



ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL
Avanzamos... ¡Es nuestro objetivo!



**PERCEPCION DE ADULTOS HIPERTENSOS; FRENTE A LA RUTA DE
ALTERACIONES CARDIO - CEREBRO - VASCULAR Y METABOLICA Y SU
AUTOCUIDADO EN UNA IPS DE PRIMER NIVEL 2021**

PRESENTADO POR:

JORGE ENRIQUE GELVEZ REINA

VICTOR JAVIER GUTIERREZ BLANCO

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE SALUD

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

CUCUTA, NORTE DE SANTANDER

2021-II



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750
www.unipamplona.edu.co



ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL
Avanzamos... ¡Es nuestro objetivo!



**PERCEPCION DE ADULTOS HIPERTENSOS; FRENTE A LA RUTA DE
ALTERCIONES CARDIO - CEREBRO - VASCULAR Y METABOLICA Y SU
AUTOCUIDADO EN UNA IPS DE PRIMER NIVEL 2021**

PRESENTADO POR:

JORGE ENRIQUE GELVEZ REINA

VICTOR JAVIER GUTIERREZ BLANCO

PRESENTADO A:

BELINDA INES LEE OSORNO

MYRIAM GARCIA GOMEZ

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE SALUD

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

CUCUTA, NORTE DE SANTANDER

2021-II



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750
www.unipamplona.edu.co



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
2. CAPÍTULO I.....	6
1. EL PROBLEMA	6
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
2. OBJETIVOS	15
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	15
3. JUSTIFICACION	16
3. CAPÍTULO II	20
1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS REFERENCIALES	20
1.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	20
1.2. MARCO REFERENCIAL.....	23
4. CAPÍTULO III.....	29
1. .ASPECTOS METODOLÓGICOS	29
1.1. NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.....	30
1.2. ESCENARIO DEL ESTUDIO	31
1.3. INFORMANTES CLAVES	31



1.4.	CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD	32
1.5.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	33
1.6.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN 33	
1.7.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN, PROCESAMIENTO Y ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS.....	35
5.	CAPÍTULO IV	43
1.	ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	43
1.1.	- ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES DEL ESTUDIO.....	58
1.2.	ANÁLISIS DE LAS SUBCATEGORIAS	78
1.3.	ANÁLISIS DE CATEGORIAS.....	93
	ASPECTOS ÉTICOS	104
	CONCLUSIONES.....	106
	RECOMENDACIONES.....	109
	BIBLIOGRAFÍAS	110



INTRODUCCIÓN

Desde el panorama de la atención como ente regulador de la calidad y aumento del bienestar de vida de los usuarios, frente a sus enfermedades, se observa una elevada tendencia de abordar las experiencias de los pacientes perteneciente a un grupo poblacional específico sobre su adherencia al sistema de salud al cual tiene acceso y su autocuidado como predictor de conductas de promoción y prevención de enfermedades a lo largo de su vida.

Por esta razón, la oportunidad de documentar este proceso, se enmarca en el grado de influencia de la percepción en la adherencia y el autocuidado, situación que refleja la necesidad de desarrollar el presente producto investigativo que tiene como propósito, comprender la percepción de los adultos hipertensos; frente a la RIAS en alteraciones cerebro-vascular y metabólica y su autocuidado en una IPS de primer nivel 2021. Por ende, el fundamento del que parte la investigación se relaciona con las percepciones del grado de afectación de los diferentes factores en el autocuidado y su adherencia durante el proceso de la hipertensión como enfermedad crónica. Asimismo, permitirá identificar las dimensiones que afectan directamente al paciente de manera holística, logrando facilitar una interpretación desde el factor micro hasta factor al macro, a partir de esas percepciones individuales, lo cual brindara un punto de partida para futuras investigaciones.



1. CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La siguiente propuesta de investigación busca comprender la percepción de los adultos hipertensos; frente a la RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica y su autocuidado en una IPS de primer nivel 2021.

Las enfermedades crónicas no transmisibles vienen a ser, uno de los desafíos sanitarios más relevantes de la actualidad. Debido al fuerte intento de controlar las enfermedades infecciosas, por parte de los científicos y valiéndose de avances médicos y científicos, en cuanto a prevención y tratamiento, ha surgido un nuevo perfil epidemiológico, donde las enfermedades crónicas y degenerativas, especialmente de patología cardiovascular, se han convertido en las mayores causas de muerte (1).

El principal factor de riesgo para sufrir una enfermedad cardiovascular, viene a ser la hipertensión, anualmente ocurren 1.6 millones de muertes causadas por este tipo de patologías en el continente americano, de estas, casi medio millón, corresponde a personas menores de 70 años, lo cual, se puede considerar como una muerte prematura y que se pudo haber evitado (2). El 20% y el 40% de los adultos en la región americana padecen esta enfermedad, lo que corresponde a 250 millones de individuos. La presión arterial alta se puede prevenir o retrasar mediante una serie de intervenciones preventivas destinadas a aumentar la participación activa de las personas en el autocuidado.



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”

Como punto importante, encontramos que *“Estados Unidos tiene una gran población de más de 50 millones de pacientes hipertensos, de los cuales alrededor de 17 ni siquiera saben que tienen hipertensión, y predominan los de piel negra (32%), sobre los de piel blanca (23%)”*. Por otro lado, *“en Cuba,(Santiago) el 30% de la población urbana y el 15% de las personas rurales presentan un significativo aumento de la tensión arterial, donde desconoce y tiene baja adherencia a prácticas de cuidados y alrededor de 2 millones de habitantes de Cuba que padecen la enfermedad desconoce la importancia de su autocuidado para prevenir complicaciones”* (3).

En este orden de ideas, está claro que existe una gran falta de adherencia de los pacientes con sus tratamientos. Según la OMS, el cumplimiento se define como *“la medida en que el comportamiento de un paciente, en relación con el uso de medicamentos, se controla para detectar cambios en la dieta o el estilo de vida según las recomendaciones acordadas con un profesional médico”*. Esto se refleja en el alto costo de hospitalización por mala adherencia, que asciende a aproximadamente \$ 13.350 millones en Estados Unidos, equivalente al 1,7% del gasto sanitario del país.(4).

Existen también otros aspectos importantes que se relacionan directamente con el paciente y su adherencia al tratamiento de su enfermedad, se puede referir al respecto, un estudio hecho en Hong Kong que analizó la adherencia de tratamiento antihipertensivo, encontrando que las variables asociadas al cumplimiento y adherencia al tratamiento, fueron: edad avanzada, situación de empleo o desempleo, buena autopercepción de salud y su grado de satisfacción, como puntos importantes, que se relacionan con la adherencia y autocuidado del individuo (5).



De manera similar, los países de América Latina muestran un menor compromiso con el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles que los países desarrollados, lo que significa mayores costos relacionados con la enfermedad y mayores riesgos de complicaciones. Un ejemplo claro se da en Chile, allí, según la Organización Panamericana de Salud, el 66% de los pacientes de enfermedades crónicas no transmisibles, no acude a chequeos y revisiones lo que viene a ser reflejo de una baja o inadecuada adherencia al tratamiento y ocasionando alta incidencia en limitaciones físicas y mentales, por parte de pacientes de este tipo de enfermedades, como consecuencia de la evolución de la enfermedad (6).

En este sentido se puede observar en la revisión de artículos y bibliografía especializada, que en pacientes que sufren de enfermedades relacionadas con la hipertensión arterial, predomina una falta de conocimiento acertado en cuanto a conocimiento y comprensión de valores normales de la misma, diferenciación de los componentes de la presión arterial (diastólica y sistólica), factores de riesgo para padecerla y alimentación saludable para la prevención y control de ésta, además, en cuanto a su definición, predomina el conocimiento masculino, según un estudio realizado en Bilbao donde se observó que de los pacientes que el 85% refería no conocer la patología; por lo cual, se entiende que existe un alto porcentaje de personas que padecen de estas enfermedades y que a su vez, presentan un claro desconocimiento relacionado con las situaciones que pueden afectar su salud, y las prácticas que favorecen su bienestar (7)

Paralelamente a este estudio, otro estudio realizado en Bogotá (Colombia), arroja como resultado que un 44% de pacientes de enfermedades de este tipo, menciona desconocer la



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”

importancia de no suspender la medicación para la hipertensión arterial cuando no tiene síntomas. Esta es una evidencia palpable de falta de adherencia, lo cual viene a ser fundamental para poder reaccionar en este sentido, analizando las causas y atacándolas para poder así mejorar los resultados y efectividad de los tratamientos y por ende también, la calidad de vida de los pacientes de hipertensión arterial (8).

Sobre este tema existe gran cantidad de investigaciones y estudios realizados con el fin de establecer estrategias que permitan lograr una apropiada adhesión al tratamiento, lo que debe ir de la mano con estilos de vida saludables, estas investigaciones dejan ver fallos frecuentes en el cumplimiento correcto de los tratamientos, siendo esto, un problema de suma importancia para el sector de la salud, debido a que esta falta de adherencia se relaciona directamente con la percepción de los pacientes frente a la atención, influyendo directamente con su decisión de autocuidado (8).

Finalmente encontramos, la institución ESE IMSALUD, que cuenta con alrededor de 13.500 a 14.000 pacientes pertenecientes a la RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica, donde la Unidad Básica Puente Barco Leones y sus IPS vinculadas, cuenta con aproximadamente 2.575 pacientes activos en la base de datos. Entre los cuales se evidencio incumplimiento de los pacientes frente a los seguimientos por enfermería. Donde el nivel promedio de incumplimiento de los pacientes es de aproximadamente 3 pacientes por cada 10 seguimientos programados por día de calendario vigente.

Del mismo modo, Se observa que la Unidad Básica Puente Barco Leones mantiene una escasa adherencia de los pacientes a la RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y



metabólica como factor alarmante en el desarrollo de complicaciones y como obstáculo no gestor de cambio relacionada con la falta de conocimiento acerca de la RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica y la bondad del servicio en pro de su salud, los cuales pueden conllevar al desarrollo de complicaciones cardiovasculares y surgimiento de limitaciones en la calidad de vida.

Por otra parte, diversos autores señalan que la baja adherencia al tratamiento y al autocuidado, se relacionan con elementos vinculados a la prestación del servicio de salud, entre ellos, *(accesibilidad, tiempo y calidad de la atención al usuario, comunicación médico-paciente, entrega oportuna de medicamentos y resultados clínicos, condiciones de infraestructura, satisfacción del usuario, entre otras condiciones), se han relacionado con peores desenlaces clínicos*". Igualmente, la baja adherencia a tratamientos médicos y buenas prácticas de vida se relaciona directamente con habilidades comunicativas e inteligencia emocional del paciente y así como por las buenas relaciones entre los profesionales con los pacientes (9).

Debido a lo ya expuesto, diversos autores han llegado a la conclusión de que la calidad de la atención en materia de salud debe comprender y accionar en un ambiente donde se consideren las siguientes dimensiones o factores, estos son: accesibilidad, equidad, competencia profesional, satisfacción usuario, efectividad, eficiencia, eficacia, seguridad, confort, continuidad, oportunidad, privacidad y confidencialidad, y de este modo facilitarán un mejor empoderamiento y vinculación con su autocuidado frente a su percepción (10).



La RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica busca principalmente establecer, tanto a nivel individual como poblacional el riesgo en que viven aproximadamente 28.000.000 de colombianos de padecer una enfermedad cardiovascular además de conocer la importancia de entender el nivel de peso y de mantener una gestión y monitoreo de dicho riesgo para el año 2026. Siguiendo estos pasos se puede reducir el número de complicaciones, a la vez que se mejora la calidad de vida de las personas, basado en los principales principios del desarrollo sostenible el cual busca para 2030 "reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante intervenciones preventivas y del tratamiento, mejorando así con el tiempo la salud mental y el bienestar". (11).

Esta RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica, está enfocada en tres niveles de atención, que son: Identificación temprana, Intervención colectiva e individual y Monitoreo del riesgo en salud, los cuales buscan lograr que las personas puedan identificar los factores de riesgo mediante el manejo de la información sobre los pasos a seguir y los servicios requeridos con la finalidad de reducir, la estadística de los problemas cardiovasculares (11).

En el entendido que el plan de acción de la RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica, está fundamentada en promover actividades preventivas para evitar complicaciones de salud de los pacientes, fundamentándose en educación continua, especialmente preventiva. Se generan cuestionamientos sobre determinar cuál puede ser el posible factor predictor que influye en la adherencia, en materia de salud para pacientes y su autocuidado (11).



SC-CER96940



"Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz"



Sobre, el autocuidado, se puede inferir que este se basa en una construcción cultural, relacionada con el cuidado personal, tanto del individuo como de sus familiares y personas más cercanas, lo cual, por lógica se basa en conocimientos previos, además del tiempo disponible, recursos económicos, edad, género y la inclusión social, así como el uso efectivo del sistema de salud y su tramitación y control, además de las experiencias sanitarias obtenidas durante los tratamiento o controles, estos elementos favorecen la construcción de conocimientos que permiten a la persona comprender y formar su propia cultura de autocuidado (12).

Por ende, como futuros enfermeros somos conocedores que, para adquirir aceptables niveles para el cuidado de la salud y la vida, tal como lo expresa la ley 266 de 1996, la cual, tiene como propósito general, promover la salud y prevenir la enfermedad. Es importante resaltar la importancia que tiene, el generar conocimiento en los pacientes sobre la adquisición y adherencia a estilos de vida saludable como elementos fundamentales que llevan al autocuidado, lo cual, ha sido evidenciado por los investigadores en las prácticas ya realizadas, donde los pacientes con problemas cardiovasculares, tienen como problemática mayor, sus hábitos herrados y nocivos para mantener y cuidar la salud (13).

El trabajo de investigación académica, realizado por los investigadores, además de su experiencia en temas educativos con los pacientes y lo referenciado en la bibliografía consultada, señala que los procesos educativos son una herramienta fundamental que debe seguir impulsándose y perfeccionándose a lo beneficioso que resulta para la prevención y el control de hipertensos; sin embargo, se debe analizar, sobre como las personas involucradas



perciben estos procesos para que se puedan generar acciones que los lleven al autocuidado y a una mejor calidad de vida (14).

Por lo ya descrito, se puede inferir que la importancia de comprender estos aspectos es de gran importancia, para cualquier persona, pero se reviste de especial importancia cuando se trata de su conocimiento y manejo para futuros profesionales de la salud ya que el rol de enfermero, está íntimamente ligado a la del educador en salud, a partir, del grado de convicción que este ejerce en el paciente, la familia, y en sí mismo, de forma que funja como orientador, para que su entorno obtenga competencias que los lleve a tomar el mando de su salud y la de los suyos, lo cual los llevará a obtener una mejor calidad de vida con base en cambios aplicados en su dinámica de vida que los conduzca hacia estilos de vida más saludables (15).

En tal sentido, es importante destacar que el profesional de la salud, debe orientar a sus pacientes a lograr un buen control metabólico y vascular orientándolos en la conceptualización, comprensión y aplicación de la adherencia, así como las posibles consecuencias de no conocer y aplicar estas buenas prácticas por parte de quienes están sometidos a tratamientos médicos de diferentes índoles, siendo crucial la orientación al paciente y también a las personas del entorno de este, de manera que el profesional de enfermería, en el cual recae más del 80% de la responsabilidad, de enseñar y orientar a pacientes como a sus familiares en cuanto a el correcto procedimiento a seguir, en cuanto a adherencia (16).



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



Es destacable sobre la profesión de enfermería y su importancia en cuanto a la orientación correcta que se debe tener frente al paciente en el cuidado de su salud, lo cual, forma parte fundamental de la atención primaria como pilar fundamental de la profesión de enfermería que, para el caso de tratar enfermedades crónicas, como la hipertensión y que, de una u otra manera, en la ausencia de un tratamiento y seguimiento adecuado puede conllevar al padecimiento de enfermedades cardiovasculares. El cuidado de enfermería profesional es un factor muy importante para lograr un buen control metabólico y vascular. De allí la importancia de motivar, educar, orientar, aconsejar y participar en el manejo de la enfermedad fomentando la auto responsabilidad y autonomía (17)

De acuerdo a lo anterior se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿La percepción de los adultos hipertensos; frente a la RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica en una IPS de primer nivel influye en su decisión de autocuidado?

A tal efecto, surgen las siguientes interrogantes ¿Sera que la percepción de los usuarios frente a la calidad de la atención influye en la asistencia a los seguimientos de la RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica? ¿Sera que la falta de adherencia a RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica está relacionada con la comprensión inadecuada de las pautas y recomendaciones dadas por los profesionales durante cada seguimiento? ¿Sera que la desinformación acerca de las enfermedades cardiovascular y metabólicas influye en la toma de decisiones sobre el autocuidado?



2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Comprender la percepción de los usuarios adultos de 29 a 59 años con diagnóstico de hipertensión frente a la adherencia la RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica y su decisión de autocuidado.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Describir la percepción de los usuarios frente al sistema de salud
- ❖ Relatar factores que influyen en la adherencia de la RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica en los usuarios.
- ❖ Interpretar las causantes del desconocimiento sobre la patología (Hipertensión) en los usuarios.

3. JUSTIFICACION

Según SEH-LELHA, en representación de la Sociedad Española de Hipertensión, “la enfermedad afecta a más del 20% de los adultos entre 40 y 65 años y alrededor del 50% de los individuos mayores de 65 en todo el mundo, en España Aproximadamente 14 millones. Esta autora, afirma que la hipertensión *"sigue siendo una de las principales causas de consulta en la atención primaria y una de las principales causas de hospitalización por enfermedades relacionadas"*. (18).

Actualmente, las enfermedades cardiovasculares se posicionaron en la principal causa de muerte en todos los países del mundo, y el análisis epidemiológico de este fenómeno ha ayudado a determinar la presencia de variantes biológicas, que se denominan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y pueden influir en la probabilidad de aparición de enfermedades cardiovasculares. Enfermedad por derrames cerebrales, enfermedad de las arterias coronarias, insuficiencia cardíaca o enfermedad arterial periférica. La hipertensión arterial es uno de estos factores de riesgo modificables y actualmente se considera uno de los mayores problemas de salud pública.

La presión arterial alta es un trastorno grave que aumenta en gran medida el riesgo de enfermedades cardíacas, cerebrales, renales y otras afecciones. Se estima que actualmente hay en el mundo más de 1.130 millones de personas que sufren de hipertensión, y cerca de dos tercios de este universo, viven en países donde el ingreso es más bien, medio y bajo. Debido a esto, solo una de cada cinco personas hipertensas tiene controlado el problema. Estos factores hacen de la hipertensión una de las principales causas de muerte prematura en todo el mundo, convirtiéndose en uno de los objetivos mundiales de las enfermedades no



transmisibles, “ con la idea de mitigar el 25% para 2025 (en comparación con los informes del 2010, lo cual requieren campañas de educación”, entre otras cosas, para lograr la prevención y adherencia, elementos fundamentales en la lucha contra este trastorno (19).

Es por esto que en Colombia se cuenta las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS) las cuales el ministerio de salud y protección social las define *“como una herramienta para ayudar a las personas, familias y comunidades a lograr resultados saludables que tengan en cuenta la naturaleza única del área en la que viven, interactúan y prosperan”*.

En Norte de Santander, la prevalencia de hipertensión fue de 4,59 entre los sujetos de 18 a 69 años y la tasa de mortalidad media se ajustó por edad de 17,2 por 100.000 habitantes. Especialmente en Cúcuta está justificada esta investigación ya que las cifras del Análisis de Situación de Salud (ASIS) en Municipios de frontera del Departamento Norte de Santander revelan que en la atención primaria brindada a los cucuteños se presenta una tasa de morbilidad por consulta externa de 5262,0 por cada 100.000 habitantes. La evaluación clínica mostró que los principales motivos de consulta fueron hipertensión arterial primaria, infección aguda de las vías respiratorias superiores, caries dental y traumatismos en áreas específicas y síntomas del sistema digestivo y abdomen. Asimismo, muestran que son muchos los pacientes que no siguen el tratamiento de forma integral y conocer sus razones será el camino para iniciar la comprensión del fenómeno en estudio.

Además, el develar realidades desde el usuario de cuidado será el inicio que permita orientar y ordenar la gestión de la atención integral basado en características propias del contexto de estudio que alimentaran algunos aspectos de los determinantes sociales de la salud.



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”

Es por esto que la línea de base del perfil de riesgo cardiovascular y metabólico está basada en intervenciones grupales basadas en evidencia, como la promoción de la actividad física y la promoción de una alimentación saludable. Las segundas Intervenciones son basadas en la evidencia individuales como reducción en la exposición a tabaco y alcohol y tratamiento farmacológico, es decir, promoviendo el autocuidado con enfoque de cambio de estilos de vida, situación que con el desarrollo de esta investigación podría ser de mucha utilidad ya que dará puntos de vista propios de las personas que están vivenciando su problemática

Cuando se trabaja en gestión del cuidado, se incluye la promoción y mantenimiento de la salud como principios para generar un impacto positivo en la vida de nuestros usuarios y promover cambios en el estilo de vida: dieta, ejercicio, higiene, hábitos de sueño, etc., por eso es fundamental para esta investigación establecer cuál es la percepción que tienen los usuarios sometidos a tratamientos y recomendaciones por el riesgo cardiovascular que pueden presentar ante un evento como es la hipertensión arterial y a su vez determinar qué elementos están presentes para el autocuidado de su salud.

Si se logran plasmar los elementos verbalizados por los usuarios sobre la forma como ellos ven los tratamientos y recomendaciones de los profesionales sanitarios, que pueden contribuir de forma importante a promover el desarrollo del autocuidado como un proceso consciente mediante el cual pueden controlar, conocer y responsabilizar sus acciones.

La relevancia que tiene el desarrollo de esta investigación radica en la oportunidad que tiene el enfermero para ir incluyendo paulatinamente acciones o puntos a tener en cuenta desde los referentes manifiestos del sentir de las personas que están sometidos a los diferentes



ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL
Avanzamos... ¡Es nuestro objetivo!



tratamientos por hipertensión y con eso construir guías o protocolos desde la realidad de sus contextos y conceptos a tener en cuenta para las indicaciones de autocuidado.



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750
www.unipamplona.edu.co



2. CAPÍTULO II

1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS REFERENCIALES

1.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Antes de empezar con el tema es preciso tener claros algunos antecedentes que nos ayudaran a orientar sobre las posibles respuestas que obtendremos de nuestra investigación.

Según un estudio realizado en Paraguay los pacientes que consultan respondieron en su gran mayoría de forma satisfactoria, en cuanto a la atención recibida. La mayor objeción en todo el proceso de la atención, ha sido el prolongado tiempo de espera para ser atendidos, sin tener en cuenta la comodidad o incomodidad que se genera en la sala de espera, que, para el caso del Servicio de Medicina Familiar, se trata de un edificio antiguo que no está en las mejores condiciones (20)

En Brasil otro estudio nos menciona que, *“evaluando un conjunto de dimensiones, la menor calificación se obtuvo en la dimensión de fiabilidad, Esto es preocupante porque esta dimensión se presenta como un ajuste entre la razón subyacente de la existencia del servicio y la percepción real del usuario en función de la atención que recibe. por ejemplo, si se habla de un problema médico en un centro de salud, se vinculará directamente con la solución de éste”* (21).

También en Brasil, se encontró, que según la opinión de los usuarios, la insatisfacción predominante se ubicó en siete indicadores: *“estructura física respetar la privacidad de los usuarios; relación profesional / usuario; la posibilidad de presentar una queja por parte del usuario; apoyo proporcionado por el servicio; puntualidad de los profesionales médicos;*



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”

Recibir consejos sobre el tratamiento "mostró diferencias significativas y diferentes correlaciones"; mostrando diferencia significativa y correlaciones que van, de moderada a alta, en cuanto a la calidad de la atención recibida (22).

En otro estudio realizado en Ecuador, se encontró que en la sección de fiabilidad en el promedio de expectativa el 47% fue bueno, el 25% malo y el 28% regular, pero en el promedio de percepción el 49% es bueno, el 28% regular y el 23% malo. Además, se encuentra la parte interactiva; En esta área, los resultados se califican como 48% buenos, 25% malos y 27% buenos; Por otro lado, en el nivel medio de cognición, el 48% se calificó como bueno, el 30 como bueno y el 22% como malo.

