



PERCEPCIÓN SOBRE UNA EXPERIENCIA EDUCATIVA DE ADHERENCIA  
TERAPÉUTICA EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN O DIABETES

DIANA CAROLINA VARGAS HERNÁNDEZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA  
MANIZALES  
2019

PERCEPCIÓN SOBRE UNA EXPERIENCIA EDUCATIVA DE ADHERENCIA  
TERAPÉUTICA EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN O DIABETES

DIANA CAROLINA VARGAS HERNÁNDEZ

Proyecto de grado para optar al título de Magister en Salud Pública

Tutores

**Directora**

DORA CARDONA RIVAS

Bacterióloga UCM; Magister en desarrollo educativo y salud, Universidad Pedagógica Nacional Centro Internacional de Desarrollo Humano; Doctora en Ciencias Sociales Niñez y Juventud, Universidad de Manizales.

**Codirectora**

DORA INÉS PARRA

Enfermera UIS; Especialista en Atención de Emergencias y Desastres, UIS; Especialista Alta Gerencia, UIS; Magister enfermería, UNAL.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MANIZALES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA  
MANIZALES

2019

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo está dedicado a mi esposo Iván, a mi hermana Karen y a mis padres Olga y Libardo que de una u otra manera han sido un apoyo incondicional en mi desarrollo como ser humano y profesional y son mi mayor motivación para lograr las metas que me propongo.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios por ser mi guía en el camino de la vida y permitirme terminar este proceso de aprendizaje; a mi esposo Iván Eduardo Ortíz por su amor, comprensión y apoyo durante mi formación como magister.

Mi profundo agradecimiento a las profesoras Sandra Lucrecia Romero Guevara y Dora Inés Parra por su guía y disposición para brindar sus conocimientos y por permitirme realizar esta investigación con las personas pertenecientes a su proyecto “Eficacia de una intervención educativa de enfermería Enseñanza individual para mejorar adherencia al régimen terapéutico en personas con hipertensión o diabetes” (clinicaltrials.gov N° NCT02758275). A mis amigas Darlen Aragón y Lizeth Correa por sus aportes en la recolección de información.

Finalmente a la Doctora Dora Cardona Rivas por asesorarme en este trabajo y a los demás docentes de la Universidad Autónoma de Manizales que contribuyeron con su conocimiento y experiencia para nutrir esta investigación.

## RESUMEN

**Objetivo:** Comprender las percepciones de las personas con hipertensión o diabetes sobre su experiencia en una intervención educativa de enfermería para mejorar la adherencia al régimen terapéutico desarrollada en el año 2016. **Métodos:** investigación comprensiva que utilizó métodos de recolección y análisis cualitativos. Participaron un total de 14 personas, de acuerdo a la saturación de las categorías; ésta se seleccionó mediante casos extremos y a conveniencia para obtener diversidad en la información; la recolección fue a través de entrevistas semiestructuradas. De las 14 personas, se hizo selección homogénea para conformar 2 grupos de discusión; ambas entrevistas se grabaron en audio, previa aplicación de consentimiento informado; la transcripción se realizó con el software de reconocimiento de voz DRAGON 11. La caracterización sociodemográfica se realizó en Excel, y para el caso de las variables continuas se utilizó el SPSS. El análisis se realizó mediante codificación abierta y axial en las que se utilizó la comparación constante de textos, técnica de colores y clasificación por temáticas; en la codificación selectiva se interpretó la información contrastando los hallazgos con la literatura. **Resultados:** de las percepciones de los participantes emergieron las categorías; componentes que contribuyen al significado de la experiencia, transformando el conocimiento, el camino al cambio, el cuidado como relación con el otro y ayudando a construir programas educativos. La intervención educativa favoreció el aprendizaje significativo, motivó la ejecución de conductas promotoras de salud y propició una relación con la enfermera, basada en el buen trato y en la que se les consideraba como el centro de cuidado. **Conclusiones:** Aunque la intervención, generó resultados positivos; aspectos como el olvido de ciertos conocimientos o de los medicamentos, la presencia de conductas arraigadas a la cultura y los cambios en la rutina; requieren de un mayor estudio, seguimiento y un trabajo interdisciplinario, que garantice la continuidad de los cuidados y la resolución de estas dificultades. **Palabras clave:** Percepción Social, comprensión, educación en salud, cumplimiento y adherencia al tratamiento, enfermería.

## ABSTRACT

**Objective:** To understand the perceptions of people with hypertension or diabetes about their experience in an educational nursing intervention to improve adherence to the therapeutic regimen developed in 2016. **Methods:** comprehensive research that used qualitative collection and analysis methods. A total of 14 people participated according to the saturation of the categories; this was selected through extreme cases and convenience to obtain diversity in the information; the collection was through semi-structured interviews. From the 14 people, homogeneous selection was made to conform 2 discussion groups; both interviews were recorded in audio, after application of informed consent; the transcription was performed with the speech recognition software DRAGON 11. The sociodemographic characterization was performed in Excel, and for the case of continuous variables the SPSS was used. The analysis was carried out by open and axial coding in which the constant comparison of texts, color technique and classification by subject was used; In the selective coding the information was interpreted contrasting the findings with the literature. **Results:** the categories emerged from the participants' perceptions; components that contribute to the meaning of experience, transforming the knowledge, the way to change, care as a relationship with the other and helping to build educational programs. The educational intervention favored meaningful learning, motivated the execution of health promoting behaviors and fostered a relationship with the nurse, based on good treatment and in which they were considered as the care center. **Conclusions:** Although the intervention generated positive results; aspects such as forgetting certain knowledge or medications, the presence of behaviors rooted in the culture and changes in routine; require a greater study, follow-up and an interdisciplinary work, that guarantees the continuity of the care and the resolution of these difficulties. **Keywords:** Social Perception , Comprehension , Health Education, Treatment Adherence and Compliance, nursing.

## CONTENIDO

1	PRESENTACIÓN .....	13
2	ÁREA PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	15
2.1	CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA INTERVENCIÓN .....	17
2.2	EDUCACIÓN BRINDADA Y ALTERNATIVAS UTILIZADAS .....	18
2.3	ASPECTOS TEÓRICOS Y ENFOQUES METODOLÓGICOS DE LAS INTERVENCIONES .....	19
2.4	EFECTO DE LA INTERVENCIÓN DE ESTUDIOS ANALÍTICOS .....	19
2.5	EFECTO DE LA INTERVENCIÓN DESDE UNA MIRADA COMPRENSIVA .....	20
2.5.1	Características generales de los estudios comprensivos .....	20
2.5.2	Resultados obtenidos de estudios comprensivos .....	21
2.6	SÍNTESIS DE LOS HALLAZGOS OBTENIDOS .....	23
3	JUSTIFICACIÓN.....	26
4	REFERENTE TEÓRICO .....	30
4.1	CONCEPTUALIZACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN .....	30
4.1.1	Definición: .....	30
4.1.2	Prevalencia:.....	30
4.1.3	Factores de riesgo: .....	31
4.1.4	Complicaciones:.....	31
4.2	CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DIABETES .....	31
4.2.1	Definición: .....	31
4.2.2	Prevalencia:.....	31
4.2.3	Factores de riesgo: .....	32
4.2.4	Complicaciones:.....	32
4.3	ENFERMEDADES CRÓNICAS .....	32
4.4	ADHERENCIA AL RÉGIMEN TERAPÉUTICO.....	32
4.4.1	Concepto de Adherencia terapéutica .....	32

4.4.2	Factores asociados a la adherencia terapéutica.....	33
4.5	MODELOS Y TEORÍAS DE EDUCACIÓN Y CAMBIOS DE CONDUCTA.....	36
4.5.1	Educación para la salud.....	36
4.5.2	Modelos o enfoques de la educación y aprendizaje en salud a través del tiempo .....	37
4.5.3	Principales modelos y teorías en educación en salud .....	39
4.6	CONCEPTO DE PERCEPCIÓN .....	44
5	OBJETIVOS .....	45
5.1	OBJETIVO GENERAL .....	45
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	45
6	CATEGORÍAS DE ANÁLISIS .....	46
7	METODOLOGÍA .....	48
7.1	TIPO DE ESTUDIO .....	48
7.2	CONTEXTUALIZACIÓN .....	48
7.3	PARTICIPANTES .....	49
7.3.1	Número de participantes .....	49
7.3.2	Criterios de participación .....	49
7.3.3	Selección de los participantes .....	49
7.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	50
7.5	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	51
7.6	PLAN DE ANÁLISIS.....	52
8	RESULTADOS.....	55
8.1	CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA .....	56
8.2	CATEGORÍA EXPERIENCIAS CON LA INTERVENCIÓN.....	58
8.2.1	Subcategoría generalidades de la experiencia (GE) .....	58
8.2.2	Subcategoría conocimientos sobre el control de la enfermedad (CE) .....	62
8.2.3	Subcategoría cambios en el estilo de vida y adherencia a las recomendaciones (CEYA) .....	66



8.2.4	Subcategoría motivaciones para mantenerse en la intervención.....	75
8.2.5	Subcategoría dificultades para seguir las recomendaciones de tratamiento (DSRT).....	75
8.2.6	Subcategoría aportes del participante a la intervención.....	83
8.3	CATEGORÍA RELACIÓN TERAPÉUTICA.....	87
8.3.1	Subcategoría relación interpersonal con el profesional de enfermería (RIE).....	87
9	INTERPRETACIÓN DE LOS HALLAZGOS.....	95
9.1	COMPONENTES QUE CONTRIBUYEN AL SIGNIFICADO DE LA EXPERIENCIA ....	96
9.2	TRANSFORMANDO EL CONOCIMIENTO.....	100
9.3	EL CAMINO AL CAMBIO .....	106
9.4	EL CUIDADO COMO UNA RELACIÓN CON EL OTRO .....	124
9.5	AYUDANDO A CONSTRUIR PROGRAMAS EDUCATIVOS .....	130
10	CONCLUSIONES .....	134
11	RECOMENDACIONES .....	136
12	CONFLICTO DE INTERESES .....	139
13	CUADRO DE RESULTADOS Y/O PRODUCTOS Y SUS BENEFICIARIOS .....	140
14	CUADRO DE IMPACTOS ESPERADOS .....	141
15	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	142
16	ANEXOS .....	163

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Clasificación según tipo de estudio .....	17
Tabla 2 Definición de hipertensión según tipo de equipo empleado.....	30
Tabla 3 Personas seleccionadas, según el cambio en el puntaje de adherencia .....	55
Tabla 4 Caracterización sociodemográfica de los participantes en la entrevista semiestructurada .....	56
Tabla 5 Caracterización sociodemográfica de los participantes en los grupos de discusión	57
Tabla 6 Síntesis de las categorías .....	95
Tabla 7 Hallazgos principales contrastados con las cogniciones y afectos específicos de la conducta propuestos en el modelo de Nola Pender .....	122

## **LISTA DE ILUSTRACIONES**

Ilustración 1 Modelo de promoción de la salud .....	108
---	-----

## **LISTA DE ANEXOS**

ANEXO 1. Instrumento entrevista semiestructurada .....	163
ANEXO 2. Instrumento grupo de discusión.....	166
ANEXO 3. Consentimiento informado .....	169
ANEXO 4. Presupuesto global y discriminado .....	173

## 1 PRESENTACIÓN

El presente trabajo es resultado de la investigación realizada para optar el título de Magister en Salud Pública y se encuentra vinculado al grupo de investigación en Salud Pública de la Universidad Autónoma de Manizales UAM; este trata sobre las percepciones de las personas con hipertensión o diabetes sobre su experiencia en una intervención educativa de enfermería, que buscaba mejorar la adherencia al régimen terapéutico en personas con hipertensión o diabetes desarrollada en el año 2016 en el marco de un ensayo clínico controlado (clinicaltrials.gov N° NCT02758275).

En el apartado número 2; se ahonda sobre el problema en torno al tema, sus antecedentes y se termina con la pregunta que dio origen a esta investigación; luego encontrará la justificación (apartado 3), en donde se describe la importancia del estudio del tema y sus implicaciones; seguido del referente teórico (apartado 4) en el que se encuentran los elementos conceptuales y teóricos que permiten entender el asunto investigado. Avanzando en el documento encontrará el objetivo general y los específicos; planteados para resolver el problema de investigación, las categorías de análisis y la metodología (apartados 5, 6 y 7); en ésta se incluye el tipo de estudio, los participantes, las técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de información; así como el plan de análisis.

En el apartado 8, correspondiente a resultados podrá ver la caracterización sociodemográfica de los participantes, también podrá leer la descripción de los hallazgos, en donde se hace alusión a las expresiones de las participantes. Estos resultados están clasificados por las categorías de análisis: experiencias de la intervención y relación terapéutica con sus respectivas subcategorías. En la interpretación de los hallazgos (apartado 9); están descritas las categorías emergentes: lo significativo de la experiencia, transformando el conocimiento, el camino al cambio, el cuidado como una relación con el otro y ayudando a construir programas educativos; discutidas a la luz de las expresiones de los actores, la evidencia científica y la forma como se llevó a cabo la intervención.

Finalmente, en los apartados siguientes encontrará las conclusiones y recomendaciones surgidas con la investigación, luego verá la declaración de conflicto de intereses, el cuadro

de resultados y/o productos, el cuadro de impactos esperados, las referencias y los anexos respectivos.

## **2 ÁREA PROBLEMÁTICA, ANTECEDENTES Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

La hipertensión y la diabetes son enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que representan una alta morbilidad y mortalidad y constituyen un asunto de interés en salud pública. Según reporte de la Organización Mundial de la Salud OMS(1), en el 2012 ocurrieron 56 millones de muertes, de las cuales 38 millones fueron por ECNT, principalmente enfermedades cardiovasculares (17,5 millones). En este sentido, en el 2010 se presentaron en el mundo 9.4 millones de muertes por hipertensión y en el 2012, 1.5 millones por diabetes.

La prevalencia a nivel mundial de hipertensión y diabetes para el año 2014 se estimó en un 22% y 9% respectivamente(1,2). Sumado a anterior, otros estudios han estimado cambios en la prevalencia de hipertensión y diabetes a través de los años, encontrando resultados variables; es así como desde 1975 al 2015 la hipertensión pasó de 29.5% a 24.1% en los hombres y de 26.1% a 20.1% en las mujeres, mientras que para la diabetes pasó de 4.3% en 1980 a 9% en el 2014 en hombres y de 5.0% a 7.9% en mujeres (3,4).

Para las Américas a pesar de ser menor, el panorama no es alentador, evidenciando una prevalencia de 18% en hipertensión, 21% para los hombres y 16% para las mujeres y de 8.3% para la diabetes en 2014 (1,2). En Colombia, la prevalencia de hipertensión fue mayor en hombres (24.2%) que en mujeres (19.7%), mientras que para la diabetes estuvo en 7,6% y 8.5% siendo mayor en la población femenina; evidenciándose una prevalencia general para hipertensión y diabetes de 21.9% y 8%, resultados muy similares a la estadística mundial (1,2,5). Por su parte, Santander no cuenta con estadísticas actualizadas; sin embargo, cabe anotar que la prevalencia para hipertensión y diabetes para el año 2010, fue de 19.5% y 5.7% respectivamente(6).

Se sabe que estas enfermedades generan una serie de complicaciones, tales como acontecimientos cardiovasculares, insuficiencia renal, ceguera y hasta amputaciones que impactan tanto en la calidad de vida de las personas como en los costos para el sistema de salud(1,2). Sin embargo, estas enfermedades se podrían controlar y las complicaciones se podrían prevenir si se realizan intervenciones encaminadas al aumento de la adherencia del

tratamiento, mediante la promoción de hábitos saludables como una adecuada alimentación, ejercicio físico regular, disminución de factores de riesgo como el consumo de alcohol o cigarrillo y la toma apropiada de los medicamentos(7).

La adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, es un problema multifactorial; diversos factores están asociados a la no adherencia; unos relacionados con la falta de conocimientos sobre el control de la enfermedad e inadecuadas prácticas en salud (alimentación y ejercicio), olvido de la medicación, estrés, depresión, ansiedad, falta de motivación, tener otras comorbilidades, creencias erróneas sobre la enfermedad y su manejo; otros tiene que ver con el sistema de salud y el soporte social, e incluyen la falta de comunicación entre proveedores y usuarios, atención fragmentada, escaso apoyo social, complejidad de la enfermedad y su tratamiento, falta de conocimientos por parte del personal sanitario, barreras en la atención en salud (despacho de medicación, accesibilidad, cobertura) entre otros(1,2,8–17).

Esta adherencia ha sido medida en diversos estudios y se ha encontrado que varía notablemente, debido al método empleado por los investigadores para medirla; además la mayoría han estado enfocados a lo farmacológico y pocos hacia lo no farmacológico. A nivel farmacológico la adherencia para las personas con hipertensión ha estado entre 39% y 97% y para las personas con diabetes entre 26% y 93%. En cuanto a la adherencia al tratamiento no farmacológico, la dieta presentó cifras entre el 37% y 82% y el ejercicio entre 7% y 58% tanto para personas con hipertensión como con diabetes(18–26).

Adicionalmente, los estilos de vida poco saludables, no solo se ven reflejados en la persona enferma sino también en la sana; esto lo ratificó la encuesta realizada en el 2010 en Santander(6), sobre factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas, en donde se evidenció que las personas tienen un escaso consumo de frutas o verduras al día, bajo nivel de actividad física y presentan sobrepeso u obesidad.

Por lo anterior, se han diseñado intervenciones educativas dirigidas a este tipo de población, que ahondan en el problema de la adherencia y buscan actuar sobre los factores modificables, con miras al control de la enfermedad. A continuación, se presentan los resultados producto del análisis de la literatura científica consultada sobre intervenciones



educativas en personas con hipertensión o diabetes, sus metodologías, formas de análisis y resultados obtenidos.

En total se analizaron 28 artículos, 10 presentaron el efecto de la intervención desde un enfoque comprensivo (estudios que utilizaron métodos cualitativos) y estaban relacionados con la percepción o experiencias de los usuarios con hipertensión o diabetes frente a la intervención recibida(27–36), los otros 18 trataban sobre el efecto de las intervenciones educativas desde una mirada analítica (estudios que utilizaron métodos cuantitativos) teniendo en cuenta los cambios generados post intervención en diversas medidas de resultado (37–54). Estos estudios en su mayoría fueron de tipo cuasi experimental. En la **Tabla 1** se encuentra la clasificación por tipo de estudios.

Tabla 1 Clasificación según tipo de estudio

<b>Tipo de Estudio</b>	<b>Cantidad</b>
Cuasiexperimental	7
Ensayo Clínico	4
Revisión sistemática	6
Estudio prospectivo	1
Enfoque comprensivo	10
Total	28

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación

## **2.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA INTERVENCIÓN**

En 13 de los artículos analizados, las intervenciones estaban dirigidas a personas con hipertensión, 13 a personas con diabetes y 2 a personas con ambas patologías. La mayoría de intervenciones que se desarrollaron fueron grupales (15 artículos)(27,29–35,39,44–46,49,51,54), solo tres citaron haber realizado intervenciones individuales(28,37,42) y cuatro utilizaron las dos formas(36,38,41,53); las intervenciones educativas en su mayoría (54,5%) estaban lideradas por enfermeras(27,28,30,32,36,37,39,41,42,44–46,51); 27,3% incluía a la enfermera y otros profesionales de la salud como nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, trabajador social, médico o farmacéutico(33,38,41,49,54) y las demás no hacían referencia a la enfermera y estaban dirigidas por otros profesionales (31,53). Opuesto a lo anterior, Gonzales(52) encontró que de los 19 artículos revisados ninguno incluía a la

enfermera y que en la mayoría, (16 artículos) el profesional que lideraba las sesiones era la psicóloga.

Diversos estudios han concluido que las intervenciones desarrolladas por enfermeras permite mejorar los conocimientos sobre la enfermedad, favorecen el empoderamiento, la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, aporta al fortalecimiento de la agencia de autocuidado y la promoción de estilos de vida saludables como la dieta o el ejercicio; logrando cambios en la calidad de vida y en el control de la enfermedad(39,42,44,47–49). De otra parte, Glynn(50) también encontró reducciones de la presión; pero afirma que tanto las intervenciones dirigidas por enfermeras como por farmacólogos son muy heterogéneas y que requieren una mayor evaluación.

El número de sesiones educativas destinadas para la intervención fueron muy variables, entre 2(46)y 36(54) sesiones. En cuanto al tiempo destinado para cada sesión, la mayoría no lo reportó(27,36,41); en quienes lo citaron se encontró que varió entre 20 minutos(29,35,37,46,53) a 7 horas(33) y en su mayoría tuvieron una duración de 2 horas (cuatro artículos)(32,41,45,49). La mayoría de las sesiones se realizaron semanalmente(27,30,34,38,41,49), seguido de sesiones mensuales(35,37,53,54).

## **2.2 EDUCACIÓN BRINDADA Y ALTERNATIVAS UTILIZADAS**

La educación brindada tanto para personas hipertensas como diabéticas varió en uno o algunos componentes; de manera general estuvo enfocada en la medicación, el conocimiento de la enfermedad (concepto, fisiopatología, complicaciones, signos de alarma), las prácticas saludables como la dieta, el ejercicio, medidas de autocontrol de la diabetes o hipertensión y de autocuidado. Tres investigaciones abordaron el tema del estrés en sus sesiones(32,42,49). En seis de los artículos revisados tuvieron en cuenta la motivación(27,28,30,33,34,49) y en solo dos de ellos se abordó el tema del alcohol y tabaquismo(42,49).

Adicional a la educación brindada, algunos estudios incluyeron la valoración, exploración física y anamnesis(37,41), otros realizaron llamadas para monitorizar el control de la enfermedad por parte del individuo(36,41,49) y otros hicieron visitas domiciliarias(42). El

apoyo social jugó especial importancia en algunas investigaciones(38,41) y en otras de corte comprensivo las personas expresaron que el apoyo familiar y social contribuye al control de la enfermedad(27,31,33–35). Algunos implementaron rutinas prácticas de ejercicio(34,35,49,54), elaboración de alimentación saludable(51). También usaron herramientas como el salinómetro(49) o el podómetro(31,49) para tener un control de la sal consumida en los alimentos y de la actividad física realizada (50).

### **2.3 ASPECTOS TEÓRICOS Y ENFOQUES METODOLÓGICOS DE LAS INTERVENCIONES**

Los aspectos teóricos y enfoques que más se utilizaron fueron los relacionados a la adquisición de conocimientos y al autocontrol, teoría del aprendizaje social y de condicionamiento clásico y condicionamiento operante (34,52). Otras investigaciones también utilizaron el enfoque de empoderamiento, para potenciar prácticas de autocuidado y desarrollo de relaciones de colaboración con los profesionales de la salud (33,35,42,49); también utilizaron el modelo para la potenciación del éxito desarrollado por Falk-Rafael de 2001, el cual incluyó el conocimiento amplio sobre la enfermedad y modificación de estilos de vida, la participación activa, el apoyo social mediante grupos de discusión y el entrenamiento en habilidades de autogestión como la realización de ejercicio físico(40,49). Otras investigaciones por su parte se soportaron en un enfoque participativo(30,45,54). En menor proporción, otros estudios como el desarrollado por Fernández(44) en Boyacá-Colombia utilizó la teoría de enfermería de autocuidado de Orem, cuyo fortalecimiento permite mejorar la calidad de vida y realizar cambios en las prácticas saludables. Otros por su parte, utilizaron la terapia de adherencia como un enfoque centrado en la persona en el que se utilizó la entrevista motivacional y terapia cognitivo conductual(28).

### **2.4 EFECTO DE LA INTERVENCIÓN DE ESTUDIOS ANALÍTICOS**

El análisis de los programas fue muy variable; los parámetros más utilizados para medir el efecto de las intervenciones educativas fueron los fisiológicos (hemoglobina glicosilada, glicemia, presión arterial, perfil lipídico, colesterol), las medidas antropométricas como peso, índice de masa corporal, circunferencia de cintura o cadera. También utilizaron instrumentos de auto registro para medir adherencia a los medicamentos y al tratamiento no

farmacológico; cuestionarios de agencia de autocuidado, que indagaban sobre los conocimientos, otros enfocados a la autogestión, autoeficacia, o el empoderamiento, a la calidad de vida, a la autopercepción de la salud, así como a través de la solicitud de servicios a urgencias. Sumado a estos, González(52) encontró que en 11 de los 19 estudios revisados, también buscaban mejorar el estado de ánimo, visto desde la depresión, la ansiedad y el estrés. (48,51).

En diversas revisiones sistemáticas, se ha evidenciado que la mayoría de intervenciones presentó mejoría en la adherencia a la medicación, la hemoglobina glicosilada, la presión arterial, el perfil de lípidos, la autoeficacia, empoderamiento, calidad de vida, la dieta, medidas antropométricas, adquisición de conocimiento, indicadores de actitud e indicadores de comportamiento(39,40,43,49,52). Sin embargo, otras investigaciones(37,39,49,51,53,54), no lograron cambios significativos en las variables relacionadas con las medidas antropométricas, la dieta, la adherencia a la medicación, la actividad física, la calidad de vida o los resultados la glicemia respectivamente.

Cabe aclarar que algunos estudios revisados en la presente investigación, no clarifican las características de la intervención, la metodología y duración, lo cual impide un mejor análisis de los resultados. En las investigaciones que no se incluyó un grupo control los resultados podrían no ser del todo confiables teniendo en cuenta que estos podrían atribuirse a otros factores y no exclusivamente a la intervención educativa. Además, las medidas de resultado fueron muy variables, lo que obstaculiza la comparación entre estudios. Así mismo en dos de estos estudios (27,54); se concluye el efecto de los resultados de las intervenciones educativas deben analizarse en el tiempo y buscar estrategias que favorezcan la continuidad en la adherencia al tratamiento.

## **2.5 EFECTO DE LA INTERVENCIÓN DESDE UNA MIRADA COMPRENSIVA**

### **2.5.1 Características generales de los estudios comprensivos**

Son escasos los estudios que analizan el efecto de las intervenciones desde un enfoque comprensivo o cualitativo. En la revisión se analizaron 10 de este tipo; estas investigaciones estuvieron dirigidas a personas con hipertensión (4 artículos)(28,29,32,34), diabetes (5 artículos)(27,30,31,33,35) o ambas (1 artículos)(29); la mayoría de los

resultados de estos estudios se dieron desde un enfoque meramente cualitativo(27–33) realizado posterior a la intervención; sin embargo, 3 de los estudios revisados combinaron lo cuantitativo y cualitativo para analizar el efecto de su intervención(34–36). El total de estudios, indagaron sobre las experiencias y perspectivas que tenían los participantes frente a la intervención recibida; el 70% de estos trabajos, lo hizo de forma individual(27,28,32–36) a través de entrevistas semiestructuradas y el 30% lo realizó mediante grupos focales o de discusión(29–31).

De otra parte, el tiempo en que se realizaron las entrevistas en relación a las intervenciones tuvo una variación entre 4 semanas a un año y medio post intervención. La duración de estas entrevistas fue de 20 minutos a 1 hora y media, el 50% de ellos no tuvo claro este aspecto. Los temas indagados sobre la intervención estuvieron relacionados con la experiencia de los participantes frente a la educación recibida, estos incluyeron los conocimientos generales sobre la enfermedad, indagaron también sobre alimentación, actividad física, control del estrés, intención de modificación de conductas y adherencia a estas, elementos efectivos de la estrategia desde la perspectiva de los usuarios, así como la participación en el programa e impacto en sus vidas, logros, expectativas y opiniones y satisfacción de la persona frente a la intervención. Cabe aclarar que se tiene una limitación, debido a que la mayoría de estos estudios en particular no indagó sobre todos los temas descritos anteriormente sino sobre algunos de estos, que no dejaban ver la experiencia global de las personas, visto desde la modificación de conductas, cambios en las prácticas saludables, adherencia al tratamiento, las relaciones interpersonales con los profesionales de la salud y las perspectivas frente a las características de dicha intervención.

Finalmente, la mayoría de estudios no citó el tipo de diseño empleado y solo dos estudios plantearon las preguntas realizadas a los participantes con respecto a la intervención recibida(34,35)

### **2.5.2 Resultados obtenidos de estudios comprensivos**

Medel (27), indagó después de año y medio sobre las experiencias de los usuarios después de una intervención que arrojó resultados previos favorables en el índice de cintura cadera, índice de masa corporal y tensión arterial. En la entrevista realizada a los participantes

identificaron una falta de interés en el autocuidado y apoyo social, no tenían claro en qué consistía una alimentación adecuada y no estaban realizando ejercicio físico por problemas de salud o falta de tiempo; estos resultados permiten comprender que, pese a que la intervención generó efectos positivos en parámetros fisiológicos o medidas antropométricas, se requiere retroalimentar con los participantes la experiencia vivida de tal forma que contribuya al establecimiento de estrategias en pro del mantenimiento de la adherencia.

Alhalaia F y colaboradores(28) por su parte, encontraron que para las personas, el discutir sobre sus creencias y actitudes ayudó a aumentar su adherencia. Los participantes afirmaron que el conocer sobre sus medicamentos les permitía tener mayor confianza en la medicación, mejoraba su autoestima, les ayudaba a ser más responsables con su enfermedad y fortalecía la toma de decisiones. Así mismo advierten que a mejor comunicación con el profesional de salud, mayor es la adherencia y que la terapia motivacional ayuda a tener mayor bienestar.

Resultados similares fueron los encontrados por Hernández(29), Santos(30) y Murphy (33) en los cuales las personas percibieron la participación en grupos, como un componente importante para fortalecer los conocimientos, el apoyo mutuo, mejorar la autoestima, la motivación, el empoderamiento y la cercanía entre profesionales de la salud. De otra parte, los actores de la intervención participativa desarrollada por Santos expresaron que este tipo de enfoque les ayudó a compartir sus opiniones, sus problemas y les permitió realizar cambios en su estilo de vida. Sin embargo, este análisis se realizó poco tiempo después de la intervención y dificulta un análisis idóneo. Los usuarios entrevistados por Leug (32) también identificaron mejores relaciones con las enfermeras y adquisición de conocimientos pero opuesto a las otras investigaciones, no mencionaron cambios en el comportamiento.

En cuanto a la percepción sobre los contenidos y estrategias utilizadas en las intervenciones, los participantes afirmaron que los programas interactivos eran efectivos, porque estos incluían un componente práctico como la preparación de comidas y el autocontrol mediante el uso del podómetro. Sin embargo, expresaron que la principal

barrera para comer saludable, era la falta de apoyo de las personas cercanas(31).En otro estudio, los temas que más le ayudaron a los participantes fue aprender sobre el ejercicio, las pautas sobre una adecuada alimentación, cantidad y porciones de alimentos; así como llevar un registro sobre su alimentación y el ejercicio (34). Finalmente, otra investigación indagó sobre las experiencias tanto de usuarios como de profesionales de la salud, se concluyó que la intervención tuvo influencia positiva en la autoeficacia, el conocimiento y la motivación. Por su parte, los profesionales de la salud informaron que se frustraban cuando a la persona se le dificultaba escucharlo, establecer metas y cambiar. Ellos también afirmaron que para comunicarse adecuadamente con el usuario, se requiere hablar con él de forma sencilla y lenta, incluir preguntas abiertas y permitir que la persona interactúe; también plantean la importancia de centrarse en las preocupaciones del individuo(36).

En cuanto a la perspectiva de los usuarios frente al tiempo que duró la intervención, en dos investigaciones expresaron que está debería extenderse por más tiempo(28,34).

Si bien los estudios con enfoque comprensivo aportan resultados interesantes, son escasos y no presentan una visión detallada de los aspectos indagados a las personas que participaron en la intervención educativa, su experiencia, la metodología de la intervención y los contenidos de la misma. Igualmente, los resultados se limitan hacia las experiencias positivas y dejan de lado los aspectos de la intervención que poco agradaron a las personas. Además, no se contó con suficiente información sobre la intervención analizada (27,29,33,35), lo que dificultó también la interpretación.

## **2.6 SÍNTESIS DE LOS HALLAZGOS OBTENIDOS**

La mayoría de estudios analizan las intervenciones educativas dirigidas al mejoramiento de la adherencia en personas con hipertensión o diabetes; desde medidas fisiológicas, antropométricas e instrumentos estructurados; que si bien han obtenido resultados favorables en ciertos parámetros investigados, hay otros que no logran una mejoría. Sumado a lo anterior, estas investigaciones están limitadas en el tiempo, lo que impide observar si realmente generaran un impacto a largo plazo; adicionalmente, son heterogéneas en cuanto a las metodologías empleadas y las medidas de resultado. Sumado a lo anterior, son pocos los estudios que analizan la intervención desde la perspectiva de los

actores, lo que limita la comprensión del problema, entender la experiencia vivida y la explicación del por qué no se obtienen los resultados esperados en cuanto adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

De este modo, se hace necesario indagar sobre el efecto de las intervenciones desde la visión de los participantes; según Leung (32) este tipo de investigaciones analizan el proceso de la intervención educativa, donde en lugar de identificar el objetivo y el grado en que la intervención ha alcanzado sus metas, interpreta las condiciones necesarias para llegar a ese éxito; lo cual contribuye a crear una intervención particular. Adicionalmente, proporciona información del cómo y porque los objetivos no son alcanzados, señala componentes de la intervención por mejorar o que deben permanecer. Además, indica que este tipo de análisis debe realizarse a través de investigaciones de corte cualitativo que permitan tener una comprensión amplia y profunda de los fenómenos de interés.

Es así como, este tipo de estudios permiten comprender el efecto de las intervenciones desde la visión del actor, ayudan a entender lo que para ellos es más importante y contribuye al control de su enfermedad; además aporta a las entidades de salud y a los entes implicados, opiniones enriquecedoras en lo que respecta a los profesionales que desarrollan la intervención y las estrategias y metodologías utilizadas; así mismo, favorece el reconocimiento de las razones por las cuales las personas no realizan cambios favorables en las prácticas saludables. Del mismo modo, trabajos de este tipo dan vía libre para que el participante proponga mejoras de dichas intervenciones y contribuyen en gran medida a estructurar programas más realistas, centrados en el individuo, encaminados a mejorar sus necesidades particulares. Así mismo esta forma de analizar el efecto de las intervenciones, sirve para complementar los resultados de estudios que presentan un enfoque únicamente cuantitativo, el cual limita una comprensión amplia del fenómeno de la adherencia.

Por tanto, se desarrolló un estudio comprensivo, orientado a responder la pregunta de investigación **¿Cuáles son las percepciones de las personas con hipertensión y diabetes sobre su experiencia en una intervención educativa para mejorar la adherencia al régimen terapéutico, 2016?** Llevada a cabo con las personas que participaron en el proyecto eficacia de una intervención de enfermería para mejorar adherencia al régimen



terapéutico en personas con hipertensión y diabetes, perteneciente a la unión temporal Cardiecol-UIS (Universidad Industrial de Santander); con la que se pretende complementar los resultados analíticos obtenidos en este proceso.

### 3 JUSTIFICACIÓN

La hipertensión y la Diabetes hacen parte de las enfermedades crónicas no transmisibles y constituyen un problema de salud pública a nivel mundial y nacional que afecta el desarrollo social y económico de los países(55). Es así como, a través del tiempo se han creado políticas encaminadas a la prevención de estas enfermedades, sus complicaciones y un adecuado tratamiento que se constituyen en lineamientos a seguir por los entes y comunidad implicada.

Actualmente, el plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (OMS)(55) propone a los países, intervenciones para prevenir y controlar estas enfermedades dentro de las cuales se encuentra la hipertensión y la diabetes; esto mediante el abordaje de factores de riesgo, teniendo como objetivo la reducción de la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles ECNT en un 25%. Dentro de sus prioridades se encuentran las acciones enfocadas en la disminución del consumo de tabaco, alimentación saludable, actividad física, el uso moderado de alcohol; así como la detección y el tratamiento oportuno.

Para el logro de los resultados esperados con este plan se requiere de la cooperación de los gobiernos como los principales responsables, participación multisectorial para la prevención y control, cobertura sanitaria y atención a las necesidades de la población. Sin embargo, lo anterior no será suficiente si no se realizan estrategias basadas en evidencia científica o no se implica a la comunidad en las intervenciones dirigidas a mejorar su salud, aspectos tenidos en cuenta también en este documento de la OMS(55).

Por su parte, países de América Latina, como Ecuador, han incorporado además el modelo de atención del paciente crónico que entre otros aspectos, incluye tener un sistema de información para el usuario, apoyo al automanejo, a la toma de decisiones, que el usuario este informado y activo y que haya un equipo asistencial proactivo y capacitado(7).

En Colombia, los objetivos de desarrollo sostenible(56) y el Plan Decenal de Salud Pública(57) incorporaron dentro de sus prioridades la reducción de las enfermedades crónicas no transmisibles, mediante estrategias de promoción de la salud, de prevención,

tratamiento y de bienestar. Se le da especial importancia a la implementación de hábitos saludables y la atención integral que lleve a mitigar el impacto sobre la carga de la enfermedad.

El Plan Decenal de salud pública(57) en su línea vida saludable y condiciones no transmisibles, establece ciertos requerimientos para lograr los objetivos propuestos frente a estas enfermedades. En él se incluye no solo el papel que debe desempeñar el estado en lo que respecta a la implementación de la política, el trabajo intersectorial, la regulación, control, evaluación y garantía del acceso, integralidad y continuidad en la atención; sino también plantea la necesidad de fortalecer el personal de la salud en temas como los estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades no transmisibles; así mismo incluye como elemento importante la participación de los actores y comunidades y la promoción del autocuidado.

Pese a todos los lineamientos establecidos en las políticas y a que se han venido realizado intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y al control de la hipertensión y la diabetes, aún persiste una alta prevalencia. El efecto de estas intervenciones como se expuso en el apartado anterior de antecedentes, es medido a través de instrumentos, exámenes de laboratorio, medidas antropométricas etc, que si bien algunas han generado resultados favorables, solo tienen en cuenta la perspectiva del investigador(37–54) y pocas han contemplado los efectos desde la visión de los actores(27–36), quienes son los que finalmente van actuar en pro de su salud. De este modo, su participación activa y empoderamiento son elemento fundamental según la política para obtener resultados favorables en el control de estas enfermedades(57).

Es por lo anterior, que este proyecto indagó sobre las experiencias de las personas con hipertensión y diabetes que participaron en una intervención educativa “eficacia de una intervención de enfermería dirigida a mejorar la adherencia del tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes”, orientada a la modificación de conductas relacionadas con la alimentación, el ejercicio físico, la toma de medicamentos, el estrés, el uso de tabaco, alcohol y la motivación para la realización de dichos cambios.

Es así como los resultados de esta investigación generan una mejor comprensión de las experiencias vividas por los participantes de la intervención; permite entender el porqué del no cambio, las implicaciones que tiene la relación efectiva con el profesional de la salud y sus perspectivas frente a la intervención. De esta manera este estudio representa no solo un complemento para los resultados cuantitativos obtenidos en el proyecto del que hace parte, sino constituye un punto de partida para que en las investigaciones y programas se tenga en cuenta al actor, sus necesidades, perspectivas y experiencias.

Con estudios como este se fortalece el componente de la implicación y participación del usuario en el control de su enfermedad, imprescindible para la reducción de la morbimortalidad por hipertensión y diabetes descrito en los planes nacionales e internacionales, pues a través de este, el usuario expresa sus logros, dificultades, experiencias y plantea aspectos positivos y por mejorar que aportaran elementos valiosos a la institución implicada para el mejoramiento del programa de riesgo cardiovascular, teniendo en cuenta las necesidades del usuario. Además, generará aportes a los profesionales de la salud y en especial a las enfermeras sobre su participación en el cuidado de las personas con hipertensión y diabetes en los programas de riesgo cardiovascular y proporciona pautas para brindar una adecuada educación e interacción con la persona.

De esta manera, la construcción de este tipo de estudios, se espera que ayude a estructurar programas más realistas, centrados en el individuo, en donde se tengan en cuenta sus necesidades particulares y se construyan intervenciones no solo desde la perspectiva de los investigadores, los gobiernos o los profesionales de la salud; sino que además se implementan estrategias de acuerdo a las propuestas que emergen de las experiencias de los usuarios frente a su atención y el control de su enfermedad. Esto permitirá que la persona se empodere de su salud, tenga un mayor compromiso frente a la misma, mejore la adherencia al tratamiento y se reduzcan las complicaciones de la enfermedad y las tasas de mortalidad.

