompañamiento del personal de salud. En este contexto, el cuidado de enfermería desempeña un papel pertinente para reforzar el tipo de conductas que favorecen el cumplimiento del tratamiento con respecto a la enfermedad.

El presente estudio tiene como objetivo analizar la relación del cuidado de enfermería y la adherencia terapéutica en adultos con hipertensión arterial y diabetes mellitus en la ciudad de Valledupar. Se realizó una investigación de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo y diseño transversal en una muestra de pacientes que asisten a una institución de salud. La información se recolectó mediante el uso de una encuesta estructurada sobre aspectos como la educación en salud, el seguimiento y el cumplimiento del tratamiento indicado.

Los resultados mostraron que, a pesar de que un porcentaje importante de los pacientes recibe información sobre su enfermedad, continúa existiendo un problema de adherencia terapéutica que se explicaría por la carencia de seguimiento continuado, las propias limitaciones en la comprensión del médico y las limitaciones en las propias competencias del autocuidado. Podemos concluir que el cuidado de enfermería influye en la adherencia terapéutica y, por ello, se hace necesario el crear intervenciones educativas en profundidad con educación individualizada que avancen hacia el mayor control de estas enfermedades crónicas.

Palabras clave: Enfermería, Adherencia terapéutica, Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus

Abstract

Low therapeutic adherence in adults with hypertension and diabetes mellitus highlights a serious public health problem, both because it is linked to health

complications and reduced quality of life for patients, and because it is a common issue in the public health system of Valledupar, where it is related to disease knowledge, self-care, and support from healthcare personnel. In this context, nursing care plays a crucial role in reinforcing behaviors that promote treatment adherence.

This study aims to analyze the relationship between nursing care and therapeutic adherence in adults with hypertension and diabetes mellitus in the city of Valledupar. A quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted with a sample of patients attending a healthcare institution. Data was collected using a structured survey on aspects such as health education, follow-up, and adherence to the prescribed treatment.

The results showed that, although a significant percentage of patients receive information about their illness, a problem with therapeutic adherence persists. This can be explained by a lack of continuous follow-up, limitations in the physician's understanding, and limitations in the patients' own self-care skills. We can conclude that nursing care influences therapeutic adherence, and therefore, it is necessary to create in-depth educational interventions with individualized instruction that promote better control of these chronic diseases.

Keywords: Nursing, Therapeutic adherence, Hypertension, Diabetes Mellitus

Introducción

La hipertensión y la diabetes son patologías crónicas muy comunes y que suponen un reto en la atención en salud, por esto las mismas se convierten en una problemática

importante en la atención en salud en escenarios como Valledupar. La adherencia a las mismas es la responsable del control de dichas patologías, y esta última conlleva a la adherencia farmacológica, los hábitos de vida saludables y la adherencia a las indicaciones del personal responsable de la salud.

Sin embargo, se encontraron limitaciones en la adherencia que dificultan el control de las patologías mencionadas; y, aunque se tengan en cuenta las iniciativas implementadas por el personal responsable de la salud y en particular con la profesión de enfermería se presenta una dificultad en la adherencia al tratamiento, por la comprensión limitada de la indicación médica, por no haber un control continuo o bien por deficiencia en el autocuidado, lo que evidencia la necesidad de analizar cómo el cuidado enfermero se encuentra asociado al cuidado de los pacientes con hipertensión y diabetes en el contexto de la investigación.

En este sentido, el estudio de la que los autores ya han escrito sobre la relación entre el cuidado de enfermería y la adherencia en adultos hipertensos y diabéticos en Valledupar, se fundamentó en una investigación de tipo cuantitativa, accesoria y transversal, por medio de la cual se obtuvo información en encuestas aplicadas a pacientes atendidos en una institución de salud. El estudio versa únicamente sobre una descripción de la situación sin la aplicación de abordajes o intervenciones experimentales (sin pruebas, sin tratamientos, sin teatro de la vida, etc.) e identifica aspectos relevantes del cuidado y su relación con la adherencia.

La importancia del estudio radica en que suministra información sobre la adherencia terapéutica considerando el cuidado de enfermería, lo que le permitiría fortalecer acciones de educación y seguimiento del cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas. Igualmente, sus resultados contribuyen al fortalecimiento de la práctica de enfermería y al desarrollo de estrategias del autocuidado y el control de estas patologías en el contexto local.

La siguiente investigación se estructura en cinco capítulos; el Capítulo I trata sobre el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación; el Capítulo II el marco teórico y los antecedentes; el Capítulo III la metodología; el Capítulo IV los resultados y su análisis; y el Capítulo V las conclusiones y recomendaciones del estudio.

Capítulo I

Planteamiento del problema

Descripción del Problema

Las enfermedades crónicas no transmisibles, tales como la hipertensión arterial y la diabetes, muestran una prevalencia muy elevada en el mundo, cuya asociación con elevada morbilidad es debida a la aparición de complicaciones cardiovasculares, renales y metabólicas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Su control depende en gran medida de la adherencia terapéutica, la cual se define como el grado de adecuación del comportamiento del paciente al esquema de tratamiento consensuado con el profesional de salud (Sabaté, 2003). Sin embargo, un gran porcentaje de los pacientes no cumple correctamente con el tratamiento, limitando así la eficacia de las intervenciones clínicas.

La adherencia terapéutica en Colombia, por su parte, se convierte en un reto para los servicios de salud, sobre todo en el caso de enfermedades crónicas del tipo de la hipertensión y la diabetes, donde el escaso nivel educativo, las características socioeconómicas y la pobre comprensión de las indicaciones médicas son factores que incitan a incumplir el tratamiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). En lo que respecta a lo local, en la zona de Valledupar, esta situación se ve reflejada en el seguimiento de pacientes sometidos a control de hipertensión y diabetes en la sede San Martín, donde se ha llegado a observar que un número considerable de los usuarios llega a la consulta con cifras tensionales y niveles de glicemia por encima o por debajo de los límites máximos y mínimos establecidos, reflejando la dificultad en la adherencia a las terapias y en el control de la enfermedad durante 2025-2.

La enfermería como cuidado es una herramienta pedagógica fundamental en la educación en salud, el seguimiento y/o la asesoría de los pacientes con enfermedades crónicas, en el sentido que va a poder ayudar a generar o fortalecer la terapia de la adherencia terapéutica (Uribe et al., 2018), pero a pesar de ello se sigue generando incompetencia en la adherencia a las terapias, por lo que resulta relevante entender cómo aquello que tiene que ver con el cuidado de enfermería puede entenderse en relación a las adherencias terapéuticas en este contexto en el que se desenvuelven los pacientes.

Por ello, la investigación busca analizar la relación existente entre el cuidado de enfermería y la adherencia terapéutica en adultos hipertensos y diabéticos, pero atendidos en la sede San Martín de Valledupar en el 2025-2, con la intención de proveer evidencia que fortalezca las acciones de cuidado y que ayude a mejorar el control local de estas enfermedades.

Formulación del Problema

¿Cuál es el impacto de un modelo de estrategias de enfermería para mejorar la adherencia terapéutica y los resultados de salud de los pacientes con diabetes e hipertensión en el Hospital Eduardo Arredondo Daza, sede San Martín?

Justificación

La investigación surge por la necesidad de comprender la relación existente entre el cuidado de enfermería y la adherencia terapéutica en la población adulta con hipertensión arterial y diabetes en Valledupar, puesto que se trata de patologías que deben ser manejadas en forma constante y deben generar un alto compromiso del paciente. A pesar de los esfuerzos del sistema de salud, persiste el problema de la baja adherencia terapéutica, lo cual incrementa el riesgo de problemas derivados de la condición misma y deteriora de este modo la calidad de vida de la población. En este orden, deviene necesario producir evidencia que permita fortalecer el rol de enfermería en la orientación y el acompañamiento de pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión.

Desde la óptica social, la investigación deviene significativa en la Comuna 3 de Valledupar específicamente, en el barrio San Martín, donde se logran reconocer condiciones de carácter social que pueden influir negativamente sobre la adherencia terapéutica como son las dificultades económicas, el limitado acceso a los servicios de salud y las escasas redes de apoyo. Estas condiciones hacen imprescindible el analizar cómo el cuidado de enfermería puede influir en el esfuerzo por superar aquellas barreras, mediante el trabajo educativo en salud y el seguimiento constante, favoreciendo el autocuidado y el control de la enfermedad en esta población.

Desde la práctica, los resultados del presente estudio proporcionarán información en torno a los aspectos del cuidado de enfermería que se relacionan con la adherencia terapéutica, proporcionando información útil para el fortalecimiento de las acciones de educación y seguimiento en los servicios de salud, lo cual podrá contribuir a una mejora en la calidad de la atención, a un mejor control de las enfermedades crónicas, así como a contener la frecuencia de las complicaciones que pueden ocurrir cuando no se lleva un tratamiento adecuado.

Desde el punto de vista metodológico, el estudio es pertinente, ya que permite obtener evidencia local sobre la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión y diabetes; también, permite analizar las variables relacionadas con el cuidado de enfermería

en una población como la de Valledupar y aplicar instrumentos de medición a esta población, contribuyendo al desarrollo de otros futuros estudios en la temática.

Finalmente, el impacto que se estima de este estudio está en poder generar información que oriente el desarrollo de estrategias de mejora en el cuidado de enfermería relacionadas con la adherencia terapéutica en pacientes con distintas enfermedades crónicas. Esto, además de beneficiar a la población atendida en la sede San Martín, también servirá para idear intervenciones de este tipo en contextos similares, por lo que debería contribuir al avance en la salud pública local.

Propósito

El presente estudio tiene como finalidad analizar la relación que existe entre el cuidado de enfermería y la adherencia terapéutica, en pacientes hipertensos y diabéticos de la ESE Hospital Eduardo Arredondo Daza, sede San Martín, en la Comuna 3 de Valledupar, durante el periodo 2025-2. Este análisis persigue el propósito de interpretar de qué manera las acciones de enfermería inciden en la adherencia terapéutica y en el control de estas enfermedades crónicas, que se imponen por ser las características del contexto donde se lleva a cabo la atención en salud.

Tampoco se debe dejar a un lado la identificación de los factores relacionados con la adherencia terapéutica como el nivel de conocimiento del paciente con respecto a su enfermedad, las prácticas de autocuidado o el tipo de seguimiento que el paciente recibe del profesional de salud. Por esto, se espera reconocer las principales barreras que interrumpen el cumplimiento del tratamiento, pues ello nos permitirá tener una mejor mirada respecto de la situación de los pacientes de la Comuna 3 de Valledupar.

Asimismo, el estudio busca aportar evidencia sobre la relación existente entre el cuidado de enfermería, la adherencia a la terapia y la calidad de vida de los pacientes, lo que podría servir de soporte para fortalecer las acciones educativas y de acompañamiento. En este sentido, el objetivo del estudio se desarrolla desde un enfoque analítico, sin la puesta en práctica de un tipo de intervención experimental, que permita describir el contexto de la realidad y las relaciones existentes entre el personal de enfermería y los usuarios.

En última instancia, se espera que los resultados favorezcan el mejoramiento de la atención en salud de la sede San Martín al ofrecer elementos que sirvan en la construcción de estrategias de cuidado de las pacientes más centradas en el/la paciente y adaptadas a las necesidades del contexto. De ese modo, se visible el rol de la enfermería en la promoción del autocuidado, la adherencia terapéutica, y el control de enfermedades crónicas, generando evidencias de cara a la mejora de la salud de la población atendida.

Línea de Investigación

El actual trabajo se rige bajo las líneas de investigación de la Universidad Popular del Cesar, fundamentalmente en el campo de los cuidados de enfermería relacionados con personas adultas que padecen enfermedades crónicas no transmisibles, dentro del Área de Actuación de la Práctica de los Cuidados de Enfermería. En este sentido, se alinea con la Línea de Investigación “Ética de los Cuidados Humanizados”, que orienta la práctica profesional hacia la visión del ser humano de forma integral, con la consideración de sus dimensiones: biológica, social y emocional y por extensión del propio cuidado, visto desde una perspectiva ética, reflexiva y centrada en la persona misma.

Esta línea de investigación otorga importancia al papel del profesional de enfermería como agente de cambio, educador y cuidador, entrelazando la asistencia, la docencia y la investigación en virtud de la calidad de vida de las personas atendidas. En esta línea se encuentra el estudio que se ha llevado a cabo, en función de la necesidad de fortalecer la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos y diabéticos de la Comuna 3 de Valledupar, de acuerdo con las condiciones económicas, sociales y culturales que pueden influir en el autocuidado y/o en la continuidad del tratamiento.

El Grupo de Investigación CEGOSA, perteneciente al programa de Enfermería de la Universidad Popular del César, lidera el proyecto, garantizando de este modo la calidad metodológica, la rigurosidad científica y el respeto por los principios éticos durante el proceso de construcción de la investigación. Así, la investigación no solo contribuirá empíricamente al contexto local, sino que también servirá para enriquecer la formación investigativa y el pensamiento crítico en relación con la enfermería.

Desde el punto de vista teórico, esta investigación tiene como sustento la Teoría del Déficit de Autocuidado propuesta por Dorothea Orem, que se encuentra estrechamente ligada con la línea de Ética de los Cuidados Humanizados al tener en cuenta al individuo como ser activo en el cuidado de su salud. En esta línea, el papel de la enfermería queda establecido para el reconocimiento de las limitaciones del individuo en relación con el autocuidado y, consecuentemente, queda ligado al desarrollo de sistemas de enfermería:

1. El sistema totalmente compensatorio, cuando el paciente no puede realizar por sí mismo las actividades de cuidado.

2. El sistema parcialmente compensatorio, cuando se efectúa ejecución por parte del paciente y la persona del profesional.