Por otro lado, en la sección de seguridad el promedio de expectativa fue de un 48% calificado de bueno, un 25% malo y un 27% regular. En el promedio de percepción tenemos un 48% bueno, un 29% regular y un 23% malo. Finalmente, se encontró el apartado de empatía, con un 49% de espera promedio calificada como buena, un 24% como mala y un 27% como frecuente; Por otro lado, la percepción promedio fue 49% buena, 29% buena y 22% mala. (23).

En Colombia, un estudio realizado en la ciudad de Ibagué, nos señala que se analizó el profesionalismo y humanización del servicio, al respecto, el 32% considera que el personal no es amable. Los aspectos de los trabajadores sanitarios de mala calidad se relacionan con el tiempo dedicado (29,2% promedio o deficiente) y la atención al paciente (26% promedio o deficiente).



Algunos ítems muy interesantes calificados de forma severa por buena parte de los usuarios, se encuentran en la variable profesionalismo, allí se evalúa el tiempo e interés por el paciente, la amabilidad y claridad en la información, se observa que la quinta parte de los usuarios está inconforme con este servicio y considera que se debe mejorar, siendo los aspectos con una percepción más negativa del tiempo y la ansiedad del paciente. Sobre la humanización, se encontró que el 26.5% considera que el servicio es poco humanizado y el 6.8% que no es humanizado. Este es un aspecto clave en la prestación de servicios de salud, que generalmente influye en el bienestar y la recuperación de los pacientes (24).

Por otro lado, según una investigación de la revista Empresarial de la capital colombiana, señala que los indicadores tampoco mejoran al analizar si los tratamientos de salud son de calidad, el sondeo muestra que apenas el 26% cree en ello, mientras el 49% manifiesta no pensar que sean buenos, Reafirmando las percepciones negativas sobre el sistema nacional de salud, aumentando la negatividad al ver si el sistema brinda el mismo nivel de atención a todos (justamente), lo que el 64% de la población niega.

Globalmente, se determinan entre las principales barreras para lograr calidad en el servicio, las siguientes: *“acceso a tratamientos o largos tiempos de espera (40%); personal insuficiente (36%); costos para acceder al tratamiento (32%); burocracia (26%); falta de inversión preventiva; y tratamiento de mala calidad (20%)”* (25).



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



1.2. MARCO REFERENCIAL

CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD: la medida en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y responden a la aplicación de conocimientos profesionales modernos. Según esta definición, debemos agregar un componente de calidad subjetiva que corresponda a la calidad percibida por el usuario (26).

LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA O COMPORTAMIENTO DE ADHERENCIA:

Se puede definir como la coincidencia y comportamiento de una persona en cuanto a tomar la medicación, seguir una dieta, realizar cambios en su estilo de vida y aceptar e implementar los consejos sobre salud o prescripciones que ha recibido por los profesionales de la salud (27).

AUTOCUIDADO: Consiste en la práctica de las actividades que las personas inician y llevan a cabo en determinados períodos, por sí mismos y con el fin de mantener una actividad sana y enérgica, persiguen el crecimiento y el bienestar personal cumpliendo los requisitos de las regulaciones funcionales y de desarrollo. (28).

ESTILO DE VIDA SALUDABLE Se trata de mantener la armonía y el equilibrio en la dieta, la actividad o el ejercicio físico, así como tener una vida sexual saludable, conducir con seguridad, manejar el estrés y ejercitar la capacidad mental. La inteligencia, la recreación (especialmente al aire libre), el descanso adecuado, las buenas prácticas de higiene, la tranquilidad, las buenas relaciones interpersonales, así como la preocupación por las relaciones ambientales entre las personas varía (29).



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



CUIDADOS DE ENFERMERÍA: incluyen el cuidado independiente y colaborativo de personas sin importar el curso de vida en el que se encuentre o la situación de salud, y en todos los entornos. Los profesionales de enfermería están a la vanguardia de la prestación de servicios y desempeñan un papel importante en la atención centrada en las personas (30).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Este es un nivel mantenido de presión arterial sistólica (PA) igual o superior a 140/90 mmHg, respectivamente, tomado en condiciones apropiadas con al menos tres lecturas, preferiblemente en tres días diferentes o cuando la presión arterial es demasiado alta y / o cuando el paciente es normal con terapia antihipertensiva (31).

COMPLICACIONES SEGUN ESTADO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

Estadio I

Sin manifestaciones de modificación orgánica.

Estadio II

Al menos una de las siguientes manifestaciones de daño orgánico:

- Hipertrofia ventricular izquierda (detección ecocardiograma)
- Estenosis general y focal de la arteria retiniana.
- Microalbuminuria, proteinuria y / o ligero aumento de creatinina plasmática (1,2-2,0 mg / dL).
- Signos radiográficos o ecográficos de aterosclerosis (en la aorta, en las arterias carótida, ilíaca o femoral)



SC-CER96940



"Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz"

Estadio III

Síntomas y signos que aparecen como resultado del daño orgánico:

- Corazón: dolor agudo localizado en el pecho, infarto cardiaco, deterioro cardiaco(insuficiencia)
- Cerebro: Accidente cerebrovascular, accidente isquémico transitorio, encefalopatía hipertensiva, demencia vascular.
- Antecedentes: hemorragias y exudados retinianos con o sin papiledema
- Riñón: creatinina plasmática > 2,0 mg / dl, insuficiencia renal
- Vasos sanguíneos: Aneurisma disecante, Arteriopatía oclusiva sintomática (32).

FACTORES DE RIESGO PARA HIPERTENSION ARTERIAL (32)

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Edad: las personas mayores de 65 años tienen más probabilidades de tener presión arterial sistólica. La edad tiene un riesgo menor cuando se combinan dos o más factores de riesgo.

Género: la presión arterial alta y el accidente cerebrovascular hemorrágico son más comunes en mujeres posmenopáusicas. La enfermedad de las arterias coronarias y los accidentes cerebrovasculares ocurren con más frecuencia en los hombres

ORIGEN ÉTNICO: La presión arterial alta es más común y violenta en la población negra.



HERENCIA: La presencia de enfermedad cardiovascular en un padre de dos años o más antes de la sexta década de vida ciertamente afecta la presencia de enfermedad cardiovascular.

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

FACTORES COMPORTAMENTALES

TABAQUISMO: es la causa anual de muerte de más de 3.000.000 de personas en todo el mundo. El tabaco es responsable del 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores tienen el doble de probabilidades de desarrollar HTA.

ALCOHOL: Beber una copa de vino aumenta la PAS en 1 mmHg y la PAD en 0,5 mmHg. Se demostró que el consumo diario de alcohol tiene un nivel de PAS de 6,6 mm Hg y un nivel de PAS de 4,7 mm Hg, más alto que aquellos que bebían una vez por semana, independientemente de la ingesta semanal total.

SEDENTARISMO: Una vida sedentaria aumenta la masa muscular (aumenta el peso), además el colesterol. Las personas que no son activas tienen más probabilidades de sufrir de tensión arterial alta (del 20 al 50%).

NUTRICIONALES: Comer mucho sodio en sal y niveles bajos de potasio se ha asociado con la presión arterial alta. La ingesta de grasas, especialmente grasas saturadas de origen



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



animal, se considera un factor de riesgo para el colesterol alto debido a su capacidad para endurecer las arterias y elevar los niveles de colesterol nocivo.

PSICOLOGICOS Y SOCIALES: El estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión, el comportamiento de tipo A está asociado con el estrés (competitividad, hostilidad, impaciencia, locuacidad, movimiento rápido).

FACTORES BIOLOGICOS

OBESIDAD: El aumento de peso se asoció con un riesgo 6 veces mayor de presión arterial, así como un índice de masa corporal > 27 . Por cada aumento de peso de 10 kg, la PA aumentó en 2-3 mmHg y la PAD en 1-3 mmHg. Circunferencia de cintura 85 cm. En la hembra mide 9,8 cm. En los hombres se asocia a riesgo de hipertensión, dislipidemia, etc.

DISLIPIDEMIAS. El estudio de Framingham mostró que el exceso de grasa conduce a enfermedades coronarias e hipertensión arterial.

DIABETES MELLITUS: La diabetes aumenta el riesgo de desarrollar presión arterial alta de dos a tres veces. Las alteraciones metabólicas provocan cambios en el manejo de los lípidos junto con el daño vascular que resulta de la enfermedad.

MODELOS DE PROMOCION DE LA SALUD NOLA PENDER

MPS es similar a la construcción del Modelo de Creencias de Salud, pero no se limita a explicar el comportamiento de prevención de patologías. El MPS se diferencia del Modelo



SC-CER96940



"Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz"



de Creencias de Salud porque el MPS no incluye el miedo o la amenaza como una fuente de motivación para el comportamiento de salud. Por esta razón, MPS se expandió para incluir comportamientos que promueven la salud que potencialmente podrían aplicarse a lo largo de su vida.

Basados en esto el enfoque de la investigación se desarrolló en conceptos claves como:

- **INFLUENCIAS SITUACIONALES:** Conciencia personal y percepción de cualquier situación o contexto dado que pueda facilitar u obstaculizar el comportamiento. Estos incluyen percepciones de alternativas disponibles, características de necesidades y características estéticas del ambiente que sugieren que se desarrollan algunos comportamientos.
- **INFLUENCIAS INTERPERSONALES:** Conocimiento del comportamiento ajeno, creencias o actitudes. influencias interpersonales incluyen: normas (expectativas de lo más importante), apoyos sociales (herramientas y emociones) y modelos (aprendizaje indirecto mediante la observación de monitorear a otros involucrados en un comportamiento en particular). fuentes principales de influencia interpersonal son la familia, parejas y cuidadores. Además de esto factores biológicos, psicológicos y socioculturales que influyen en el usuario.
- **AUTOEFICACIA PERCIBIDA:** Evaluar la capacidad individual para organizar e implementar comportamientos de promoción de la salud. La autoeficacia percibida afecta barreras percibidas para la acción, de la misma manera que un desempeño superior conduce a barreras percibidas más bajas para realizar la conducta.



3. CAPÍTULO III

1. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Esta investigación se plantea desde el paradigma cualitativo, según lo expuesto por Cook TD, El paradigma cualitativo tiene un fundamento decididamente humanista para comprender la realidad social de la posición idealista que destaca una concepción evolucionista y negociada del orden social. Igualmente, entiende la vida social como la creatividad en común de los individuos (33). El hecho de que sean comunes determina la realidad que todos los participantes en la interacción social perciben como objetiva, viva y comprensible. Además, también cree que el mundo social no es estático ni estático, sino que está siempre cambiante, cambiante y dinámico.

En este sentido, lo que se requiere es *“un modelo cualitativo que no perciba al mundo como una fuerza externa, que pueda ser determinada objetivamente e independiente de la persona. Existen por el contrario múltiples realidades. En este modelo, los individuos son vistos como actores activos en la configuración y definición de las realidades que encuentran”* (33).

No hay una reacción en cadena dura ante las situaciones, sino que, a través del proceso de negociación e interpretación, surge un patrón aceptable de interacción. El modelo cualitativo también incluye un supuesto sobre la importancia de comprender las situaciones desde la perspectiva de los participantes en cada situación (34).

Según GLASER y STRAUSS, el punto básico de partida del paradigma cualitativo a la hora de concebir el mundo social es “el desarrollar conceptos y teorías basados en datos (es decir, conceptos y teorías que se derivan de los datos y se ilustran con buenos ejemplos de los datos.



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



Estos conceptos de primer orden, como los llamó Schutz, resultan esenciales para el desarrollo de conceptos de segundo orden, que emergen cuando se trata de explicar un fenómeno” (35).

Asimismo, de acuerdo a lo postulado por Miguel Martínez, el paradigma cualitativo, se inscribe en el contexto de una orientación pospositivista donde el conocimiento es el fruto o resultado de una interacción, de una dialéctica o diálogo entre el investigador y el objeto o sujeto investigado a modo de concebir la realidad. En este sentido, Flick afirma que: " Los métodos cualitativos ven la comunicación del investigador con el campo y sus miembros como una parte explícita de la producción de conocimiento, en lugar de excluirlo tanto como sea posible.". "Tanto como sea posible como una variable parcialmente responsable" ” (27).

De este modo, se sustenta la necesidad de consolidar un proceso investigativo a partir las experiencias vividas, los comportamientos y las percepciones de adultos hipertensos.

A partir de este eje conceptual, se orienta el propósito de esta investigación que es Comprender percepción de adultos hipertensos; frente a la RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica y su autocuidado en una IPS de primer nivel 2021

1.1. NATURALEZA DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

En el marco de la investigación cualitativa se encuentra inmersa la teoría fundamentada, la cual según autores como Miranda AJM y sus allegados, *“la teoría fundamentada es una teoría bien establecida permite explicar las relaciones entre dos o más categorías de realidad observada. Por tanto, es capaz de aportar teorías, conceptos e hipótesis que parten directamente de los datos y no de marcos teóricos predefinidos”* (27).



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



De manera similar, Glaser entendió la teoría de la fundación como un método analítico que se ocupa de recopilar datos, utilizando un conjunto de métodos, aplicados sistemáticamente, para generar una teoría general, que se carga en un campo fundamental. El producto de investigación final constituye una formulación teórica, o un conjunto integrado de hipótesis conceptuales, sobre el área sustantiva que es objeto de estudio (28), por lo tanto, la fase de estudio y revisión que permitirá la comprensión conceptual del fenómeno estudiado. Por ende, este estudio se basa en la teoría fundamentada, pues esta se caracteriza por ser más interpretativa que descriptiva.

1.2. ESCENARIO DEL ESTUDIO

El entorno en el que se desarrollara esta investigación a nivel institucional, enmarcado en el ámbito ambulatorio de la unidad puente barco leones, debido a que, bajo este argumento, se facilita la participación de los pacientes pertenecientes a la RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica, lo cual va a permitir consolidar información representativa sobre las percepciones de adultos hipertensos; frente a la RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica y su autocuidado en una IPS de primer nivel 2021

1.3. INFORMANTES CLAVES

Autores como Taylor & Bogdam y Fine; mencionan que estos informantes, son aquellas personas que “apadrinan al investigador en el escenario y son sus fuentes primarias de información”. Es decir, las personas hablan del fenómeno en relación a todo. Además, la elección de las personas proporciona al investigador la información necesaria para

comprender el significado y las acciones que ocurren en un contexto particular en el que el fenómeno es de interés (36).

INFORMANTES CLAVES		
GRUPO	DESCRIPCION	INFORMANTES
GRUPO 1; usuarios de sexo masculino en edades entre 24 a 43 años	UM1, Um2,	2
Grupo 2; usuarios de sexo masculino entre 44 y 59 años	UM3, Um4	2
Grupo 3; usuarios de sexo femenino entre 24 a 33 años	UF1, Uf2	2
Grupo 4; usuarios de sexo femenino entre 44 a 59 años	UF3, UF4	2

1.4.CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

- Usuarios adultos de 29 a 59 años

- Usuarios con diagnóstico de hipertensión
- Usuarios pertenecientes a la unidad básica puente barco leones
- Usuarios que acepten participar en el estudio.

1.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ❖ usuarios que tengan 2 comorbilidades (diabetes e hipertensión)
- ❖ usuarios que tengan limitaciones mentales y del lenguaje
- ❖ usuarios que reciban atención domiciliaria

1.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECTAR LA INFORMACIÓN

La investigación cualitativa permite conocer las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en determinadas situaciones o problemas pretendiendo lograr descripciones exhaustivas con grandes detalles de la realidad. Para ello Bautista Nelly refiere que la teoría más importante es la que resulta del trabajo de campo y del análisis simultaneo del material (37).

De igual modo Bautista y sus allegados señalan que en este tipo de investigación “Se utilizará un método de entrevista focalizada y semiestructurada, que permitirá la recolección de información a través de preguntas abiertas, reflexivas y circulares que puedan revelar los tipos de interés en la encuesta” (37) Por tanto, es necesario que el entrevistador dé unas pautas básicas para que el entrevistado no se desvíe de otros temas, por lo que se elaboran preguntas en función del escenario de cada informante mayoritario, y el cuestionario se asignará a dos expertos para que lo aporten. La validez, entonces, se aplicará, primero a un informante clave que sirvió como informante para la entrevista piloto, y luego a los

informantes clave Noticias importantes en general.

Denzen y Lincoln, consideraron la entrevista "un dialogo constructivo, el arte de interactuar en un cuestionamiento continuo". Como técnica de selección de la información, está fuertemente influenciado por las particularidades propias del entrevistador (38). Por ende, para este proceso investigativo usa como técnica de recolección de la información la entrevista semiestructurada, la cual será útil para consolidar y generar información pertinente sobre el fenómeno de estudio en formato digital de audio en un periodo de tiempo estipulado es de 15 minutos por participante.

Dentro de los criterios tenidos en cuenta para el desarrollo de la entrevista semiestructurada establecido en la literatura se encontró criterios como:

- ✓ El investigador antes de la entrevista se prepara un guion temático sobre lo que quiere que se hable con el informante.
- ✓ Las preguntas que se realizan son abiertas.
- ✓ Se realizará una prueba pilotaje en la Unidad Básica Puente Barco Leones con el fin de determinar la viabilidad de la entrevista.
- ✓ El informante puede expresar sus opiniones, matizar sus respuestas, e incluso desviarse del guion inicial pensado por el investigador cuando se atisban temas emergentes que es preciso explorar.
- ✓ El investigador debe mantener la atención suficiente como para introducir en las respuestas del informante los temas que son de interés para el estudio, enlazando la conversación de una forma natural

- ✓ Durante el transcurso de esta el investigador puede relacionar unas respuestas del informante sobre una categoría con otras que van fluyendo en la entrevista y construir nuevas preguntas enlazando temas y respuestas

1.6.1. CONDICIONES PREVIAS

- ✓ Seleccionar previamente al informante adecuado según los criterios definidos en el estudio.
- ✓ La aceptación del informante para participar, por lo que debe haber sido informado con anterioridad a la entrevista.

1.7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN, PROCESAMIENTO Y ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Con la información obtenida se procederá a realizar el análisis y la lectura de los resultados obtenidos, por lo tanto, el sentido de los datos en la investigación cualitativa como lo expresa Pérez “Incluye el desglose, clasificación, clasificación, síntesis y comparación de información para obtener la mayor visión posible de la realidad de la investigación” (39) a todo lo largo de la investigación se debe realizar análisis de los datos, puesto que es una investigación cualitativa que se caracteriza por usar la dialéctica, siendo un proceso cíclico, sistemático y hermenéutico, apuntando siempre a la interpretación de los significados de los participantes.

En cuanto al análisis de la información, cabe señalar que el análisis cualitativo es un proceso dinámico y creativo, basado principalmente en la experiencia directa de los investigadores en los casos en estudio. El vínculo en el proceso de integración es necesario para restablecer

una visión global. del fenómeno estudiado. Según autores como Huberman y Miles proponen tres subprocesos vinculados entre sí para realizar el análisis (40):

- ✓ La reducción de datos, orientada a su selección y condensación y se realiza bien anticipadamente (al elaborar el marco conceptual, definir las preguntas, elegir las herramientas de selección de participantes y recopilación de datos), o una vez recopilados mediante la preparación de resúmenes, codificación, lista de temas, clasificación, etc.
- ✓ La presentación de datos, orientada a facilitar la mirada reflexiva del investigador a través de presentaciones concentradas, como pueden ser resúmenes estructurados, sinopsis, croquis, diagramas, etc.
- ✓ Desarrollar y verificar inferencias, donde se utilizan una variedad de tácticas para derivar el significado de los datos, como comparación / contraste, resaltar patrones y temas, triangulación, encontrar casos negativos, etc.

Asimismo, también se tiene en cuenta lo que plantea el autor Taylor Bogdan, ya que propone un enfoque de tres puntos (descubrimiento, codificación y relatividad) que contiene hasta 20 procedimientos reveladores para desarrollar una comprensión integral de situaciones o personas (41).

En este sentido, bajo la naturaleza de la teoría fundamentada se estiman los siguientes preceptos para obtener resultados más significativos:

1.7.1 CODIFICACIÓN

LA CODIFICACIÓN ABIERTA: Es el proceso de dividir datos en diferentes unidades significativas. Como regla general, debemos comenzar con el texto completo de la entrevista y luego analizar cada línea del texto con el objetivo de identificar palabras o frases clave que conecten la historia del informante con el invitado según la experiencia de investigación. Este proceso está relacionado con el concepto desarrollado de identificar una "pieza o unidad de datos" (una pieza de texto de diferentes longitudes) que pertenece o es un ejemplo de un fenómeno general (42).

LA CODIFICACIÓN AXIAL Es el proceso de asociar símbolos, a través de una mezcla de razonamiento inductivo y deductivo. Más que mirar una clase de relaciones, la atención se centra en la causalidad. Al codificar, el investigador crea una categoría definiendo las condiciones que conducen a su realización, el contexto en el que ocurre y las estrategias de acciones / interacciones a través de las cuales se gestiona, gestiona e implementa. Estas condiciones, contextos, estrategias y resultados tienden a agruparse, y los vínculos deben ser jerárquicos o jerárquicos de manera lineal o recursiva. (42).

LA CODIFICACIÓN SELECTIVA: Es el proceso de seleccionar una clase base y asociar todas las demás clases con la idea básica de desarrollar una sola línea narrativa donde se cubran todos los demás elementos. En este punto el analista debe identificar la codificación de las variables asociadas con el centro del cambio a patrones lo suficientemente significativos como para ser utilizados en una teoría analítica. La variable central inicia la guía de recolección de datos, y el analista toma la muestra teórica, las condiciones de estudio y los resultados relacionados con el procesamiento central. (42).

1.7.2. CATEGORÍA

Según Strauss y Corbin, “*La clasificación es la designación de conceptos a un nivel más abstracto, donde las categorías tienen poder conceptual porque pueden agrupar grupos de conceptos o subcategorías*” (43). Asimismo, permite describir lo que sucede, por ende, facilita al investigador acabar el estudio del fenómeno y establecer relaciones conceptuales que van a favorecer el proceso de resultados.

Asimismo, Hugo Cerda afirma que las categorías son conceptos generales que reflejan propiedades, aspectos y relaciones más generales y significativas de los fenómenos, percepción (tiempo, espacio, cantidad), calidad, forma, contenido, posibilidad, realidad, etc (44).

Así, las categorías que influyen en el proceso analítico son dinámicos e innovadores y se basan en dos estrategias básicas: el método de comparación continua (la recopilación de información, la codificación y el análisis se realizan simultáneamente) y el muestreo teórico (los nuevos casos se seleccionan en base a su capacidad para ayudar a refinar o expandir conceptos y teorías ya desarrolladas) (45). Finalmente. Está claro que al investigador le preocupa más formar una teoría que describir datos, y de esta manera el conocimiento se puede construir a partir de la experiencia de un sujeto en particular.

1.7.3. TRIANGULACIÓN CUALITATIVA DE TIPO METODOLÓGICA

Durante el proceso de investigación, el factor de la triangulación, se basa en la reunión y la transmisión de la verificación dialéctica de toda la información sobre el objeto del estudio debido a la implementación de búsqueda realizada a través de las herramientas de manera



correspondiente permite analizar el gran número de datos que se forman básicamente como un repositorio de resultados de mantenimiento.

Por esta razón, el triángulo de la información es una acción realizada después de que se complete la información, en la que se tiene en cuenta la interpretación del fenómeno y lo que se puede lograr de este proceso (46). En caso, se realiza una recopilación compartida entre el diálogo con los autores mencionados en la relación al propósito del fenómeno de interés y las opiniones obtenidas del proveedor. Para lograr la triangulación de los datos, necesita establecer métodos utilizados durante la observación e interpretación del fenómeno, lo cual es escalón de la fase cualitativa que permite la comparación.

Este triángulo incluye la verificación y la comparación de la información obtenida en diferentes momentos a través de diferentes métodos. En este caso, las entrevistas con información contundente sobre el objeto de estudio, como lo son sus argumentos a las interrogantes que permiten revelar a detalla los elementos del fenómeno. Logrando ser el eje principal para buscar la correlación con una teórica de enfermería (NOLA J PENDER, modelo de la promoción de la salud) que abarque la problemática, frente a la percepción de este grupo poblacional catalogado como informantes (47).