Todo esto va a apuntar al cumplimiento de las metas establecidas en los diversos planes y será un complemento a las Rutas Integradas de Atención en Salud (RIAS)(58), establecidas por el Ministerio de Salud de Colombia, en su Política Integral de Atención en Salud,

puesta en marcha en el año 2016(59). La finalidad de las RIAS es garantizar la integralidad en la atención; en ella se incluyen las acciones intersectoriales y sectoriales para promover el bienestar y desarrollo de la comunidad, la atención individual y colectiva para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y acciones del individuo para cuidar de su salud(58).

Para la diabetes e hipertensión se cuenta con unas RIAS(58) específicas que abordan el manejo de estas enfermedades desde una atención integral y multidisciplinaria, coordinada por el profesional de enfermería en las diversas etapas de la enfermedad y dirigida a mitigar las complicaciones de la misma; esta tiene varios aspectos, que entre otros se plantean intervenciones individuales y grupales dirigidas a brindar información y educación sobre hábitos saludables, acompañamiento, seguimiento continuo y motivación para cambios de conducta, a través de un profesional de la salud capacitado y empoderado de su papel. Es aquí donde este tipo de estudios cobra importancia, debido a que para lograr resultados positivos en lo que a cambios de comportamiento se refiere, es fundamental conocer las necesidades de la persona y lo que esta puede aportar a la construcción y mantenimiento de su salud.

## 4 REFERENTE TEÓRICO

### 4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN

#### 4.1.1 Definición:

Según la OMS(60), el término de hipertensión, hace referencia a la elevación crónica de la presión sanguínea sistólica, diastólica o de ambas en las arterias. La guía Canadiense de hipertensión arterial(61), en su actualización del 2016; establece que la definición de la hipertensión depende de las comorbilidades de la persona y del método empleado para su medición; así mismo, señala que el ideal es que dicha toma se realice a través de equipos automatizados y validados. A continuación se relaciona en la tabla los valores para definir hipertensión, según el equipo empleado:

Tabla 2 Definición de hipertensión según tipo de equipo empleado

Equipo	Definición de presión arterial alta	
	Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica
<b>Equipos no automatizados ni validados</b>	≥ 140mm Hg	≥ 90mm Hg
<b>Equipos automatizados y validados</b>	≥ 135 mm Hg	≥ 85mm Hg
<b>Monitorización ambulatoria de presión arterial por 24 horas</b>	Media de la presión arterial sistólica despierto ≥ 135 mm Hg Media de la presión arterial sistólica de 24 horas ≥ 130 mm Hg	Media de la presión arterial diastólica despierto ≥ 85mm Hg Media de la presión arterial diastólica de 24 horas ≥ 80 mm Hg
<b>Monitorización modo HOME</b>	Media de la presión arterial sistólica ≥ 135 mm Hg	Media de la presión arterial diastólica ≥ 85mm Hg

Fuente: construida por el autor con base a la Guía Canadiense de Hipertensión Arterial

#### 4.1.2 Prevalencia:

La hipertensión constituye un problema de salud que cobró en el 2010, 9.4 millones de vidas(1) y pese a que a través del tiempo se ha logrado una disminución de su prevalencia, los cambios en la misma no han sido sustanciales; de 1975 al 2015 la prevalencia mundial de hipertensión pasó de 29.5% a 24.1% en hombres y de 26.1% a 20.1% en las mujeres(4).

#### **4.1.3 Factores de riesgo:**

Esta enfermedad está asociada a diversos factores de riesgo dentro de los que se encuentran la historia familiar de enfermedad cardiovascular o hipertensión, factores genéticos, el sobrepeso, la obesidad, la diabetes, hipercolesterolemia, el consumo excesivo de alcohol, el tabaquismo, la inactividad física, consumo de alimentos con alto contenido de sal o grasas, estrés y bajo nivel socioeconómico(1,60,62–68).

#### **4.1.4 Complicaciones:**

la elevación de la tensión arterial y el inadecuado control van a generar a su vez una serie de complicaciones como enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal, enfermedad vascular, encefalopatía hipertensiva que van a repercutir en la calidad de vida de quien las presenta y en el aumento de la mortalidad(62,69–71).

### **4.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA DIABETES**

#### **4.2.1 Definición:**

El informe mundial sobre Diabetes de la OMS, del 2016(2), la define como “una enfermedad crónica grave que se genera cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no puede usarla eficazmente”. En el caso de la Diabetes tipo 2, se presenta una insulinoresistencia, con disminución progresiva en la secreción de insulina(72).

La diabetes es definida mediante los siguientes parámetros: hemoglobina glucosilada  $\geq$  6.5% o glucemia plasmática en ayunas  $\geq$  126mg/dl o glucemia plasmática dos horas posteriores al test de tolerancia oral a la glucosa  $\geq$  200mg/dl o glucemia plasmática  $\geq$  200mg/dl con síntomas de hiperglucemia o crisis hipertensiva(72).

#### **4.2.2 Prevalencia:**

La diabetes generó 1.5 millones de muertes en el 2012(2) y su prevaecía a través de los años es preocupante y sigue en ascenso. Para el caso de los hombres pasó de 4.3% en 1980 a 9% en el 2014 y para los mujeres de 5.0% a 7.9%(3).

### **4.2.3 Factores de riesgo:**

Son factores de riesgo de diabetes la historia familiar de diabetes o enfermedad cardiovascular, las personas afroamericanas, latinas, indios americanos, antecedentes diabetes gestacional, hipertensión arterial  $\geq 140/90$  o en tratamiento, HDL  $35 < \text{mg/dl}$  o TG  $> 250 \text{ mg/dl}$ , hemoglobina glucosilada  $\geq 5.7\%$ , obesidad, sedentarismo, tabaquismo, escolaridad baja(72–75)

### **4.2.4 Complicaciones:**

La diabetes no controlada genera complicaciones graves como la nefropatía, neuropatía y retinopatía; así mismo precipita la aparición de enfermedad cardíaca cerebrovascular y enfermedad arterial periférica que van afectar no solo la salud física sino también psicológica por las consecuencias que puede generar a su imagen corporal(72,73,75).

## **4.3 ENFERMEDADES CRÓNICAS**

Es así como la hipertensión y la diabetes hacen parte de las enfermedades crónicas, cuyas características principales es que son irreversibles, permanentes, generan complicaciones y requieren de adiestramiento por parte del usuario y de una continua atención, supervisión y observación; por tanto que para lograr el control de dichas enfermedades se requiere que las personas sean adherentes al tratamiento y a las recomendaciones dadas por los profesionales de la salud(76).

## **4.4 ADHERENCIA AL RÉGIMEN TERAPÉUTICO**

### **4.4.1 Concepto de Adherencia terapéutica**

En el año 2001 en reunión sobre adherencia terapéutica de la OMS(76), se estableció el concepto de la misma, como “el grado en que el paciente sigue instrucciones médicas”; sin embargo este concepto inicial no abarcaba todas aquellas intervenciones que realizan los diferente profesionales entorno a la persona con enfermedades crónicas y tampoco incorporaba al usuario como agente activo en su tratamiento. Por tanto, dicho concepto ha sido reestructurado(77) y se estableció la adherencia como “el grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas por



un prestador de asistencia sanitaria”. Adicionalmente se ha incluido el término persistencia para referirse al tiempo en el que la persona se mantiene realizando su tratamiento(77).

#### **4.4.2 Factores asociados a la adherencia terapéutica**

La adherencia terapéutica en personas con hipertensión o diabetes y en general en personas con enfermedades crónicas, es un concepto complejo y multidimensional. A lo largo del tiempo, múltiples investigaciones han estudiado el tema; a continuación se relacionan los factores asociados a la adherencia al régimen terapéutico, según los hallazgos identificados en algunas de ellas:

##### ***Factores socioeconómicos***

Aunque en las investigaciones realizadas los resultados con respecto al nivel socioeconómico no son sistemáticos ni claros, a este factor se le atribuye un efecto sobre la adherencia al régimen terapéutico, esto tiene que ver con tener difícil acceso a los servicios de salud, no contar con redes de apoyo, pobreza, bajo nivel socioeconómico, la cultura, estar en un contexto de guerra o las mismas creencias (77). Revisiones sistemáticas como la de Mathes y colaboradores(78) en la que se incluyeron 7 estudios identificaron en dos de ellos que la educación genera un efecto positivo en la adherencia; sin embargo, en los demás estudios revisados la situación financiera o el apoyo social no generaron ningún efecto. Por su parte Alshaikh Sukainah y colaboradores(79), encontraron en 3 estudios una asociación entre algún tipo de educación y el empleo estable con la adherencia al tratamiento. Así mismo, tres de ellos informaron que el tener un cuidador o apoyo familiar era predictor de una mejor adherencia y que por el contrario ser cuidado en una institución diferente al hogar la empeoraba. Igualmente Kardas y colaboradores(80) en su revisión de 51 artículos identificaron que el apoyo emocional y social, vivir con alguien y la cohesión familiar son factores asociados a la adherencia.

De otra parte una revisión sistemática que indagó sobre investigaciones acerca de las percepciones de las personas frente a los factores que influían en la no adherencia, encontró que las creencias erróneas frente a la enfermedad y la falta de educación estaban relacionadas con el inadecuado control. Así mismo, encontró que el bajo nivel económico

impedía que las personas no compraran los alimentos necesarios para hacer una dieta saludable(81). Similares resultados se presentaron en la revisión realizada por Pereira y colaboradores en donde se evidenció que dentro de los determinantes de la no adherencia se incluía la pobre condición financiera y el bajo nivel educativo (82).

### ***Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria***

Según el documento de la Organización Mundial de Salud sobre adherencia en terapias de largo plazo (77), son factores asociados a la adherencia terapéutica, las deficiencias en la entrega de los medicamentos, falta de conocimientos y capacitación del personal, exceso de trabajo por parte de los profesionales de la salud, difícil acceso a los servicios de salud, consultas cortas; así como la incapacidad del sistema para educar a los usuarios, construir redes de apoyo e incentivar el autocuidado y diseñar intervenciones que propenden por el control de la enfermedad. Sumado a lo anterior, varias investigaciones han estudiado el tema, encontrando que la comunicación efectiva entre el personal de la salud y la persona van a contribuir a la adherencia terapéutica.

La revisión sistemática realizada por Jin et al(83), en 102 artículos, sobre factores que afectan la adherencia, visto desde la perspectiva del usuario, identificó como factor la accesibilidad a los servicios, los largos tiempos de espera, dificultad en el despacho de medicamentos, así como la insatisfacción por la atención recibida, visto por la mala comunicación o porque los profesionales de la salud no mostraban preocupación por sus problemas. De otra parte, encontraron que el cumplimiento era bueno cuando percibían un apoyo por parte del profesional de la salud, se sentían respetados, se establecía una relación de confianza y recibían un trato igualitario. Así mismo el tiempo que el profesional le dedicaba a la persona estimuló la motivación a continuar con el tratamiento. Resultados similares se obtuvieron con las revisiones sistemáticas de AlGhurair Suliman et al.(84) y Maningat(85) quienes encontraron como factores relacionados a la adherencia la satisfacción del usuario con la atención, con la comunicación e información recibida, con la duración de la consulta, así como con los servicios de farmacia y el despacho de medicamentos.

### ***Factores relacionados con la enfermedad***

Factores como el empeoramiento de los síntomas o de la patología, los efectos en la discapacidad, mala calidad de vida, la aparición de complicaciones y la disponibilidad de tratamientos idóneos para el control de la enfermedad van a repercutir en la disminución de la adherencia al tratamiento, al igual que la presencia de otras comorbilidades como la depresión, el estrés, el accidente cerebrovascular y el abuso de alcohol o las drogas (77,79,81)

### ***Factores relacionados con el tratamiento***

Según Al Alshaikh y colaboradores(79), la adherencia está asociada a la comprensión de la medicación, los conocimientos que las personas tienen a cerca del tratamiento y la frecuencia y cantidad de medicamentos ordenados. Sumado a lo anterior, la investigación sobre percepción de los usuarios con respecto a la adherencia elaborada por Marshall et al(86) y la elaborada por Al Hamid(81), encontraron que dentro de las situaciones que van a repercutir en la adherencia está el hecho de que las personas se olvidan tomar el medicamento en las horas establecidas, no tienen una rutina para la toma, dejan de tomarlo cuando se siente bien o no se están a gusto con los efectos adversos que les causa el medicamento; además de considerarlo como una sustancia que genera adicción o le causa daño para la salud. Así mismo expresaron el uso de medicinas alternativas que reemplazaban al medicamento.

### ***Factores relacionados con la persona***

Uno de los factores asociados a la adherencia al tratamiento según Al Hamid(81), es la falta de conocimientos que tienen las personas sobre su enfermedad y las complicaciones, las creencias erróneas sobre la enfermedad, así como, estrés y dificultad para seguir con las recomendaciones de estilo de vida como dieta o ejercicio y el uso de alcohol o cigarrillo. Por su parte Al Alshaikh(79) encontró resultados variables en cuanto a la edad y el sexo; mientras en 7 estudios se evidenció que a menor edad era menor la adherencia, 5 encontraron que a menor edad, mayor era la adherencia al tratamiento; 3 asociaron el ser

mujer con menor adherencia y uno evidenció lo contrario; de otra parte Kardas et al (80), encontraron que tener mayor edad y ser mujer tenía un efecto positivo sobre la adherencia.

Por su parte, la revisión realizada por Maningat y colaboradores(85) citó además los problemas psicológicos, el deterioro cognitivo o el desinterés de la persona por controlar su enfermedad, como elementos que influyen en la adherencia al régimen terapéutico. Lin (83) por su parte también encontraron que la actitud negativa frente a la enfermedad y el tratamiento, sumado a tener ansiedad o depresión y la falta de motivación para controlar la enfermedad influía en la adherencia.

Debido a que la adherencia al régimen terapéutico es multifactorial se hace imprescindible que el profesional de la salud incorpore en su práctica intervenciones educativas dirigidas al a minimizar los factores que impiden el no cumplimiento de las recomendaciones en salud. Por tanto, a continuación se realiza un recuento de la importancia de la educación en salud y de los diferentes modelos y teorías en educación y cambios de conducta que facilitan el abordaje de la persona con enfermedad crónica.

## **4.5 MODELOS Y TEORÍAS DE EDUCACIÓN Y CAMBIOS DE CONDUCTA**

### **4.5.1 Educación para la salud**

Según la revisión sistemática realizada Díaz (87), se empezó a hablar sobre educación para la salud a partir del siglo XIX y después de este momento varios autores le han dado significado a través de los años. Con el propósito de recopilar estos conceptos, la educación para la salud implica la creación de oportunidades de aprendizaje basado en la comunicación que tiene como finalidad el fortalecimiento de habilidades para la vida que favorezcan cambios de comportamiento y de la salud individual y colectiva; esto mediante la mejora en el aprendizaje, la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad y el fomento del desarrollo de la autonomía de cada individuo a quien va dirigida. Además, la educación para la salud, tiene que ver con una colaboración intersectorial e internacional en donde se le dé especial importancia a la cultura y el entorno donde se desenvuelve el individuo. De este modo la educación para la salud busca que el individuo adquiera la capacidad para influir sobre su entorno, tome sus propias decisiones en búsqueda de su propia salud y sea capaz de adaptarse a todo aquello que le exige el entorno.

Es así como la educación para la salud empezó a cobrar importancia desde la Declaración de Alma Ata sobre atención primaria en salud (1978) y la carta de Ottawa para el fomento de la salud (1986). Pese a que se han logrado avances a nivel mundial en la salud en general, aún persiste una brecha en lo que a determinantes sociales se refiere y se evidencia una persistencia en el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles y de aquellas que requieren de la implementación de estilos de vida saludable; por tanto no solo se hace necesaria la distribución de recursos en salud pública sino además la implementación de estrategias encaminadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad que permitan que las personas reciban apoyo e información, se apropien de su salud y tengan una participación activa en la gestión de la misma(88).

#### **4.5.2 Modelos o enfoques de la educación y aprendizaje en salud a través del tiempo**

La mayoría de autores dividen la educación en salud en dos grandes etapas, cada una de ellas con modelos diferentes. A continuación se realiza una clasificación teniendo en cuenta lo descrito por Sánchez(89) en su revisión guiado por lo descrito por autores como Modolo, Briziarelli y Minklerr.

##### ***Primera etapa***

Inicia a partir del siglo XX y continúa hasta la década de los setenta, esta se divide a su vez en dos enfoques a saber:

##### **Educación para la salud informativa y prescriptiva**

Este modelo está caracterizado por una relación terapéutica unidireccional, propia de la brecha entre las clases sociales de la época y la jerarquización, en donde el profesional es quien posee el conocimiento. De este modo con el avance científico, la educación para la salud se convierte en una cuestión únicamente normativa, que implica el cumplimiento de directrices, únicas e indiscutibles establecidas por el profesional de la salud quien es el que posee la verdad; así la educación pasa a ser la transmisión de conocimiento y la prescripción de órdenes que el individuo o receptor debe cumplir para mejorar su salud(87,89,90).

## **Educación para la salud comportamental**

Producto del aumento en la morbilidad y mortalidad de enfermedades crónicas y oncológicas surge la necesidad de dar especial importancia al comportamiento del ser humano que lleve a la modificación de estilos de vida, prevención de aparición de enfermedades o complicaciones y a la mejora de su estado de salud. De esta manera se incluyen otros componentes a la educación para la salud como los elementos sociales, ambientales, económicos, motivacionales, culturales y generadores de cambio(87,89,90).

Para esta etapa se empieza a utilizar la teoría del aprendizaje que incluye aspectos del condicionamiento operante, el neoconductismo Vicariano de Bandura y los enfoques cognitivistas; además de investigar sobre la motivación, los cambios de conducta y de actitud. Así mismo, se resalta el modelo de creencias de salud de Rosenstock, el cual explica como las creencias de las personas van a influir en las conductas que estas tienen frente a la enfermedad o al mantenimiento de la salud. Es aquí donde la educación para la salud se convierte en una relación bidireccional que tiene como eje central el comportamiento del individuo y la implementación de estilos de vida saludable indispensables para el cuidado y el mantenimiento de la salud(89,90).

### ***Segunda etapa: educación para salud participativa, crítica y emancipadora***

Esta etapa le da especial importancia a la participación; al individuo como eje fundamental para gestionar su propia salud y la de su comunidad, capaz de identificar e intervenir sobre aquellos factores o elementos que van a influir en el mantenimiento de su salud o la prevención de la enfermedad. De este modo se reconoce que la condición de salud se ve influenciado por una serie de elementos sociales, económicos o ambientales y por tanto merece ser intervenidos junto con el sujeto(89,90).

Sumado a lo anterior, la educación para la salud con enfoque participativo, radica en la construcción del saber, de acuerdo a las vivencias del individuo en las diferentes esferas como ser humano; además implica un aprendizaje centrado en la persona, que le permita su autonomía e independencia, en donde se considera la forma de enseñar igual de importante

a lo que se enseña y que la relación que se establezca al momento de enseñar sea de respeto, atención e interés de las dos partes(90).

Por tanto, en la educación para la salud con enfoque participativo el individuo pasa a ser autosuficiente y responsable de su propia salud y la de la comunidad y el profesional de la salud pasa a cumplir un rol de orientador que proporciona apoyo a los individuos para el entendimiento y el fortalecimiento de habilidades para mejorar sus condiciones de salud mediante el diálogo y la comunicación continua. Así se lograrán cambios reales y duraderos de comportamiento, de hábitos y de actitudes que se podrán transmitir de persona a persona y dentro de una misma comunidad(90).

En conclusión la educación para la salud busca capacitar a las personas para que puedan solucionar sus propios problemas con los recursos disponibles y promover acciones para su bienestar y el de la comunidad. Esta se enfoca en los comportamientos y en los estilos de vida que corresponden a las prácticas saludables o no que incorporan los individuos en su diario vivir, por tanto la educación para la salud utiliza como estrategias la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad(90).

#### **4.5.3 Principales modelos y teorías en educación en salud**

A continuación se realiza un recuento de los principales modelos biosicosociales que se han planteado con el fin de intervenir diversas problemáticas en salud, enfocados a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y a la creación de estilos de vida saludables.

##### ***Modelo de creencias en salud***

Fue propuesto en 1974 por Rosentock y definido por Maiman y Becker. Este modelo toma como referencia las teorías cognitiva y de toma de decisiones y su influencia en la ejecución de prácticas saludables en salud. Los elementos que fundamentan este modelo radican en que la persona debe plantearse una meta y ser consciente de las posibilidades que tiene de cumplirla mediante un cambio en su comportamiento; de esta forma tendrá elementos suficientes para discernir y argumentar porque una conducta es buena o mala.

Así mismo plantea que el cambio dependerá de que tan vulnerable se sienta la persona y la gravedad de los riesgos percibidos tanto a nivel particular como colectivo. (91,92).

Este modelo consta de 4 dimensiones; la primera tiene que ver con la **susceptibilidad percibida** ante determinada situación de salud, es decir la percepción que tiene el individuo con respecto a presentar una enfermedad; la segunda dimensión hace referencia a la **severidad percibida** que consiste en la percepción que tiene la persona frente a la gravedad de la enfermedad y las consecuencias que tiene el no control de la misma, visto desde las complicaciones de la patología y las implicaciones sociales; estas dos primeras dimensiones llevan a cambios en la conducta; pero son los **beneficios percibidos** los que van a definir si esa conducta es buena o no; esta dimensión en definitiva será la que lleve a la persona a tener comportamientos según los beneficios que el crea que obtendrá si pone en práctica una conducta o la otra y la última dimensión tiene que ver con las **barreras percibidas**, es decir hace referencia a los obstáculos que se pueden llegar a presentar para realizar los cambios de conducta propuestos. Sumado a lo anterior con el paso del tiempo, diversos autores han incluido otros factores como los demográficos como el sexo, la edad y sociológicos como el nivel socioeconómico, cultural, presión de grupo, motivación, que entre otros también van a repercutir en el cambio de conducta en salud(92).

Cabe aclarar que pese a que en investigaciones este modelo ha resultado efectivo, otras han evidenciado que no se le puede asignar al modelo la capacidad predictiva para determinar la realización de una conducta, dado que esta depende de muchos más factores(91).

### ***Teoría de la motivación a la protección (TMP)***

Fue instaurada por Rogers en 1975 y redefinido por Rippetoe y Rogers en 1987 y considera la motivación como elemento fundamental para realizar un cambio de conducta. En ella se plantea la evaluación de dos aspectos; **la amenaza** que tiene que ver con el miedo a las consecuencias, al daño y al riesgo que tiene la persona. De esta forma el miedo se convierte en un incentivo para la conducta. De otra parte, la evaluación de la **conducta de afrontamiento** hace referencia a la percepción que tiene la persona de obtener los resultados esperados a través de las acciones planteadas; este segundo aspecto además,



incluye la eficacia mediante la reducción de la amenaza y la autoeficacia vista como la capacidad para implementar estrategias de prevención. Estos elementos sirven como complemento al modelo de creencias de la salud. Además plantea que tanto la amenaza como la conducta de afrontamiento dependerá de facilitadores o inhibidores de la conducta que varíaran dependiente del contexto en el que se desenvuelva la persona(91).

Como en el modelo anterior, este enfoque ha tenido sus aciertos y desaciertos. Los segundos, tienen que ver con el hecho de que el miedo no debiera considerarse como un elemento definitivo para el cambio de conducta sino más bien uno de los muchos factores influyentes en la misma(91).

### ***Modelo de las etapas de cambio***

Instaurado por Prochaska DiClemente, quien plantea que los cambios logrados por las personas dependen de un proceso intencional compuesto por cinco etapas, este modelo es dinámico, por tanto una misma persona pueda estar en diferentes etapas a través del tiempo, bien sea para mejorar o para tener un retroceso en sus cambios de conducta. De este modo, la etapa en la que se encuentre una persona dependerá de la disposición y la motivación que esta tenga para realizar cambios en su vida y por tanto las intervenciones educativas deben estar dirigidas según la etapa en la que se encuentre cada persona. La primera es la **precontemplación**; en ésta la persona desconoce el problema de salud o no tienen el interés de realizar cambios en la conducta; en la **contemplación**, el sujeto identifica el problema de salud y está dispuesto a cambiar en un plazo aproximado de 6 meses; en la **preparación** la persona tiene la plena seguridad de que necesita realizar cambios de conducta en un plazo de 30 días; en la etapa de **acción**, el sujeto se encuentra realizando las acciones necesarias para modificar las conductas que afectan su salud y finalmente la de **mantenimiento**, como su nombre lo indica es la persistencia en el cambio de conducta que se da en un periodo superior a seis meses(93,94).

### ***Teoría de acción razonada y teoría de acción planeada***

Esta teoría fue planteada por Ajzen y Fishbein en 1980 considerando que el comportamiento de las personas se puede controlar de manera voluntaria. Son 3 los factores

que influyen en la teoría de acción razonada: **la actitud** que hace referencia a la posición positiva o negativa, que tiene la persona frente a una determinada conducta, el **factor normativo** que es la percepción social de la persona para realizar o no una acción; este incluye la percepción sobre lo que para él es beneficioso y la interpretación de lo que el construye frente a lo que las demás personas esperan de sus acciones; así como **las creencias o ideas** que el individuo tiene frente a la conducta y sus consecuencias, así como su motivación para llevar a cabo una acción. La combinación de estos factores podría determinar la intención de la persona para llevar a cabo un comportamiento en salud(91,93).

Esta teoría ha sido complementada por Ajzen, quien propone el **modelo de acción planeada** e incluye como factor adicional la percepción de la persona sobre el control que tiene en sus acciones. Vale la pena resaltar que si bien este modelo logra predecir la intención de realizar una conducta, el tener un índice de percepción del control elevado, no es indicativo absoluto de un comportamiento positivo en salud(91).

### ***Teoría de autoeficiencia de Bandura o de aprendizaje social***

La teoría de Bandura y Locke 2003 y Olivari y Urra, 2007, plantea que las conductas realizadas por el sujeto depende de factores relacionados con el entorno social en donde este se desenvuelve y su propia experiencia. Además, incluye como elemento fundamental la toma de decisiones para la puesta en marcha de comportamientos y la consecución de objetivos; así como la autorregulación con el fin de generar cambios tanto a nivel individual como colectivo. De esta manera, se plantea que el sujeto sea autoeficiente; es decir, cuente con herramientas que le permitan actuar oportunamente y de la mejor manera ante cambios en su entorno o situaciones complejas de afrontar; así mismo, considera que el ser humano aprende no solo de la experiencia propia sino la de los demás(91,94,95)

Para lograr dichos cambios se requiere que la persona tenga un acompañamiento por parte del profesional de salud, por medio del cual se establezcan metas, se realicen acuerdos o compromisos, se dé reconocimiento a los logros y exista la autovigilancia de las conductas o comportamientos realizados (94,95).

### ***Modelo de comunicación para el cambio social***

El modelo de comunicación para el cambio social es una propuesta innovadora, cuya finalidad es que las personas se identifiquen a sí mismos, definan sus necesidades y la forma como las van a intervenir. Por tanto, las personas se convierten en el eje central del proceso educativo, mediante su participación continua en la creación de estrategias y alternativas para cuidar su propia salud. Aunque el modelo de comunicación puede ser aplicado a nivel individual, este en particular tiene que ver con los cambios que puede hacer un grupo social y que se ven influenciados por factores culturales o socioeconómicos. Durante la ejecución de este modelo se requiere de compromiso continuo de la comunidad en todo el proceso; desde el diagnóstico de sus necesidades, planeación y ejecución de acciones encaminadas a mejorar su estado de salud hasta la incorporación de redes sociales que fortalezcan y apoyen los cambios de conducta y contribuyan al empoderamiento de la población(93).

### ***Teoría de autocuidado de Dorothea Orem***

Dorothea Orem plantea tres teorías: la de autocuidado, déficit del autocuidado y de sistemas enfermeros. Para este caso se expondrán dos de ellas (autocuidado y sistemas enfermeras)(96)

La teoría de autocuidado planteada por Orem, concibe el autocuidado como un sistema de acción por medio del cual los individuos mantienen su vida, su desarrollo y su salud; además afirma que este autocuidado debe aprenderse y desarrollarse continuamente.

Plantea además que las personas tienen ciertos requisitos de autocuidado universales, de los cuales se resalta la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano. De este modo la enfermera, tiene dentro de su labor en su relación interpersonal con el usuario, conocer, ayudar y actuar sobre las necesidades terapéuticas de autocuidado; es decir, deberá ejercer acciones para el mantenimiento, promoción, prevención y provisión según cada caso. Así la enfermera se convierte en orientadora, educadora, ofrece apoyo psicológico y mantiene un ambiente que propicie el desarrollo personal para que la persona ejerza acciones a favor de su salud.

En cuanto a la teoría de los sistemas, Orem los divide según la capacidad de la persona para ejercer su propio cuidado; sistema completamente compensador, parcialmente compensador y sistema educativo. Es este último el que cobra importancia y guarda íntima relación con la teoría de autocuidado, ya que a partir del apoyo educativa, la enfermera ayuda a regular el ejercicio y el desarrollo de autocuidado.

#### **4.6 CONCEPTO DE PERCEPCIÓN**

Considerando que el presente trabajo busca comprender las percepciones de las personas con hipertensión o diabetes sobre su experiencia en una intervención educativa, la conceptualización del término *percepción* se precisa a continuación; entendida según Vargas M, desde el punto de vista antropológico como la construcción del significado de experiencias que surgen a partir de sensaciones; de este modo constituye “*la elaboración simbólica de la experiencia sensible que se encuentra limitada por la capacidad biológica y la capacidad del hombre para producir símbolos*”. De este modo, la percepción logra la construcción de elementos interpretativos que reflejan la realidad, por medio de la cual se le atribuyen características cualitativas a las situaciones u objetos basadas en referentes culturales e ideológicos de un grupo social y que conduce a emitir juicios u opiniones (97).

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

Comprender las percepciones de las personas con hipertensión o diabetes sobre su experiencia en una intervención educativa de enfermería para mejorar la adherencia al régimen terapéutico desarrollada en el año 2016.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar demográficamente a los participantes.
- Describir el significado de la experiencia de los participantes con hipertensión o diabetes frente a la intervención educativa recibida.
- Describir las percepciones de los participantes en relación a los conocimientos adquiridos durante la intervención educativa
- Describir lo vivido por los participantes en relación a los cambios en la conducta de salud generada por la intervención, así como las motivaciones y dificultades que influyeron en la realización de la misma.
- Conocer los aportes del participante a la intervención educativa.
- Describir las percepciones de las personas, con respecto a la relación terapéutica con la enfermera que brindó la intervención educativa.
- Interpretar las percepciones de los actores frente a la intervención educativa recibida.

## 6 CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Las categorías a continuación, corresponden a las planteadas al inicio de la investigación posterior a la validación por expertos y prueba piloto; estos últimos aspectos se describen en la sección de la metodología.

Categoría	Subcategoría	Definición conceptual	Definición operacional	Pregunta orientadora
Experiencias con la intervención	<b>Generalidades de la experiencia</b>	Vivencias y situaciones(98) de la persona durante la intervención recibida.	Indagar en la persona las generalidades de la experiencia durante la intervención	¿Cómo fue su experiencia al participar de las sesiones educativas? (para complementar la pregunta si es el caso, agregarle: cuénteme ¿qué más vivió en esa experiencia? o ¿qué pasó en esas sesiones? ¿Qué significó para usted el participar de las sesiones educativas? Cuénteme ¿qué fue lo que más le gustó de las sesiones educativas?
	<b>Conocimientos sobre el control de la enfermedad</b>	Saberes(98) adquiridos en las sesiones educativas	Preguntar a los participantes sobre lo que aprendió durante las sesiones educativas.	Cuénteme que aprendió de las sesiones educativas; ¿Cuál es la que más recuerde? Porque recuerda más esa(s) sesión(es) que otra(s).
	<b>Cambios en el estilo de vida y adherencia a las recomendaciones</b>	<i>Grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria(76)</i>	Indagar sobre los cambios realizados en el estilo de vida por parte de las personas durante la intervención.	¿Qué cambios realizó en el manejo de su enfermedad después de recibir la información en las sesiones educativas? ¿Qué tanto han durado esos cambios? (si los ha identificado)
	<b>Motivaciones para mantenerse en la intervención</b>	Argumentos(98) de la persona para continuar o no seguir participando de las sesiones educativas.	Preguntar sobre las razones para mantenerse o no en la intervención	¿Qué hizo que usted quisiera mantenerse hasta el final en las sesiones educativas?
	<b>Dificultades para seguir las recomendaciones de tratamiento</b>	Impedimento o dificultad(98) para adherirse al tratamiento	Indagar sobre las dificultades que le impiden a la persona adherirse al tratamiento	Ha existido alguna situación o situaciones de su vida que le han dificultado seguir las recomendaciones dadas por la enfermera en las sesiones educativas? Descríbame la(s). ¿Qué ha hecho para superar esas situaciones?

	<b>Aportes del participante a la intervención</b>	Aspecto que desagradan(98) al participante en relación a la intervención	Preguntar sobre los aspectos por mejorar en la intervención educativa.	En términos generales ¿qué le agregaría a las sesiones o que cambiaría de ellas?
Relación terapéutica	<b>Relación interpersonal con el profesional de enfermería</b>	Interacción enfermera persona en la que se establece una relación de ayuda, respeto y compromiso(99).	Indagar en el participante su perspectiva frente a la relación que tuvo con las enfermeras que ejecutaron la intervención	Cuénteme ¿cómo fue la atención brindada por la enfermera? Descríbame la relación con ella. ¿Qué papel cree que tuvo la enfermera en el manejo de su enfermedad?

## **7 METODOLOGÍA**

### **7.1 TIPO DE ESTUDIO**

Investigación comprensiva de enfoque hermenéutico que utiliza métodos de recolección y análisis de información cualitativos, pero que por sus características no se inscribe en un diseño de estudio en particular.

### **7.2 CONTEXTUALIZACIÓN**

Los participantes para el presente estudio fueron personas con hipertensión o diabetes del régimen subsidiado que hicieron parte del proyecto aprobado por Colciencias, adscrito a la unión temporal Cardiecol-UIS “Eficacia de una intervención educativa de enfermería Enseñanza individual para mejorar adherencia al régimen terapéutico en personas con hipertensión o diabetes” y que se desarrolló en los diferentes centros de salud pertenecientes a una institución de salud de Bucaramanga. Este fue un ensayo clínico controlado (clinicaltrials.gov N° NCT02758275), que contó con una muestra de 200 participantes (grupo control y grupo intervención).

La intervención educativa enfermería: enseñanza individual desarrollada en el marco de este proyecto de Colciencias, se ejecutó en un periodo de 6 meses que incluía 6 sesiones educativas sobre; cambio de conducta: motivación, enseñanza proceso de enfermedad, medicamentos, dieta y ejercicio prescrito y aumentar el afrontamiento. Cada una de ellas realizada una vez al mes por dos enfermeras previamente entrenadas, con una duración promedio de 40 minutos a 1 hora cada una. Estas sesiones fueron realizadas en un consultorio de los centros de salud donde era atendido habitualmente el usuario para sus consultas de riesgo cardiovascular. Para invitarlos a las sesiones educativas se coordinaba previamente con la persona, la hora según su disponibilidad de horario.

Como herramienta para la realización de dichas sesiones se utilizó una cartilla guía, dirigida a los participantes y orientada por las enfermeras, que contó con validación facial y de contenido por parte de expertos en los diferentes temas. La intervención se inició con una sesión de motivación seguida de 5 sesiones de enseñanza, cada una contó con apartados para la socialización de compromisos de la sesión anterior, espacios para indagar conocimientos previos y experiencias frente al control de la enfermedad, así como un



abordaje teórico de la temática a tratar, realización de actividades para poner en práctica lo aprendido con el fin afianzar el conocimiento y finalmente la creación de compromisos adquiridos con la sesión por parte de los participantes, a los que se les realizaba seguimiento en la sesión posterior. Como eje transversal durante todas las sesiones se utilizó la motivación como elemento favorecedor de cambios de comportamiento. La intervención tuvo como referente la teoría de enfermería de autocuidado de Dorothea Orem.

### **7.3 PARTICIPANTES**

#### **7.3.1 Número de participantes**

En el estudio participaron un total de 14 personas, a las que se les indagó a través de una entrevista individual semiestructurada, sobre las percepciones a cerca de su experiencia en la intervención educativa. Para complementar la información se realizaron 2 grupos de discusión con estas mismas personas (grupo 1=7 personas; grupo 2=4 personas).

#### **7.3.2 Criterios de participación**

- Haber asistido a todas las sesiones educativas realizadas en el proyecto previo.
- Voluntad de participar en el estudio.
- Disposición para comunicar y compartir experiencias frente a la intervención.

#### **7.3.3 Selección de los participantes**

La selección de los participantes se realizó en tres etapas:

- Selección de casos extremos (personas más adherentes y menos adherentes), con el fin de tener una mayor diversidad en la información. Esta se llevó a cabo teniendo en cuenta el cambio en el puntaje obtenido en el instrumento de adherencia al régimen terapéutico entre la línea de base y los 12 meses después de iniciada la intervención educativa, desarrollado en el proyecto al que se anida la presente investigación. Este se construyó operacionalizando el resultado de enfermería conducta terapéutica enfermedad o lesión, previamente validado, por medio del cual se obtuvo un puntaje de 1 a 13 en la adherencia del participante. De esta forma, se identificaron 4 tipos de personas: aquellas que aumentaron la adherencia 12 meses después de iniciada la intervención; las que se mantuvieron igual con puntajes en la línea de base mayores o iguales a 10; aquellas

personas que disminuyeron el puntaje y las que se mantuvieron igual con puntajes en línea de base menores o iguales a 9.

-Una vez se contó con las personas más adherentes y menos adherentes se realizó selección a conveniencia; con el fin de identificar aquellas personas que siendo adherentes o menos adherentes pudieran aportar en mayor medida a entender la experiencia frente a la intervención; lo anterior, teniendo en cuenta su disposición para comunicar y compartir experiencias. También se buscó heterogeneidad en el diagnóstico (hipertensión, diabetes o ambas patologías), edades y sexo; este último considerando la proporción de hombre y mujeres del total de personas que recibieron la intervención.

-Una vez terminada la entrevista semiestructurada con cada una de las personas seleccionadas se hizo una selección homogénea en donde se buscó tener dos grupos de discusión; uno estuvo conformado por las personas más adherentes y en el otro las personas menos adherentes. Para la conformación de estos grupos se tuvieron en cuenta las mismas personas que habían participada de la entrevista semiestructurada.

#### **7.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

Para la recolección de información se realizó una entrevista semiestructurada individual, cuyo instrumento, se basó en categorías de análisis provisionales, el cual fue validado por una experta y ajustado posterior a prueba piloto realizado a 7 personas, que por los cambios mínimos en su estructura y contenido fueron tenidos en cuenta para el análisis (**Ver carpeta anexa N°1. Prueba piloto**). El instrumento final (**Ver anexo 1**) contenía la caracterización de los participantes que incluía variables de edad, sexo, estado civil, estrato socioeconómico, escolaridad, ocupación y enfermedad. Las preguntas se organizaron por las categorías iniciales: experiencias de la intervención y relación terapéutica así:

- En las experiencias de los participantes con la intervención recibida se abordó las generalidades de la experiencia, los conocimientos adquiridos, los cambios en el estilo de vida, las dificultades para seguir las recomendaciones al tratamiento, las motivaciones y los aportes de los participantes en relación a la intervención.

- En la relación terapéutica se indagó sobre la atención brindada por la enfermera y el papel que esta tuvo en manejo de la enfermedad.
- Según las respuestas obtenidas en la entrevista semiestructurada individual y teniendo en cuenta la saturación de las categorías, se realizaron dos grupos discusión (más adherentes y menos adherentes). Para tal fin se diseñó un instrumento (**ver anexo 2**), que buscó complementar las preguntas ya realizadas o ahondar en las respuestas suministradas.
- De esta manera se logró obtener una mejor interpretación de la información suministrada, realizando triangulación de técnicas (contraste entre entrevista semiestructura individual, grupos de discusión y puntaje obtenido en el nivel de adherencia).