3. El sistema de apoyo-educación, en el cual se busca desarrollar la capacidad del sujeto de salud mediante el establecimiento de actuaciones de educación para la salud.

Este último sistema, que se concentra en fomentar la autonomía del paciente, la adherencia a la terapia y el autocuidado desde una perspectiva de control de la enfermedad, ha prevalecido en las investigaciones que se llevaron a cabo en el presente artículo.

Tabla 3. *Cronograma general de actividades del proyecto de investigación: Modelo de atención integral liderado por enfermería en pacientes con hipertensión arterial y diabetes. E.S.E. Hospital Eduardo Arredondo Daza, sede San Martín, Valledupar (2025-2)*

Fase	Actividad principal	Descripción de la actividad	Responsable(s)	Periodo estimado
I. Planeación y diseño	Revisión bibliográfica y actualización del marco teórico	Búsqueda y análisis de literatura reciente sobre adherencia terapéutica, autocuidado y modelos de atención integral.	Investigadores principales y asesores académicos.	Agosto – septiembre 2025
	Diseño metodológico y validación de instrumentos	Elaboración y validación del cuestionario de adherencia, fichas de registro clínico y formatos de seguimiento.	Equipo investigador y expertos metodológicos.	Septiembre – octubre 2025
II. Implementación del estudio	Selección y capacitación del personal de apoyo	Entrenamiento del equipo de enfermería y promotores comunitarios en el uso de herramientas digitales y técnicas de educación en salud.	Coordinador del estudio y grupo CEGOSA.	Octubre 2025

	Recolección de datos de línea base	Aplicación de instrumentos a los pacientes y registro inicial de variables clínicas y sociodemográficas.	Equipo de campo y enfermeros comunitarios.	Octubre 2025
	Ejecución de la intervención	Poner en práctica el modelo de atención integral (educación, seguimiento).	Equipo de enfermería y personal clínico del H.E.A.D.	Noviembre 2025
III. Evaluación y análisis	Seguimiento y monitoreo continuo	Evaluación de la adherencia y control clínico durante la intervención.	Coordinador de investigación y analista de datos.	Noviembre 2025
	Análisis de resultados y evaluación económica	Procesamiento de datos, análisis estadístico y evaluación de costos por paciente.	Investigadores principales.	Noviembre-diciembre 2025
IV. Socialización y cierre	Elaboración de informe final y manual operativo	Redacción del informe técnico, conclusiones y recomendaciones prácticas.	Equipo investigador.	Diciembre 2025
	Socialización de resultados y divulgación académica	Presentación de resultados ante la Universidad Popular del Cesar y el Hospital Eduardo Arredondo Daza.	Investigadores, docentes y autoridades institucionales.	Diciembre 2025

Fuente: Elaboración propia (2025-2) a partir del cronograma operativo del proyecto y lineamientos metodológicos de la Universidad Popular del Cesar.

Siendo así, la congruencia entre la línea de investigación, el enfoque teórico y el cronograma garantiza que el estudio sea factible en el periodo académico correspondiente (2025-2), donde hay espacio para su desarrollo en tiempos reales y con ajuste al ámbito de la institución. Con ello se responde a la vez a los postulados de la Universidad Popular del Cesar y a las condiciones concretas de la población a la que se le sirve en la sede San Martín, de modo que se cimienta el sitio que le cabe al profesional enfermero en la promoción del autocuidado, en la adherencia a los tratamientos y en la atención humanizada en enfermos crónicos.

Objetivos

Objetivo General

Identificar la relación que existe entre el cuidado de la enfermera y la adherencia a la terapia y la disminución de los valores de control clínico (control clínico y calidad de vida del paciente), en los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus atendidos en el Hospital Eduardo Arredondo Daza, sede de San Martín, en el periodo 2025-2.

Objetivos Específicos

- Caracterizar sociodemográfica y clínicamente a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes mellitus atendidos en el Hospital Eduardo Arredondo Daza, sede San Martín, de la Comuna 3 de Valledupar, en el periodo 2025-2.
- Identificar los factores facilitadores y las barreras que intervienen en la adherencia al tratamiento y en la implementación del modelo de atención integral en el Hospital Eduardo Arredondo Daza, sede San Martín.
- Analizar la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y los resultados clínicos (control de la presión arterial y glucemias) de los enfermos participantes del estudio.
- Comparar los niveles de autocuidado y adherencia al tratamiento de los pacientes, a partir de la educación integral en salud y de las intervenciones que le hicieran el enfermero/a.
- Diseñar el Manual Operativo y las Directrices de Replicabilidad del modelo de atención integral, con base en los hallazgos del estudio, para su potencial implementación en otros centros de atención primaria del municipio de Valledupar.

Capítulo II

Marco Referencial

Antecedentes Investigativos

Una revisión de antecedentes de la investigación es un elemento significativo para la fundamentación teórica y metodológica del estudio preparado; en el marco de las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, garantizar la revisión de la evidencia científica sobre adherencia terapéutica, control clínico y estrategias de cuidado en el primer nivel de atención.

Este apartado tiene como objetivo, entre otros, poder identificar, analizar y sistematizar el estudio de antecedentes relevantes a nivel de investigación internacional, nacional y local sobre modelos de atención integral, la educación para el autocuidado, el seguimiento interdisciplinario y los factores relacionados con la adherencia terapéutica, a partir de lo cual se espera identificar los avances y limitaciones y los vacíos en el cumplimiento del conocimiento que a su vez fundamenten la relevancia del estudio presentado en el trabajo del Hospital Eduardo Arredondo Daza, sede San Martín.

La integración crítica de estos antecedentes permite, por un lado, consolidar el modelo metodológico de la investigación y, por otro lado, orientar la lectura de los resultados en un enfoque contextualizado y fundamentado en evidencia.

Internacionales

A nivel internacional, diferentes investigaciones recientes han demostrado cómo las intervenciones integradas, que combinan educación en salud, el seguimiento continuo y el acompañamiento por parte de la enfermería, son clave para incrementar la adherencia terapéutica y los resultados clínicos en pacientes con diabetes e hipertensión (García-Pérez et al., 2023; Lee et al., 2022). Del mismo modo, las organizaciones internacionales han mostrado cómo reforzar el primer nivel de la atención va a ser fundamental para el control de las enfermedades crónicas (OMS, 2023).

Sin embargo, parte de la evidencia tiene limitaciones metodológicas, como el uso de autorreportes o los seguimientos cortos, que pueden impactar en la validez de los

resultados. En este sentido, el presente artículo quiere aportar una parte de la evidencia contextual que es a través del uso de los indicadores clínicos y el análisis de los factores asociados a la adherencia terapéutica.

En Canadá, Lam et al. (2019) llevaron a cabo un metaanálisis sobre programas de autocuidado en pacientes con hipertensión y diabetes. Los resultados demostraron cómo estos programas incrementaron la adherencia terapéutica y los indicadores clínicos en cuanto a la presión arterial y la hemoglobina glicosilada. Este artículo respalda la introducción de las estrategias educativas y de autocuidado dentro del modelo de atención integral que es abordado en la presente investigación.

Nacionales

En Bogotá, Gómez y Castaño (2022) estudiaron la adhesión terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas por medio de un estudio transversal. Los hallazgos mostraron que un porcentaje importante de pacientes tiene baja adherencia según factores tales como el bajo nivel educativo, poco apoyo social, como también dificultades relacionadas con el acceso a los servicios de salud. El estudio muestra la necesidad de fortalecer las estrategias educativas y de acompañamiento, algo que también es trabajado en el presente artículo.

En Cali, Herrera y Cuero (2021) estudian el efecto de un modelo de atención integral sobre el control clínico en los pacientes con enfermedades crónicas. Los hallazgos mostraron que, tras la aplicación de un modelo interdisciplinario, los pacientes logran mejorar sus niveles de presión arterial y glucemia. Este antecedente evidencia la importancia del trabajo en equipo y la continuidad del cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas.

En Medellín, Restrepo et al. (2020) observaron factores psicosociales asociados a la adherencia, entre los que se tienen en cuenta los niveles del apoyo social, la percepción de riesgo y la motivación del paciente. Este estudio es un antecedente interesante, pues defiende el enfoque biopsicosocial asumido por el presente estudio.

En la ciudad de Bogotá, un estudio realizado por Londoño et al. (2019) sobre una intervención educativa dirigida a pacientes con enfermedades cardiovasculares encontró

que existieron mejoras significativas en medida de la adherencia terapéutica. Este hallazgo indica que la educación en salud puede ser considerada como una herramienta importante en la intervención de enfermedad crónica.

En la ciudad de Cartagena, un estudio realizado por Torres y Buelvas (2018) sobre la adherencia terapéutica en zonas rurales, encontró como barreras el acceso limitado a los servicios de salud, como factores socioeconómicos. Este estudio abre una ventana a la perspectiva contextual que debe ser considerada en la adherencia en una población vulnerable.

Locales

En términos locales, el escaso número de evidencias investigativas acerca de la adherencia terapéutica en personas con enfermedades crónicas para el municipio de Valledupar es escaso. Sin embargo, los diagnósticos situacionales e informes institucionales han denotado que existen dificultades en el control de enfermedades como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus las cuales están asociadas a baja adherencia a los tratamientos, barreras en el acceso a los servicios de salud y limitaciones en los procesos de educación para la salud.

En el Hospital Eduardo Arredondo Daza ha surgido la necesidad de implementar las estrategias del modelo de atención integral, a partir de un seguimiento permanente, una mayor promoción del autocuidado y la educación al paciente, más en poblaciones vulnerables de la Comuna 3.

La carencia de estudios locales específicos, hace que el presente documento académico logre colmar ese vacío de información, esto es lo que permitió la relevancia del trabajo presentado ya que pretende generar evidencias contextualizadas que ayuden a mejorar la calidad de la atención y el diseño de un modelo replicable en el ámbito municipal.

Marco Teórico

La gestión de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), especialmente la diabetes y la hipertensión arterial, constituye uno de los principales desafíos de los sistemas de salud a nivel mundial. Estas afecciones se caracterizan por su curso prolongado, la necesidad de vigilancia permanente y la dependencia de un tratamiento continuo que requiere compromiso y responsabilidad por parte del paciente. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) señala que la falta de adherencia terapéutica incrementa la morbilidad, la discapacidad y los costos asociados al cuidado sanitario, convirtiéndose en un factor crítico para el control efectivo de las enfermedades crónicas.

Tabla 5. *Aplicación práctica de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem en el modelo de atención integral para pacientes con hipertensión y diabetes*

Componente teórico (Orem)	Descripción conceptual	Aplicación en el estudio	Estrategias de enfermería	Resultados esperados
Teoría del Autocuidado	Define las acciones deliberadas que realiza la persona para mantener la salud, prevenir enfermedades y promover el bienestar.	Identificación de las prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión y diabetes atendidos en la sede San Martín.	Aplicación del cuestionario MMAS-8 y entrevistas educativas para explorar rutinas de autocuidado y adherencia.	Mayor conocimiento de la enfermedad y fortalecimiento de hábitos saludables.
Teoría del Déficit de Autocuidado	Explica cuándo el individuo no puede realizar por sí mismo las acciones necesarias para mantener su equilibrio funcional y bienestar.	Determinación de los principales déficits en adherencia terapéutica (uso irregular de medicamentos, dieta inadecuada, falta de control clínico).	Desarrollo de sesiones educativas y talleres grupales sobre administración de medicamentos, control de TA y glucemia, y alimentación saludable.	Reducción del déficit de autocuidado y mejora del cumplimiento terapéutico.
Teoría de los Sistemas de Enfermería	Describe los modos en que el profesional de enfermería	Aplicación del sistema de apoyo-educación	Implementación de seguimiento continuo mediante telemonitorización,	Mejora de la adherencia, aumento del control clínico y

Componente teórico (Orem)	Descripción conceptual	Aplicación en el estudio	Estrategias de enfermería	Resultados esperados
	ayuda a suplir o apoyar las limitaciones del paciente: sistema totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo-educación.	como enfoque predominante a la estrategia de atención integral.	llamadas de control y recordatorios electrónicos (SMS/APP).	fortalecimiento del vínculo enfermero-paciente.
Relación enfermero-paciente	La interacción terapéutica se basa en la comunicación empática y la educación personalizada.	Integración del rol educativo y humanizado del profesional de enfermería dentro de la atención primaria.	Diseño de intervenciones de consejería individual y familiar para fortalecer la autoeficacia y la motivación del paciente.	Fortalecimiento del autocuidado y reducción de hospitalizaciones evitables.
Autonomía y empoderamiento del paciente	Promueve la capacidad del individuo para asumir la responsabilidad de su propia salud.	Evaluación del progreso en la autonomía del paciente a través del seguimiento de indicadores de autocuidado y adherencia.	Formación de grupos de apoyo entre pacientes y cuidadores para compartir experiencias y estrategias de afrontamiento.	Incremento sostenido de la autoeficacia y de la adherencia terapéutica a mediano y largo plazo.

Fuente: Elaboración propia (2025) a partir de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem (1991) y la adaptación al modelo de atención integral propuesto para el Hospital Eduardo Arredondo Daza, sede San Martín.

En este contexto, la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem (1991) ofrece un marco conceptual sólido para comprender la adherencia terapéutica como un proceso dinámico que depende de la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado dirigidas al mantenimiento de su salud, la prevención de complicaciones y la recuperación del bienestar. Orem plantea que el autocuidado es una función deliberada que las personas realizan para sí mismas con el fin de preservar la vida, la salud y el bienestar, y que cuando existen limitaciones para llevarlo a cabo se genera un déficit de autocuidado, el cual justifica la necesidad de intervención de enfermería.