1.7.4. ENTREVISTA

Comprender la percepción de los usuarios adultos de 29 a 59 años con diagnóstico de hipertensión frente a la adherencia la RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica y su decisión de autocuidado.		
OBJETIVOS	PREGUNTAS	CONCEPTOS DE LA TEÓRICA NOLA PENDER
Describir la percepción de los usuarios frente al sistema de salud	1 ¿Considera usted que el sistema de salud lo protege o lo cubre frente a sus necesidades de salud? 2 ¿Puede contarnos o describirnos como es la atención en el programa de salud donde usted inscrito?	INFLUENCIAS SITUACIONALES
Relatar factores que influyen en la adherencia de la RIAS en		

alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica en los usuarios.	1. ¿Cómo su familia participa en el cuidado de su salud? 2. ¿Considera que en su IPS le explican de una manera clara los cuidados y precauciones que debe tener frente a la hipertensión arterial? 3. ¿De qué manera usted contribuye con su autocuidado? ¿Realiza actividad física? ¿Tiene limitaciones? ¿cuáles?	INFLUENCIAS INTERPERSONALES
Interpretar las causantes del desconocimiento sobre la patología (Hipertensión) en los usuarios	4. ¿Para usted que es un estilo de vida saludable? 5. ¿Por qué cree que se generan enfermedades como la HTA?	AUTOEFICACIA PERCIBIDA



	6. ¿En su familia hay personas que padecen de hipertensión arterial?	
--	--	--



4. CAPÍTULO IV

1. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

RESUMEN

Los resultados obtenidos después de implementar los métodos analíticos relevantes, se describen en detalle en este capítulo. Presentando un orden secuencial y en respuesta a un enfoque teórico consistente de la teoría fundamentada. En primer lugar, se presentan las entrevistas aplicadas a los 8 informantes clave correspondiente a pacientes asistentes a RIAS en alteraciones cardio–cerebro–vascular y metabólica. Esta sección está guiada por el sistema de categorías emergente, resultado del proceso de codificación y categorización. De tal manera que surgen así: las dimensiones, sub categorías y categorías del estudio.

En la entrevista a los pacientes asistentes a RIAS en alteraciones cardio – cerebro – vascular y metabólico.

Como resultado de la codificación abierta, axial y selectiva, se diseñó el Sistema de Categorías Emergentes (SCE), que se presenta en la Tabla 1. Los resultados se presentan en un orden inductivo previo al análisis. Así, se presentan tres niveles de análisis: dimensiones, subcategorías y categorías. Cada dimensión se representa como un diagrama de conceptos, lo que implica un conjunto de códigos y su asociación directa con los datos brutos, es decir, apoyados por ellos. Podemos considerar este paso como resultado del proceso de iniciación o codificación abierta realizado en las entrevistas. Luego, cada subcategoría se representa como un conjunto de dimensiones con relaciones teóricas entre las estructuras estudiadas. En la etapa final del método de análisis inductivo, se presentan las principales categorías del



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”

estudio: Garantía de calidad en la atención de salud, factores personales del paciente, y conductas promotoras de la salud del paciente.

Tabla 1 Sistema de categorías emergentes (SCE)

CARACTERISTICAS Y EXPERIENCIAS INDIVIDUALES			
FACTORES PERONALES: BIOLOGICOS, PSICOLOGICOS, SOCIOCULTURALES			
OBJETIVO	Describir la percepción de los usuarios frente al sistema de salud		
COGNICIONES Y AFECTO ESPECIFICO DE LA CONDUCTA			
PREGUNTAS	CONCEPTOS DE LA TEÓRICA NOLA PENDER		
1.¿Cómo percibe usted que el sistema de salud lo protege o lo cubre frente a sus necesidades de salud?	INFLUENCIAS SITUACIONALES		
2. ¿Puede describirnos como es la atención del centro de salud donde asiste, y de qué forma esto puede influir en su cuidado? (incluye lo físico, el personal)			
RESULTADO CONDUCTUAL			
CODIGO	DIMENSIONES	SUBCATEGORIAS	CATEGORIA

1. "Y cuando estoy acá, eso es como es el caso del calvario, la muerte"	SATISFACCION DE LA ATENCION EN SALUD	PERCEPCIÓN DEL CONTEXTO DE AYUDA EN EL SISTEMA DE SALUD FRENTE A LA HIPERTENSIÓ N.	
2. "que la atención para mí fue excelente. referente a mi EPS"			
3. "ni se preocupan por nada"			
4. "Para mí la atención sería la mejor que no hubiera tanto que hacer colas a la tercera edad".			
5. "hay mucha aglomeración de gente"			
6. "Llegué a las 8 de la mañana y salía las 10 de la noche"			
7. "lo único es que me toca madrugar mucho, por las colas que se hacen"			
8. "esperar las colas"			
9. "El problema es la cantidad de gente, mucha gente".			
10. "le hacen esperar 3, 2 horas"			
11. "Acá la atención es muy buena, lo que pasa es que hay muy poca organización"			
12. "por ejemplo que días hicieron hacer cola a un poco de gente"			

13. "muy bien la valoran a uno"			GARANTIAS DE CALIDAD EN LA ATENCION DE SALUD
14. "Se toman el tiempo"			
15. "vengo normalmente y soy bien atendida"			
16. "el problema son los tiempos de espera, pues Ahí es el problema. Porque a veces hasta 4 horas"			
1. "ahora me toca cómpramelos porque si no hay"	NO CONFORMIDAD CON LA ATENCION EN SALUD, POR PERTINENCIA, ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD	ATRIBUTOS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN PACIENTE HIPERTENSO	
2. "me han quedado pendiente algunas drogas"			
3. "no tiene contratación, que hay que esperar que nuevamente renueven contrato"			
4. "yo saco cita y me atienden"			
5. "me han hecho unos controles más de lo que no hace una EPS paga"			
6. "A veces hay negligencias"			
7. "de cuatro medicamentos que me ordenaron solo me dieron una"			
8. "me estaban haciendo el seguimiento"			

9. "cada 3 meses me mandan exámenes, electro, y los medicamentos, y adicional traje el reporte del cardiovascular"			
10. "No, nunca lo hacen. Entonces no lo están atendiendo y no porque ahí en ese caso no"			
11. "yo digo que sí, que me cubre mis necesidades"			
12. "me han atendido la medicina, exámenes por especialistas, por ahora he corrido con suerte"			
13. "Ninguna dificultad con algún trámite hasta la presente".			
14. "no he tenido problemas"			
15. "tuve una emergencia dure seis horas de sentado y todavía no me bajo la tensión. Y nada que me atendían"			
16. "hasta la presente en la cita médica cuando lo necesito me han atendido bien"			
17. "me dan las citas que yo necesito"			
CARACTERISTICAS Y EXPERIENCIAS INDIVIDUALES			

FACTORES PERONALES: BIOLOGICOS, PSICOLOGICOS, SOCIOCULTURALES	
OBJETIVO	Relatar factores que influyen en la adherencia de RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica en los usuarios.
COGNICIONES Y AFECTO ESPECIFICO DE LA CONDUCTA	
PREGUNTAS	CONCEPTOS DE LA TEÓRICA NOLA PENDER
3. ¿Usted puede describir, como se enteró que tiene diagnóstico de hipertensión?, que orientación le dieron en el centro de salud?	INFLUENCIAS INTERPERSONALES
4. ¿Cómo le han explicado en su IPS, los pasos a seguir para controlar la hipertensión, los cuidados y precauciones que debe tener para evitar complicaciones?	
5. ¿Puede hacer una ruta o mapa de lo que usted ha comprendido?	
6. ¿Puede describir por qué en su familia hay personas con hipertensión arterial? ¿Cómo su familia participa en el cuidado de su salud?	

RESULTADO CONDUCTUAL			
CODIGO	DIMENSIONES	SUBCATEGORIAS	CATEGORIA
1. Tratar de no estresarme de no coger rabias y aparte me ayudo con mis planticas	SENTIMIENTOS FRENTE AL AUTOCUIDADO	JUICIO Y COMPRENSION DEL PACIENTE FRENTE A SU ENFERMEDAD	
2. Me tomo los medicamentos, no como nada salado			
3. si yo quisiera comprar mis cosas, mis frutas, mi verdura, a veces tengo el dinero, pero a veces estoy como cohibido, pero aun así trato de hacer las cosas			
4. No teniendo rabias, tomando mucha agua			
5. en la comelona, nada de cervecita, tengo mi rato que no la pruebo, no fumo			
6. En la comida, no comer salado, no tanto condimento, no comer tanta grasa			
7. Vuelvo y le repito yo me cuido en las comidas, no tomo, no fumo no trasnocho ya, porque ya voy a mi descanso, que ya			

gané mi pensión, ya tienen mi casa. Yo no tomo, no trasnocho, no hago nada. Yo hago ejercicio			
8. En la comida y los medicamentos, me las tomo como me las mandan			
9. la comida las harinas a un lado, pan tostadito e integral, así, sopas sin grasa, si me como una presa de pollo tiene que ser asado			
10. Trato de comer bajo en sal, dulce, pocas harinas, lo que menos puedo en grasas, me prohibieron la margarina			
11. trato de comer lo más sano, como muchas verduras, consumo muchas frutas, cítricos, todo eso, bastante líquido, agua siempre hervida, nosotros nos cuidamos mucho en la alimentación.			
12. no estresando. No comiendo mal o salado, haciendo ejercicio			
13. No me gusta estresarme, por porque uno nota que cuando uno se estresa y resulta con la tensión alta.			

1. "no me explicaban que era la hipertensión, ni porque me mandan los medicamentos"	ESTRATEGIAS EDUCATIVAS	INFLUENCIAS EXTERNAS QUE ESPERA EL PACIENTE	FACTORES PERSONALES DEL PACIENTE
2. "se pone hablar les hacer la charla, sobre cómo se siente uno de resto nada"			
3. "aquí no le explican a uno, horita la doctora"			
4. "Tomo nota, y dijo reclame los medicamentos, la fórmula y pídalos, pero no le dicen la forma"			
5. "explican sobre la fórmula cada tanto".			
6. "explican de manera clara las precauciones que debo tener, muy bien"			
7. "ella no me da detalle de que esto es así, y asa"			
8. "ellos brindan muchísima información, acá muchos muchachos"			
9. "yo creo que la manera como me explican"			
1. "peleamos mucho, y mis viejos se me fueron"			

2. "pero mi familia no tiene mucha incidencia"	INFLUENCIA DE LA FAMILIA		
3. "mi hija me dice que haga los ejercicios"			
4. "mi hija me compra la comida en un restaurante y me lo llevan a la casa"			
5. "no me veo con ellos, por eso mi familia no me apoya en eso".			
6. "Mi esposa es la que más me apoya"			
7. "Los hijos no, porque están todavía allá en su casa parte de eso"			
8. "él siempre está pendiente, mama coma esto, coma aquello, no coma grasas"			
9. "comprensivos conmigo, me acompañan"			
10. "cada cual, en su casa, yo pues en lo mío"			
11. "Estoy lejana prácticamente de mi familia"			
1. "En la cita de hoy, yo ahorita no tenía 10 minutos de entrar consultorio "			

2. "cuando vengo me brindan la atención hasta en las hospitalizaciones por mi hipertensión"	COMPROMISO PERSONAL SANITARIO		
CARACTERISTICAS Y EXPERIENCIAS INDIVIDUALES			
CONDUCTA RELACIONADA PREVIA			
OBJETIVO	Interpretar las causantes del desconocimiento sobre la patología (Hipertensión) en los usuarios		
COGNICIONES Y AFECTO ESPECIFICO DE LA CONDUCTA			
PREGUNTAS	CONCEPTOS DE LA TEÓRICA NOLA PENDER		
7. ¿Cuáles son las conductas promotoras de salud que usted practica?	AUTOEFICACIA PERCIBIDA		
8. ¿Para usted que es un estilo de vida saludable?			
9. ¿Por qué cree que se generan enfermedades como la HTA?			
RESULTADO CONDUCTUAL			
CODIGO	DIMENSIONES	SUBCATEGORIAS	CATEGORIA
1. Estilo de vida saludable se basa en la tranquilidad mental.	PRACTICAS DE ESTILO DE	CAPACIDAD DE ACCION	

2. Cuidarse uno en las comidas y comer lo más sano para uno, porque comer bien no es que le sirvan a uno un cerrado de comida	VIDA SALUDABLE	FRENTE A LA ENFERMEDAD	
3. para mí es comer bajo de sal, poca grasa y menos, menos, menos azúcar, menos líquido con azúcar.			
4. tener una manera como de una vida tranquila, con ejercicios o caminatas, que es una vida tranquila, es una vida saludable			
5. Estar tranquilo que nunca debe hacer nada para que no se desespere			
6. Tener tranquilidad			
7. comer bien es comer poco, pero a gusto y nutritivo, que frutas, porque eso es lo otro, que uno tiene que comer su frutica en la mañana			
8. el ejercicio			
9. la alimentación como lo hemos dicho,			
10. la buena convivencia.			
11. Comer sanamente			

12. el ejercicio por supuesto			CONDUCTAS PROMOTORA S DE SALUD DEL PACIENTE
1. Nunca me han explicado los doctores y los enfermeros, pues no.	DESINFORAMC ION DEL PERSONAL SANITAIOS	RECONOCIMIE NTO DE LOS FACTORES CONTRIBUYEN TES A LA ENFERMEDAD	
2. Eso si no decirle, porque yo de eso sí no sabía nada. Ya me dijeron, Señor usted pasa a un control de hipertenso			
1. fue un problema familiar, bueno familiar no, con una persona que me acoso tanto, tanto que yo creo que si ese día no me morí ya no me moría, porque ese día tuve una tensión de 200, no sé, y ahí fue que empezó la cuestión de mi hipertensión	CREENCIAS SOCIOCULTUR ALES		
2. la comida creo yo, donde una hermana no comíamos sino tragábamos, además en mi juventud yo comía muchísimo			
3. La hipertensión se genera, vuelvo y le repito, de las preocupaciones, del estrés, de los problemas, de la vivienda del			

hogar, de los problemas en el trabajo, del de lo que está sucediendo horita.			
4. yo digo que la hipertensión de tanto trabajo y tanto estrés de estar en la finca fue para mí, yo no sufría de eso, cuando de repente caí en una depresión, sobre todo			
5. mi caso puede ser hereditario			
6. los malos hábitos alimenticios de la juventud de pronto			
7. yo la genere después del parto. Sinceramente lo digo.			
8. El consumo de sal, es terrible, el consumo de sal. Vengo de una familia que siempre comió muy salado si			
9. Mi papa se controlaba con su losartan			
10. mi mama era hipertensa			
11. Mi mamá sufría en esos momentos de hipertensión			
12. No, ningún familiar sufre de hipertensión gracias a Dios			
13. No, no tengo familia, yo soy la única			

14. mi madre hermosa que en paz descanse ella era hipertensa			
15. mi papa hasta ahora se volvió hipertenso hace poco.			
16. mi familia hipertensa, todas, todas son hipertensos.			
17. Todas, todos sufren de hipertensión, y he aprendido experiencia de esa enfermedad			
CODIGO	DIMENSIÓN	SUBCATEGOR	CATEGORIA
90	9	IA 6	3

1.1. - ANÁLISIS DE LAS DIMENSIONES DEL ESTUDIO.

1.1.1. CATEGORÍA: GARANTIA DE CALIDAD EN LA ATENCION EN SALUD

1.1.1.1. SUB – CATEGORIA: PERCEPCION DEL CONTEXTO DE AYUDA EN EL SISTEMA DE SALUD FRENTE A LA HIPERTENSION

1.1.1.1.1. DIMENSIÓN: SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD

La figura 1. Permite ayudar a determinar qué tan satisfechos están los usuarios con el sistema de salud y cómo afecta el manejo de su enfermedad, donde las opiniones difieren, ya que la información de algunos proveedores indicó que la atención fue adecuada y satisfizo sus necesidades, pero también algunos informantes dijeron que esto era insuficiente e influyó en su decisión al buscar atención médica.

UF4: "vengo normalmente y soy bien atendida"

UF2: "Acá la atención es muy buena, lo que pasa es que hay muy poca organización"

Es claro que la percepción de los usuarios es variada, por lo que en este caso el sujeto nos indica:

UM3: "Y cuando estoy acá, eso es como es el caso del calvario, la muerte"

Dado que es posible definir diferentes percepciones de los usuarios, las cuales se basan en la experiencia previa de cada persona con el sistema de salud, es evidente que los usuarios están satisfechos con la atención brindada, otros piensan que esto es bueno, pero debería haber más organización operacional en la IPS donde se brinda atención y, por el contrario, otros usuarios no están satisfechos con la atención brindada por el sistema de salud.

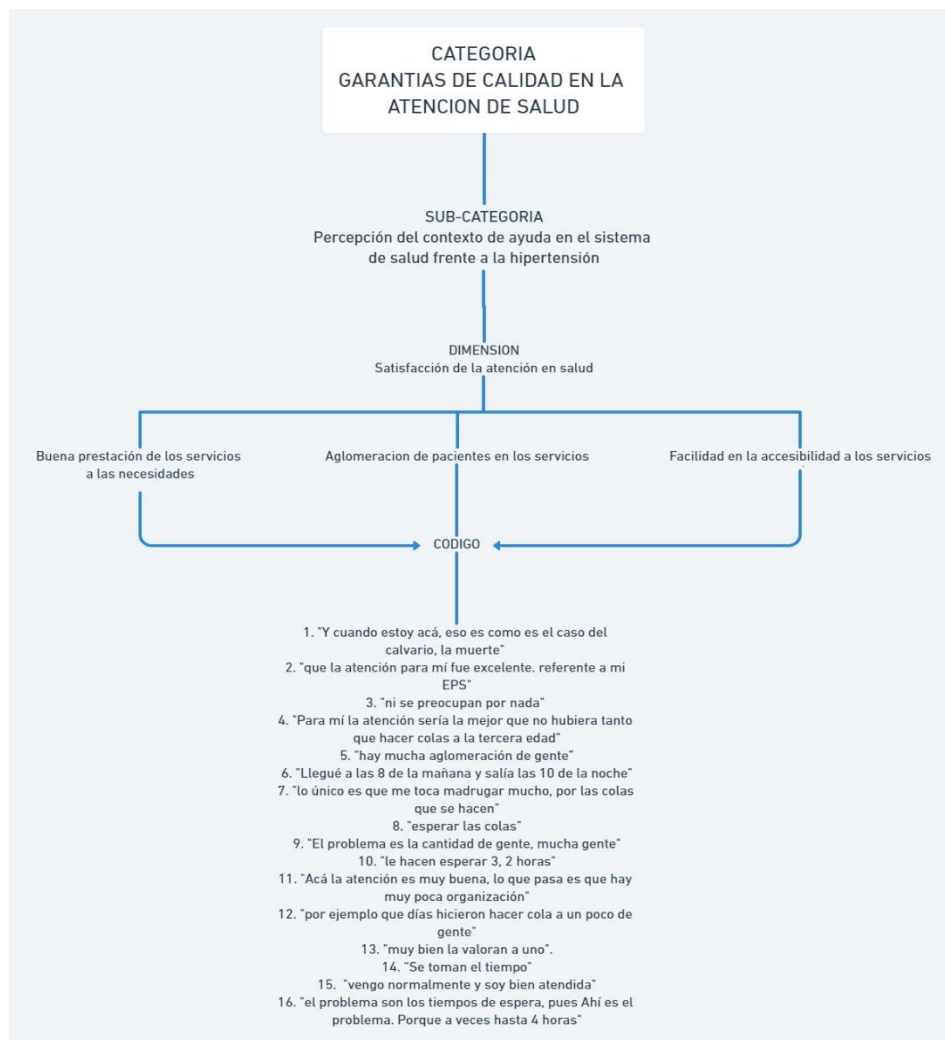


Figura 1: Satisfacción de la atención en salud.
 Autoría: Javier Gutiérrez & Jorge Gelvez

1.1.1.2. SUB – CATEGORIA: ATRIBUTOS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN PACIENTE HIPERTENSO.

1.1.1.2.1. DIMENSIÓN: NO CONFORMIDAD CON LA ATENCIÓN EN SALUD, POR PERTINENCIA, ACCESIBILIDAD Y OPORTUNIDAD

La figura 2. Muestra las percepciones del usuario sobre el incumplimiento de la atención médica en función de la pertinencia, accesibilidad y oportunidad de acceder a esta, además de esto se tiene en cuenta que afecta directamente con el tratamiento o el seguimiento que se le realiza, es por esto que los usuarios afirman lo siguiente:

UF2: "no tiene contratación, que hay que esperar que nuevamente renueven contrato".

UF4: "el problema son los tiempos de espera, pues Ahí es el problema. Porque a veces hasta 4 horas"

La percepción de los usuarios es clara y se enfoca en la escases de personal que tiene las instituciones para brindar atención, además de la gran diferencia que se encuentra entre la oferta y la demanda de usuario, debido a los tiempos prolongados de espera en las instituciones de salud. Los sistemas de salud evolucionan de manera que contribuyen poco a la equidad y la justicia social y no logran los mejores resultados de salud posibles con los recursos invertidos.

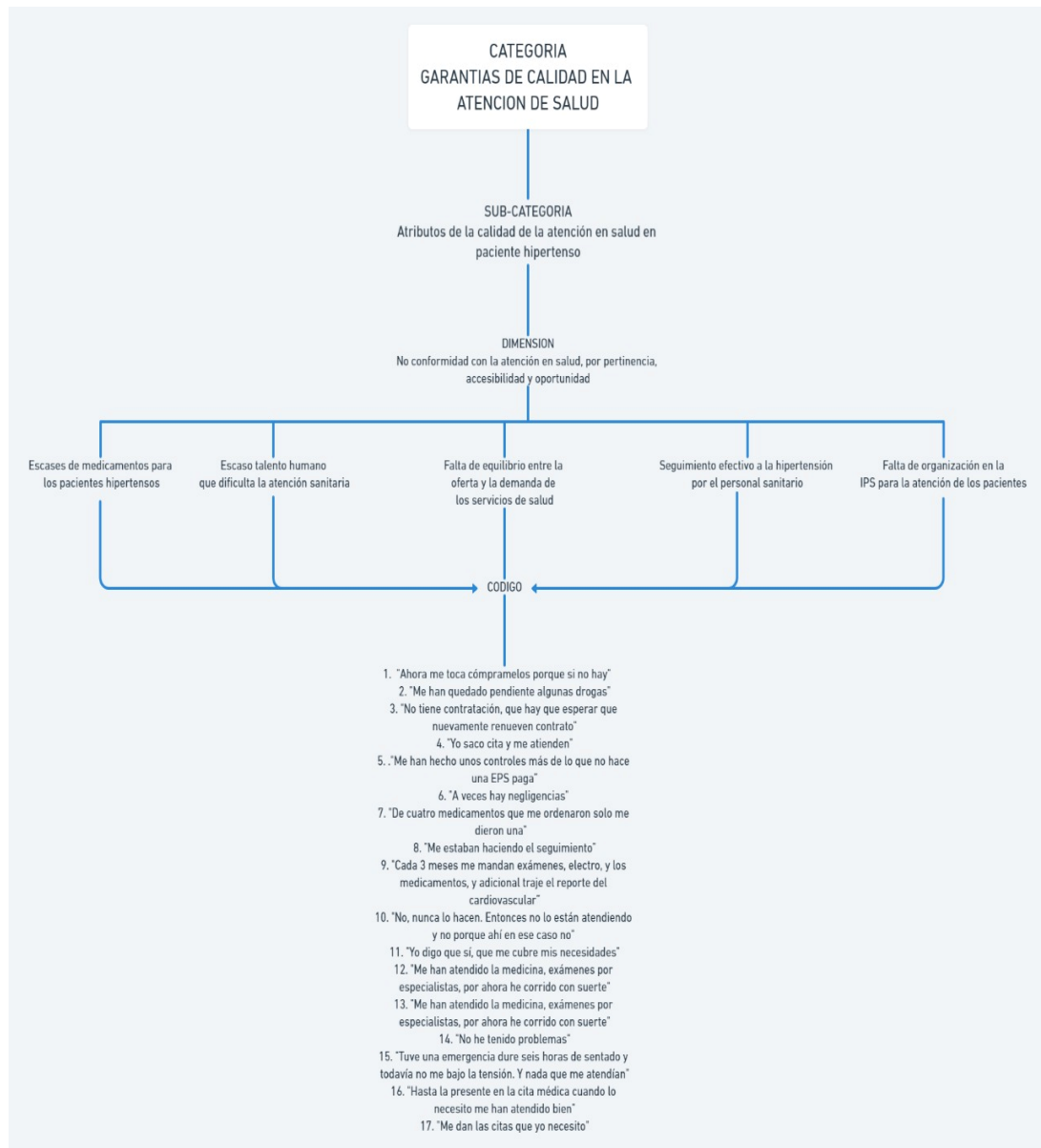


Figura 2: No conformidad con la atención en salud, por pertinencia, accesibilidad y oportunidad.