## **7.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

La entrevista semiestructurada se realizó de manera individual, un año después de realizada la intervención educativa, fue grabada en audio y se llevó a cabo en un espacio cerrado, previa aplicación de consentimiento informado; cada entrevista tuvo una duración de 15 a 30 minutos. (**Ver carpeta anexa N° 2. Entrevista semiestructurada**).

Fue realizada por una enfermera entrenada y orientada por la autora del presente proyecto, debido a que esta última no podría llevarla a cabo por ser una de las ejecutoras de la intervención del proyecto y su interacción previa con los participantes podría influir en las respuestas que estos tuvieran con respecto a sus perspectivas frente a la intervención.

Una vez realizada cada entrevista semiestructurada se hizo revisión de las grabaciones de audio. Cada conversación fue copiada a pie de letra en formato Word en documentos separados, con el apoyo de la aplicación para transcripción dragón 11.

Una vez completa la saturación de las categorías se realizó los grupos de discusión. Cada uno de los grupos fue citado en un espacio cerrado y tranquilo y tuvo una duración de 30 a 40 minutos. La entrevista fue realizada por la misma enfermera encargada de desarrollar las entrevistas semiestructuradas e igualmente grabada en audio. Además, se contó con un

observador que se encargó de registrar información relevante para la interpretación de los datos.

## **7.6 PLAN DE ANÁLISIS**

La caracterización sociodemográfica se realizó en Excel; para el caso de variables continuas como la edad; el análisis se hizo a través de SPSS. El análisis de la información se realizó a través de la codificación abierta, axial y selectiva haciendo continua verificación de la información y comparación constante. El procesamiento de la información se realizó manualmente. En la codificación abierta se agruparon las unidades o fragmentos por preguntas y por persona y se hizo uso de la técnica de colores para clasificar la información por temáticas, con el fin de asignarles categorías; lo anterior mediante la comparación constante de los textos, verificación de palabras o frases repetidas, similitudes o diferencias entre segmentos. También se utilizaron los memos analíticos para describir lo que contenía el texto y sintetizar el sentido de la información recolectada (**Ver carpeta anexa N° 3. Codificación abierta**).

En la codificación axial se buscó relacionar las categorías clasificándolas en temas mayores que la representaran con el fin de descubrir patrones, relaciones o vínculos que apoyaran la interpretación de la información; de esta manera se crearon las categorías que darían paso a la codificación selectiva (**Ver carpeta anexa N° 4. Codificación axial**)

Según las respuestas obtenidas en la entrevista semiestructurada individual, se iban citando las personas hasta completar la saturación de las categorías; aspecto que se complementó a través de los grupos de discusión.

Finalmente para la codificación selectiva, se revisaron las categorías y la información obtenida tanto en la entrevista individual como en los grupos discusión, con el fin de darle una interpretación, explicación y comprensión al fenómeno emergente. Además se contrastaron las percepciones opuestas de los participantes y se hizo un análisis de los hallazgos, teniendo en cuenta lo encontrado desde la experiencia de los actores a la luz de la teoría existente o los resultados de otras investigaciones. Para contrastar los hallazgos con la forma como se llevó a cabo la intervención educativa, se realizó lectura del manual

de procedimientos del proyecto en mención, de su protocolo; así como de los libros utilizados para la intervención.

Es así como este análisis se realizó de forma simultánea a la recolección de la información y finalizó una vez se saturaron las categorías (momento en que se logró comprender el fenómeno estudiado) y se obtuvo el número final de participantes.

### ***Implicaciones éticas del estudio***

Esta investigación se realizó con las personas que hicieron parte del estudio “Eficacia de una intervención de enfermería, enseñanza individual para aumentar la adherencia al régimen terapéutico en personas con hipertensión arterial y/o diabetes mellitus tipo II” que cuenta con registro de ensayo clínico en [clinicaltrials.gov](https://clinicaltrials.gov) N° NCT02758275, aprobado por el Comité de Ética e Investigación Científica de la universidad Industrial de Santander (CEINCI-UIS) y por el de la entidad de Salud de Bucaramanga como institución participante.

La presente investigación fue considerada sin riesgo según la resolución 8430 de 1993, debido a que en sus procedimientos se incluyeron técnicas y métodos que no implicaron modificación de variables biológicas, psicológicas o sociales. Este estudio tuvo como principios rectores la beneficencia, no maleficencia, autonomía, confidencialidad y privacidad. Además se rigió por los lineamientos establecidos en la declaración de Helsinki de 2000 sobre la investigación en seres humanos; al igual que por el documento de pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos realizado por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en apoyo con la Organización Mundial de la Salud.

**Beneficencia y no maleficencia:** este proyecto buscó comprender las percepciones de las personas frente a una intervención educativa de enfermería para mejorar adherencia al régimen terapéutico, cuyos resultados permitieron obtener una interpretación de la experiencia vivada por parte del participante que aportará a la creación de estrategias educativas a favor de una atención personalizada y basada en las necesidades de los

usuarios. Además esta investigación no generó ningún efecto dañino sobre los participantes.

**Autonomía:** En el estudio original se realizó ajuste al consentimiento informado inicial (reconsentimiento informado), el cual fue aprobado por el CEINCI-UIS; en el que se incluyeron los procedimientos llevados a cabo en la presente investigación. Así mismo se aplicó consentimiento informado aprobado por el comité de ética de la Universidad Autónoma de Manizales UAM por medio del cual cada persona tuvo plena libertad de aceptar o rehusar participar en la presente investigación (ver anexo 3) (ver carpeta anexa N° 5. Consentimiento informado).

**Confidencialidad y privacidad:** Para la ejecución de la presente investigación se garantizó la custodia y confidencialidad de la información. Así mismo, se protegió el nombre y la identidad de los participantes, mediante la asignación de un código de identificación. Además, la información obtenida solo fue utilizada con fines académicos y profesionales.

## 8 RESULTADOS

Participaron en el estudio un total de 14 personas con hipertensión o diabetes que habían asistido a las 6 sesiones desarrolladas en la intervención educativa de enfermería. En la tabla 3 se relacionan las personas que finalmente se seleccionaron a conveniencia y según cambio en el puntaje de adherencia obtenido entre la medición de adherencia inicial y la final. Esta medición se obtuvo de la investigación a la que se encuentra anidada la presente investigación.

Tabla 3 Personas seleccionadas, según el cambio en el puntaje de adherencia

Código por persona	Patología	Puntaje línea de base	Puntaje 12 meses después de la intervención	Cambio en el puntaje de adherencia 12 meses después de la intervención			
				Más Adherentes		Menos adherentes	
				Aumento en el puntaje	Se mantuvo igual (Puntajes en línea de base $\geq 10$ )	Disminución del puntaje	Se mantuvo igual (Puntajes en línea de base $\leq 9$ )
P1		12	9	---	---	<b>-3</b>	---
P4	HTA	7	11	<b>4</b>	---	---	----
P6		8	8	---	---	---	<b>0</b>
P11		11	11	---	<b>0</b>	---	---
P12		9	11	<b>2</b>	---	---	----
P2		8	6	---	---	<b>-2</b>	---
P5	DM	9	9	---	---	---	<b>0</b>
P8		11	12	<b>1</b>	---	---	---
P13		7	11	<b>4</b>	---	---	---
P3	HTA/DM	6	9	<b>3</b>	---	---	---
P7		8	8	---	---	---	<b>0</b>
P9		13	12	---	---	<b>-1</b>	---
P10		13	13	---	<b>0</b>	---	---
P14		9	12	<b>3</b>	---	---	---

\*HTA: hipertensión; DM: Diabetes; HTA/DM: hipertensión y diabetes

Fuente: elaboración propia, a partir de los puntajes de adherencia suministrados por la epidemióloga de la investigación asociada a este proyecto.

Según los puntajes anteriores; del total de personas 6 obtuvieron puntajes que las clasificaron como menos adherentes y 8 que las clasificaron como más adherentes. En la tabla se observa además, que los puntajes estuvieron distribuidos por el tipo de diagnóstico, buscando que por lo menos para cada diagnóstico hubiera dos personas más adherentes y 2 personas menos adherentes.

## 8.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

A continuación se relacionan las características sociodemográficas de los asistentes a la entrevista semiestructurada (**Ver tabla 4 y 5**).

Tabla 4 Caracterización sociodemográfica de los participantes en la entrevista semiestructurada

Variable	Número de personas	Porcentaje
<b>Sexo</b>		
<b>Femenino</b>	11	78.6%
<b>Masculino</b>	3	21.4%
<b>Edad</b>		
<b>63(56.25-71)*</b>		
<b>Estado civil</b>		
<b>Casados</b>	6	42.9%
<b>Separados</b>	4	28.6%
<b>Viudos</b>	4	28.6%
<b>Estrato socioeconómico</b>		
<b>Estrato 1</b>	5	35.7%
<b>Estrato 2</b>	7	50.0%
<b>Estrato 3</b>	2	14.3%
<b>Ocupación</b>		
<b>Ama de casa</b>	9	64.3%
<b>Venta de comidas rápidas</b>	2	14.3%
<b>Latonería y pintura</b>	1	7.1%
<b>Elaboración de calzado</b>	1	7.1%
<b>Mensajería</b>	1	7.1%
<b>Escolaridad</b>		
<b>Primaria incompleta</b>	6	42.9%
<b>Primaria completa</b>	4	28.6%
<b>Secundaria incompleta</b>	2	14.3%
<b>Secundaria completa</b>	1	7.1%
<b>Técnica</b>	1	7.1%
<b>Patología**</b>		
<b>HTA</b>	5	35.7%
<b>DM</b>	4	28.6%
<b>HTA/DM</b>	5	35.7%
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>
<b>*Mediana (Q1-Q3)</b>		
<b>**HTA: hipertensión; DM: Diabetes; HTA/DM: hipertensión y diabetes</b>		

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación

Según la tabla anterior se observa que el 50% de las personas tenían menos de 63 años y el 25% menos de 56 años. En cuanto al diagnóstico y su relación con el sexo; del total de mujeres (11), 5(45%) tenían hipertensión, 4 diabetes (36%), y 2 ambas patologías (18%).



Por su parte el total de hombres, 3(100%) estaban diagnosticados tanto con hipertensión como con diabetes. Se resalta además que la mayoría de las personas eran de estrato uno y dos (12), eran amas de casa (9) y solo 3 cursaron estudios de secundaria y una persona estudios técnicos.

Las 14 personas que asistieron a la entrevista individual, se distribuyeron en dos grupos de acuerdo a los puntajes de adherencia así: grupo menos adherente (grupo 1) y los más adherentes (grupo 2). En el grupo 1 participaron 7 personas (P1, P2, P5, P6, P7, P9, P12) y en el grupo 2 participaron 4 personas (P4, P10, P13 Y P14), ver tabla 3. Cabe aclarar que no todos los que asistieron a la entrevista individual hicieron parte de los grupos por motivos personales.

Tabla 5 Caracterización sociodemográfica de los participantes en los grupos de discusión

Variable	Grupo 1		Grupo 2	
	Número de personas	Porcentaje	Número de personas	Porcentaje
Sexo				
<b>Femenino</b>	6	86%	3	75.0%
<b>Masculino</b>	1	14%	1	25.0%
Edad				
	<b>67(62-79)*</b>		55(43.5-67.5)*	
Estado civil				
<b>Casados</b>	2	28.6%	2	50.0%
<b>Separados</b>	2	28.6%	1	25.0%
<b>Viudos</b>	3	42.9%	1	25.0%
Estrato socioeconómico				
<b>Estrato 1</b>	3	42.9%	1	25.0%
<b>Estrato 2</b>	3	42.9%	3	75.0%
<b>Estrato 3</b>	1	14.3%	0	0.0%
Ocupación				
<b>Ama de casa</b>	6	85.7%	3	75.0%
<b>Venta de comidas rápidas</b>	1	14.3%	0	0.0%
<b>Mensajería</b>	0	0.0%	1	25.0%
Escolaridad				
<b>Primaria incompleta</b>	5	71.4%	0	0.0%
<b>Primaria completa</b>	1	14.3%	2	50.0%
<b>Secundaria incompleta</b>	0	0.0%	1	25.0%

<b>Secundaria completa</b>	0	0.0%	1	25.0%
<b>Técnica</b>	1	14.3%	0	0.0%
<b>Patología**</b>				
<b>HTA</b>	3	42.9%	1	25.0%
<b>DM</b>	2	28.6%	1	25.0%
<b>HTA/DM</b>	2	28.6%	2	50.0%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>
<b>*Mediana (Q1-Q3)</b>				
<b>**HTA: hipertensión; DM: Diabetes; HTA/DM: hipertensión y diabetes</b>				

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación

La sección a continuación contiene la descripción de los resultados obtenidos según las categorías de análisis establecidas al inicio del proyecto, así como lo encontrado en los grupos de discusión. Las expresiones de cada uno de los actores; estará en cursiva, entre comillas y con una citación que indica el código de la categoría, número correspondiente a la persona (Pe) o al grupo (G1 o G2) y el párrafo (Pa) en que se encuentra la expresión relacionada con la categoría expuesta. (Para ubicar la expresión del participante en el anexo correspondiente a la codificación abierta y axial (**Ver carpeta anexa N°4. Codificación axial**), busque la categoría, el número de la persona o grupo y el párrafo referenciado). Si desea ampliar las expresiones de los participantes también puede referirse a dicho documento.

## **8.2 CATEGORÍA EXPERIENCIAS CON LA INTERVENCIÓN**

### **8.2.1 Subcategoría generalidades de la experiencia (GE)**

Esta categoría describe la percepción general de los participantes sobre la experiencia en la intervención educativa, la cual reflejó tres grandes elementos (conocimientos, cuidado de la salud y buen trato recibido), estos a su vez serán ampliados al detalle en las categorías subsecuentes: conocimientos sobre el control de la enfermedad, cambios en el estilo de vida y adherencia a las recomendaciones y relación interpersonal con el profesional de enfermería.

#### ***Conocimiento***

La mayoría de las personas refirieron que la intervención significó conocimientos *“me gustó muchísimo porque aprendí a conocer más la enfermedad, cosas que no sabía por*

*ejemplo el cuidado de mis pies, este, los ejercicios de de sobre el estrés que le enseñaron a uno, eee lo de la hipertensión con los monitoreos y todo eso” GePe8Pa1... “para mí fue o sea digo yo fue algo muy productivo, muy provechoso porque pues habían cosas que yo no sabía, o sea cosas que uno como que ignora” GePe5Pa2... “Significó muchísimo porque como le digo primeramente conocimiento y segundo seguridad en sí misma” GePe1Pa2*

De este modo los participantes durante su narrativa describieron los aspectos que dan cuenta de los conocimientos adquiridos durante la intervención, en lo relacionado a la enfermedad, la dieta, el ejercicio, la toma de medicamentos o el estrés. *“le explican a uno como se debe de cuidar, pa los ejercicios, pa’ la vaina de la droga, como se debe tomar la droga, ...y, como... como hacer los ejercicios también, y caminar, que caminar mucho, estar pendiente de la cita médica, tomarse su medicina como es y así pues; además muy bueno que le enseñen a uno todas esas cosas GePe10Pa1.* Estas expresiones se relacionarán al detalle en la categoría “conocimientos sobre el control de la enfermedad”, en donde se ampliarán los conocimientos adquiridos de acuerdo a cada temática. *GePe6Pa2, GePe11Pa2, GePe8Pa2, GePe11Pa2, GePe8Pa2, GePe1Pa1*

Los participante también resaltaron el uso de elementos entregados durante las sesiones educativas como la cartilla y el pastillero que sirvieron para afianzar los conocimientos adquiridos en las sesiones *“ellas le dan una cartilla a uno y están las porciones que uno tiene que comer, hacer ejercicio, yo a veces en la casa me pongo a mirar el libro” GePe4Pa1...“ ellas le enseñaban a uno cosas excelentes, en cuanto a todo, la medicina, a organizar la medicina porque nos dieron los organizadores, nos dieron las pequeñitas pa’ cuando viajemos llevar las pastillitas ahí” GePe5Pa1.*

Si bien, las personas más adherentes fueron aquellas que tenían un discurso más fluido, en general no se encontraron contrastes con los menos adherentes en relación a las opiniones suministradas.

### ***Cuidado de su salud***

Las personas consideraron que la intervención no solo propició la adquisición de conocimientos sino que les permitió hacer cambios en el estilo de vida. Además contribuyó

a ejercer el cuidado de la salud y transmitir esos conocimientos a los demás; *“no pues para mí eso me sirvió mucho porque sobre todo uno se tomaba la droga, no le interesaba a qué horas en fin entonces ellas me explicaron y ahora gracias a Dios hora si la estoy tomando”* GePe2Pa1...*otros* GePe14Pa2... *“que aporte pues del aporte, el cuidado con uno mismo, cierto? y saber cuidarse unos a otros, o sea poder brindar a otros el consejo que a uno le dieron, podérselo brindar a otro, bueno a mí me dijeron es que esto es así así, yo le digo a la otra persona, vea a mí me enseñaron y me ha funcionado, entonces eso es bueno”*

GePe5Pa6.

De esta manera, la intervención trajo consigo concientización de la enfermedad y mejora de la salud; *“con el programa empieza uno como a concientizarse, porque a uno le dicen que tiene la enfermedad pero uno como que no se mete en el cuento, entonces empieza ya, empieza ya uno a conocer verdaderamente que es la diabetes, cuáles son las consecuencias, que lo afecta a uno, entonces todo eso como que se concientiza uno mejor”* GePe13Pa1... *“renacer! la verdad renacer, porque nosotros prácticamente muchas veces andamos como animalitos, no? No,no, o sea no nos preocupamos por saber más de lo que estamos pasando, lo que estamos viviendo y en este caso pues ellos nos muestran y nos enseñan la importancia de querer vivir, de querer cuidarse, tanto así mismo como la salud propia”* GePe14Pa3... *“otros* GePe8Pa3 *”... GePe11Pa2*

De esta manera, la intervención propició el autocuidado, la ejecución de acciones a favor de la salud y la prevención de complicaciones de la enfermedad; además significó, una oportunidad para cuidar su salud y para hacer conciencia de lo que implica tener la enfermedad. En general las personas resaltaron los resultados positivos de la intervención para su vida y señalan su importancia; sin embargo, una persona afirma lo difícil que fue seguir las indicaciones; cabe aclarar que este comentario es de una de los participantes que aumentó su puntaje de adherencia una vez terminada la intervención. En este apartado se resalta que solo 2 de las 7 persona que le atribuyeron a la intervención efectos en el cuidado de su salud pertenecían a las personas menos adherentes<sup>pe2,5</sup>. En la categoría cambios en el estilo de vida y adherencia a las recomendaciones que se describirá posteriormente, junto

con la categoría dificultades para seguir las recomendaciones de tratamiento, se podrá observar al detalle las acciones realizadas por las personas para cuidar su salud.

### ***Buen trato recibido por parte de enfermería***

Los participantes durante la entrevista individual y en los grupos de discusión, resaltaron el trato recibido por parte de los profesionales que los atendieron, y la relación interpersonal establecida con ellas. En las preguntas relacionadas con la experiencia de la intervención o el significado de la experiencia, 6 personas hicieron referencia a este aspecto; pero es en la pregunta ¿Qué fue lo que más le gustó de la sesión educativa? donde realmente este componente de la intervención cobra importancia, debido a que 11 personas expresaron que lo que más les había gustado de la experiencia estaba relacionado con el trato ofrecido por parte del profesional de la salud y lo que generó en ellos dicha relación.

De este modo, los participantes dieron importancia a la relación terapéutica con la enfermera y expresaron que lo que más les gusto de la intervención fue el trato recibido por parte ellas que se tradujo en una la comunicación fluida y clara, la disposición para explicar, enseñar, entender al otro, brindarle apoyo, dedicarle el tiempo e incentivar al control de la enfermedad. El puntaje de los participantes en la adherencia no guardó relación con las opiniones suministradas por los usuarios.

*“Que me llamo la atención! o sea no sé la disposición de ellas para atenderlo a uno, la forma de ellos ser con uno, su carisma, o sea su trato, o sea le dan a uno muy buen trato y esa disposición que tienen ellas para sí, para dedicarle a uno el tiempo”* GePe5Pa7... *“ehhh, como la... o sea la forma, la facilidad y la práctica con la que ellos nos expresaban y nos explicaban las cosas o sea no tenían que repetírnosla porque era como algo muy familiar o sea se sabían expresar y daban la información muy bien especificada”*. GePe14Pa4. ... GeP13Pa1 *“o sea prácticamente uno le dan a uno como un ánimo de seguir trabajando y una alegría de hablar uno con ella que tiene que hacer, no desesperarse uno de la enfermedad que mire que esto que lo otro por lo menos, yo le aprendí mucho a ella porque yo con nada me agarraba pelear... se me subía la sangre “*GePe3Pa5... GePe1Pa3... Durante la entrevista, los

participantes afirmaron que la intervención les permitió salir de la rutina, tener un espacio agradable en donde la enfermera les explicaba y se preocupaba por ellos.

En los tres aspectos mencionados, tanto el grupo de los más adherentes como los menos adherentes expresaron respuestas similares, con la salvedad que los participantes del grupo más adherente (GeG2), dieron más opiniones relacionadas con cambios de comportamiento puntuales generados por la intervención, mientras que los del grupo menos adherente lo hicieron a manera general.

### **8.2.2 Subcategoría conocimientos sobre el control de la enfermedad (CE)**

En la entrevista realizada a los actores se identificaron las percepciones relacionadas con la adquisición de conocimientos; así como los conocimientos adquiridos sobre el proceso de enfermedad, toma de medicamentos, dieta, ejercicio y manejo del estrés posterior a la intervención educativa. En esta categoría se incluyeron todas las expresiones que durante la narrativa correspondían a conocimiento, detallando algunos que las personas manifestaron en la categoría generalidades de la intervención.

Durante la entrevista, las personas comentaron que las sesiones educativas les permitieron aprender diferentes aspectos relacionados con el control de la enfermedad; como la toma del medicamento, la realización de ejercicio, el manejo del estrés y la alimentación

*CePe12Pa1... CePe13Pa4... CePe11Pa4.*

Además señalaron el uso del libro como herramienta para afianzar conocimiento *“Pues me gusta de pronto como tenía la primera sesión de la cartilla estar leyendo, estar muchas cosas que a uno se le olvida y vuelve uno lee y vuelve otra vez y retoma lo que vio si”*

*CePe13Pa4. “Además muy bueno que le enseñen a uno todas esas cosas y nos dieron un librito para uno leerlo y así uno poder hacer sus ejercicios, caminar... bueno todo tener el cuidado con las cortadas y como arreglarse los pies las uñas y todo eso...eso es muy importante”* *CePe10Pa2....CePe1Pa4...CePe4Pa1.*

### ***Proceso de enfermedad***

En relación a los conocimientos sobre la enfermedad algunos hicieron alusión a los síntomas ante el aumento de la tensión o la glicemia “*el temperamento, cuando digamos a mí se me subía la tensión o así... a mí me agarraba como mal genio y mantenía era con mal genio, no sabía por qué ni que era lo que tenía entonces en las cartillas en todo lo que me explicaron me decían cuando usted sienta estos síntomas, cuando usted se sienta así, es porque la azúcar esta alta, es porque está fallando en esto ehh o la tensión está molestando, entonces fueron cosas que fui aprendiendo, cuando ya me sentía como que... ahh ya entonces sí*”*CePe14Pa1*. “*sé, cuando se me sube el azúcar y sé cuándo la tensión me está fregando porque cuando se me sube el azúcar inmediatamente la sed y cuando se baja también la sed ya uno conoce su cuerpo*”*CePe9Pa1*. En relación a esta última expresión, si bien ante el aumento de la glicemia, aparece la sed, cuando se presenta disminución no es común, concepto que no está claro en esta persona.

También expresaron conocimientos relacionados a las complicaciones que se pueden generar por el no control de la enfermedad, como es el caso de las enfermedades cardiacas “*por ser uno hipertenso tiene todos los problemas del corazón pues ahora me he dado cuenta de eso no doctora que he aprendido también con el programa de ustedes porque yo no sabía, yo no sabía que la hipertensión es también un problema para el corazón y estoy con problemas de corazón*”*CePe1Pa2* o el daño que puede generar en los demás órganos...*CePe5Pa4*.

En la narrativa se observa que uno de los temas que más recordaron fue la educación recibida sobre el cuidado de los pies para las personas con diabetes “*que como cuidarme, que como cuidarse uno la piel, que la crema que no haga falta, que como cortarnos las uñas, hasta eso nos enseñaron, que debíamos de cortarnos las uñas rectas para que no se nos encarnen porque los diabéticos somos propensos a eso, o sea fueron muchas cosas, excelente para mí excelente*”*CePe5Pa2... CePe8Pa2... CePe8Pa5*.

Otro aspecto que da cuenta de los conocimientos sobre la enfermedad, fueron los conceptos relacionados a los exámenes de laboratorio como la hemoglobina glicosilada “*un día nos*

*hicieron un examen de sangre de glucosilada?; yo no conocía eso, que era para saber el dulce en la sangre si uno lo tiene”. CePe1Pa3.*

### **Medicamentos**

Algunas de las personas hicieron alusión a la importancia de la toma de medicamentos de forma correcta; *“aprendí que a qué hora tenía que tomarse la droga, CePe2Pa; “como tomarse uno la droga”, CePe4Pa2, “La forma de tomarse el medicamento” CePe9Pa2; dos de ellos especifican la razón por la cual esta recomendación es importante “que si uno hoy se tomó una pastilla y por allá a los dos o tres días la otra pues ahí es donde vienen las consecuencias peores” GePe11Pa2. y yo sí yo aprendí a que debe tomarse uno los medicamentos con juicio, en la hora que es y todo para que hagan efecto sí?” CePe11Pa2.*

### **Alimentación**

Durante la narrativa, los participantes recordaron que la alimentación fue una de las sesiones educativas recibidas CePe13Pa2; CePe8Pa2; en relación a ésta, hicieron alusión algunas de las recomendaciones recibidas *“aprendí que los hipertensos no debemos comer salado, ni grasa, ni excedernos en el azúcar, en muchas cuestiones, muchas” CePe6Pa1... “y están las porciones que uno tiene que comer” CePe4Pa1... “tener mucho cuidado con las comidas, y... qué? Nada de dulces, comer mucha fruta, y mejor dicho le preguntaron a uno tanto que jummm...estoy sin memoria ya para cosas así que ya se me olvidó lo que ellas nos decían, porque es lo que más tiene uno pendiente, así con la enfermedad de la azúcar uno carga pendiente eso no?, de la comida no comer harinas, comer mucha fruta y tener mucho cuidado con el dulce, nada de dulce CePe10Pa3.* Según lo anterior se evidencia que pese a que esta persona expresó algunas de las recomendaciones, también describió que se le han olvidado otras.

Finalmente otra persona reflexionó sobre la importancia de la alimentación para la salud: *“y hay que tener la cosa de que uno también tiene que saber comer; igualándome y comparando y me disculpa, nosotros los humanos somos unos cerdos para comer y no sabemos que en la comida esta la vida; si porque hay cosas que en realidad no debemos hacer”. CePe9Pa1*



## **Ejercicio**

El aspecto que se resaltó en el tema de ejercicio fue la recomendación de caminar “y ahora lo otro también lo deportivo yy, o sea lo deportivo la física, el caminar” *CePe3Pa3* “así que me acuerde eso, y también los ejercicios que caminar mucho y así... ya no me acuerdo... más (risas)” *CePe10Pa3; CePe13Pa3... CePe4Pa2... CePe5Pa4... CePe6Pa1... CePe5Pa3*.

En este aspecto, una las personas, también reflexionó sobre las razones para realizar ejercicio “Que... que más recuerdo, la del ejercicio, porque yo por lo menos, yo no le tomaba interés. Sí el ejercicio mami, porque no le había tomado yo tanto... es que yo pensé que el ejercicio lo hacía uno por... rejuvenecer y por todo eso y no!, por salud, si? Así puede estar uno obeso y todo eso pero de que uno haga el ejercicio uno está tranquilo, sí... “*CePe11Pa3*

## **Estrés**

Otras se refirieron a lo aprendido en relación al estrés y su manejo “el estrés que yo lo confundía con cualquier otra cosa menos estrés, ellas me enseñaron a conocer a separar una cosa de la otra, de la ansiedad del estrés de esto y lo otro” *CePe1Pa5*... “si hay problemas y esas jodas sabiendo que uno se enferma más, aléjese de los problemas vaya camine vaya piense otra cosa, ya el pensamiento de uno, si usted ve que no puede, piense otra co, listo aléjese, no pensar en la enfermedad que uno tiene, en la enfermedad que uno tiene porque si usted piensa en la enfermedad que uno tiene, más enferma, más se agrava uno, como como dice uno vulgarmente se jode uno mismo” *CePe3Pa2*.

Una participante se refirió a la forma como se llevó a cabo la sesión educativa sobre ejercicio y estrés “Pues que le digo pues en la de los ejercicios y el estrés porque tire risa bastante con ellas, por la forma como lo explicaban como eran los ejercicios, cuando yo salí entraba el otro y que le pasó? Oiga yo no sabía que uno haciendo mordisquetas en la cara se desestresa uno”. *CePe8Pa4*. Además, otra persona le asigna una importancia al tema “manejar el estrés que es una de las cosas más importantes entonces todo eso ha sido ayuda” *CePe13Pa2*

También señalaron que el libro les sirvió para retomar lo aprendido en relación a este tema *“incluso a que día, cuando fue, que días, cogí todo lo que ella me dio, me puse un domingo como que fue, yo taba taba como he estresado y me puse y lo cogí me puse a leer, a repasar un poco del cuaderno que ella me dio como medio de la carpeta la tengo en la casa y me puse a repasar todo eso”* *CePe3Pa4*

Al comparar a las personas de acuerdo a sus puntajes de adherencia se observó en general que indistintamente del puntaje, los participantes reflejaron conocimientos en los temas tratados durante las sesiones educativas.

### **8.2.3 Subcategoría cambios en el estilo de vida y adherencia a las recomendaciones (CEYA)**

Como se citó en la categoría “generalidades de la intervención”, el significado que las personas le dieron a la educación recibida entre otros aspectos, estuvo relacionado con lo que ésta aportó al cuidado de su salud, debido a que los impulsó a realizar cambios en los estilos de vida y emprender acciones que favorecieran el control de la enfermedad. Por tanto, la categoría a continuación permitirá conocer cuales fueron esos cambios o acciones y las vivencias entorno a la adherencia a las recomendaciones.

#### ***Cambios realizados para el manejo de la enfermedad***

Para las personas entrevistadas, la intervención les ayudó a realizar acciones dirigidas al manejo de su enfermedad en lo relacionado al cuidado de los pies, como es el caso de las personas con diabetes mellitus; *“yo no sabía el cuidado de los pies; yo inclusive después le pregunté a mi internista y me dijo que si y me mandé a comprar todo lo de la cuestión del pedicure y todo y de ahí para acá yo estoy muy pilas con mis pies”* *CEYAPe8Pa1*; también comentaron sobre el uso del glucómetro para monitorizar los niveles de glucemia ... *“que cargara mi glucómetro para todos lados con las tirillas, las lancetas, cargo las agujas de la insulina, si voy a salir largo rato, largo tiempo y que no alcance ir a comer a mi casa, llevar galleticas, galletas, cosas para que no se me suba y cosas para si se me baja un caramelo o algo de dulce”* *CEYAPe8Pa5*

Además señalaron la importancia que merece conocer la enfermedad y aprender a detectar cuando hay alteraciones en el estado de salud; aspecto relacionado con la autogestión; *“uno debe cargar sus cosas y aprender a conocerse uno; cuando uno la tiene alta, cuando la tiene baja, o sea eso el mismo cuerpo a uno le dice, uno se siente todo raro si ve...uno tiene que aprender a conocer la enfermedad y eso yo lo aprendí mucho con el programa si ve”*. CEYAPe8Pa7. .... *“uno que está controlado con ellas, las citas cada mes como que era, y uno vivía controlado sí?, pendiente de que no llegara con el azúcar muy alta, que no fuera a fallar en sus citas que le ponían ellas”*. CEYAPe10Pa1

### ***Cambios relacionados con la toma de medicamentos***

Las personas expresaron que han tomado los medicamentos según las indicaciones suministradas durante la intervención; además de realizar una comparación constante entre las acciones que llevaban a cabo antes y después de asistir a las sesiones educativas *“O sea algo que ellas me enseñaron era el tomar las pastillas a las horas precisas, porque yo me las tomaba , por o sea no les tenía una hora fija, entonces ella me enseñaron que si yo me tomo la pastilla si es a las doce es a las doce; no a las 12:30 ni a la 1, no!; con ellas aprendí que era a una hora exacta, que la droga así funciona mejor”*. CEYAPe5Pa2,3 ... otro: CEYAG1Pa2. De esta manera; los participantes señalaron, el compromiso que adquirieron después de la intervención para tomarse el medicamento: *“Pues después de eso el juicio... de tomarse uno la droga no?, porque yo era de esas que me tomaba un día la pastillas y al otro no, mañana pasado mañana volvía y me la tomaba, unas en la mañana otras en la noche, cuando me acordaba y dicen que así no vale, entonces aprendimos el horario, que a las 8 de la mañana que a las 8 de la noche...”* CEYAPe12Pa1.

Varios de ellos comentaron sobre el uso del pastillero suministrado en la intervención como herramienta para organizar los medicamentos y no olvidar la toma del mismo. *“esa fue otra cosa que me ayudó a mí también, la organización de las pastillas, porque uno muchas veces llega y deja las pastillas por ahí y se le olvida y las va uno a buscar y no las encuentra, en cambio con el pastillero no, porque yo cargaba el pequeñito en el bolso y se acuerda uno más porque uno sabe cuántas se va tomando, más organizado también en ese sentido”* CEYAG2Pa6; *“si eso del pastillero fue muy bueno si, porque uno va a salir y no sabe*

*si se demora o no y pues va a tomarse la pastilla y ahí la lleva en el bolsito en su cajita, y llego la hora de tomarse la pastilla y pamm se la toma y listo”* CEYAG2Pa7.; (otros: CEYAPe2Pa2, CEYAPe4Pa4 CEYAPe13Pa3). Así mismo, refirieron que la forma como les enseñaron a organizar los medicamentos les ayudaba a recordar si ya se habían tomado el fármaco

*“CEYAPe4Pa1...(otros: CEYAG2Pa5)*

La intervención también les permitió emprender acciones a favor de su salud y a reflexionar sobre la responsabilidad de cuidarse a si mismos; *“yo aprendí mucho sobre todo lo que le estoy explicando el tratamiento de uno, el estar pendiente de la droga, que si no hay quien se la coloque (la insulina), buscar uno mismo colocársela, defenderse usted de sus momentos* CEYAPe3Pa1... otros: CEYAG2Pa8.; así como apropiarse del cuidado de su salud para hacer el cambio y evitar complicaciones *“Los cambios los he mantenido, porque pongamos lo del control de medicamentos a mí me gusta estar muy al día con los medicamentos para no enfermarme más, pongamos agravarme del azúcar o de la tensión, por eso estoy ahí, muy pendiente de mis medicamentos como ellos me ordenaron”* CEYAPe7Pa1. También refirieron los beneficios obtenidos con la toma correcta del medicamento *“porque uno tomándose la droga correctamente como que se le ve el cambio en el 50% del alivio de uno de las cosas, si para mí para qué”* CEYAPe2Pa5.

### ***Cambios en la alimentación***

La disminución en la cantidad de los alimentos fue una de las acciones que las personas entrevistadas implementaron; además en su narrativa se observa como buscaron apropiarse de su cuidado, y ser responsables del mismo *“la sentí para mí, la cogí como para mí, y me está sucediendo eso a mí, que yo estoy gorda que comían demasiado y yo ahora ahora ya no es así porque ya he disminuido hasta la medida”*.CEYAPe1Pa2... *“hay veces que al comienzo sí? (se sentía ansiosa) pero ahora yo llevo como algunos seis meses que no tiene paro del y además sirvo poquitico en un platico pequeñito y me paro y de ahí no más y no más”* “CEYAPe1Pa7... otro: CEYAPe1Pa4.

Otros, le dieron importancia al monitoreo de las cifras de glicemia y la influencia que tiene la comida sobre estas; *“uno vive pendiente a nivel de las cosas; por si el azúcar se le*

*dispara, vigilar que el azúcar no se le dispare a uno, y tener por ahí alguna cosa o algo así, tener mucho cuidado con la comida, que no se le vaya a disparar la azúcar todo eso”.*

*CEYAPe10Pa2*

Además se refirieron a la disminución en el consumo de sal o alimentos nocivos para la salud; *“Si doctora si porque ya ahora sí ya me cuido, por ejemplo de la hipertensión las cosas que son sin sal”, CEYAPe1Pa3.. otros: CEYAG1Pa5;CEYAPe2Pa3... ”si todas las gaseosas son malas... todas son malas, yo trato de evitar las gaseosas” CEYAG1Pa3; las grasas, las harinas CEYAG1Pa4..otro: CEYAG1Pa6; “yo no, nunca me los tomaba ni bajitos de dulce, me los tomaba como los hacía para la casa, ahora no!, ahora yo hago... como yo misma soy la que cocina en la casa, yo licuo el jugo y saco el mío aparte porque no puedo tomar ni helado ni con dulce” CEYAPe11Pa2 ...otro: CEYAPe1Pa10... “si o sea la alimentación, aprender no a dejar de comer sino aprender a comer, uno se servía un platado de arroz y quedaba uno así llenísimo...ahora su verdurita, su ensaladita y mantiene ahí” CEYAG1Pa7.... También citaron aquellos alimentos o recetas benéficas que incorporaron es su dieta *“Y me enseñó, me dio una fórmula de una ensalada de fru, de verduras con pechuga de pollo y a mí eso me pareció deliciosa y la he hecho varias veces, si, o sea todas esas cosas eran muy muy chéveres, muy muy educativas para uno, cuando uno quiero no, porque a veces le dicen a uno las cosas y uno como que aaah”* CEYAPe5Pa1*

Los participantes durante su narrativa expresaron la forma como realizaron estos cambios y mencionaron el compromiso adquirido al analizar cómo su conducta en relación a la alimentación podría afectar su salud; *“ya por lo menos, antes pasaba por donde había una vitrina de empanadas y yo ahí me quedaba, al principio yo pasaba y sudaba; o sea me da risa ahorita contarle porque habrá gente que ahorita dirá: ahh este que! Pero... yo sudaba, sobretodo yo tomaba mucha coca cola, yo era de los que pasaba un día sin tomar coca cola y me temblaba la quijada, yo no... no pude, o sea al principio con lo de la gaseosa, pero cuando ya empezamos la terapia que la doctora me explicó sobre los frutos secos, todo eso, la gaseosa ya no, me explicó, me mostró que efectos y como se iba a causar daños en el organismo, entonces ya como que tomé más responsabilidad por mí mismo”* CEYAPe14Pa5...otros: CEYAPe1Pa8.