La teoría se estructura en tres componentes principales:

1. Teoría del autocuidado, que define las acciones aprendidas y voluntarias que los individuos realizan para satisfacer sus requerimientos de salud.
2. Teoría del déficit de autocuidado, que explica cuándo la persona no puede cumplir por sí misma las acciones necesarias para mantener su equilibrio fisiológico y emocional.
3. Teoría de los sistemas de enfermería, que describe cómo el profesional de enfermería puede suplir, apoyar o educar al paciente para restaurar su capacidad de autocuidado.

Aplicada al manejo de ECNT, la teoría de Orem orienta las actividades de enfermería hacia la identificación de los déficits de autocuidado relacionados con la adherencia terapéutica. En pacientes con hipertensión arterial y diabetes, dichos déficits pueden manifestarse en la falta de conocimiento sobre la enfermedad, el uso incorrecto de medicamentos, la dieta inadecuada, el sedentarismo o la omisión en los controles clínicos. Ante ello, la función del profesional de enfermería es diseñar intervenciones educativas y de acompañamiento que fortalezcan las habilidades del paciente para manejar su tratamiento, reconocer signos de alarma y mantener hábitos saludables.

La adherencia terapéutica, desde la perspectiva de Orem, no se limita al cumplimiento de una prescripción médica, sino que constituye un proceso de aprendizaje y empoderamiento en el que el individuo adquiere las competencias necesarias para cuidar de sí mismo de manera autónoma. Este proceso requiere la interacción continua entre el profesional y el paciente, basada en la comunicación efectiva, la confianza y la educación en salud.

En el marco del modelo de atención integral propuesto en esta investigación, la aplicación de la Teoría del Déficit de Autocuidado permite estructurar estrategias que integren educación personalizada, monitoreo de la adherencia, fortalecimiento de redes de apoyo familiar y comunitario, y uso de herramientas tecnológicas (recordatorios digitales, seguimiento remoto). Estas acciones buscan no solo mejorar los indicadores clínicos, sino también fomentar la autoeficacia y la responsabilidad compartida en el proceso de cuidado.

De este modo, la teoría de Orem aporta un fundamento ético, humanista y práctico que guía la labor del personal de salud en la promoción de la adherencia terapéutica y la sostenibilidad del autocuidado a largo plazo. Su aplicación en el contexto del Hospital Eduardo Arredondo Daza, sede San Martín, contribuye a fortalecer la atención primaria, optimizar los resultados en salud y avanzar hacia un modelo de cuidado integral, centrado en la persona y en la autonomía del paciente crónico.

Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

La Teoría del Déficit de Autocuidado, desarrollada por la enfermera y teórica estadounidense Dorothea Orem, Esta teoría es una de las más relevantes en el ámbito del cuidado de enfermería. Esta teoría sostiene que la enfermería es necesaria cuando un individuo no puede satisfacer sus propias necesidades de autocuidado debido a una limitación física, cognitiva o emocional. Orem define el autocuidado como la práctica de actividades que los individuos realizan por sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar.

La teoría se estructura en tres sistemas de atención:

- Sistema completamente compensador: el profesional de enfermería realiza el cuidado por el paciente.
- Sistema parcialmente compensador: tanto el profesional como el paciente participan en el cuidado.
- Sistema de apoyo-educación: el paciente puede realizar el autocuidado, pero necesita orientación, apoyo emocional o educación para hacerlo de manera efectiva.

Orem enfatiza que el papel de la enfermería va más allá del acto clínico; se trata de empoderar al individuo para que recupere o mantenga su autonomía en el cuidado de su salud, lo cual es especialmente relevante en enfermedades crónicas que requieren un manejo constante y disciplinado.

Aplicación de la Teoría a la Investigación

La Teoría del Déficit de Autocuidado se alinea estrechamente con los objetivos de esta investigación, ya que uno de los principales desafíos en el control y seguimiento de

enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión arterial. es precisamente la baja adherencia terapéutica, que está relacionada en gran medida con limitaciones en el autocuidado.

En este sentido, el modelo de atención integral propuesto en el Hospital Eduardo Arredondo Daza busca no solo mejorar los indicadores clínicos, sino también fortalecer las capacidades de autocuidado de los pacientes mediante educación en salud, acompañamiento psicosocial, monitoreo continuo y un enfoque multidisciplinario.

Aplicando la teoría de Orem, se plantea:

- Identificar el grado de autonomía de los pacientes en el manejo de su enfermedad.
- Diseñar intervenciones diferenciadas según el sistema de cuidado requerido (completamente compensador, parcialmente compensador o de apoyo-educación).
- Promover estrategias educativas personalizadas que permitan a los pacientes comprender su condición, adoptar hábitos saludables y cumplir con su tratamiento de manera efectiva.
- Evaluar el impacto de estas intervenciones no solo en términos clínicos, sino también en el fortalecimiento del empoderamiento y la responsabilidad individual del paciente.

Este enfoque teórico presenta una base firme para el proyecto, ejecución y evaluación del modelo de atención integral propuesto, permitiendo una comprensión holística del rol del paciente en el proceso de recuperación y mantenimiento de su salud.

Marco Conceptual

El marco conceptual establece las definiciones clave y los términos fundamentales que sustentan la investigación sobre modelo de atención integral para pacientes con diabetes e hipertensión en el Hospital Eduardo Arredondo Daza. Este apartado permite comprender la estructura del estudio y la relación entre los conceptos empleados.

Enfermedades Crónicas No Transmisibles: Diabetes e Hipertensión

Las patologías crónicas no contagiosas (ECNT) poseen un desafío considerable para los sistemas sanitarios a escala mundial, a causa de su elevada prevalencia y su efecto

en la calidad de vida de los pacientes. Las principales causas de morbilidad a escala global incluyen la diabetes y la hipertensión arterial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). La diabetes, que es una afección metabólica, se distingue por altos niveles de glucosa en la sangre, producto de una producción deficiente o una acción deficiente de la insulina (American Diabetes Association [ADA], 2022). En cambio, la hipertensión arterial se caracteriza por un incremento sostenido en la presión arterial sistólica o diastólica, lo que eleva la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal (European Society of Hypertension, 2021).

El manejo adecuado de estas condiciones requiere un enfoque integral que combine cambios en el estilo de vida, tratamientos farmacológicos y controles médicos periódicos. No obstante, investigaciones han revelado que una parte considerable de los pacientes no cumple correctamente con su tratamiento, lo que agrava su estado de salud y dificulta el control de estas enfermedades, lo que incrementa la incidencia de complicaciones y hospitalizaciones (Clark et al., 2004).

Adherencia Terapéutica en Adultos con Hipertensión y Diabetes

La adherencia terapéutica se refiere al nivel de cumplimiento de los pacientes con las recomendaciones médicas, que incluyen la toma de medicamentos, modificaciones en el estilo de vida y la asistencia regular a consultas médicas (World Health Organization [WHO], 2003). En el caso de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión, se estima que menos del 50% de los pacientes siguen adecuadamente su tratamiento, lo que dificulta el control de estas condiciones (Izquierdo, 2025).

Diversos factores contribuyen a la baja adherencia terapéutica, como el desconocimiento sobre la enfermedad, la complejidad del tratamiento, las barreras en el acceso a servicios de salud y la falta de apoyo tanto social como familiar (Cuatrecasas, 2025). Asimismo, se ha señalado que los modelos de atención tradicionales, caracterizados por consultas ocasionales y una limitada intervención educativa, no garantizan una adherencia adecuada. Esto pone de manifiesto la necesidad de adoptar modelos de atención más integrales y personalizados que respondan a estas limitaciones (Dowsett et al., 2000).

Modelos de Atención Integral en Enfermedades Crónicas

El modelo de atención integral surge como una estrategia que busca mejorar la adherencia terapéutica y optimizar los resultados en salud a través de un enfoque multidisciplinario. Este modelo incorpora diferentes componentes, como la educación en salud, el acompañamiento continuo, la intervención de equipos médicos interdisciplinarios y el uso de tecnologías para el monitoreo del paciente (OMS, 2021).

Investigaciones recientes han evidenciado que los modelos de atención integral aplicados a pacientes con diabetes e hipertensión tienen un impacto positivo, mejorando notablemente sus niveles de glucosa y presión arterial, disminuyendo las tasas de hospitalización y elevando la calidad de vida de los pacientes (Izquierdo, 2025). Asimismo, se ha destacado que herramientas como la telemedicina, el asesoramiento nutricional, el apoyo psicológico y el seguimiento en el hogar son esenciales para lograr un tratamiento más efectivo de estas patologías crónicas (Cuatrecasas, 2025).

Aplicación del Modelo de Atención Integral en el HEAD

El HEAD Se enfrenta al desafío de incrementar la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes e hipertensión, teniendo en cuenta las limitaciones del modelo tradicional de atención. La adopción de un modelo integral podría potenciar la educación del paciente, simplificar el acceso a consultas médicas y brindar un enfoque más individualizado centrado en la prevención y el autocuidado.

Para asegurar el éxito de esta estrategia, resulta esencial analizar la efectividad del modelo a través de indicadores clave, como el cumplimiento del tratamiento, la disminución de complicaciones y la percepción de satisfacción de los pacientes. Esto permitirá crear un punto de partida para diseñar futuras intervenciones en el cuidado de patologías crónicas dentro del sistema de salud colombiano.

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica compleja caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre, que surge debido a disfunciones en la producción, secreción o acción de la insulina. Esta condición se clasifica en tres tipos

principales: diabetes tipo 1, tipo 2 y diabetes gestacional, siendo la tipo 2 la forma más prevalente a nivel mundial, con un aumento alarmante en su incidencia debido a factores como el envejecimiento de la población, el estilo de vida sedentario y las dietas no saludables (American Diabetes Association [ADA], 2022).

El manejo de la diabetes tipo 2 requiere un enfoque multifacético e integral que no solo se base en el uso de medicamentos hipoglucemiantes, sino también en una modificación sustancial de los hábitos de vida. Esto incluye la regulación rigurosa de la dieta, adaptada a las necesidades individuales del paciente, la incorporación de actividad física regular, y un monitoreo continuo de los niveles de glucosa en sangre para evitar complicaciones a largo plazo. Además, es fundamental la implementación de estrategias de educación y autocontrol, que permitan a los pacientes comprender y gestionar de manera proactiva su enfermedad, mejorando así su calidad de vida y reduciendo el riesgo de complicaciones crónicas como enfermedades cardiovasculares, neuropatías, y daño renal (American Diabetes Association [ADA], 2022).

Por tanto, la diabetes mellitus no solo representa un reto para los pacientes, sino también para los sistemas de salud, que deben desarrollar enfoques de atención integral y personalizados para enfrentar esta pandemia silenciosa que afecta a millones de personas en todo el mundo.

Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que se caracteriza por una elevación persistente de la presión arterial sistólica y/o diastólica por encima de los valores normales establecidos, generalmente $\geq 140/90$ mmHg (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). Esta condición representa uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones graves, como enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal y otras afecciones crónicas que afectan la calidad de vida de los pacientes.

El manejo efectivo de la hipertensión arterial exige un enfoque integral que combine la adopción de hábitos de vida saludables, como una dieta equilibrada, ejercicio regular y la reducción del estrés, con la estricta adherencia al tratamiento farmacológico

prescrito por el médico. El control de la presión arterial mediante el uso de medicamentos antihipertensivos, junto con un seguimiento médico continuo, es esencial para reducir el riesgo de complicaciones y mejorar la salud cardiovascular a largo plazo.

Además, la educación del paciente sobre la importancia del autocontrol, la medición regular de la presión arterial y la comprensión de los efectos adversos de no seguir las recomendaciones médicas, son elementos clave para garantizar una gestión exitosa de esta condición. En un contexto global donde la hipertensión afecta a una proporción creciente de la población, su control y prevención se han convertido en prioridades de salud pública, con el objetivo de reducir la carga de enfermedades asociadas y mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados (OMS, 2021).

Modelo de Atención Integral en Salud

El modelo de atención integral en salud se concibe como un enfoque organizado y holístico cuyo propósito es proporcionar servicios médicos de manera continua, coordinada y centrada en las necesidades individuales de cada paciente. Este modelo promueve la colaboración activa de equipos multidisciplinarios de profesionales de la salud, fomentando la integración de diversas disciplinas para asegurar una atención más completa y eficaz. En su núcleo, se destaca la importancia de la prevención, el diagnóstico temprano y el manejo adecuado de enfermedades crónicas, como la diabetes y la hipertensión, que requieren un abordaje a largo plazo.

Además, el modelo enfatiza la educación en salud, ofreciendo a los pacientes la información y las herramientas necesarias para que puedan asumir un rol proactivo en el autocuidado de su salud. Este componente educativo es esencial para modificar hábitos de vida, mejorar la adherencia a los tratamientos y reducir el riesgo de complicaciones asociadas con enfermedades crónicas. Asimismo, se garantiza el acceso equitativo a los servicios, asegurando que todos los pacientes, independientemente de su situación económica o geográfica, reciban una atención de calidad.

La implementación efectiva de este modelo contribuye significativamente a la mejora de la calidad de vida de los pacientes, al tiempo que optimiza los recursos de los sistemas de salud, reduciendo la carga hospitalaria y los costos asociados con el manejo

de enfermedades crónicas. La coordinación entre servicios médicos, sociales y comunitarios, junto con un enfoque preventivo y educativo, establece las bases para una atención más eficiente, centrada en el paciente y sostenible en el tiempo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Adherencia Terapéutica

La adherencia terapéutica se entiende como el grado en el que un paciente sigue las recomendaciones médicas prescritas por su profesional de salud, las cuales incluyen el cumplimiento en el uso de medicamentos, la modificación de hábitos de vida, y la realización de controles regulares para monitorear el progreso y gestionar la enfermedad de manera eficaz. Este fenómeno es crucial en el tratamiento de enfermedades crónicas, ya que la adherencia adecuada no solo mejora los resultados clínicos, sino que también previene complicaciones graves y optimizar el bienestar del usuario.

Sin embargo, la baja adherencia terapéutica representa uno de los desafíos más significativos en la gestión de enfermedades persistentes, como la diabetes mellitus y la presión arterial alta. El incumplimiento de las pautas terapéuticas puede reducir considerablemente la efectividad de los tratamientos, incrementando el riesgo de complicaciones y, en consecuencia, aumentando la carga sobre los sistemas de salud. Este problema no solo afecta al bienestar del paciente, sino que también implica mayores costos para los servicios de salud, debido a la necesidad de intervenciones más intensivas y hospitalizaciones por complicaciones prevenibles (Sabaté, 2020).

La falta de adherencia puede estar influenciada por una variedad de factores, tales como la falta de educación sobre la enfermedad, la complejidad de los tratamientos, las barreras económicas, y las dificultades para acceder a servicios de salud. Por lo tanto, es crucial desarrollar estrategias que fomenten el cumplimiento terapéutico, como programas de educación en salud, intervenciones personalizadas, y el apoyo continuo a los pacientes, con el fin de mejorar tanto los resultados en salud como la eficiencia de los sistemas de salud.

Atención Primaria en Salud

La Atención Primaria en Salud (APS) se consolida como un enfoque fundamental para asegurar un acceso justo y equitativo a los servicios sanitarios, enfocándose en un

modelo integral que abarca desde la prevención y promoción de la salud, hasta el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de diversas patologías. Su objetivo central es satisfacer la mayor parte de las necesidades sanitarias de la población, proporcionando una atención continua y accesible en los niveles más cercanos a la comunidad, con un enfoque preventivo y de manejo integral de la salud (Starfield, 2019).

La APS es clave para reducir la dependencia de los servicios de salud más complejos, como la hospitalización, al ofrecer atención temprana y manejos oportunos de enfermedades crónicas y agudas. Al promover hábitos saludables, detectar enfermedades en etapas tempranas y ofrecer tratamientos adecuados a nivel local, no solo se disminuye la carga sobre los sistemas sanitarios no se potencia, sino que también se eleva notablemente el bienestar de los usuarios. especialmente de los adultos mayores y personas con condiciones crónicas.

Además, la Atención Primaria en Salud fomenta un enfoque de salud centrado en la persona, promoviendo la implicación activa del paciente en su propia atención y contribuyendo a la construcción de comunidades más saludables. En este contexto, se reconoce como una herramienta eficaz para mejorar la equidad en salud y asegurar que todas las personas, sin distinción de su nivel socioeconómico o geográfica, tengan acceso a servicios de salud de calidad y oportunos.

Gestión del Riesgo en Salud

La administración de la amenaza en salud hace referencia al grupo de tácticas y procedimientos diseñados para detectar, valorar y minimizar los elementos que pueden impactar de manera adversa en la salud de las comunidades. Este enfoque busca reducir la carga de enfermedades y mejorar la eficiencia de los sistemas de salud mediante la anticipación y la gestión adecuada de los riesgos. En el contexto de los trastornos crónicos, como la diabetes y la hipertensión, la administración del riesgo se convierte en una herramienta esencial para evitar la aparición de complicaciones graves y optimizar los resultados en salud.

La implementación de programas de monitoreo continuo, la promoción del autocuidado y la gestión integral de las comorbilidades son aspectos clave en la administración del riesgo. Estos programas permiten un seguimiento cercano de la

evolución de las condiciones de salud de los pacientes, facilitando la detección temprana de problemas potenciales y promoviendo la adherencia a los tratamientos prescritos. Además, el fomento de hábitos saludables y la educación en salud son esenciales para capacitar a las personas en el control y cuidado de su condición de salud, reduciendo así la probabilidad de complicaciones y mejorando su calidad de vida.

La administración efectiva del riesgo no solo beneficia a los pacientes, sino que también aligera la carga de los sistemas de salud, al reducir la necesidad de intervenciones hospitalarias costosas y la aparición de complicaciones graves. Al promover una atención proactiva y centrada en el paciente, se contribuye a un enfoque más eficiente, equitativo y sostenible en la atención a las enfermedades crónicas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Impacto de la Atención Integral en la Calidad de Vida de los Pacientes

La implementación de modelos de atención integral ha demostrado ser esencial para promover una mejor calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión. Este enfoque no solo permite un control más efectivo de los parámetros clínicos, sino que también reduce el riesgo de amenazas a largo plazo, disminuyendo la carga económica sobre los sistemas de salud [OMS], 2022).

Los beneficios de la atención integral es la coordinación entre diferentes niveles del sistema de salud, garantizando un seguimiento continuo del paciente. La combinación de atención primaria, especializada y educación en salud facilita la detección temprana de descompensaciones y evita hospitalizaciones innecesarias (González et al., 2021). Además, estudios han demostrado que la integración de servicios médicos con estrategias de autocuidado y adherencia terapéutica puede aumentar hasta en un 30% la efectividad del tratamiento en pacientes diabéticos e hipertensos (Sabaté, 2020).

Por otro lado, el acceso a herramientas tecnológicas, como la telemedicina y los sistemas de monitoreo remoto, ha permitido mejorar la adherencia al tratamiento y optimizar la relación y el diálogo entre los pacientes y los profesionales de la salud. En países donde se han implementado programas de atención integral con apoyo tecnológico, se ha observado una reducción significativa en complicaciones cardiovasculares y metabólicas (American Diabetes Association [ADA], 2022).

El modelo de atención integral no solo se concentra en la gestión de la enfermedad, así como en la prevención y promoción de la salud., tratando aspectos de riesgo como la obesidad, el sedentarismo y los hábitos de alimentación inadecuados. La implementación de estas estrategias en instituciones como el Hospital Eduardo Arredondo Daza podría representar una oportunidad clave para mejorar la salud de la población y optimizar el uso de los recursos disponibles en el sistema de salud colombiano.

Marco Legal

El manejo adecuado de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial requiere un marco normativo que garantice el acceso a servicios de salud integrales y promueva la adherencia terapéutica. En Colombia, diversas leyes, decretos y resoluciones establecen las directrices para la atención de estas patologías, asegurando su cobertura en el sistema de salud y definiendo estrategias para su prevención y tratamiento.

Constitución Política de Colombia (1991)

De acuerdo con el artículo 49 de la Constitución, se reconoce la atención en salud como un derecho fundamental para todos los ciudadanos. Este artículo respalda el acceso a servicios médicos integrales, poniendo énfasis en la detección temprana, el manejo y el abordaje de las enfermedades crónicas (Congreso de la República de Colombia, 1991).

Ley 100 de 1993 - Sistema General de Seguridad Social en Salud

Esta legislación estableció SGSSS), permitiendo que toda la población colombiana tuviera acceso a servicios médicos. A lo largo de su implementación, se ha asegurado la inclusión en el marco del Plan de Beneficios en Salud, incluyendo enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión (Congreso de la República de Colombia, 1993).

Ley 1438 de 2011 - Reforma del Sistema de Salud

La Ley 1438 potencia el cuidado primario en salud y define un enfoque holístico para la gestión de enfermedades crónicas. Igualmente, destaca la promoción de la salud y la prevención como elementos esenciales del modelo de atención, enfatizando la

importancia de cumplir con el tratamiento en pacientes con enfermedades crónicas (Congreso de la República de Colombia, 2011).

Resolución 3280 de 2018 - Ruta Integral de Atención en Salud para Enfermedades Crónicas

El Ministerio de Salud y Protección Social emitió esta resolución con la finalidad de mejorar la gestión del riesgo y la calidad de la asistencia sanitaria. Se enfoca en métodos para incrementar la adherencia a la terapia, garantizar el acceso a medicamentos y servicios sanitarios, y promover el autocuidado en los pacientes con diabetes e hipertensión (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Ley Estatutaria 1751 de 2015 - Derecho Fundamental a la Salud

Esta normativa reconoce la salud como un derecho esencial independiente y exige al Estado asegurar la provisión de servicios médicos de forma completa y sin obstáculos de acceso. Dentro del marco de patologías crónicas, se impone la responsabilidad de proporcionar tratamientos constantes y monitoreo a los pacientes con el fin de mejorar su calidad de vida (Congreso de la República de Colombia, 2015).

Normas Internacionales sobre el Manejo de Enfermedades Crónicas

A escala global, (OMS) ha elaborado tácticas para el control de enfermedades crónicas, fomentando modelos de cuidado integral y subrayando la importancia de incrementar la adherencia a los tratamientos (OMS, 2021). Igualmente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha proporcionado directrices para potenciar la asistencia primaria y el seguimiento constante en pacientes con diabetes e hipertensión (OPS, 2020).

La legislación colombiana y las regulaciones internacionales destacan la relevancia de asegurar el acceso a la asistencia sanitaria integral para pacientes con enfermedades crónicas. La puesta en marcha de un modelo de atención integral en el Hospital Eduardo Arredondo Daza se ajusta a estas normativas, favoreciendo el robustecimiento del sistema sanitario y una mejor gestión de la diabetes y la hipertensión en la población.

Tabla 6. *Ventajas y desventajas del marco legal en Colombia con respecto a la atención de enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión, así como algunos aspectos internacionales relevantes*

Aspecto	Ventajas	Desventajas
Legislación en salud en Colombia	Reconoce la salud como un derecho fundamental (Ley 1751 de 2015).	Persisten barreras de acceso a tratamientos y servicios especializados en zonas rurales.
Cobertura de enfermedades crónicas	La diabetes e hipertensión están incluidas en el Plan de Beneficios en Salud (Ley 100 de 1993).	Algunos tratamientos innovadores o medicamentos especializados no están completamente cubiertos por el sistema de salud.
Modelo de Atención Integral	La Resolución 3280 de 2018 establece rutas integrales de atención para enfermedades crónicas.	Falta de implementación efectiva en algunos hospitales debido a limitaciones de infraestructura y personal.
Enfoque en prevención y adherencia	La Ley 1438 de 2011 enfatiza la prevención y el fortalecimiento de la atención primaria.	Persisten dificultades en la educación de los usuarios acerca de la relevancia de la obediencia al tratamiento.
Normas internacionales (OMS, OPS)	Se promueven modelos de atención basados en la precaución y el monitoreo continuo de patologías.	Diferencias en la aplicación de normativas debido a los recursos y políticas de cada país.
Acceso a tecnologías de salud	Se han desarrollado políticas para facilitar el acceso a tecnologías y tratamientos innovadores.	En comparación con otros países, el acceso a tecnología avanzada sigue siendo limitado en algunas regiones.
Financiación y sostenibilidad	Existen mecanismos de financiamiento para garantizar la atención de enfermedades crónicas.	La carga económica del sistema de salud aumenta con el incremento de pacientes crónicos y la falta de sostenibilidad en algunos programas.

Fuente: Elaboración propia.

Importancia del Enfoque Multidisciplinario en la Atención de Enfermedades Crónicas

El tratamiento de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión requiere un enfoque multidisciplinario que involucre a diversos personales de la salud. Este modelo de atención no solo mejora la adherencia terapéutica, sino que también

optimiza los resultados clínicos al proporcionar un manejo integral del paciente (Álvarez & Rodríguez, 2023).

Los equipos multidisciplinarios incluyen médicos generales, endocrinólogos, cardiólogos, nutricionistas, enfermeros y psicólogos, quienes trabajan de manera coordinada para garantizar un tratamiento personalizado y adaptado a las necesidades de cada paciente (González et al., 2022). La combinación de especialidades permite abordar los factores de riesgo de manera holística, desde el control metabólico hasta los aspectos emocionales que influyen en la adherencia al tratamiento.

Dentro del marco de la gestión de enfermedades persistentes no contagiosas, tales como la diabetes mellitus tipo 2 y la presión arterial alta, la educación en salud se presenta como un pilar estratégico crucial en los modelos de cuidado integral. Lejos de limitarse a la transmisión de información, la educación sanitaria se concibe hoy como un proceso sistemático y participativo que promueve cambios sostenibles en el comportamiento de los individuos, fomenta la autonomía del paciente y fortalece su capacidad de autocuidado, en coherencia con los principios de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.

Diversos estudios han evidenciado que los programas educativos son efectivos. Estructurados, dirigidos por equipos multidisciplinarios —compuestos por profesionales de enfermería, medicina, nutrición, psicología y trabajo social—, contribuyen significativamente a la modificación de estilos de vida, la reducción de factores de riesgo cardiovascular y el mejor control clínico de estas patologías (World Health Organization [WHO], 2021). Estas intervenciones permiten aumentar la adherencia terapéutica, minimizar el riesgo de complicaciones a largo plazo y mejorar la calidad de vida de los pacientes, especialmente en entornos con alta carga de enfermedad y desigualdades en el acceso a servicios de salud, como ocurre en ciertas áreas de la Comuna 3 de Valledupar.

En este sentido, la implementación de modelos de atención integral, como el propuesto en esta investigación para el Hospital Eduardo Arredondo Daza, requiere estar alineada con las disposiciones normativas nacionales vigentes, que brindan el soporte técnico y legal para el abordaje estructurado de estas enfermedades.

Resolución 4003 de 2008 – Ministerio de la Protección Social

Esta resolución establece el anexo técnico para el cuidado completo de individuos de 45 años en adelante con diagnóstico de presión alta arterial y/o enfermedad de diabetes tipo 2. Su objetivo es garantizar un modelo de atención ambulatoria especializada, con énfasis en la prevención de complicaciones crónicas, tales como enfermedad renal crónica, retinopatía diabética, enfermedad cardiovascular y amputaciones no traumáticas. La resolución define rutas de atención, periodicidad de controles, actividades educativas y criterios de remisión que deben ser implementadas por los proveedores de servicios sanitarios. Esta reglamentación sostiene la estructura del modelo que se pretende aplicar en el presente estudio, orientado hacia el seguimiento proactivo y personalizado del paciente.

Guías de Práctica Clínica (GPC)

En el marco de la atención basada en la evidencia, el Ministerio de Salud y Protección Social ha publicado diversas Guías de Práctica Clínica, entre las que se destaca la GPC para el manejo de la hipertensión arterial primaria en personas mayores de 18 años, actualizada en 2017. Esta guía proporciona lineamientos precisos para el diagnóstico oportuno, la estratificación del riesgo cardiovascular, la selección de terapias farmacológicas y no farmacológicas, y el seguimiento periódico de los pacientes. Su integración al modelo propuesto en esta investigación permite asegurar la coherencia técnica de las intervenciones clínicas, y al mismo tiempo garantiza la estandarización de la atención según los más altos estándares de calidad.

Ley 100 de 1993 – Sistema General de Seguridad Social en Salud

Aunque de carácter más estructural, la Ley 100 de 1993 constituye el marco legal que regula el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Esta legislación establece el derecho de todos los ciudadanos a una atención integral en salud, con énfasis en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Bajo esta perspectiva, la atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles debe garantizarse de manera continua, coordinada y centrada en el paciente. La presente

investigación se enmarca en estos principios, proponiendo una estrategia que articule los niveles de atención y promueva la equidad en el acceso a servicios.

Aplicación a la Investigación

En el contexto específico del Hospital Eduardo Arredondo Daza, la incorporación de estos lineamientos normativos y enfoques educativos dentro de un modelo de atención integral tiene implicaciones directas en la organización de los servicios, la capacitación del personal, el seguimiento clínico de los pacientes y la evaluación de resultados en salud. A través de un enfoque interdisciplinario y centrado en el usuario, se pretende crear un entorno terapéutico que facilite el cumplimiento del tratamiento, mejore los indicadores de control metabólico y reduzca el número de hospitalizaciones y complicaciones asociadas.

Además, el diseño del modelo contempla componentes formativos y psicosociales que buscan superar las barreras identificadas en antecedentes nacionales e internacionales, tales como la baja alfabetización en salud, el desinterés terapéutico, la sobrecarga del sistema sanitario y la fragmentación en la atención. En última instancia, esta propuesta se orienta a construir una respuesta institucional coherente, sostenible y efectiva frente al creciente desafío de las enfermedades crónicas en Colombia.

Capítulo III

Diseño Metodológico

El presente estudio se desarrolló dentro del enfoque cuantitativo, bajo un diseño no experimental, descriptivo–correlacional y de corte transversal, en el que se analizó la relación entre la adherencia terapéutica, el control clínico y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. El diseño es no experimental, pues no

se realizó manipulación de las variables independientes, limitándose la investigación sólo a la observación de los fenómenos en su medio natural. Es también de corte transversal, puesto que la recolección de la información se realizó en un momento único en el tiempo, de forma que permitiera describir algunas características de la población y de la forma en la que se pueden explorar las asociaciones entre variables. El estudio se desarrolló en el Hospital Eduardo Arredondo Daza, sede San Martín, que se ubica en la Comuna 3 del municipio de Valledupar, en el año 2025.

Tipo de Investigación

La investigación es descriptiva–correlacional, ya que, en primer lugar, caracteriza las variables sociodemográficas, clínicas y de adherencia terapéutica y posteriormente, establece relaciones entre las mismas, pero su objetivo no es determinar causalidad.

Población y Muestra

La población estuvo constituida por pacientes adultos diagnosticados de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2, adscritos al programa de enfermedades crónicas, del Hospital Eduardo Arredondo Daza. La muestra estuvo constituida por 15 pacientes, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, en relación con la accesibilidad y disponibilidad de los participantes del proceso de recolección.

Cabe destacar que por el escaso número de pacientes que la integran, el estudio es exploratorio, lo que no permite la generalización de lo hallado, pero consigue la identificación de ciertas tendencias en la población objeto de estudio.

Criterios de Inclusión

Pacientes de 18 años

Diagnóstico de hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo 2

Pertenencia al programa de enfermedades crónicas

Aceptación de participar por consentimiento informado

Criterios de Exclusión

Pacientes con alteraciones cognitivas que dificulten la recolección de información

Pacientes hospitalizadas o críticas

Participantes que no completen el instrumento

Fuentes Primarias: corresponde a los pacientes que se encuentran asistiendo al programa de promoción y mantenimiento de la salud, en el hospital Eduardo Arredondo Daza (cede san Martin) de la comuna III.

Fuentes secundarias: La información fue obtenida de una variedad de fuentes, incluyendo material bibliográfico en línea, revistas científica, la biblioteca de la Universidad Popular del Cesar, bases de datos especializadas, diccionarios y libros.

Técnica de Recolección de los Datos

La técnica utilizada fue la encuesta estructurada.

Como instrumento se utilizó un cuestionario estructurado adaptado de la escala de adherencia terapéutica de Morisky (MMAS-8) el cual fue modificado a una escala tipo Likert de frecuencia (Siempre, casi siempre, algunas veces, nunca) para poder ser comprendido por la población objeto de estudio.

Este cuestionario permitió evaluar conductas de cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Además, se revisaron historias clínicas para la obtención de datos clínicos de interés como PA, HbA1c, IMC.

Para la medición de la calidad de vida se utilizó el cuestionario EQ-5D-5L validado en población general.

Procedimiento

La recolección de la información se realizó en un único momento, previa autorización institucional y consentimiento informado de los participantes.

Se aplicó el cuestionario de forma presencial asegurando la confidencialidad de la información mediante la recogida y posteriormente se registraron los datos clínicos a partir de las historias clínicas.

Estimación de la Información

La información recopilada fue organizada y procesada para su posterior tratamiento en una base de datos en Excel.

Se realizó un análisis descriptivo a partir de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas de nuestro estudio, además de explorar posibles asociaciones entre variables a partir de análisis correlacional. Esto se realizó con la intención de explorar posibles asociaciones entre la adherencia terapéutica, el control a nivel clínico y la calidad de vida. El número de sujetos para esta pesquisa puede hacer que se interpreten los resultados como tendencias exploratorias.

Validez y Fiabilidad

El instrumento del estudio se basaba en una escala validada (Morisky), aunque fue adaptada a contextos del estudio, lo que supone que los resultados también deben interpretarse con cautela. No obstante, aseguramos la claridad, relevancia y entendimiento de los ítems, ya que el cuestionario fue revisado antes de su aplicación.

Limitaciones del Estudio

Las principales limitaciones son el tamaño de la muestra, lo que limita las generalizaciones de sus resultados a la población. El uso de un instrumento adaptado puede contribuir a sesgos en la medición de la adherencia a la terapia.

Instrumentos de Medición

Encuesta sobre adherencia al tratamiento y percepción del modelo de atención integral

Instrucciones:

Estimado(a) participante, esta encuesta tiene como objetivo conocer su experiencia con el tratamiento de su enfermedad y la atención recibida en el hospital. Sus respuestas se

mantendrán en confidencialidad y se emplearán exclusivamente para propósitos investigativos.

Sección 1: Datos sociodemográficos

Edad:

- Menor de treinta años
- Entre treinta y cuarenta años
- Entre cincuenta y sesenta años
- Más de sesenta años

Sexo:

- Masculino
- Femenino

Nivel educativo alcanzado:

- Sin estudios
- Primaria
- Secundaria
- Técnico/Tecnológico
- Universitario

Tiempo desde el diagnóstico de su enfermedad:

- No más de 1 año
- Entre 1 y 5 años
- Entre 6 y 10 años
- Mayor a 10 años

Sección 2: Adherencia al tratamiento

¿Con qué frecuencia toma su medicación según las indicaciones de su médico?

- Siempre

- Casi siempre
- A veces
- Rara vez
- Nunca

¿Cuántas veces ha olvidado tomar su medicamento en la última semana?

- Ninguna
- 1 - 2 veces
- 3 - 4 veces
- Más de 4 veces

¿Sigue la dieta recomendada por su médico?

- Sí, siempre
- Sí, pero con algunas excepciones
- No, solo en ocasiones
- No, nunca

6. ¿Realiza actividad física según la recomendación médica?

- Sí, siempre
- Sí, ocasionalmente
- No, pero intento hacerlo
- No, nunca

Sección 3: Percepción del modelo de atención integral

9. ¿Cómo valora la calidad del cuidado que se ha obtenido en el hospital?

- Perfecto
- Excelente

- Estándar
- Insuficiente

10. ¿Recibe información suficiente sobre su enfermedad y tratamiento por parte del personal médico?

- Sí, totalmente
- Sí, pero podría mejorar
- No, recibo poca información
- No, nunca

11. ¿El personal de salud le brinda apoyo y seguimiento continuo en su tratamiento?

- Sí, de manera frecuente
- Sí, pero con poca frecuencia
- No, solo en consultas médicas
- No, nunca

12. ¿Considera que el hospital cuenta con los recursos necesarios para atender su enfermedad de manera adecuada?

- Sí, totalmente
- Sí, pero con algunas deficiencias
- No, hace falta más infraestructura y recursos
- No, el hospital no está bien equipado

Sección 4: Sugerencias y comentarios

13. ¿Qué mejoras sugeriría para optimizar la atención que recibe en el hospital?

Tabla 7. Operacionalización de Variables (Enfoque Cuantitativo)

Objetivo Específico	Variable	Indicadores y Escalas de Medición
Describir las características sociodemográficas de los pacientes que acuden al Hospital Eduardo Arredondo Daza con problemas de salud vinculados con hipertensión y diabetes.	Características sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> - Edad (Categorías: Menor de 30, 30-44, 45-59, 60+ años). - Sexo (Hombre, Mujer). - Condición civil (Single, Matrimonio, Divorciado, Viudo). - Grado de educación (Primordial, Secundaria, Universitaria). - Empleo (Trabajo, Estudiante, Desempleado, Pensionado).
Determinar los elementos favorables y los obstáculos que afectan la puesta en marcha del modelo de atención integral en el escenario del Hospital Eduardo Arredondo Daza.	Factores facilitadores y barreras	<ul style="list-style-type: none"> - Factores facilitadores: Disponibilidad de recursos (Escala Likert 1-5). - Barreras: Barreras geográficas (Distancia en kilómetros), Barreras económicas (Rango en salario mínimo), Barreras culturales (Escala Likert 1-5).
Analizar la relación entre adherencia terapéutica y los resultados de salud en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial.	Adherencia terapéutica y resultados de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Adherencia al tratamiento (Escala de Morisky-Green: Baja, Media, Alta). - Niveles de HbA1c en pacientes diabéticos (Valor en %). - Niveles de presión arterial en pacientes hipertensos (mmHg).
Evaluar la efectividad de las estrategias de educación en salud y promoción de estilos de vida saludables.	Educación en salud y promoción de estilos de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Participación en talleres educativos (Número de talleres asistidos). - Cambios en la dieta (Escala de frecuencia alimentaria: Nunca, A veces, Frecuentemente). - Nivel de actividad física (Escala de actividad física: Sedentario, Moderado, Activo).
Desarrollar un Proyecto Educativo para la Salud Integral de los usuarios con enfermedades crónicas y/o degenerativas.	Proyecto educativo y salud integral	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo del plan educativo (Porcentaje de implementación de actividades educativas). - Nivel de conocimiento de los pacientes sobre autocuidado (Escala de conocimiento: Bajo, Medio, Alto). - Satisfacción de los pacientes con el Proyecto Educativo (Escala Likert 1-5).

Fuente: Elaboración propia.

Comentarios adicionales para la tabla:

- Escala de Morisky-Green para adherencia al tratamiento: Esta escala mide la adherencia terapéutica mediante un cuestionario que evalúa la frecuencia con la que los pacientes siguen las recomendaciones del médico respecto a la medicación.
- Escala Likert (1-5): Esta escala es útil para medir la percepción de los pacientes sobre distintos aspectos, como la accesibilidad a los servicios de salud o la satisfacción con las estrategias educativas, ofreciendo respuestas que van desde "Totalmente en desacuerdo" hasta "Totalmente de acuerdo".
- Niveles de HbA1c: Este indicador es clave para evaluar el control de la diabetes. Un nivel de HbA1c superior al 7% generalmente indica un mal control de la enfermedad.
- Niveles de presión arterial: Monitorear la presión arterial es crucial para pacientes con hipertensión. Niveles constantes de presión arterial por encima de 140/90 mmHg son indicativos de un control inadecuado.
- Cambios en la dieta y actividad física: Estos indicadores se enfocan en la modificación de los hábitos de vida, que son fundamentales en el manejo de enfermedades crónicas.

Aspectos Administrativos

En toda investigación en el campo de la salud, los elementos administrativos son esenciales para garantizar que el proyecto se realice de forma eficaz, ordenada y siguiendo las directrices éticas y jurídicas establecidas. A continuación, se detallan los principales aspectos administrativos que deben ser considerados para la ejecución del estudio sobre el modelo de atención integral en pacientes con diabetes e hipertensión en el Hospital Eduardo Arredondo Daza, sede San Martín, durante el primer semestre de 2025.

1. Organización del Equipo de Investigación

El éxito de un estudio depende en gran medida de la **coordinación y cooperación** entre los distintos miembros del equipo de investigación. Para este proyecto, Psicología y trabajo social: Encargados de abordar los aspectos psicosociales que pueden influir en la adherencia terapéutica de los pacientes.

2. Planificación y Cronograma de Actividades

Para asegurar el cumplimiento de los objetivos, se establecerá un cronograma detallado de las actividades a lo largo del período de ejecución. Esto incluirá las fechas de

inicio y finalización de cada fase del estudio, y se organizará en un formato de diagrama de Gantt. Las actividades clave serán las siguientes:

- Fase 1: Preparación y capacitación (Mes 1): En esta fase, se llevará a cabo la capacitación del personal del hospital sobre el modelo de atención integral, además de preparar los instrumentos de recolección de datos.
- Fase 2: Recolección de datos (Mes 2 a Mes 4): Durante este período se implementará la recopilación de datos a través de encuestas, entrevistas y registros clínicos de los pacientes.
- Fase 3: Análisis de los datos (Mes 5): En esta fase se analizarán los datos recogidos, y se realizarán los análisis estadísticos y cualitativos.
- Fase 4: Informe y presentación de resultados (Mes 6): Finalmente, se elaborará el informe final con los resultados y recomendaciones del estudio.

3. Recursos Humanos y Materiales

El proyecto requiere recursos humanos calificados, que serán contratados y asignados de acuerdo con las necesidades específicas del estudio. Además, se necesitarán materiales y equipos para la recolección de datos, tales como:

- Materiales de encuesta: Cuestionarios para medir la adherencia al tratamiento, la satisfacción del paciente y la efectividad del modelo de atención.
- Equipos médicos: Herramientas necesarias para medir los parámetros clínicos, como la presión arterial y los niveles de glucosa en sangre.
- Tecnología y software: Herramientas tecnológicas para el análisis de datos, como software estadístico (SPSS, R) y programas de análisis cualitativo (NVivo).

Capítulo IV

Informe de Resultados

El presente capítulo recoge los resultados que emergieron posteriormente a la recolección y al análisis de la información en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2, tratados en el Hospital Eduardo Arredondo Daza, sede San Martín durante el año 2025.

Dichos resultados fueron ordenados conforme a los supuestos objetivos del trabajo, lo que permitió describir las características sociodemográficas y clínicas de la población estudiada, así como también analizar la adherencia terapéutica, el control de la enfermedad y la calidad de vida de los participantes del estudio.

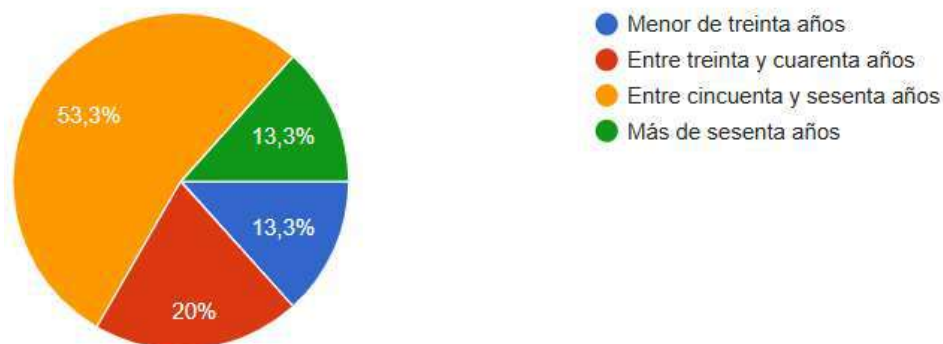
Conforme al diseño de tipo transversal, la recolección de la información se llevó a cabo en un único momento, por lo que los resultados obtenidos representan un estado particular de las variables en estudio y no constituyen relaciones de causalidad simétricas con la medición en el tiempo, es decir, no contemplan comparaciones del mismo constructo en el largo del tiempo.

Caracterización sociodemográfica

La distribución etaria evidenció que el 53,3 % de los participantes se encontraba entre los 50 y 60 años, un 20 % entre los 30 y los 40 años, y un 13,3 % tanto en menores de 30 años como en mayores de 60 años.

Este comportamiento expone que existe una mayor concentración de enfermedades crónicas en adultos de mediana edad, lo cual coincide con la literatura epidemiológica que revela incrementos en las mediciones de hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Estos resultados permiten inferir la necesidad de reforzar las estrategias de promoción y prevención en población en edad productiva, donde el impacto de estas enfermedades podría ser mayor en lo social y lo económico.

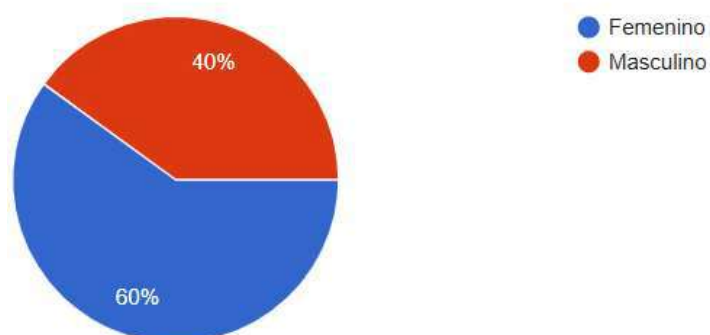
Figura 1. Edad

Fuente: Elaboración propia, 2025.

La distribución por edad mostró un claro predominio del grupo de 50 a 60 años (53,3 %) y menor representatividad en los grupos de 30 a 40 años (20 %) y en ambos extremos de la edad (ambos, 13,3 %). A continuación de la descripción, este comportamiento muestra que la población en estudio está en una etapa de la vida caracterizada por una mayor, o más avanzada, consolidación de enfermedades crónicas y por la acumulación de múltiples factores de riesgo.

Desde una lectura analítica, el dato obtenido podría dar a entender que la adherencia terapéutica observada en el estudio no se edifica en el diagnóstico, sino que responde a patrones de comportamiento anteriores. Así, las personas de este grupo etario tienden a presentar pautas de autocuidado algo estructuradas, de ahí que se expliquen unos niveles aceptables de adherencia en su práctica junto con actuaciones a menudo inconsistente como el incumplimiento de la dieta o el olvido ocasional de la medicación.

El resultado cotejado con lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (2021) dice que los adultos de 50 años de edad, con enfermedades crónicas, tienen un mayor riesgo de baja adherencia en componentes no farmacológicos, por lo que los factores que incurren en esa baja adherencia son los hábitos inculcados y la existencia de comorbilidades.

Figura 2. Sexo

Fuente: Elaboración propia, 2025.

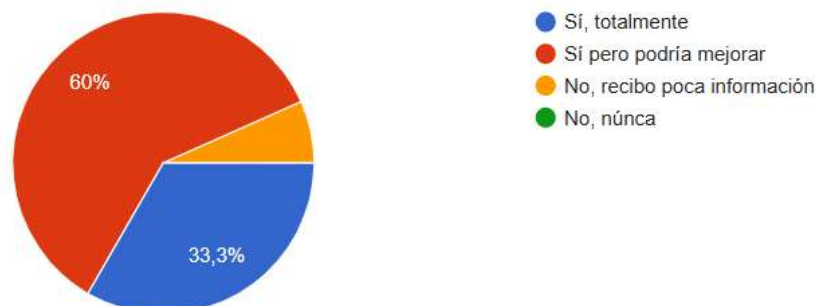
El predominio del género femenino (60 %) implica una mayor participación de las mujeres en el transcurso de los procesos de atención a la salud, lo que incide directamente en los resultados en relación a la adherencia terapéutica.

Desde la interpretación de análisis, esta situación puede generar una sobreestimación de la adherencia global del estudio, dado que diversos estudios recientes han corroborado que las mujeres tienen una mayor implicación en relación con el autocuidado, una mayor asistencia a controles médicos y un mayor cumplimiento terapéutico en comparación con los hombres.

Lee et al. (2022) señalan que las mujeres con enfermedades crónicas tienen de forma significativa unos niveles de adherencia al tratamiento muy superiores, asociados a una mayor percepción del riesgo y una relación más activa con los servicios de salud.

En el caso del presente estudio, esta situación implica una interpretación de resultados considerando que la población masculina podría estar subrepresentada en un sentido de adherencia real.

Figura 3. *¿Recibe información suficiente sobre su enfermedad y tratamiento por parte del personal médico?*



Fuente: Elaboración propia, 2025.

Que el 60 % de las personas participantes evaluara que la información que recibía “podría mejorar”, pone de manifiesto que la información alcanzada muestra una brecha en la calidad de la educación en salud ofrecida y que ha de hacerle falta la información recibida, una educación en salud con información que llega, pero no transforma en prácticas de autocuidado.

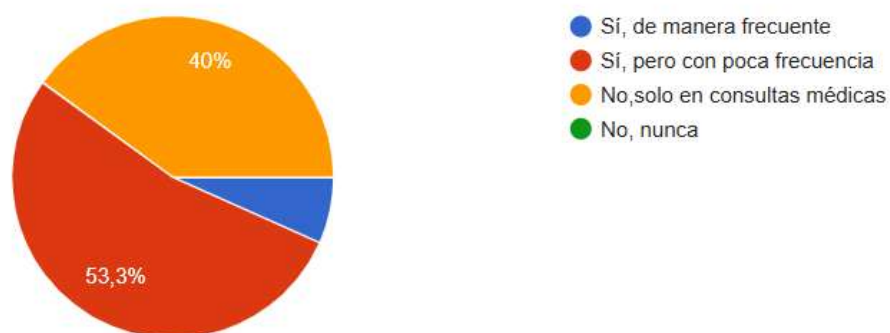
Desde una perspectiva interpretativa, este resultado pone de manifiesto que el problema no es la ausencia de información sino su baja eficacia a la hora de generar comprensión, apropiación y cambio de conducta en la salud, en otras palabras, que la información llega a la persona, pero no es transformada en prácticas sostenidas de autocuidado.

Este resultado es más relevante si lo consideramos junto con el bajo nivel educativo que se ha detectado en la muestra (ya referido anteriormente), que le impide al paciente entender correctamente sus indicaciones, así como la necesidad de adecuar las intervenciones educativas que precisan.

Por ello y según Berkman et al. (2021), las personas con bajo nivel de alfabetización en salud presentan un nivel de adherencia terapéutica inferior, un mayor riesgo de complicaciones y peor control de enfermedades crónicas, siendo la vulnerabilidad mayor en las poblaciones con rasgos vulnerables.

Este resultado conecta directamente con la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, que dice que cuando el ser humano no tiene la capacidad suficiente en autocuidado, la propia situación del autocuidado, exigirá un sistema de apoyo-educación por parte del propio profesional de enfermería estructurada.

Figura 4. *¿El personal de salud le brinda apoyo y seguimiento continuo en su tratamiento?*



Fuente: Elaboración propia, 2025.

Figura 4.

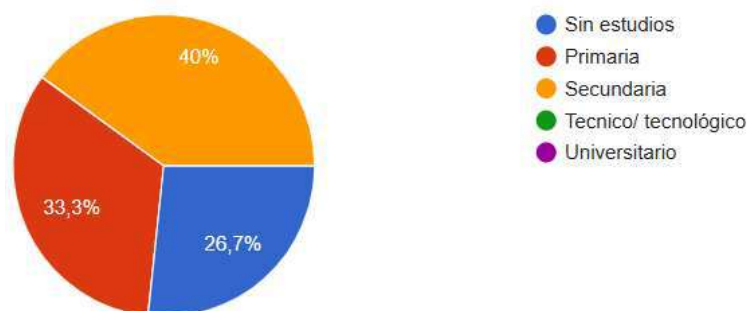
Los datos apuntan a que el 53,3 % de los participantes declaró recibir información en salud "con poca frecuencia", y sólo el 40 % indicó que, sólo recibe dicha información en la consulta médica. Y solo el 6,7 % reportó recibirlo con frecuencia. Este modelo no solo ilustra una continuidad baja del proceso educativo, sino que muestra una debilidad estructural en la continuidad del seguimiento y el acompañamiento al paciente crónico.

Desde un punto de vista analítico, este resultado señala que la educación en salud, se desarrolla en el marco de un modelo reactivo, no continuo, centrado en momentos puntuales de atención (consulta médica), lo cual condicionaría significativamente su impacto en la adherencia terapéutica.

Este resultado se encuentra más valorado cuando se pone en relación con los anteriores resultados del estudio, en el que la mayoría de los participantes manifiestan que la información "podría mejorar", lo que vuelve a dar cuenta de la baja calidad y la baja periodicidad de la intervención educativa.

Según un reciente estudio de la OPS (2022), la educación en salud efectiva a pacientes con enfermedades crónicas debe ser continua, estructurada y adaptada al contexto del paciente, ya que las intervenciones de salud para pacientes no continuas (intervenciones aisladas) o limitadas a la consulta no van a tener cambios significativos en la adherencia ni los resultados clínicos.

Figura 5. Nivel educativo alcanzado



Fuente: Elaboración propia, 2025.

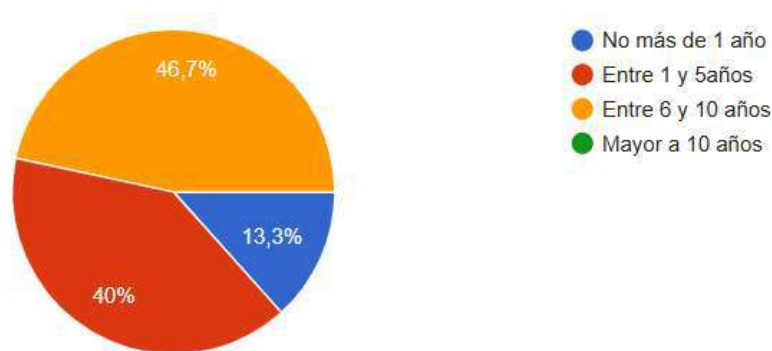
A continuación, se presenta la Figura 5, la cual muestra la categorización por niveles de formación alcanzados por la población encuestada, donde la educación secundaria tiene una mayor representación en un 40%, seguido de la primaria con un 33,3% y un número menor con un grupo sin estudios que alcanzan el 26,7% de la muestra presentada, no hay representación de la población con formación técnica, tecnológica o universitaria.

Lo anterior da cuenta de una limitación del capital educativo de la población que puede influir de una manera determinante en la debida comprensión de la información en salud, en la adherencia a tratamientos y en la adopción de prácticas preventivas. La Organización Mundial de la Salud considera que el nivel educativo de la población encuestada es un determinante social de la salud que influye directamente en las variables que determinan el acceso y la utilización de los servicios de salud; lo anterior se confirma con investigaciones recientes que demuestran que poblaciones con menor nivel educativo presentan mayor riesgo de enfermedades prevenibles y menor participación en programas de promoción de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2021). Algunos autores contemporáneos han reafirmado que la baja escolaridad puede suponer una limitación de

la alfabetización en salud, afectando, incluso, la capacidad de la población de tomar decisiones fundamentadas (Nutbeam, 2020).

De esta manera, lo hallado permite operativizar la necesidad de contar con estrategias educativas que sean coherentes a las capacidades de comprensión del público objetivo, usando un lenguaje claro y herramientas pedagógicas que sean accesibles a la población.

Figura 6. *Tiempo desde el diagnóstico de su enfermedad*



Fuente: Elaboración propia, 2025.

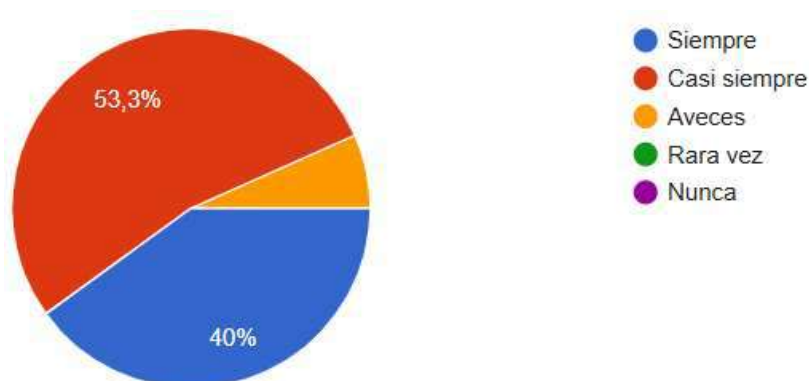
La mayor parte de la muestra tiene entre seis y diez años, 46,7%, o de uno a cinco años, 40%, de experiencia o exposición, mientras un 13,3% tiene menos de un año. No hay ninguna persona con una experiencia o exposición de más de diez años. Este comportamiento hace evidenciar que la población cuenta con experiencia intermedia mayoritariamente, lo cual éste puede traducirse como un grupo con cierto grado de familiarización hacia la actividad o el contexto evaluado, pero todavía en un proceso de consolidación de conocimientos y prácticas.

Desde la teoría, la experiencia acumulada coincide con mejores prácticas y toma de decisiones. Siguiendo Benner (actualización de 2021 sobre la adquisición de habilidades), la experiencia por si sola no asegura determinadas competencias si no va de la mano de la formación continua.

De la misma manera, estudios actuales en el campo de la salud (WHO, 2022) afirman que los años de experiencia tienen que ir acompañados de una actualización

constante para asegurar prácticas seguras y efectivas. Entonces, a pesar del tiempo de exposición que pueden tener este grupo, esto no implica necesariamente un desempeño óptimo sin procesos de capacitación continua.

Figura 7. *¿Con qué frecuencia toma su medicación según las indicaciones de su médico?*



Fuente: Elaboración propia, 2025.

La imagen presentada, pone de manifiesto que el 53,3% de los encuestados considera que realizó “casi siempre” la actividad que se evalúa en la práctica, el 40% afirma que realizó “siempre” la actividad y solo una pequeña parte (6,7%) se ubica en el razonamiento “a veces”. No se registran respuestas en “rara vez” ni en “nunca”.

Estos datos permiten inferir que existe una alta adherencia a la práctica que se evalúa y que esto puede considerarse un hecho positivo dentro del estudio. No obstante, el hecho de que la mayoría de las respuestas se encuentren en el “casi siempre” y no en el “siempre” puede dar a entender que existen brechas en la consistencia de la práctica.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2023), la adherencia a protocolos es importante en el caso de la obtención de resultados positivos en salud, y esto tiene todavía más significado en los entornos clínicos y comunitarios. La literatura científica más reciente (CDC, 2021; OPS, 2021) también menciona que pequeñas variaciones en la adherencia pueden impactar de manera significativa en los resultados de prevención y control de enfermedades.

Por lo tanto, aun cuando los datos son buenos, es necesario implementar estrategias para la ejecución de prácticas como supervisión, educación continua y protocolos para los procedimientos estandarizados.

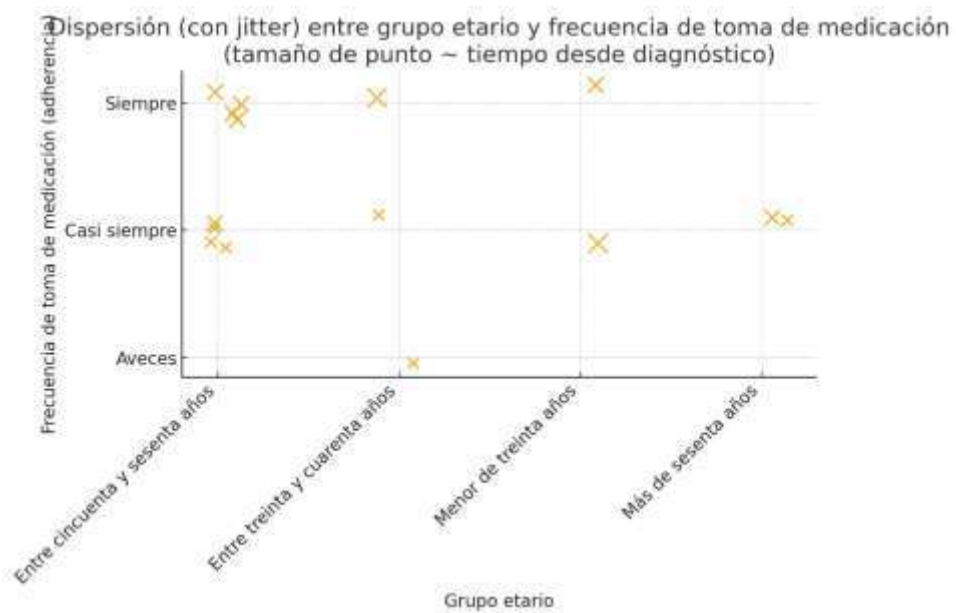
Tabla 8. *Resumen estadístico general del estudio*

Variable	Frecuencia (n=15)	Categorías	Categoría más frecuente	Frecuencia relativa (%)
Edad	15	4	Entre cincuenta y sesenta años	53,3%
Sexo	15	2	Femenino	60,0%
Nivel educativo alcanzado	15	3	Secundaria	40,0%
Tiempo desde el diagnóstico	15	3	Entre 6 y 10 años	46,7%
Adherencia al tratamiento	15	3	Casi siempre	53,3%
Olvido de la medicación	15	3	1–2 veces	53,3%
Cumplimiento de la dieta	15	3	Sí, pero con algunas excepciones	46,7%
Actividad física regular	15	3	Sí, ocasionalmente	60,0%
Percepción del modelo de atención	15	2	Excelente	53,3%
Información sobre la enfermedad	15	3	Sí, pero podría mejorar	60,0%
Apoyo y seguimiento del personal de salud	15	3	Sí, pero con poca frecuencia	53,3%

Fuente: Elaboración propia, 2025.

La figura de dispersión evidencia una relación moderada entre el grupo etario y la frecuencia de toma de medicación, mostrando que los adultos mayores —particularmente aquellos con más de seis años desde el diagnóstico, representados por puntos de mayor tamaño— tienden a mantener una adherencia más constante al tratamiento. En contraste, los grupos más jóvenes presentan mayor dispersión, reflejando variabilidad en la regularidad con que toman la medicación, lo que sugiere posibles brechas en el compromiso terapéutico o en la comprensión de su enfermedad. Este patrón indica que el tiempo de convivencia con la patología y la madurez etaria influyen positivamente en la adherencia, reforzando la importancia de estrategias educativas diferenciadas por grupo etario dentro del modelo de atención integral implementado.

Figura 8. *Dispersión entre grupo etario y frecuencia de toma de medicación según tiempo desde el diagnóstico en pacientes con hipertensión y diabetes, Hospital Eduardo Arredondo Daza, Sede San Martín (2025-1)*



Fuente: Elaboración propia, 2025.

Evidencias fotográficas



Presupuesto

Insumos			
Cantidad	Descripción	Precio por Unidad en COP	Precio Total en COP
4	Lapiceros	\$1,000,00	\$4,000,00
2	Transporte	\$6,000,00	\$12,000,00
2	Resma de hojas	\$20.000,00	\$40.000,00
1	Gastos generales	\$10,000,00	\$10,000,00
50	Impresiones y fotocopias	\$300,00	\$15,000,00
	Anillado		
4	Empastado	\$400,00	\$1,600,00
1		\$150,000	\$150,000
	Total		\$232,000,00

Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2025-I				
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Propuesta de títulos y temas de investigación.					
Formulación del título – definición del problema y justificación.					
Formulación de objetivos – marco teórico – metodología y herramientas para implementar.					
Implementación de ajustes sugeridos por la asesor.					
Entrega del anteproyecto al comité de investigación CIPE					
Revisión y aplicación de correcciones proporcionadas por el comité					
Envío de correcciones al docente revisor					
Implementación de la herramienta en la población objetivo.					
Estructuración y clasificación de los datos recopilados.					
Incluir a comité de validación					
Implementación de ajustes sugeridos					
Solicitud de avales para sustentación					
Inicio de proceso de sustentación					

Aspectos Éticos y Bioéticos

La creación de un modelo de cuidado integral para pacientes con diabetes e hipertensión conlleva reflexiones éticas y bioéticas esenciales, dado que el acceso a la salud y la calidad de la atención son derechos humanos fundamentales. La puesta en marcha de estrategias de cuidado debe asegurar el respeto a la dignidad, independencia y bienestar de los pacientes, fomentando valores de justicia, beneficencia, no maleficencia y equidad en el acceso a los servicios de salud (Beauchamp & Childress, 2019)

Desde un punto de vista ético, resulta crucial que los profesionales sanitarios obtengan el consentimiento informado de los pacientes antes de implementar tratamientos, llevar a cabo procedimientos o recopilar información médica. Este procedimiento debe ser transparente, sin coerción y garantizar que el paciente entienda los riesgos y ventajas de su tratamiento (Asociación Mundial de Médicos, 2021). Dentro del marco de enfermedades crónicas, el consentimiento informado también debe tener en cuenta la implicación del paciente en la toma de decisiones respecto a su tratamiento, promoviendo su independencia y responsabilidad en la gestión de su salud.

En términos bioéticos, el principio de equidad en la atención es fundamental. Las afecciones crónicas como la diabetes y la hipertensión impactan de forma desmedida a grupos vulnerables con acceso limitado a servicios sanitarios. Por esta razón, los sistemas de atención deben ser diseñados para disminuir las desigualdades de acceso y asegurar una repartición equitativa de los recursos de salud (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2022). Esto abarca la suministración de fármacos indispensables, un seguimiento apropiado y formación en salud para incrementar la adherencia a la terapia.

Otro punto importante es la privacidad y el secreto de los datos médicos de los pacientes. La transformación digital de los registros clínicos y la incorporación de herramientas tecnológicas en el sector de la salud requieren el acatamiento de regulaciones de protección de datos, tales como el Reglamento General de Protección de Datos (GDPR) en Europa y la Ley 1581 de 2012 en Colombia. La salvaguarda de los datos personales es una obligación moral que debe asegurarse para prevenir el mal uso de información delicada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

La ética en investigación y aplicación de nuevas tecnologías en salud es un aspecto crucial. La incorporación de inteligencia artificial, big data y telemedicina en la atención de pacientes con diabetes e hipertensión debe regirse por principios bioéticos que aseguren que estas herramientas mejoren la calidad del servicio sin reemplazar el juicio clínico ni comprometer la seguridad del paciente (Terry, 2020).

Los elementos éticos y bioéticos resultan cruciales en la puesta en marcha de modelos de atención integral, pues aseguran el respeto a los derechos de los pacientes, la justicia en la provisión de servicios y la privacidad de la información médica. Su adecuada implementación favorece un sistema sanitario más equitativo, eficaz y enfocado en las demandas de la población.

Tabla 10. *Ventajas y desventajas de la implementación de un modelo de atención integral para pacientes con diabetes e hipertensión, considerando aspectos éticos y bioéticos*

Aspecto	Ventajas	Desventajas
Acceso a la atención médica	Mejora la equidad en la prestación de servicios de salud (OPS, 2022).	Puede haber dificultades en la cobertura de zonas rurales o marginadas.
Autonomía del paciente	Favorece la toma de decisiones informadas y el empoderamiento del paciente.	Requiere educación continua para garantizar la comprensión del tratamiento.
Confidencialidad y privacidad	Cumple con normativas de protección de datos como la Ley 1581 de 2012.	Riesgo de vulnerabilidad en sistemas digitales si no se refuerza la seguridad.
Adherencia al tratamiento	Aumenta la adherencia con seguimiento personalizado y apoyo multidisciplinario.	Puede ser difícil de implementar en pacientes con baja alfabetización en salud.
Uso de tecnología en salud	Facilita el monitoreo remoto y reduce la necesidad de visitas hospitalarias.	Puede generar desigualdad en acceso a tecnologías por limitaciones económicas.
Ética en la investigación	Fomenta el desarrollo de nuevas estrategias médicas basadas en evidencia.	Requiere protocolos estrictos para evitar conflictos de interés o sesgos.
Costos del sistema de salud	Reduce hospitalizaciones y complicaciones a largo plazo, disminuyendo costos.	Inversión inicial alta en infraestructura y capacitación del personal.
Relación médico-paciente	Mejora la comunicación y confianza en los profesionales de salud.	Puede verse afectada si se prioriza la tecnología sobre la interacción humana.
Prevención y promoción de la salud	Disminuye la incidencia de complicaciones mediante educación en salud.	Necesita un enfoque a largo plazo para ver resultados significativos.

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

El estudio facilitó evidenciar que la adherencia terapéutica en individuos con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 no sólo dependía de los accesos a los servicios o tratamientos farmacoterapéuticos, sino que fue significativamente dependiente de las condiciones educativas, conductuales y sociales que modificaron la posibilidad de autocuidado de los participantes.

También se observó que, si bien existió una percepción parcial favorable hacia la atención y tratamiento recibidos, permanecieron importantes dificultades que afectaban el cumplimiento del tratamiento a la larga, sobre todo en lo que hacía referencia a la realización de actividad física, la modificación del estilo de vida y la continuidad vinculada a las conductas de autocuidado, lo cual constituyó un dato que puso de manifiesto la existencia de una distancia entre la información brindada por los profesionales y su apropiación efectiva por parte de los pacientes.

Así como en las características sociodemográficas también se observó que había un predominio de individuos adultos de mediana edad o de edad avanzada, así como aquellos que mostraron patrones de adherencia más estables que los participantes más jóvenes, lo que sugiere que la experiencia de la enfermedad ha sido una variable que influye en la fijación de las prácticas adecuadas de autocuidado, aun cuando no existió una optimización en la adherencia a las recomendaciones no farmacológicas, observándose inconsistencias importantes por parte de los participantes en la implementación de estas recomendaciones.

Del mismo modo, el bajo nivel educativo que presenta la población analizada se tradujo, sin duda, en un determinante que limitaba la comprensión de la información en salud y, junto a esto, la adopción de buenas prácticas para el autocuidado. Este dato se relacionó directamente con lo que se hizo evidente en el análisis de las intervenciones educativas y de acuerdo con el fortalecimiento de estrategias de educación adecuadas al contexto sociocultural de los pacientes.

Por otra parte, desde el componente educativo se evidenció que la información en salud fue percibida como poco abundante o poco frecuente por parte de la mayoría de los participantes, lo que conllevó a evidenciar debilidades en los aspectos constitutivos de la

continuidad/eficacia de las intervenciones educativas que limitaban la posibilidad de realizar cambios conductuales y la adherencia terapéutica.

Finalmente, sus hallazgos fueron contrastados con la teoría de Dorothea Orem de tal forma que cuando el individuo no es capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado se hace necesaria la intervención de enfermería a través de un sistema de apoyo-educación; el presente estudio evidenció la necesidad de fortalecer dicho sistema educativo como uno de los ejes centrales en el abordaje del cuidado de los pacientes crónicos.

Por último, cabe señalar que el tamaño de la muestra, 15, nos permite considerar que los resultados de este estudio, al ser de tipo piloto, no permiten la generalización y esta es una de sus limitaciones. A pesar de este aspecto, los resultados permiten identificar tendencias interesantes y suponen un buen punto de partida para llevar a cabo otras investigaciones futuras con mayor extensión y representatividad.

Recomendaciones

A partir de los resultados obtenidos y registrado en la sección relativa a los hallazgos principales se establecen las siguientes recomendaciones.

En primer lugar, se sugiere el fortalecimiento de los programas de educación en salud mediante el uso de estrategias continuadas, programadas y adaptadas al nivel educativo que presenten los pacientes, priorizando metodologías didácticas, un lenguaje claro y herramientas visuales que faciliten la comprensión y la consecuente apropiación del autocuidado.

En segundo lugar, se recomienda que el personal de enfermería implemente un sistema de seguimiento continuamente, incluyendo controles periódicos, apoyo y acompañamiento individualizado, así como una continua incitación a las conductas terapéuticas con el objetivo de mejorar la adherencia de los pacientes a largo plazo. Además, se recomienda que se incorporen herramientas tecnológicas como los recordatorios digitales, las llamadas de seguimiento o los sistemas de tele monitorización que puedan ayudar a mejorar la continuidad del cuidado y reducir el abandono del tratamiento, en especial entre las poblaciones que presentan las peores condiciones de acceso.

Desde el espacio institucional, se propone reforzar la articulación entre los diferentes niveles de atención y la continuidad del cuidado, de manera de frenar la discordancia con el padecimiento de las enfermedades crónicas. Del mismo modo se sugiere construir intervenciones diferenciando por grupo de edad, pues pacientes más jóvenes requieren procedimientos más dinámicos y de motivación, mientras que las personas mayores pueden incrementar el refuerzo de los contenidos educativos.

Por último, se sugiere tener en consideración mayores muestras (de 50 a 80 pacientes) para así disponer de resultados con más validez estadística y representatividad. También se sugiere recurrir a diseños longitudinales de manera de evaluar el impacto de las intervenciones de enfermería a medio y largo plazo.

Consentimiento informado para participar en el estudio

Título del Estudio: *Impacto del Modelo de Atención Integral en la Adherencia Terapéutica y Resultados en Pacientes con Diabetes e Hipertensión en el Hospital Eduardo Arredondo Daza, Valledupar*

Investigadores

Zarith Clavijo Bustos

Yulitza Matilde Mejía Lamus

Universidad Popular del Cesar

Director: Fabio Cortés Escalante

Objetivo del Estudio:

La finalidad de este estudio es valorar la influencia del modelo de atención integral en el cumplimiento del tratamiento y los resultados de salud de los pacientes con diabetes e hipertensión en el Hospital Eduardo Arredondo Daza, situado en la Comuna 3 de Valledupar. El objetivo es potenciar la calidad de vida de los pacientes a través de la aplicación de una estrategia multidisciplinaria y personalizada en la gestión de estas enfermedades crónicas.

Descripción del Estudio:

Como participante en este estudio, se le pedirá que complete una encuesta sobre su salud, sus hábitos de vida, y su experiencia con el tratamiento de la diabetes y la hipertensión. Además, se tomarán algunas mediciones clínicas de su presión arterial y niveles de glucosa, que son necesarios para evaluar su estado de salud. La duración

estimada de su participación será de [especificar duración], y se espera que la participación no implique ningún riesgo adicional para su salud.

Posibles Beneficios:

Aunque su participación no tiene garantías de beneficios directos, los hallazgos del estudio podrían contribuir a mejorar las estrategias de atención para los pacientes con enfermedades crónicas, lo cual podría tener un impacto positivo en su propio tratamiento y en el de otros pacientes en el futuro.

Riesgos:

No se anticipan riesgos significativos asociados con la participación en este estudio, ya que todas las mediciones y actividades están alineadas con los protocolos habituales de atención médica en el Hospital Eduardo Arredondo Daza.

Confidencialidad:

Toda la información que usted proporcione será tratada con estricta confidencialidad. Los datos personales y de salud se mantendrán anónimos, y solo los investigadores tendrán acceso a los registros. Los resultados del estudio se presentarán de forma agregada, sin identificar a los participantes individualmente. Cumplimos con todas las normativas de protección de datos establecidas por la ley.

Voluntariedad:

Su implicación en esta investigación es totalmente voluntaria. Si opta por participar, tiene la opción de retirarse en cualquier instante, sin que esto perjudique la

calidad del cuidado que obtiene en el hospital. No se le solicitará que se involucre en ninguna sección del estudio que le provoque malestar.

Consentimiento:

Al firmar este documento, usted está indicando que ha leído y comprendido la información proporcionada sobre el estudio, que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y que acepta participar de forma voluntaria. Si tiene alguna duda en el futuro, no dude en contactarnos.

ymmejia@unicesar.edu.co - zclavijo@unicesar.edu.co

Consentimiento de Participación:

Yo, [_____], he leído la información anterior y entiendo los objetivos, procedimientos y posibles riesgos del estudio. Al firmar este documento, doy mi consentimiento voluntario para participar en este estudio.

Firma del Participante:

Firma: _____

Nombre Completo: _____

Fecha: _____

Firma del Investigador:

Firma: _____

Nombre Completo: _____

Fecha: _____

Firma de Testigo (si aplica):

Firma: _____

Nombre Completo: _____

Fecha: _____

Instrumento para Medir las Variables

Satisfacción del Paciente

Instrumento: Encuesta de Satisfacción del Paciente (Escala Likert)

- **Descripción:** Se llevará a cabo una encuesta de satisfacción empleando una escala Likert de 1 a 5, donde 1 representa "En absoluto desacuerdo" y 5 representa "En absoluto acuerdo". Esta herramienta evaluará cómo los pacientes perciben varios elementos de la atención que reciben, tales como la accesibilidad, la calidad del servicio y la eficacia de la atención integral.
- **Escala de Medición:**
 - "Estoy satisfecho con la atención recibida en el hospital."
 - "Tuve fácil acceso a los servicios médicos."
 - "Los profesionales de la salud explicaron claramente mi tratamiento."

Evaluación de la Educación en Salud

Instrumento: Encuesta de Conocimiento en Salud

- **Descripción:** Este instrumento se utilizará para evaluar el nivel de conocimiento de los pacientes sobre la importancia del autocuidado en el manejo de sus enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión).
- **Escala de Medición:**
 - Preguntas de opción múltiple relacionadas con los hábitos de vida saludables, la importancia de la adherencia terapéutica y el manejo de la diabetes e hipertensión.
 - Respuestas de: **Bajo, Medio, Alto** conocimiento.

Referencias bibliográficas

- Al-Qerem, W., Jarab, A., Hammad, A., & Ling, J. (2024). Health Literacy and Medication Adherence Among Patients with Type 2 Diabetes. *Patient Preferences and Adherence*, 18, 1123-1132. doi: 10.2147/PPA.S As of December 20, 2020, the following reference is from www.patientpreferences.com.
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., & Crotty, K. (2021). Health Literacy Interventions and Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 174(7), 1049-1058. doi: 10.7326/M20-As of December 20, 2020, the following reference is from www.annals.org.
- Berardinelli, D., Guastafierro, S., & Rossi, F. (2024). Nurse-led Interventions for Improving Medication Adherence in Chronic Diseases: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 150, 104567. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2024.104567
- Bodenheimer, T., Wagner, E.H. & Grumbach, K. (2002). Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. *JAMA*, 288(14), 1775-1779. doi: 10.1001/jama.288.14.1775 As of December 20, 2020, the following reference is from www.jama.org.
- Carrillo, L., & de la Torre, M. (2023). El paciente adulto mayor en la unidad de terapia intensiva: ¿Estamos preparados? *Revista Mexicana de Enfermería*, 52(2), 120–135.
- Coughlin, S. S. (2020). Health literacy, social determinants of health, and disease outcomes. *Public Health Reviews*, 41(1), 1–12. <http://doi.org/10.1186/s40985-020-00125-9>
- García, M. A., & Rodríguez, R. (2021). El modelo de atención integral en enfermedad crónica en Colombia: Retos y oportunidades. *La Revista de Salud Pública*, 23(4), 345–358.

- García-Pérez, L., Álvarez, M., & López-Salcedo, J. (2023). Digital health interventions to improve adherence in type 2 diabetes: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 113(7), 1425–1433. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.01.004>
- Hernández, J., & López, P. (2021). Estrategias de promoción de la salud en pacientes con enfermedades crónicas en comunidades vulnerables. *Revista Colombiana de Salud Pública*, 23(3), 177–185.
- Jiménez, R., Torres, P., & Duarte, A. (2024). Community health worker interventions for hypertension and diabetes in Latin America: A scoping review. *Global Health Action*, 17(1), 226–239. <https://doi.org/10.1080/16549716.2024.226239>
- Lee, J., Kim, H., & Park, S. (2022). The effect of mobile health intervention on medication adherence in patients with chronic diseases: A meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 24(11), e37645. <https://doi.org/10.2196/37645>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Guía para la implementación del modelo de atención integral en salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Guía de práctica clínica para el manejo de la hipertensión arterial primaria.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Plan Nacional de Salud Pública.
- Norris, S. L., Engelgau, M. M., & Narayan, K. M. (2001). Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 24(3), 561–587. <https://doi.org/10.2337/diacare.24.3.561>
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. <https://www.who.int>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Noncommunicable diseases country profiles 2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074458>
- Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194–204. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>

- Souza, K. M., Silva, R. A., & Torres, L. M. (2024). Barriers to access to antihypertensive medicines in Latin America and the Caribbean. *Health Policy and Planning*, 39(2), 145–156.
- Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D.A., Kardas,P., Demonceau,J., Ruppard,T., & Dobbels,F. (2012). A New Taxonomy to describe and define Medication Adherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 73(5), 691-705. <https://doi.org/10.1111/j1365-2125.2012.04167.x>.
- Watson, J. (2008). *Nursing - The Philosophy & Science of Caring*. Boulder, Colorado: University Press of Colorado.