Autoría: Javier Gutiérrez & Jorge Gelvez

1.1.2. CATEGORÍA: FACTORES PERSONALES DEL PACIENTE

1.1.2.1. SUB – CATEGORIA: JUICIO Y COMPRENSION DEL PACIENTE FRENTE A SU ENFERMEDAD

1.1.2.1.1. DIMENSIÓN: SENTIMIENTOS FRENTE AL AUTOCUIDADO

La figura 3. muestra como el sentimiento de autocuidado de cada usuario se ve influenciado por el juicio que estos tienen frente a su enfermedad, así mismo como este repercute en su estado de salud y en su seguimiento de su enfermedad.

UM4: “Vuelvo y le repito yo me cuido en las comidas, no tomo, no fumo no trasnocho ya, porque ya voy a mi descanso, que ya gané mi pensión, ya tienen mi casa. Yo no tomo, no trasnocho, no hago nada. Yo hago ejercicio”

UM1: “Me tomo los medicamentos, no como nada salado, tratar de no estresarme de no coger rabias y aparte me ayudo con mis planticas”

Los usuarios perciben de forma clara que el autocuidado está relacionado con el seguimiento del régimen terapéutico según indicaciones del personal sanitario, además de tener pilares como la alimentación, actividad física y el descanso los cuales son fundamentales en el autocuidado.

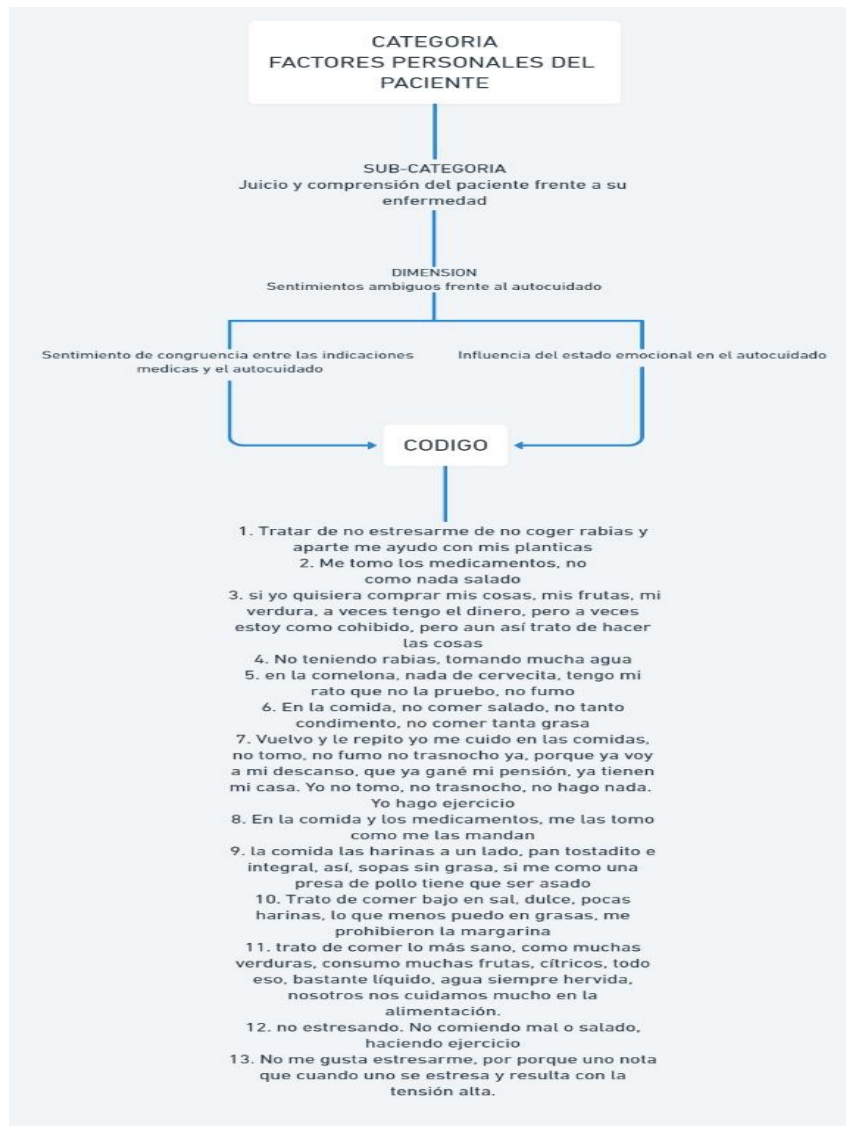


Figura 3: sentimiento de autocuidado
 Autoría: Javier Gutiérrez & Jorge Gelvez

1.1.2.2. SUB – CATEGORIA: INFLUENCIAS EXTERNAS QUE ESPERA EL PACIENTE

1.1.2.2.1. DIMENSIÓN: INFLUENCIA DE LA FAMILIA

La figura 4. muestra como la familia puede ser un factor protector dentro del cuidado de la hipertensión, aportando su apoyo y cuidado al usuario. La presencia familiar puede infundir tranquilidad, fuerza y coraje, permitiéndole sentirse seguro y protegido en la vida durante su enfermedad.

UF1: "él siempre está pendiente, mama coma esto, coma aquello, no coma grasas"

UF2: "comprensivos conmigo, me acompañan"

Por otro lado, tenemos familias que parecen tan poco sentimentales frente a esta enfermedad y cómo los usuarios la están enfrentando. El estrés en las relaciones familiares puede causar o exacerbar la presión arterial alta, porque cada miembro de la familia tiene diferentes obligaciones y actividades, por lo que las personas con presión arterial alta no perciben el sentimiento de apoyo necesario para afrontar los nuevos retos frente a su salud, es por eso que la atención cuidadosa es necesaria o inevitable en un entorno hogareño.

UM1: "peleamos mucho, y mis viejos se me fueron, pero mi familia no tiene mucha incidencia"

Es importante determinar el grado de apoyo de la familia en el usuario ya que es un factor positivo en la evolución satisfactoria y seguimiento al paciente, debido a su ayuda emocional y cuidados que brindan con el fin de mantener en óptimas condiciones la salud. En este sentido, es importante aliviar la presión familiar sobre la persona enferma, y tener tiempo

para sentarse, descansar y estar activo, buscando un cambio en la actividad de su entorno familiar, donde aumente su percepción de autocuidarse.

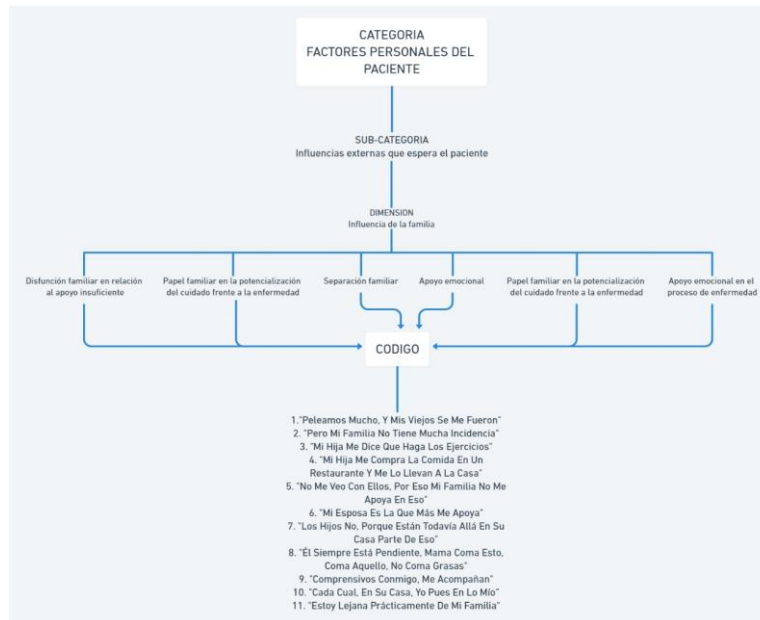


Figura 4: Influencia de la familia
 Autoría: Javier Gutiérrez & Jorge Gelvez

1.1.2.2.2. DIMENSIÓN: ESTRATEGIAS EDUCATIVAS

La figura 5. muestra como las estrategias educativas utilizadas por el profesional sanitario influye en la percepción del autocuidado y de los conocimientos frente a su enfermedad, además, la manera como el individuo lo adapta en su vida cotidiana. He aquí por qué los usuarios dicen que no lo usan, sino que les dicen qué hacer. De manera similar los sujetos expresan:



UM1: *"no me explicaban que era la hipertensión, ni porque me mandan los medicamentos"*

UF1: *"ella no me da detalle de que esto es así, y así"*

Por el contrario, usuarios como el UM4 sugiere la importancia de la educación necesaria sobre su enfermedad y el tratamiento que necesiten para lograr la prevención de complicaciones de salud. Por ende, el sujeto expresa:

UM4: *"explican de manera clara las precauciones que debo tener, muy bien"*

La educación de los profesionales de la salud es un pilar clave para monitorear su tratamiento y comprender sus enfermedades, lo que les ayuda a comprender mejor por qué deben hacer lo que se les dice. Educar a los pacientes con hipertensión es fundamental para un adecuado control, ya que les ayuda a comprender mejor la enfermedad y sus consecuencias, facilitando la adherencia total y supervivencia a largo plazo mejorando la calidad de vida.

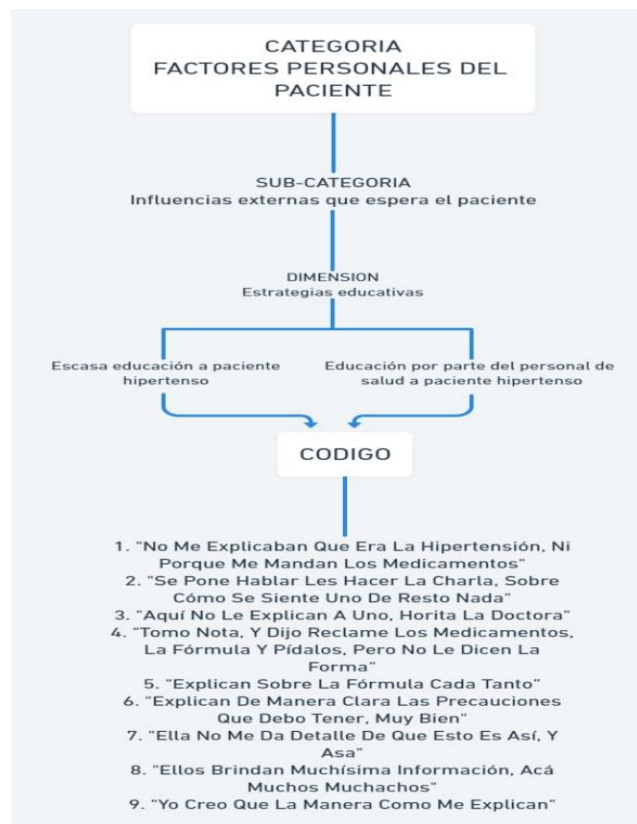


Figura 5: Estrategias educativas
Autoría: Javier Gutiérrez & Jorge Gelvez

1.1.2.2.3. DIMENSIÓN: COMPROMISO PERSONAL SANITARIO

La figura 6. Permite observar la percepción de los usuarios sobre el nivel de atención que reciben mientras utilizan los servicios en los que participan, para buscar una mejor salud y prevenir complicaciones, facilitando la comprensión del cumplimiento empresarial o la operación de las IPS de primer nivel. Asimismo, conocer el empoderamiento, desempeño y calidad de los profesionales en los procesos de atención, donde demuestren consistentemente principios, valores, y en última instancia el camino hacia la excelencia y la máxima calidad, impartiendo conocimientos, habilidades, actitudes y seguridad al paciente durante el tratamiento y control de la hipertensión. Cabe destacar que la percepción que generan los

usuarios en general depende de la dedicación de los profesionales expertos en su preocupación por el cuidado impartido. De este modo, los informantes expresan:

UM1: *“no me explicaban que era la hipertensión, ni porque me mandan los medicamentos, esas explicaciones detalladas de porque las cosas no, pues uno ya tiene que aprenderlo solo con la experiencia sabe que es”*.

UM2: *“Si uno no se pone hablarles o hacer la charla, sobre cómo se siente uno, le dicen algo, de resto nada”*

UM4: *“si de los medicamentos explican sobre la fórmula cada tanto. A las tantas horas estas o las otras y los controles o las recomendaciones dictadas por el médico”*

UF4: *“yo creo que la manera como me explican. Yo creo que eso depende también del paciente. Hay que preguntar Y ellos responden, me han respondido bien. Si pregunto mucho mi caso para saber qué debo hacer con mi salud”*

De igual modo, el informante UM3, proporciona un importante punto sobre el concepto poblacional del sistema de salud desde su perspectiva, en el que se genera la experiencia del proceso y calidad de la atención implementada, para lograr satisfacer las necesidades de los usuarios. Asimismo, permite conocer sobre las variables que influyen en el compromiso de la atención de los profesionales como lo es: tiempo, las actitudes y las destrezas de los funcionarios. Esto se entiende cuando el sujeto expresa:

UM3: *“Aquí no le explican a uno, horita la doctora, Pues ahorita no, ahorita me pasaron, me tomaron la tensión le dije doctora estoy sufriendo de esto y esto, y me dijo a bueno listo. Tomo nota, y dijo reclame los medicamentos, la fórmula y pídalos, pero no le dicen la forma, tienen que pasar acá tiene que ir a otra parte, tiene que hacer esto, tiene que ir a cualquier parte, no, no le dicen a uno”. “En la cita de hoy, yo ahorita no tenía 10 minutos de entrar consultorio y ya salí”*

Las concepciones que tienen los informantes sobre el compromiso del personal tienen distintas perspectivas, donde se evidencia limitación del proceso de atención que impulse el empoderamiento de los pacientes sobre su salud, y aumente su adherencia a la RIAS de alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica. Sin embargo, también cabe resaltar que se encuentran declaraciones sobre el desempeño de los funcionarios en el que se identifican las necesidades, y resaltan la educación como factor contundente basado en las estrategias de las RIAS anteriormente mencionadas. Para pacientes con hipertensión.

UF4: *"vengo normalmente y soy bien atendida"*

UF2: *“Acá la atención es muy buena, lo que pasa es que hay muy poca organización”*

Se hace evidente la falta de planes de mejora según la percepción de los usuarios dentro de las IPS para lograr el nivel de adecuada atención .

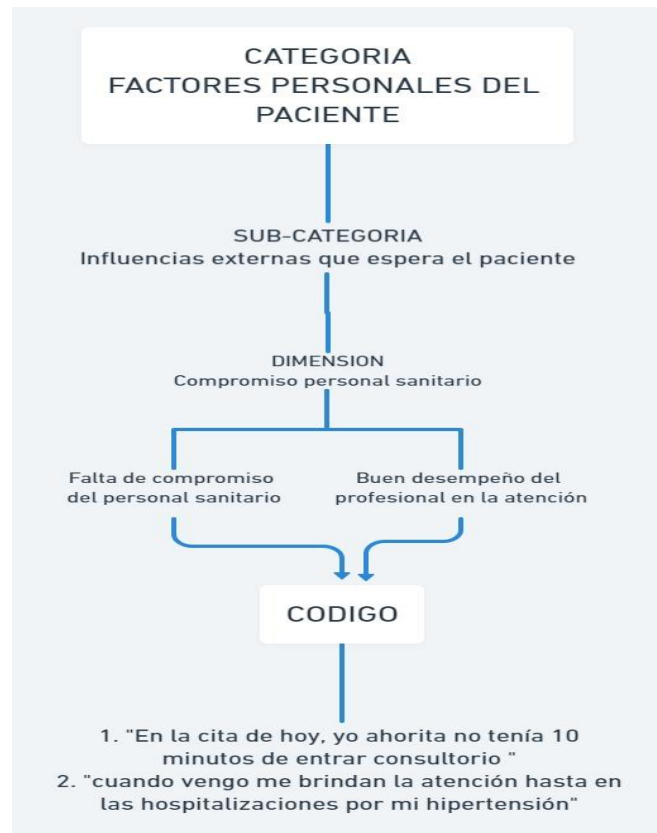


Figura 6: Compromiso personal sanitario
Autoría: Javier Gutiérrez & Jorge Gelvez

1.1.3. CATEGORÍA: CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD DEL PACIENTE

1.1.3.1. SUB – CATEGORIA: CAPACIDAD DE ACCION FRENTE A LA ENFERMEDAD

1.1.3.1.1. DIMENSIÓN: PRÁCTICAS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

La figura 7. muestra cómo las personas con hipertensión arterial perciben un estilo de vida saludable y el papel que juega en la reducción de las complicaciones relacionadas con la enfermedad, por lo que permite conocer el grado de implicación y conexión con la vida cotidiana. Además, facilita la comprensión de las diferentes esferas que puedan estar asociadas para crear su propio autocuidado, como lo son bienestar físico, mental y social. De este modo los informantes expresan:

UM1: *“un estilo de vida saludable es tranquilidad mental, debo sentirme bien, cuidarme”*

UF1: *“comer bien es comer poco, pero a gusto y nutritivo, que frutas, porque eso es lo otro, que uno tiene que comer su frutica en la mañana, antes del desayuno, yo me tomo la pastilla y me como un kiwi, un cambur o un pedazo de lechosa, como bajo en sal y grasa”*

UF2: *“Pues es aquel que lleva conductas totalmente moderada, que tiene disciplina, si, tales como el ejercicio, la alimentación como lo hemos dicho, y la buena convivencia”*

La percepción que tienen los informantes de un estilo de vida saludable como factor esencial en la mejora de la calidad de vida frente a la hipertensión, se convierte en un factor asociado al dominio mental y la reorientación. De igual manera, los comportamientos, acciones y motivos para el ejercicio en general y lograrlos a lo largo de su vida con el fin de fortalecer los cuidados. Es de destacar que las percepciones de la práctica de hábitos de vida saludables se correlacionan con la adherencia del paciente con el RIAS de alteraciones cardio- cerebro – vasculares y metabólicos. Porque es la base de conocimientos que transfieren las instituciones para concientizar sobre la salud, con enfoque en estrategias de autocuidado.

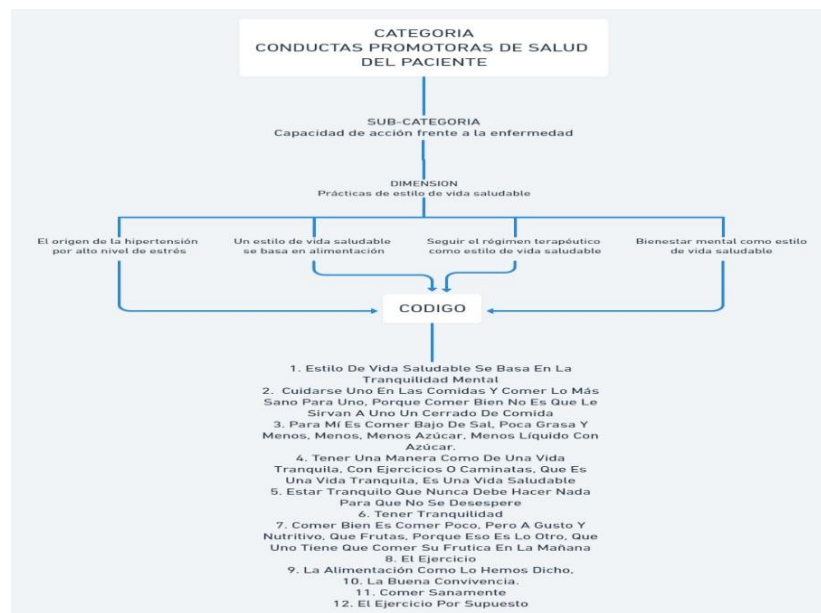


Figura 7: prácticas de estilo de vida saludable
 Autoría: Javier Gutiérrez & Jorge Gelvez

1.1.3.2. SUB – CATEGORIA: RECONOCIMIENTO DE LOS FACTORES CONTRINUYENTES A LA ENFERMEDAD

1.1.3.2.1. DIMENSIÓN: DESINFORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIOS

La figura 8. muestra la percepción que tiene los informantes sobre la orientación que deben brindar los profesionales, permitiendo identificar los factores que influyen en la adherencia a las prácticas de autocuidado en relación a la prevención de enfermedades asociadas a la hipertensión. De igual manera, permite visualizar el alcance de la implementación de las estrategias IEC establecidas por la RIAS de alteraciones cardio- cerebro – vasculares y metabólicos, que buscan generar impacto en el bienestar y aumentar la calidad de vida de los pacientes. Asimismo, es importante conocer los medios utilizado por los funcionarios y el enfoque holístico aplicado a los pacientes, identificando los diferentes entornos en los cuales se involucran de manera constante, para generar planes de mejoras y redireccionar las intervenciones en salud. De este modo los informantes expresan:

UF3: “No sé. Nunca me han explicado los doctores y los enfermeros, pues no, solamente que me tengo que tomar las pastillas, no me han mandado con especialista que verdaderamente me enseñe como cuidarme”

UM4: “De por qué se genera la hipertensión, Eso si no decirle, porque yo de eso sí no sabía nada. Ya me dijeron, Señor usted pasa a un control de hipertenso”

Se puede evidenciar desorientación, que genera inconformidad del paciente frente a su atención, lo cual se convierte en un determinante importante de su adherencia y decisión de autocuidado por la falta de percepción de apoyo de la institución de salud frente a su enfermedad.

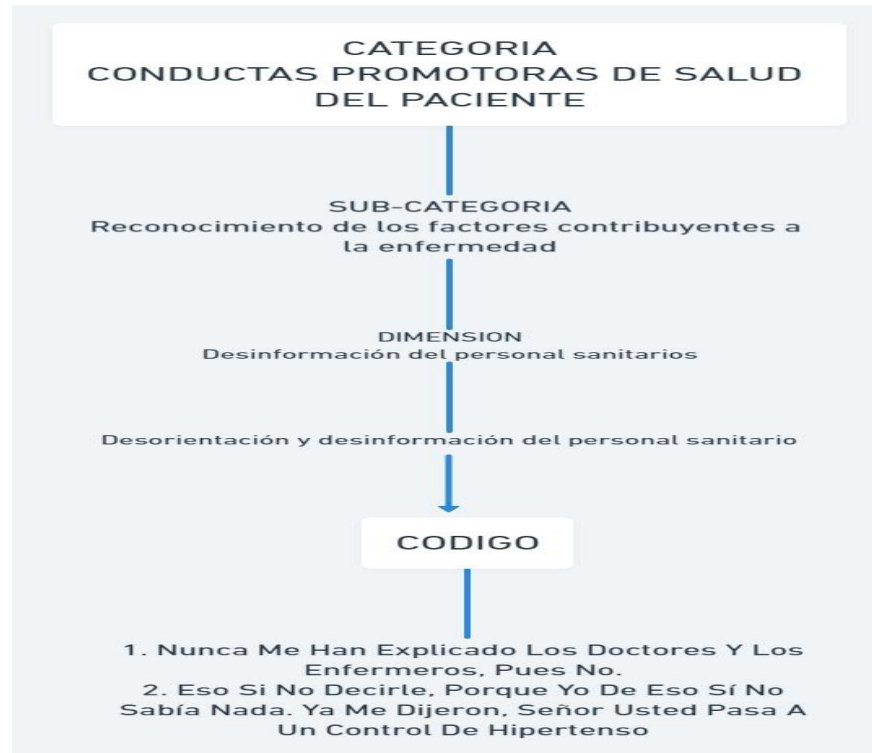


Figura 8: Desinformación del personal sanitario
Autoría: Javier Gutiérrez & Jorge Gelvez

1.1.3.2.2. DIMENSIÓN: CREENCIAS SOCIOCULTURALES

La figura 9. Facilita observar el factor sociocultural donde se evidencia un sistema diverso, complejo e interdependiente del entorno social humano y sistema de creencias; donde surgen

variables como la educación, ocupación, trabajo o experiencia de vida que afecta directa o indirectamente a la agencia de autocuidado. Permite a los residentes desarrollar ciertas actitudes y comportamientos. Asociadas, igualmente a los determinantes de la salud, que es un conjunto de factores relacionados con lo individual como lo social, económico y ambiental, determinando el bienestar de la salud del usuario. De manera similar, los sujetos expresan:

UM2: *“la comida creo yo, donde una hermana no comíamos sino tragábamos, además en mi juventud yo comía machismo, ya es por costumbre”*

UM3: *“La hipertensión se genera, vuelvo y le repito, de las preocupaciones, del estrés, de los problemas, de la vivienda del hogar, de los problemas en el trabajo, del de lo que está sucediendo horita”*

UF3: *“Pues yo la genere después del parto. Sinceramente lo digo”*

Asimismo, para entender el desarrollo humano en su conjunto, es necesario abordarlo, teniendo en cuenta factores genéticos e innatos del individuo. En segundo lugar, el aprendizaje, el reconocimiento y el entorno familiar. Debido a que la familia es el desarrollo integral de la conciencia que determinará su capacidad para cuidarse a sí mismo. Esto se asimila con lo expresado por los sujetos:

UF2: *“en mi caso puede ser hereditario, mi madre hermosa que en paz descanse ella era hipertensa, además yo soy de Boyacá, allá se consume mucho almidón, comemos mucha papa, los malos hábitos alimenticios de la juventud”*

UM3: *“Mi mamá sufría en esos momentos de hipertensión, ella sola. Solo ella. No aprendí mucho de su proceso de enfermedad por lo que pasa es que yo casi nunca viví con ella”*

UM4: *“en mi familia, no aportamos mucho para evitar que padezcan esta enfermedad pues mis hijos no se comunican muy seguido o tocamos el tema para prevenir la enfermedad”*

UF3: *“Por mi familia hipertensa, todas, todas son hipertensos. Eso ya es normal, solo queda acostumbrarnos y seguir adelante”*

UF4: *“Todas, todas, son hipertensos y he aprendido experiencia de esa enfermedad, los critico, les digo como que no tienen conciencia de que eso es lo que las tiene enfermas”*

Las percepciones de los informantes determinan hasta qué punto las familias están directamente involucradas en el autocuidado, con antecedentes familiares de hipertensión arterial influenciados por aspectos culturales y psicológicos. Como resultado de la psicología social, generarán percepciones tanto negativas como positivas del individuo. Experiencias de vida y determinantes que afectaron su calidad de vida.