De esta manera, cada persona expresó haber incorporado ciertos cambios con el objetivo de mejorar su salud. *CEYAPe1Pa5,CEYAPe1Pa3*. A otros por su parte, la intervención les brindó orientaciones para continuar con el cuidado que realizaban antes *CEYAPe9Pa1*; refiriendo así mismo, los efectos de una alimentación saludable; en donde incluyeron la disminución del peso: *He bajado, pues no he bajado cantidad de peso pero si he logrado controlar un poco más el peso, la comida también, entonces mucho. CEYAPe13Pa1.*

### ***Cambios en el ejercicio***

Algunas personas señalaron la ejecución de ejercicio, anotando la facilidad en su realización. *“y esos ejercicios son buenísimos y uno no hace más sino comer ir al trabajo del trabajo a la maquina a coser o algo, pero hacer ejercicios... en cambio todos esos ejercicios la mayoría de ejercicios de esos los puede hacer uno en la casa y yo que vivo solita en una aparta estudio me pongo a hacer de ejercicios usted viera” CEYAPe4Pa7*; esta persona a su vez expresó el apoyo de un familiar en la ejecución de la conducta *“CEYAPe4Pa8*. También comentaron el caminar como una opción utilizada para realizar el ejercicio *“ si cambió totalmente porque ehh esto... lo uno uno sale a hacer ejercicio día por medio, entonces si hay cambio total... “CEYAPe9Pa2. ... (otro: CEYAPe3Pa5)*

Dialogaron sobre el proceso que vivieron para realizar dicho cambio, y el papel que tuvo la enfermera en el proceso. *“el ejercicio es muy vital, anteriormente yo hacía el ejercicio un rato pero llegaba que me moría, claro... por qué? porque ellos me dijeron usted cuando hace ejercicio primero calienta, estira, y yo no yo nada, segundo que no tenía que esforzarme más de lo que yo podía excederme entonces esos fueron cosas que también marcaron pauta, en que yo llegaba, voy, yo llego, o sea ya no me da pereza ni como dicen, perdóneme la expresión, atreve a hacer ejercicio como antes yo decía uy no voy a llegar molido, no!, ya por lo menos sé cómo es el calentamiento, sé hasta dónde puedo llegar, me enseñaron a tomarme las pulsaciones más o menos para saber si estaba excediendo o estaba normal, todo eso lo fui poco a poco grabando, aunque al principio daba pereza pero eso es.. risas), si eso es... pero ya gracias a Dios, ya soy de los que salgo camino y voy al centro a pie y vuelvo a pie si me toca y no me siento mal, me siento bien ya.*

*CEYAPe14Pa4.*

Adicionalmente relataron los beneficios que obtuvieron con el ejercicio realizado: *“hay muchos ejercicios ahí pa uno hacer, y yo cuando hago esos ejercicios siento madre que yo el cambio el 50% es que uno siente, como hasta que la sangre a uno se le corrige, como ese dormimiento de las manos tan horribles”* CEYAPe4Pa10.

### ***Cambios en el manejo del estrés***

Para algunos, la intervención y específicamente la sesión de estrés, les permitió entender la enfermedad, les ayudó cuidarse y por tanto a evitar preocuparse en exceso por su condición o por problemas personales: *“Aprendí que debo evitar estresarme porque eso sí, porque antes de eso yo con nada me estresaba. No más de los conflictos en la casa con eso yo tenía, aprendí eso y eso mismo le comparto a mis hermanas, no quedarse uno, cuando uno tiene algún problema no quedárselo uno para uno, decirle a una persona que lo entienda a uno, que este digamos de guía espiritual de uno o una persona que lo sepa entender a uno y eso hago yo, yo voy a una iglesia cristiana y yo le cuento a mis pastores o yo los llamo para contarles mis problemas, yo les digo a mis hermanas CEYAPe6Pa1 ... “Yo era una persona que vivía acomplejada, vivía con nervios, yo no podía tener dolor de cabeza o algo que sintiera porque me parecía que me iba a morir sí?, que me iba a dar algo, pero entonces como ahí aprendí que, cuales son los síntomas que uno siente cuando le va a dar un infarto, una trombosis o todo... pues entonces yo ya sabía que lo que yo sentía no era para eso, ve... yo desde que recibí esas clases pues me tranquilicé más y pues eso también estar uno tranquilo, favorece mucho para la enfermedad que uno tiene, sí?”*. CEYAPe11Pa3...(otros: CEYAPe3Pa2; CEYAPe11Pa1, CEYAG1Pa115, CEYAG1Pa18)

Para afrontar el estrés los participantes mencionaron los ejercicios de tensión-relajación vistos en la sesión educativa *“Bueno a mí me ayudó mucho, porque cuando uno tiene problemas uno se deja llevar mucho del estrés y la preocupación; en cambio ahora uno tiene un problema y trata de hacer los ejercicios sobre todo la respiración; de relajarse y como controlar eso un poquito, ya no se deja uno llevar como antes, porque sabe uno que la peor cosa que hay es el estrés, por preocuparse uno demasiado, entonces ya uno también que pensar en uno mismo.* CEYAG2Pa12...(otros: CEYAG2Pa14). Otra persona por su parte,

ante una situación difícil se apoyaron en su esfera espiritual, “yo me voy para la iglesia y oro al santísimo” CEYAG1Pa19

Afirmaron también que la intervención les permitió entender que el estrés no es benéfico para su salud y por tanto han realizado estrategias para su afrontamiento, “Aunque siempre he tenido por ahí tal y cual problemática con la diabetes, pero si no hubiera sido por el programa yo creo que estuviera peor en el manejo del estrés; porque uno tiene un problema y siempre uno como que se me...se deja llevar y eso lo afecta a uno mucho, en cambio por, o sea se concientiza uno lo que es el estrés y ya uno se ve así y ya uno trata de sobrellevar las cosas diferente, como que no dejarse uno llevar de la situación

CEYAPe13Pa2...(otro: CEYAG1Pa11, CEYAG1Pa1.).

En relación a este cambio, los participantes volvieron a expresar el rol de los profesionales de la salud en la ejecución del cambio; pues este en su papel de educador, le ayuda a comprender y emprender acciones para la salud para el manejo del estrés “Hoy en día sí mantengo enfermo, pero ya no soy por lo menos como antes de que llegara ella; yo no le paraba bolas a nada, yo cambié mucho con ellas.. Cambió mucho, si me siento enfermo! pero, anda uno enfermo pero no como dice el cuento, ya no es para morirse uno de, yo cambie mucho ya y aprendí a llevar mi enfermedad, a llevarla como lo que es, en las cosas, en el temperamento de uno aprendí mucho de eso, aprendí mucho con ellos CEYAPe3Pa6

Si bien la mayoría de las personas lograron realizar los cambios en relación a esta conducta; para otras personas fue más difícil “Pues trato de mantenerlo, pues uno tiene ratos que se le olvida, pero como que vuelve y retoma, y vuelve uno y cae en cuenta y otra vez empieza uno a controlar” CEYAPe13Pa2

Al comparar la narrativa con los puntajes de adherencia, se podría concluir que tanto las personas más adherentes como las menos adherentes, realizaron cambios para mejorar su salud; sin embargo, se podría deducir que los actores más adherentes demostraron más actitudes para el cambio y expresaron mayor número de acciones realizadas. Además, las personas más adherentes señalaron acciones encaminadas al reconocimientos de signos y síntomas, cifras de glicemia o cuidado de los pies y a su vez fueron las que mencionan en



su narrativa, algunos de los cambios que no han podido realizar. Si bien, tanto el grupo de personas más adherentes como menos adherentes, señalaron diversas acciones para el afrontamiento del estrés; el grupo más adherente enfatizó sobre los ejercicios de tensión relajación enseñados durante la intervención y expresaron opiniones más amplias frente a este tema. Es así como, cada persona actuó en los distintos aspectos que contempla la adherencia terapéutica (alimentación, medicamentos, dieta, estrés, ejercicio) para mejorar su salud, indistintamente si pertenecían al grupo de más los más adherentes o menos adherentes. El ejercicio físico fue el menos citado por los participantes, tanto en la entrevista individual como en los grupos de discusión.

### ***Razones para el cambio***

Durante la narrativa de los participantes se pudo concluir que las razones que llevaron a las personas a realizar dichos cambios estuvieron relacionados con aprender aspectos nuevos sobre la enfermedad; esto debido a que al conocer su enfermedad y la forma de cuidarse podían emprender acciones para mejorar su salud. *“Primeramente por el conocimiento señorita, primeramente nos enseñaron porque aun estando en esta edad ni nos conocíamos yo no me conocía mi organismo yo no sabía si era tensión baja o era hipertensa o que... con las explicaciones hemos aprendido y nos hemos dado cuenta que la baja del azúcar y la baja de sal ayuda muchísimo, es que eso es una orientación para eso son estos programas señorita, para que hay orientación porque se llega uno a viejo y ni sabe... esto a mí me ha servido mucho, lo que yo le decía a usted que nadie quiere que se acabe este programa”* CEYAG1Pa8...(otros: CEYAG2Pa9... CEYAG2Pa10).

Varios de los participantes refirieron que el contar con un libro guía les permitió realizar los cambios de una forma más sencilla, dado que este contemplaba las acciones que ellos podían adoptar de acuerdo a su estado de salud. *“Pues ahorita yo sigo las mismas actividades que ellas me explicaron y yo me pongo a mirar lo del librito y eso y voy haciendo lo que me va diciendo el libro y me voy acordando lo que ellas le explicaban a uno”* CEYAPe4Pa3...otro: CEYAG1Pa9.

También señalaron que el acompañamiento percibido por parte de los enfermeros contribuyó a la realización de cambios. *“Sobre todo la motivación y el esfuerzo que ellos hicieron con nosotros, se ve que fue un grupo muy disciplinado muy ordenado y me gustó la forma en la que ellos nos estuvieron todo el tiempo ahí como encima de nosotros aunque a ratos si nos sentíamos como ... pero fue algo que de verdad hoy en día tenemos que agradecer... yo les doy muchas gracias y pienso que si esto siguiera así yo creo que en este país no habría tanta persona enferma del corazón ni de la tensión ni tantas cosas que se están dando, ojalá que todos pudieran hacer lo mismo que ellos están haciendo, que les ha dedicado tiempo desinteresadamente y es eso lo que más me llamó la atención de ver el interés que ellos tienen hacia nosotros sin recibir nada a cambio...”* CEYAG2Pa11.

Algunas personas refirieron que aquello que los impulsó a seguir realizando cambios en sus estilos de vida fue el haber percibido mejoras en su estado de salud, tras las acciones adoptadas en la intervención *“La tensión se me fue, conforme fui aplicando las enseñanzas la tensión se me fue, la tengo en 130, el médico dijo que estaba bien, digamos ahora poquito me hicieron unos exámenes y ese de hemoglobina y salí bien, ese es el del azúcar, pues lo pase a que el medico lo viera y que el médico me explicara y me dijo que no que estaba bien, la felicito porque en ambos exámenes salió bien”* CEYAPe6Pa2. (otros: CEYAG1Pa14);

Además informaron que la intervención los impulsaba a ayudar a otras personas a realizar también acciones que favorecieran su salud. Una de ellas contó la forma como le ha explicado a su nieta lo aprendido durante la intervención y la ha invitado a incorporar los cambios que ella ya ha realizado *“uno no hace ejercicio porque quiera sino por la salud, como decir por la edad mía ya es por la salud; usted ahorita es que no le duelo una muela ni nada, y a comer, yo le digo mami no, coma grasa, no coma fritos, no tome gaseosas no tome esos esos, esos bichos que venden esos todas, todas esas cosas que hacen frescos y todo esos son engañoso, tomen a agua, tomen jugó sin dulce, jugo bien rico y ahí no la pasamos”* CEYAPe4Pa9. Otra persona narró la forma como le explicó a otra el uso del glucómetro CEYAPe8Pa8.

#### **8.2.4 Subcategoría motivaciones para mantenerse en la intervención**

Al preguntarles a las personas sobre las motivaciones que los impulsaron a permanecer en la intervención, señalaron aspectos similares a los ya mencionados en la narrativa cuando se les indagó sobre las razones para el cambio.

De esta manera, varias de las personas reiteraron que el aprender sobre su enfermedad fue su principal motivación, y lo que los condujo a concientizarse para realizar cambios en su beneficio. Una de las motivaciones fue el aprender sobre su enfermedad y como esto generaba beneficios para su salud: ... *“yo me mantuve hasta el final porque era un beneficio para mí, sí, yo era la que me estaba beneficiando, y me seguiré beneficiando, así no asista más... pero eso me queda pal resto de vida, el saber cómo alimentarme cómo cuidarme y cómo comportarme yo misma con mi salud.* MMIPe11Pa1. ...otro: MMIPe6Pa1...MMIPe13Pa1...

MMIPe5Pa2...MMIPe5Pa2...MMIPe8Pa1.

Otro aspecto reiterativo como fuente de motivación o aquello que les hizo mantenerse en la intervención; fue el acompañamiento por parte de las enfermeras y el trato recibido.

MMIPe5Pa1; MMIPe3Pa1,2. También señalaron que el profesional era quien los incentivaba a querer vivir y cuidar su salud. *“La motivación que me dieron, el... como esa fuerza que nos inspiraban para nosotros poder aferrarnos y querer más la vida y no desperdiciar el tiempo en cosas que no tenían valor”* MMIPe14Pa1..otros: MMIPe2Pa1,... MMIPe1Pa1 MMIPe4Pa1

Según lo anterior se podría concluir que tanto las personas más adherentes como las menos adherentes, expresaron dos grandes motivaciones para mantenerse en la intervención: el aprendizaje que obtenían de las sesiones para poder cuidar su salud y el trato y apoyo que recibieron por parte del profesional de enfermería.

#### **8.2.5 Subcategoría dificultades para seguir las recomendaciones de tratamiento (DSRT)**

Esta categoría refleja las dificultades que se les presentaron a lo largo del camino a las personas que asistieron a las sesiones educativas y la forma en que han trabajado para superarlas. Del total de personas entrevistadas, tres afirmaron que no habían tenido dificultades. *Pe2,9,11.*

## *Salidas o viajes*

Para algunas de las personas entrevistadas, el tener que salir de viaje o a una invitación familiar o de amigos; les dificultó seguir las recomendaciones relacionadas con la alimentación. *“Ese día que participé en esas onces con unos amigos y amigas me di cuenta que se eso estaba un poquito salado, y que desespero toda la tarde y beba y beba agua y con esa sed tan terrible”* DS RTPe1Pa1. Una de las estrategias de solución utilizadas es no aceptar la comida dañina para la salud: *“No doctora en unos casos como le digo alguna invitación y eso entonces yo no no participé simplemente porque no se puede porque no me gustó, tenía bastante alto de sal y yo no puedo comer sal pero no hay dificultad doctora que lo dejo eso y cualquier otra cosita como.* DS RTPe1Pa2...DS RTPe1Pa6.

Aunque algunas personas conocieran que los alimentos como la sal o el azúcar les podían hacer daño; cuando son ofrecidos por los demás, terminaban aceptándolos *“En la alimentación pongamos cuando salgo de la casa...(risas), cuando voy a Bogotá a donde mi hija me desordeno ... y el dulce por el frío, porque cuando yo voy al frío me dan calambres, entonces ella me dice: mami cómase esto que eso no le deja dar calambres, que chocolatina, que un caramelo como ella tiene tienda, que un... bueno cualquier cosa que sea (risas) yo me lo como para que se me quiten los calambres”* DS RTPe6Pa1.

Además, señalaron que el viajar interfiere con el cuidado de la salud que se realiza en la vida cotidiana, afectando no solo la alimentación, sino también el correcto uso de medicamentos como en el caso de la insulina. *“Cuando uno va a viajar, que uno no puede comer como tiene que comer porque que hay ahí empanadas gaseosas si ve?; agua (risas) tomo agua y yo cargo galletas en el bolso porque qué más? Y si no esperar a ver si me alcanzan a traer comida o si no pues manejarlo así; tomarme la glucometría y si la tengo menos de 100 no me inyecto si no que como cualquier cosa, como galletas, tomo a veces gaseosa cero, esto cualquier cosa así y estoo... si ya la tengo muy alta; más de 100, pues me inyecto y como algo. Pero pongamos sufro de eso cuando vamos a veces a pasear, cuando uno va a viajar no come nada a mí me toca cargar de todo, comida, agua, ehhh la droga, los medicamentos o que uno llegue a una parte caliente, para meter la insulina toca tenerla en frío, yo cargo mi gel, yo cargo todo congeladito y todo porque la insulina*

*no se puede congelar si no el hielo que lleva si ve y eso se derrite entonces yo sufría entonces sabe yo que hacia cuando llegaba a los pueblos, pedía el favor, mientras comía pedía el favor de que me metieran la gel al congelador para que cogiera frío”* DSRTPe8Pa2

De esta manera, las personas mencionaron que por vergüenza reciben alimentos que no son benéficos para su salud; *“lo que pasa es que cuando el médico me dice que bajar las dosis de insulinas pero me da como miedo porque a veces uno no come lo mismo si me entiendes? Uno no está en la casa de uno, tu sabes que cuando uno hace una visita te ofrecen una merienda y a toda hora uno diciendo ay no es que yo no puedo comer me da una vergüenza, pues yo recibo y cambio con mi marido le cambio el plato, le cambio algo, o decir entonces me regala agua me hace el favor si ve entonces a uno le da como pena eso, eso es lo que no me gusta de la enfermedad lo de la comida”* DSRTPe8Pa4.

Por tanto, la continuidad en los cambios realizados puede verse afectado, a pesar de que esta situación sea provisional y las personas retomen nuevamente las acciones saludables que llevaban a cabo; *“pueees, no como le explicara....o a veces cuando uno sale de viaje o cosas así, pero uno vuelve y retoma otra vez y vuelve y se organiza”*. DSRTPe13Pa1

### **Problemas socioeconómicos**

Los participantes también hablaron de los obstáculos socioeconómicos como el no tener suficiente dinero que les permita comprar los alimentos sugeridos para una alimentación saludable *“bueno al principio sí, porque pues por cuestión de trabajo y estaba pasando pues también por una situación económica, muy difícil en el sentido de la dieta y las cosas que había que... que llevar, pero no poco a poco he ido superándolas y he ido nivelando todo eso y pues hasta hoy en día voy normal gracias a Dios”*. DSRTPe14Pa1

Para la persona anterior, estos obstáculos se han podido superar desde lo espiritual y siguiendo las indicaciones suministradas en la intervención y por los profesionales de la salud *“pues pidiéndole a mi Dios, que es el que nos...y segundo llevando como un estilo de vida acorde como ellos me estaban explicando cómo llevarla cómo seguirla, o sea ellos le explicaban, enfóquese, si algo está saliendo mal es porque de pronto algo está fallando, tiene que mirar qué es lo que está fallando o tiene que mirar por dónde tiene que empezar*

*con las rutinas, con las terapias, con lo que estábamos haciendo y pues si al principio es difícil, yo iba renunciar porque yo decía: no, no soporto este ritmo, pero no ya ahora más bien como que uno extraña esas, esas terapias” DSRTPe14Pa2.*

Para los participantes, las dificultades socioeconómicas, también generaron problemas de estrés y por tanto consecuencias para la salud “*yo por ejemplo tengo un problema pero me van a hacer una cirugía, tengo que conseguir un lente, vale \$400 mil y yo ayer estaba toda preocupada y (risa nerviosa) me dice la nieta: nona deje de preocuparse acuérdesse de lo que le dicen, usted me muestra el libro (risas), pero yo estaba preocupada porque 400 son 400 y ya mañana toca ir a ver que se va a hacer o cuando voy a llevar la plata” DSRTG1Pa13.*

También señalaron el exceso de trabajo como una dificultad que obstaculiza la conducta: “*Debido a mi trabajo, yo trabajo entre doce a catorce horas diarias, termino el trabajo y llego a la casa a dormir, pero si me costó tiempo para poderme adaptar a volver a hacer ejercicio... y eso pues empezar a hacer ejercicio de nuevo. Los primeros días llegué que no podía ni levantarme, entonces yo le comenté a la Dra. Y la doctora me dijo no es que así no es, venga para acá y le explico, me mostró la cartilla y me explicó que hay que hacer estiramiento, calentamiento y por eso ahora hago ejercicio y no me ha dado duro ya, o sea no me afecta” DSRTG2Pa1*

### ***Problemas familiares***

Uno de los participantes refirió que pese a que los problemas con su pareja han obstaculizado la administración del medicamento; no han impedido que emprendiera acciones para aplicárselo según las indicaciones “*como por lo menos en estos días como con esa señora (pareja) no me habló ni nada, aprendí de lo que ella me dijo yo mismo saco mi droga, sólo que yo no me aplicó la insulina porque, ella no me la entrega, porque ella la mantiene guardada en la nevera y la otra, yo la voy a coger y entonces ella se me bota encima, pero yo, cojo la droga sin necesidad de irme a pelear con ella la cojo” DSRTPe3Pa1.*

Para otra de las personas, este tipo de situaciones ha precipitado en el pasado, aumento del estrés y problemas en el estado de salud; “*Después de que ella tuvo esos problemas (hija) me tuvieron que llevar al hospital porque se me subió el azúcar demasiado, y me dio como*

*un dolor como taticardia no sé qué vaina, siempre tuve mal, pero ya”.... Esta persona también hizo referencia a la forma como ha podido sobrellevar esta dificultad: “ha mejorado un poco de todos esos problemas y uno le toca con calma porque uno que puede hacer?, uno fregado ya después, le da una vaina de un coma o eso del azúcar entonces después, yo pienso mucho en mis hijos también. Si”. DSRTPe10Pa1...Una de las participantes señala que el tener un familiar enfermo también genera mayor el estrés y por tanto, el empeoramiento de la enfermedad: “yo tengo un muchacho enfermo y cada rato le dan los ataques y yo con el susto con él y toda esa vaina, yo vivía con azúcar muy alta, demasiado, entonces debido a eso fue que me mandaron la insulina, pero gracias a Dios ahorita estoy muy controlada para que muy agradecida con todos ustedes”. CEYAG2Pa13*

Otros además señalan las contradicciones en el régimen terapéutico que se pueden llegar a tener con la familia y que pueden obstaculizar la alimentación saludable... *“pero ya para mí son fáciles, en la familia uy nooooo, y mis nietos uyyyy nona noooo, yo no sé usted cómo es capaz de comerse los jugos sin dulce, si?, no yo me los... antes me gustan es sin dulce, porque no sé, lo uno porque sé que son beneficio y es saludable no?” CEYAPe11Pa2*

### ***Problemas de salud***

Los problemas de salud, son uno de los obstáculos que las personas consideran, pudieron influir en la realización de recomendaciones. Una persona expresó que el hecho de que la glicemia se pueda disminuir al realizar ejercicio, constituyó un obstáculo para realizarlo *“Mi hijo dice, mamá pero usted tanto que le dice a esa señora que camine y usted casi no camina. Es que yo para salir a caminar me toca salir acompañada y como aprendí del programa me toca salir acompañada y es con glucómetro con la insulina porque haciendo el ejercicio se me puede bajar mucho o si se me sube me toca ponerme la insulina si ve entonces también es feo hacer uno ejercicio así, entonces... yo entonces, como les conté salí de trabajar, entonces voy a ver la oportunidad de meterme a un gimnasio por unos dos meses a ver cómo me va; lo que uno aprenda ahí lo hace en la casa (risas)” DSRTPe8Pa1.* Otro participante señaló dificultades físicas que le impidieron hacer ejercicio *“aconsejando que fuera a hacer ejercicio y no eso las rodillas no me dejan, (risas)” DSRTPe12Pa2*

En sus respuestas también citaron la realización de ejercicio, a pesar de las dificultades que tienen para llevarlo a cabo *“por ejemplo, yo tengo problemas con el corazón y la hipertensión hay vamos detrás del corazón, pero gracias a Dios estamos bien, que camine, camino bien pero estoy agotada, me toca descansar y volver a comenzar”*. CEYAG1Pa13

La ansiedad, también fue una de las dificultades para seguir las recomendaciones *“y esa ansiedad de comer ayy ¡virgen santísima! estoy esperando la cita con el internista ahora para decirle eso, que porque tengo tanta ansiedad ahora de comer si ve, y los daños las secuelas que tiene y todo, que el riñón ahora me empezó la neuropatía diabética; a pesar de lo anterior, la persona ha intentado buscar estrategias para el control de su enfermedad “perooo.. uno trata de manejarlas todas o sea, como le digo yo aprender a conocer la enfermedad y los cambios que uno mismo tiene”* DSRTPe8Pa5

Otra persona, también presentó problemas de ansiedad y realizó medidas específicas para manejarla *“Usted acostumbraba normalmente a comer por fuera? No doctora muy poco muy poco porque los condimentos yo no puedo y como tengo un solo riñón también...:Ni condimentos ni grasas ninguna yo misma hago Doctora. Pero hay veces que por ejemplo, estoy prohibida de la carne pero ay Dios mío! por allá a los 15 días al mes de pronto me como un pedacito pequeñito porque a uno le provoca cuando están asando y eso huele más rico (risas) delicioso si (risas); pero es un poquito no más doctora esos como por picar y quitar la gana”*. DSRTPe1Pa3 *“Pues he estado siempre tratando de cambiar el ambiente donde estoy y estar con una amiga y de irme hacer esto y lo otro, como una obligación para no estar pensando en eso”*. DSRTPe1Pa5

### ***Olvido en la toma de medicamentos***

Para otros, el olvidar los medicamentos se constituyó en un problema, a pesar de que intentaron realizar acciones para mejorar esta situación. Este olvido, según los actores, se debió a diversas situaciones: actividades de la vida cotidiana, salidas, cambios de rutina: *“A veces por los medicamentos; si!, yo los cargo acá, pero a veces, pongamos hoy si me los tomé, pero a veces de del hambre que tengo al medio día me voy a almorzar y se me olvidan tomármelas al almuerzo, pero yo no sé, yo me las tomo después del almuerzo...*



*Cuando así, saco el pastillero y lo llevo en la mano para que no se me olvide, porque es que a veces se me olvida entonces digamos ya voy a almorzar, llevarlo así” DSRTPe7Pa1... “Yo creo que no, de pronto porque tengo que salir a alguna parte y se me olvida, y vuelvo y ya es tarde. Si por ejemplo, ayer salí y hoy salí a pagar los recibos y llegué a la casa casi a las 10, pero me acordé que no me había tomado la pastilla siempre se me pasaron dos horas”. DSRTPe12Pa1... “Es que pasé con la nutricionista, y me dio un plan ay no una dieta, que a mí se me dificulta o sea; que comer a las 6, que al desayuno, que a las medias nueves, que al almuerzo, que a las onces que por la tarde, que por la noche cuando me vaya a acostar”. DSRTPe5Pa1... ““Porque no estoy comiendo a las seis; antes era a las 5 de la tarde que yo me tomaba mi pastillita, ahorita no, ahorita a las 6, a veces a las 6:30, perdí ese ritmo que tenía de la comida. Si me entiendo, entonces esa es la pastilla que me ha molestado que no me la he vuelto a tomar así como tiene que ser, un día sí, otro día no, entonces eso no me sirve de nada DSRTPe5Pa3*

*A otras personas tan solo se les olvida el medicamento “a mí que por ejemplo la droga que me la tengo que tomar a las 6 de la mañana y me la tomo a las 10 de la mañana y eso que la tengo ahí en la ahí en el pastillero siempre en la cabeza de la cama y se le olvida (risas)” DSRTG1Pa10.*

### ***Dificultades con el personal de salud***

A las anteriores dificultades, se le suma las que se generaron con personal de salud, diferentes a los de las intervenciones; los cuales impidieron seguir las recomendaciones para el manejo de la enfermedad:

*“8 días duré ahí, (en el hospital) ¡y que pasó! que ahí me iban a inyectar una insulina cristalina, y yo le dije Doctor que pena pero yo no me dejo inyectar eso porque yo tengo mis insulinas y yo estoy controlada; para que me la va a cambiar, pero es que aquí sólo hay esta insulina, no yo la traigo de mi casa, yo me la traigo, pero el problema que tengo es que yo tengo cita hasta mañana y me dan la droga” DSRTPe8Pa3...YO pensando que la Doctora me iba a colaborar y la iba mandar dijo que no, que si no iba el paciente no me la daba, listo no pasó nada, las enfermeras, mi hija salió y le dijo a la enfermera y ella le*

*dijo, no le dio la droga? Y allá mismo le prestaron la droga a mi hija una apidra y una lantus ya cuando ella salga pida la cita para que le den la orden y la reclama y el médico de prioritaria dijo, porque no me dijeron yo se la hubiera formulado, mientras ella está en el hospital y ella me las trajo yo le dije quien se las dio? Yo con esa Dra., no más, llamé para que me cambiaran esa Dra no quiero saber nada de esa Dra, a mí me cambia la Dra, cuando fui a pedir la cita le dije no, con esa Dra No! Con otro entonces cambié de médico, y si! Para que! Es que yo no le veía el problema si sabe que me están atendiendo y estoy hospitalizada que no que el hospital tenía que aplicarme la insulina que ellos debían darme la droga, pero si solo tienen cristalina, ellos allá no tienen la que yo uso y como me van a cambiar”* DSRTPe8Pa3.

Al indagar en los grupos sobre la forma como afrontan estas dificultades, las personas reiteraron el apoyo de la familia o de la enfermera *“había una pastilla que a mí siempre se me pasaba, entonces yo le pregunte a la enfermera del proyecto y ella me dijo márkuela con un papelito y así ya no la olvido...Entonces ya lo superé”* DSRTG1Pa12... (otros: DSRTG2Pa6)

Otros por su parte, plantearon diferentes estrategias para no olvidar sus citas o a la toma de medicamento *“se me pasan las citas”, “ahh si, yo pego un papel grande en la nevera (risas del grupo), “si, en mi espejo o en un almanaque voy marcando los días en que tengo la cita, medicamentos o cita o especialista”; “yo perdí muchas citas”, “el problema perder una cita jummm”; le toca a uno devolverse, mandar el familiar y la vergüenza la pena que pasa uno”*. DSRTG1Pa14-19.

Cabe señalar que el grupo de los menos adherentes señalaron mayores dificultades que en el grupo de los más adherentes; a pesar de que en la entrevista individual todos refirieron diversos obstáculos para seguir las recomendaciones

### **Cambios que no se han hecho**

Durante la narrativa las personas nombraron aquellos cambios que no habían podido realizar y que se constituían en un problema para adherirse a las recomendaciones. Estos estaban relacionadas con conductas arraigadas a la persona; unas tenían que ver con la alimentación y la predilección por un tipo de comida *“Le dije yo no soy capaz de dejar la*

*comida, yo como lo que me den.; la felicidad mía es de las pastas y el arroz” CEYAPe3Pa3; lo otro de cómo es de la alimentación, la fruta, queso, todo eso le sirve uno mucho con ella, eso que no tiene que prácticamente que comer, que puede comer; pero como yo no le paró bolas, yo como lo que me den (risas) CEYAPe3Pa4.; otra relacionada con las creencias que se tienen frente a los efectos del medicamento en la salud “Yo me cuido mucho en las aromáticas, las plantas, porque la droga que me da el seguro mami, esa droga yo no siento no siento que; y usted va a mi casa y es como una droguería (risas); yo cojo toda esa droga que me da el seguro y voy y la llevo es al ancianato... porque hay droga que sirve para una cosa, pero lo perjudica pa otra -¿y la de la presión si se la toma?; esa si, lo que es de la tensión, de la tiroides, y el que como es el que es para no retener líquidos “CEYAPe4Pa2*

Otra de las entrevistadas expresa una forma inadecuado en el manejo de la insulina, pues compensa el no comer saludable con la aplicación de más dosis “yo me estaba aplicando insulina y ella veía que yo me inyectaba y me dijo usted que se...eso es la insulina entonces yo le dije si y le empecé a explicar y dijo que iba a hablar con su médico porque creía que eso era mejor yo le dije ¡claroo! yo así cuando tengo pecaditos le subo una unidad más y peco (risas), porque que más hago. (risas)”. CEYAPe8Pa9

Podría decirse a manera general, que estas personas han logrado realizar cambios importantes para el mejoramiento de su salud; sin embargo, hay otros que no han podido realizar o se les ha dificultado por diversas razones, siendo una de ellas las actitudinales, las creencias, las conductas arraigadas a la cultura, apoyo familiar, problemas de salud o influencias externas entre otras. Sumado a lo anterior, se debe considerar que para realizar cambios se requiere de un trabajo constante en el que a veces se logra lo deseado y en otras circunstancias no. “Lo que pasa es que ella le ponían a uno tarea... si o sea la meta si? Y que uno se propusiera a seguir y que era la meta uno a seguir si ve?, y siempre yo coloqué la alimentación y hacer más ejercicio y me decía, si la cumplió? Si comió mejor? Si hizo más ejercicio? (risas) y a veces no (risas) a veces si (risas) si ve” CEYAPe8Pa2.

## **8.2.6 Subcategoría aportes del participante a la intervención**

A continuación, se señalan los aspectos que las personas mencionaron al preguntarles sobre aquello que menos les gustó, que cambiarían o le agregarían a las sesiones educativas.

### ***Instalación de equipo de Monitorización Ambulatorio de Presión Arterial***

Para los actores, el que les instalaran el equipo de Monitorización Ambulatoria de Presión Arterial (MAPA), constituyó el aspecto que menos les gustó en la intervención *APIG2Pa3*.

Cabe señalar que el MAPA se les instalaba en tres momentos, cada seis meses y duraba puesto en la persona las 24 horas, tomando la tensión cada 30 minutos.

Una de las razones que los participantes expresaron en relación al uso del MAPA, fue la dificultad para realizar las actividades de la vida diaria; como dormir o bañarse: *“no me gustó mucho fue esa que le ponen el aparato ese ahí (risas), tiene uno que dormir con eso ahí, es molesto, ni pa’ uno cambiarse, ni pa’ uno bañarse pues no puede porque si uno se baña lo moja, y el primer día que me lo pusieron... Dios mío; no cuando me ponían el aparato ese... uy no que aburrido, no no no yo no permitiría que me pusieran eso, yo sí me sentía incomoda pero bueno”* *APIPe6Pa1*. Otro: *APIPe1Pa2*.

Además de la dificultad para dormir, señalaron otros inconvenientes como el tener que estar atentos a que el brazalete no se corriera, apretara o que no funcionara adecuadamente; *“no me gustaba era que me pusieran el tensiómetro (risas), porque yo no dormía, yo era pendiente que se me corrió, que no me funcionó bien que, entonces a mí, ya la última sesión yo le dije a la enfermera: yo no quiero que me pongan más ese aparato, igual yo no sufro de la tensión; entonces no me lo coloquen más, eso me apretaba, eso me marcaba, me dejaba no, para mí eso era o sea... yo cualquier sesión que venga tenemos cita, que vamos a hablar, para mí era bueno, pero cuando era para ponerme el tensiómetro ese yo decía ay no yo no quiero, para mí eso era como que un castigo; entonces ya a lo último yo le dije a ella que no más, entonces me dijeron que bueno que sí, o sea mientras que estuve allá me la tomaban varias veces”* *APIPe5Pa1,2*. Otros: *APIG1Pa1-5...APIG2Pa7... APIG2Pa4*.

Sumado a las opiniones anteriores, una de los actores expresó que el brazalete le generó alergia: *“lo único fue que el que le ponían a uno, el que le dejaban, eso me dio como alergia; no sé porque a mí me dio alergia si a mí ya me lo habían colocado, no me daba alergia... pues cuando me quitaron eso me cogió esa alergia; y entonces después me lo*

*fueron a colocar y entonces yo les dije que no... entonces por eso después me lo tomaron fue distinto, me lo tomaron allá en el puesto de salud, si (risas)” APIPe2Pa1.*

Si bien, para varias personas el MAPA les generó diversas dificultades e incomodidades y no les gustó su uso; para otras fue un examen que pese a las molestias, les permitió conocer su estado de salud; *“lo que más me llamó la atención a mí fue lo de los aparatos que me pusieron, las dos veces que me lo colocaron dos o tres veces, ahí fue cuando ella ya me fue la que me dijo (la enfermera) que yo sufría de la tensión, me dijo que mi corazón me trabajaba despacitico, lentamente el corazón, y allá donde me lo había mandado era así comienza tan tan tan frena, frena y vuelve y arranca” APIPe3Pa1... “de eso sacaron que en la noche yo estando acostada y quieta, se me subía la tensión (asombro del grupo) y por eso entonces me subieron una pastilla más” APIG1Pa7, “a mí me salió más de noche que en el día, más alta” APIG1Pa8; “lo que no entiendo, esta uno tranquilo, descansando, no está uno expuesto a nada, y se sube pero facilísimo. APIG1Pa9...otro: APIPe10Pa1... APIPe8Pa1,2*

### ***Continuidad en el programa***

Al indagar sobre aquellos aspectos que le agregarían a la intervención, algunos coincidieron en afirmar que el programa debería continuar; *“al programa! que le agregaría? Que volvieran y me invitaran al programa, con mucho gusto, volvía y lo aceptaba e iba a la hora que fuera, porque me gustó el programa, me gustó y me sigue gustando si?” APIPe3Pa3; “lástima que no haya durado, apenas duró que como un añito?” APIPe4Pa2; “que siga, que multiplique mucho las cosas, que sigan adelante, que eso nunca se acabe” APIPe4Pa3, “para mí fue una cosa muy bonita, (el programa)lástima que no duro mucho” APIPe4Pa4; “ojalá sigan con eso, como que eso le ayuda mucho, a aprender cosas más, más nuevas de las que hemos vivido ya”. APIPe14Pa1... OTROS: APIG1Pa10, APIG2Pa1... APIG1Pa11... APIG2Pa2...APIG2Pa20*

### ***Actividades en grupo y al aire libre***

Para los participantes, una de las propuestas para complementar la intervención, es que no solo se realicen actividades individuales, sino también grupales que permitan llevar a la práctica lo aprendido. *“Bueno me hubiera gustado que nos hubiéramos como agrupado*

*todos, o nos hubiéramos conocido entre las personas que fuimos, porque pongamos yo no hice casi amistades”* APIPe13Pa1; *“que le agregaría, que de pronto un día..., que no nos hicieran la charla sino salir al parque a hacer unos ejercicios o algo así diferente o una caminata, no sé, pero algo que no fuera solo hablar, me entiende”* APIPe5Pa3; *“pensaba que de pronto iba a ver una parte donde nos pudiéramos reunir y hacer ejercicio como en grupo con esas personas, me hubiese gustado esto”* APIPe13Pa2.

### ***Obsequios***

Una de las personas consideró importante brindar obsequios a las personas que asisten a las sesiones educativas; esto a pesar que durante la intervención, los participantes recibieron ciertos elementos como el pastillero y toalla. *“yo sé que es un esfuerzo de ustedes cierto, pues eso es según la comodidad, la capacidad que tenga el que vaya a dar la clase ¿no?, porque me voy por mí, yo enseño niños; yo soy cristiana, y en la iglesia, yo enseño niños y también en la casa, los reunía los días sábados para clases cristianas y usted sabe que los niños llegaban por el interés de lo que uno les iba a dar. Ese era el gancho, para que llegaran a la reunión de los niños, y que esos niños trajeran a otros, porque: ayy allá nos dan eso, ¿pues no sé no?... porque eso es un beneficio para usted, y si sabe que eso no digamos que no, pero eso todo el mundo somos interesados... ¿cierto?* APIPe11Pa4-6

*“como humanos que somos, somos así entonces así me pasa a mí con los niños, y que hay un niño cumpliendo años, que toca llevarle un detallito al niño y decirle a los otros niños pa’ que le traigan y para que todos se sientan bien, ve, eso pasa en los grupos, ser uno detallista”* APIPe11Pa7

### ***Que la intervención también se realice en personas sanas***

Un aspecto que se suma a los ya mencionados, es que los actores recomiendan que este tipo de intervenciones no solo se realice en personas con la enfermedad sino en sujetos sanos *“pero también deberían hacer una campaña como de prevención ¿no?, para personas que no están... o sea para prevenir tanto auge que hay de ella (la enfermedad) porque de pronto uno cayó en ese error porque uno pues no sabía, hay muchas cosas que uno ignoraba* APIG2Pa21

Finalmente, una de las personas afirmó que este tipo de intervenciones genera un importante aporte a la sociedad *“me parece algo muy útil y muy... ¿cómo le digo?, para la sociedad algo que de verdad vale la pena”* <sup>APIG2Pa16,17</sup>.

### **8.3 CATEGORÍA RELACIÓN TERAPÉUTICA**

#### **8.3.1 Subcategoría relación interpersonal con el profesional de enfermería (RIE)**

En la narrativa los actores hacen referencia a la forma como fueron tratados y como se sintieron durante la atención recibida por parte de los enfermeros de la intervención.

Uno de estos aspectos, fue el que les explicaran y les permitieran hacer preguntas *“con las enfermeras las cosas se fueron dando muy muy bien muy explicaditas uno también le podía hacer preguntas a ellas”* <sup>RIEPe1Pa1</sup>; les resolvían las inquietudes *“son muy son muy cómo es que se llama?; amables, cualquier pregunta que uno tuviera se la respondían, no lo dejaban a uno con dudas.”* <sup>RIEPe13Pa1</sup>. La mayoría habló sobre el rol que la enfermera ejerció como educadora y guía en el manejo de la enfermedad. *“La enfermera le daba a uno explicaciones, cómo cuidarse uno, hacer bien los ejercicios, asistir a las reuniones, a las citas que le ponían a uno”* <sup>RIEPe4Pa3</sup>.... *“Me enseñó mucho, me ayudó mucho con lo de mi enfermedad, si o sea, muchas cosas, como le digo muchas cosas que uno a veces ni piensa, que por ejemplo lo del arreglo de las uñas, uno dice pero eso que tiene que ver, pero si uno se pone a pensar si es necesario hacer las cosas así y yo si me doy cuenta que a mí se me encarnan las uñas, pero desde que yo me las estoy cortando rectas, ya no, ya no sufro tanto con mis uñas, entonces son cosas que si sirven.”* <sup>RIEPe5Pa3...RIEPe12Pa8</sup>.

Para ellos, el lenguaje empleado y la forma en que la enfermera les enseñó y se dio a entender, influyó en su aprendizaje *“excelente porque les entendí bien todo lo que me explicaron, o sea lo que te explico, como te das cuenta se bien de mi enfermedad porque ellos me lo enseñaron, si ve, o sea ellos saben explicar, uno les entiende y como manejan señores mayores todavía más facilidad para ellos, creo que yo era la más joven del grupo creo”* <sup>RIEPe8Pa5</sup>. También resaltan la paciencia que tuvo el profesional para brindarles dicha educación *“ellas tienen paciencia pa’ enseñarlo a uno, si pa’ enseñarlo a uno porque usted sabe yo por ejemplo en el caso mío tengo mucha paciencia”* <sup>RIEPe6Pa2...otro: RIEPe10Pa1</sup>

Dos de ellos, indicaron que dicha explicación fue importante debido a que en la familia no tenían quien les brindara esa información *“uno antes no le paraba bolas porque no había una persona quien le explicara no, si pues ahora mucho mejor me siento, me siento mejor gracias a Dios, no mucho mejor ahora porque antes, ya le digo no sabía uno y como que no le ponía acato porque no había quien le explicara ve y en cambio, ahora si no lo hace uno es porque no quiere y no porque ellas no nos enseñaran y nos explicaran”*. RIEPe2Pa1. *“Si porque lo mandan a hacer a uno ejercicio, hacer dietas, como tomarse uno la droga, uno a veces los hijos no le explican a uno”* RIEPe4Pa2.

Narraron además, que el haber asistido a las sesiones educativas les permitió cambiar de ambiente, constituía un espacio de esparcimiento, implicaban diversión, distracción y olvido de la rutina diaria *“uno salía del ambiente de la monotonía, uno se distraía y era diferente... tiraba mucha chapa”* RIEPe8Pa2,4.... RIEPe12Pa3

Sumado a los anterior, la forma como fueron tratados por las enfermeras, reflejo la manera como se sintieron al haber participado de las sesiones; llegando a considerarlas como personas cercanas a ellos *“con todos excelente, muy chévere, se reían, eran alegres, no eran así amargados, agrestes, no al contrario”* RIEPe8Pa3... *“nosotros era una sola fiesta, y en la fiesta iban las preguntas, usted hizo esto?, a qué hora se tiene que tomar la pastilla? A qué hora no sé qué? Y así (risas), no le digo que era de fiesta, era una relación muy bonita, que aprende uno a quererlas como si fueran... cierto? Como si fuera si? Como algo de la familia, yo creo que todas las que estuvimos con ella la querían mucho, muy querida ella, no ella todas”* RIEPe12Pa6...otro: RIEPe10Pa3

De esta manera, el actuar enfermero, basado el buen trato favoreció el que ellos se sintieran importantes: *Ellas lo tratan a uno de una manera muy especial, porque uno ve que hay partes que uno va y las enfermeras que uno como que lo tratan a uno como que ay, como que sí; o sea si uno es pobre como que ya no es tan importante, pero con ellas era algo muy especial, muy diferente; la otra morenita que iba, la gordita, ella era una persona excelente, excelente, me gustaba mucho, y la otra también, o sea son personas que son muy amables, muy amables con uno”* RIEPe5Pa2...otro: RIEPe3Pa8.



Una de los participantes se centró, en la comunicación, el contacto visual y en la importancia de que el profesional les preste atención y los respete. *“Lo que más me gustó de las educaciones educativas, el trato, el trato, sí, porque donde vieran sido unos ogros yo no había vuelto. Eso depende mucho, si eso es lo mismo que los médicos y si ojalá mamita ustedes sigan igual, porque eso es una cosa que uno cuando entra y el médico lo atiende a uno, le presta atención, mejor dicho como que lo mejora a uno, le da alientos... si, pero cuando hay personitas que, ni siquiera levantan la cara para mirarlo a uno y uno está, doctor y será que yo no sé qué, doctor y yo que tal... eso no es conmigo, uy noo, sale uno de ese consultorio... ve”*. RIEPe11Pa1

De esta manera durante toda la narrativa, los participantes hablaron sobre las cualidades de las enfermeras y la forma como ellos se sintieron durante la intervención. Algunos de ellos expresaron el buen trato recibido, refiriéndose a la amabilidad con la que los atendieron, la preparación en el tema y la disposición para entablar con ellos una conversación *“no pues uno se sentía muy bien con ellas...la pasábamos muy rico RIEPe12Pa1...RIEPe12Pa5; “unas niñas tan preparadas tan allegadas a uno no doctora que son niñas que uno les puede hablar que uno les puede preguntar acerca de algo; no son bravas con uno, ni nada, divinas hermosas, eso fue muy lindo; yo esta vez pasada intervení y dije que eso no se acabara (risas)”* RIEPe1Pa3... *“Las enfermeras estuvieron muy bonitas, todas las niñas muy muy amables, muy una belleza, la que estuvieron con las enseñanzas, el muchacho también, muy amables ellos”* RIEPe7Pa1. ...RIEPe2Pa2...RIEPe3Pa7...RIEG1P1,2. Algunos hablaron de otras cualidades que identificaron a los profesionales que los atendieron, como la sencillez y la nobleza RIEPe3Pa8; RIEPe6Pa1.

Además, una de ellas hizo alusión a la calidad del personal *“entonces eso me gusto a mi mucho de esas clases, la calidad, del personal, el trato”* RIEPe11Pa2. También expresaron que fueron profesionales que les dedicaron tiempo y mostraron su preocupación por ellos. Este interés se reflejó en las llamadas realizadas a las personas para recordar las citas y en el respeto por el tiempo de los participantes: *“No y que el trato de ellas fue muy chévere para que, muy puntual todo, no fue que lo citamos a tal hora y dos/tres horas ahí y nada, no a la hora que era y ellos estaban muy pendiente a uno lo llamaban le recordaban, lo que te*

*dije, como hay mucha gente mayor le recordaban para que... no estuvo muy o sea... ojala y se repita... por todos los que me toco, excelente, bien, iban hasta mi casa para tomarme la hemoglobina glicosilada” RIEPe8Pa1.*

Para uno de los actores; la enfermera se constituyó en la persona que lo comprendía y de la que recibía el apoyo que le hacía falta en el hogar “*como le decía yo a la enfermera, yo vengo aquí porque prácticamente le digo yo la verdad; en la casa de uno ni la mujer ni nadie ni los hijos uno lo comprenden y uno con la enfermedad que tiene es para una persona pues que le estoy hablando, o seas y está muy enfermo que le hablen mire esto es esto no?. Yo prácticamente porque la señora con la que yo convivo, porque me aplica la insulina pero ella no está pendiente de mi droga, que mire que tiene que tomarse esta que tomarse y me reclama la droga, porque yo paso donde el médico y va y me la reclama y listo no más”.* RIEPe3Pa1

Además, plantearon la importancia de que el profesional solucione sus dificultades “*yo le expresaba las situaciones sobre que contenía la enfermedad mía, que... como era... como me controlaba yo el azúcar, la tensión todo eso RIEPe9Pa2; “Pues muy importante señorita porque una amiga, uno los ve como los médicos como la esperanza en preguntarles algo para encontrarle solución a su problema”* RIEPe1Pa5.

A lo anterior, se suma el hacer seguimiento al manejo de la enfermedad “*Pues que ella estuvo muy pendiente, ella es mi segunda doctora, tuvo muy pendiente, me llamaba, que si me estaba tomando los medicamentos como ellos habían dicho RIEPe7Pa2; “ellas estaban pendientes y preguntándome como me sentía y me tomaban la presión también bien... la vez que me tomaron las 24 horas, bien para que”* RIEPe11Pa5... “*no pues la Dra. Siempre respondía cualquier inquietud, cualquier caso, a mí por ejemplo, tuve taquicardia como a la 1 de la mañana y yo pasé por la pena y le escribí a la enfermera y ella me dijo como hacer las cosas, si pasada media hora sigue igual se dirige a la clínica más cercana...*

“*CEYAG2Pa5....otro: RIEPe14Pa3*

Además expresaron el compromiso por parte de la enfermera para comprender el problema y la situación por la que están pasando: “*ufff excelente, mejor que ni amigos o hermanos*

*porque la verdad eran... son personas muy humanitarias, son personas muy acogedoras, gente que por lo menos llegan y no es ese trato como doctor-paciente, no, ellos siempre, don. Nombre de la persona) cómo está cuénteme, cuénteme cómo le fue con tal cosa?, si le ha ido bien con esto?, yo, si Dra gracias, y en tal cosa, no ya está mejor o está mal, vamos a ver qué podemos hacer por usted en ese sentido, o sea todo eso me llamó la atención porque la verdad poco se ve en médicos”. RIEPe14Pa2. Así como su papel para impulsarlos a querer cuidar su salud “la enfermera es como una guía, para mí la persona más importante en ese campo, una guía que lo agarra a uno le explica y le dice las cosas, lo hace concientizarse de lo que estamos viviendo y lo que vamos a vivir, si queremos vivir RIEG2Pa5; “lo entienden a uno y le explican” RIEG1Pa5, “están pendientes” RIEPG1Pa2, “nos enseñaron a valorar y a saber de las enfermedades” RIEG1Pa9, “a estar pendiente si se tomó la droga o no se la tomó” RIEG1Pa10;*

También señalaron, como lo aprendido con la enfermera les ha servido para transmitirlo a su familia; *“es importante porque nosotros llegamos a un centro médico y el médico general pues nos va a dar lo que es, hágase esto tómese esto, hay veces en que no lo dejan hablar a uno son muy contados, por el tiempo que también ellos tienen que trabajar, mientras con ellas, ellos a nosotros nos dedicaban mucho tiempo, paso por paso, que uno muchas veces decía uish que jarto, cuando empezamos a ver las cosas, incluidos los beneficios; antes yo era el que decía, deme una hora más, cosas que yo no sabía ya las estoy aprendiendo tanto conmigo por mi familia, porque eso es hereditario, tanto mi mamá como mis tías y he podido aportarles a ellas lo que he aprendido y pues excelente la forma de explicar”. RIEG2P1.*

Además mencionaron que lo aprendido con las enfermeras, les permitió tener herramientas para indagar y preguntar al médico sobre su estado de salud *“hablaba uno con ellos y ellos le explicaban a uno para poder uno preguntarle bien al médico, porque por decir yo llegué varias veces con la cara hinchada o los brazos y yo no sabía que eso tenía que ver con el mismo problema de diabetes, ellos decía vea esto que puede ser esto, que le está afectando el riñón, si?, tantas consecuencias que trae para uno la diabetes y uno al principio no*

*sabía y uno le dice al médico, mire que tengo esto, mire que tengo lo otro y ya es más fácil”*. RIEG2P4

Varios de los participantes hicieron un contraste entre la atención que habitualmente reciben por parte de algunos profesionales y la que recibieron durante la intervención. Esta persona por ejemplo se refirió a la importancia de que el profesional interactúe con la persona que asiste a consulta *“yo fui, me gustó lo que hicieron, me gustó, aunque a mí el seguro me pone todos esos aparatos de esos pero no es lo mismo, que destresarse una miguita aparte, porque el médico va y lo atiende a uno; usted va donde el médico y lo único que a no ser de que se esté muriendo, usted viene es a control médico tin tin tin y listo; la droga se la entregan y nada más, el médico nunca se sienta a hablarle, nunca se sienta a decirle nunca, le dice a uno don Luis, muéstrame los exámenes que tenga; si, usted se está aplicando tanta insulina, está tomando tanta metformina está tomando esto, tenga la factura vaya reclame no es más”* RIEPe3Pa4.

También hablaron sobre brindar un trato humanizado y de la forma como algunos profesionales juzgan a quienes asisten a la consulta habitual, realizando un contraste con lo percibido durante la intervención: *“para mí pues todos fueron, buenas personas y muy ... muy humanitarios no?, sí muy humanitarios, a mí en el programa, a mí me mandaron, no ustedes si no el dr que me ve de hipertensa a la nutricionista, pues como yo sé cómo tengo que cuidarme y que tengo que comer... yo no volví, porque esa era una señora, ella se equivocó de profesión, como le digo uno siente la energía, no más con el saludo que le den a uno con las palabra que le expresen pero eso que ni siquiera lo voltean a mirar a uno y el modo en que le responden a uno que por qué no ha bajado de peso? No... eso no es así”* RIEPe11Pa3. *...por eso le digo yo hasta aquí he venido a estas charlas porque no he recibido malos tratos ni malos comportamientos de ninguna de ustedes”* RIEPe11Pa4

De esta manera, los participantes realizaron un comparativo entre las enfermeras del proyecto y otros profesionales que los han atendido, haciendo claridad no solo en la forma como la enfermera les explicó sino también resaltando ciertas cualidades que consideran importantes para el profesional como el explicar con un lenguaje sencillo, el carisma y el don de servicio *“A mí por lo menos me llevaron a una cita ahí con 3 enfermeras*

*explicaron, yo la verdad les entendí 3 palabras y el resto no y no les pregunté porque con esa cara aquí de pronto me dejan encerrado (risas), hubo un momento en que yo llegué, señorita que pena es que no entiendo, señor es que no está poniendo cuidado? . Ellos (las enfermeras de la intervención) tienen mucha paciencia, tienen ese carisma, tiene la capacidad de servir y de escuchar, a mí en las citas me regañaban varias veces por cosas que yo sé que estaban mal y me decían usted verá si se quiere morir, pero ellas no me regañaron: no vea pasa esto y esto y esto le va a afectar tal parte, son cosas, me gustó la forma en la que se hizo las cosas y más que uno tienen ese temperamento por lo del azúcar, ellos saben manejar eso... me pareció excelente. Van a ser unos grandes profesionales. Muchas veces llegamos cansados y nos descargamos con el médico o la enfermera y ellos no tienen la culpa” RIEG2P2.*

Dentro del rol de enfermería, también señalaron las diferentes actividades, que ésta desarrolló durante la intervención, como la organización del pastillero o el monitoreo ambulatorio de presión arterial; “yo les llevaba las formulas entonces por medio de eso, ellas empezaron a escribir todo y también le hacían a uno todo eso, lo del examen y toda esa vaina...y le tomaban la tensión y qué más era? Y ella iba escribiendo todo ahí la vaina y todo y me dieron unas cajitas para echar la droga y una toallita, ay no muy bueno si” RIEPe10Pa4; “ellas le tomaron el examen de sangre, la tensión y duraba una hora, hora y media con ellas y le preguntaban a uno tiene afán y uno no porque ya deje allá listo todo” RIEPe10Pa5.

Otros comentaron que la enfermera debía poner en práctica sus conocimientos “aplicar también lo que saben, el tensiómetro para saber la tensión, examinar el examen” RIEG1Pa3; educar a las personas, “que le explican a uno, si usted no se cuida le puede pasar esto... que el pie, que el dedo, que mucho cuidado porque el azúcar era muy peligrosa y lo mismo que los ejercicios que como hacerlos como eso todo está en el libro, como hacer los ejercicios y todo y así muchas cosas muy muy importantes” RIEG2Pa6;

Finalmente uno de ellos señalaron que el papel de la enfermera también es incentivar y motivar para el cuidado de la salud “claro porque uno se siente motivado, le dan a uno motivación porque cuando usted va y una persona y es agresiva no le quedan a uno ganas

*de volver”* RIEPe13Pa2 ... *“le dan como moral para vivir a uno, le dan como alegría para uno vivir, le da a uno como alegría, como moral, eso es muy bonito, yo no me perdí ni una”* RIEG2Pa8; *“lo concientizan a uno de la enfermedad de la diabetes, como dice el dicho, lo meten en el cuento”* RIEG2Pa7.

En general la percepción de todos los participantes en relación a la atención recibida por parte de la enfermera fue positiva independientemente si eran más o menos adherentes. El grupo más adherente ahondó en el tema y dio respuestas más amplias; ellos enfatizaron en el tiempo dedicado por parte de las enfermeras y la forma como les explicaron las temáticas relacionadas con la enfermedad y como esto le ayudó a gestionar su propia salud. Además, compararon la atención recibida en la intervención con la que habitualmente reciben en el centro asistencial.

## 9 INTERPRETACIÓN DE LOS HALLAZGOS

Una vez realizado el proceso de codificación abierta y axial (**Ver carpeta anexa 3 y 4**), surgieron las categorías emergentes que se relacionan a continuación:

Tabla 6 Síntesis de las categorías

Categoría	Subcategoría		Aspectos incluidos en la categoría emergente y sustento teórico
	Inicial	Emergente	
<b>Experiencias de la intervención</b>	Generalidades de la experiencia	Componentes que contribuyen al significado de la experiencia	-Interpretación de los aspectos más relevantes de la experiencia, a la luz de la educación para la salud y sus beneficios.  Su interpretación se sustentó en el libro Nurse as educator de Bastable, la teoría de autocuidado de Dorothea Orem y la evidencia científica.
	Conocimientos sobre el control de la enfermedad	Transformando el conocimiento	Interpretación de los hallazgos a la luz del Aprendizaje significativo de Ausbel y el almacenamiento y recuperación de la información señalados en la teoría cognitiva; así como su contrastación con la evidencia científica.
	Cambios en el estilo de vida y adherencia a las recomendaciones	El camino al cambio	-Interpretación de los elementos que influyen en la conducta de los participantes y cambios de comportamiento a través del modelo de promoción de la salud de Nola Pender y su contrastación con la evidencia científica.
	Dificultades para seguir las recomendaciones de tratamiento		
	Motivaciones para mantenerse en la intervención		
Aportes del participante a la intervención	Ayudando a construir programas educativos (se ubicará al final de este apartado)	-Se reflexiona sobre los aportes de los participantes a la intervención y su contrastación con la evidencia científica.	
<b>Relación terapéutica</b>	Relación interpersonal con el profesional de enfermería	El cuidado como una relación con el otro	-Se expresa la atención de enfermería percibida por los participantes, a través de los cinco procesos de cuidado descritos por Swanson: conocimientos, estar con, posibilitar, hacer por y mantener la confianza o creencias y su contrastación con la evidencia científica.

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación

## **9.1 COMPONENTES QUE CONTRIBUYEN AL SIGNIFICADO DE LA EXPERIENCIA**

Esta categoría representa una visión general de los elementos que según la percepción de los actores, formaron parte de su experiencia en la intervención educativa. Por tanto, en este apartado se realizará una interpretación global de los hallazgos a la luz de la educación para la salud y su relación con la forma como se llevó a cabo la intervención; más no se enfocará en el detalle de cada uno de los aspectos evidenciados en la narrativa de los participantes (conocimiento, cuidado de la salud y buen trato recibido por parte de enfermería), debido a que estos elementos se ampliarán en las categorías posteriores (transformando el conocimiento, el camino al cambio y el cuidado como una relación con el otro).

La educación para la salud tiene como eje fundamental preparar a la persona para ejercer el cuidado de su salud y que la enfermera esté capacitada para brindar una atención segura y de calidad, que le genere confianza a la persona y propicie la adquisición de cambios de comportamiento, de acuerdo a las necesidades identificadas. Ésta, se constituye en un proceso basado en evidencia científica que implica combinación de métodos de enseñanza, y que merece el trabajo conjunto entre quien enseña y quien aprende(100).

Bastable en su libro Nurse as educator(100), afirma que el resultado de dicho proceso son los cambios en el conocimiento, las actitudes y las habilidades por parte de las personas; aspectos que se ven reflejados en la narrativa de los actores de la presente investigación; pues en ellos se evidencia que la intervención permitió la adquisición de conocimientos en torno a su proceso de enfermedad y control de la misma; implicó concientización de su patología, cambios en el estilo de vida y acciones para el cuidado de su salud. Resultados similares a los encontrados en la revisión sistemática de Menino y colaboradores(40), en donde identificaron mejoras en indicadores relacionados con la actitud, autoeficacia y cambios de comportamiento posterior a la realización de programas de educación para personas con diabetes; o el estudio de Santos(30) sobre percepción de las personas con diabetes acerca de un proceso educativo; para quienes la educación les generó espacios de construcción de conocimiento.



Lo señalado por los actores parece dar cuenta de los efectos que trae para la persona la educación y que se han descrito a su vez en las investigaciones señalados por Bastable (100) en su libro. Dentro de estos efectos se encuentra la promoción de la adherencia a los planes de tratamiento, que se evidencia a través de las percepciones que dan los participantes sobre cambios de comportamiento en relación con la toma correcta de medicamentos, la alimentación, el ejercicio o el manejo del estrés; también dan cuenta de su autocuidado y de cómo la intervención propició la gestión de su propia salud; este último, otro de los beneficios señalados en estudios citados por Bastable en su libro(100). Lo anterior es ratificado en la investigación realizada por Molina y colaboradores(101); quienes señalan que la mayoría de estudios sobre educación terapéutica, entendida como aquella que ayuda a aprender y llevar a cabo comportamientos que propicien la salud; han generado resultados positivos.

De esta manera la adherencia a los planes de tratamiento es quizás uno de los más importantes beneficios de la educación para la salud; Azevedo et al(102); señala cambios positivos en la alimentación, la actividad física, el tratamiento farmacológico y en actividades relacionadas con el cuidado de sí mismo; en la mayoría de estudios revisados.

Lo anterior, refleja además, lo señalado por la teoría enfermera de Dorothea Orem(96); que constituye el soporte teórico tenido en cuenta para la construcción de la intervención educativa. Orem en su teoría de autocuidado afirma que éste debe aprenderse y desarrollarse continuamente; lo que guarda relación con lo referido por los actores, en quienes la intervención educativa favoreció su autocuidado y permitió la concientización y manejo de la enfermedad. Además, resalta que el autocuidado radica en la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano; similar a las descripciones hechas por los participantes en cuanto al conocimiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones; que se tradujeron en acciones específicas para mejorar o evitar daños en la salud. Lo anterior guarda relación con el estudio desarrollado por Fernández(44) en Boyacá - Colombia quien utilizó la teoría de enfermería de autocuidado de Orem para desarrollar su intervención, cuyo fortalecimiento permitió mejorar la calidad de vida y la realización de

cambios en las prácticas saludables, permitió el aumento de la agencia de autocuidado, a través de la adherencia, la motivación y la promoción de prácticas saludables.

Un aspecto que se suma al significado que los participantes le atribuyeron a la intervención y que es descrito en la literatura, es el rol de la enfermera en la atención que brinda; quien pasa de ser transmisora de contenido a una agente orientadora y coordinadora de los procesos de aprendizaje (100); Orem(96), por su parte afirma que la enfermera debe mantener un entorno que propicie el desarrollo del individuo y facilite la ejecución de acciones a favor de la salud, ésta debe conocer, ayudar y actuar sobre las necesidades terapéuticas de autocuidado y que en tal medida debe ejercer acciones que favorezcan el mantenimiento, promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Para los participantes, la enfermera favoreció el buen trato, los orientó su proceso de aprendizaje, mantuvo una constante comunicación, se preocupó por ellos, propició momentos agradables y emociones positivas que los motivaron a mejorar su salud. En este sentido Ramírez y Muggenburg(103) señalan con su revisión, que la enfermera debe tener actitudes empáticas, demostrar calidez, interés por el otro y comprensión; además de combinar su capacidad técnica con la amabilidad; lo que favorecerá los lazos de confianza y se obtendrán resultados positivos en la recuperación de su salud.

Para entender mejor lo que significó para los participantes la intervención educativa; es importante conocer la forma como ésta se llevó a cabo. Ésta se desarrolló en el marco de un proyecto en donde se buscó identificar desde la primera sesión las necesidades y motivaciones que llevaban a la persona a cuidar de su propia salud y durante cada encuentro se evaluaban los compromisos y avances que cada participante había logrado en el control y manejo de su enfermedad.

Adicionalmente; durante la ejecución, las enfermeras contaban con guiones para contactar por primera vez a la persona y que permitían dirigirse de una manera cordial a ella; además de recibir capacitación mediante demostración, sobre la forma en que debían dirigirse al participante durante las sesiones educativas y la manera cómo podían incentivar el cambio; por lo que se podría decir que gracias a la forma como se llevó a cabo la intervención, los

participantes percibieron un buen trato por parte de la enfermera y estuvieron atentos al cuidado de su salud.

De este modo, la educación está enmarcada en un proceso que implica identificar las necesidades de las personas, establecer un plan que tenga en cuenta esas necesidades, sus aspectos conductuales y el uso de métodos de enseñanza y materiales de instrucción(100); para el caso de la intervención, ésta se basó en diferentes métodos de enseñanza(104) en donde se incluyó la lectura de un material de instrucción (libro guía) entregado al sujeto; el cual contaba con texto escrito, imágenes y actividades para desarrollar que se entregaba posterior a la sesión educativa y que fue mencionado y usado por las personas tanto en la sesión educativa como en su hogar.

Uno los métodos utilizados fue la instrucción uno a uno que consistía en brindar educación individualizada, en donde se podían ir resolviendo las dudas que surgieran; otro fue la demostración por parte de la enfermera, realizada para el caso de la sesión de ejercicio, manejo del estrés u organización de medicamentos en el pastillero y demostración de lo aprendido por parte del usuario, para reafirmar los conocimientos adquiridos; además de utilizar métodos a manera de juegos que consistía en actividades para desarrollar en el hogar como relacionar parejas o sopas de letras que incluían los temas vistos durante la sesión; estos métodos de aprendizaje pudieron dar lugar a que los actores expresaran que la intervención significó conocimientos.

Con respecto a lo anterior, se podría decir entonces que los significados que los participantes le atribuyeron a la intervención están relacionados con la forma en que ésta se llevó a cabo. Sin embargo, esta metodología es difícil de comparar; pues incluye diversos elementos que no se realizaron de la misma forma en otras investigaciones. Lo anterior se afirma con lo investigado por Azevedo (102), quien identificó múltiples metodologías para cada una de las intervenciones o; resaltando que cada una de ellas aportó en mayor o menor medida al control de la enfermedad

De esta manera, los componentes que contribuyen al significado de la experiencia, se constituyen en los beneficios o efectos que se esperan obtener en la educación para la salud

y es el reflejo de la forma como fue llevada a cabo la intervención educativa, en donde no solo implicó para los participantes la construcción de nuevos conocimientos a través de los diversos métodos de aprendizaje, sino que estuvo mediado por una relación terapéutica satisfactoria; permitiendo avances en el cuidado su propia salud.

## **9.2 TRANSFORMANDO EL CONOCIMIENTO**

La narrativa de los participantes parece reflejar la transformación como lo señala Ausbel(105) a un aprendizaje significativo, porque es a partir de la intervención educativa que las personas pudieron aprender nuevos conocimientos, que al interactuar con la experiencia y los conocimientos previos; les permitieron resolver dudas, entender su enfermedad y plantearse reflexiones en torno al cuidado de su salud, la prevención de complicaciones y su tratamiento. En este sentido, los actores mencionaron aspectos como la importancia de detectar los síntomas, las complicaciones que genera la enfermedad, el cuidado de los pies, los exámenes de laboratorio, la importancia del ejercicio, de la toma de medicamentos, de una dieta balanceada y el control del estrés; temáticas que guardan relación con las trabajadas en la intervención en las 6 sesiones educativas.

Es así como los conocimientos previos constituyen un anclaje para lo nuevo, formando un engranaje entre los conceptos, ideas, representaciones ya formados en las estructuras cognitivas de la persona y los conocimientos que acaba de adquirir; lo que permite la interiorización e interpretación de contenidos que se dan a través de la instrucción, del uso de materiales, de la palabra y de la interacción entre quien enseña y quien aprende(105)(106).

De esta manera, el discurso de los participantes deja ver a continuación la forma como ellos incorporaron lo aprendido en la intervención(107); así mismo, cada persona en sus expresiones aportó a la construcción de un conocimiento colectivo, sin desconocer que desde su individualidad cada quien tuvo su propio aprendizaje(108).

Son diversos los conocimientos aprendidos por los actores a través la intervención educativa, varios de ellos, no solo comentaron sobre un tema, sino que hicieron alusión a diferentes temáticas abordadas durante las sesiones; un aspecto que resaltaron estuvo

relacionado con el proceso de enfermedad y como los conocimientos que incorporaron estaban enfocados en los efectos negativos que genera el no control de la patología, sobre su salud. Esto también fue encontrado en el estudio de López y colaboradores(109); quienes evidenciaron conocimientos estadísticamente significativos, en cuanto a las complicaciones de la enfermedad, posterior a la intervención educativa recibida.

Los resultados relacionados con la dieta, en donde los participantes indicaron aquellos alimentos a restringir o regular como la sal, la grasa, el azúcar o dulces, las harinas; así como el aumento en el consumo de frutas; fueron similares a los encontrados en el estudio desarrollado por Rodríguez(110) en donde los participantes resaltaron el consumo adecuado de estos alimentos. Sumado a los anterior, un estudio que indagó sobre las experiencias de las personas en una intervención educativa desarrollado por Alhalaiqa y colaboradores(28); encontraron como ésta favoreció el cambio de creencias y la concientización de los participantes en relación a la forma apropiada de tomarse el medicamento; lo que guarda relación con esta investigación, en donde las personas empezaron a darle importancia a la toma correcta del medicamento.

Para el caso del ejercicio, el caminar se constituyó en la principal recomendación recordada; aspecto que resaltaron también los participantes de la intervención desarrollada por Rocha et al(34); para quienes el aprendizaje sobre el ejercicio fue uno de los temas que más les ayudó al control de su enfermedad.

Por su parte, lo aprendido en relación al estrés no se limitó a saber diferenciarlo de otras enfermedades como la ansiedad, sino también resaltaron algunas técnicas de afrontamiento como los ejercicios de tensión relajación, o la realización de otras actividades para disminuir el estrés; además de reconocer que éste genera efectos negativos sobre la salud; similar a lo encontrado por Delgado et al; (111) quienes identificaron que las técnicas para el manejo de estrés enseñadas a los participantes, como los ejercicios de relajación muscular fueron útiles, les permitieron estar más tranquilos y con mayor confianza para enfrentar la enfermedad y lo hallado por Medel et al(27), en su estudio; en que los participantes consideraron que el estrés influía en el control de la enfermedad.

Se puede observar entonces; como diversos estudios, comparten resultados similares a la presente investigación. Sin embargo, son difíciles de comparar debido a que cada uno utilizó metodologías diferentes para llevar a cabo la intervención educativa.

La presente investigación deja ver también, que la intervención no solo facilitó la transmisión de conocimientos sino que dio lugar a que las personas reflexionaran sobre los beneficios de cuidarse a sí mismos y comprendieran él como no seguir las recomendaciones podría acarrear problemas en su salud. Por tanto, el conocimiento emergente en los actores estuvo enmarcado en la manera cómo podrían gestionar su salud; pues en su diálogo, mencionaron la forma en que debían cuidarse para evitar complicaciones de la enfermedad: cómo cuidarse los pies, la piel, como cortarse las uñas, la forma correcta de tomarse los medicamentos etc. En este sentido, el estudio desarrollado por Manoel y colaboradores(41), evidenció que las personas que participan tanto en intervenciones educativas individuales como grupales, presentaron un aumento en los conocimientos que tenían que ver con la enfermedad y que a su vez, estos conocimientos estaban relacionados con el autocuidado y la adopción de estilos de vida saludable.

Las expresiones de los participantes además reflejan conocimientos que perduraron un año después de la intervención y se observa como a pesar del tiempo aún permanecen; la mayoría de estos, como se indicó anteriormente relacionados con las acciones que ellos podían hacer para mejorar su salud. En las investigaciones consultadas por Bastable en su libro(112) se identificó que el aprendizaje de los adultos mejora cuanto es autodirigido y que a su vez se enfatiza en su control, autonomía e iniciativa, aspectos tenidos en cuenta durante la intervención; además, señalan que los adultos en comparación con los adolescentes sintetizan e integran mejor la información y pueden demostrar un nivel avanzado de razonamiento derivado de su sabiduría y experiencias de vida; lo que guarda similitud con los conocimientos relacionados con la autogestión de la salud adquiridos por parte de los actores.

Sin embargo, para que el conocimiento sea significativo y por tanto perdurable en el tiempo dependerá de la forma en que la persona procese y almacene la información, tenga la disposición y motivación de aprender y cuente con la orientación necesaria por parte de

quien enseña (106,112). La perspectiva del procesamiento de la información que hace parte de la teoría cognitiva, permite entender cómo se almacena la información que se recibe; esta cuenta con diferentes etapas tales como: prestar atención, captar a través de los sentidos, transformar e incorporar en la memoria a corto plazo, seguido de olvidar o almacenar en la memoria a largo plazo a través de la imaginación, asociación, división de información etc y por último, la acción o respuesta que el individuo hace frente a lo que procesó y almacenó y que para el caso de esta investigación corresponde a los conocimientos que los participantes mencionaron en su narrativa (112).

Cabe señalar que esta información que se almacena, es difícil de recuperar en un momento posterior(112). Lo anterior; si bien no es una constante, si se ejemplifica durante la intervención, en la cual otros conocimientos pudieron olvidarse o confundirse como la concepción de que si hay disminución de la glicemia se presenta sed; o que si la persona es obesa pero hace ejercicio no tiene problemas de salud. Adicionalmente, otros temas que implicaban mayores contenidos teóricos no fueron citados por los participantes como los efectos adversos de los medicamentos, los grupos de alimentos o en qué consistían las complicaciones generadas por la enfermedad, entre otras.

Para abordar estos problemas relacionados con el almacenamiento y recuperación de información, Bastable(112) menciona los nueve aspectos a tener en cuenta al momento de brindar educación señalado por Gagné; los cuales son la obtención de la atención por parte de quien aprende, informarle sobre los objetivos y expectativas, estimular el recuerdo del aprendiz en relación al aprendizaje previo, brindar la educación actual, proporcionar orientación para facilitar la comprensión, hacer que el educando demuestre la información, recibir retroalimentación del alumno, evaluar su rendimiento y trabajar para mejorar la retención y transferencia de la información a través de la aplicación y la práctica.

Lo anterior, se puede contrastar con la forma como se llevó a cabo la intervención, aspecto ya mencionado en la categoría anterior; y que para este caso será detallada y expuesta de manera secuencial. Para **captar la atención** del participante las enfermeras establecían un diálogo con los actores, en donde se hablaba sobre el tema que se trataría durante la sesión educativa; en la primera, que abordaba el tema de la motivación, se indagaba sobre las

**expectativas** que tenía la persona en relación a la intervención y las dificultades que ésta había tenido durante su proceso de enfermedad; al inicio y durante cada sesión que se desarrollaba de forma individual, cada mes y que tenía una duración de aproximadamente 30 minutos a 1 hora, se **estimulaba el recuerdo** del participante, preguntándole sobre aquellos conocimientos previos relacionados con la temática a tratar y que contaba con **contenidos actualizados** según la evidencia científica (proceso de enfermedad, medicamentos, alimentación, ejercicio, estrés); se continuaba el desarrollo del tema (con el apoyo del libro guía) y en el transcurso de este, para garantizar la **comprensión** de la información; se resolvían dudas, se realizaban preguntas y se solicitaba al participante **demonstración** de ejercicios, organización de pastillero entre otros, según fuera el caso. Si se presentaban acciones o respuestas erróneas se hacía **retroalimentación** hasta que hubiera claridad en el contenido; por su parte, la **evaluación** se realizaba durante cada sesión, indagando en los participantes sobre las metas alcanzadas y sobre el tema trabajado; esto último a través de actividades didácticas para elaborar en casa (sopas de letras, relacionar columnas, señalar imágenes) que buscaban **retomar y retener los conocimientos vistos durante la sesión**; de este modo en el encuentro posterior la enfermera revisaba estas actividades y se trabajaba en las dificultades presentes en cada participante.

Es así como, durante la intervención se utilizaron estrategias como las señaladas anteriormente que contribuyeron al almacenamiento y retención de la información. Por tanto, la forma en que se llevó la intervención, refleja quizás el por qué los participantes pudieron construir un conocimiento basado en el cuidado de sí mismos y en las acciones que ellos podrían realizar para evitar complicaciones de la enfermedad y mejorar su estado de salud; lo anterior guarda relación con las implicaciones de un aprendizaje significativo(106), pues es aquel conocimiento que la persona internaliza de manera clara, lo comprende, lo considera importante y beneficioso para sí mismo. Sumado a esto, la evidencia señala que fueron más eficaces aquellas intervenciones que utilizaron múltiples componentes, en las que se motivaba a la persona, se potenciaba su autocuidado, se realiza retroalimentación y se propiciaba el uso de cajas para medicamentos(43)



Sin embargo, el aprendizaje requiere reiteración, repetición y nuevas aproximaciones(106), pero dada la falta de continuidad, debido a que la intervención tuvo una duración de seis meses y los conocimientos fueron indagados hasta el año posterior; pudo haber dificultado la recuperación de cierta información, originando confusión y olvido de algunos aspectos trabajados durante las sesiones educativas; pues una vez terminadas no se realizó seguimiento, retroalimentación y evaluación a los conocimientos adquiridos, como si se hacía durante la intervención. Lo que podría compararse con lo encontrado por Medel y colaboradores(27); quienes no identificaron mayores cambios en los conocimientos posterior a la intervención; por el contrario observaron conocimientos erróneos en conceptos relacionados con la alimentación.

Tampoco se puede dejar de lado el hecho de que las personas pudieron no referir ciertos aspectos por la falta de interés en dicho tema o por las distintas prioridades en su aprendizaje; esto debido a que las personas atienden a una parte de la información que reciben, mientras que otra es ignorada y que esto a su vez depende de factores como las experiencias o conocimientos pasados, necesidades, motivos personales, actitudes, grupos de referencia; como ocurrió con los actores de la investigación que le dieron más importancia a aquellos conocimientos que tenían que ver con el cuidado práctico de su salud pero no se refirieron a aspectos teóricos también desarrollados durante las sesiones (112).

Es por esto, que el acompañamiento e instrucción debe ser constante para garantizar conocimientos duraderos en todas las personas que reciben la educación y que estén en línea con sus intereses, prioridades de aprendizaje y necesidades; como lo evidenciado por Manoel et al(41); quien encontró que los conocimientos de las personas aumentaban a medida que continuaban con su educación a los tres y seis meses. Lo anterior también se refleja en el estudio desarrollado por Pimentel et al(113); sobre evaluación de las intervenciones educativas para el control de la diabetes; quienes identificaron que se obtuvo un buen nivel de conocimientos a los dos, cuatro y cinco años, en aquellos participantes en los que se realizaron refuerzos permanentes de la intervención. En este sentido, los materiales de instrucción “libro”, “cartilla” podrían constituirse en un

instrumento de apoyo para que las personas resuelvan dudas y refuercen sus conocimientos como lo mencionaron los actores; pero no puede ser un elemento único que garantice la recuperación de la información.

### **9.3 EL CAMINO AL CAMBIO**

“El camino al cambio”; emergió a partir de las convergencias evidenciadas en la descripción de las subcategorías cambios en el estilo de vida y adherencia a las recomendaciones, dificultades para seguir las recomendaciones y motivaciones para mantenerse en la intervención. En este sentido se buscó interpretar los hallazgos desde una mirada global que permitiera entender lo vivido por los participantes en relación a los cambios de conducta y todos aquellos elementos que podrían influir positiva o negativamente en la ejecución de la misma.