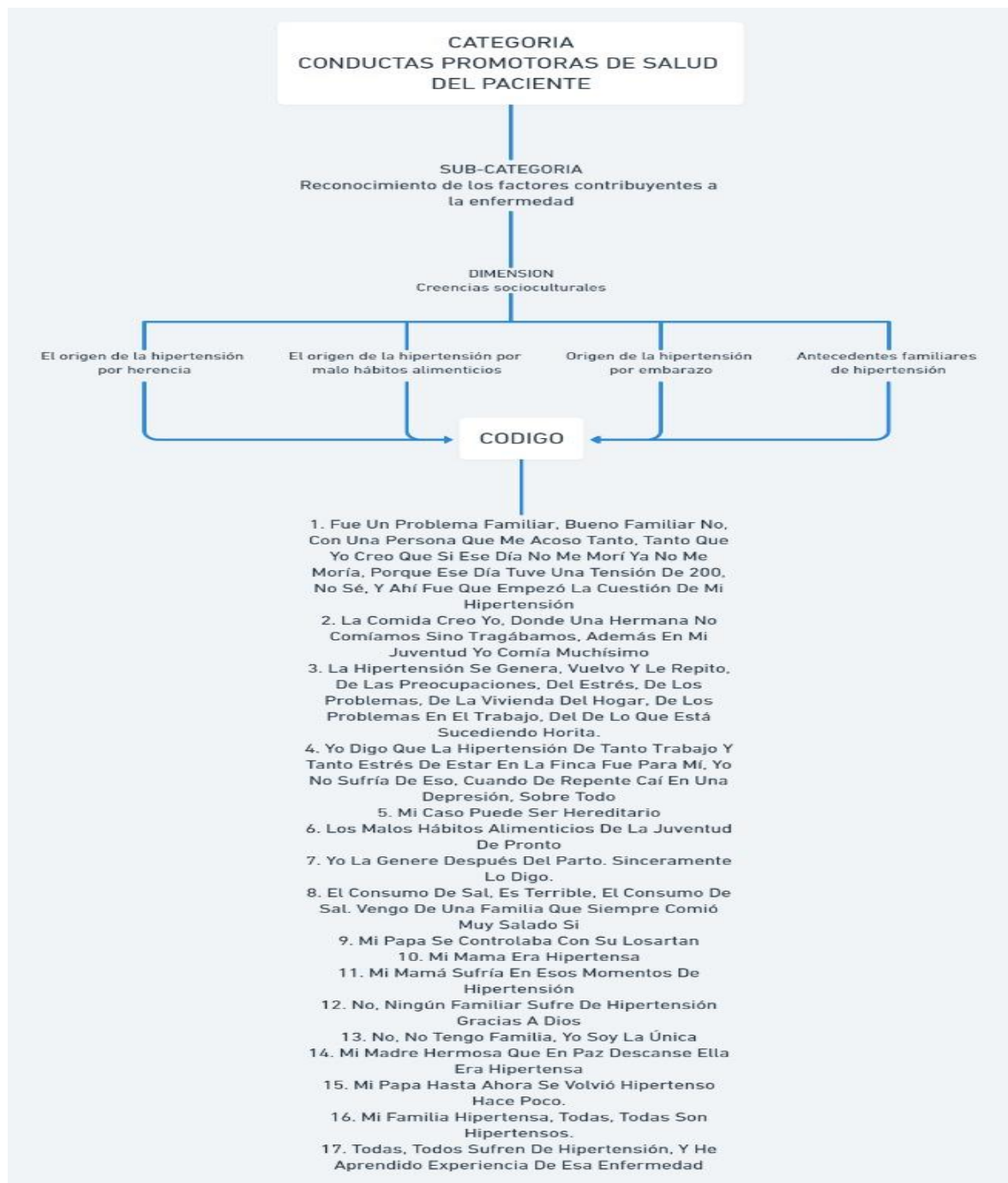


Figura 9: Creencias socioculturales
 Autoría: Javier Gutiérrez & Jorge Gelvez

1.2. ANALISIS DE LAS SUBCATEGORIAS

1.2.1. CATEGORIA: GARANTIAS DE CALIDAD EN LA ATENCION DE SALUD

1.2.1.1. SUBCATEGORIA: ATRIBUTOS DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN PACIENTE HIPERTENSO.

La figura 10, muestra los atributos de calidad de la atención en salud en pacientes hipertensos.

De acuerdo al Ministerio de salud y protección social colombiano se basa en:

- Accesibilidad: El acceso a los procedimientos y servicios de salud demuestra la capacidad del paciente para recibir atención médica oportuna cuando sea necesario (48).
- Oportunidad: Es posible que los usuarios obtengan los servicios requeridos sin poner en peligro su vida o su salud por demoras. Esta característica está relacionada con la organización de la oferta del servicio y el nivel de coordinación de la organización que gestiona la adquisición del servicio (49).
- Seguridad: Se trata de un conjunto de elementos estructurales, de proceso, herramienta y metodológicos basados en evidencias científicas contrastadas que tienen como objetivo reducir el riesgo de que sufra un evento adverso en el cuidado de la salud o minimizar sus consecuencias (49).
- Continuidad: Este es el grado en el que el usuario recibe las intervenciones necesarias, a través de una serie lógica y razonada de acciones, basada en el conocimiento científico (49).

- Satisfacción del usuario: El nivel de ánimo de los usuarios, pacientes y familias cuando se compara el servicio médico con sus expectativas (48).

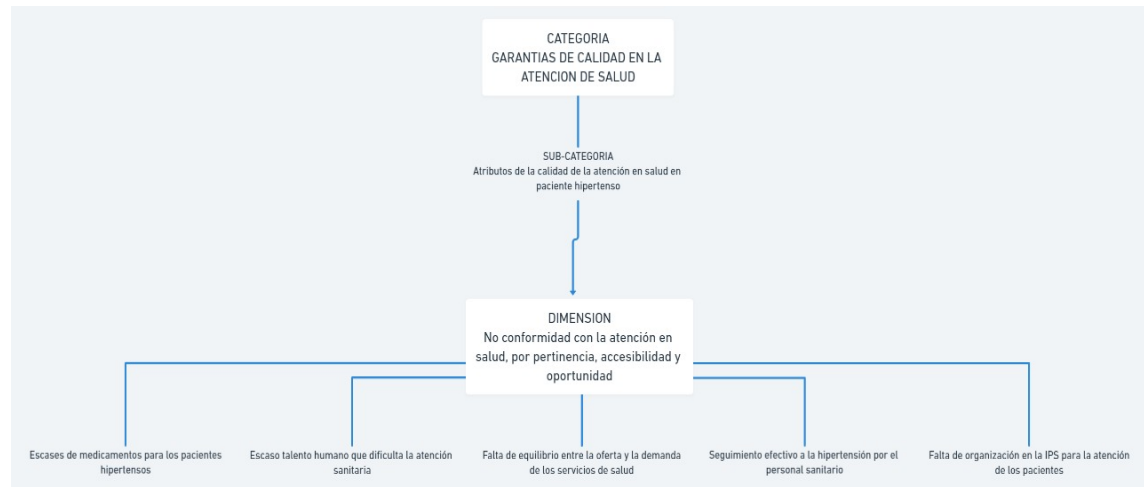


Figura 10. Atributos de la calidad de la atención en salud en paciente hipertenso.
Autoría: Javier Gutiérrez & Jorge Gelvez

1.2.1.2. SUBCATEGORIA: PERCEPCIÓN DEL CONTEXTO DE AYUDA EN EL SISTEMA DE SALUD FRENTE A LA HIPERTENSIÓN.

La figura 11, revela la impresión que tiene los usuarios en el contexto de ayuda en el sistema de salud frente a la hipertensión, por medio de las actividades e intervenciones que el profesional de la salud desarrolla para fomentar condiciones que favorezcan al paciente la adherencia y el autocuidado en su vida diaria, con el fin de mantener una salud óptima y prevenir complicaciones. Basados en la no conformidad de la atención en los servicios de salud, se determina que la no conformidad de calidad, son las fallas críticas del proceso de atención que afectan la calidad final del producto o servicio brindado al consumidor.



Por ello en Colombia se introdujo la Ley N ° 100 de 1993, que establece que la SGSSS debe estimular la participación de los usuarios en la organización y controlar las organizaciones que la integran. Los miembros de SGSSS tienen derecho a formar asociaciones de usuarios que representan ante EPS e IPS. Por su parte, el Gobierno reconoce la obligación de fortalecer la capacidad negociadora, proteger los derechos y participar en la comunidad de miembros de la SGSSS. Asimismo, los miembros tienen derecho a la vigilancia y el control de la calidad y eficacia de los servicios de salud a través de órganos comunitarios de supervisión elegidos (50).

Por consiguiente, el Departamento Nacional de Planeación Colombiano (DNP) implemento Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud desarrollada por el Departamento de Salud y Protección Social para identificar las direcciones estratégicas, por las cuales se debe gestionar la prestación de servicios en Colombia. La política detalla las estrategias y cursos de acción establecidos para lograr los objetivos planteados. El objetivo de la política es garantizar la accesibilidad y el uso óptimo de los recursos, mejorando la calidad de los servicios prestados a las personas y aumentar la cobertura de seguros para los más vulnerables. (51).

El eje de la calidad se enfoca en la correcta implementación del sistema de aseguramiento de la calidad obligatorio y promoción del talento humano. El eje de eficiencia se refiere a la red de proveedores de servicios de salud pública, por lo tanto, estrategias para mejorar las condiciones estructurales y funcionales, y la capacidad de estas organizaciones para asegurar su viabilidad.



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



Figura 11. Percepción del contexto de ayuda en el sistema de salud frente a la hipertensión.
Autoría: Javier Gutiérrez & Jorge Gelvez

1.2.2. CATEGORIA: FACTORES PERSONALES DEL PACIENTE

1.2.2.1. SUBCATEGORIA: JUICIO Y COMPRENSION DEL PACIENTE FRENTA A SU ENFERMEDAD

La figura 12, muestra el criterio y comprensión del paciente frente a la hipertensión lo cual se entrelaza con el autocuidado de su enfermedad para mantenerse en óptimas condiciones de salud, potencializar factores positivos y de la misma manera disminuir aquellos negativos.



Es por esto que el autocuidado se evidencia en 3 partes: mantenimiento del autocuidado, monitoreo del autocuidado y gestión del autocuidado.

El mantenimiento del autocuidado se refiere a los comportamientos que muestran los pacientes con enfermedades crónicas para mejorar, preservar la salud o mantener la estabilidad física y emocional. Las conductas de mantenimiento del autocuidado reflejan las recomendaciones del proveedor de atención sanitaria, relacionadas con el estilo de vida o el régimen terapéutico. Cabe señalar que estas prácticas pueden ser impuestas por otros, como la familia, los trabajadores de la salud o los cuidadores (52).

El monitoreo del autocuidado hace referencia a la autoobservación para detectar cambios en los signos y síntomas. Se trata de "escuchar al cuerpo" o un proceso de control, seguimiento regular y vigilante. La supervisión es un comportamiento humano normal. El propósito del monitoreo es identificar que se ha producido un cambio. La percepción del cambio físico es facilitada por la percepción somática, definida como sensibilidad a las sensaciones físicas y actividades corporales. El reconocimiento del cambio emocional se ve facilitado por la percepción personal y la percepción interpersonal (53).

La gestión del autocuidado se define como una respuesta a los signos y síntomas a medida que ocurren. Implica evaluar los cambios en los signos y síntomas físicos y emocionales para determinar si es necesario actuar, estos cambios pueden deberse a enfermedades, tratamientos o el medio ambiente. Los tratamientos suelen ser específicos para los signos y síntomas de una enfermedad crónica específica. Otro punto importante

respecto al manejo del autocuidado es que el tratamiento indicado puede requerir la consulta con un profesional de la salud (54).

En este contexto, la conciencia situacional implica prestar atención a las sensaciones corporales (percepción somática) y la capacidad para determinar de manera confiable cómo estas sensaciones se desarrollan en respuesta a métodos en los que se realiza el tratamiento.

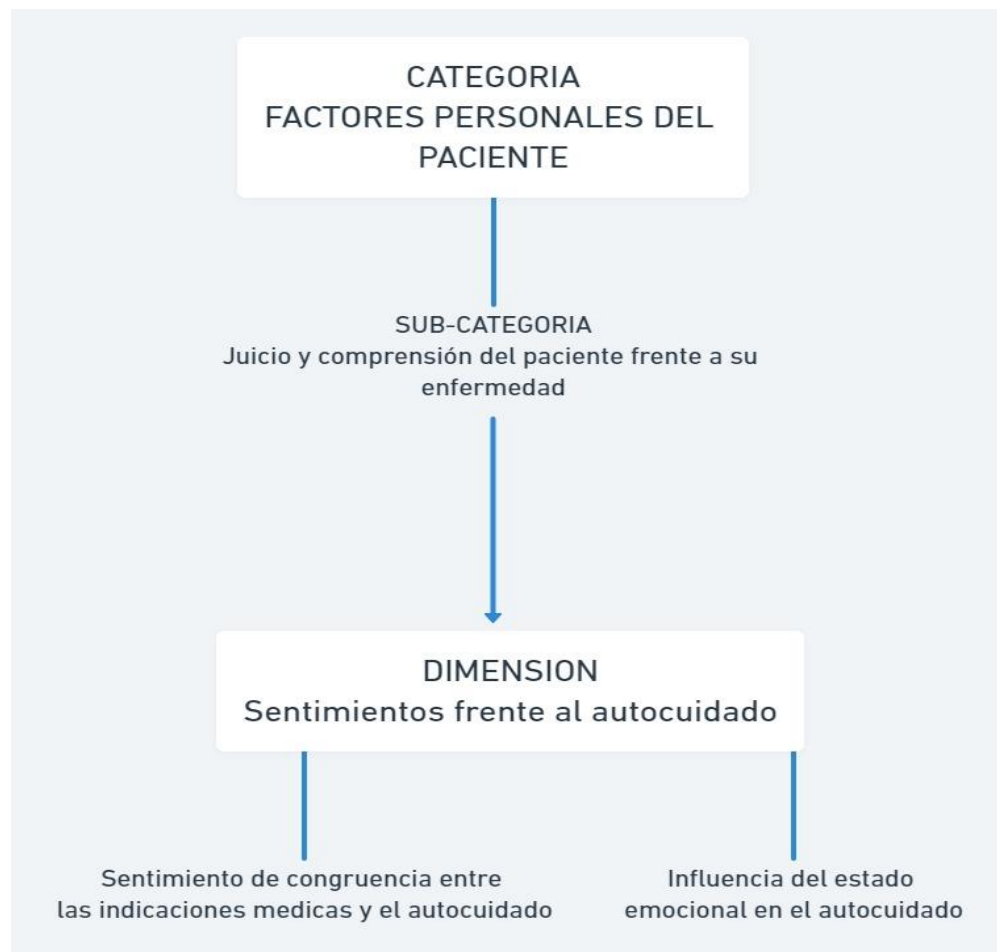


Figura 12. Juicio y comprensión del paciente frente a su enfermedad
Autoría: Javier Gutiérrez & Jorge Gelvez

1.2.2.2. SUB-CATEGORIA: INFLUENCIAS EXTERNAS QUE ESPERA EL PACIENTE

La figura 13. muestra la subcategoría influencias externas que espera el paciente. En los hallazgos encontrados se evidenciaron tres componentes principales, como lo son: estrategias educativas, compromiso personal sanitario e influencia de la familia; se puede observar que el factor educativo sanitario, hace referencia a la adquisición de habilidades obtenidas y el proceso de transmisión de la información por parte de los profesionales de la salud, durante los seguimientos a los pacientes hipertensos de la RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica, donde se encuentran una gran variedad de percepciones sobre el proceso y la calidad de atención obtenida por las instituciones de salud, que afecta directamente el empoderamiento o adherencia de los usuarios a su propio autocuidado. Finalmente son expresado con la relación causa – efecto.

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS Y COMPROMISO PERSONAL SANITARIO

Primero que todo la Organización Mundial de la Salud (OMS), la definió en los siguientes términos, *“La educación para la salud consiste en lograr que las personas adopten y mantengan estilos de vida saludables, que hagan un uso racional de los servicios de salud a su disposición y también que tomen decisiones, individual y colectivamente, para mejorar su salud y bienestar en el medio ambiente que ellos viven”* (55). De igual manera, presupone el acto de educar, a cargo de los profesionales sanitarios idóneos y con un compromiso, para que se desarrolle finalmente el cuidado de manera efectiva y global.



Para Giralt Herrera, *“es una herramienta y medio, que cuando se desarrolla con la participación activa de la ciudadanía, se convierte en un potencial impulsador de la promoción de la salud. Los participantes deben estar comprometidos, motivados y empoderados, por los profesionales de los centros sanitarios; A partir de ahí, las personas se sentirán parte de las acciones y procesos, lo que significa que participarán en la mejora de su salud a través de estrategias individuales, grupales, multidisciplinarias e interdisciplinarias, donde la salud es importante para todos y para todos”* (56).

Sin embargo, para Caballero y sus allegados, *“Afirman que la educación en salud no se trata solo de impartir información, sino que debe enfatizar su importancia para promover la motivación, las habilidades interpersonales y la autoestima, como individuos, familias y acciones comunitarias para mejorar la salud de las personas”* (57).

INFLUENCIA DE LA FAMILIA

Asimismo, los usuarios hipertensos esperan recibir como factor externo el apoyo familiar para aumentar el autocuidado y adaptación al proceso de enfermedad. Según Jorge Poma, propone que *“el entorno familiar influye en la salud individual, pues esta última es determinada por las prácticas saludables seguidas de la convivencia y experiencia adquirida de sus miembros. Un modo de vida familiar saludable promueve la salud, mediante hábitos y estilos en sus integrantes; mientras que un modo de vida familiar no saludable puede llegar a producir afectaciones mentales como depresión o desmotivación frente al afrontamiento de la enfermedad”* (58).



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



Por otra parte, Padrón Quezada, refiere que el papel de la familia como elemento desencadenante del autocuidado depende de *“identificar la función, la cohesión y la adaptabilidad de la familia, permitiendo orientar en la conservación de la Integridad, para mantener tanto como sea posible, el equilibrio biológico y psicológico, induciendo acciones que mejoren la calidad de vida familiar. Así como el control de los individuos con hipertensión”*(59). El ámbito familiar influye principalmente en la calidad de las estrategias que adoptan los pacientes hipertensos para promover la salud y prevenir la enfermedad, convirtiéndose en un pilar fundamental del compromiso con la autogestión integral, tanto directa como indirectamente, con respecto a sus funciones de salud.

De esta manera, los factores externos que esperan los pacientes frente al entorno sanitario y familiar conllevan, a aportar un grado de percepción positiva o negativa que será los determinantes en el proceso de enfermedad y cómo se convierten en individuos con efectos potencialmente efectivos en su bienestar, así como los principales determinantes de impacto en las distintas esferas de los usuarios en relación a su adherencia a la RIAS de alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica y su decisión de autocuidado de manera adecuada que aumente su bienestar frente a la enfermedad.

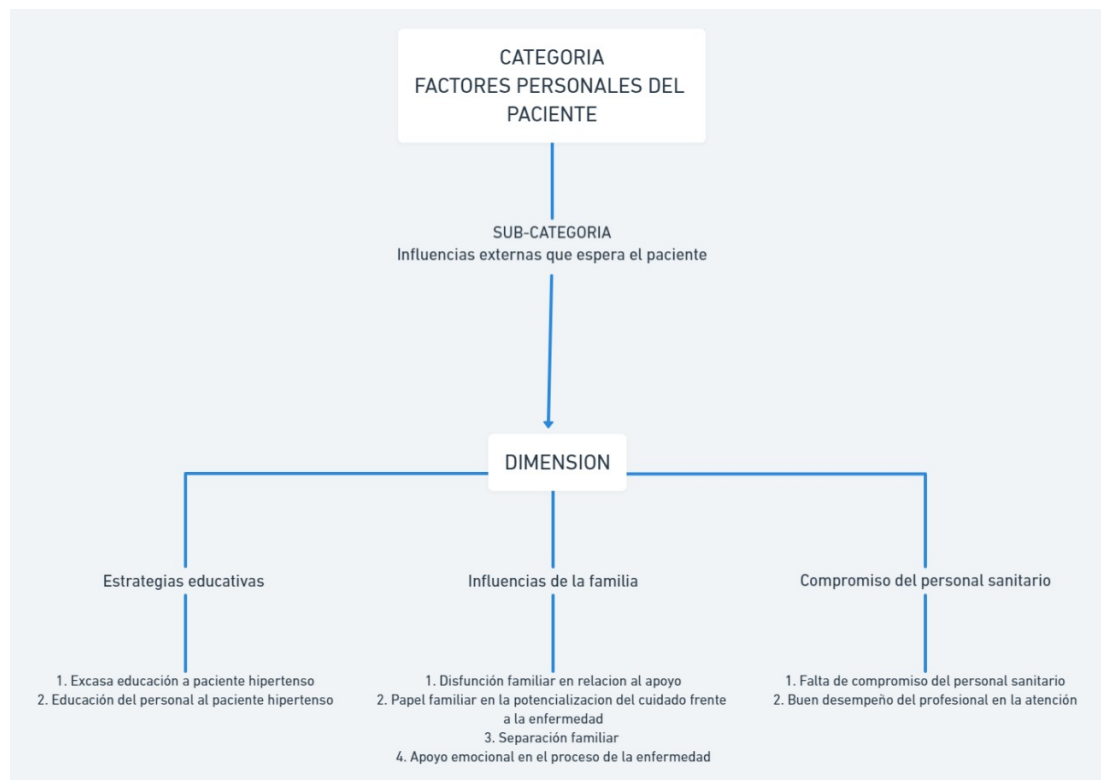


Figura 13. Influencias externas que espera el paciente
Autoría: Javier Gutiérrez & Jorge Gelvez

1.2.3. CATEGORIA: CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD DEL PACIENTE

1.2.3.1. SUB-CATEGORIA: CAPACIDAD DE ACCION FRENTE A LA ENFERMEDAD

La figura 14. muestra la subcategoría: capacidad de acción frente a la enfermedad. En el resultado, se destacan un factor principal e influyente en el proceso de la hipertension, como lo son las prácticas de estilo de vida saludable que determinan los resultados a futuros de la



evolución del paciente frente a la enfermedad crónica. De igual manera, permite observar de manera holística e integral, los comportamientos y acciones de los usuarios, además, su nivel de afectación psicosocial y conductual en el autocuidado.

PRACTICAS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE

La Organización Mundial de la Salud define *“el estilo de vida como el conjunto de comportamientos, actitudes que las personas adquieren e implementan, de manera individual o colectivamente, con el fin de satisfacer sus necesidades como seres humanos y así, darse cuenta del alcance de su desarrollo”*(60).

Para Andrés Santacruz y allegados, los Estilos de Vida Saludables, son definidos como *“patrones de acción multidimensionales sostenidos en el tiempo por factores endógenos y exógenos. Estos son reguladores, determinantes de la salud y componentes importantes de las intervenciones de alta promoción”*(61).

De esta manera, la capacidad de acción frente a la enfermedad que tienen los usuarios en su proceso de autocuidado asociado a la hipertensión, favorece las intervenciones propias que los profesionales de la RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica, donde pueden aumentar esfuerzos en fortalecer acciones que generen impacto en la conciencia individual, logrando una mejor adherencia de los pacientes a su salud. Asimismo, el conocimiento de los factores psicosociales como factor fundamental y solidario para incrementar su participación en la salud, lo cual será la piedra angular de su autocuidado.



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



Figura 14. Capacidad de acción frente a la enfermedad
Autoría: Javier Gutiérrez & Jorge Gelvez

1.2.3.2. SUB-CATEGORIA: RECONOCIMIENTO DE LOS FACTORES CONTRIBUYENTES A LA ENFERMEDAD

La figura 15. muestra la subcategoría reconocimiento de los factores contribuyentes a la enfermedad. Finalmente, destacan dos factores importantes, como la desinformación del personal sanitario y creencias socioculturales, que forman la percepción en la que los usuarios forjan su experiencia y adaptan vivencias como componente de aprendizaje de su autocuidado y adherencia. De la misma forma, permite conocer la fuente de los conocimientos básicos que adquieren los pacientes como base de sus conductas o acciones en relación a la hipertensión para potencializar la calidad y bienestar de vida. Entre las cuales encontramos el factor hereditario, familiar y sanitario, así como la forma en que son partes importantes de la sociedad. Sin embargo, la perspectiva adoptada por los usuarios en esta subcategoría se centra en la forma en que los factores externos se relacionan con ellos, y no al revés, lo que en última instancia da forma a su decisión de dedicarse frente a la hipertensión.

DESINFORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIOS

Para Espinoza, la desinformación se puede definir como *“la presentación de información poco fiable o dispersa, además de la creación de estereotipos o etiquetas y enmascaramiento de ciertas combinaciones que pueden afectar la calidad de la atención. También incluye la omisión de información correcta y relevante”* (62). Asimismo, la falta de habilidades de los profesionales de la salud para generar el nivel adecuado de compromiso e interés en brindar educación a los usuarios, durante los encuentros que conlleven a aumentar la satisfacción personal y como consecuente la adherencia de su salud, pudiendo ser un elemento sustancial



que favorezca de manera significativa la percepción de los usuarios en relación a los factores asociados a su enfermedad, mejorando de esta manera el autocuidado en general.

CREENCIAS SOCIOCULTURALES

Según Pérez, R y Sánchez, S, *“la conducta de adherencia está mediado, entre otros factores, por el conocimiento y los sistemas de creencias del paciente sobre su enfermedad. Además del modelo de creencias de salud, el cumplimiento está estrechamente relacionado con la susceptibilidad y la gravedad de las complicaciones de la hipertensión, así como los beneficios percibidos y barreras de los procedimientos médicos”*(63).

De igual manera, Velázquez *“define los factores Socioculturales, como ese conjunto de valores, rasgos, creencias, tradiciones y costumbres que distinguen e identifican a las personas dentro de su vida cotidiana o lugar de residencia”*(64), por ende, la definición sobre la enfermedad en general o sobre el autocuidado van a ser claves para lograr que los pacientes aumenten su adherencia frente a su salud.

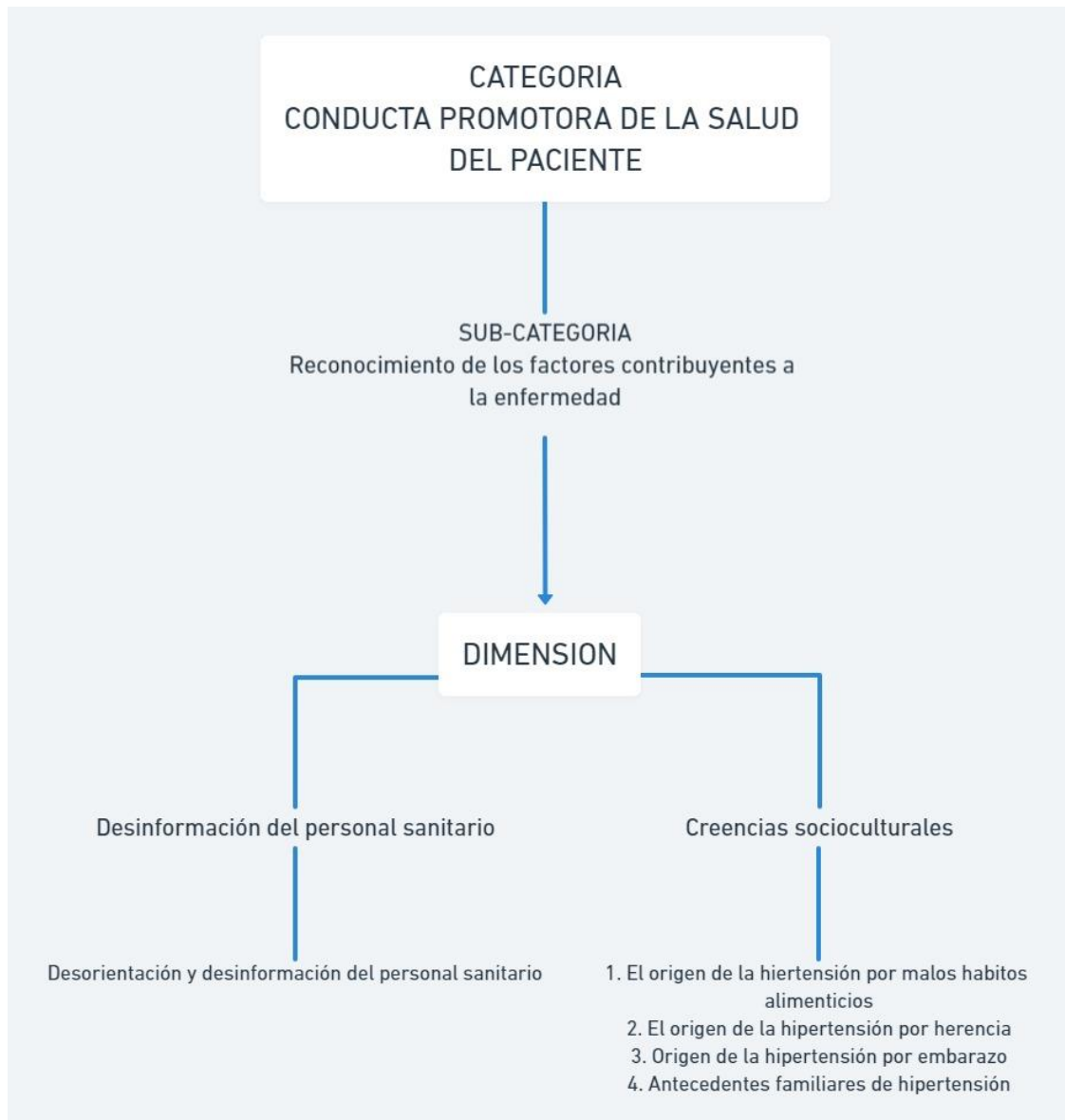


Figura 15. Reconocimiento de los factores contribuyentes a la enfermedad
Autoría: Javier Gutiérrez & Jorge Gelvez



1.3. ANALISIS DE CATEGORIAS

El proceso inductivo ha llevado a la obtención de tres categorías principales estrechamente relacionadas como producto del proceso analítico: Garantías de calidad en la atención de salud, Factores personales del paciente y Conductas promotoras de salud del paciente.

1.3.1. GARANTÍAS DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD

La figura 16. muestra la relación de la percepción de los usuarios de la RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica frente a las garantías de calidad en la atención en salud que se brindan.

En Colombia el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) es un conjunto deliberado y sistemático de instituciones, estándares, requisitos, mecanismos y procesos dentro del sector de la salud que crean, mantienen y mejoran la calidad de los servicios de salud en el país (65).

Este SOGCS está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad.

El sistema único de habilitación es un conjunto normativo, que se compone de requisitos y procedimientos mediante los cuales, se establece el cumplimiento de las condiciones básicas de competencia científica y tecnológica, competencia patrimonial, financiera, administrativa y técnica, generando de este modo una base de registros, donde se logra la verificación, el



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



control y permanencia del Sistema. Estos están destinados a garantizar la seguridad de los usuarios frente a los riesgos potenciales asociados con la prestación de servicios y son obligatorios para los proveedores de atención sanitaria y EAPB (66).

El programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad es un mecanismo de evaluación y mejora sistemática y continua de la calidad observada en relación, con la calidad esperada de la atención que reciben los usuarios (67).

El Sistema Único de Acreditación es una parte del Sistema de Garantía de la Calidad que se ofrece a los proveedores de atención sanitaria, IPS, ARS y empresas de medicina pre pagada que deseen demostrar voluntariamente el cumplimiento de un alto nivel de calidad, es decir, en las condiciones mínimas establecidas por la calificación sistemática (68).

El Sistema de Información para la Calidad en Salud se creó y está reglamentado con el fin de estimular la competencia de calidad entre los agentes del sector, y capacitar al usuario en el discernimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos, deberes y dentro del nivel de calidad de los Prestadores de Salud y de la EAPB, para que puedan tomar decisiones informadas en el ejercicio de los derechos que les otorga el Sistema General de Seguridad Social en Salud (69).

El cumplimiento estricto de estos componentes hace que garantice la calidad de la atención en salud de los usuarios y de acuerdo a estos varia la percepción de ellos frente al sistema de salud colombiano.

La conciencia personal y la percepción de una determinada situación o contexto pueden facilitar u obstaculizar el comportamiento. Estos incluyen el conocimiento de las opciones



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”

disponibles, las características de las necesidades y las estéticas del entorno en el que se sugiere que se desarrollen ciertos comportamientos que promueven la salud. La situación de influencia puede tener un efecto directo o indirecto sobre los comportamientos relacionados con la salud (70).

La percepción sobre cierta situación vivida se ve reflejada en la expectativa que tenga el usuario a una próxima vivencia de esta, es por esto que una buena experiencia frente a la situación, influye en que el usuario la realice nuevamente sin ningún inconveniente, por el contrario, una experiencia negativa hace que este sea más renuente a realizarla, lo cual afecta en este caso el autocuidado.

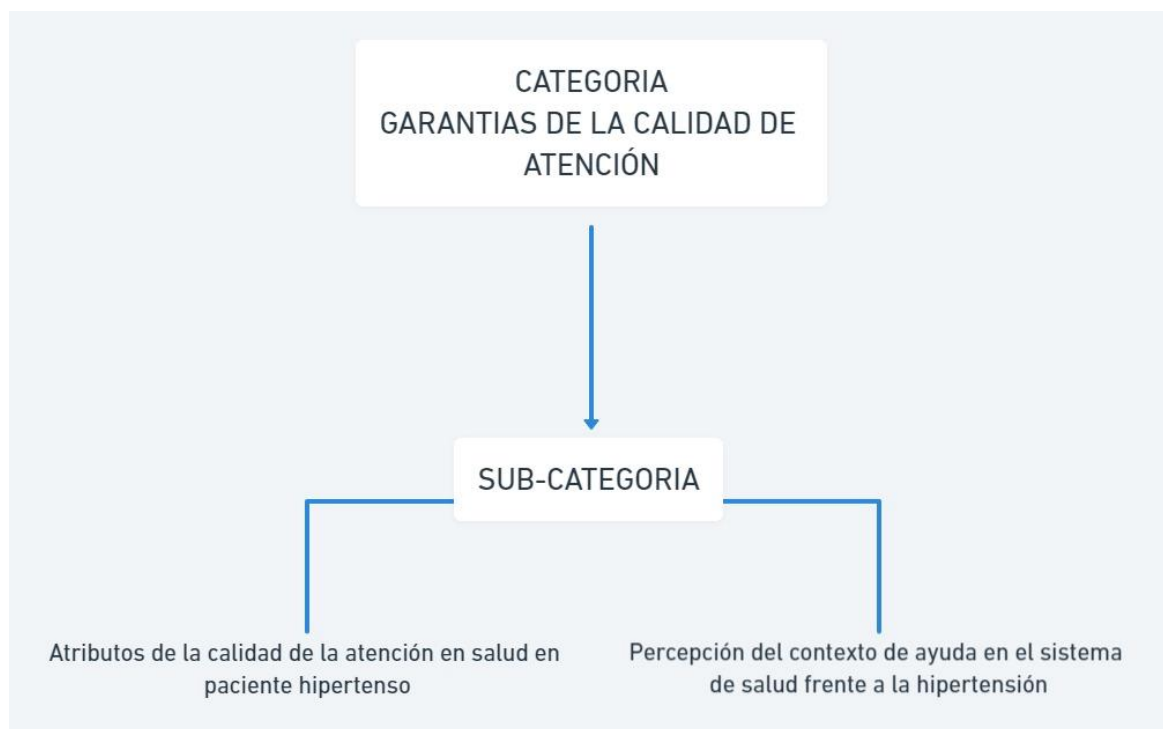


Figura 16: garantías de calidad en la atención de salud
Autoría: Javier Gutiérrez & Jorge Gelvez

1.3.2. FACTORES PERSONALES DEL PACIENTE

La figura 17. muestra como los factores personales influyen en la adherencia a la RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica, ya sean biológicos, psicológicos o socioculturales.

La familia es un grupo de personas unidas por parentesco. Esta unión puede formarse por consanguinidad o por un vínculo legal y socialmente constitutivo y reconocido, como el matrimonio o la adopción (71).

Desde el punto de vista consanguíneo se ve reflejada la genética, la cual hace trascender de generación en generación enfermedades que mezcladas con estilos de vida no saludables aparecen en los usuarios, es por esto de vital importancia el autocuidado para mantener una adecuada salud y reducir factores de riesgo.

Por otro lado, la familia es el pilar fundamental de las personas, es una verdadera escuela, en la que idealmente, aprendes a expresar amor, afecto, miedo, alegría, tristeza y aprecio. Y es este círculo social, en concreto los padres, el que se encarga de orientar las emociones de sus hijos para que vayan por el mejor camino (72).

En este contexto el apoyo familiar influye en la capacidad de los usuarios para realizar las actividades establecida y mantener en óptimas condiciones su salud, esto debido a la unión de sentimientos que hacen que el usuario sea fundamental en la formación de la familia, por lo que el cuidado de su salud sea prioritario para ellos.



Es fundamental conocer la perspectiva psicológica del usuario, ya que esto se relaciona de manera directa con su percepción a la atención que se le brinda en las instituciones de salud. Estos incluyen la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y las definiciones de salud.

Un estado emocional con una adecuada actitud o disposición, es un factor positivo para el autocuidado del usuario, porque aumenta el interés sobre la modificación del estado de salud, lo cual será un factor coayudante en la evolución, donde juegan papeles importantes como el compromiso personal y el mantenimiento de actividades encaminadas a buscar el bienestar y calidad de vida.

La cultura, es otro eje fundamental a explorar al momento de evaluar la percepción de los usuarios, siendo una dimensión variada, por lo cual la perspectiva para algunos puede ser catalogado como bueno, sin embargo, para otros no lo es, y es ahí donde el personal sanitario busca un punto neutro que facilite la promoción en relación con el autocuidado para así fortalecer la adherencia.

En Colombia la RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica, tiene por objetivo fortalecer la gestión de las enfermedades cardiovasculares en el nivel de atención primaria, mediante una variedad de intervenciones operativas y técnicas con soporte basado en evidencia científica (73). Lo cual se convierte en un eje fundamental para la implementación de conductas que puedan reducir o prevenir complicaciones.

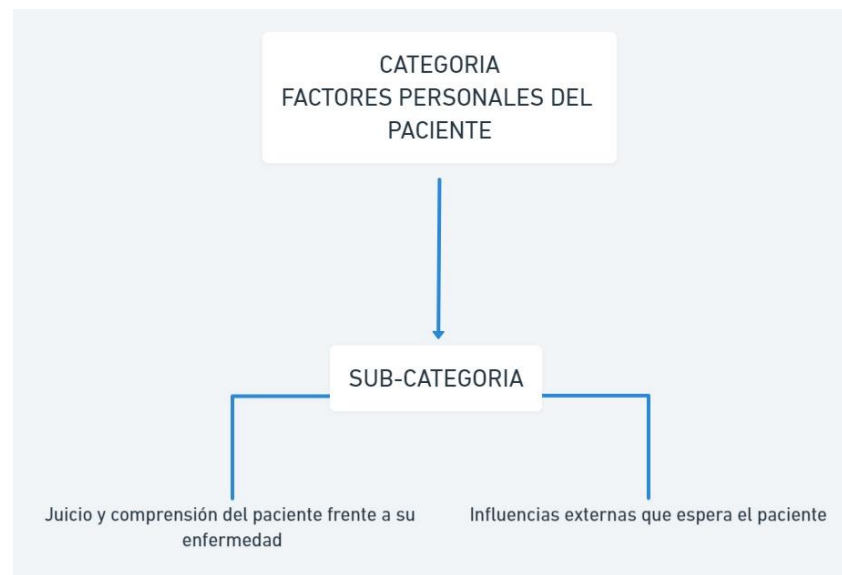


Figura 17: factores personales del paciente
Autoría: Javier Gutiérrez & Jorge Gelvez

1.3.3. CATEGORIA: CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD DEL PACIENTE

La Figura 18. muestra la categoría: conductas promotoras de salud del paciente evidenciando dos componentes principales: la capacidad de acción frente a la enfermedad y el reconocimiento de los factores contribuyentes.

Donde la promoción toma un papel esencial en la influencia con los entornos del usuario durante su proceso de enfermedad, permitiendo identificar las acciones y modos de adaptación a su vida cotidiana. Sin embargo, para lograr esto, es importante que las personas reconozcan las acciones negativas que desencadenaron su hipertensión, los beneficios



percibidos de la acción al cambiar los comportamientos, así como las barreras para distinguir las limitaciones que puedan afectar su evolución, para llegar al cambio positivo en el apoyo conductual frente a su salud. Asimismo, la regulación de la eficacia autopercebida van a conducir a la implementación de conductas promotoras de la salud.

Por consiguiente, a raíz de esos dos componentes se despliegan unas dimensiones que son propias del individuo y van a determinar su autocuidado, como las prácticas de estilos de vida saludables, asociadas directamente a las creencias socioculturales que se vuelven inmersas en el modo de vida, influenciado por los conocimientos bases de su enfermedad. Facilitando de esta manera esos comportamientos saludables, que a menudo no se materializan porque las personas no tienen una red de apoyo influyente que las ayude a cumplir con su compromiso de cambio.

En otros casos, factores individuales como la desinformación y escaso apoyo del profesional sanitario pueden ser la causa de que sus objetivos de prevención no se cumplan a cabalidad, generando de esta manera que no reconozca su conducta previa relacionada, provocando como resultado un déficit en la organización y ejecución de conductas, que aumenten la posibilidad de promover su salud, hasta lograr la adherencia y el autocuidado de forma global frente a la hipertensión.

Según el modelo de Nola J Pender, promoción de la salud, proporciona respuestas sobre cómo las personas toman decisiones sobre su propia salud, frente a las diferentes circunstancias que alteran su bienestar o calidad de vida (74). El MPS “tiene como objetivo ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en sus interacciones con el medio ambiente



mientras se esfuerzan por lograr el estado de salud deseado; En relación con las características personales, las experiencias, el conocimiento, las creencias y los aspectos situacionales relacionados con los comportamientos o de salud previstos durante su proceso”.

Asimismo, la salud puede estar influenciada por factores condicionantes biológicos, psicológicos, sociales y/o culturales, que tienen la capacidad de predecir conductas específicas e influir en la consideración del propósito de dichas acciones. De igual manera, es más probable que las personas adopten comportamientos que promuevan la salud cuando sus seres más cercanos e importantes modelan el comportamiento e incentiven la motivación personal. Por lo tanto, al lograr generar la intención en el paciente con diagnóstico de hipertensión, la cual es entendida como el compromiso del individuo con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se manifiesta en el análisis de las conductas voluntarias orientadas a la consecución de las metas planificadas (74). Permitiendo aumentar las líneas de acción de los pacientes, como lo propone la autora, las cuales son: la atención (esperar lo que sucede), retención (recordar lo que has observado), reproducción (la capacidad de reproducir un comportamiento adquirido) y la parte motivadora (una buena razón para querer adoptar ese comportamiento aprendido). Por lo tanto, potencializaran la adherencia de los pacientes con hipertensión arterial frente la RIAS de alteraciones cardio-cerebro-vasculares y metabólica y su autocuidado.

Por lo tanto, las conductas promotoras encierran de manera integral los factores internos y externos que surgen del proceso de enfermedad del paciente hipertenso frente a su autocuidado, porque nos permite conocer de manera secuencial, el elemento esencial, que es el predictor de su salud, para lograr obtener los resultados deseados, además de distinguir las



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”

posibles variables que afectan su actuar en las diferentes esferas, tanto física, social, mental y espiritual del individuo, que van a determinar la posibilidad de aumentar la percepción sobre los beneficios percibidos de las acciones en pro de su salud.

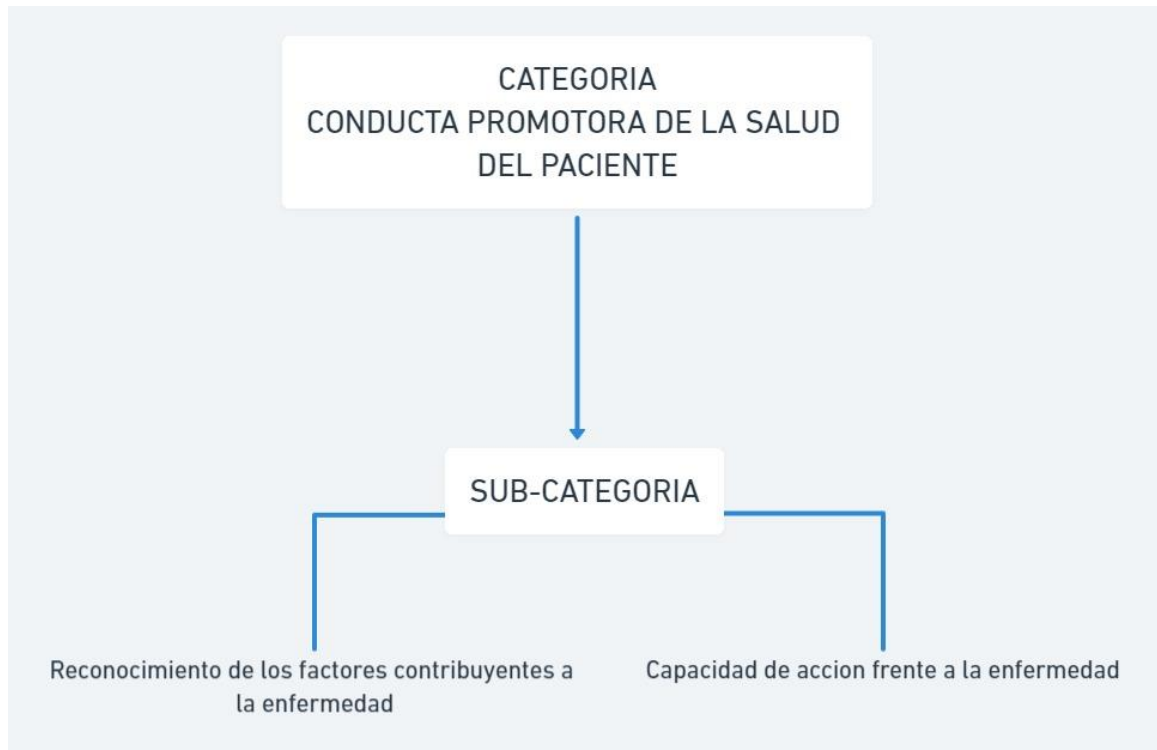


Figura 18. Conductas promotoras de salud del paciente
Autoría: Javier Gutiérrez & Jorge Gelvez

Según los hallazgos encontrados en relación a que las categorías emergentes, dan respuesta a varios conceptos de la teoría de N. Pender.