Es por esto que para su análisis se tomó como base el modelo de promoción de la salud de No la Pender. Este ha sido comparado con el modelo de creencias en salud, el cual guarda similitudes en relación a los aspectos que pueden influir en la conducta; sin embargo se decidió interpretar los hallazgos a la luz del modelo propuesto por Pender debido a que en él, no solo prima una conducta meramente preventiva como en el caso del modelo de creencias en salud; sino que pretende dar respuesta a la forma como las personas realizan cambios en su conducta para cuidar su salud; pues durante la narrativa de los participantes se evidenció como hacían alusión al cuidado de sí y a los beneficios que obtenían al realizar estos cambios(114–116).

Este modelo retoma fuentes como la teoría de acción razonada y acción planeada de Ajzen y Fishbein, y la teoría de autoeficiencia de Bandura; cuyos apartes serán contrastados a medida que se desarrolla la interpretación(116). En él se expone los diferentes elementos inmersos en la forma como las personas adoptan comportamientos para cuidar su salud; además contempla las percepciones, motivaciones y actitudes que influyen en la realización de la conducta promotora de salud.

En este sentido, el modelo tiene en cuenta 3 componentes esenciales: características y experiencias individuales, cogniciones y afectos específicos de la conducta; así como el resultado conductual (ver figura 1).

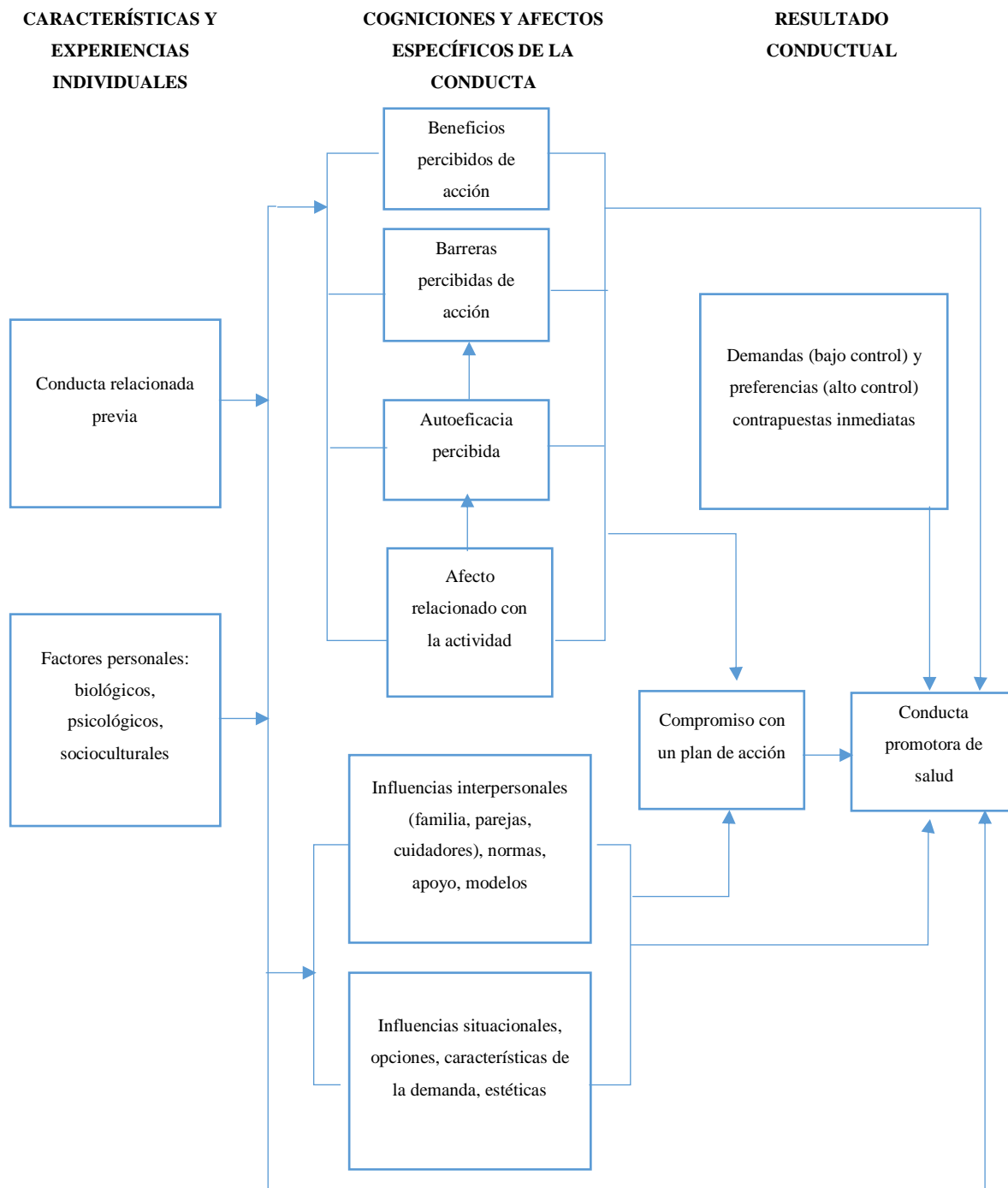
**El resultado conductual** corresponde al tercer componente del modelo, y hace alusión al fin último que lleva al cumplimiento personal y al bienestar e incluye, mantener una dieta saludable, realizar ejercicio regular y controlar el estrés(114,115). Para el caso de esta investigación se anexará además, la toma correcta del medicamento y demás acciones para el cuidado de sí y el manejo de la enfermedad; que si bien se constituyen en conductas que previenen las complicaciones de la enfermedad, su fin es lograr el goce efectivo de la salud.

El resultado conductual según Pender(114,115), va acompañada de un **compromiso en el plan de acción**, que refleja la intención de continuar con la conducta, a través de ciertas estrategias que llevan al logro de las metas planteadas o a obtener la conducta deseada. En esta investigación se pudo observar que la mayoría de los participantes lograron realizar cambios en su conducta promotora de salud propuesta; pues ellos pudieron incorporar a su diario vivir, una alimentación saludable, en la que evitaron alimentos nocivos para su salud; se permitieron hacer ejercicio regular, buscaron diferentes alternativas para el manejo de estrés (ejercicios de tensión relajación, ayuda espiritual, buscar apoyo o alejarse de los problemas); se apropiaron de la toma de medicamentos en los horarios y dosis recomendada e hicieron uso de diferentes elementos como el pastillero o la cartilla para afianzar la conducta. Además, se observa como varios de ellos realizaron control de la enfermedad a través de acciones como el cuidado de los pies o la utilización del glucómetro para medir cifras de glicemia entre otros.

Varios estudios, han encontrado resultados similares a la presente investigación. En la revisión sistemática realizada por Carpenter y colaboradores(117), cada una de los estudios analizados generó en mayor o menor medida cambios en el autocuidado y autogestión de las personas que hicieron parte de las diversas sesiones educativas dirigidas a mejorar la autoeficacia de su salud; lo que señala el establecimiento de compromisos para llevar a cabo la acción como lo evidenciado en los participantes de esta investigación. Pimentel, et al(113); por su parte también encontraron que dichas intervenciones pueden generar

cambios de conducta relacionados con estilos de vida saludable; Azevedo y colaboradores (102) ratificaron los efectos en el control de la enfermedad, señalando que la mayoría

Ilustración 1 Modelo de promoción de la salud



Tomado de: Raile M, Marrier A, Nola J, Pender: Modelo de promoción de la salud. In: Elsevier, editor. Modelos y teorías en enfermería. Séptima. España; 2011. p. 1-789.

estuvieron relacionados con el consumo de alimentos saludables, actividad física y adherencia al tratamiento; sin embargo otros estudios revisados por este mismo autor, no generaron mejoras en la adherencia en el tratamiento debido a las dificultades para cambiar estilos de vida. Sin embargo, dado que los estudios utilizaron diversas metodologías fue difícil compararlas con esta investigación.

La intervención permitió la construcción de un propio conocimiento en relación al cuidado de sí mismos y favoreció la incorporación de acciones para que la conducta saludable se llevara a cabo; además de reflejar la responsabilidad y el compromiso que adquirieron para hacerla efectiva; pues pese a las dificultades presentes para la realización de la conducta; pudieron incorporarla y mantenerla en el tiempo (1 año después de la intervención). Lo anterior también fue señalado por Pimentel y colaboradores(113), quienes identificaron que las personas mantuvieron los cambios benéficos en su autocuidado; sumado a lo anterior, Alhalaiqa y et al(28), en su estudio cualitativo, encontraron que la intervención recibida para mejorar la adherencia al tratamiento, propició un cambio en las actitudes y creencias que permitieron entender que la realización de las recomendaciones sugeridas, generaba consecuencias en el mejoramiento de la salud y favorecía el establecimiento de compromisos que le permitían seguir realizando la conducta; como lo sucedido con los participantes de esta investigación. Esto guarda relación con los aspectos citados por el modelo de Pender y retomados de los postulados realizados por Bandura, quien plantea que para que los individuos aprendan y modelen su comportamiento tienen que estar expectantes ante lo que sucede, recordar lo observado y reproducir la conducta(115).

Esta conducta según Pender, a su vez se ve influenciada **por las demandas y preferencias que puedan tener los individuos**; las primeras corresponden a aquellas conductas alternativas por medio de las cuales los sujetos tendrían un bajo control debido a situaciones del entorno y las segundas hacen referencia a las elecciones que ejecuta la persona para tener un control elevado de su comportamiento(114). En este sentido, se observa en los participantes que fueron más las elecciones que hicieron para mantener y lograr la conducta esperada; que las demandas presentes en su entorno que la impidieron. Los ejemplos más explícitos estuvieron relacionados con las elecciones que hicieron en la

alimentación; como preferir tomar el jugo sin dulce a tomarlo con dulce o preferir las verduras sobre el arroz. Además, se evidencian los diferentes cambios de comportamiento que solo se pudieron llevar a cabo una vez que las personas preferían la conducta saludable frente a la que generaba un daño para su salud.

Las contingencias del entorno que pudieron impedir la conducta estuvieron relacionados con el exceso de trabajo o el cuidar a familiares; estas situaciones son señaladas en estudios como el realizado por Veliz y colaboradores(118); quienes encontraron que aquellas personas que trabajan largas jornadas laborales presentaron puntajes más bajos en la adherencia a la dieta; y señalaron que la presencia de obligaciones podría acarrear dificultades para el cuidado de la enfermedad cardiovascular.

En el marco de esta investigación; dichas contingencias, pudieron superarse durante la intervención; gracias al apoyo recibido por la enfermera y al compromiso adquirido por los participantes para realizar el cambio. De esta manera lo afirmado por Molina y colaboradores(101), en su búsqueda sistemática; ratifica lo encontrado en esta investigación señalando que la educación tiene una influencia positiva en el manejo de estas enfermedades. Por tanto, la intervención permitió en los participantes la apropiación del cuidado de sí mismo y ser partícipes en la gestión de su propia salud, creando estrategias que favorecieran su continuidad y que realmente los condujera a realizar cambios para su vida; pues a pesar de que para algunos de ellos, la conducta pudo verse obstaculizada por factores externos; estos realizaron acciones para equilibrar la situación y lograr el beneficio deseado.

Para entender la forma como surgieron estos cambios; vale la pena ahondar en aquellos aspectos individuales, interpersonales y situacionales que influyeron en la conducta de los actores; pues las expresiones de ellos parece mostrar un sin número de elementos que hicieron posible u obstaculizaron su conducta; y que denotan la complejidad de este fenómeno. De esta manera, se avanzará en su interpretación, contrastando el modelo mencionado con las expresiones de los actores que dan cuenta de lo que subyace a un cambio de comportamiento y las aproximaciones de éstas con el modelo; el cual se irá nutriendo según lo evidenciado en la narrativa.

**Las experiencias y características individuales**, constituyen el primer componente del modelo; el cual se debe considerar al momento de interpretar las razones por las que una persona realiza o no una conducta. Las experiencias corresponden a las acciones que los individuos ejecutan previo al establecimiento de la conducta y que van a generar efectos directos o indirectos en la probabilidad de comprometerse a realizar un cambio; esto Pender lo señala como la **conducta previa**(114). En los participantes se presentaron tres escenarios; uno en el que la intervención favoreció la conducta promotora de salud; otro en que le permitió continuar con los cambios que ya venía incorporando y otro en el que la conducta previa sobrepasó el efecto de la intervención en el participante.

En este sentido Pender(114), señala que si una persona ha tenido una conducta positiva en el pasado lo más probable es que esa conducta permanezca con el tiempo; por el contrario si un individuo ha tenido una conducta negativa, pero ésta, se encuentra tan enraizada a las vivencias del individuo; será más difícil lograr el resultado esperado. Con lo anterior se evidencia que la conducta previa de una u otra manera podría influir negativa o positivamente sobre la conducta actual (114) y que aquellas conductas que hacen parte del diario vivir del sujeto, requieren de un mayor trabajo para lograr su modificación; pues estas se ven influenciadas por las creencias frente a la forma correcta o lo que las personas consideran un actuar adecuado para el cuidado de su salud. Al respecto, el estudio cualitativo sobre conocimiento y manejo del autocuidado en pacientes diabéticos no controlados; desarrollado por Thojampa(119), identificó que a pesar de que las personas conocían los efectos nocivos de una alimentación poco saludable, seguían consumiéndola porque hacía parte de sus gustos y sus hábitos; lo anterior deja ver como los cambios de comportamiento se ven influenciados por las creencias sociales, culturales o individuales.

Otro aspecto relacionado con las experiencias y características individuales son aquellos **factores personales** que pueden influenciar en la modificación de una conducta; dentro de los cuales Pender incluye los biológicos, psicológicos y socioculturales(114). En relación a esto Bastable(100), afirma que aquellas personas que presentan más complicaciones de la enfermedad, tienen una mayor edad, un bajo nivel educativo, cuentan con pocas motivaciones, o que tienen gran influencia cultural en su entorno; pueden ver afectada la

realización efectiva de su conducta. De esta manera, al avanzar en la interpretación de las percepciones de los actores se buscará comprender si estos aspectos realmente influenciaron la conducta de los actores.

De otra parte, **las cogniciones y afectos específicos de la conducta**; es el componente central del modelo; en él se incluyen diferentes aspectos como los beneficios que percibe la persona para la acción, las barreras percibidas, la autoeficacia, el afecto relacionado con la actividad, así como las influencias interpersonales y situacionales que pueden afectar o no la conducta. Según Pender; este es el componente de mayor importancia motivacional y sobre el cual la enfermera o el profesional de la salud debe actuar para modificarlos(114)

**Los beneficios percibidos de acción** son los efectos positivos que las personas consideran, se producirán después de realizar la conducta(115). Dado que para el caso de esta investigación, las conductas ya se habían llevado a cabo, se tuvieron en cuenta los beneficios que los participantes percibieron posterior a esta. Es así como el cambio de comportamiento depende también de los efectos positivos que las personas perciben en su salud y de la manera como relacionan la conducta con estos; estas acciones emprendidas tiene que ver con el que hacer ejercicio o tomarse los medicamentos representaron cambios positivos en su salud; otros obtuvieron beneficios verificables como la disminución en el peso o que los resultados de laboratorio y cifras de tensión estuviesen en rangos normales; de la misma forma, Azevedo y colaboradores(102) encontraron cambios en la calidad de vida. Por su parte Chang et al(120), encontraron efectos positivos en la salud percibida, posterior a la intervención. Es así como los efectos positivos que perciben los participantes, según lo señalado por Pender(116), pudieron motivar la adquisición de la conducta o propiciar la continuidad como ocurrió con los sujetos de la intervención; pues si estos no existieran, difícilmente hubiesen realizado los cambios.

Sin embargo, hay otro elemento determinante para que se lleve o no una conducta y **son las barreras personales que el individuo percibe para llevar a cabo una acción**; estas hacen referencia a los bloqueos, imaginarios o reales y los costos personales para la adopción de la conducta; corresponde a las desventajas o aspectos personales que el sujeto percibe y que



pueden obstaculizar su conducta. De esta manera las barreras se convierten en motivos para que la persona evada el comportamiento esperado(114,115).

En esta intervención, el tener problemas de salud fue un impedimento para poder llevar a cabo la conducta de forma apropiada; entre estos se encontraron las enfermedades cardíacas, los problemas articulares o las alteraciones en las cifras de glicemia; convirtiéndose en obstáculos para realizar el ejercicio. La influencia de la ansiedad; también se constituyó en una barrera para seguir las indicaciones relacionadas con la alimentación saludable. Para Kardas y colaboradores(80) en su revisión sistemática; las comorbilidades, la severidad de la enfermedad o las patologías mentales se constituyeron en determinantes que influían en la adherencia; Abegaz por su parte(121), también encontró que el tener múltiples enfermedades fue un factor asociado a la escasa adherencia al tratamiento farmacológico. Por tanto, las enfermedades o patologías de base se constituyeron en una barrera que aunque se tenga la intención de superarla y se realicen acciones para ello; causa mayor dificultad, pues requiere la intervención de otros profesionales de la salud que contribuyan a darle solución a dichas problemáticas.

De otra parte, el desconocimiento que las personas tenían sobre la enfermedad, previo a la intervención, fue un impedimento para entender cómo controlarla; en este sentido, la participación en las sesiones educativas, permitió la apropiación de esos conocimientos que les hacía falta para poder actuar a favor de su salud. Pereira y colaboradores(82) en su revisión integrativa de literatura encontraron resultados similares a esta investigación, en donde se resaltaron como barreras principales el conocimiento acerca del régimen de la enfermedad y el tratamiento; así como el olvido en los medicamentos .

Los avances en la toma correcta de medicamentos fue notorio; pero sin duda una de las barreras que más se presentó fue el olvido de los mismos; pues a pesar de que no dejaron de tomarlos, el horario ordenado si se vio afectado en algunos de ellos; bien sea por olvido, por cambios de rutina como salidas, o cambio en el horario de la toma; en relación a lo anterior Jiménez y colaboradores(122), en su estudio sobre factores relacionados con la no adherencia farmacológica, encontraron que el 71.6% de las personas se les olvidaba tomarse el medicamento y el 58.3% no respetaba el horario. En este sentido, durante la

intervención se entregaron dos pastilleros; uno en el que junto a la persona se identificaba el nombre, dosis, y horarios de la toma y en el que el participante podía seguir organizando sus medicamentos; se entregaba también una tarjeta que contaba con datos adicionales, como los cuidados especiales a tener en cuenta para cada medicamento. El segundo, era un pastillero pequeño para llevar al salir de casa; además de darle recomendaciones relacionadas con el uso de alarmas o solicitar ayuda a familiares en caso de olvidos.

Lo anterior, permite ver como a pesar de que la intervención contaba con estrategias que aminoraron esta barrera; en algunas personas aún se presentaron dificultades, que requieren sin duda un mayor seguimiento. Maningat y colaboradores(85); identificaron en su revisión sistemática, que el uso de pastilleros y pautas para recordar los medicamentos se constituyen en una de las estrategias utilizadas para mejorar la adherencia a la medicación; sin embargo, también encontraron que entre el 15 al 25% de las personas no se adherirán a la terapia farmacológica a pesar de cualquier intervención; en contraste señalaron que las estrategias más prometedoras están relacionadas con el uso de recordatorios ya sea vía telefónica o correo electrónico; herramientas que pudieron haberse utilizado en la presente investigación.

La situación económica fue otro obstáculo para poder desarrollar de la manera apropiada cambios en la adherencia. Esto, guarda relación con las características sociodemográficas de los participantes; pues ésta estaba conformada en su mayoría por personas perteneciente a estratos uno y dos; Ramón y Reyes(123); en su investigación sobre percepción de la adherencia en personas con hipertensión identificaron que el 32% nunca tenían presupuesto para la dieta prescrita. Éste se constituye en un aspecto a considerar al momento de brindar educación y recomendaciones en salud; pues las personas de escasos recursos pueden ver obstaculizada su conducta, al no tener la solvencia necesaria para suplir los requerimientos que esta demanda, lo que requiere que las recomendaciones relacionadas por ejemplo con la alimentación, se realicen de acuerdo a las posibilidades de la persona(100), como se desarrolló en la intervención en la que se educaba en unas pautas generales de alimentación saludables según la patología, pero a su vez se orientaba sobre aquellos alimentos en cosecha o de fácil acceso para la persona.

Durante la intervención, la mayoría de participantes buscaron aminorar dichas barreras mediante la realización de acciones para mitigar los resultados negativos de su conducta; sin embargo no se puede dejar de lado, que estas merecen ser estudiadas y abordadas para que las personas puedan aumentar su autoeficacia; la cual les permitirá la ejecución de acciones contrapuestas a dicha barrera; pues no en todos los casos es fácil superarlas, como sucedió con algunos de los actores.

**La autoeficacia percibida**, hace referencia a las percepciones que tiene el individuo sobre su capacidad para alcanzar niveles determinados de rendimiento; así como para organizar y ejecutar la conducta promotora de salud; a mayor eficacia por parte de las personas se podrá actuar de una mejor manera ante las barreras personales o los factores que puedan influir en la misma para regular su conducta(28,114–116). En los participantes de esta investigación, se observa como exaltan su capacidad para llevar a cabo actividades propuestas que finalmente se tradujeron en resultados para su cuidado; lo anterior guarda relación con lo evidenciado por Mena, Nazar y Medoza(124) en su estudio, en donde la adherencia estuvo relacionado significativamente con la autoeficacia y en el desarrollado por Leug y colaboradores(36), cuyos resultados señalaron que la intervención favoreció la autoeficacia, por medio de la cual los participantes se sintieron capaces de hacer cambios para mejorar la hipertensión.

Diversos aspectos señalan la eficacia por parte de los participantes para desempeñar acciones sugeridas en la intervención: autogestión de su salud, capacidad para la toma de decisiones, responsabilidad frente al cuidado, apropiación de su rol en la intervención y el ser capaces de percibir el esfuerzo que implicó el cambio. La autogestión de su salud, se evidenció en la forma como llevaron el conocimiento a la acción y su consecuente compromiso con la conducta promotora de salud. Es así como los participantes tuvieron que tomar decisiones conscientes para poder lograr el beneficio en su salud. La eficacia en los participantes estuvo relacionada con la responsabilidad que implica el realizar este tipo de conductas y el papel que juega el individuo como gestor de su propio cuidado; también está relacionada con los esfuerzos que había que emprender para realizar el cambio; en donde expresaron lo difícil que fue llevarlos a cabo y el rol de la intervención como

elemento orientador y de soporte para lograr la conducta. Estos resultados guardan relación con lo identificado por Alhalaiqa et al(28), es su estudio; en donde los participantes lograron un efecto positivo en la autoeficacia, visto del cuidado individual, el aumento de la responsabilidad, capacidad para la toma de decisiones y mejoramiento de la autoestima.

De esta manera la autoeficacia y su consecuente resultado en las acciones a favor de la salud, se suma a los múltiples aspectos que hacen posible la realización de una conducta; la cual representa la forma como las personas de la intervención reflexionaron y valoraron sus propias competencias que los llevaron a realizar la acción; esto es un aspecto positivo a considerar, pues según Bandura, las personas que se perciben a sí mismas competentes para una actividad, serán capaces de repetir, regular y evaluar esa conducta(116).

Si bien, la mayoría de los participantes demostraron, elementos que reflejaron una eficacia en el cuidado de su salud; para otros el tema ha sido más complejo e intermitente; lo que pudo haber afectado la continuidad de la conducta o la realización de la misma. Esto lo ratifica el estudio desarrollado por Hernández y colaboradores(125), quienes encontraron que aquellas personas que han tenido problemas para seguir el tratamiento, confían menos en su capacidad para afrontar efectivamente las situaciones difíciles; lo que se podría traducir en resultados opuestos a los esperados; lo anterior refleja los intentos que realizaron algunos de los actores para encontrar el equilibrio entre lo que no se llevó a cabo y lo que realmente debería hacerse.

A lo anterior, se le suma **el afecto percibido** que tiene que ver con los sentimientos, motivaciones, deseos, propósitos y aquello que impulsó a los participantes a ser parte de la intervención, a permanecer en ella y por tanto a realizar los cambios. De esta manera, entre mayor sea el afecto percibido en el cambio de conducta, mayor serán esos sentimientos de eficacia y de querer hacer una acción(114,116)

En general, se observaron sentimientos positivos durante la intervención, los cuales les impulsaron a realizar la conducta. Estas motivaciones estuvieron dirigidas a 4 aspectos: el cuidado de la salud, el sentirse bien atendidos por parte de los profesionales de la salud, el poder ayudar a otros y el contar con un libro guía fuera de la intervención.

El conocer la manera cómo podían mejorar su salud, fue la principal motivación referida por los participantes; para quienes el beneficio obtenido de asistir a las sesiones educativas fue el aprender sobre cómo cuidarse a sí mismos; Por su parte, los profesionales de enfermería se constituyeron en esas personas que los hicieron sentir a gusto y los impulsaron a realizar cambios en su vida; lo que representó para ellos una motivación para continuar en la intervención y ejecutar la conducta promotora de salud propuesta. Lo anterior se complementa con los resultados obtenidos por Rodríguez et al(126); quienes identificaron que el apoyo del personal de salud está asociado positivamente con la adherencia no farmacológica. Por su parte Alhalaiqa F y colaboradores(28) identificaron en su estudio cualitativo que los participantes percibieron a los profesionales de salud como agentes motivadores para ejecutar su conducta; además de señalar el impacto positivo que tuvo la intervención en su bienestar.

El poder ayudar a otros; los impulsó a seguir aprendiendo; pues para ellos el conocimiento adquirido se convirtió en una herramienta para cuidar la salud no solo de sí mismo, sino la de los demás; el libro guía por su parte se constituyó en un elemento que les permitía afianzar lo aprendido y el cual podían consultar ante cualquier duda. De esta manera como lo señala Gellad et al(127); en sus conclusiones; educar a las personas para que entiendan los verdaderos riesgos potenciales de su estado de enfermedad posiblemente podrían ayudar a minimizar las creencias de salud contraproducentes y promover la motivación para adherirse al tratamiento.

De esta manera, lo anterior se constituyó en las razones que motivaron a los participantes a llevar a cabo la conducta; pues como lo señala Pender(115), la motivación es un elemento fundamental para que en primera instancia haya la intención de cambiar y se genere la consecuente conducta y su mantenimiento; si no existen estos elementos que impulsan la realización del cambio, la eficacia para llevar a cabo una acción disminuye y por tanto no habrá tampoco un compromiso para su ejecución. Esto a su vez guarda relación con la teoría de acción razonada propuesta por Ajzen y Fishben y que retoma la teoría de Pender(116) quienes explican que es más probable que una persona realice una conducta cuando éste desea tener un resultado; como en el caso de los participantes; para quienes el

propósito de ser parte de la intervención estuvo en su mayoría relacionado con poder cuidar su salud.

Sin embargo, el cambio no solo está mediado por elementos individuales; existen otros componentes que van a impedir, obstaculizar o propiciar la conducta promotora de salud; estos tienen que ver con las influencias interpersonales y las situacionales. **Las influencias interpersonales** corresponden a todas aquellas expectativas de las personas más importantes, el apoyo social ya sea instrumental o emocional y la modelación que hace referencia al aprendizaje directo mediante la observación de los demás, comprometidos en la conducta. Es así como, estas personas pueden posibilitar la conducta, ayudar a modelarla u ocasionar que esta no se lleve a cabo o presente dificultades para la acción; estas hacen referencia a la familia, los profesionales de la salud, la pareja y demás individuos que de una u otra manera interactúan con la persona(114).

En esta investigación se puede observar que para unas personas la influencia de la familia, favoreció su conducta y para otros la obstaculizaron. Las influencias negativas estaban mediadas por la falta de apoyo en la realización de la conducta o por el efecto que generaban los problemas familiares en la persona; esto se vio reflejado en el estudio cualitativo desarrollado por Ávila y colaboradores(128); en el que la falta de apoyo familiar en la alimentación saludable, se constituyó en una de las barreras mencionadas por los participantes. En contraste las influencias positivas de la familia, propiciaron la conducta, siendo partícipes en su ejecución; esto guarda relación con lo encontrado en investigaciones como la ejecutada por Zurera et al(129); en donde se concluyó que uno de los elementos facilitadores de la conducta es el apoyo de la familia como pilar fundamental en el cambio de comportamiento.

De esta manera, las personas de la intervención se vieron enfrentados a ejecutar medidas para evitar que las influencias negativas pudieran afectar el cambio de conducta. De acuerdo a lo anterior se podría decir que las personas fueron conscientes de que su familia ha influido en algún momento en la realización de la conducta, pero su compromiso por realizar el cambio ha sido mayor pese a las dificultades; lo que ha hecho que estas personas hayan demostrado su eficacia para desarrollar las actividades propuestas; entendiendo la

responsabilidad que cada uno tiene de ejercer su propio cuidado indistintamente si una fuente cercana a ella se lo impide o se lo dificulta. Además, este resultado se podría comparar con lo señalado por Pender(114), quien afirma que las personas son capaces de modificar los entornos interpersonales, para crear incentivos para las acciones en salud; aspecto que se contrasta con lo dicho por los actores quienes buscaron la forma de hacer la conducta y para algunos casos lograron que la familia fuera participó en sus cambios y contribuyeran a su mantenimiento.

Otras influencias que señalaron los participantes fueron las de los profesionales de salud. En este sentido, se puede interpretar dos mensajes por parte de los actores; el primero que guarda relación con la influencia positiva de la enfermera de la intervención en su proceso de aprendizaje y realización de su conducta; en donde ésta fue la guía y soporte para poder cuidar su salud y el segundo en donde se evidencia como el no recibir apoyo por parte del proveedor de cuidados del centro asistencial, realmente obstaculizan la conducta de la persona. Esto no solo tienen que ver con el personal de salud y su disposición para darle solución a los problemas, sino también con el mismo sistema de salud que no cuenta con los medicamentos necesarios que puedan suplir las necesidades de quien recibe la atención ante un caso de hospitalización y cuyas barreras administrativas impiden el trabajo conjunto entre quien brinda y quien recibe la atención. Al respecto la revisión sistemática y metaanálisis de Al Shaikh y colaboradores(79), señala que uno de los factores asociados a la no adherencia estaba relacionado con la relación paciente-cuidador; que incluye la falta de confianza, de continuidad en la atención y comunicación inadecuada.

Lo anterior, señala la importancia que tiene para el usuario el profesional de la salud en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, constituyéndose en un factor facilitador para el establecimiento de la conducta; en este sentido Rodríguez y colaboradores(126) identificaron que el recibir apoyo del equipo de salud se asocia positivamente a la adherencia; Zurera et al(129); además señaló en su investigación cualitativa; que la relación con el proveedor debe incluir una comunicación abierta, de apoyo, educación y seguridad.

De otra parte, las **influencias situacionales** corresponden a aquellas situaciones y contextos que según la percepción de las personas facilitan o impiden la conducta, además de las opciones disponibles y características de ese entorno en el que se pretende se desarrolle el cambio(114).

Durante la narrativa de los participantes se evidencia que herramientas como el pastillero pudieron facilitar la toma correcta de los medicamentos y contribuir a que la conducta se desarrollara de manera apropiada. En este sentido, Pender señala que cuando la conducta que se quiere seguir además va acompañada de opciones atractivas y que agradan a la persona, es más sencillo que se lleve a cabo(115).

Para estas personas el que el pastillero, el ejemplo de un menú saludable, los ejercicios o el libro (opciones disponibles para llevar a cabo su conducta) fueran de su agrado y se les facilitara su realización o uso; ayudó a la implantación de la conducta. En este sentido, las diferentes estrategias utilizadas durante la intervención sirvieron para que las personas las incorporaran a su diario vivir y se hiciera más fácil realizar el cambio. Adicionalmente, la forma en que se orientaron diversas situaciones por parte de la enfermera también permitió la realización de la conducta; pues el que la persona comprenda la manera correcta de llevarlo a cabo va a influir en el hecho de que se siga realizando. Lo anterior, lo ratifica los resultados del estudio elaborado por Alhalaiqa et al(28); quienes encontraron que los participantes dieron especial importancia a la utilidad de la intervención recibida, a sus contenidos, a que tanto lo realizado en ella, los beneficiaba, que tan cómodos se sintieron con la intervención recibida y la forma como esto contribuía a la satisfacción frente a la educación recibida y a los cambios de conducta.

Uno de los aspectos más reiterativos en los participantes y quizá el que más afectó la conducta de estas personas fue el tener que viajar o salir de casa; debido a que esta situación generaba un cambio de rutina en el que se iba a afectar las conductas que ya venían realizando. Estas tuvieron que ver con la alimentación; pues las personas al estar fuera de casa se ven comprometidos a comer de la misma manera que sus amigos, conocidos o familiares lo hacen. . Ávila et al(128), también identificaron que cuando hay eventos familiares como fiestas, las personas terminan consumiendo alimentos poco



saludables. Thojampa,(119), en su investigación señaló al respecto, que aunque las personas conocen que ciertas acciones pueden afectar a su salud, terminan llevándolas a cabo y por tanto teniendo un bajo control de la enfermedad. Según lo anterior, se puede determinar que para las personas de la intervención el poder hacer parte activa de reuniones, viajes o visitas tiene implícito el comer lo que el resto de personas comen. En este sentido, pesa más en ellos la vergüenza de rechazar el ofrecimiento de comida, o sentir que es un acto de descortesía, a expresar que no pueden consumir dichos alimentos. Esto trae consigo implicaciones en el control de la enfermedad y el cuidado de la salud; pues si bien, algunas personas afirmaron que habían podido superarlas para el resto ha sido difícil y terminaron optando por retomar su conducta después de pasado el viaje o la actividad a la que fueron invitados

De esta manera, para los participantes estas situaciones se constituyeron en el principal obstáculo para llevar a cabo su conducta; sumado a que un viaje no solo implica para ellos enfrentarse a cualquier tipo de comida; sino también superar las dificultades que se le pueden presentar con las demás conductas. Este cambio en la rutina, a la mayoría de personas los llevó a cometer errores en la conducta que pudieron llegar a generar problemas en su salud como el ajustar las dosis de insulina de acuerdo a los alimentos consumidos; es por esto que el entorno en que se desarrolle la acción, como lo señala Pender(114) es fundamental, pues al momento de considerar un cambio de conducta se debe tener presente esas influencias que pueden afectar su realización y la forma como se pueden abordar para generar un resultado positivo.

Después de observar las expresiones de las personas, se podría decir que los participantes lograron realizar una serie de cambios importantes para su vida; sin desconocer que estos estuvieron mediados por diferentes factores que de una u otra manera hicieron que se realizara la conducta, se presentaran obstáculos o que la impidiera. La mayoría de los participantes lograron gracias a la intervención superar diversas dificultades y convertir esas barreras en situaciones superables; las sesiones educativas les permitieron ser más críticos y reflexivos en relación a sus competencias para el cuidado de salud; lo que les impulsó a hacerse responsables de su propio cuidado; logrando discernir entre aquellas

situaciones que podrían afectar su salud y las que podrían potenciarla; tomando de esta manera decisiones para favorecerla.

Para los participantes, esta intervención les generó diferentes beneficios para su salud; constituyéndose en un espacio en el que se sintieron bien atendidos por parte de enfermería. En la mayoría impulsó la eficacia para la acción de cuidado, favoreció en ellos motivaciones que los llevaron a realizar cambios de conducta y superar las influencias interpersonales, del entorno; así como las barreras personales que pudieran afectar su conducta. Los anteriores resultados guardan relación con lo evidenciado en la intervención realizada por Alhalaiqa et al (28), cuyo objetivo fue mejorar el comportamiento en la toma de los medicamentos; esta permitió el mejoramiento de actitudes frente al cuidado, tuvo un impacto positivo en la autoeficiencia y en el bienestar percibido. Sin embargo, no se puede desconocer que el cambio de conducta es un constructo complejo que requiere trabajar concienzudamente sobre aquellos aspectos en los que se presenta mayor dificultad para el cambio (**Ver tabla 7 con los hallazgos principales**).

*Tabla 7 Hallazgos principales contrastados con las cogniciones y afectos específicos de la conducta propuestos en el modelo de Nola Pender*

Cogniciones y afectos específicos de la conducta	Hallazgos identificados en la intervención
Beneficios percibidos de acción	-Cambios positivos en la salud percibida -Beneficios que los participantes pudieron verificar como reducción de peso o de la tensión arterial.
Barreras percibidas	-Relacionadas con el estado de salud: enfermedades cardíacas, problemas articulares, alteraciones en las cifras de glicemia o ansiedad. * -Relacionadas con los conocimientos escasos sobre el cuidado de la salud, previos a la intervención. -Relacionadas por el olvido en la toma de medicamentos, dado por realización de actividades cotidianas, salidas extendidas fuera del tiempo previsto, cambios de rutina o sin razón específica.* -Relacionadas con el estado socioeconómico: que obstaculiza los cambios en la alimentación.
Autoeficacia percibida	-Autogestión de la salud -Toma de decisiones para favorecer la salud -Responsabilidad frente al cuidado -Esfuerzo percibido para realizar el cambio -Reflexiones relacionadas con una conducta intermitente o incompleta*
Afecto relacionado con la actividad (motivaciones)	Motivó: -El cuidado de su salud -Sentirse bien atendidos -El poder ayudar a otros

	-Contar con un libro guía
Influencias interpersonales	-Influencias positivas por parte de la familia: ayuda en la modelación de la conducta, siendo partícipes en la misma. -Influencias negativas por parte de la familia: falta de apoyo en la realización de la conducta, problemas familiares que recaían en el participante. -Influencias positivas por parte de la enfermera de la investigación: apoyo en el proceso de aprendizaje y guía para el cuidado de su salud. -Influencias negativas de otros profesionales de la salud: dificultad en la resolución de problemas a los sujetos de cuidado.
Influencias situacionales	-Obstáculos administrativos en instituciones de atención en salud -Opciones atractivas disponibles para ejercer el cuidado: pastilleros, libro guía. -Forma en que se orientó al participante para lograr la comprensión en la ejecución de la conducta -Salidas y viajes que impidieron realizar adecuadamente la conducta (alimentación, toma correcta de medicamentos).*
<b>*Aspectos que afectaron en mayor medida la conducta, para los que no fue suficiente las estrategias de contingencia ejecutadas por los participantes y orientados en la intervención.</b>	

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la investigación

En este sentido, se podría decir que la intervención de la manera como fue diseñada, realmente pudo generar conductas promotoras de salud, mantenidas en el tiempo (un año después) en la mayoría de los participantes. Sin embargo; para algunas personas fue más complejo y es aquí donde cobra importancia el nombre de este apartado: “el camino al cambio”; pues durante todo el tiempo a las personas se les van a presentar dificultades que les exige emprender acciones contrapuestas para sobrellevar los obstáculos.

Podría ser, que una de las dificultades para que estos cambios no se pudieran haber dado estuvieran relacionados con la falta de continuidad en la intervención, pues ésta solo tuvo una duración de 6 meses, lo que podría haber dificultado la resolución de problemas de forma oportuna; sumado a lo anterior, hay cambios que requiere un mayor tiempo y trabajo conjunto entre otros profesionales de salud, familiares y participantes; cómo evitar una conducta arraigada al diario vivir o el tener problemas de salud que a pesar de que haya la intención y el deseo de desarrollar la conducta, no se pueda llevar a cabo porque requieren la intervención de especialistas en el área. En este sentido la revisión sistemática desarrollado por Conn y colaboradores(43), señala la importancia de dar continuidad a este tipo de intervenciones educativas, dado que aquellas que duran mayor tiempo tienen mayor eficacia, pero requieren cambios desde los entes gubernamentales que garanticen su incorporación.

Por su parte el olvido en el horario en la toma de medicamentos; a pesar de que fue un tema en el que se presentaron grandes avances y en él que se utilizaron varias estrategias como la tarjeta de medicamentos, el pastillero; así como recomendaciones para el uso de alarmas o solicitar apoyo a un familiar; podría ser que el corto tiempo y el no contar durante las sesiones con la presencia del cuidador o familiar o no haber utilizado recordatorios para la toma pudo haber obstaculizado esta conducta.

Finalmente, las conductas negativas que se dieron durante las salidas o viajes denotan que el trabajo con estas personas debe continuar, pues si bien fueron muchos los aspectos positivos surgidos con la intervención, una conducta promotora de salud no se va a lograr en un corto tiempo; debido a que como se señalaba en el modelo de Pender, va a estar influenciada por diversos elementos individuales, situacionales e interpersonales; en donde las percepciones que la persona tenga frente a esa conducta vista desde los beneficios, las barreras, la autoeficacia o la motivación van a repercutir en su realización o no; por tanto estos individuos requieren del acompañamiento continuo por parte de los profesionales de la salud, que les orienten y les brinden las herramientas para ser gestores de su propia salud; considerando además que cada individuo va a reaccionar de una forma diferente a la posibilidad de cambio.

#### **9.4 EL CUIDADO COMO UNA RELACIÓN CON EL OTRO**

Para la interpretación de esta categoría se tuvieron en cuenta las expresiones de los participantes a la luz de la teoría de los cuidados de Kristen Swanson(130), la cual permitió ahondar de forma detallada sobre los aspectos que para los actores fueron más relevantes sobre el cuidado recibido por parte de la enfermera y de cómo fue la relación interpersonal con ella, durante la intervención educativa.

Los actores dejan ver que la enfermera fue aquella persona que mantuvo con ellos una relación interpersonal basada en el buen trato, una guía en su proceso de aprendizaje, quien los hizo sentir importantes y cuyas acciones motivaron la permanencia en la intervención y la implementación de acciones a favor de su salud; de esta manera, lo anterior refleja lo señalado por Swanson sobre los cuidados de enfermería; los cuales se constituyen en una forma educativa de relacionarse con un ser preciado hacia el que se siente un compromiso y

una responsabilidad personal; en donde los actores notaron a una enfermera interesada por el cuidado de su salud, dispuesta a brindar una atención en la que se sintieron acogidos y en donde les permitieron ser partícipes de su cuidado(130).

Durante su relato, los participantes reflejan los 5 procesos básicos de los cuidados descritos por Kristen Swanson; el primero es **el conocimiento**, que tiene que ver con el esfuerzo que hace la enfermera por comprender el suceso por el que está pasando el otro, centrándose en la persona, valorando la situación y buscando un compromiso de parte de ambos(130,131); en este sentido se pudo observar que las personas se sintieron como el centro de cuidado; pues la enfermera según ellos, estuvo atenta a su proceso de aprendizaje, a sus cambios de conducta y a orientarlos para mejorar su salud. De esta manera se evidencia como el profesional se preocupó por indagar en las personas la forma como se habían sentido y sus avances en los cambios de comportamiento. Lo anterior, guarda relación con lo señalado por Ramírez y Müggenburg(103) quienes identificaron en su investigación que el cuidado requiere actitudes empáticas, que permitan la comprensión del otro y la creación conjunta de objetivos y su consecuente logro.

El segundo proceso es el **“estar con”** y hace referencia a estar emocionalmente con el otro; a transmitir al individuo disponibilidad y la posibilidad de compartir sentimientos y experiencias con él(130). De esta manera para los actores, todas aquellas situaciones vividas en su relación con la enfermera, reflejan la disposición de ésta para comprenderlos e interactuar con ellos; además de resaltar las cualidades de esta profesional que hicieron posible entablar una relación en la que se sintieron cómodos.

Uno de los aspectos nombrados por varios de los participantes y que guarda relación con la disponibilidad mencionada por Swanson(130), fue el tiempo que les dedicaron las enfermeras y su preocupación por su salud. De esta manera, los participantes consideraron importante el acompañamiento por parte de la enfermera y el sentirse respetados, comprendidos y apoyados en el cuidado de su salud; pues algunos de ellos no contaban con ayuda de su familia para poder realizar los cambios de conducta sugeridos.

Los actores a su vez percibieron diversas cualidades en la enfermera que hicieron posible una relación interpersonal fructífera como el demostrar sencillez, paciencia, nobleza, amabilidad, alegría, carisma, capacidad de servir y buen humor; lo anterior quizá fue el punto de partida para que las personas expresaran como aspecto reiterativo el buen trato recibido por parte de la enfermera; siendo este constantemente comparado con experiencias vividas con otros profesionales.

Esto guarda relación con lo postulado por Swanson(130); pues si bien la enfermera debe contar con conocimientos empíricos propios de su profesión y de otras disciplinas; también requiere poseer virtudes y valores que al ser transmitidos al sujeto van a contribuir a que éste sienta su presencia y disposición para brindar el cuidado. Por tanto, la forma como la enfermera trate a quien le brinda atención, va a influir en que este realmente realice cambios en su estilo de vida; pues fueron los mismos actores quienes señalaron que la forma en que se sintieron con otros profesionales generó rechazo hacía las recomendaciones sugeridas. Al respecto Ramírez y Müggenburg(103) identificaron que el trabajo que la enfermera desarrolle con la persona debe hacerse con calidez y afecto, propiciando el trato humanizado y el crecimiento emocional del otro; también señalan que las personas aprecian más a aquellas enfermeras que combinan su capacidad técnica con la amabilidad y que esto a su vez estará relacionado con un tratamiento integral.

De esta manera, las personas no solo señalaron aspectos fundamentales en la relación con la enfermera, quien les generó confianza, los escuchaba y era comprensiva con ellos; sino que también hicieron alusión a las actitudes negativas de otros profesionales, quienes juzgaban su conducta, no hacían contacto visual con ellos, no los escuchaban, ni les permitían entablar una conversación. En este sentido, Alba et al(132), encontraron que la enfermera debe facilitar el dialogo, interactuar con sencillez, humanidad, humildad, reflejar respetar por otro, mostrar cercanía, llamar a la persona por su nombre y permitir expresar sus opiniones; sumado a lo anterior, Ramírez y Müggenburg (103) identificaron que la relación enfermera persona requiere tiempo, comprensión, comunicación y trato digno, en el que la enfermera tenga en cuenta las emociones de la persona, mantenga el contacto visual y

propicie la confianza; por tanto que las personas esperan de la enfermera un trato humano en que se brinde atención como persona y no como un síntoma o patología.

Con esto, se reitera que para los actores, la manera en que se dirija la enfermera o profesional hacia ellos y la forma como éste, realice el acompañamiento al cuidado de su salud, dependerá su motivación para seguir las recomendaciones sugeridos por dicho profesional.

En este sentido, la disposición de la enfermera durante las sesiones educativas, trajo consigo momentos en donde los participantes se sintieron alegres, apreciados y queridos; fue un escenario que les permitió salir de la rutina, compartir experiencias, olvidarse de los problemas; llegando a considerar a la enfermera como parte de la familia.

El siguiente proceso considerado por Swanson es “**posibilitar**”; el cual se enmarca en el papel que tuvo la enfermera como educadora; quien fue considerada por los actores como aquella persona, guía en su proceso de aprendizaje, quien les facilitó el cuidado de su salud, a través de su conocimiento, de la explicación ofrecida y de la ayuda constante para que ellos pudieran comprender su situación y establecieran alternativas de solución.

En este rol, los participantes resaltaron la forma como la enfermera les explicaba, en donde según ellos no solo se limitaba a brindar información, sino que les permitían hacer preguntas y realmente se preocupaba porque ellos entendieran. Lo anterior deja ver como la relación con la enfermera estuvo centrada en la interacción constante, el compartir experiencias sobre su enfermedad y el que la enfermera estuviera atenta a retroalimentar, a transmitir un mensaje claro y a resolver las inquietudes y dificultades presentes en los participantes; situación opuesta a lo ocurrido con otros profesionales; para quienes según las personas no tenían en cuenta sus apreciaciones y el lenguaje utilizado les impedía entender lo que les estaban explicando; al respecto Ramírez y Müggenburg (103) encontraron que la enfermera en ocasiones emplea un lenguaje verbal técnico; lo que obstaculiza la escucha y el interés de la persona.

En este sentido, la enfermera les permitió entender su enfermedad y emprender de una manera más fácil, acciones a favor de su salud. Se podría decir entonces que para las

personas el principal rol de la enfermera fue el de educadora; quien favoreció el aprendizaje a través de una explicación clara; detallada, que les permitía hacer preguntas, les resolvían las dudas; siendo participe en el cuidado de su salud, proporcionando elementos que le ayudaron a entender la enfermedad; que los llevó no solo a emprender acciones para el cuidado de sí; sino también a ser capaces de discutir su situación de salud con otros profesionales. Maqueda e Ibañez(133) señala al respecto que la enfermera debe transmitir respeto y una comunicación empática, además de brindar información clara y sencilla según las características de la persona, favoreciendo de este modo la adherencia.

De este modo, el significado que Swanson le asigna a “posibilitar” guarda estrecha relación con lo expresado por los actores; pues éste tiene que ver con capacitar, apoyar, informar, explicar y retroalimentar sobre el cuidado de la salud, así como validar lo que el otro piensa; buscando que la persona pueda enfocarse en los aspectos más importantes de su cuidado(130,134). Al respecto Maqueda e Ibañez(133) señala que la comunicación por parte de la enfermera debe tener un lenguaje sencillo, comprensible, saber escuchar, asegurarse que la otra persona entienda y satisfacer las necesidades del otro.

El siguiente aspecto es el “**hacer por**”; es ir más allá, es cuidar al otro, como quisiera que lo trataran a sí mismo; es buscar el beneficio del otro, es hacer todo lo posible para que el otro crezca; es adelantarse a las necesidades y buscar alternativas que favorezcan la salud del otro(130); De esta manera el hacer de la enfermera, según los participantes, estuvo centrado en realizar seguimiento a su estado de salud y en estar atenta a las dificultades que se les podría presentar y ofrecerles alternativas de solución. Estas acciones estuvieron dirigidas como lo señala Swanson al bienestar de quien es cuidado, aspecto que también fue experimentado por los actores; para quienes las acciones de la enfermera significaron un cambio en su salud. Esto es ratificado por Ramírez y Müggenburg(103), quienes identificaron que la enfermera es ese profesional que ayuda a la persona a entender la enfermedad y a implementar acciones a favor de su salud y su productividad.

Finalmente, **mantener las creencias o la confianza** en la narrativa de las personas se evidenció como la convicción por parte de la enfermera de que la persona podía realizar el cambio, pues fue motivadora constante e incitó al participante a que llevara a cabo acciones



favorecedoras de su salud; quien además los impulsó a no desistir ante las adversidades. Lo anterior es compartido por Ferrer y colaboradores(135) quienes identificaron que brindar información no es suficiente para realizar cambios de conducta, en contraste se requiere profesionales capacitados en motivación y creación de estrategias que le permitan al usuario ser más autónomo en su cuidado.

Lo dicho por los participantes es reiterado por Swanson; para ella la enfermera debe confiar en la capacidad que tienen las personas para afrontar las situaciones que se le presenten y para darle un significado diferente al futuro; que para el caso de los participantes fue el gestionar su salud para un mejor vivir(130).

Con lo anterior se podría concluir entonces, que los participantes vieron a la enfermera como un ser comprometido con el cuidado de su salud; quien centró su atención en ellos, buscando comprender la situación por la que estaban viviendo (conocimiento); de este modo la relación con la enfermera según los actores, se centró en el buen trato, en transmitir disponibilidad y posibilidad de compartir sentimientos y experiencias; en ésta se sintieron respetados, e importantes, fue un espacio en donde los escucharon, no los juzgaran y en donde se sintieron a gusto con el cuidado (estar con); para ellos la enfermera fue motivadora y guía para continuar ejecutando acciones a favor de su salud (mantener la confianza).

Las principales acciones terapéuticas realizadas por la enfermera, según la percepción de los participantes fue el rol de educadora en donde les explicaron, informaron, le dieron validez a sus opiniones y resolvieron sus dificultades; (posibilitar); además resaltaron el seguimiento a su estado de salud y el acompañamiento por parte de la enfermera, quien se preocupó por brindar alternativas de solución a su problemáticas (hacer por).

Lo anterior guarda relación con lo identificado por Zurera y colaboradores(129) en donde los pacientes resaltaron una interacción con la enfermera basada en la comunicación abierta, apoyo, ánimo, educación y seguridad. Además Rodríguez y colaboradores(126) resaltan la importancia del profesional de la salud como factor positivo para el mejoramiento de la adherencia.

De esta manera, los anteriores hallazgos reflejan la forma como la enfermera brindó la intervención educativa y los elementos del cuidado que se tuvieron en cuenta para lograr un cambio y compromiso real por parte de los participantes. Esto se traduce a su vez en un cuidado humanizado en el que el personal de enfermería debe estar atento a las necesidades del otro, ayudar a afianzar su confianza, logrando en la persona el cuidado de si y la obtención de beneficios percibidos, mediante una comunicación asertiva(136).

## **9.5 AYUDANDO A CONSTRUIR PROGRAMAS EDUCATIVOS**

Los actores durante la conversación señalaron aportes valiosos que al incluirse en los programas e intervenciones educativas, podrían mejorar sus resultados y propiciar una educación en la que se tengan en cuenta las necesidades y preferencias de la persona. El primero hizo referencia al tiempo de duración del programa, pues para la mayoría, la intervención tuvo una duración muy corta; esto quizás pudo haber obstaculizado el cambio de conducta y la continuidad en el proceso de aprendizaje. Lo dicho por los participantes también guarda relación con lo mencionado en otras investigaciones desarrolladas por Alhalaiqa y Rocha(28,34), quienes consideraron el tiempo de duración de las intervenciones educativas, como una limitación. Conn(43) además señaló que el darle continuidad a este tipo de programas constituye una necesidad, que invita a seguir trabajando en una educación que guíe cambios de conducta perdurables en el tiempo. Herrera y Silva(137); por su parte recomiendan que es necesario incorporar intervenciones con seguimiento a largo plazo con individualización y caracterización de la población a intervenir, para así tener un mayor impacto en la aplicación de estas estrategias; lo que supone a su vez plantearse líneas de base que permitan detectar las necesidades propias de las personas a intervenir y que no necesariamente serán las descritas por los participantes de esta investigación.

De otra parte, para los participantes, la realización de actividades en grupo constituye una propuesta que incluye no solo brindar educación individual sino que se generen espacios para compartir con otras personas y aprender en grupo. Sumado a lo anterior, los participantes de la investigación desarrollada por Hernández y colaboradores(29), también sugirieron el desarrollo de actividades educativas en espacios externos al centro de salud.

De otra parte, Manoel y colaboradores(41), identificaron en su investigación que las actividades que son combinadas; es decir que utilizan sesiones individuales y grupales permitirá de una mejor manera el esclarecimiento de dudas, la adquisición de conocimientos, mejora en la calidad de vida y adhesión a las prácticas de autocuidado. Lo encontrado en la literatura, junto con lo expresado por los participantes constituyen dos buenas razones para que este aspecto se pueda tener en cuenta al momento de incorporarlo en intervenciones educativas de este tipo.

La narrativa de los participantes, podría suponer de manera implícita el deseo por un cambio de un enfoque curativo a un enfoque preventivo, en el que no solo se incluyan a las personas que presentan patologías como la hipertensión o diabetes sino que también se eduque a personas sanas, lo que en consecuencia evitará la aparición de enfermedades; lo anterior deja ver lo importante que es la promoción de la salud como propósito para el siglo XXI y la incorporación de ésta en el marco de la política de atención integral en salud en Colombia, en donde se señala el fortalecimiento de acciones tanto de promoción de la salud como de prevención de enfermedad(59). De esta manera, como lo señala Pender(114), las enfermeras y los profesionales de la salud están llamados no solo a prevenir las complicaciones de la enfermedad sino a promover conductas que fomenten la salud y que busquen potenciar la vida de las comunidades; de esta manera se evitarían efectos negativos en la salud de las personas, que acarrearían disminución en la calidad de vida y aumento de recursos para el sistema de salud.

Sumado a lo anterior, uno de los participantes expresa el uso de obsequios, como estrategia para que las personas se motiven a recibir la educación. Si bien, durante la intervención se evidenció que las motivaciones de los participantes para asistir a las sesiones educativas, estuvieron enfocadas en aspectos diferentes al de recibir incentivos como el dinero para el transporte, si se pudo observar que obsequios como el pastillero o un libro guía fueron útiles y necesarios para facilitar la conducta promotora de salud; como lo señala también Conns y colaboradores(43) en su revisión sistemática, en donde observaron que el uso de pastilleros se constituye en una buena estrategia que puede contribuir a obtener resultados prometedores en las intervenciones.

Es así como, los incentivos o regalos son reforzadores de la conducta, pero no pueden ser el único elemento motivador para ésta, ya que estos suelen ser pasajeros; de ahí la importancia de utilizar incentivos de carácter social, los cuales van a perdurar en el tiempo; estos consisten en valorar y reconocer las habilidades del otro y las propias para llevar a cabo el cambio de conducta; como se pudo observar a lo largo de la interpretación realizada en esta investigación(138).

*A pesar de que durante la narrativa, los participantes demostraron el gusto por los diferentes aspectos de la intervención y mencionaron aportes para mejorarla; en ésta también señalaron al equipo de Monitorización Ambulatorio de Presión Arterial (MAPA), como el elemento o actividad con el que se sintieron menos cómodos. Las razones estuvieron dirigidas al impedimento o dificultad para realizar las actividades de la vida cotidiana como dormir, vestirse o bañarse; reacciones alérgicas o tomas de tensión adicionales por movimiento del brazalete.*

Lo anterior, no solo se ha presentado en esta intervención; García et al(139); identificó que el 60.2% de los pacientes refirieron un nivel de intolerancia moderada, 34% mínima y 2% grave. La evidencia señala otras investigaciones (140–144) en las que se describen estas dificultades como una limitación del estudio; pues algunos de los individuos no logran tolerar los problemas que presentan con el uso del equipo; señalando molestias durante la jornada laboral, al dormir o efectos secundarios derivados de la compresión como las Petequias, equimosis, flebitis, o rash alérgico. De esta forma, las molestias citadas por las personas de esta investigación realmente se fundamentan en los efectos que puede ocasionar el uso del equipo y podrían servir para orientar estrategias que permitan llegar a acuerdos que favorezcan la tolerancia a este equipo. Es por esto, que durante la intervención, se buscaron estrategias que favorecían la comodidad de las personas y la permanencia en la intervención; para ello se llevaron a cabo diferentes alternativas según las necesidades de cada persona, como trasladar la programación de la toma de cada media hora, a cada hora o realizar únicamente tres tomas en consultorio.

Sin embargo no se puede dejar de lado que si bien el equipo genera dificultades que obstaculizaron el confort de las personas; fueron ellas mismas las que señalaron los

beneficios que obtuvieron de éste, como el poder determinar si presentaba hipertensión, identificar el comportamiento de la tensión en los diferentes momentos del día, así como la frecuencia cardiaca o también el ser una herramienta para poder ajustar las dosis del medicamento.

Estos mismos beneficios son los que según la literatura, se obtienen de usar el MAPA en lugar de la toma habitual en el consultorio; pues el monitoreo de 24 horas va a permitir el diagnóstico de hipertensión de una forma más precisa, podrá determinar el comportamiento de la tensión arterial diurna y nocturna, así como también el de la frecuencia cardiaca. Esto permitirá ejecutar acciones para su manejo y así mismo facilitará ajustar las dosis del medicamento y los horarios de su toma(140).

De esta manera se evidencia como las sugerencias y recomendaciones suministradas por los participantes guardan relación con la evidencia científica mencionada anteriormente y también aportan a la construcción y mejoramiento de las intervenciones educativas; en este sentido las intervenciones que se realicen deben considerar este tipo de apreciaciones que según el contexto social, económico, político y cultural del grupo podrían ser diferentes. Por tanto, es aquí donde la percepción de los actores a los que se les esté brindando el cuidado es fundamental, para lograr resultados positivos en las intervenciones desarrolladas.

## 10 CONCLUSIONES

- Los efectos o logros de la educación para el mejoramiento de la adherencia en personas con hipertensión o diabetes descritas en la literatura y evidenciados en esta investigación; como la adquisición de conocimientos, el autocuidado, la gestión de la salud y la adherencia a los planes de tratamiento farmacológico y no farmacológico, mediado por una relación de ayuda confianza enfermera-persona; se constituyeron en los elementos que conformaron el significado de la experiencia para los participantes y en componentes claves al momento de estructurar programas pensados en las personas con estas patologías.
- La adquisición de conocimientos por parte de los participantes en lo relacionado a la enfermedad, dieta, ejercicio, toma de medicamentos y manejo del estrés, ayudan a entender como las intervenciones de carácter educativo que utilizan diversos elementos metodológicos para abordar problemas relacionados con el almacenamiento y recuperación de información, pueden contribuir a la transformación del conocimiento y a la reflexión de los participantes sobre el cuidado de sí mismos; sin embargo, si este aprendizaje no es continuo los conocimientos puede olvidarse con el transcurrir del tiempo e impedir un aprendizaje significativo a futuro.
- La intervención permitió la superación de barreras personales, impulsó la eficacia para la acción, favoreció en las personas motivaciones que los llevaron a realizar cambios de comportamiento y les ayudaron a sobrepasar influencias interpersonales y del entorno; sin embargo, llegar hasta este punto requiere de un esfuerzo constante en el que intervienen factores relacionados con las preferencias, las barreras personales y las influencias situaciones que obstaculizaron el cambio; lo anterior ratifica que la adherencia al régimen terapéutico es multifactorial, por lo que su abordaje es complejo y requiere el uso de estrategias que la puedan intervenir desde sus diversos frentes.
- En esta investigación tanto las personas más adherentes como las menos adherentes, lograron cambios de conducta; sin embargo el que las primeras, presentaron mayores actitudes para el cambio, expresaran en mayor medida acciones de

autogestión de su salud, así como también las dificultades presentes para la realización de su conducta, indica que un puntaje más alto de adherencia se podría relacionar con cambios más significativos en la conducta expresados por los participantes; sin dejar de lado que tanto más adherentes como menos adherentes llevan a cabo acciones para mejorar su salud.

- Una enfermera cercana, que centre su atención en la persona, que brinde un buen trato, comprenda la situación de salud, permita compartir experiencias, sea motivadora, guía y orientadora del proceso de aprendizaje, esté presente y atenta a las dificultades, resuelva los problemas de quien atiende y realice seguimiento a sus avances en el cuidado de su salud; será una profesional que propicie una relación terapéutica satisfactoria que podría favorecer los cambios de comportamiento y el mejoramiento de la adherencia; por tanto la forma en que el profesional interactúa con la persona podría influir en el interés que ésta tenga en su proceso de aprendizaje e incorporación de acciones saludables a su estilo de vida.
- Las recomendaciones realizados por los participantes sobre la intervención educativa permiten entender que las personas siempre tienen algo que aportar, frente a los aspectos que le agradan o no de la educación o atención que reciben, además de generar elementos valiosos para el mejoramiento de la misma. Por tanto, su perspectiva es igual de importante a quien estructura dichas intervenciones o programas.
- Las percepciones de los participantes sobre su experiencia en esta intervención educativa permiten entender que para lograr la adherencia al régimen terapéutico se requieren intervenciones en las que no solo se brinden conocimientos; sino que también incentiven los cambios de conducta y propicien espacios en los que la persona sea el centro del cuidado. Se debe considerar además que esta adherencia está mediada a su vez por múltiples factores que pueden favorecer u obstaculizar la conducta.

## 11 RECOMENDACIONES

- Los programas dirigidos a la educación de las personas con hipertensión o diabetes, deben considerar para su diseño, metodologías que apunten a aquello que para los participantes fue más significativo desde su experiencia; es decir que se sientan a gusto con el cuidado recibido por parte de enfermería, propicien en ellos la construcción de conocimientos y los motiven a la gestión de su propio cuidado. En este sentido, la forma como se llevó a cabo la intervención en esta investigación podría ser un punto referencia para orientar la construcción de dichos programas.
- Una de las limitaciones de la presente investigación es que la intervención educativa estudiada solo tuvo una duración de 6 meses, lo que pudo haber afectado la incorporación de conocimientos a los ya evidenciados. Es por esto que las entidades, personas e instituciones encargadas de la implementación de intervenciones educativas para el mejoramiento de la adherencia, deben considerar una educación continua y perdurable en el tiempo que garantice la adquisición de conocimientos duraderos, propicie el autocuidado y en consecuencia genere mejores resultados en la adherencia al régimen terapéutico.
- Dado que son pocos los estudios que han interpretado los resultados de los hallazgos, a la luz de los participantes, se sugiere seguir ahondando en comprender las razones que llevan a las personas con hipertensión o diabetes, a realizar o no los cambios sugeridos en el marco de una intervención educativa y a entender que aspectos o elementos en la forma de educar, facilitan la realización de la conducta. Por esta razón fue difícil contrastar los hallazgos con estudios que compartieran las mismas características, de esta investigación.
- El que no hubiesen podido asistir todos los participantes al grupo de discusión pudo haber afectado la calidad de los hallazgos a pesar de que se obtuvo buen sustrato para la interpretación.
- Los entes gubernamentales e institucionales deben comprometerse a la implementación de intervenciones educativas continuas en el tiempo, y permitan el acompañamiento y seguimiento constante por parte de profesionales de la salud y de sus familiares. Lo anterior, dado que la realización o no de una conducta promotora



de salud, depende de múltiples elementos, que al no ser tenidos en cuenta o al no ser monitoreados y abordados de manera constante, podrían persistir.

- Se sugiere la realización de estudios mixtos en los que se siga contrastando los puntajes de adherencia con lo expresado por las personas, en relación a cambios de comportamiento; así como el contraste con parámetros fisiológicos como tensión arterial o hemoglobina glicosilada etc, que contribuyan a entender la relación y convergencia entre los resultados obtenidos en investigaciones cualitativas y cuantitativas.
- Dado que la enfermera con su forma de brindar el cuidado, juega un papel fundamental como motivadora del aprendizaje y cambio de conducta; es un aspecto que no se puede pasar por alto y que merece ser tenido en cuenta por las instituciones de salud, al momento de escoger el perfil de las personas encargadas de brindar la atención; a su vez es un llamado para que los profesionales brinden una atención en el que la persona sea el centro de cuidado.
- Aspectos como el darle continuidad a la intervención, el realizar actividades grupales, ejecutar la intervención educativa en personas sanas y brindar incentivos para la educación, hicieron parte de los aportes o recomendaciones sugeridas por los participantes y se constituyen en elementos que según la evidencia científica podrían contribuir para el mejoramiento de las intervenciones educativas.
- Se sugiere que para aquellos casos en los que se utilice el equipo de monitorización ambulatoria de presión arterial, se tengan otras alternativas para las personas que lo requieran; pues no tolerar la instalación de este elemento, puede generar rechazo en los participantes y afectar la continuidad en los programas o intervenciones; pese a los notables beneficios que éste equipo genera para el control de la enfermedad.
- Se sugiere a las entidades, instituciones e investigadores, diseñar programas educativos en los que se tengan en cuenta las percepciones de los participantes; de esta manera se podrá obtener mayor información sobre lo que representa para ellos la educación recibida y la forma en que se pueden mejorar; igualmente se podrán crear o estructurar programas más realistas, en donde se tenga en cuenta las

necesidades y aspectos que afectan la adherencia de un grupo de personas en particular.

- Los resultados obtenidos en la presente investigación son el producto de las percepciones de un grupo específico, con características sociodemográficas únicas y cuya interpretación contrastada con la teoría no puede explicar por completo el fenómeno; sin embargo los hallazgos pueden contribuir a entender la problemática y ser un punto de partida para otras investigaciones o programas; sin olvidar que la forma como las personas perciban una situación y sus necesidades; dependerá del contexto social, político, económico, cultural en donde se desarrolle la intervención educativa.

## **12 CONFLICTO DE INTERESES**

La investigadora, declara que hizo parte del proyecto en el que se ejecutó la intervención educativa y del que se tomaron las personas para la presente investigación; ésta participó como enfermera encargada de brindar la educación a las personas con hipertensión o diabetes; por tanto las entrevistas realizadas para esta tesis fueron llevadas a cabo por otra enfermera; así mismo para su construcción se propendió por una interpretación fidedigna enmarcada en las experiencias narradas por los participantes, buscando ser fiel a lo descrito en las expresiones, contrastando con la teoría y con la metodología utilizada en la intervención; esto último basado en los documentos suministrados por las personas encargadas de dicha investigación (manual de procedimientos, protocolo, libros guía y anexos correspondientes) en donde se consideraban los diferentes aspectos tenidos en cuenta durante la ejecución de las sesiones educativas.

### 13 CUADRO DE RESULTADOS Y/O PRODUCTOS Y SUS BENEFICIARIOS

Aspecto	Resultado/producto	Indicador	Beneficiario
Generación de nuevo conocimiento	-Envío de artículo a publicación.  -Formación avanzada como Magíster en salud pública	-Documento con las recomendaciones y observaciones para el programa. -Constancia de envío a una revista. -Formación de recurso humano	-Proyecto macro de investigación. -Integrantes de programas de riesgo cardiovascular de la institución participante y otras si acogen. -Comunidad científica. -Maestrante en salud pública
Conducentes al fortalecimiento de la capacidad científica nacional	Curso taller investigación cualitativa dirigido a estudiantes de enfermería o profesionales de programas de riesgo cardiovascular.	-Soporte asistencia al curso.	-Estudiantes de pregrado o profesionales de riesgo cardiovascular.
Dirigidos a la apropiación social del conocimiento	Presentación de poster de la propuesta de investigación en evento nacional.	-Certificado de participación.	-Comunidad en general o académica.

## 14 CUADRO DE IMPACTOS ESPERADOS

Impacto esperado	Plazo (años)*	Indicador verificable	Supuestos
<b>SOCIALES</b>	5 años (corto plazo)	Elaboración de programas de riesgo cardiovascular centrados en la persona.	Este tipo de estudios serán el punto de partida para diseñar programas para el control de la hipertensión y la diabetes, centrados en las personas y según sus necesidades.
<b>ECONÓMICOS</b>	10 Años (largo plazo)	Reducción de la morbimortalidad de hipertensión y diabetes y sus implicaciones para el sistema de salud.	Con la creación de programas centrados en la persona y según las necesidades, se lograran cambios de conducta en estilos de vida y se obtendrá mejora en la adherencia al régimen terapéutico y disminución de la morbimortalidad y por tanto sobre costos para el sistema de salud.

## 15 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 7];1–176. Available from: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. Who [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 7];1–84. Available from: <http://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
3. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. Lancet [Internet]. 2016 Apr [cited 2017 Feb 28];387(10027):1513–30. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00618-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00618-8)
4. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. Lancet [Internet]. 2017 Jan [cited 2017 Feb 27];389(10064):37–55. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31919-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31919-5)  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27863813>
5. World Health Organization. Colombia, Country Profile. Diabetes [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 7]. 1 p. Available from: [http://www.who.int/diabetes/country-profiles/col\\_en.pdf](http://www.who.int/diabetes/country-profiles/col_en.pdf)
6. Secretaria de Salud de Santander, Observatorio de Salud Publica de Santander. Factores de riesgo para enfermedades crónicas en Santander: Método STEPwise. Obs Salud Publica Santander [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 6];1–172. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=649085&indexSearch=ID>  
[http://www.who.int/chp/steps/2010\\_STEPS\\_Survey\\_Colombia.pdf](http://www.who.int/chp/steps/2010_STEPS_Survey_Colombia.pdf)  
<http://www.observatorio.saludsantand>
7. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Manual de manejo de enfermedades crónicas no transmisibles [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 26]. 1-71 p. Available from: [www.vigisalud.gov.py/.../01\\_07\\_2016\\_16\\_16\\_39\\_Manual-de-manejo-de-ECNT.pdf](http://www.vigisalud.gov.py/.../01_07_2016_16_16_39_Manual-de-manejo-de-ECNT.pdf)
8. Barreto MDS, Reiners AAO, Marcon SS. Conocimiento sobre hipertensión arterial

- y factores asociados Introducción Método. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 7];22(3):491–8. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692014000300491&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000300491&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
9. Ma C. A cross-sectional survey of medication adherence and associated factors for rural patients with hypertension. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 6];31:94–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2016.01.004>
  10. Ahn YH, Ok KH. Factors Associated With Medication Adherence Among Medical-Aid Beneficiaries With Hypertension. *West J Nurs Res* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 6];38(10):1298–312. Available from:  
<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0193945916651824>
  11. Boima V, Ademola AD, Odusola AO, Agyekum F, Nwafor CE, Cole H, et al. Factors Associated with Medication Nonadherence among Hypertensives in Ghana and Nigeria. *Int J Hypertens* [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 7];1–8. Available from:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610060/>
  12. Nazir SUR, Hassali MA, Saleem F, Bashir S, Aljadhey H. Disease related knowledge, medication adherence and glycaemic control among patients with type 2 diabetes mellitus in Pakistan. *Prim Care Diabetes* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 15];10(2):136–41. Available from:  
<http://ezproxy.autonoma.edu.co:2051/science/article/pii/S1751991815001242>
  13. Fort MP, Alvarado-Molina N, Peña L, Montano CM, Murrillo S, Martínez H. Barriers and facilitating factors for disease self-management : a qualitative analysis of perceptions of patients receiving care for type 2 diabetes and / or hypertension in San José , Costa. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 8];14(1):1. Available from:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=91264382&lang=es&site=ehost-live>
  14. Khatib R, Schwalm JD, Yusuf S, Haynes RB, McKee M, Khan M, et al. Patient and healthcare provider barriers to hypertension awareness, treatment and follow up: A systematic review and meta-analysis of qualitative and quantitative studies. *PLoS One* [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 8];9(1):1–12. Available from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=94233779&lang=es&sit e=ehost-live>

15. Legido-Quigley H, Lopez PAC, Balabanova D, Perel P, Lopez-Jaramillo P, Nieuwlaat R, et al. Patients' knowledge, attitudes, behaviour and health care experiences on the prevention, detection, management and control of hypertension in Colombia: A qualitative study. *PLoS One* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 14];10(4):1–17. Available from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=102402358&lang=es&si te=ehost-live>

16. Montiel M. Aproximación cualitativa al estudio de la adhesión al tratamiento en adultos mayores con DMT2. *Lat Am J Behav Med* [Internet]. 2011 [cited 2016 Nov 6];1(2):7–18. Available from: Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283021986002>

17. Richter C, Bettinelli L, Pasqualotti A, Nazário P, Lorenzini A, Dorneles G. Percepções De Idosos Sobre Fatores De Risco Cardiovasculares. *Rev da Rede Enferm do Nord* [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 6];14(5):996–1004. Available from:

[http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324028789017\\_2](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324028789017_2)

18. Sandy R, Connor U. Variation in medication adherence across patient behavioral segments: A multi-country study in hypertension. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 15];9:1539–48. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4631417/>

19. Chang P, Chien L, Lin Y, Chiou H-Y, Chiu W-T. Nonadherence of Oral Antihyperglycemic Medication Will Increase Risk of End-Stage Renal Disease. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 6];94(47):1–8. Available from:

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=ovftq &AN=00005792-201511240-00032>  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26632708>

20. Dobbels F, Berben L, De Geest S, Drent G, Lennerling A, Whittaker C, et al. The psychometric properties and practicability of self-report instruments to identify medication nonadherence in adult transplant patients: a systematic review. *Transplantation* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 6];90(2):205–19. Available from:



<http://journals.lww.com/transplantjournal/pages/articleviewer.aspx?year=2010&issue=07270&article=00015&type=abstract>

21. Natarajan N, Putnam W, Van Aarsen K, Lawson B, Fred Burge. Adherence to antihypertensive medications among family practice patients with diabetes mellitus and hypertension. *Can Fam Physician* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 10];59(2):93–100. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576963/>
22. Fletcher BR, Hartmann-Boyce J, Hinton L, Mcmanus RJ. The effect of self-monitoring of blood pressure on medication adherence and lifestyle factors: A systematic review and meta-analysis. *Am J Hypertens* [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 10];28(10):1209–21. Available from: <https://academic.oup.com/ajh/article-lookup/doi/10.1093/ajh/hpv008>
23. Thinyane KH, Mothebe T, Sooro M, Namole LD, Cooper V. An observational study of hypertension treatment and patient outcomes in a primary care setting. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 15];20:1–10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4537907/>
24. Migneault JP, Dedier JJ, Wright JA, Heeren T, Campbell MK, Morisky DE, et al. A culturally adapted telecommunication system to improve physical activity, diet quality, and medication adherence among hypertensive african-americans: A randomized controlled trial. *Ann Behav Med* [Internet]. 2012 [cited 2017 Jan 15];43(1):62–73. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/221748959\\_A\\_Culturally\\_Adapted\\_Telecommunication\\_System\\_to\\_Improve\\_Physical\\_Activity\\_Diet\\_Quality\\_and\\_Medication\\_Adherence\\_Among\\_Hypertensive\\_African-Americans\\_A\\_Randomized\\_Controlled\\_Trial](https://www.researchgate.net/publication/221748959_A_Culturally_Adapted_Telecommunication_System_to_Improve_Physical_Activity_Diet_Quality_and_Medication_Adherence_Among_Hypertensive_African-Americans_A_Randomized_Controlled_Trial)
25. Romero S, Parra D, Sánchez J, Rojas L. Adherencia al régimen terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 de Bucaramanga, Colombia. *Rev salud UIS* [Internet]. 2017 [cited 2017 Aug 18];49(1):37–44. Available from: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/6192>
26. López L, Romero S, Parra D, Rojas L, Romero L. Adherencia Al Tratamiento: Concepto y Medición. *Hacia promoció salud* [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 15];21(1):117–37. Available from: [www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf)
27. Medel B, Liliana G. Estilos de vida: Experiencias con la adherencia al tratamiento

- no farmacológico en diabetes mellitus. *Index de Enfermería* [Internet]. 2006 [cited 2017 Mar 6];15(52-53):16–9. Available from: [http://scielo.isciii.es/sci-hub.cc/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000100004&lng=en](http://scielo.isciii.es/sci-hub.cc/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100004&lng=en).
28. Alhalaiqa F, Deane KH, Gray R. Hypertensive patients' experience with adherence therapy for enhancing medication compliance: A qualitative exploration. *J Clin Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 8];22(13-14):2039–52. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=88058638&lang=es&sit e=ehost-live>
29. Hernández EA, Tayabas LMT, Martínez FM, Flores NL, Sánchez AF. Perspectiva de las personas con enfermedades crónicas. Las intervenciones educativas en una institución sanitaria de México. *Investig en Salud* [Internet]. 2004 [cited 2017 Jan 6];6(3):146–53. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14260302>
30. Santos AL, Cecílio HPM, Marcon SS. Percepção de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 acerca de um processo de educação para a saúde. *Rev da Rede Enferm do Nord* [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 7];16(4):522–31. Available from: [http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2014/pdf\\_1](http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2014/pdf_1)
31. Dasgupta K, Jarvandi S, De Civita M, Pillay S, Hajna S, Gougeon R, et al. Participants' perceptions of a group based program incorporating hands-on meal preparation and pedometer-based self-monitoring in type 2 diabetes. *PLoS One* [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 8];9(12):1–15. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=100186739&lang=es&site=ehost-live>
32. Leung C, Ho G, Foong M, Ho C, Lee P, Mak L. Small-group hypertension health education programme: a process and outcome evaluation. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 [cited 2016 Nov 10];52(6):631–9. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-16313376>
33. Murphy K, Casey D, Dinneen S, Lawton J, Brown F. Participants' perceptions of the factors that influence Diabetes Self-Management Following a Structured Education (DAFNE) programme. *J Clin Nurs* [Internet]. 2011 [cited 2016 Dec 14];20(9-10):1282–92. Available from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=60026820&lang=es&site=e=ehost-live>

34. Rocha-Goldberg MDP, Corsino L, Batch B, Voils CI, Thorpe CT, Bosworth HB, et al. Hypertension Improvement Project (HIP) Latino: results of a pilot study of lifestyle intervention for lowering blood pressure in Latino adults. *Ethn Health* [Internet]. 2010 [cited 2016 Nov 18];15(3):269–82. Available from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=51417356&lang=es&site=e=ehost-live>

35. Vég A, Rosenqvist U, Sarkadi A. Variation of patients' views on Type 2 diabetes management over time. *Diabet Med* [Internet]. 2007 [cited 2016 Nov 7];24(4):408–14. Available from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=24421578&lang=es&site=e=ehost-live>

36. Leung LB, Busch AM, Nottage SL, Arellano N, Gliberman E, Busch NJ, et al. Approach to Antihypertensive Adherence: A Feasibility Study on the Use of Student Health Coaches for Uninsured Hypertensive Adults. *Behav Med* [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 2];38(1):19–27. Available from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=71924163&lang=es&site=e=ehost-live>

37. Pérez-Cuevas R, Reyes Morales H, Doubova SV, Zepeda Arias M, Díaz Rodríguez G, Peña Valdovinos A, et al. Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2009 [cited 2016 Nov 21];26(6):511–7. Available from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=48323301&lang=es&site=e=ehost-live>

38. Turcatto F, Saraiva V, Tayana X, De Souza C, Zanetti M, Dos Santos M. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. *Popul Space Place* [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 8];47(2):348–54. Available from: [http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033325011\\_2](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033325011_2)

39. Fernández L, Guerrero L, Gutiérrez JM, Estrada D, Casal MC, Andugar J, et al.

- Programa de intervención mixta sobre el cumplimiento y calidad de vida en pacientes hipertensos. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* [Internet]. 2007 [cited 2016 Nov 10];10(2):79–85. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359833125002>
40. Menino E, Dixe M, Martins M, Borba S. Programas de educação dirigidos ao utente com diabetes mellitus tipo 2: revisão sistemática da literatura. *Rev Enferm Ref* [Internet]. 2013 [cited 2016 Dec 14];3(10):135–43. Available from: [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832013000200016&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-02832013000200016&script=sci_arttext&tlng=pt)
41. Manoel MF, Nascimento B, G ODA, Aparecida C, Silva S. Efectividad de las intervenciones individual y en grupo en personas con diabetes tipo 2. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 8];23(2):200–7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200004&lng=en&nrm=iso&tlng=en) <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4458992&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
42. Rasjö Wrååk G, Törnkvist L, Hasselström J, Wändell PE, Josefsson K. Nurse-led empowerment strategies for patients with hypertension: A questionnaire survey. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 16];62(2):187–95. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=102777603&lang=es&site=ehost-live>
43. Conn VS, Ruppert TM, Chase JA, Enriquez M, Cooper PS. Interventions to Improve Medication Adherence in Hypertensive Patients: Systematic Review and Meta-analysis. *Curr Hypertens Rep* [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 8];17(12):94. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Interventions+to+Improve+Medication+Adherence+in+Hypertensive+Patients:+Systematic+Review+and+Meta-Analysis>
44. Fernández A, Manrique F. Efecto De La Intervención Educativa En La Agencia De Autocuidado Del Adulto Mayor Hipertenso De Boyacá, Colombia, Suramérica. *Cienc y Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2016 Nov 8];16(2):83–97. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441805009>
45. Pereira DA, Costa NM da SC, Sousa ALL, Zanini CR de O. Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes melitus. Artigo

[Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 7];20(3):1–8. Available from:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104->

[11692012000300008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000300008&script=sci_arttext&tlng=pt)

46. van den Arend IJM, Stolk RP, Rutten GEHM, Schrijvers GJP. Education integrated into structured general practice care for Type 2 diabetic patients results in sustained improvement of disease knowledge and self-care. *Diabet Med* [Internet]. 2000 Mar [cited 2016 Nov 15];17(3):190–7. Available from: [http://doi.wiley.com/10.1046-j.1464-5491.2000.00232.x](http://doi.wiley.com/10.1046/j.1464-5491.2000.00232.x)

47. Carter BL, Rogers M, Daly J, James PA. The Potency of Team-based Care Interventions for Hypertension. *Arch Intern Med* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 14];169(19):1748–55. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2882164/>

48. Clark CE, Smith LFP, Taylor RS, Campbell JL. Nurse-led interventions used to improve control of high blood pressure in people with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med* [Internet]. 2010 Dec [cited 2016 Nov 15];28(3):1–13. Available from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=58058523&lang=es&site=ehost-live>

49. Kyung Chang A, Fritschi C, Kim MJ. Nurse-led empowerment strategies for hypertensive patients with metabolic syndrome. *Contemp Nurse* [Internet]. 2012 Aug 17 [cited 2016 Nov 15];42(1):118–28. Available from:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=84308300&lang=es&site=ehost-live>

50. Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Data base Syst Rev* [Internet]. 1996 Sep 1 [cited 2016 Feb 21];(3):1–112. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20238338>

51. Beune EJAJ, Moll van Charante EP, Beem L, Mohrs J, Agyemang CO, Ogedegbe G, et al. Culturally Adapted Hypertension Education (CAHE) to Improve Blood Pressure Control and Treatment Adherence in Patients of African Origin with Uncontrolled

- Hypertension: Cluster-Randomized Trial. PLoS One [Internet]. 2014 [cited 2016 Nov 15];9(3):1–11. Available from:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=95435416&lang=es&site=e=ehost-live>
52. González-Cantero JO, Oropeza-Tena R. Intervenciones cognitivo conductuales para diabéticos en México. Salud Ment [Internet]. 2016 Mar 30 [cited 2016 Nov 6];39(2):99–105. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58245276006>
53. Kuhmmer R, Lazzaretti RK, Guterres CM, Raimundo FV, Leite LEA, Delabary TS, et al. Effectiveness of multidisciplinary intervention on blood pressure control in primary health care: a randomized clinical trial. BMC Health Serv Res [Internet]. 2016 Dec [cited 2016 Nov 15];16(1):1–13. Available from:  
<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1703-0>
54. Mendoza A, Velasco J, Nieva De Jesús R, Andrade H, Rodríguez C, Palou E. Impacto de un programa institucional educativo en el control del paciente diabético Impact of an educational institutional program in the control of the diabetic patient. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 5];51(3):254–9. Available from:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745489004>
55. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. 2013 [cited 2017 Feb 15];1–44. Available from:  
[http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/15032013\\_updated\\_revised\\_draft\\_action\\_plan\\_spanish.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf).
56. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD. Objetivos de desarrollo sostenible, Colombia [Internet]. 2015 [cited 2017 Feb 15]. 56-57 p. Available from:  
<http://upcommons.upc.edu/handle/2099/7274>
57. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021. Minist salud [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 15];(32):1–237. Available from:  
<http://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/Plan Decenal - Documento en consulta para aprobación.pdf>
58. Ministerio de salud y protección social. Rutas Integrales de Atención en Salud

(RIAS): Ruta integral de atención para diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 18]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>

59. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud “Un sistema de salud al servicio de la gente.” Minsalud [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 17];1–94. Available from:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

60. Organización Mundial de la Salud (OMS). Hipertensión arterial [Internet]. 1978 [cited 2017 Feb 26]. 1-63 p. Available from: [www.who.int/topics/hypertension/es/](http://www.who.int/topics/hypertension/es/)

61. Leung AA, Nerenberg K, Daskalopoulou SS, McBrien K, Zarnke KB, Dasgupta K, et al. Hypertension Canada’s 2016 Canadian Hypertension Education Program Guidelines for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention, and Treatment of Hypertension. *Can J Cardiol* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 1];32(5):569–88. Available from: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0828282X16001926?returnurl=http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0828282X16001926?showall=true&referrer=https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

62. Báez L, M B, Bohórquez R, et al. Guías Colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2007 [cited 2017 May 3];13(1):1–139. Available from: <http://scc.org.co/guias-colombianas-para-el-diagnostico-y-tratamiento-de-la-hipertension-arterial/>

63. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *Blood Press* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 4];23(1):3–16. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24359485>

64. Ortiz R, Torres M, Sigüencia W, Añez R, Salazar J, Rojas J, et al. Factores de riesgo para hipertensión arterial en población adulta de una región urbana de Ecuador. *Ecuador Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 4];33(2):248–55. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/363/36346797008.pdf>

65. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevention of cardiovascular disease. *Rev Infirm* [Internet]. 2006 [cited 2017 May 5];(119):16–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16625779>
66. Chobanian A V, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertens (Dallas, Tex 1979)* [Internet]. 2003 Dec [cited 2017 May 5];42(6):1206–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14656957>
67. Weschenfelder Magrini D, Gue Martini J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enfermería Glob* [Internet]. 2012 [cited 2017 May 5];11(26):344–53. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1695-61412012000200022&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412012000200022&lng=es&nrm=iso&tlng=es)  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000200022&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000200022&script=sci_arttext)
68. Organización Mundial de la Salud (OMS). Información general sobre la Hipertensión en el mundo. *Organ Mund La Salud* [Internet]. 2013 [cited 2017 May 6];1–40. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf)
69. Stevens SL, Wood S, Koshiaris C, Law K, Glasziou P, Stevens RJ, et al. Blood pressure variability and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. *Bmj* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 6];354:1–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27511067>  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4979357>
70. Chowdhury EK, Owen A, Krum H, Wing LMH, Nelson MR, Reid CM. Systolic blood pressure variability is an important predictor of cardiovascular outcomes in elderly hypertensive patients. *J Hypertens* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 5];32(3):525–33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24481213>
71. Sánchez R a, Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, Kohlmann O, et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Rev Chil Cardiol* [Internet]. 2010 [cited 2017 May 6];29(1):117–44. Available from:



<http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf>

72. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes - 2016. *J Clin Appl Res Educ* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 6];39(1):1–119. Available from: [professional.diabetes.org/sites/professional.diabetes.org/files/media/dc\\_40\\_s1\\_final.pdf](http://professional.diabetes.org/sites/professional.diabetes.org/files/media/dc_40_s1_final.pdf)
73. International Diabetes Federation. Atlas de la Diabetes de la FID [Internet]. 6th ed. Federación internacional de Diabets, editor. International Diabetes Federation. 2013 [cited 2017 Feb 20]. 1-160 p. Available from: [http://www.fmdiabetes.org/fmd/des/SP\\_6E\\_Atlas\\_Full.pdf](http://www.fmdiabetes.org/fmd/des/SP_6E_Atlas_Full.pdf)
74. González RI, Rubio LB, Menéndez SA. Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association ( ADA ) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus [Internet]. Vol. 5. 2014 [cited 2017 May 5]. p. 2–23. Available from: [www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/ADA.2014.esp.pdf](http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/ADA.2014.esp.pdf)
75. Asocioacion Latinoamericana de diabetes ALAD. Guías ALAD sobre el Diagnóstico, Control y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 con Medicina Basada en Evidencia. *Rev la ALAD* [Internet]. 2013 [cited 2017 Feb 5];17–21. Available from: [http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/GUIAS\\_ALAD\\_2013.pdf](http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/Diabetes/GUIAS_ALAD_2013.pdf)
76. Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción [Internet]. 2004 [cited 2017 May 6] p. 1–104. Available from: <http://www.amro.who.int/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>
77. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria* [Internet]. 2009 Jun [cited 2017 May 6];41(6):342–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656709001504>
78. Mathes T, Jaschinski T, Pieper D. Adherence influencing factors - a systematic review of systematic reviews. *Arch public Heal* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 10];72(1):37–45. Available from: [/pmc/articles/PMC4323150/?report=abstract](http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24811150/)
79. Al Alshaikh S, Quinn T, Dunn W, Walters M, Dawson J. Predictive factors of non-adherence to secondary preventative medication after stroke or transient ischaemic attack: A systematic review and meta-analyses. *Eur Stroke J* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 10];1(2):65–75. Available from:

<http://eso.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/2396987316647187>

80. Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front Pharmacol* [Internet]. 2013 [cited 2017 May 10];4:1–16. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fphar.2013.00091/abstract>
81. Al Hamid A, Ghaleb M, Aljadhey H, Aslanpour Z. A systematic review of qualitative research on the contributory factors leading to medicine-related problems from the perspectives of adult patients with cardiovascular diseases and diabetes mellitus. *BMJ Open* [Internet]. 2014 [cited 2017 May 10];4(9):1–15. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84907447192&partnerID=tZOtx3y1>
82. Pereira da Silva A, Silva Dantas Avelino FV, Almeida Sousa CL, Rodrigues Moura da Costa Valle A, Fortes Figueiredo M do L. Factors associated with non-adherence to treatment of hypertension: an integrative review. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online* [Internet]. 2016 [cited 2017 May 11];8(1):4047–55. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5019>  
<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5019>
83. Lin J, Sklar GE, Oh VM, Sen, Li SC. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient’s perspective. *Ther Clin Risk Manag* [Internet]. 2008 [cited 2017 May 11];4(1):269–86. Available from: <https://dx.doi.org/10.2147/TCRM.S1458>
84. AlGhurair SA, Hughes CA, Simpson SH, Guirguis LM. A Systematic Review of Patient Self-Reported Barriers of Adherence to Antihypertensive Medications Using the World Health Organization Multidimensional Adherence Model. *J Clin Hypertens* [Internet]. 2012 Dec [cited 2017 May 12];14(12):877–86. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1751-7176.2012.00699.x>
85. Maningat P, Gordon B, Breslow J. How Do We Improve Patient Compliance and Adherence to Long-Term Statin Therapy? 2014 [cited 2017 May 12];15(1):1–12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
86. Marshall IJ, Wolfe CDA, McKeivitt C. Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research. *BMJ* [Internet]. 2012 Jul 9 [cited 2017 May 12];345(jul09 1):e3953–e3953. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.e3953>

87. Díaz-valencia PA. Concepciones teóricas sobre la teoría en educación para la salud . Revisión sistemática. Invest Educ Enferm [Internet]. 2012 [cited 2017 May 20];30(3):378–89. Available from:  
<https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/.../12910>
88. Unesco. Quinta Conferencia Internacional de Educación de las Personas Adultas. In 1999 [cited 2017 May 20]. p. 1–18. Available from:  
[www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/con5spa.pdf](http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/con5spa.pdf)
89. Sánchez A, García E, Sánchez V, Marcet P. Estructuras De Racionalidad En Educacion Para La Salud: Fundamentos Y Sistematizacion. Rev San Hig Púb [Internet]. 1995 [cited 2017 May 20];69(1):5–15. Available from:  
[www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/.../69\\_1\\_005.pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/.../69_1_005.pdf)
90. Torres I, Beltrán J, Barrietos C, Lin D, Martínez G. La investigación en educación para la salud. Retos y perspectivas. Rev Med UV [Internet]. 2008 [cited 2017 May 20];1:45–55. Available from:  
[https://www.uv.mx/rm/num\\_anteriores/revmedica\\_vol8\\_num1/.../investigacion.pdf](https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol8_num1/.../investigacion.pdf)
91. Salamanca A, Giraldo C. Modelos cognitivos y cognitivo sociales en la prevención y promoción de la salud. Rev Vanguard Psicológica Clínica Teórica y Práctica [Internet]. 2011 [cited 2017 May 20];2(2):185–202. Available from:  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815140.pdf>
92. Moreno E, Pedro S, Roales-nieto JG. El Modelo de Creencias de Salud : Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. Int J Psychol Psychol Ther [Internet]. 2003 [cited 2017 May 22];3(1):91–109. Available from: [www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030105](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56030105)
93. Ríos I. Comunicación en salud: conceptos y modelos teóricos. Perspect la Comun [Internet]. 2011 [cited 2017 May 23];4(1):123–40. Available from:  
[publicacionescienciassociales.ufro.cl/index.php/perspectivas/article/download/.../94](http://publicacionescienciassociales.ufro.cl/index.php/perspectivas/article/download/.../94)
94. Pardío L, Plazas M. Modelos para el cambio de conducta. Cuad Nutr [Internet]. 1998 [cited 2017 May 23];21(5):58–64. Available from:  
<http://fondonutricion.org/nestle/intervenciones-en-educacion-en-nutricion-buscando-el-cambio-de-comportamientos-para-mejorar-la-salud-de-las->

personas/item/download/12\_716be797601301d1bfc2b924b5300bf1.html.

95. Murphy E. La promoción de comportamientos saludables. Popul Ref Bureau [Internet]. 2004 [cited 2017 May 25];(2). Available from: [www.prb.org/pdf06/PromotingHealthyBehaviorPB\\_SP.pdf](http://www.prb.org/pdf06/PromotingHealthyBehaviorPB_SP.pdf)
96. Raile M, Marrier A. Orem: teoría del deficit de autocuidado. In: Elsevier, editor. Modelos y teorías en enfermería Doroteha E. Séptima Ed. España; 2011. p. 265–86.
97. Melgarejo V, María LUZ. Sobre el concepto de percepción. Alteridades [Internet]. 1994 [cited 2018 Jun 13];4(8):47–53. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>
98. Diccionario de la real academia de la lengua española. Consulta por palabras [Internet]. Diccionario de la real academia de la lengua española. 2017 [cited 2017 May 15]. Available from: <http://dle.rae.es/?w=diccionario>
99. Cibanal L, Arce M. La relación enfermera paciente [Internet]. Antioquia: Editorial Universidad de Antioquia; 2009 [cited 2017 May 16]. 1-155 p. Available from: [https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=VFZkM262C6IC&oi=fnd&pg=PR2&q=relaci%C3%B3n+interpersonal+enfermera+paciente+concepto&ots=83Cpxh9GNu&sig=LSqvu\\_P6lzxo4Ok844wCeQIYrdE#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=VFZkM262C6IC&oi=fnd&pg=PR2&q=relaci%C3%B3n+interpersonal+enfermera+paciente+concepto&ots=83Cpxh9GNu&sig=LSqvu_P6lzxo4Ok844wCeQIYrdE#v=onepage&q&f=false)
100. Bastable S. Overview of Education in Health Care. In: Jones and Barlett Publishers, editor. Nurse as educator Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice. 3rd ed. Canadá; 2008. p. 3–13.
101. Molina D, Valencia S, Agudelo L. La educación a pacientes y su corresponsabilidad como herramientas terapéuticas. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 9];24(2):176–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.07.013>
102. Azevedo P, Sousa M, Souza N, Dos Santos S. Health education shares in the context of chronic diseases : integrative review. Rev Fund Care Online [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 9];10(1):260–7. Available from: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5013/pdf>
103. Ramírez P, Muggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Enfermería Univ [Internet]. 2015 [cited 2019 Feb 9];12(3):134–43. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S166570631500038X>

104. Bastable S. Instruccionales Methods and settings. In: Jones and Bartlett Publishers, editor. Nurse as educator Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice. 3rd ed. Canadá; 2008. p. 429–68.
105. Viera T. El aprendizaje verbal significativo de Ausubel. Algunas consideraciones desde el enfoque histórico cultural. *Red Rev científicas América Lat el Caribe, España y Port* [Internet]. 2003;(26):37–43. Available from:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37302605>
106. Rodríguez ML. La teoría del aprendizaje significativo en la perspectiva de la psicología cognitiva [Internet]. 1st ed. Ediciones Octaedro S., editor. Barcelona; 2008. 1-37 p. Available from:  
[https://campusvirtual.univalle.edu.co/moodle/pluginfile.php/1187873/mod\\_folder/content/0/DIG003.pdf?forcedownload=1](https://campusvirtual.univalle.edu.co/moodle/pluginfile.php/1187873/mod_folder/content/0/DIG003.pdf?forcedownload=1)
107. Morales JM. Lenguaje y conocimiento común y especializado. *Rev Iberoam Bibl* [Internet]. 2004 [cited 2018 Jul 15];27(1):45–72. Available from:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179017785003>
108. Eraña Á, Barceló A. El conocimiento como una actividad colectiva. *Tópicos, Rev Filos* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jul 15];(51):9–35. Available from:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323047487001>
109. López López E, Ortiz Gress AA, López Carbajal MJ. Intervención educativa sobre el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes y baja o nula escolaridad. *Investig en Educ Médica* [Internet]. 2016 [cited 2019 Feb 14];5(17):11–6. Available from:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S200750571500040X>
110. González R, Cardentey J, Casanova M de la caridad. Intervención sobre educación nutricional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Arch Med Camaguey* [Internet]. 2015 [cited 2019 Feb 14];19(3):262–9. Available from:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552015000300008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552015000300008)
111. Delgado R, Oropeza R, Pedroza F, Verdugo J, Enriquez J. Manejo del estrés para el control metabólico de personas con diabetes mellitus tipo 2. *En-clav.pen* [Internet]. 2013 [cited 2019 Feb 15];7(13):67–87. Available from:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-879X2013000100004](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-879X2013000100004)

112. Bastable S. Applying Learning Theories to Healthcare Practice. Cognitive learning theory. In: Publishers J and B, editor. Nurse as educator Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice. 3rd ed. Canadá; 2008. p. 60–7.
113. Pimentel J, Sanhueza O, Gutierrez J, Gallegos E. Evaluación del efecto a largo plazo de intervenciones educativas para el autocuidado de la diabetes. *Cienc y Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 15];20(3):59–68. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532014000300006](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300006)
114. Raile M, Marrier A, Nola J. Pender: Modelo de promoción de la salud. In: Elsevier, editor. *Modelos y teorías en enfermería*. Séptima. España; 2011. p. 1–789.
115. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *ENEO-UNAM* [Internet]. 2011 [cited 2018 Nov 11];8(4):16–23. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358741840003>
116. Giraldo A, Toro M, Macias A, Valencia C, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción la Salud* [Internet]. 2010 [cited 2018 Nov 11];15(1):128–43. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a09.pdf>
117. Carpenter R, Dichiacchio T, Barker K. Interventions for self-management of type 2 diabetes : An integrative review. *Int J Nurs Sci* [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 2];6(1):70–91. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.12.002>
118. Veliz-Rojas L, Mendoza-Parra S, Barriga O a. Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovasculares en usuarios de atención primaria. *Enfermería Univ* [Internet]. 2015;12(1):3–11. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706315000160>
119. Thojampa S. Knowledge and self-care management of the uncontrolled diabetes patients. *Int J Africa Nurs Sci* [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 7];10(April 2018):1–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.11.002>
120. Chang K, Tsai W, Tsai C, Yeh H. Effects of Health Education Programs for the Elders in Community Care Centers e Evaluated by Health Promotion Behaviors. *Int J Gerontol* [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 8];11(2):109–13. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijge.2017.03.009>

121. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes E, Bhagavathula A, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs., A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 8];4(November 2016):1–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5287944/>
122. Jiménez L, Mota D, Chala M, Brito Y, Armada Z. Factores relacionados con la no adherencia al tratamiento farmacológico en hipertensos del Policlínico XX Aniversario . Diseño de un programa educativo. *CorSalud* [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 10];9(1):10–8. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/cs/v9n1/cs02117.pdf>
123. Ramón Y, Reyes A. “Percepción a la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial del centro de salud ”24 de octubre” [Internet]. Universidad de Guayaquil. Universidad de Guayaquil; 2018. Available from: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/35691>
124. Mena F, Nazar G, Mendoza S. Antecedentes de adherencia a tratamiento en pacientes hipertensos de un centro de salud chileno. *Hacia promoció.n salud* [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 10];23(2):67–78. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v23n2/0121-7577-hpsal-23-02-00067.pdf>
125. Hernández S, Hernández R, Moreno S. El papel de la autoeficacia percibida y la planificación de la adherencia al tratamiento médico-nutricional de la obesidad en adultos Mexicanos. *Rev Mex Psicol* [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 10];32(1):37–47. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360933660002>
126. Rodríguez-Lopez M, Varela A M, Rincon-Hoyos H, Velasco M, Caicedo D, Mendez F, et al. Prevalencia y factores asociados a la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con hipertensión y diabetes en servicios de baja complejidad. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2015;33(2). Available from: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/20065>
127. Gellad S, Grenard J, Marcum Z. A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. *Am J Geriatr Pharmacother* [Internet]. 2012 [cited 2019 Mar 10];9(1):11–23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21459305>

128. Ávila-Sansores GM, Gómez-Aguilar P, Yam-Sosa AV, Vega-Argote G, Franco-Corona BE. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. *Aquichan* [Internet]. 2013 [cited 2019 Mar 10];13(3):373–86. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/3128/3339>
129. Zurera I, Caballero M, Ruíz M. Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. *Enfermería nefrológica* [Internet]. 2014 [cited 2019 Mar 10];17(4):251–60. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359833156003>
130. Raile M, Marriner A, Kristen M, Swanson: teoría de los cuidados. In: *Modelos y teorías en enfermería. Séptima*. Barcelona: Elsevier Inc.; 2011. p. 741–56.
131. Rodríguez C, Valenzuela S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos , una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile . *Enfermería Glob* [Internet]. 2012;11(4):316–22. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834801016>
132. Alba A, Fajardo G, López T, Papaqui J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. *EnfNeurol (Mex)* [Internet]. 2012 [cited 2019 Mar 11];11(3):138–41. Available from: [www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123d.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123d.pdf)
133. Martínez MÁM, Ibañez LM. La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. *Rev Española Comun en Salud* [Internet]. 2012 [cited 2019 Mar 11];3(2):158–66. Available from: [www.aecs.es/3\\_2\\_7.pdf](http://www.aecs.es/3_2_7.pdf)
134. Guerra M. Fortalecimiento del Vínculo Padres-Hijo a Través del Proceso de Cuidado de Kristen. *Cienc e innovación en salud* [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 28];1(2):120–5. Available from: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/58>
135. Ferrer R, Aguilar M, March JC, Orozco D, Picó A, Paciente G, et al. Claves para avanzar hacia un rol más activo por parte del paciente con diabetes mellitus tipo 2 en España. *Av Diabetol* [Internet]. 2019 [cited 2019 Mar 11];31(3):128–35. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-articulo-claves-avanzar-hacia->



un-rol-S1134323015000241

136. Guerrero R, Meneses M, De la Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson , servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión . Lima-Callao, 2015. Rev enferm Hered [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 11];9(2):127–36.

Available from:

[www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/.../2967](http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/.../2967)

137. Herrera G, Silva J. Resultados de intervenciones en adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial analizados desde el modelo de dorothea orem: una revisión integrativa [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2014. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/77275534.pdf>

138. Bimbela J, Gorrotxategi M. Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica del paciente: El caso de la diabetes [Internet]. Quinta. Escuela Andaluza de Salud Pública, editor. Granada, España: Publidisa; 1999 [cited 2018 Nov 30]. 1-157 p. Available from: <https://www.easp.es/project/herramientas-para-mejorar-la-adhesion-terapeutica-del-paciente-el-caso-de-la-diabetes/>

139. Adulto CDEL. Comportamiento de los parámetros hemodinámicos evaluados por el monitoreo ambulatorio de presión arterial de 24 horas. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2016 [cited 2019 Mar 1];23(6):487–94. Available from: 2.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v23n6/0120-5633-rcca-23-06-00487.pdf>

140. López P, Molina D, Coca A, Zanchetti A. Manual práctico LASH de diagnóstico y manejo de la HTA en Latinoamérica [Internet]. Caduceo multimedia, editor. España; 2015 [cited 2018 Nov 30]. 1-193 p. Available from:

<http://www.documentoslash.org/es/component/content/article/11-portfolio/books/5-libro-1?Itemid=0>

141. O' Brien E, Parati G, Stergiou G. European Society of Hypertension Position Paper on Ambulatory Blood Pressure Monitoring. Journal Hypertens [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 30];31:1761–8. Available from: [www.jhypertension.com](http://www.jhypertension.com)

142. Hansen TW, Thijs L, Li Y, Kikuya M, Bjo K, Richart T, et al. Prognostic Value of Reading-to-Reading Blood Pressure Variability Over 24 Hours in 8938 Subjects From 11 Populations. AHA/ASA Journals [Internet]. 2010 [cited 2018 Nov 30];55:1049–57.

Available from: <https://www.ahajournals.org/>

143. Shimbo D, Abdalla M, Falzon L, Townsend RR, Muntner P. Studies comparing ambulatory blood pressure and home blood pressure on cardiovascular disease and mortality outcomes : a systematic review. *J Am Soc Hypertens* [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 30];1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jash.2015.12.013>

144. Hermida RC, Moyá A, Ayala DE. Monitorización ambulatoria de la presión arterial en diabetes para valoración y control de riesgo vascular. *Endocrinol Nutr* [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 1];62(8):400–10. Available from: 1. <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-pdf-S1575092215002004>



<p><b>1.2 Subcategoría: conocimientos sobre el control de la enfermedad</b></p> <p>1.2.1. Cuénteme su experiencia en cuanto a lo que aprendió de las sesiones; ¿Que hace que recuerde más una sesión que otra?</p>	
<p><b>1.3 Subcategoría: cambios en el estilo de vida y adherencia a las recomendaciones</b></p> <p>1.3.1. Si usted compara lo que hacía respecto a su estado de salud antes de participar en las sesiones educativas con las que hace después de haber participado ¿Qué cambios cree que ha realizado?</p> <p>1.3.2. ¿Qué tanto han durado esos cambios? (si los ha identificado)</p>	
<p><b>1.4 Subcategoría: barreras para adherirse al tratamiento</b></p> <p>1.4.1. ¿Qué dificultades o situaciones de su vida le impidieron seguir las recomendaciones dadas por la enfermera en las sesiones educativas? ¿Qué ha hecho para superar esas dificultades?</p>	
<p><b>1.5 Subcategoría: aspectos positivos o por mejorar de la intervención</b></p> <p>1.5.1. Finalmente cuénteme ¿qué fue lo que más le gusto de su experiencia en las sesiones educativas?</p> <p>1.5.2. En términos generales que recomienda usted para mejorar las sesiones educativas</p>	
<p><b>1.6. Subcategoría: motivaciones para mantenerse en la intervención</b></p>	

<p>1.6.1. ¿Cuáles fueron las cosas que lo motivaron a permanecer en el programa educativo?</p> <p>1.6.2. ¿Siente que el programa le ha facilitado mantener el control de su estado de salud?</p>	
<p><b>2. CATEGORÍA: RELACIÓN TERAPÉUTICA</b></p>	
<p><b>2.1 Subcategoría: relación interpersonal con el profesional de enfermería</b></p> <p>2.1.1. Cuénteme ¿cómo fue la relación con la enfermera que brindó las sesiones educativas?</p> <p>2.1.2. ¿Cómo cree usted que la enfermera le ayudó al control de su enfermedad?</p>	
<p><i>Hemos terminado la entrevista. Agradezco su colaboración y aporte para el presente proyecto. Gracias</i></p>	

ANEXO 2. Instrumento grupo de discusión



**GRUPO DE DISCUSIÓN**

*Percepción de personas con hipertensión o diabetes mellitus sobre su experiencia en una intervención de enfermería para mejorar adherencia al régimen terapéutico.*

Fecha: \_\_\_\_\_

**Preguntas orientadoras**

**1. CATEGORIA: EXPERIENCIAS CON LA INTERVENCIÓN**

**1.1 Subcategoría: generalidades de la experiencia**

1.1.1. ¿Qué les aportó este programa para su vida?.

**1.2 Subcategoría: cambios en el estilo de vida y adherencia a las recomendaciones**

1.2.1. ¿Cuál fue el cambio más importante que realizaron para controlar su enfermedad, después de asistir a las sesiones educativas? ¿Por qué creen que pudieron hacer esos cambios?

1.2.2. Ustedes hablaban que el manejo del estrés fue uno de los cambios realizados. ¿De qué forma el programa les ayudó a controlarlo?

**1.3 Subcategoría: Dificultades para seguir las recomendaciones**

1.3.1. A parte de las dificultades que ya me comentaron para poner en práctica las recomendaciones brindadas en las sesiones educativas; que otras dificultades se han presentado? ¿Cree que el personal de salud o de enfermería puede ayudarle a solucionar estas dificultades? ¿De qué forma?

**1.4 Subcategoría: aportes del participante a la intervención**

1.4.1. Algunos de ustedes me comentaron que lo que menos les había gustado del programa fue la instalación del equipo para la toma de la tensión por 24 horas. ¿Compártnos las razones?

1.4.2. ¿Hubo otra situación o aspecto que no les haya gustado?

1.4.3 Que otras cosas proponen ustedes para mejorar el programa

## **2. CATEGORÍA: RELACIÓN TERAPÉUTICA**

### **2.1 Subcategoría: relación interpersonal con el profesional de enfermería**

2.1.1. Ustedes comentaban que uno de los aspectos que les gustó fue como las enfermeras le explicaban los temas y el trato que ustedes recibían de ellas. Cuénteme más de eso. Porqué creen que este aspecto es importante.

2.1.2. ¿De acuerdo a lo vivido en las sesiones educativas, cuál creen que debería ser el papel de la enfermera en el programa de riesgo cardiovascular?

*Indicar en observación la descripción de lo observado (gestos, acciones, expresiones, opiniones, sentimientos relevantes o silencios prolongados entre otros.), para ello coloque el número de la pregunta, iniciales de la persona y al frente la observación según sea el caso. Finalmente realizase una reflexión (conclusiones a partir de lo observado).*

### **Descripción por parte del observador**


### **Reflexión**

*Hemos terminado la entrevista. Agradezco su colaboración y aporte para el presente proyecto.*

Firma del observador: \_\_\_\_\_



ANEXO 3. Consentimiento informado

	<p align="center"><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES</b></p>	<p><b>CÓDIGO: GIN-FOR-016</b></p>
<p><b>VERSIÓN: 1</b></p>		
<p><b>FECHA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO : 04/JUN/2015</b></p>		
<p align="center"><b>GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA UAM</b></p> <p align="center"><b>INVESTIGACIÓN: PERCEPCIÓN DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN O DIABETES MELLITUS SOBRE SU EXPERIENCIA EN UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR ADHERENCIA AL REGIMEN TERAPÉUTICO.</b></p> <p>Ciudad y fecha: _____</p> <p>Yo, _____ una vez informado(a) sobre los propósitos, objetivos, procedimientos de intervención que se llevarán a cabo en esta investigación y los posibles riesgos que se puedan generar de ella, autorizo a Diana Carolina Vargas Hernández, Enfermera y estudiante de Maestría en salud Pública de la Universidad Autónoma de Manizales, para la realización de los siguientes procedimientos:</p> <p>Realizar entrevistas grabadas individuales y grupales para obtención de información acerca de las percepciones y experiencias sobre la intervención educativa recibida.</p> <p>Adicionalmente se me informó que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mi participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, estoy en libertad de retirarme de ella en cualquier momento.</li> </ul>		

- No recibiré beneficio personal de ninguna clase por la participación en este proyecto de investigación. Sin embargo, se espera que los resultados obtenidos permitan mejorar la educación brindada y contribuya al control de la enfermedad de las personas con hipertensión o diabetes.
- Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente. Esta información será archivada en papel y medio electrónico. El archivo del estudio se guardará en la Universidad Autónoma de Manizales bajo la responsabilidad de los investigadores.
- Puesto que toda la información en este proyecto de investigación es llevada al anonimato, los resultados personales no pueden estar disponibles para terceras personas como empleadores, organizaciones gubernamentales, compañías de seguros u otras instituciones educativas. Esto también se aplica a mi cónyuge, a otros miembros de mi familia y a mis médicos.

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

HUELLA

\_\_\_\_\_  
Firma

Documento de identidad \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Huella Índice derecho:

Proyecto aprobado por el comité de Bioética de la UAM, según consta en el acta No 71 de 13 de Septiembre de 2017

## **PERCEPCIÓN DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN O DIABETES MELLITUS SOBRE SU EXPERIENCIA EN UNA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA MEJORAR ADHERENCIA AL REGIMEN TERAPÉUTICO.**

**Objetivos:** comprender cuáles son sus percepciones y experiencias sobre la intervención educativa recibida en meses anteriores y que contó con 6 sesiones orientadas por una enfermera, dirigidas a brindar educación relacionada con su enfermedad.

**Justificación:** la hipertensión y la diabetes son enfermedades que generan complicaciones si no se controlan adecuadamente. Por tal motivo, en meses anteriores usted recibió unas sesiones educativas que buscaban mejorar el cuidado de su salud y la prevención de estas complicaciones. Esta investigación por su parte busca conocer y entender sus experiencias y percepciones sobre lo vivido en esas sesiones educativas, es decir, lo que significó para usted esa experiencia, lo que aprendió de ella para el cuidado de su salud, los cambios que usted aplicó para su vida, las dificultades que tuvo para seguir las recomendaciones, las relaciones interpersonales con la enfermera que le brindó la educación, además de conocer aquello que lo motivó a continuar en las sesiones y en general sus opiniones frente a la educación recibida. Todos sus aportes ayudarán a comprender la experiencia vivida, entender lo que para usted fue más importante, permitirá conocer su forma de pensar y ayudará al mejoramiento de este tipo de intervenciones. Esto contribuirá a futuro a que la educación brindada tenga en cuenta no solo los conocimientos que tiene el profesional de la salud, sino también las vivencias de las personas frente a esas sesiones educativas, lo que permitirá el mejoramiento de la salud y el control de la enfermedad.

**Procedimientos a realizar:** para conocer sus percepciones y experiencias frente a la intervención recibida se le realizará una entrevista en la que se le preguntará sobre su experiencia con respecto a la intervención educativa y su percepción sobre la relación interpersonal con la enfermera que le brindó la educación. Es importante aclarar que la entrevista se realizará en un lugar cerrado y sus respuestas serán grabadas en audio. Esta entrevista será aplicada por una enfermera distinta a la que le realizó las sesiones educativas

y tendrá una duración aproximada de 50 minutos. Posteriormente será citado una vez más a una entrevista grupal donde se le realizarán preguntas similares junto con otras personas que también participaron de las sesiones educativas. Al igual que la entrevista individual, esta entrevista grupal también será grabada en audio y posteriormente revisadas y analizadas por la investigadora. Para proteger su privacidad usted será identificado(a) con un código y por ningún motivo su identidad será revelada; así mismo, la información será utilizada únicamente con fines de investigación.

Riesgos y beneficios: Esta investigación es sin riesgo, debido a que los procedimientos que se le realizarán no representan ningún peligro para su salud. Las percepciones que usted tenga sobre la intervención educativa recibida, ayudarán a futuro a brindar una atención basada en la experiencia y necesidades de los usuarios que contribuya a mejorar la salud de las personas con hipertensión o diabetes.

## ANEXO 4. Presupuesto global y discriminado

### Presupuesto global

Rubros	Valor (\$)
Personal	65'336.000
Materiales	9'402.500
Viajes socialización	300.000
Salidas de campo	744.000
<b>Total</b>	<b>75'782.500</b>

### Descripción de los gastos de personal

Investigador/experto/auxiliar	Formación académica	Dedicación/ Mes	Valor Unidad (\$)	Total mes (\$)	# Meses a trabajar	Total
Investigador principal	Estudiante posgrado	96 horas	11.000	1'056.000	26	27'456.000*
Enfermera entrevistadora	Enfermera profesional	30 horas	20.000	1'800.000	1	1'800.000*
Enfermera observadora, grupos de discusión	Enfermera profesional	2 horas	20.000	40.000	1	80.000*
Director de proyecto	Posgrado	16 horas	90000	1'440.000	20	28'800.000**
Codirector de proyecto	Posgrado	8 horas	45000	360.000	20	7'200.000**
<b>Total</b>						<b>65'336.000</b>

\*Trabajo honoris causa \*\*Rubros financiados por la universidad y pago de matrícula

### Materiales, suministros y bibliografía

Materiales	Cantidad	Valor Unitario (\$)	Total (\$)
Fotocopias	200	80	16.000
Hojas digitadas	500	5.000	2'500.000
Uso de computador (Horas)	1664/26 meses	1.000	1'664.000
Uso de Internet (Horas)	1664/26 meses	1.000	1'664.000
Empastados	2	10.000	20.000
Argollados	2	20.000	40.000
Papelería y útiles de oficina			

Lapiceros*	5	1.500	7.500
Resma de papel tamaño carta	3	15.000	45.000
Huellero*	2	5.000	10.000
Discos compactos	2	3.000	6.000
Disco duro	1	400.000	400.000
Perforadora *	1	15.000	15.000
Grapadora*	1	10.000	10.000
Carpeta plastificada tamaño oficina	2	2.500	5.000
Cámara audio y video*	1	3'000.000	3'000.000
<b>Total</b>			<b>9'402.500</b>

\*Ya se cuenta con estos materiales

### Descripción y justificación de los viajes

Lugar /No. de viajes	Justificación	Pasajes (\$)	Estadía Total (\$)	Total
Nacional	Ponencia para socialización de propuesta o de resultados	500.000	1'000.000	1'500.000
<b>Total</b>				<b>300.000</b>

### Salidas de campo

Aspecto	Valor unitario (\$)	Cantidad	Proyectos	Total (\$)
Transporte Enfermeras	8.000	18	Para realizar entrevista semiestructurada	144.000
Transporte usuarios*	8.000	25	Para entrevista semiestructurada y grupos de discusión	200.000
Refrigerio	5.000	40	El día de encuentro	200.000
<b>Total</b>				<b>744.000</b>