Primero el concepto influencias situacionales que se asocian a las garantías de calidad en la atención de salud, que se basan en la percepción del contexto de ayuda en el sistema y los atributos de la calidad de la atención en el paciente hipertenso, manifestadas a su vez por los



usuarios en dimensiones como la satisfacción y la no conformidad con la atención en salud, por pertinencia, accesibilidad y oportunidad, donde se articula con la conciencia contextual y su relación con la capacidad para lograr el pleno desarrollo de la promoción de la salud.

El segundo hallazgo, se relaciona con el concepto de factores personales del paciente, que según, como lo menciona la teórica Nola J Pender, son elementos predictores de los comportamientos a largo o corto plazo y que puedan afectar su decisión de autocuidado o adherencia. Asimismo se asocia con las sub - categorías emergentes como lo son; juicio y comprensión del paciente frente a su enfermedad e influencias externas que espera, manifestado por dimensiones como: sentimientos frente al autocuidado, estrategias educativas, influencia de la familia y el compromiso del personal sanitario, lo cual se articula con el concepto principal de la teórica influencias interpersonales que van a ser las bases sólidas de la experiencia desarrollada dentro de la convivencia en su proceso de enfermedad, permitiendo que los usuarios logren objetivos o metas planeas, de manera adecuada o con dificultades durante su evolución y adaptación, porque entran a jugar un papel importante la percepción de las normas, el apoyo social y la modelación de su conducta.

El tercer hallazgo, se asocia con la categoría emergente: conductas promotoras de salud del paciente, donde se articula con el concepto teórico de Nola J Pender , autoeficacia percibida, debido que es acá donde los pacientes construyen la voluntad de generar un cambio frente a los diferentes factores resultantes de su experiencia, que a su vez se relacionan con el concepto teórico, conducta previa relacionada que tiene que ver con su contexto en general, permitiendo que sean ellos los que definen sus propios comportamientos. Asimismo, se articula con el concepto, barreras percibidas de la acción, que son esos obstáculos que los



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



usuarios identifican, como elementos a reforzar para aumentar sus acciones en pro de su salud, lo cual tiene similitud con las percepciones narradas de los participantes, las cuales se agrupan en sub – categorías emergentes como: capacidad de acción y el reconocimiento de los factores contribuyentes a la enfermedad, manifestados por dimensiones como: prácticas de estilo de vida saludable, desinformación del personal sanitarios y creencias socioculturales, que serán los elementos contribuyentes a aumentar la posibilidad de conductas promotoras en salud, mediante un compromiso constante y una percepción positiva sobre los beneficios percibidos.

De igual manera, estos resultados obtenidos con este proceso de investigación permitieron evidenciar la articulación de las percepciones de los informantes, con las políticas de salud nacional, es decir, permitió identificar que existe un macrosistema que garantiza de alguna manera la ejecución de la gestión y el cuidado de la salud dentro de los entornos de los pacientes, y que van a ser los predictores de la adaptación frente a la adherencia en el sistema de salud y su autocuidado.



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



ASPECTOS ÉTICOS

La enfermería es una profesión moralmente responsable, que históricamente, se ha caracterizado por ser una profesión con sentido humanístico, lo cual la diferencia de las otras profesiones, incluida la medicina. Es por esto que el currículo formativo de la enfermería, considera como el eje rector el aspecto ético-humanista. Por ende, es de vital relevancia la ética profesional, ya que, mediante esta es posible regular los comportamientos en la práctica, sobre todo en un mundo en el cual los avances tecnológicos y los descubrimientos científicos, evolucionan de forma vertiginosa abriendo múltiple brecha que probablemente pueden vulnerar dichos aspectos. De esta manera, yace el uso racional de principios que regulan las conductas, las motivaciones, los valores del ejercicio profesional, los cambios y las transformaciones que surgen en la cotidianidad (75). En este sentido, se ratifica que la presente investigación se clasifica como una investigación sin riesgo, debido a que la información se obtuvo a través de las tecnologías remotas, y además se desarrolla bajo los Principios Bioéticos Universales: autonomía, no maleficencia, beneficencia, y justicia (76).

Autonomía: Ningún usuario implicado en el presente estudio fue forzado a participar, asegurando de esta manera el consentimiento libre y voluntario.

Justicia: Durante cada una de las etapas del estudio, se garantizó un trato equitativo e igualitario a cada uno de los implicados, independientemente de su ideología, raza, situación económica y/o cultura.



ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL
Avanzamos... ¡Es nuestro objetivo!



No maleficencia: Ninguna actividad orientada a la recolección de datos transgredió o colocó en riesgo la integridad de los entrevistados. Asimismo, se clarifica de que ninguno de los datos analizados fue alterado.

Beneficencia: Este estudio se realizó bajo la previa consideración de actuar en beneficio de consolidar procesos científicos que garanticen la disminución de las brechas de conocimiento sobre el fenómeno de estudio.



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750
www.unipamplona.edu.co



CONCLUSIONES

La percepción sobre la experiencia de la HTA y su proceso, se estructura a partir de narrativas predominantes en la relación a los entornos sanitarios, familiares e individuales donde su influencia es notoria para el proceso de adherencia y autocuidado en general de su enfermedad. Prevalece el concepto de la atención en salud como pilar fundamental y decisivo al momento de lograr una adaptabilidad o vinculación con el diario vivir de los pacientes, donde permite identificar la gran variedad de factores protectores y de riesgo que el usuario en su perspectiva analiza como determinantes de su salud.

Esto permite incluir el modelo de promoción de la salud de Nola J Pender, como sistema integrador de las características que los usuarios perciben, lo cual facilita la interpretación de las historias y dinámicas de situaciones que se influyen en el bienestar y calidad de vida de los usuarios frente a su adherencia. Además de comprender la importancia de un trabajo colectivo para lograr impulsar y crear planes estratégicos con utilización de recursos de manera adecuada, que faciliten la potencialización de una promoción de la salud idónea frente a la enfermedad.

Finalizando, los datos obtenidos en la investigación arrojaron variabilidad de resultados, encontrando que la mayoría de los pacientes tienen la percepción de que la hipertensión es afectada de manera continua por la falta de redes de apoyo y el factor sociocultural, lo cual genera situaciones de incomodidad que afecta la motivación de cambio en los modos de vida.

La percepción sobre la experiencia de la HTA y su proceso, se estructura a partir de narrativas predominantes en la relación a los entornos sanitarios, familiares e individuales donde su



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”

influencia es notoria para el proceso de adherencia y autocuidado en general de su enfermedad. Prevalece el concepto de la atención en salud como pilar fundamental y decisivo al momento de lograr una adaptabilidad o vinculación con el diario vivir de los pacientes, donde permite identificar la gran variedad de factores protectores y de riesgo que el usuario en su perspectiva analiza como determinantes de su salud.

Esto permite incluir el modelo de promoción de la salud de Nola J Pender, como sistema integrador de las características que los usuarios perciben, lo cual facilita la interpretación de las historias y dinámicas de situaciones que se influyen en el bienestar y calidad de vida de los usuarios frente a su adherencia. Además de comprender la importancia de un trabajo colectivo para lograr impulsar y crear planes estratégicos con utilización de recursos de manera adecuada, que faciliten la potencialización de una promoción de la salud idónea frente a la enfermedad.

En base a los objetivos planteado en este proceso investigativo se puede concluir que:

- ❖ Se logró conocer la percepción de los usuarios frente al sistema de salud e identificar la afectación dentro de su macro sistema relacionado con su gestión del cuidado y la ejecución de conductas promotoras de salud, que generan impacto directo en la adherencia y el autocuidado.
- ❖ Las percepciones de los informantes permitieron conocer esos elementos predictores de su insatisfacción frente a la RIAS en alteraciones cardio-cerebro-vascular y metabólica en los usuarios, facilitando una visión general que será decisivo para logra crear planes estratégicos en pro de la salud de la población.



- ❖ Los resultados interpretados, gracias a la participación de los informantes, permitió enfocar la importancia del conocimiento sobre la patología en el proceso de hipertensión arterial, como un eje fundamental en el autocuidado, además de ser un factor central en la adherencia frente al impacto que tiene en la salud de los pacientes.

Finalizando, los datos obtenidos en la investigación arrojaron variabilidad de resultados, encontrando que la mayoría de los pacientes tienen la percepción de que la hipertensión es afectada de manera continua por la falta de redes de apoyo y el factor sociocultural, lo cual genera situaciones de incomodidad que afecta la motivación de cambio en los modos de vida.



RECOMENDACIONES

A partir del desarrollo del presente estudio, se identificaron percepciones que permiten proponer elementos que favorezcan el desarrollo de conocimientos científicos sobre el fenómeno de estudio y el fortalecimiento del programa de enfermería de la Universidad de Pamplona. Por tal motivo, se recomienda:

- Garantizar la continuidad de procesos investigativos que fomenten el conocimiento científico propio de la profesión y permitan disminuir los vacíos conceptuales acerca de los fenómenos de estudios.
- Incentivar durante el transcurso de los procesos formativos, la realización de investigaciones cualitativas como herramienta útil para potenciar las habilidades del estudiante en el ámbito investigativo.
- Que el programa de enfermería estime la inclusión de estrategias formativas de acuerdo a las percepciones de los estudiantes y las necesidades actuales de la sociedad.
- Propender por la inclusión y mejoramiento continuo de estrategias educativas que les faciliten a los estudiantes del programa, diversificar el uso de teorías propios de la disciplina como método eficaz para instaurar procesos que favorezcan la inclusión de cuidados acordes a las peculiaridades del sujeto de cuidado.



BIBLIOGRAFÍAS

1. TEJEDA JJG, ABREU MRP, VELÁZQUEZ OT, TAMAYO AI. AGREGACIÓN FAMILIAR PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. REV HABANERA CIENC MÉDICAS [INTERNET]. [CITADO 18 DE OCTUBRE DE 2021];20(2).
DISPONIBLE EN:
[HTTPS://WWW.REDALYC.ORG/JOURNAL/1804/180466687011/](https://www.redalyc.org/JOURNAL/1804/180466687011/)
2. HIPERTENSIÓN - OPS/OMS | ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [INTERNET]. [CITADO 18 DE OCTUBRE DE 2021]. DISPONIBLE EN:
[HTTPS://WWW.PAHO.ORG/ES/TEMAS/HIPERTENSION](https://www.paho.org/es/temas/hipertension)
3. DESPAIGNE M DE JL, NEGRET MMA, HECHAVARRÍA VM, PINEDA JAP, IBARRA DL. ESTRATEGIA CAPACITANTE EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. MEDISAN [INTERNET]. 2016 [CITADO 18 DE OCTUBRE DE 2021];20(9):3061-7. DISPONIBLE EN:
[HTTPS://WWW.REDALYC.ORG/ARTICULO.OA?ID=368446926009](https://www.redalyc.org/articulo.OA?id=368446926009)
4. VÁZQUEZ DO, RAMÍREZ MB, GÁMEZ SG, SARMIENTO L DEL PF, VELOZ VE. ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CONOCIMIENTOS SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNA MUESTRA DE PACIENTES ADULTOS. MEDISAN [INTERNET]. 2019 [CITADO 18 DE OCTUBRE DE 2021];23(4):632-



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



43.

DISPONIBLE

EN:

[HTTPS://WWW.REDALYC.ORG/JOURNAL/3684/368460425004/](https://www.redalyc.org/Journal/3684/368460425004/)

5. RODRÍGUEZ-ABT JC, SOLÍS-VISSCHER RJ, ROGIC-VALENCIA SJ, ROMÁN Y, REYES-ROCHA M. ASOCIACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DE LIMA, PERÚ. 2015. REV FAC MED [INTERNET]. 1 DE ENERO DE 2017 [CITADO 18 DE OCTUBRE DE 2021];65(1):55-60.

DISPONIBLE

EN:

[HTTPS://REVISTAS.UNAL.EDU.CO/INDEX.PHP/REVFACMED/ARTICLE/VIEW/56773](https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacsmed/article/view/56773)

6. GALLARDO-ZANETTA AM, FRANCO-VIVANCO PV, URTUBEY X, GALLARDO-ZANETTA AM, FRANCO-VIVANCO PV, URTUBEY X. EXPERIENCIA DE PACIENTES CON DIABETES E HIPERTENSIÓN QUE PARTICIPAN EN UN PROGRAMA DE TELEMONITOREO. CES MED [INTERNET]. ABRIL DE 2019 [CITADO 10 DE OCTUBRE DE 2021];33(1):31-41.

41.

DISPONIBLE

EN:

[HTTP://WWW.SCIELO.ORG.CO/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ABSTRACT&PID=S0120-87052019000100031&LNG=EN&NRM=ISO&TLNG=ES](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-87052019000100031&lng=en&nrm=iso&tlng=es)



SC-CER96940



"Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz"



7. MEDINA MV, SOLANO YTV, POLO VA, MARTINEZ FE, SIERRA DS. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS (CAPS) EN DIABETES E HIPERTENSIÓN; UNA PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA MUNDIAL SOBRE ESTAS ENFERMEDADES. REV NAVAR MÉDICA [INTERNET]. 2017 [CITADO 10 DE OCTUBRE DE 2021];3(2):36-42. DISPONIBLE EN: [HTTPS://JOURNALS.UNINAVARRA.EDU.CO/INDEX.PHP/NAVARRAMEDICA/ARTICLE/VIEW/A4-V3-N2-2017](https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/view/A4-V3-N2-2017)
8. SANCHEZ TORREBLANCA JS, SILLCAHUE QUIÑA M. “FACTORES RELACIONADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA ANTIHIPERTENSIVA EN ADULTOS MAYORES DE LA ASOCIACIÓN REGIONAL DE CESANTES Y JUBILADOS DE EDUCACIÓN DE AREQUIPA. ARCIJEA 2018”. UNIV NAC SAN AGUSTÍN AREQUIPA [INTERNET]. 2019 [CITADO 19 DE OCTUBRE DE 2021]; DISPONIBLE EN: [HTTP://REPOSITORIO.UNSA.EDU.PE/HANDLE/UNSA/8123](http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/unsa/8123)
9. DIAZ CARDENAS S, BUELVAS MONTES LA, DE LA VALLE ARCHIBOLD M, BUSTILLO ARRIETA JM. SATISFACCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD E IMPACTO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS. ARCH MED MANIZALES [INTERNET]. 3 DE NOVIEMBRE DE 2016 [CITADO 18 DE OCTUBRE DE 2021];16(2):290-303. DISPONIBLE EN: [HTTPS://REVISTASUM.UMANIZALES.EDU.CO/OJS/INDEX.PHP/ARCHIVOS MEDICINA/ARTICLE/VIEW/1737](https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/1737)



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



10. SZWAKO A, VERA F. QUALITY OF MEDICAL ATTENTION PERCEPTION IN THE FAMILY MEDICINE SERVICE OF THE CLINIC'S HOSPITAL, ASUNCION-PARAGUAY. YEAR 2013. REV SALUD PUBLICA PARAG. 30 DE DICIEMBRE DE 2017;7(2):26-30.

11. MALDONADO FIGUEREDO MD-MPH J. RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN CARDIO CEREBROVASCULAR Y METABÓLICA INICIATIVA HEARST [INTERNET]. AVAILABLE FROM:
[HTTP://WWW.SALUDCAPITAL.GOV.CO/CDEIS_C_AUX_ENF/CONGRESO_AUX_ENF/RIA_CARDIO_CEREBRO_VASCULAR_Y_METAB_ROL_AUX.PDF](http://www.saludcapital.gov.co/CDEIS_C_AUX_ENF/CONGRESO_AUX_ENF/RIA_CARDIO_CEREBRO_VASCULAR_Y_METAB_ROL_AUX.PDF)

12. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS, GÓMEZ ACOSTA A. PREDICTORES PSICOLÓGICOS DEL AUTOCUIDADO EN SALUD. HACIA PROMOC SALUD [INTERNET]. 20 DE JUNIO DE 2017 [CITADO 18 DE OCTUBRE DE 2021];22(1):101-12. DISPONIBLE EN:
[HTTP://200.21.104.25/PROMOCIONSALUD/DOWNLOADS/REVISTA22\(1\)_8.PDF](http://200.21.104.25/PROMOCIONSALUD/DOWNLOADS/REVISTA22(1)_8.PDF)

13. OTÁLVARO T, PINEDA S, ALEJANDRA M, ARIAS E, ASESOR M, HUMBERTO J, ET AL. RECONOCIMIENTO DEL AUTOCUIDADO COMO DEBER Y CORRESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS QUE CONTRIBUYE



SC-CER96940



"Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz"



A LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA DE SALUD [INTERNET]. [CITED
2021 NOV 15]. AVAILABLE FROM:
[HTTPS://REPOSITORY.CES.EDU.CO/BITSTREAM/HANDLE/10946/4741/1053
803934_2020.PDF](https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4741/1053803934_2020.pdf)

14. REYES Á, MORALES SOTOLONGO, IRAIDA, REYES M, VEGA COLINA,
BELKIS. ESTRATEGIA EDUCATIVA SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
PARA ADULTOS MAYORES DE UN CONSULTORIO DEL POLICLÍNICO
PREVISORA. HUMANIDADES MÉDICAS [INTERNET]. 2011 [CITED 2021
NOV 15];11(3):433–52. AVAILABLE FROM:
[HTTP://SCIELO.SLD.CU/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1727-
81202011000300003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000300003)

15. ISLAS-SALINAS P, PÉREZ-PIÑÓN A, HERNÁNDEZ-OROZCO G. ROL DE
ENFERMERÍA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LOS MENONITAS
DESDE EL INTERACCIONISMO SIMBÓLICO. ENFERM UNIV [INTERNET].
MARZO DE 2015 [CITADO 11 DE OCTUBRE DE 2021];12(1):28-35.
DISPONIBLE EN:
[HTTP://WWW.SCIELO.ORG.MX/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ABSTRACT&PI
D=S1665-70632015000100005&LNG=ES&NRM=ISO&TLNG=ES](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-70632015000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

16. ESTELA L. LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LAS ENFERMEDADES
CRÓNICAS. REVISTA CUBANA DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



[INTERNET]. 2015 [CITED 2021 NOV 15];16(2):175–89. AVAILABLE FROM:
[HTTP://SCIELO.SLD.CU/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1682-00372015000200006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006)

17. MENDINUETA-MARIN DA, VALDERRAMA-CADAVID ZA, TROUTGUARDIOLA G, PAREDES-BERMÚDEZ M. ENFOQUE DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE DIABETES Y CORAZÓN COMO HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA LA PREVENCIÓN, CUIDADO Y PROMOCIÓN. DUAZARY [INTERNET]. 2017 [CITADO 11 DE OCTUBRE DE 2021];14(1):79-90. DISPONIBLE EN: [HTTPS://WWW.REDALYC.ORG/JOURNAL/5121/512158787021/](https://www.redalyc.org/JOURNAL/5121/512158787021/)

18. HIPERTENSIÓN [INTERNET]. [CITADO 4 DE OCTUBRE DE 2021]. DISPONIBLE EN: [HTTPS://WWW.WHO.INT/ES/NEWS-ROOM/FACT-SHEETS/DETAIL/HYPERTENSION](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension)

19. SZWAKO A, VERA F. QUALITY OF MEDICAL ATTENTION PERCEPTION IN THE FAMILY MEDICINE SERVICE OF THE CLINIC'S HOSPITAL, ASUNCION-PARAGUAY. YEAR 2013. REV SALUD PUBLICA PARAG. 30 DE DICIEMBRE DE 2017;7(2):26-30.

20. SZWAKO A, VERA F. QUALITY OF MEDICAL ATTENTION PERCEPTION IN THE FAMILY MEDICINE SERVICE OF THE CLINIC'S HOSPITAL,



SC-CER96940



"Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz"



ASUNCION-PARAGUAY. YEAR 2013. REV SALUD PUBLICA PARAG. 30 DE DICIEMBRE DE 2017;7(2):26-30.

21. PEDRAJA-REJA L, VALDÉS-GONZÁLEZ G, RIVEROS-CRAWFORD I, SANTIBÁÑEZ-REY D. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE SERVICIO DE SALUD EN LA CIUDAD DE ARICA, CHILE: HACIA UN PLAN DE MEJORA. INTERCIENCIA. 2019;44(9):514-20.

22. PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ACERCA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRESTADA A LOS PACIENTES CON AIDS [INTERNET]. [CITADO 2 DE NOVIEMBRE DE 2021].
DISPONIBLE EN:
[HTTPS://SCIELO.ISCIII.ES/PDF/EG/V14N40/ADMINISTRACION1.PDF](https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/administracion1.pdf)

23. SUÁREZ LIMA GJ, ROBLES SALGUERO RE, SERRANO MANTILLA GL, SERRANO COBOS HG, ARMIJO IBARRA AM, ANCHUNDIA GUERRERO RE, ET AL. PERCEPCIÓN SOBRE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD CAI III. REV CUBA INVESTIG BIOMÉD. JUNIO DE 2019;38(2):153-69.

24. BARRERO MSR, MEJÍA AB, TRIANA NV, GARCÍA RQ. LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SALUD EN LA CIUDAD DE IBAGUÉ, COLOMBIA. REV LEBRET. 2019;(11):123-47.



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



25. PERCEPCIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN COLOMBIA [INTERNET].
REVISTA EMPRESARIAL & LABORAL. 2019 [CITADO 2 DE
NOVIEMBRE DE 2021]. DISPONIBLE EN:
[HTTPS://REVISTAEMPRESARIAL.COM/SALUD/PERCEPCION-DEL-
SERVICIO-DE-SALUD-EN-COLOMBIA/](https://revistaempresarial.com/salud/percepcion-del-servicio-de-salud-en-colombia/)
26. MOROTE LÑ, HIDALGO MB, MEDRANO IB, GARCÍA CG, CUTILLAS AG,
AMATRIAIN NM, ET AL. TEORÍAS SISTÉMICAS Y PARADIGMA DE
INVESTIGACIÓN PERFORMATIVA EN LOS ESTUDIOS SUPERIORES DE
DANZA. EL ARTISTA [INTERNET]. 2018 [CITADO 8 DE NOVIEMBRE DE
2021];(15). DISPONIBLE EN:
[HTTPS://WWW.REDALYC.ORG/JOURNAL/874/87457958009/HTML/](https://www.redalyc.org/JOURNAL/874/87457958009/HTML/)
27. LORA AAA, CAVADIAS LM, MIRANDA AJM. LA TEORÍA
FUNDAMENTADA EN EL MARCO DE LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA.
SABER CIENC LIB [INTERNET]. 16 DE ENERO DE 2017 [CITADO 8 DE
NOVIEMBRE DE 2021];12(1):236-45. DISPONIBLE EN:
[HTTPS://REVISTAS.UNILIBRE.EDU.CO/INDEX.PHP/SABER/ARTICLE/VIE
W/1475](https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/saber/article/view/1475)
28. ALMARZA FRANCO Y, PIRELA MORILLO J. GLASSER Y STRAUSS:
CONSTRUYENDO UNA TEORÍA SOBRE APROPIACIÓN DE LA GAITA
ZULIANA. REV CIENC SOC [INTERNET]. 27 DE SEPTIEMBRE DE 2017



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



[CITADO 8 DE NOVIEMBRE DE 2021];22(4). DISPONIBLE EN:
[HTTP://190.168.72.25/OJS3212/INDEX.PHP/RCS/ARTICLE/VIEW/24879](http://190.168.72.25/OJS3212/INDEX.PHP/RCS/ARTICLE/VIEW/24879)

29. BEJARANO SJL. CORPORACIÓN MUNICIPAL DEL MUNICIPIO DE YAMARANGUILA DEPARTAMENTO DE INTIBUCÁ. :83.

30. ENFERMERÍA - OPS/OMS | ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [INTERNET]. [CITADO 15 DE NOVIEMBRE DE 2021]. DISPONIBLE EN: [HTTPS://WWW.PAHO.ORG/ES/TEMAS/ENFERMERIA](https://www.paho.org/es/temas/enfermeria)

31. BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO SEMANAL SEMANA EPIDEMIOLOGICA 09 28 DE FEB. AL 06 DE MARZO DE 2021 [INTERNET]. [CITADO 9 DE NOVIEMBRE DE 2021]. DISPONIBLE EN: [HTTPS://WWW.INS.GOV.CO/BUSCADOR-EVENTOS/BOLETINEPIDEMIOLOGICO/2021_BOLETIN_EPIDEMIOLOGICO_SEMANA_9.PDF](https://www.ins.gov.co/BUSCADOR-EVENTOS/BOLETINEPIDEMIOLOGICO/2021_BOLETIN_EPIDEMIOLOGICO_SEMANA_9.PDF)

32. RAMÍREZ VG, GARCÍA MAB, LIMAS CAS. GUÍA DE ATENCION DE LA HIPERTENSION ARTERIAL. :26

33. COOK TD. MÉTODOS CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS EN INVESTIGACIÓN EVALUATIVA. EDICIONES MORATA; 1986. 232 P.

34. MOROTE LÑ, HIDALGO MB, MEDRANO IB, GARCÍA CG, CUTILLAS AG, AMATRIAIN NM, ET AL. TEORÍAS SISTÉMICAS Y PARADIGMA DE INVESTIGACIÓN PERFORMATIVA EN LOS ESTUDIOS SUPERIORES DE



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



DANZA. EL ARTISTA [INTERNET]. 2018 [CITADO 8 DE NOVIEMBRE DE 2021];(15). DISPONIBLE EN:

[HTTPS://WWW.REDALYC.ORG/JOURNAL/874/87457958009/HTML/](https://www.redalyc.org/journal/874/87457958009/html/)

35. PÁRAMO MORALES, DAGOBERTO. LA TEORÍA FUNDAMENTADA (GROUNDED THEORY), METODOLOGÍA CUALITATIVA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA. PENSAMIENTO & GESTIÓN [INTERNET]. 2015 [CITED 2021 NOV 15];(39):1–7. AVAILABLE FROM: [HTTP://WWW.SCIELO.ORG.CO/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1657-62762015000200001](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-62762015000200001)

36. ESCOFFIER N, SELLARO N, TRILLO P. INFORMANTES CLAVE: LA UTILIDAD DE LA TÉCNICA PARA LOS ESTUDIOS MIGRATORIOS. :13. 2008.

37. BECERRA S. BAUTISTA, P. (2011). PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. EPISTEMOLOGÍA, METODOLOGÍA Y APLICACIONES. BOGOTÁ, COLOMBIA: MANUAL MODERNO, 232 PP. INVESTIGACIONES EN EDUCACIÓN [INTERNET]. 2011 [CITED 2021 NOV 15];13(2):195–201. AVAILABLE FROM: [HTTP://REVISTAS.UFRO.CL/OJS/INDEX.PHP/EDUCACION/ARTICLE/VIEW/1083](http://revistas.ufro.cl/ojs/index.php/educacion/article/view/1083)

38. PALACIOS DOMINGUEZ. LA ENTREVISTA EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: NUEVAS TENDENCIAS Y RETOS THE INTERVIEW IN THE



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



QUALITATIVE RESEARCH: TRENDS AND CHALLENGERS. CULTURA Y EDUCACIÓN [INTERNET]. 2013 NOV 10 [CITED 2021 NOV 15];25(4):483–8.

AVAILABLE

FROM:

[HTTPS://WWW.ACADEMIA.EDU/5056872/LA_ENTREVISTA_EN_LA_INVESTIGACION_CUALITATIVA_NUEVAS_TENDENCIAS_Y_RETOS_DEL_INTERVIEW_IN_THE_QUALITATIVE_RESEARCH_TRENDS_AND_CHALLENGERS](https://www.academia.edu/5056872/LA_ENTREVISTA_EN_LA_INVESTIGACION_CUALITATIVA_NUEVAS_TENDENCIAS_Y_RETOS_DEL_INTERVIEW_IN_THE_QUALITATIVE_RESEARCH_TRENDS_AND_CHALLENGERS)

39. SALALZAR LS. VISTA DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: UNA RESPUESTA A LAS INVESTIGACIONES SOCIALES EDUCATIVAS | CIENCIAMATRIA [INTERNET]. CIENCIAMATRIAREVISTA.ORG.VE. 2021 [CITED 2021 NOV 15]. AVAILABLE FROM: [HTTPS://CIENCIAMATRIAREVISTA.ORG.VE/INDEX.PHP/CM/ARTICLE/VIEW/327/406](https://cienciamatriarevista.org.ve/index.php/cm/article/view/327/406)

40. BASORIA A. LA ENTREVISTA EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. [CITADO 8 DE NOVIEMBRE DE 2021]; DISPONIBLE EN: [HTTPS://WWW.ACADEMIA.EDU/35004159/LA_ENTREVISTA_EN_INVESTIGACION_CUALITATIVA](https://www.academia.edu/35004159/LA_ENTREVISTA_EN_INVESTIGACION_CUALITATIVA)

41. AMEZCUA M, GÁLVEZ TORO A. LOS MODOS DE ANÁLISIS EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD: PERSPECTIVA CRÍTICA Y REFLEXIONES EN VOZ ALTA. REV ESP SALUD PÚBLICA [INTERNET]. OCTUBRE DE 2002 [CITADO 8 DE NOVIEMBRE DE 2021];76(5):423-36.



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



DISPONIBLE

EN:

[HTTPS://SCIELO.ISCIII.ES/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ABSTRACT&PID=S1135-57272002000500005&LNG=ES&NRM=ISO&TLNG=ES](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272002000500005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

42. MADURO R, RODRÍGUEZ J. DEGUSTANDO EL SABOR DE LOS DATOS CUALITATIVOS. ACTUAL INVESTIG EN EDUC [INTERNET]. 28 DE MARZO DE 2011 [CITADO 8 DE NOVIEMBRE DE 2021];8(2). DISPONIBLE EN: [HTTP://REVISTAS.UCR.AC.CR/INDEX.PHP/AIE/ARTICLE/VIEW/9328](http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/9328)

43. ZUGEY G, DIAZ G, ANDREA P, FAJARDO L, MARCELA S, ROJAS P, ET AL. ESTUDIO DE VIABILIDAD DEL MERCADO Y FINANCIERO DE LA EMPRESA TÉMORINGA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ PRESENTADO POR [INTERNET]. [CITED 2021 NOV 9]. AVAILABLE FROM: [HTTPS://REPOSITORIOCRAI.UCOMPENSAR.EDU.CO/BITSTREAM/HANDL E/COMPENSAR/104/PROYECTO%20DE%20GRADO%20-%20ESTUDIO%20DE%20VIABILIDAD%20DEL_LUIS%20FERNANDO%20ORDO%C3%B1E.PDF?SEQUENCE=1&ISALLOWED=Y](https://repositoriocrai.ucompensar.edu.co/bitstream/handle/compensar/104/proyecto%20de%20grado%20-%20estudio%20de%20viabilidad%20del_luis%20fernando%20ord%C3%B1e.pdf?sequence=1&isallowed=y)

44. CHAVES M. MORAL TEACHINGS AND RELIGIOUS SENSIBILITIES. SOCIETY. 2005 MAY;42(4):20–2.

45. CONTRERAS BELLO Y. RESEÑA 1: LOS ELEMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN: COMO RECONOCERLOS, DISEÑARLOS Y CONSTRUIRLOS. AUTOR: HUGO CERDA GUTIÉRREZ . COLOMBIA: EDITORIAL MAGISTERIO, 2011, 521 PP . REV LOGOS CIENC TECNOL



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



[INTERNET]. 20 DE DICIEMBRE DE 2019 [CITADO 8 DE NOVIEMBRE DE 2021];12(1). DISPONIBLE EN:

[HTTPS://REVISTALOGOS.POLICIA.EDU.CO:8443/INDEX.PHP/RLCT/ARTICLE/VIEW/183](https://revistalogos.policia.edu.co:8443/index.php/rlct/artic/le/view/183)

46. MURILLO J, DE LA TORRE G, DI E, ANTONIO C, SANTANA F, OPAZO H, ET AL. TEORÍA FUNDAMENTADA O GROUNDED THEORY [INTERNET]. AVAILABLE FROM: [HTTP://MASTOR.CL/BLOG/WP-CONTENT/UPLOADS/2016/01/TEORIAFUNDAMENTADA.-UNA-SINTESIS.-PDF.PDF](http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2016/01/teoriafundamentada.-una-sintesis.-pdf.pdf)

47. CABRERA FC. CATEGORIZACIÓN Y TRIANGULACIÓN COMO PROCESOS DE VALIDACIÓN DEL CONOCIMIENTO EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA. 200

48. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. ATRIBUTOS DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD [INTERNET]. MINSALUD.GOV.CO. 2019 [CITED 2021 DEC 11]. AVAILABLE FROM: [HTTPS://WWW.MINSALUD.GOV.CO/SALUD/PAGINAS/ATRIBUTOS-DE-LA-CALIDAD-EN-LA-ATENCI%C3%93N-EN-SALUD.ASPX](https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/atributos-de-la-calidad-en-la-atenci%C3%93n-en-salud.aspx)

49. POR MEDIO DEL CUAL SE EXPIDE EL DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA [INTERNET]. AVAILABLE FROM:



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



[HTTPS://WWW.MINSALUD.GOV.CO/NORMATIVIDAD_NUEVO/DECRETO
%200780%20DE%202016.PDF](https://www.minsalud.gov.co/NORMATIVIDAD_NUEVO/DECRETO%200780%20DE%202016.PDF)

50. GUERRERO R, GALLEGO AI, BECERRIL-MONTEKIO V, VÁSQUEZ J.
SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA. SALUD PÚBLICA DE MÉXICO
[INTERNET]. 2017 [CITED 2021 DEC 11];53:S144–55. AVAILABLE FROM:
[HTTPS://WWW.SCIELOSP.ORG/ARTICLE/SPM/2011.V53SUPPL2/S144-S155/](https://www.scielo.org/article/SPM/2011.V53SUPPL2/S144-S155/)

51. PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD [INTERNET]. DNP.GOV.CO. 2021
[CITED 2021 DEC 11]. AVAILABLE FROM:
[HTTPS://WWW.DNP.GOV.CO/PROGRAMAS/DESARROLLO-
SOCIAL/SUBDIRECCION-DE-SALUD/PAGINAS/PRESTACION-DE-
SERVICIOS-DE-SALUD.ASPX](https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-salud/paginas/prestacion-de-servicios-de-salud.aspx)

52. HERRERA GUERRA E DEL P, BAUTISTA ARELLANO LR, ROBLES
GÓNZALEZ JR. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL SELF- CARE OF
HYPERTENSION INVENTORY VERSIÓN ESPAÑOL COLOMBIANO.
AVANCES EN ENFERMERÍA [INTERNET]. 2021 MAY 1 [CITED 2021 DEC
11];39(2):215–24. AVAILABLE FROM:
[HTTP://WWW.SCIELO.ORG.CO/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=
S0121-45002021000200215](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002021000200215)

53. AUTOCUIDADO EN PERSONAS ADULTAS CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL MONTERÍA, 2019 [INTERNET]. 1LIBRARY.CO. 2019 [CITED 2021
DEC 11]. AVAILABLE FROM:



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



[HTTPS://1LIBRARY.CO/DOCUMENT/YRWLMLPZ-AUTOCUIDADO-PERSONAS-ADULTAS-HIPERTENSION-ARTERIAL-MONTERIA.HTML](https://1library.co/document/YRWLMLPZ-AUTOCUIDADO-PERSONAS-ADULTAS-HIPERTENSION-ARTERIAL-MONTERIA.HTML)

54. MARTÍNEZ PÉREZ A. EL SÍNDROME DE BURNOUT. EVOLUCIÓN CONCEPTUAL Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN. VIVAT ACADEMIA. 2016 SEP 15;0(112):42.
55. TOURIÑÁN M. LA RELACIÓN EDUCATIVA ES UN CONCEPTO CON SIGNIFICADO PROPIO QUE REQUIERE CONCORDANCIA ENTRE VALORES Y SENTIMIENTOS EN CADA INTERACCIÓN. SOPHIA, COLECCIÓN DE FILOSOFÍA DE LA EDUCACIÓN [INTERNET]. 2019 [CITED 2021 DEC 11];(26):223–79. AVAILABLE FROM: [HTTPS://WEBCACHE.GOOGLEUSERCONTENT.COM/SEARCH?Q=CACHE:RAODUFZ2-94J:HTTPS://WWW.REDALYC.ORG/JOURNAL/4418/441857903007/HTML/+&CD=1&HL=ES-419&CT=CLNK&GL=CO](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RAODUFZ2-94J:https://www.redalyc.org/journal/4418/441857903007/html/+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=co)
56. GIRALT-HERRERA A, JESÚS MIGUEL ROJAS-VELÁZQUEZ, LEIVA-ENRÍQUEZ J. RELACIÓN ENTRE COVID-19 E HIPERTENSIÓN ARTERIAL. REVISTA HABANERA DE CIENCIAS MÉDICAS [INTERNET]. 2020 [CITED 2021 DEC 11];19(2):3246. AVAILABLE FROM: [HTTP://WWW.REVHABANERA.SLD.CU/INDEX.PHP/RHAB/ARTICLE/VIEW/3246](http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3246)



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



57. CABALLERO R, MENÉNDEZ GÁLVEZ, LÁZARA, NERELYS J, NÚÑEZ RODRÍGUEZ, MIRELYS, JACINTA E, CABALLERO R, ET AL. EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MODIFICAR CONOCIMIENTOS SOBRE ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES HIPERTENSOS. EDUMECENTRO [INTERNET]. 2021 [CITED 2021 DEC 11];13(1):149–66. AVAILABLE FROM: [HTTP://SCIELO.SLD.CU/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S2077-28742021000100149](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742021000100149)
58. POMA J, NACIONAL DE LOJA U, GONZÁLEZ J. FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES PARA HIPERTENSIÓN ARTERIAL* FAMILY FUNCTIONALITY AND MODIFIED RISK FACTORS FOR ARTERIAL HYPERTENSION LUCÍA CARRILLO [INTERNET]. AVAILABLE FROM: [HTTP://WWW.SCIELO.ORG.CO/PDF/UNMED/V59N1/0041-9095-UNMED-59-01-00003.PDF](http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v59n1/0041-9095-unmed-59-01-00003.pdf)
59. PADRÓN R, SUSANA PEÑA CORDERO, KATHERINE SALAZAR TORRES. FUNCIONALIDAD FAMILIAR ASOCIADO AL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CRÓNICA; COMUNIDAD COYOCTOR, 2015. REVISTA LATINOAMERICANA DE HIPERTENSIÓN [INTERNET]. 2017 [CITED 2021 DEC 11];12(3):79–82. AVAILABLE FROM: [HTTPS://WWW.REDALYC.ORG/ARTICULO.OA?ID=170252187001](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170252187001)



60. UTURUNCO VERA M, LIZBETH M. UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE ENFERMERIA [INTERNET]. 2019 [CITED 2021 DEC 11]. AVAILABLE FROM:
[HTTP://REPOSITORIO.UWIENER.EDU.PE/BITSTREAM/HANDLE/123456789/3175/TESIS%20PUICAN%20MARIA.PDF?SEQUENCE=1&ISALLOWED=Y](http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3175/TESIS%20PUICAN%20MARIA.PDF?sequence=1&isallowed=Y)
61. CALPA PASTAS AM, SANTACRUZ BOLAÑOS GA, ÁLVAREZ BRAVO M, ZAMBRANO GUERRERO CA, HERNÁNDEZ NARVÁEZ E DE L, MATABANCHOY TULCAN SM. PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES: ESTRATEGIAS Y ESCENARIOS. HACIA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD [INTERNET]. 2019 JUL 1 [CITED 2021 DEC 11];24(2):139–55. AVAILABLE FROM:
[HTTP://WWW.SCIELO.ORG.CO/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0121-75772019000200139](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772019000200139)
62. ESPINOZA-PORTILLA E, MAZUELOS-CARDOZA C, ESPINOZA-PORTILLA E, MAZUELOS-CARDOZA C. DESINFORMACIÓN SOBRE TEMAS DE SALUD EN LAS REDES SOCIALES. REVISTA CUBANA DE INFORMACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD [INTERNET]. 2020 [CITED 2021 DEC 12];31(2):- . AVAILABLE FROM:
[HTTP://SCIELO.SLD.CU/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S2307-21132020000200002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132020000200002)



63. ELSA PÉREZ ROSABAL, YUDMILA MARÍA SOLER SÁNCHEZ, LEYANET MORALES ORTIZ. ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y CREENCIAS SOBRE SU SALUD EN PACIENTES HIPERTENSOS. MEDISAN [INTERNET]. 2016 [CITED 2021 DEC 12];20(1):3–9. AVAILABLE FROM: [HTTPS://WWW.REDALYC.ORG/ARTICULO.OA?ID=368445186002](https://www.redalyc.org/articulo.OA?id=368445186002)
64. ROCHA VELÁZQUEZ ME, RUIZ PALOALTO MAL, PADILLA RAYGOZA N. CORRELACIÓN ENTRE FACTORES SOCIOCULTURALES Y CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN ADULTO MADURO HIPERTENSO EN UN ÁREA RURAL DE MÉXICO. ACTA UNIVERSITARIA [INTERNET]. 2017 SEP 20 [CITED 2021 DEC 12];27(4):52–8. AVAILABLE FROM: [HTTP://WWW.SCIELO.ORG.MX/PDF/AU/V27N4/2007-9621-AU-27-04-52.PDF](http://www.scielo.org.mx/pdf/AU/V27N4/2007-9621-AU-27-04-52.pdf)
65. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. PÁGINAS - SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD (SOGCS) [INTERNET]. MINSALUD.GOV.CO. 2019 [CITED 2021 DEC 12]. AVAILABLE FROM: [HTTPS://WWW.MINSALUD.GOV.CO/SALUD/PSERVICIOS/PAGINAS/SISTEMA-OBLIGATORIO-GARANTIA-CALIDAD-SOGC.ASPX](https://www.minsalud.gov.co/salud/pservicios/paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-sogc.aspx)
66. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. PÁGINAS - SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN [INTERNET]. MINSALUD.GOV.CO. 2019 [CITED 2021 DEC 12]. AVAILABLE FROM:



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



[HTTPS://WWW.MINSALUD.GOV.CO/SALUD/PSERVICIOS/PAGINAS/SISTEMA-UNICODE-HABILITACION.ASPX](https://www.minsalud.gov.co/salud/pservicios/paginas/sistema-unicode-habilitacion.aspx)

67. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE COLOMBIA. PÁGINAS - AUDITORÍA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD [INTERNET]. MINSALUD.GOV.CO. 2019 [CITED 2021 DEC 12]. AVAILABLE FROM: [HTTPS://WWW.MINSALUD.GOV.CO/SALUD/PSERVICIOS/PAGINAS/AUDITORIA-PARAELEL-MEJORAMIENTO-DELA-CALIDAD.ASPX](https://www.minsalud.gov.co/salud/pservicios/paginas/auditoria-para-el-mejoramiento-de-la-calidad.aspx)

68. SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN - ACREDITACIÓN EN SALUD [INTERNET]. ACREDITACIÓN EN SALUD. 2020 [CITED 2021 DEC 12]. AVAILABLE FROM: [HTTPS://ACREDITACIONENSALUD.ORG.CO/SISTEMA-UNICO-DE-ACREDITACION/](https://acreditacionensalud.org.co/sistema-unico-de-acreditacion/)

69. HOSPITAL SAN E, DE GIRARDOTA R, OBLIGATORIO S, GARANTIA D, LA D. MANUAL SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD EN SALUD [INTERNET]. [CITED 2021 DEC 12]. AVAILABLE FROM: [HTTPS://HOSPITALGIRARDOTA.GOV.CO/WP-CONTENT/UPLOADS/2019/08/MA-MC-07-MANUAL-SISTEMA-DE-INFORMACION-PARA-LA-CALIDAD-EN-SALUD.PDF](https://hospitalgirardota.gov.co/wp-content/uploads/2019/08/MA-MC-07-MANUAL-SISTEMA-DE-INFORMACION-PARA-LA-CALIDAD-EN-SALUD.PDF)

70. CONOCIMIENTO. MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD [INTERNET]. BLOGSPOT.COM. 2021 [CITED 2021 DEC 12]. AVAILABLE FROM:



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



[HTTPS://DESARROLLOCONOCIMIENTOENFERMERIA.BLOGSPOT.COM/2013/12/MODELO-DE-PROMOCION-DE-LA-SALUD.HTML](https://DESARROLLOCONOCIMIENTOENFERMERIA.BLOGSPOT.COM/2013/12/MODELO-DE-PROMOCION-DE-LA-SALUD.HTML)

71. GÓMEZ E, VERA J, GUARDIOLA. HACIA UN CONCEPTO INTERDISCIPLINARIO DE LA FAMILIA EN LA GLOBALIZACIÓN TOWARDS AN INTERDISCIPLINARY CONCEPT OF FAMILY IN GLOBALIZATION. PÁG [INTERNET]. 2014;10:11–20. AVAILABLE FROM: [HTTP://WWW.SCIELO.ORG.CO/PDF/JUSJU/V10N1/V10N1A02.PDF](http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf)

72. LA FAMILIA COMO BASE DE LA SOCIEDAD | HÁBITAT PARA LA HUMANIDAD MÉXICO [INTERNET]. HABITATMEXICO.ORG. 2021 [CITED 2021 DEC 12]. AVAILABLE FROM: [HTTPS://WWW.HABITATMEXICO.ORG/ARTICLE/LA-FAMILIA-COMO-BASE-DE-LA-SOCIEDAD](https://www.habitatmexico.org/article/la-familia-como-base-de-la-sociedad)

73. MALDONADO FIGUEREDO MD-MPH J. RUTA INTEGRAL DE ATENCION CARDIO CEREBROVASCULAR Y METABOLICA INICIATIVA HEARTS [INTERNET]. AVAILABLE FROM: [HTTP://WWW.SALUDCAPITAL.GOV.CO/CDEIS_C_AUX_ENF/CONGRESO_AUX_ENF/RIA_CARDIO_CEREBRO_VASCULAR_Y_METAB_ROL_AUX.PDF](http://www.saludcapital.gov.co/CDEIS_C_AUX_ENF/CONGRESO_AUX_ENF/RIA_CARDIO_CEREBRO_VASCULAR_Y_METAB_ROL_AUX.PDF)

74. PATRICIA G, MARLENE D, SÁNCHEZ RAMOS, ARACELI, MARÍA R. EL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA PENDER: UNA REFLEXIÓN EN TORNO A SU COMPRENSIÓN. ENFERMERÍA



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”



UNIVERSITARIA [INTERNET]. 2011 [CITED 2021 DEC 12];8(4):16–23.

AVAILABLE

FROM:

[HTTP://WWW.SCIELO.ORG.MX/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1665-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003#:~:TEXT=EL%20MODELO%20DE%20PROMOCI%C3%B3N%20DE%20LA%20SALUD%20PROPUESTO%20POR%20NOLA,LA%20GENERACI%C3%B3N%20DE%20CONDUCTAS%20SALUDABLES)

[70632011000400003#:~:TEXT=EL%20MODELO%20DE%20PROMOCI%C3%B3N%20DE%20LA%20SALUD%20PROPUESTO%20POR%20NOLA,LA%20GENERACI%C3%B3N%20DE%20CONDUCTAS%20SALUDABLES](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003#:~:TEXT=EL%20MODELO%20DE%20PROMOCI%C3%B3N%20DE%20LA%20SALUD%20PROPUESTO%20POR%20NOLA,LA%20GENERACI%C3%B3N%20DE%20CONDUCTAS%20SALUDABLES).

75. 1 ASOCIACIÓN DE BIOÉTICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID. BIOÉTICA: UNA NUEVA DEFINICIÓN. ABIMAD; 2017.

76. 2 ESCOBAR-CASTELLANOS BLANCA, CID-HENRIQUEZ PATRICIA. EL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y LA ÉTICA DERIVADOS DEL AVANCE TECNOLÓGICO EN SALUD. ACTA BIOETH. [INTERNET]. 2018.



SC-CER96940



“Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz”