



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE
ENFERMERÍA

Universidad Nacional de Cuyo

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Enfermería

Licenciatura en Enfermería

Curso: Taller de Trabajo Final

**LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE LAS HERRAMIENTAS
EDUCATIVAS EMPLEADAS EN LA POSTA SANITARIA N ° 518 Y SU
RELACIÓN CON LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA**

Docentes:

Titular: Lic. Michel, Jorge Gustavo

J.T.P: Lic. Franco, Estela

Lic. Fernández, Ana Inés

Bioq. Giai, Marcos

Autores:

Guidone, Daiana

Ibazeta, Camila, Gisella

ADVERTENCIA

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

ACTA DE APROBACIÓN

Incluirá una preforma a utilizar por el tribunal examinador:

Presidente:.....

Vocal1:.....

Vocal2:.....

Trabajo Aprobado el :...../...../.....

PREFACIO

El siguiente estudio fue elaborado por estudiantes de la carrera de Licenciatura de Enfermería con la finalidad de comprender la situación educativa bajo la percepción de los pacientes y su influencia sobre la adherencia terapéutica que ha surgido tras la observación de tal déficit en las experiencias de nuestras prácticas académicas.

El contexto elegido fue en la Unidad de Atención de referencia local, denominada como la Posta Sanitaria N° 518 del Barrio San Francisco en Maipú, donde se aborda la Atención Primaria de la Salud (APS).

Puesto que allí son atendidas las necesidades sanitarias más frecuentes, nos interesa describir cómo y cuáles son los inconvenientes al momento de recibir alguna pauta educativa sobre los tratamientos, el desarrollo de una enfermedad y su relevancia para cuidar su salud, ya que son los que pueden determinar la diligencia terapéutica y el interés de controlarla por parte de la comunidad.

Cuidar en el enfoque comunitario es velar por las interferencias que condiciona la conducta del paciente, donde sus recursos tanto personales como todos los que son externos, son pocos comprendidos. Además, la dimensión multifactorial que la caracteriza, promueve las limitaciones en el logro común del estado óptimo potencial de su bienestar.

Queremos dar nuestro agradecimiento a todos los profesores que contribuyeron en nuestro pensamiento crítico a lo largo de la carrera, que han tenido impronta en el sentido de nuestra profesión; por su sabiduría y la motivación de seguir creciendo no solo en nuestra labor sino personalmente.

Precisamente al enfermero y enfermera de la Posta Sanitaria N° 518 que nos brindarnos toda información necesaria sobre la salud de los pacientes a nivel comunitario y por darnos a conocer sus experticias sobre el amplio abanico que trasciende la voluntad de los pacientes.

También, a nuestra profesora Lic. Estela Franco por darnos los consejos, sugerencias y guía apropiada en la conducción de nuestro trabajo. Por su apoyo en cada una de las etapas, su saber crítico y diligente en la supervisión de los hechos.

ÍNDICE GENERAL

ADVERTENCIA	II
ACTA DE APROBACIÓN	III
PREFACIO	IV
ÍNDICE GENERAL	V
INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS	VII
1. CAPÍTULO I	1
Introducción	1
Planteo del problema	2
Propósito	3
Formulación del problema	4
Objetivos del estudio	4
Objetivo general	4
Objetivo específico	4
MARCO TEÓRICO	5
APARTADO I:	5
El Rol de Enfermería en la Posta Sanitaria	5
1.1 El rol de la enfermera comunitaria	5
La Posta Sanitaria	6
1.2 La Posta Sanitaria proporciona el primer nivel de atención médica.	6
APARTADO II	10
2.1 La educación para la salud: el quehacer de la enfermería comunitaria con la retroalimentación de aprendizaje de la población al cuidado de su salud	10
APARTADO III	14
3.1 La comunicación eficaz de la APS y la población	14
APARTADO IV	18
4.1 La adherencia terapéutica y los factores que se asocian a la interrupción de la continuidad en la relación equipo de salud-paciente.	18
4.2 Las 14 necesidades de Virginia Henderson.	24
CAPÍTULO II	27
DISEÑO METODOLÓGICO	27

Tipo de estudio	27
Área de Estudio	27
Universo y muestra (para estudios cuantitativos)	27
Variabes y/o hipótesis:	27
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	28
Variabes de estudio	28
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	29
ANÁLISIS E INTERPRETACION DE DATOS	33
CAPITULO 3	65
CONCLUSIÓN	65
PROPUESTA	67
DISCUSIÓN	68
BIBLIOGRAFÍAS	72
ANEXO	79
Encuesta	79
NOTA AUTORIZADA	84
TABLA MATRIZ	85

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA Y GRÁFICO N°1	33
TABLA Y GRÁFICO N°2	34
TABLA Y GRÁFICO N°3	35
TABLA Y GRÁFICO N°4	36
TABLA Y GRÁFICO N° 5	37
TABLA Y GRÁFICO N° 6	38
TABLA Y GRÁFICO N°7	39
TABLA Y GRÁFICO N°8	40
TABLA Y GRÁFICO N°9	41

TABLA Y GRÁFICO N°10	42
TABLA Y GRÁFICO N° 11	43
TABLA Y GRÁFICO N°12	44
TABLA Y GRÁFICO N°13	45
TABLA Y GRÁFICO N°14	46
TABLA Y GRÁFICO N°15	47
TABLA Y GRÁFICO N° 16	48
TABLA Y GRAFICO N°17	49
TABLA Y GRÁFICO N°18	50
TABLA Y GRÁFICO N°19	51
TABLA Y GRÁFICO N°20	52
TABLA Y GRÁFICO N°21	53
TABLA Y GRÁFICO N°22	54
TABLA Y GRÁFICO N°23	55
TABLA Y GRÁFICO N°24	56
TABLA Y GRÁFICO N°25	57
TABLA Y GRÁFICO N°26	58
TABLA Y GRÁFICO N°27	59
TABLA Y GRÁFICO N°28	60
TABLA Y GRÁFICO N°29	61
TABLA Y GRÁFICO N° 30	62
TABLA Y GRÁFICO N°31	63
TABLA Y GRÁFICO N°32	64

RESUMEN

Tema: Percepción de la comunidad sobre las herramientas educativas empleadas en la Posta Sanitaria y su relación con la adherencia terapéutica.

Autores: Daiana Guidone. Camila Giselle Ibazeta.

Lugar: Posta Sanitaria n° 518 del Barrio San Fracisco, en Maipú.

Introducción: La percepción de la comunidad tiene causas multifactoriales sobre comprensión de los temas educativos que se imparten en la Posta Sanitaria n° 518 lo que llega determinar la viabilidad sobre adherencia terapéutica a lo largo del tiempo.

Objetivos: Determinar la relación de la percepción de los pacientes sobre las herramientas educativas en empleadas en la Posta Sanitaria n° 518 con la adherencia terapéutica. Categorizar demográficamente la población. Relacionar los factores asociados que inciden en la adherencia terapéutica con la consecuente limitación del uso a los recursos educativos que se proveen. Asociar la percepción las herramientas educativas con la adherencia terapéutica.

Método: Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal y prospectivo.

Inclusión: Los pacientes que se atienden en la Posta Sanitaria n° 518 con enfermedad crónica o de evolución limitada.

Exclusión: Los enfermeros y médicos de la Posta sanitaria, así como agentes sanitarios.

Conclusión: Los pacientes han tenido buenos resultados sobre la comprensión del tratamiento, un 79,2%, y el 83,3% manifestó que se les ha explicado de forma clara y concisa. Sin embargo, solo un 50% entendió su enfermedad, un nivel muy bajo. El interés por controlar su enfermedad parte de del conocimiento indispensable que se imparte en la Unidad Sanitaria. Aunque se comprenda las pautas a seguir, pero no el desarrollo de una enfermedad y las circunstancias que la delimitan, la conducta se convierte en un carácter mecánico por lo que no determina que la adherencia terapéutica sea sostenida en el tiempo.

Palabras claves: enfermera comunitaria, posta sanitaria, comunicación eficaz, atención primaria de la salud, adherencia terapéutica, educación para la salud.

1. CAPÍTULO I

Introducción

Desde los tiempos remotos el ser humano se ha valido de medios interactivos para sobrevivir aun en sucesos donde los cambios son constantes e involucra factores tanto internos como externos que influyen en los determinantes sociales y condiciona nuestra salud.

Así mismo cabe mencionar que el establecimiento de salud le permite al individuo y a la comunidad hacer uso de sus recursos disponibles para enfrentar esos factores que definen la salud. Por ello es útil en nuestro apartado hacer una reflexión sobre alguno de esos espacios que nuestro sistema de salud nos proporciona: la Posta Sanitaria. La misma, es ***“un establecimiento de menor complejidad que forma parte de la red asistencial, localizado en sectores rurales de mediana o baja concentración de población o mediana o gran dispersión, a cargo de las acciones de salud en materia de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud, y del seguimiento de la situación de salud de las comunidades rurales”***. (1).

De hecho, la misión que persiguen “las Postas de Promoción de la Salud”, como refiere Argentina.gob.ar. es la de construir los medios o espacios necesarios para los actores locales en relación con su referencia sanitaria con la finalidad de poder fortalecer la accesibilidad a la salud. (2).

Para ampliar y relacionar lo anterior a lo que hace posible “el acercamiento al sistema de salud en territorio rural” debemos desglosar cuáles son los elementos multifacéticos que tiene repercusiones en la percepción de la población sobre las herramientas educativas aplicadas en este establecimiento que determina la viabilidad de la adherencia terapéutica y, por lo tanto, logra cumplir dicho propósito.

Planteo del problema

En vista de nuestras experiencias previas a las prácticas de enfermería comunitaria, hemos de analizar un problema que resulta cotidiano pero que a menudo su abordaje es carente o ha quedado algo imperceptible en su impacto positivo a la sociedad.

Hablamos de cómo es la percepción de la población sobre el uso de las estrategias educativas en la APS, específicamente en “La Posta Sanitaria” que hace que el cuidado de la salud para muchas personas resulte una cuestión lábil reflejándolo así en una adherencia terapéutica ineficaz, insostenible a largo plazo. El descontento de las personas tras irse después de la explicación de un profesional de la salud sobre lo que debe hacer, les produce mayor incertidumbre, miedo e inestabilidad emocional debido a no poder sentirse “seguros” sobre lo que han escuchado. Situación que se ha observado muchas veces.

Al situarse en un sitio donde la densidad de la población es baja, existen dimensiones multifactoriales que inciden en la visión que tienen los pacientes sobre todo lo que los rodea, respectivamente en cómo van descubriendo aspectos nuevos sobre lo que condiciona su pensar y en la forma de hacer las cosas.

Parte de la motivación que los lleva a la acción tiene que ver fundamentalmente en el modo en cómo se utiliza y se imparte los temas educativos que, si bien tiene su trascendencia a partir de las dimensiones mencionadas, se valen de herramientas sustanciales para el uso de sus recursos cognitivos y en el afrontamiento que conlleva la enfermedad.

El cese de la voluntad o en el comportamiento de adherencia parcial sobre las pautas de tratamiento a seguir es un problema a nivel sanitario. Y las comorbilidades con el tiempo aparecen o hasta empeoran debido al abandono de la misma. Esto también genera un coste sanitario e ineficacia de la salud pública.

Si la comunicación no se usa de forma adecuada suele empeorar la cercanía terapéutica del médico y la enfermera frente a los pacientes. Y, a pesar de que la

responsabilidad sobre el control de la salud yace de forma recíproca por ambas partes, no es menos cierto que la falta de esta habilidad termina por convertirse en una barrera al acceso de la salud.

Lo anterior, también ha sido percibido manera recurrente así que lo hemos plasmado también en este estudio para hacer énfasis en la necesidad de aplicar esta destreza y comprender lo importante que es en los métodos con fines educativos para el apoyo a la proximidad de la comunidad con el sistema sanitario.

Por lo tanto, hallar las complejidades que acentúan el abandono o la adherencia parcial a los tratamientos es el cometido principal que queremos describir, analizar y determinar tales aspectos a tener en cuenta en la profundidad de la percepción comunitaria sobre los métodos educativos que puede conducir el resultado anterior.

Propósito

En vista de nuestras experiencias previas a las prácticas de enfermería comunitaria, hemos de analizar un problema que resulta cotidiano pero que a menudo su abordaje es carente o ha quedado algo imperceptible en su impacto positivo a la sociedad. Hablamos de cómo es la percepción de la población sobre el uso de las estrategias educativas en el primer nivel de atención, específicamente en “la posta” que hace que el cuidado de la salud para muchas personas resulte una cuestión lábil reflejándolo así en una adherencia terapéutica ineficaz, insostenible a largo plazo.

Formulación del problema

¿Cuáles son las medidas que se relacionan con la percepción de los pacientes sobre las herramientas educativas con la adherencia terapéutica en la Posta 518 San Francisco de Maipú comprendido en el segundo cuatrimestre del año 2023?

Objetivos del estudio

Objetivo general

- a) Determinar la relación de la percepción de los pacientes sobre las herramientas educativas empleadas en la Posta San Francisco con la adherencia terapéutica.

Objetivo específico

- a) Categorizar demográficamente la población.
- b) Relacionar los factores asociados que inciden en la adherencia terapéutica con la consecuente limitación del uso a los recursos educativos que se proveen.
- c) Asociar la percepción de las herramientas educativas con la adherencia terapéutica.

MARCO TEÓRICO

APARTADO I:

El Rol de Enfermería en la Posta Sanitaria

1.1 El rol de la enfermera comunitaria

La enfermera en el ámbito comunitario que trabaja en un lugar en lejanía de la ciudad o externa a los espacios institucionales como los hospitales tiene un carácter social y esencialmente comunicativo. No solo se encarga de los procedimientos técnicos dentro de la Posta Sanitaria, sino que también desarrolla una serie de amplias actividades que a veces son sometidas a cuidados invisibles, y las otras como la planeación, la gestión, la promoción de la salud, la educación sobre los derechos y deberes, la motivación a la participación de la comunidad. (3)

Así pues, tiene la finalidad de incentivar fundamentalmente la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Para ello, se aboca a los temas educacionales con enfoque de necesidad comunitaria percibida en la población donde reside su labor.

Los problemas comunes se convierten en herramientas útiles para la enfermera de la APS, pues esto le permite crear métodos y técnicas a fin de brindarle a la comunidad, la autonomía y protección hacia su bienestar, dicho de otra manera, es crear conductas protectoras. Potencia sus capacidades y les permite hacer uso de sus propios recursos con los desafíos que pueden devenir de la vida cotidiana.

Es denotativo la humanización con la que ejecuta su proceder, ya que adopta un profundo respeto a cada una de las personas, tratándolas con dignidad y haciéndoles reconocer lo importante que son para la existencia humana con el uso de tres elementos: la escucha activa, el trabajo en equipo y el liderazgo proactivo con ética profesional. (3)

Algunas de sus actividades relevantes es la visita domiciliaria, donde tiene que recorrer tales sitios para el cuidado de tal persona que refiere de necesidad y no puede trasladarse al establecimiento de referencia local. La enfermera busca los medios necesarios para el cubrir lo que el paciente carece, enseña a la familia a cómo proveer los cuidados, y aprende continuamente sobre los factores que sirven de bloqueo para los procesos de curación y/o crecimiento personal.

La base de su cuidado es integral, considera los factores internos y externos que son modificadores de la salud de la comunidad y la determinan conforme a sus condiciones mudables. De hecho, según la OMS la comunidad es: “Un grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, **comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo.** Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad han desarrollado en el pasado **y que pueden modificarse** en el futuro”. (4)

Por ende, el conocimiento de la enfermera comunitaria requiere de una percepción cautelosa, analítica, congruente e integral sobre los acontecimientos que delimitan las condiciones del individuo, de la familia y comunidad prevaleciendo el estado óptimo de su bienestar y el refuerzo de sus potencialidades que serán como amortiguadores en las decisiones que respecta su salud.

La Posta Sanitaria

1.2 La Posta Sanitaria proporciona el primer nivel de atención médica.

Cuando hablamos a su pertenencia en **el primer nivel de atención** damos cuenta a que la misma es la primera puerta de entrada al sistema de salud para la comunidad, el cual resuelve el 85% de los problemas prevalentes de la población por lo que el equipo de salud y las entidades gubernamentales deben destinar de forma organizada y estratificada los recursos disponibles a fin de resolver las necesidades básicas demandantes. En este caso particular, la Posta de Salud está ubicada en los lugares generalmente rurales donde se conforman entre 500 a 800 personas que están a más de 8 kilómetros de distancia del establecimiento de salud, o bien, tenga una hora y media de llegar a destino y a pie. (3)

Dicho diseño fue establecido para “promover la salud, prevenir y resolver las necesidades más frecuentes de salud de la población, utilizando métodos y tecnologías sencillas, adecuadas a los diferentes contextos culturales del país”, y la atención que se brinda en la Posta Sanitaria bajo este contexto, tiene un carácter de pertinencia cultural. Las resoluciones de los problemas de salud están dirigidas a un gran conocimiento sobre las complejidades que presenta la comunidad por lo que el equipo de salud puede ser la impronta en generar cambios sociales para el cumplimiento de este objetivo. (4).

Cabe señalar los atributos básicos del primer nivel de atención médica que la caracteriza (5):

- La accesibilidad: permite la provisión adecuada de los servicios de salud para las personas con limitaciones como barreras organizativas, económicas, emocionales y culturales, y son excluidas debido a las creencias, razas, particularidades culturales.
- La coordinación: es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria, que deben contemplar, de forma constante y coordinada, actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.
- Integralidad: es la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida (en atención primaria es alrededor del 90 %).

Como hemos visto, estos atributos son indefectibles en la aplicación del primer nivel de atención. La cohesión con la comunidad depende la posibilidad que tiene en acceder al sistema de salud aún con barreras multifactoriales, los intentos de los profesionales por promover acciones que restablezca la calidad de vida, y abastecer las deficiencias en salud de la que manifiesta.

La Posta de Salud tiene la finalidad de atender problemas que son de menor complejidad y de garantizar la continuidad del paciente a otros centros de mayor nivel de capacidad resolutive que supera las herramientas de las que podría abordar, con la ventaja de que puede agilizar la lista de espera estando el mismo en una zona rural, donde se sabe que el acceso a la salud tiene factores que lo limitan. Es decir, facilita el acceso, la derivación y el seguimiento a otra red asistencial.

Para llegar a facilitar el acceso de la población al sistema de salud se cuenta con programas de alimentación, programas de inmunización, campañas sanitarias, programas públicos, entre otras, donde el equipo de salud consolida estas acciones a la población que tiene como responsabilidad.

Los horarios de jornada incluyen las 8 horas diarias de lunes a viernes con sistema de turnos determinado y autogestionado por los profesionales. Si bien, los principales agentes de la salud son la enfermera y el médico de familia, el equipo de salud se forma según necesidad del grupo familiar que manifieste la demanda y por tales motivos no pueda acceder a la Posta Sanitaria. A saber, la composición de estos miembros estaría conformada por: técnico, enfermera, nutricionista, asistente social, odontólogo, kinesiólogo, psicólogo, médico y otros profesionales que estén definidos localmente. Si acaso fuera necesario, para algunas culturas puede que se incorporen asesores culturales que describen la situación problemática o de necesidad que manifiesta la población.

Como hemos visto, el primer nivel de atención tiene diferentes formas organizativas: los médicos de familia y el equipo multidisciplinario con otros profesionales de la salud. El elemento esencial es la buena organización. He aquí tres funciones que lo compone: 1) ser punto de entrada al sistema; 2) facilitar y coordinar el flujo del paciente dentro del sistema; y, 3) asegurar la

integración y hacer la síntesis de los diferentes problemas, diagnósticos y tratamientos para el manejo adecuado del paciente. Todo aplica a la función de asegurar la continuidad del tratamiento que el profesional de la salud habrá de hacer hincapié porque es el que está más cerca del paciente, de su entorno familiar y del ecosistema directo por lo que está en mejor posición de comprenderlo. (6).

Algunas de las actividades que se hacen allí -a grandes rasgos-, podríamos decir que, además de la atención al paciente de forma integral, evaluando sus signos y síntomas, tenemos que también se actualiza el familiograma una vez al año, se realiza el diagnóstico de salud local, se actualizan los croquis sectoriales y se los complementan con los factores de riesgo identificados, se trasladan a los pacientes junto con la aplicación de los cuidados de enfermería, se realizan visitas domiciliarias, inmunización, entrega e indicaciones de medicamentos, curaciones, y principalmente, se aborda la educación para la salud de manera permanente al individuo, la familia y a la comunidad sea de manera formal o informal con reconocimiento de sus necesidades particulares y comunales.

Para apoyar lo anterior, hemos encontrado en una investigación de tipo cualitativo con abordaje etnográfico un estudio que trata sobre la identificación de los procesos de la salud y la enfermedad de los pobladores de El Cajón y su vinculación con la biomedicina (Catamarca, Argentina) que se hizo en una posta sanitaria. La misma trata de que la comunidad con una cultura particular socio-religioso local tiene una definición propia sobre la salud y la enfermedad, pues si bien reconoce que el sistema biomédico resuelve aquellas enfermedades que superan sus limitaciones para abordar tales problemas, no lo es en otros aspectos. (7).

Por ejemplo, bajo una perspectiva de dualismo cartesiano que tiene la población, dicen que hay cuestiones donde solo pueden ser resueltas por los especialistas rituales. A saber, cuando el alma se separa del cuerpo tras un atentado a la salud, se encuentra vagando bajo el control del maligno y los que son expertos la devuelve a su dueño “la persona que sufre las consecuencias tras una falta moral grave”, por lo que dicha situación resuelve “el susto” que

permanecía en ella y repone al enfermo en su estado anterior. Con ello no queremos ahondar sobre las prácticas rituales que suceden allí, sino más bien, hacer ver que el conocimiento de los profesionales oriundos sobre la cultura de la población tiene una gran relevancia en el estrecho contacto sobre sus necesidades.

En otras palabras, no se trata solo de que el modelo local debe ser insertada en el modelo biomédico, sino que, como bien mencionaba el artículo, la comunidad precisa de aquellos “referentes locales” que brindan un trato personalizado de curación y de cuidado ya sea por la unión de relaciones familiares, de amistad, o de compadrazgo porque generan confianza en los pacientes y son mediadores sociales muy importantes que les permiten adentrarse al sistema biomédico, y por ende, aceptarlo como un bien común que trasciende.

En vista de ello, vemos entonces desde nuestra perspectiva profesional que es la Enfermería la que desempeña un papel muy relevante y sobresaliente como educadora de la salud para reconocer dichas demandas sociales. En un estudio de desarrollo que se hizo en la Ciudad de Habana (8) determinó una propuesta para explicitar cuáles eran las funciones de enfermería en el primer nivel de atención -aludiendo específicamente al campo asistencial- dice que, en cuanto a la educación para la población debe: 1) **Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continua**, respetando sus valores, costumbres y creencias; y, 2) Capacitar al individuo y la familia para que **asuma conductas responsables en el cuidado de su salud**.

Si partimos de estos dos elementos claves para el abordaje de las herramientas educativas, dentro de las funciones mencionadas entendemos que impartir educación requiere de una observación y atención personalizada para lograr que tanto el individuo como la familia con la capacitación alcancen adoptar conductas que puedan propiciar el bienestar de su salud.

APARTADO II

La educación para la salud y la percepción comunitaria

2.1 La educación para la salud: el quehacer de la enfermería comunitaria con la retroalimentación de aprendizaje de la población al cuidado de su salud

La carta de Ottawa de 1986 (9) define la educación para la salud como un proceso que proporciona a las personas **los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla**. Para alcanzar un estado de completo bienestar físico, mental y social, cualquier persona o colectivo debe poder discernir y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y evolucionar con su entorno o adaptarse a él. Así pues, es comprensible saber que la educación es un proceso de intercambio mutuo entre acciones y adopciones de comportamientos que surgen de lo que el equipo de salud identifica y de las demandas que emanan de la comunidad.

Marc Lalonde (1974) enuncia en el documento de Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses que la salud de la comunidad “está condicionada por la interacción de cuatro grupos de factores”. (10). A saber:

- El medio ambiente: todo aquello que afecta a la salud del hombre, habla tanto del entorno natural como lo social.
- Los estilos y hábitos de vida: parten de las decisiones del individuo, el comportamiento que adopta y el estilo de vida que escoja que actúa como factor negativo a su salud. Posibles influencias del entorno social.
- El sistema sanitario: conjuntos de centros, recursos humanos, medios económicos, materiales, etc., condicionados por variables como la accesibilidad, eficacia y efectividad, centros y recursos, entre otros.
- La biología humana: la carga genética y los factores hereditarios, o bien, los aspectos físicos y mentales del ser humano a partir de los avances de ingeniería genética que han de prevenir enfermedades genéticamente conocidas.

Si acaso hubiera un nivel bajo de educación en salud puede generar una serie de dificultades en el mantenimiento de la misma, barreras sociales para el acceso a servicios de salud como son; 1) los problemas en el uso correcto de medicamentos; 2) el acceso deficiente a información en salud; y, 3) las dificultades en el control de enfermedades crónicas. La no existencia de un facilitador que motive el cambio impide que las comunidades puedan tener un desarrollo pleno de sí mismas. Por eso nos resulta importante su implicancia en el manejo del control de la salud. (11).

Para que la enfermería pueda ejercer el cambio de comportamiento sostenible y saludable de los pacientes, **debe invertir los roles para conocer y adaptarse a la percepción que ellos viven**. Es decir que, si amplía un cuidado holístico considerando los factores internos y externos que influyen en las tomas de decisiones del individuo y de la familia, comprenderá la percepción que estos tienen, motivo por el cual determina la adherencia con el tratamiento como efecto. Significa también desarrollar una conducta personal y un método de acuerdo con la necesidad que el paciente manifieste.

Queda en evidencia que la perspectiva cultural exige múltiples cuidados culturales y tradicionales, por lo que requiere un manejo de gestión que permita el acceso a la salud de la población a su referente local sanitaria y para ello precisa indudablemente de una inversión profesional en el conocimiento y comprensión de la flexibilidad cultural con respecto a la definición de su salud. (12). A esto le llamamos “percepción de la comunidad”, y su relación con la educación para la salud tiene que ver con el grado de autoconciencia y autonomía en el control de su salud.

Dado que para que exista un “control de la salud” dirigido a un óptimo estado de bienestar debe haber un modelo o método, es decir, una guía personalizada que sea accesible para el aprendizaje de quién es receptivo del educador. Así pues, la percepción que ha de enfocar la comunidad sobre las herramientas educativas puede ser un medio esencial que condicionen los pasos necesarios para fortalecer la adherencia al tratamiento.

Una cuestión interesante que se destaca en un estudio cualitativo-descriptivo sobre el rol de enfermería y la percepción de la comunidad -el cual hemos utilizado anteriormente para sentar los fundamentos-, menciona que **un cuidado debe ser integral, resaltando lo que el paciente de verdad necesita y no lo que uno cree que debe hacer; es considerar su cosmovisión durante todo su ciclo vital.** (13).

Los aspectos que fundamenta el rol de educadora en el ámbito de la educación para la salud son los que define: 1) la función: facilitar, ayudar, apoyar, motivar y orientar. 2) la actitud; y, 3) la aptitud. Particularmente, la actitud, es la clave para todas las vertientes de la Eps en la se aboca, sobre todo, en el rol de enfermería. Es la que genera un clima tolerable en la comunicación que le permite crear un entorno de confianza con el paciente. (12).

Según Ariana de Vincezi y Fedra Tudesco (14) la educación **es un proceso social cuya intención es la formación integral de las personas.** Dicha formación incluye la **adquisición y construcción de conocimientos**, el desarrollo de habilidades, estrategias y de actitudes, así como también el tratamiento de la dimensión ética y de valores (...) apunta al desarrollo de una actitud crítica y reflexiva con una disposición para la acción. Cada persona asume una realidad particular y compleja, basado en el contexto socio-cultural en el que se encuentre por lo que ha de fundamentar tal problematización que detecte, hacer uso de su juicio crítico y, en función de lo analizado, generar respuestas potenciales a las resoluciones. (14).

Los pacientes pueden aprender cualquier cosa si se los considera como personas capaces de internalizar todo aquello que atañe a su salud en el desarrollo de sus habilidades sociales que promuevan a identificar y hacer mejores usos de los factores protectores. Entonces, no se trata solo de concebir el conocimiento, sino de trabajar en ello constantemente y relacionarlo con el medio en el que se encuentren. Esto deriva posteriormente a una transformación personificada en la autonomía y libertad del paciente para poder llevar una vida saludable.

La educación para la salud abarca dos aspectos fundamentales: la promoción de la salud y la prevención. La primera persigue una visión optimista sobre la

salud, es decir, determina que las personas busquen mejores condiciones de bienestar con el uso de sus recursos sociales, personales y colectivos. Mientras que la segunda, hace foco en detener el avance de la enfermedad y atenuar sus consecuencias, además de detectar, controlar y reducir los factores de riesgo y las etiologías de las enfermedades. La confluencia de estas dos genera el empoderamiento de la comunidad para tomar decisiones destinadas al mejoramiento de la calidad de vida.

Cabe señalar que, la enfermera pasa la mayor parte del tiempo con el paciente y la familia, quien está a la “vanguardia del cuidado”. Y no deja que este sea un mero receptor pasivo, al contrario, su filosofía básica centrada en el ser humano y su interacción con el entorno le da la capacidad de elegir, autodeterminación, y asume un papel activo (12).

La viabilidad positiva de la evolución del paciente está determinada por la comprensión de lo que se le enseña dado que como alcanza el potencial de aprender lo que verdaderamente entendió, logra las cualidades ya mencionadas que le son indispensables para ser parte de la “continuidad” de su tratamiento. Vimos que, “entender” es poder dar respuestas a la incertidumbre en el que los pacientes viven constantemente y hacer posible el cambio en su estilo de vida; les permite hallar el sentido de que ellos son dueños de su propia susceptibilidad como seres humanos y que por lo tanto puedan ser capaces de hacer transformaciones optimistas para vivir en las mejores condiciones posibles.

Entonces, entender algo también debe ser compartido con el acto de escuchar. Esta última cualidad es parte esencial de las habilidades sociales que deben albergar los profesionales de la salud, de hecho, en un estudio que se hizo en Bogotá demostró que una de las variables de mayor relevancia que tenían los pacientes ha sido “el poder hablar”, -o sea, manifestar lo que ellos sentían sobre su situación clínica al médico- lo que estuvo relacionado con la buena percepción sobre la atención médica en el primer nivel. Esto facilita que el paciente logre tomar decisiones y pueda reducir las posibilidades de complicaciones de su enfermedad. Además, mantiene la relación médico-paciente a lo largo del tiempo debido exactamente a que esa

interacción no se da de forma paternalista, sino más bien compartida y recíproca. (15).

En varios estudios de ensayos clínicos aleatorizados sobre la intervención educativa de enfermería para el control de la presión arterial de pacientes con hipertensión arterial dedujeron la efectividad de la práctica clínica en reducir la presión arterial significativamente. Demostraron que la frecuencia de asistencia presencial por parte de los pacientes en recibir educación era fundamental, sin incluir tanto el tiempo. El abordaje que se había hecho eran tanto individuales como grupales, es decir, inicialmente se hacía de forma individual y, luego se combinaba con actividades grupales reduciendo tanto la PAS (presión arterial sistólica) como la PAD (presión arterial diastólica). (16).

Lo anterior es muy importante porque a los participantes les ha permitido controlar sus niveles de presión arterial, previniendo comorbilidades, hospitalizaciones y muerte prematura debido a enfermedades cardiovasculares. Esto quiere decir que la enfermería es ser un factor crucial en las motivaciones de los pacientes con patologías crónicas, que tiene un gran potencial cuando las intervenciones se implementan de manera creativa y estratégicamente.

Por ende, podríamos decir que el modo en cómo se transmite el mensaje define el entendimiento de cómo percibe el individuo y la familia de lo que se provee en la Posta Sanitaria para el mejoramiento del estado bio-psico-social-cultural salubre, y así evadir las barreras percibidas para la acción que son las que obstaculizan el compromiso para cumplir las metas como nos menciona el modelo de la promoción de la salud de Nola Pender. (17).

APARTADO III

Herramienta esencial para la EPS

3.1 La comunicación eficaz de la APS y la población

La comunicación es un proceso de transmisión de ideas, experiencias y aspiraciones que se da entre dos o más personas. Esto refleja la necesidad objetiva de los seres humanos en asociaciones y cooperaciones mutuas. De hecho, los interlocutores forman un acto creativo por lo que cambian con la acción. Se considera un elemento constitutivo y de orden social por lo que es fundamental su uso efectivo en materia de la salud pública y en la prevención y promoción de la salud. (18). Rodríguez-Roura SC, Cabrera Reyes L, Calera Yera E.

Se entiende también que es aplicada como una **herramienta esencial en el abordaje educativo**, lo cual es definido como “el derecho del usuario a hacer las preguntas que considere necesarias y a recibir toda la información relacionada con su enfermedad, quedando de forma clara y entendible para él”. Esto incluye que la Enfermería debe hacer uso de sus habilidades sociales de manera adecuada porque influye indirectamente en **la relación terapéutica** con los pacientes. A saber, la empatía, el respeto, la amabilidad y la comprensión son parte del proceso de la comunicación, guía la estructura y el modelo del código del mensaje que delimita la aceptación de los tratamientos y la enfermedad por parte de los usuarios. (19).

Contiene elementos básicos, tales como el emisor –persona que comunica algo-, el mensaje enviado a través de un canal o medio de transmitir que llegará a la persona o grupo los receptores de recibir ese mensaje (20). Es un pilar fundamental tanto en la prevención como en la promoción de la salud de mucha utilidad para los que ejercen la profesión de la salud.

Cuando se establece de manera apropiada, se dirige al cumplimiento de los objetivos como el cambio positivo en el comportamiento individual y social sanos y en los indicadores de los cuadros de salud. Tiene las funciones de informar, influir y motivar, sobre todo, convencer a optar por oportunidades de mejorar la calidad de vida.

El personal de salud tiene la prioridad de que el mensaje transmitido sea enviado al receptor de manera comprensible y personalizada, es decir, debe adaptarse a las circunstancias sociocultural de las personas; obviar cualquier

forma de ambigüedades, puede tener un efecto negativo e importante en la limitación de poder llevar una vida saludable. Inclusive, la motivación es un aspecto incondicional para hacer que cada individuo tenga la fuerza de voluntad para llevar a cabo lo que desee, pues, depende en gran parte, de cómo es recibido el mensaje.

Sea cualquiera de las formas en cómo se transmite el mensaje, el objetivo debe procurar a hacer que tales interiorizaciones de las ideas recibidas sean de base para reflexionar, analizar y tener sentido de búsqueda constante sobre lo que atañe al cuidado de la salud. Esto implica evitar el conformismo de lo que uno sabe respecto de sí mismo y de lo que cree que es lo adecuado para su bienestar. También incentiva la confianza de ser potenciales para modificar un estilo de vida saludable, y no meros receptores pasivos de información sin propósito alguno.

En el documento sugerido por la Organización Panamericana de la Salud (21) refiere que dentro del contexto en el primer nivel de atención la consulta donde se atienden a las personas debe tener alta capacidad de razonamiento para distinguir las situaciones más complejas de gravedad, a partir de una manifestación indefinida por medio de la comunicación habitual. Además, la misma enfatiza su aplicación eficaz para obtener los siguientes beneficios: 1) La satisfacción del individuo; **2) Su comprensión; 3) Su adherencia terapéutica;** 4) La comunicación es un mecanismo **para interactuar con la comunidad**, además facilita la participación comunitaria; 5) Resolución de conflictos entre los miembros del equipo; **6) Los resultados de salud en términos generales de la asistencia.** (21).

No obstante, debemos incluir que existen elementos que pueden dificultar el proceso de comunicación. Así pues, tenemos barreras como 1) La semántica: expresa ambigüedad de las palabras dando un significado no objetivo de la interpretación para quién recibe el mensaje; 2) Fisiológico: presenta defectos orgánicos, la persona no ve, no habla inteligiblemente o simplemente no escucha; 3) la física: particularmente las condiciones del lugar, emisores, la circulación de personas, etc.; 4) por último, la Psicológica: apariencia física imponente, trato con demasiada formalidad, la posición jerárquica que puede

ser positiva o negativa, entre otras. Esto quiere decir que el hombre desde una posición humanista, es una vía para comprenderlo y perpetuar lo que lo identifica. (22).

Dicho de otra manera, puede haber diversas interferencias, pero captar la necesidad que manifiesta nos va a permitir situarnos en su posible resolución. (22).

En el consenso de Toronto de 1991 que determinó una revisión de las deficiencias en la práctica clínica, destacó los problemas en la comunicación clínica que se describirán de forma resumida en los siguientes ítems (23):

- El 54 % de las quejas de los pacientes y el 45 % de sus preocupaciones **no son comentadas con los profesionales.**
- Hasta en un 50 % de las consultas, los pacientes **no estaban de acuerdo** con su médico acerca de cuál era el problema principal de consulta.
- El tiempo medio del que disponen los pacientes para hablar sobre su problema antes de ser interrumpidos por los profesionales es de **18 segundos.**
- La mayoría de las quejas de los pacientes respecto de sus médicos no hacen referencia a problemas de naturaleza técnica, **sino a problemas de comunicación.**
- Tanto los residentes como los médicos de planta muestran **deficiencias severas en la comunicación cuando son evaluados.**
- El lenguaje médico **es, a menudo, técnico y confuso.**
- Una proporción sorprendentemente elevada de los pacientes **no entienden ni recuerdan** lo que se les ha explicado sobre el diagnóstico o el tratamiento.

Lo anterior sintetiza concretamente lo que sucede a menudo en el movimiento cotidiano de los pacientes cuando recurren a un efector del primer nivel de atención, refiriéndonos en nuestro caso, la Posta Sanitaria. La comunidad deja

lo incomprendido por sentido debido a que muchas veces se deja de lado lo que desea el paciente mientras que el profesional de la salud, entonces, acierta con prontitud sus propios beneficios optimizando mejor su tiempo en su práctica clínica en lugar de priorizar a los que debe curar y cuidar.

Nos resulta oportuno citar un estudio realizado en la Atención básica del Estado de Río de Janeiro ya que menciona que, a pesar de usar ciertas estrategias de comunicación por parte de los profesionales en pacientes con sorderas, un 82% no comprendía su diagnóstico y un 70% no entendía las orientaciones sobre su tratamiento. Además, entre otros motivos, la impaciencia y la falta de preparación profesional son interferencias que son útiles de mencionar. Dicho esto, si se requiere abordar una atención integral y plantear cambios sociales, el sujeto de cuidado debe ser reconocido por sus propias particularidades. (24).

El hecho de propiciar la educación tiene un gran efecto en el crecimiento gradual de la comprensión de la enfermedad a largo plazo que tienen los pacientes. Cabe añadir un artículo de tipo cuasi-experimento, donde se impartieron pláticas educativas durante 4 meses a personas con diabetes mellitus 2 del Centro de Salud de Bokobá, Yucatán con el uso de un instrumento para medir el estilo de vida de los pacientes diabéticos (IMEVID) y el grado de conocimientos en DT2 con un cuestionario validado. Aquí se demostró un preponderante mejoramiento por parte de los participantes, habiendo disminuido significativamente el índice de HbA1c (prueba de hemoglobina glicosilada A1c). (25).

Por lo tanto, se sabe que el cambio de actitud que han tenido estos pacientes está comprometido con lo que han aprendido sobre su control metabólico, lo que los ha llevado a comprender sus consecuencias, y en efecto, **a desarrollar la capacidad de identificar, pedir ayuda y resolver problemas que han de condicionar su estilo de vida.**

Con mucha más razón la visión holística debe recaer en los pacientes con enfermedades crónicas, aplicando estrategias anticipatorias que sean desarrolladas de acuerdo al grado de comprensión de los pacientes y no

exceptuarlos en brindar toda la información en tan solo una o dos consultas como suficientes porque es probable que no sea retenida en su proceso de aprendizaje. Esto requiere tiempo necesario para disipar las dudas considerando que es una situación infrecuente dado que, en parte, no muchos expresan lo que sienten. Asimismo, es recomendable la integración de algún acompañante, sea un familiar o un amigo y que la comunicación del diagnóstico sea centrada en posibilidades optimistas. (26).

Vemos entonces, que no se trata de dar información sino de tomar como protagonista a quien refiere de necesidad, por medio del abordaje de una comunicación realmente efectiva que sí tiene como objetivo modificar la condición de aquél que tiene defectos en su salud. Pues tiene como acción hacer que sus contenidos sean gestionados, divulgados y producidos de tal manera que logre transformar la calidad de vida de los pacientes o comunidades.(27).

APARTADO IV

Interferencias en la concepción de aprendizaje y su relación con el modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

4.1 La adherencia terapéutica y los factores que se asocian a la interrupción de la continuidad en la relación equipo de salud-paciente.

La adherencia terapéutica es definida por la OMS como “el grado en que el **comportamiento** de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las **recomendaciones acordadas** de un prestador de asistencia sanitaria”. (p. 3). (28). Aquí dice que para que pueda efectuarse el cambio de comportamiento el paciente debe seguir las recomendaciones dadas por el prestador de salud. Sin embargo, esto no siempre se da de manera espontánea dado que existen influencias externas e internas que logran modificar ese grado de adherencia.

Las personas en las que nos centraremos en nuestro estudio, son las que padecen de enfermedades crónicas, definida como “una larga latencia que provoca la pérdida de la funcionalidad”, creando una gran carga sustancial sobre la salud, teniendo impacto significativo sobre la calidad de vida de los individuos, familias y la comunidad. Inclusive, aquellas que padecen al menos una condición crónica son más propensas a manifestar una necesidad no satisfecha por lo que tienden al aumento de otras patologías atribuidas. Esto conlleva a que la diferencia entre la percepción sobre la propia salud y la enfermedad puede deberse, particularmente, por los accesos a servicios sociales y a la salud. (29).

Si pudieran comprender el gran abanico de los factores que contribuyen a su enfermedad, entendieran su evolución y las posibilidades de mejorar su calidad de vida, podrían tener un mayor control sobre su padecimiento. Es decir, al percibir su estado clínico, asimilarlo y sintieran mayor preocupación existe mayor posibilidad de que alcancen a adoptar comportamientos saludables. De este modo, “la percepción de una enfermedad como grave parecería ser el predictor de búsqueda de atención y tratamiento de las enfermedades”. (30).

Podríamos decir que “la sensación de búsqueda” en acceder a la información adecuada que tienen los pacientes para satisfacer sus preocupaciones depende en gran medida de los profesionales de la salud a partir de sus manifestaciones psicofísicas.

Dicha propiedad dificulta la manera de lidiar en los espacios físicos, psíquicos y simbólicos. Altera cualquier proceso de adaptación, además de tener dificultades económicas, el cambio de la visión que la persona tiene de sí misma, y afecta la relación con la familia, y con los amigos.

Asimismo, hemos encontrado algunas fuentes de revisión de bases de datos que acentúan dicho proceso de complejo multidimensional por Luisa Estela Ramos Morales, que considera que la acción recíproca de tal conjunto de factores podría agruparse en cinco grupos: los factores socioeconómicos, el sistema de atención sanitaria con la enfermedad, con el tratamiento y paciente. (31).

A saber, **los factores socioeconómicos** incluirían: la pobreza el analfabetismo, bajo nivel educativo, falta de redes de apoyo social, las condiciones de vida inestables, la distancia al centro del tratamiento, el costo elevado del transporte, alto costo de medicación, condiciones ambientales cambiantes, la disfunción familiar y la cultura y las creencias sobre la enfermedad y tratamiento. (31). El nivel socioeconómico bajo, obliga a la persona a elegir si tener que invertir en su salud o priorizar a satisfacer las necesidades básicas de sus hijos o los padres a quienes cuida. (32).

En cuanto a los **factores asociados al sistema de salud**, agrega: el poco desarrollo de la infraestructura, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de enfermedades crónicas, recargo de trabajo, falta de incentivos, **consultas cortas, poca predisposición del sistema para educar a los pacientes y proporcionar el seguimiento incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla.** (31,33).

Los factores relacionados a la enfermedad se corresponden con la gravedad de los síntomas, el grado de la discapacidad (física, psicológica, social y vocacional), la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. (31,33).

Aquellos **factores relacionados con el tratamiento** agrupan la complejidad del régimen médico y su duración, fracasos de tratamientos anteriores, cambios frecuentes en el tratamiento, la inminencia de los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. (31, 33).

Y, por último, **los factores relacionados con el paciente** dependen de los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, **las percepciones y las expectativas del paciente.** Además, el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, **la baja motivación**, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el

tratamiento; no percibir su necesidad o su efecto y el entender mal las instrucciones, entre otros factores. (31, 33).

Puede que el grado de magnitud en la resolución de cada factor sea un fenómeno complejo, pero resulta imprescindible saber que su mejoría puede tener un impacto mayor en la salud de la población, es por eso que hemos de ampliar este conocimiento en su trascendencia sobre la percepción comunitaria. También porque conduce a la aceptación del diagnóstico y el empeoramiento del pronóstico. (33).

A menudo surgen enfermedades cardiometabólicas como la diabetes, hipertensión, dislipidemia, entre otras cuyo seguimiento terapéutico falla al no poder administrarse bien algún fármaco. Y, aunque resuelve el mayor porcentaje de los problemas clínicos, está claro que su utilización no llega a ser efectiva por la manera en cómo se lleva a cabo la transmisión de esa información. (33).

Otros de los factores psicosociales como las creencias, la motivación, estados de ánimos, etc. pueden ser condicionantes de la percepción del paciente en conceptualizar el aprendizaje. De hecho, la motivación tiene como objetivo aumentar la probabilidad de que el organismo pueda adaptarse a los cambios ambientales para la supervivencia y el crecimiento personal. (34).

En los asuntos de trabajo, requiere un especial foco en su predictibilidad ya que el lugar donde se hará el estudio es factible encontrar personas que tienen trabajos agrícolas o de índole rural donde están predispuestas a la tener jornadas laborales mayores, servicios básicos precarios, seguridad social deficiente e imposibilidad de gozar las condiciones básicas de salud. Un estudio descriptivo realizado en el departamento de Córdoba de Colombia que hemos usado como sustento de lo anterior, demuestra que un grupo de trabajadores agrícolas en la población rural configura el círculo vicioso de desigualdades y pobreza a las precarias condiciones básicas de salud, riesgos laborales y pensión, insatisfacción y pocas oportunidades sociales, que no está lejos de lo parecido a América Latina. (35).

Es útil mencionar que existen al menos cuatro factores que determinan la adherencia terapéutica: 1) la relación médico-paciente; 2) El paciente y su entorno; 3) la enfermedad; y, 4) la terapéutica. (36).

La relación médico-paciente origina la motivación del paciente y está fundada por la buena comunicación y confianza que se espera en la continuidad del tratamiento. Esto hace que inicie la misma y se mantenga. Así mismo, sabemos que el paciente también está influenciado por los valores sociales, por su entorno, como sus creencias y mitos sobre su salud, su afectividad, su rol en la sociedad y su aislamiento.

Además, tenemos dificultades cognoscitivas y sensoriales como la pérdida de visión y audición, lo que puede hacer que la educación recibida no sea la prevista y dicha información sea comprendida parcialmente, por lo que resta el seguimiento de las instrucciones.

El tipo de enfermedad no varía la objetividad del cumplimiento al tratamiento en cuanto a cómo se presente, ya sea como crónica o aguda, es decir, la percepción de la gravedad de la misma no determina viabilidad de la adherencia. Lo que sí llegaría a cambiar el rumbo de la terapéutica es el compromiso con el estado de conciencia y el desempeño social.

Y, en cuanto a la terapéutica, todo proceso que sea corto y preciso de llevar a cabo es el más aceptado para los pacientes y factible de adherirse que aquella que es larga y cuyas instrucciones son complejas como varias medicaciones, considerables efectos adversos, un esquema de dosis engorroso y precise de personal entrenado para su administración.

Más allá de que existen múltiples interferencias externas e internas que el paciente tiene como barreras para asumir sus responsabilidades terapéuticas, cabe el hecho de que la relación del equipo de salud con el sujeto de cuidado “es la base para la buena adherencia” cuando implementan estrategias de educación sanitaria. (37).

Apoya lo anterior, un estudio de tipo cualitativo de diseño fenomenológico donde se pudo mostrar que un grupo de personas con HTA sin control pudieron determinar que la razón del abandono del tratamiento no consistía en si se

provee o no la información por el equipo de salud, sino en cómo se proveía esa información. Es decir, se señala una falta de voluntad notable lo que contribuye en la motivación de ejecutar sus cambios en los hábitos de salud.

En el mismo se destaca la crucial intervención de enfermería para abordar diferentes métodos educativos que estén orientados a descifrar y ahondar sobre sus necesidades educativas de forma individual con competencia ya que el ser humano es complejo, aunque las necesidades que manifestemos sean las mismas. Por ejemplo, el apoyo familiar es un factor que facilita llevar a cabo el tratamiento, pero para algunos es hasta agobiante. Esto quiere decir que la educación sanitaria no debe darse de forma general o estructurada para todos sin considerar otros aspectos específicos que influyen en ella.

Si bien dar educación tiene énfasis en hacer que los pacientes se familiaricen con los riesgos, sean advertidos y tengan conocimientos sobre su situación clínica, no asegura que la adherencia terapéutica sea efectuada cuando la provisión de la misma no tiene personas competentes para impartir.

El clima de confianza es un punto a favor y se desarrolla cuando la interrelación médico-enfermera-paciente se promueve de tal manera que los ayuda expresar sus dudas y miedos de manera clara, siendo esta parte inherente de la motivación para modificar actitudes y comportamientos.

Todo ello nos quiere decir que “el cumplimiento terapéutico” no es garantía de la adherencia terapéutica, sino que requiere indudablemente de la enfermería competente que nos atañe en materia de educación sanitaria solventar con exclusivo discernimiento las manifestaciones múltiples indeseadas de los pacientes a fin de que su motivación sea un proceso constructivo y, realice de la continuidad, un logro algo concreto y sostenido en el tiempo.

En énfasis, la relación que hemos encontrado de acuerdo a los factores socioeconómicos, es el nivel de ingreso que frecuentemente le permite al individuo tener mayores expectativas de vida unido con el nivel académico elevado, lo que facilita el mayor acceso a los servicios de salud y a tener un mejor estilo de vida, porque el mismo tiene noción sobre cómo amortiguar los factores que acentúan las desventajas por lo que moldean el comportamiento y las actitudes. (38).

Por último, como el comportamiento humano es social, también consideramos como factor influyente la familia, la base donde originalmente se construyen los valores y las creencias para enfrentar el mundo. Pues se construyen las prácticas, los sentidos y las percepciones. Un estudio teórico amparado por la Psicología de la familia y la Enfermería dice que la familia ofrece un escenario para el desarrollo de las personas porque permite “un posicionamiento activo del sujeto”, es decir, la familia no funciona como una moldura del comportamiento sino como un elemento esencial en la comprensión de los procesos de desarrollo y la madurez. Es aquí donde la enfermería toma su papel central en la promoción de los cuidados. Asimismo, se admite como una forma de cuidado, de protección y de desarrollo de todos los miembros. (39).

Es imprescindible la educación para la salud porque logra modificar la calidad del estilo de vida y, por lo tanto, un mayor apego al tratamiento terapéutico. De hecho, en un estudio descriptivo de corte transversal realizado en el consultorio 22 del área de salud del Policlínico Comunitario Turcios Lima del municipio Pinar del Río las dos causas del abandono al tratamiento en pacientes con hipertensión fue la del olvido y la de sentirse bien (40). Esta última determina el significado que la persona le da a su salud considerando que no tiene un problema de salud de la cual advertirse para efectuar determinados cambios en su estilo de vida, lo cual es una opinión muy común, sobre todo en los lugares rurales.

Por otro lado, la falta de adherencia terapéutica tiene un considerable impacto en la inefectividad de la aplicación de los medicamentos prescritos porque las dosis serán modificadas por el médico, las apariciones clínicas variarán y esto podría empeorar el condicionamiento de la salud. Esto también trae consecuencias en el sistema de salud a nivel económico, aumentando las estancias hospitalarias, el número de intervenciones, elecciones de otros fármacos, o mayor costo personal para el paciente (32).

Son indudablemente muchas las consecuencias negativas que podrían perpetuarse a nivel social, así pues, vemos que no es una cuestión que requiera disiparse a la brevedad del tiempo, sino que el paciente con enfermedad crónica requiere recibir información para asimilar su curso natural

con el tiempo idóneo, comprensible, a la altura de sus necesidades con pronta participación activa y mutua entre el personal de salud y el paciente.

4.2 Las 14 necesidades de Virginia Henderson.

Al hablar de los factores predisponentes, nos dirigimos hacia las necesidades que manifiestan las personas debido al efecto negativo que estos tienen sobre ellas. Así que vale agregar que una de las enfermeras más exponentes en esta materia ha sido Virginia Henderson que nos clarifica la definición de enfermería bajo esta concepción: “la función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”. Como vemos “la persona” es considerada como una figura central dentro del sistema, dándole un papel activo sobre su proceso de salud (41, 42).

Además, siguiendo el texto anterior, habla de tres carencias afectadas: la falta de fuerza, de conocimiento o de voluntad que se da como consecuencia de una capacidad reducida ya sea parcial o temporal conformando así la dependencia (41, 42).

Asunciones filosóficas:

- La enfermera tiene una función propia, ayudar al individuo sano o enfermo.
- La persona es un todo complejo con las 14 necesidades básicas. Si la persona careciera de tan solo una necesidad, ya no sería un todo, sino que empieza a emanar la dependencia y por lo tanto precisa de ayuda.

Preposiciones:

1. La persona: es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí. La

persona y familia forman una unidad.

2. El entorno: es el conjunto factores y condiciones externas, entre ellas las relaciones con la familia y la comunidad. Las condiciones del entorno son dinámicas y pueden afectar a la salud y al desarrollo.
3. La enfermería: ayuda a la persona en la satisfacción de sus necesidades básicas.
4. La salud: es el máximo grado de independencia que permite la mejor calidad de vida.

Este modelo filosófico tiene la finalidad de guiar la práctica con la que enfermería puede construir sus valores y creencias y adaptarlo al contexto donde trabaja y así determinar las intervenciones más adecuadas para aplicarlas (42). Así que podemos decir que esto también depende de cómo puede lograr que la persona alcance la independencia en sus necesidades básicas, o bien, en cómo puede percibirlo de manera que culmine en el control de su salud.

Conceptos

El concepto de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson mantiene la armonía y la integridad de la persona. Cada necesidad es dependiente del otro porque están en constante sinergia recíproca así que no pueden ser estudiadas de manera aislada (42). Estas son:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar por todas las vías corporales
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger la ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Aquellos que conocen y comprenden bien estas necesidades de ayuda de la enfermera son los enfermos y los incapacitados que si no fuera por tales deficiencias ordinarias podrían satisfacerlas. Las actividades de ayuda que precisan no son solo las ya mencionadas como respirar, comer, evacuar, descansar entre otras, sino que también aplica los procesos sociales como adquirir conocimientos, inclusión en el ámbito social, ocupación recreativas y productivas (43).

Existen tres niveles de relaciones enfermera-paciente sobre cómo actúa la enfermera en el cuidado del paciente. Estas son: 1) sustituta del paciente; 2) colabora para el paciente; y, 3) compañera del paciente. Ahí vemos que el desempeño que cumplen en la atención de salud de primera entrada es ser parte de su necesidad para expresar lo que el sujeto de cuidado desea manifestar, su colaboradora que le ayuda a que alcance su autonomía y, sobretodo, su compañera que le da la confianza para la autodeterminación de su identidad. (44).

Así mismo, la enfermera ayuda a crear o a mantener un régimen de salud para que el paciente se valga de guía. Si bien las necesidades básicas son manifestaciones universales que cada individuo las expresa de manera distinta. Sin embargo, la enfermera si puede contribuir a que alcance ese estado cuya conformidad es lo que para el paciente significa, qué es la salud, la

convalecencia de la enfermedad o la muerte sin sufrimiento. Se trata entonces de cubrirlas adentrándose en el interior de cada paciente (43).

Sin lugar a dudas, esta teoría refleja el gran abanico de necesidades que surgen de manera universal y que muchas veces las personas que se atienden en la atención primaria de la salud lo hacen notar por medio de su percepción que tienen sobre cómo reciben las enseñanzas para controlar su salud y llevar a cabo las metas terapéuticas. Por ello, nuestro estudio se ha desarrollado basado en este tema, lo que nos ha permitido abordar la complejidad de necesidades biopsicosocial cultural que presenta el paciente en un contexto rural.

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

El tipo de estudio que se llevó a cabo es cuantitativo descriptivo de corte transversal y prospectivo.

Es cuantitativo porque se requirió asignar números a los objetos observables a fin de crear una nueva información sobre la relación de los mismos. Descriptivo, debido a que se quiere plantear como son y cómo están la situación de las variables que se le atribuye a la población. De corte transversal puesto que el tiempo en sí no es importante, es decir, no es un determinante en la forma en cómo se dan los fenómenos por eso se prefirió que sea más bien un corte en el tiempo en un determinado momento, en donde las variables sean estudiadas simultáneamente. Y prospectivo, ya que los hechos se dan por seguimiento de los fenómenos en un período.

El tipo de muestreo fue aleatorio simple con la idea de que la selección de los pacientes sea al azar, de modo que todos tenga la posibilidad de ser incluidos equitativamente en la muestra.

Área de Estudio

La Posta Sanitaria N° 518 se encuentra en el Barrio San Francisco de Maipú a unos 13 kilómetros desde la Ciudad de Mendoza, situado en una zona rural de poco tránsito vehicular y de transporte. Pertenece a unos de los establecimientos de Atención Primaria de la Salud.

Universo y muestra (para estudios cuantitativos)

Universo: los pacientes que se hacen atender en la Posta Sanitaria N °518

Muestra: 25 pacientes a los que fueron encuestados.

VARIABLES Y/O HIPÓTESIS:

Definición y operacionalización en estudios cuantitativos y conjeturas diagnósticas emergentes en cualitativos.

El estudio llevado a cabo en la Posta San Francisco N° 518 es de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal y prospectivo

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se elaboró un cuestionario de 33 preguntas con respuestas cerradas y cortas donde trata sobre las dimensiones de las variables. Para ello se ha utilizado un formulario electrónico personalizado para el registro y la cuantificación de los datos y luego se ha utilizado la matriz de excel para el análisis y relación de las variables.

La recolección de información fue realizada el día 20 de Octubre con aviso al enfermero para que informara a la comunidad que asiste a la Posta Sanitaria sobre su posibilidad de participar del cuestionario planteado.

Variables de estudio

Hemos de analizar tres variables, la percepción de la comunidad, las herramientas educativas empleadas en la Posta Sanitaria y la influencia en la adherencia al tratamiento.

La percepción de la comunidad: se refiere a la condición subjetiva de sentimientos y razonamientos sobre lo que observan e influye en su interior en cuanto al abordaje educativo y la atención que ofrecen los personales de salud.

Herramientas educativas: son los métodos y técnicas educativas para el abordaje de temas relacionados con la salud que concierne a la población.

Adherencia al tratamiento: es el grado de seguimiento y cumplimiento al tratamiento del paciente a lo largo del tiempo. En nuestro caso, sería la consecuencia de las otras dos variables.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

	VARIABLES	INDICADORES
Variable 1: Categorizar demográficamente la población.	Sexo	❖ Femenino ❖ Masculino ❖ No binario
	Edad	❖ 18 a 28 años ❖ 29 a 49 años ❖ Más de 50 años
	Estado civil	❖ Soltero/a ❖ Casado/a ❖ Concubino

		❖ Viudo/a
	Nacionalidad	❖ Argentino ❖ Extranjero
	Nivel académico	❖ Primario completo ❖ Primario incompleto ❖ Secundario completo ❖ Secundario incompleto ❖ Terciario/universidad ❖ Ninguno
	Situación laboral	❖ Empleado ❖ Desempleado ❖ Monotributista ❖ Sin relación de dependencia ❖ Plan social
	¿Le alcanza para cubrir sus necesidades básicas?	❖ SI ❖ NO
	¿Cuenta con servicios públicos?	❖ SI ❖ NO
	¿Cuáles?	❖ Electricidad ❖ Gas ❖ Agua
	¿Cantidad de familiares que conviven con usted?	❖ 2 personas ❖ 4 personas ❖ 6 personas ❖ Más de 8 personas

Variable 2: Factores asociados que inciden a la adherencia terapéutica	¿Usted padece alguna enfermedad?	❖ SI ❖ NO
	¿Cuántas?	❖ 1 ❖ 2 ❖ Más de 3
	¿Qué enfermedad?	❖ Diabetes ❖ Hipertensión ❖ Hipotiroidismo ❖ Otros
	¿Tiene conocimiento sobre su enfermedad?	❖ SI ❖ NO
	¿Tiene acceso al centro de salud?	❖ SI ❖ NO
	¿Cómo se traslada?	❖ caminando ❖ Auto particular ❖ Transporte publico ❖ Otros
	¿Tiene internet en su casa?	❖ SI ❖ NO
	¿Cómo es la señal de conexión?	❖ Buena ❖ Mala
	¿Con que dispositivos cuenta?	❖ Tablet ❖ Celular ❖ Computadora ❖ otros
	¿Realiza actividad física?	❖ SI ❖ NO
	¿Con que frecuencia?	❖ Regular ❖ Frecuentemente ❖ A veces ❖ Nunca

Variable 3: Asociar las herramientas educativas con la adherencia terapéutica	¿Logra entender las indicaciones médicas?	❖ SI ❖ NO
	¿Entiende la administración del medicamento que se le está recetando?	❖ SI ❖ NO
	¿La medicación se la provee el medico?	❖ SI ❖ NO
	¿Se le explica en forma clara y precisa?	❖ SI ❖ NO
	¿El médico le explica su tratamiento?	❖ SI ❖ NO
	¿La enfermera le explica su tratamiento?	❖ SI ❖ NO
	¿Entiende su tratamiento?	❖ SI ❖ NO
	¿El consultorio tiene el espacio adecuado para atenderlo?	❖ SI ❖ NO
	¿Está equipado con los elementos necesarios?	❖ SI ❖ NO
	¿Se brinda charlas educativas sobre las diferentes patologías?	❖ SI ❖ NO
	¿Cuenta con un lugar para sentarse y que lo capaciten?	❖ SI ❖ NO

ANÁLISIS E INTERPRETACION DE DATOS

TABLA Y GRÁFICO N°1

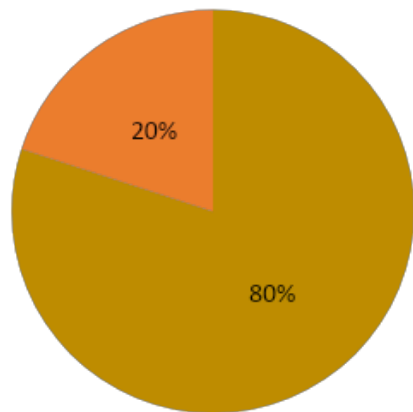
Número de pacientes según el sexo

SEXO	F.A	F.R
Femenino	20	80%
Masculino	5	20%

TOTAL	25	100%

Grafico nº1

■ femenino ■ masculino



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

Se puede determinar que de los pacientes encuestados el 80% corresponde al sexo femenino.

TABLA Y GRÁFICO N°2

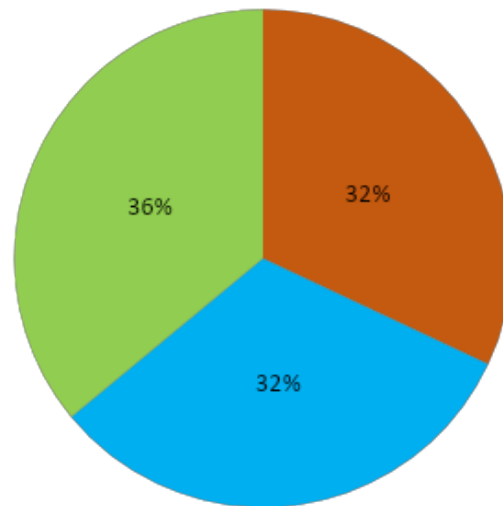
Número de pacientes según la edad

Edad	F.A	F.R
18 a 28 años	8	32%
29 a 49 años	8	32%

Más de 50 años	9	36%
Total	25	100%

Grafico n°2

■ 18 a 28 años ■ 29 a 49 años ■ mas de 50 años



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentario:

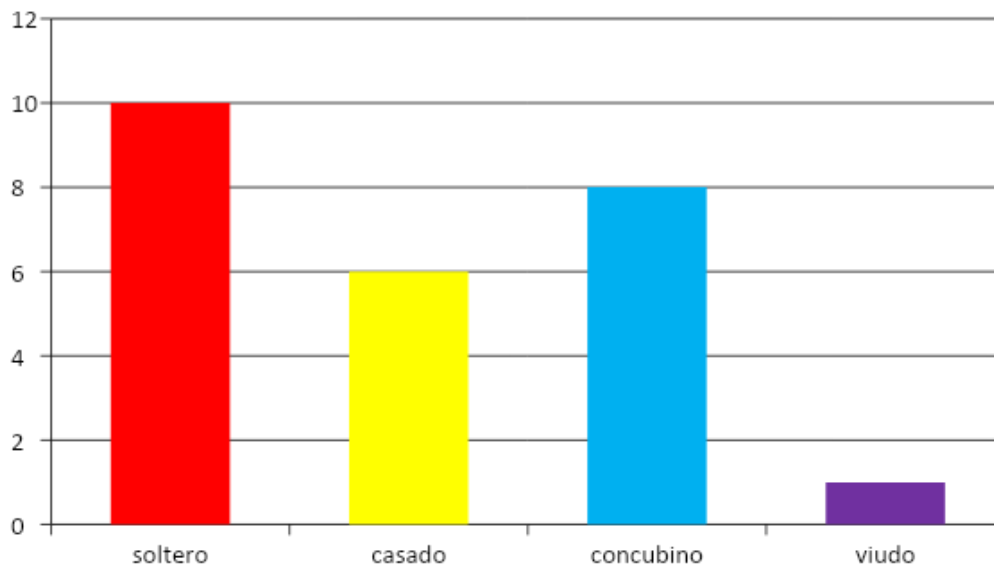
Se puede determinar que el rango de edad que más predomina es personas mayores de 50 años con un 36%.

TABLA Y GRÁFICO |N°3

Estado civil de los pacientes

Estado civil	FA	FR
Soltero	10	40%
Casado	6	24%
Concubino	8	32%
Viudo	1	4%

Total	25	100%
-------	----	------



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentario:

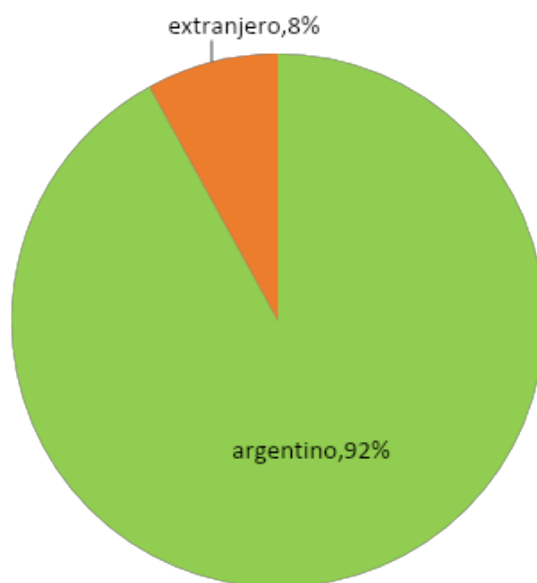
En el grafico nº 3 se puede observar que el 40% de los pacientes son solteros.

TABLA Y GRÁFICO N°4

Nacionalidad

Nacionalidad	FA	FR
Argentino	23	92%
Extranjero	2	8%
Total	25	100%

Grafico nº4



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentario:

Se observa que del total de los encuestados el 92% es argentino.

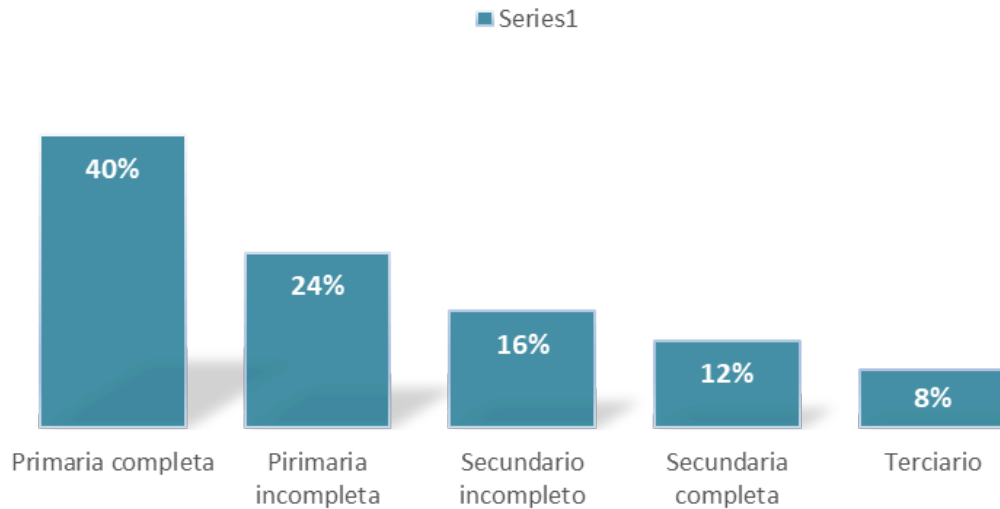
TABLA Y GRÁFICO N° 5

Nivel académico de los pacientes

Nivel académico	FA	FR
Primaria completa	10	40%
Primaria incompleta	6	24%
Secundaria completa	3	12%
Secundaria incompleta	4	16%

Terciario	2	8%
Total	25	100%

Nivel académico



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentario:

De los 25 pacientes encuestados, el 40% solo tiene primaria completa.

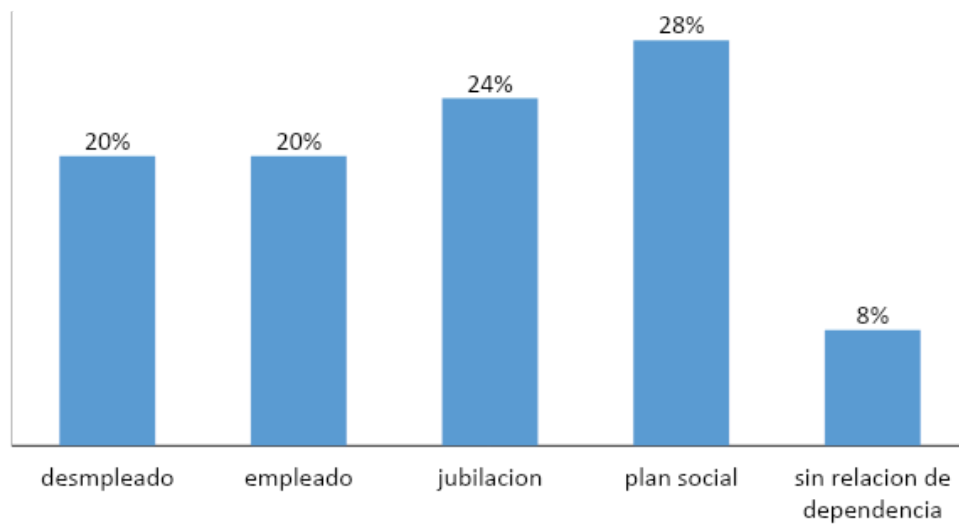
TABLA Y GRÁFICO N° 6

Situación laboral de los pacientes.

Situación laboral	FA	FR
Desempleado	5	20%
Empleado	5	20%

Jubilación	6	24%
Plan social	7	28%
Sin relación de dependencia	2	8%
Total	25	100%

Grafico nº6



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

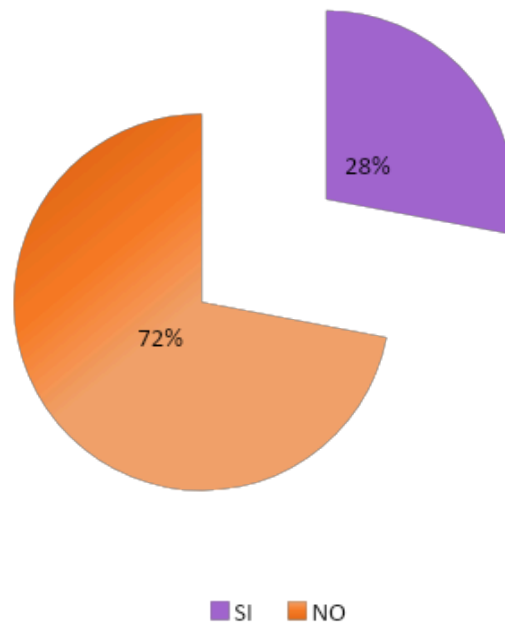
Se puede observar que en cuanto a la situación laboral de cada paciente, el 28% depende de un plan social para poder cubrir sus necesidades básicas.

TABLA Y GRÁFICO N°7

¿Le alcanza para cubrir sus necesidades básicas?

Necesidades básicas	F.A	F.R
Si	7	28%

NO	18	72%
TOTAL	25	100%



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

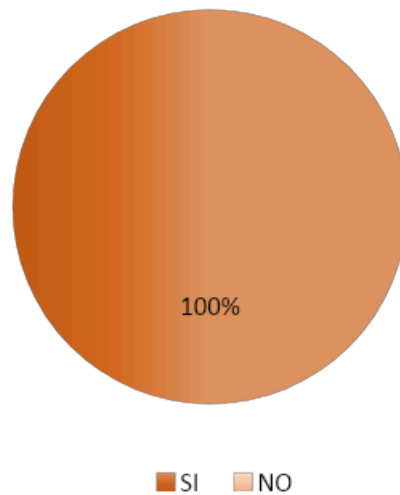
Comentario:

Al 72% de los pacientes no le alcanza para cubrir sus necesidades básicas.

TABLA Y GRÁFICO N°8

¿Cuenta con servicios públicos?

Servicios públicos	F.A	F.R
SI	25	100%
NO	0	0
total	25	100%



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

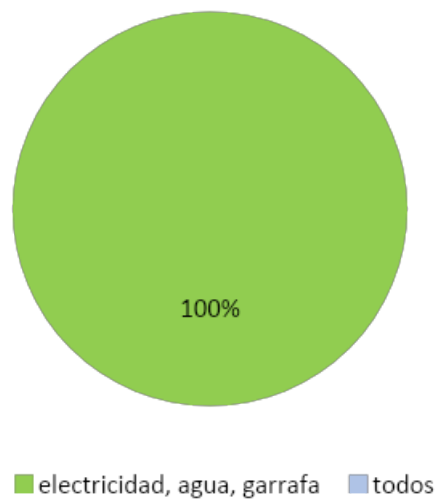
Comentarios:

El 100% de los encuestados cuenta con servicios públicos.

TABLA Y GRÁFICO N°9

¿Cuáles son los servicios públicos con los que cuenta?

¿Cuáles?	F.A	F.R
Electricidad, Agua, Garrafa	25	100%
Todos	0	0
TOTAL	25	100%



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

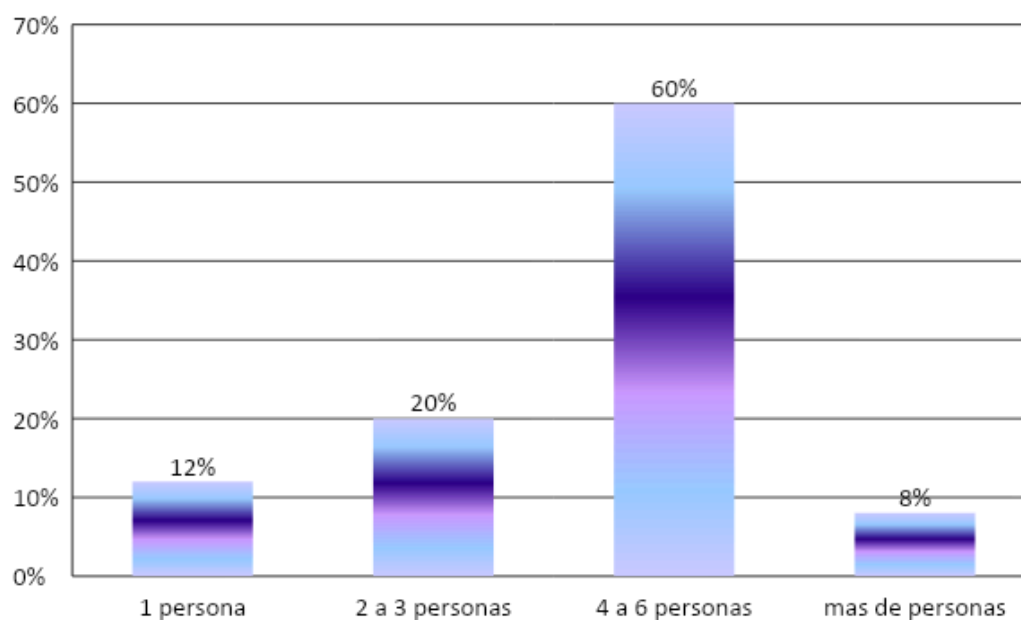
Por lo visto, el 100% cuenta con electricidad, agua y garrafa (gas envasado), ya que por la zona no cuentan con gas natural.

TABLA Y GRÁFICO N°10

¿Cantidad de familiares que conviven con usted?

Cantidad de familiares	FA	FR
1 persona	3	12%
2 a 3 personas	5	20%
4 a 6 personas	15	60%
Más de 8 personas	2	8%
Total	25	100%

Grafico nº10



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

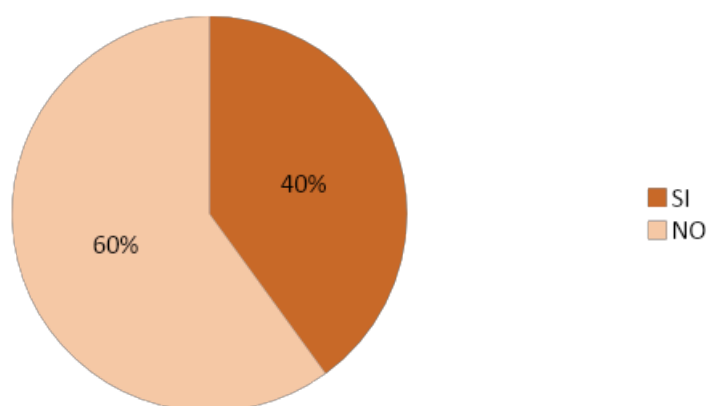
El grafico nº10 resalta que de los encuestados el 60% conviven de 4 a 6 personas en una casa.

TABLA Y GRÁFICO N° 11

¿Usted padece de alguna enfermedad?

Padecimiento de enfermedad	F.A	F.R
SI	10	40%
NO	15	60%
TOTAL	25	100%

Gráfico n°11



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

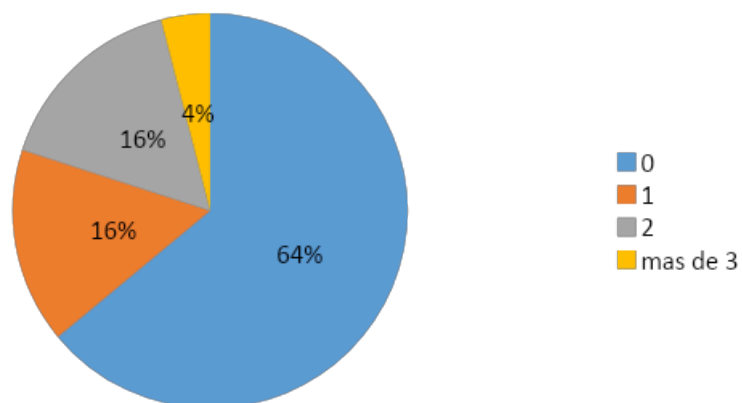
Del total de los pacientes el 60% manifestó que no padece ninguna enfermedad de base.

TABLA Y GRÁFICO N°12

¿Cuántas son las enfermedades que padece?

Enfermedades	F.A	F.R
0	16	64%
1	4	16%
2	4	16%
Más de 3	1	4%
Total	25	100%

Gráfico n°12



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

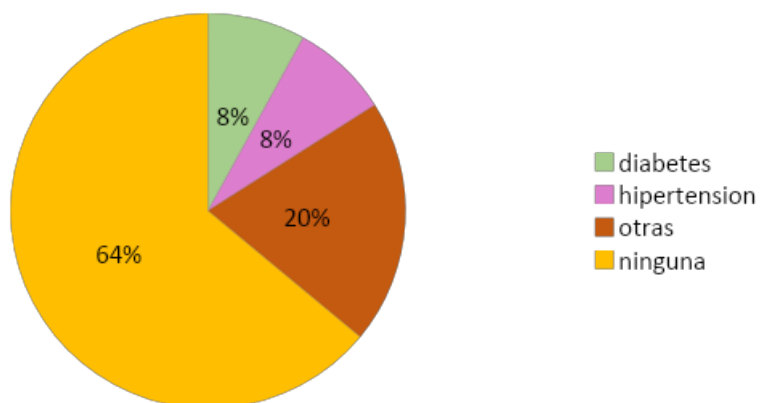
En cuanto a los datos obtenidos de los 25 pacientes el 64% (16) manifestaron que no padecen ninguna enfermedad.

TABLA Y GRÁFICO N°13

¿Qué enfermedad?

Enfermedad	FA	FR
Diabetes	2	8%
Hipertensión	2	8%
Otros	5	20%
Ninguna	16	64%
Total	25	100%

Grafico n°13



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

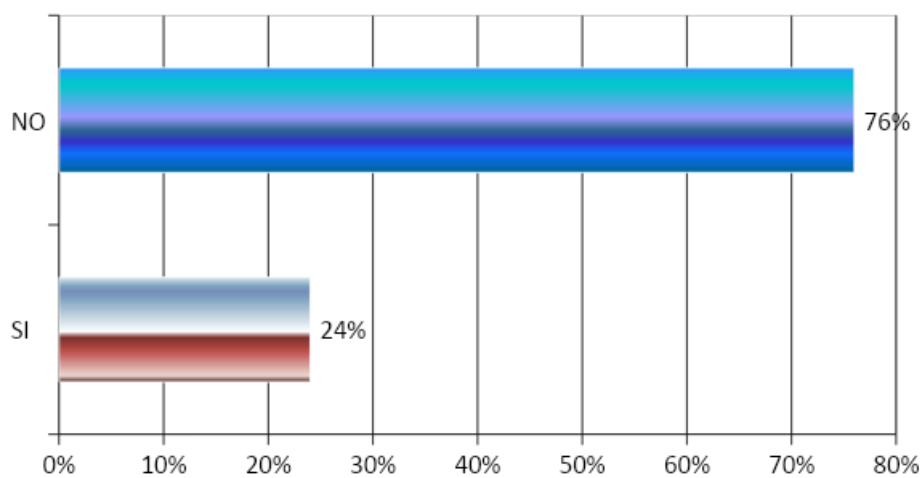
De los datos obtenidos del gráfico N°13 el 64% de los pacientes no padece ninguna enfermedad, pero si es notable que el 20% padece otro tipo de enfermedad en relación a las principales que conocemos.

TABLA Y GRÁFICO N°14

¿Tiene conocimiento sobre su enfermedad?

Conocimiento	FA	FR
SI	6	24%
NO	19	76%
Total	25	100%

Gráfico n°14



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

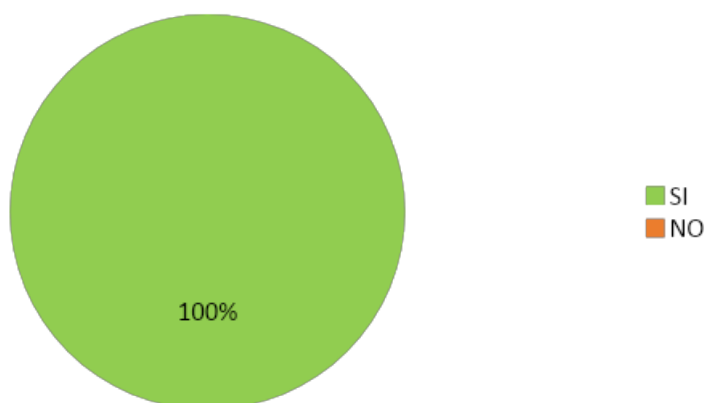
Se observa que el 76% de los pacientes encuestados no poseen conocimientos sobre alguna enfermedad que estén cursando.

TABLA Y GRÁFICO N°15

¿Tiene acceso a la Posta Sanitaria?

Acceso al centro de salud	FA	FR
SI	25	100%
NO	0	0%
Total	25	100%

Grafico n°15



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

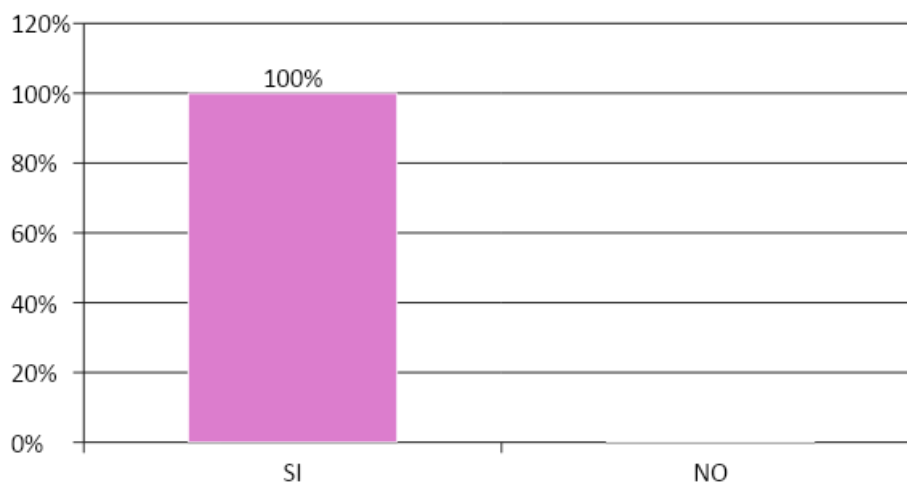
Con los resultados de la encuesta realizada obtuvimos que el 100% de los pacientes tienen acceso a la Posta sanitaria sin ningún inconveniente.

TABLA Y GRÁFICO N° 16

¿Cómo se traslada?

Traslado	FA	FR
Caminando	25	100%
Auto particular	0	0%
Transporte publico	0	0%
Otros	0	0%
Total	25	100%

Gráfico n°16



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

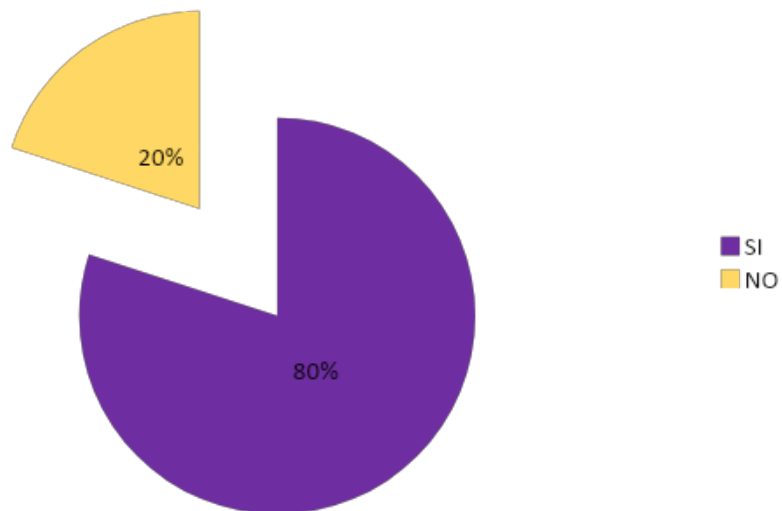
Se puede observar que el 100% de los pacientes se traslada a la posta sanitaria caminando, ya que viven a sus alrededores.

TABLA Y GRAFICO N°17

¿Tiene internet en su casa?

Internet	FA	FR
SI	20	80%
NO	5	20%
Total	25	100%

Grafico n°18



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

El 80% de los pacientes encuestados, tiene acceso a internet en su casa.

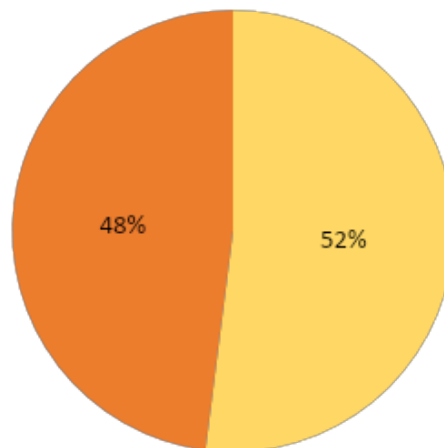
TABLA Y GRÁFICO N°18

¿Cómo es la señal de conexión?

Conexión	FA	FR
Buena	13	52%
Mala	12	48%
Total	25	100%

Grafico n°18

■ buena ■ mala



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

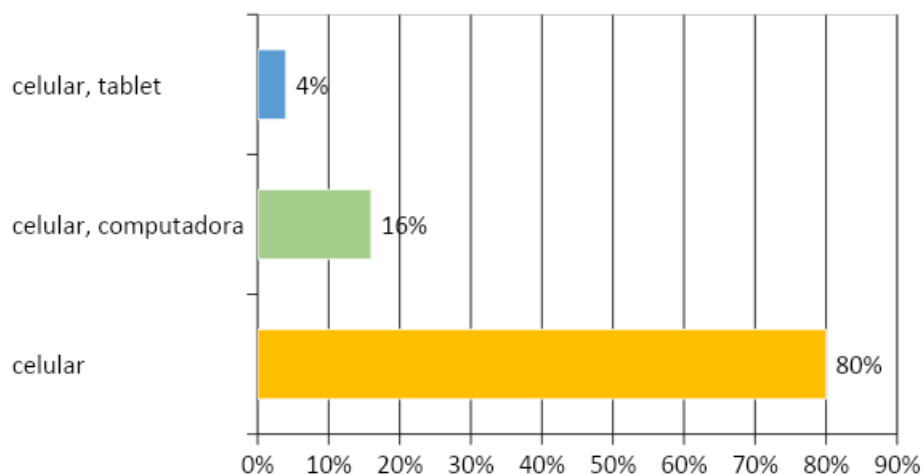
Se puede observar que el 52%(13 pacientes) dicen tener buena señal, pero no es muy notable la diferencia con aquellos que dicen no tener buena señal que abarca el 48% (12 pacientes).

TABLA Y GRÁFICO N°19

¿Con que dispositivos cuenta?

Dispositivos	FA	FR
Celular	20	80%
Celular, computadora	4	16%
Celular, Tablet	1	4%
Total	25	100%

Gráfico n°19



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

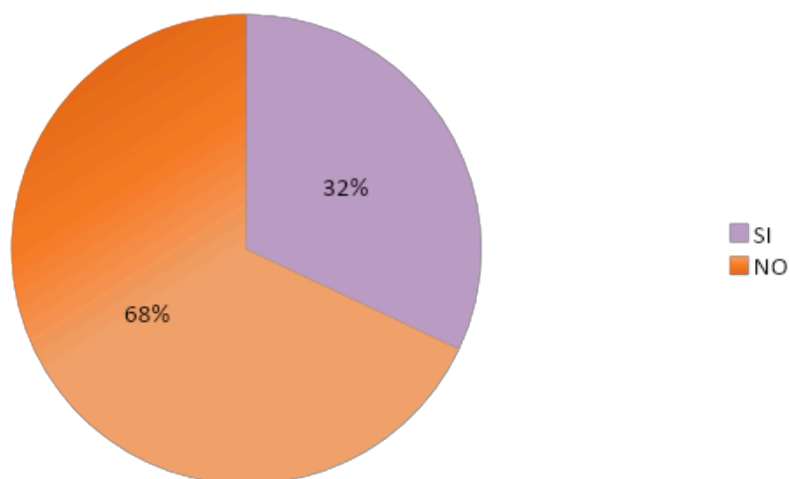
Al observar los datos obtenidos el 80% de los pacientes cuenta con un celular para poder informarse o comunicarse.

TABLA Y GRÁFICO N°20

¿Realiza actividad física?

Actividad física	FA	FR
SI	8	32%
NO	17	68%
Total	25	100%

Grafico n°20



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

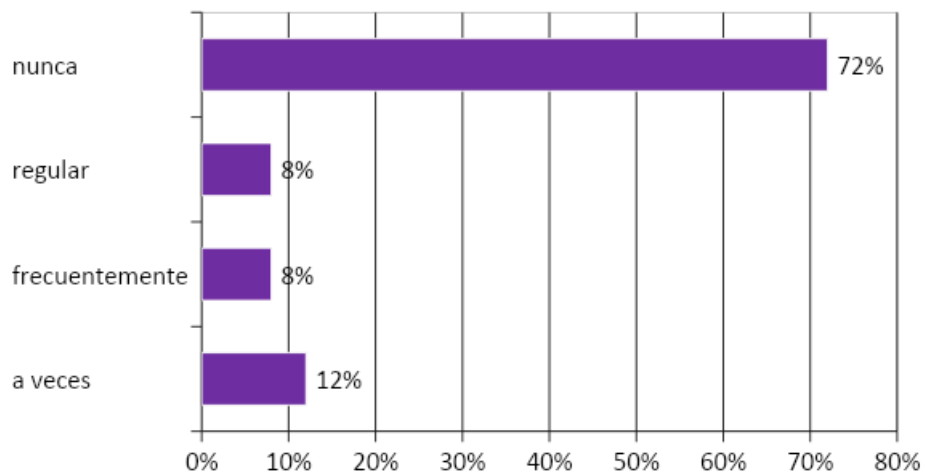
De los encuestados el 68% (17 pacientes) no realiza ninguna actividad física.

TABLA Y GRÁFICO N°21

¿Con que frecuencia realiza actividad física?

Frecuencia	FA	FR
A veces	3	12%
Frecuentemente	2	8%
Regular	2	8%
Nunca	18	72%
Total	25	100%

Gráfico n°21



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

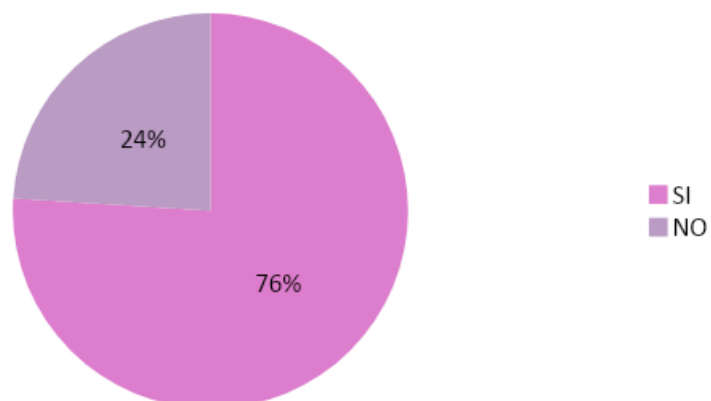
El 72% de los pacientes encuestados manifiestan no realizar ningún tipo de actividad física.

TABLA Y GRÁFICO N°22

¿Logra entender las indicaciones médicas?

Indicaciones medicas	FA	FR
SI	19	76%
NO	6	24%
Total	25	100%

Grafico n°22



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

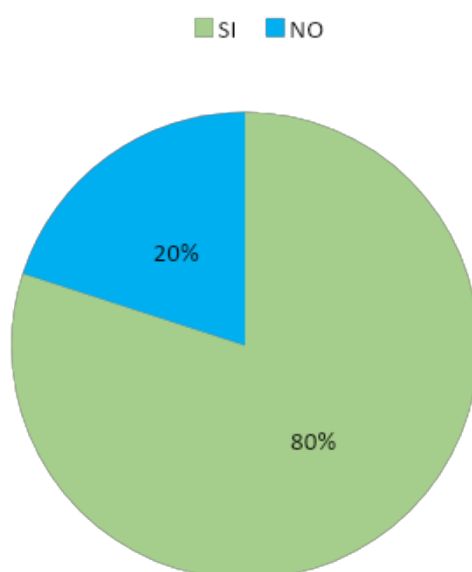
Comentarios:

Según los datos obtenidos el 76% de los pacientes logran entender las indicaciones médicas.

TABLA Y GRÁFICO N°23

¿Entiende la administración del medicamento que se le está recetando?

Administración del medicamento	FA	FR
SI	20	80%
NO	5	20%
Total	25	100%



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

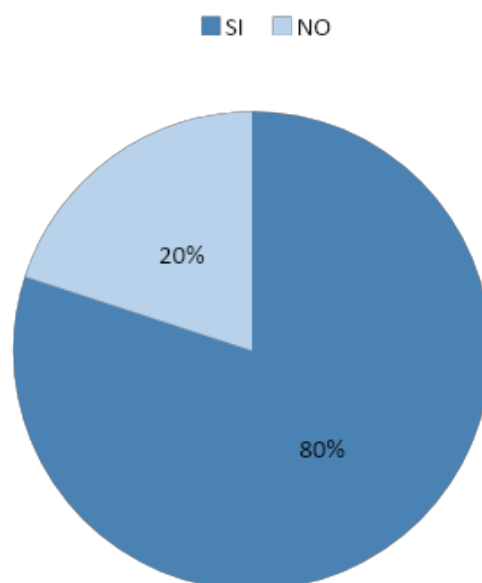
El 80% de los pacientes encuestados entienden la administración (horario, dosis y efectos) del medicamento que se les está recetando.

TABLA Y GRÁFICO N°24

¿La medicación se la provee el medico?

Provisión de la medicación	FA	FR
SI	20	80%
NO	5	20%
Total	25	100%

Grafico n°24



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

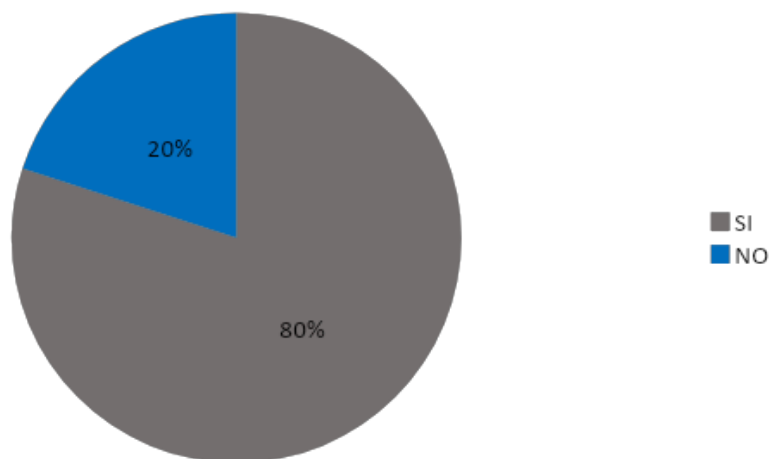
El 80% de los pacientes recibe la medicación por parte del médico/enfermera que se encuentra en la posta sanitaria. El 20% manifiesta que la recibe por pami.

TABLA Y GRÁFICO N°25

¿Se le explica en forma clara y precisa?

Explicación	FA	FR
SI	20	80%
NO	5	20
Total	25	100%

Gráfico n°25



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

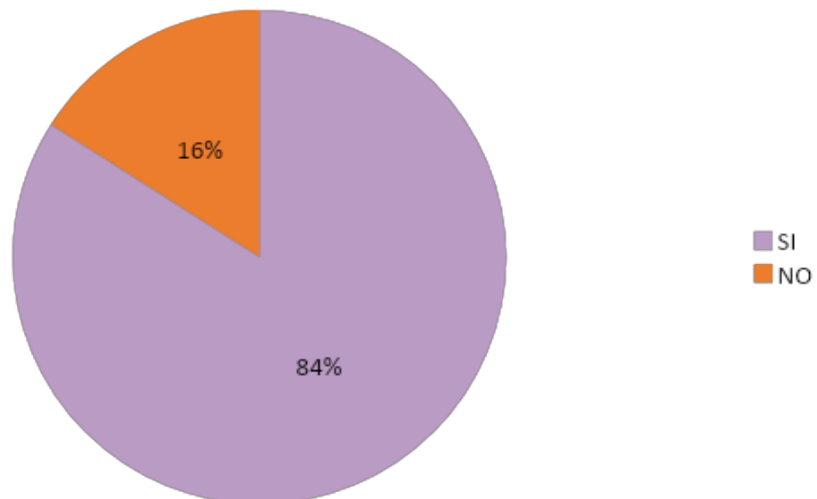
De manera general, vemos que el 80% de los 25 pacientes totales dicen que los profesionales de la salud, específicamente los enfermeros y los médicos explican en forma clara y precisa frente a unos 20% que no tienen la misma opinión.

TABLA Y GRÁFICO N°26

¿El médico le explica su tratamiento?

Explicación	FA	FR
SI	21	84%
NO	4	16%
Total	25	100%

Grafico n°26



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

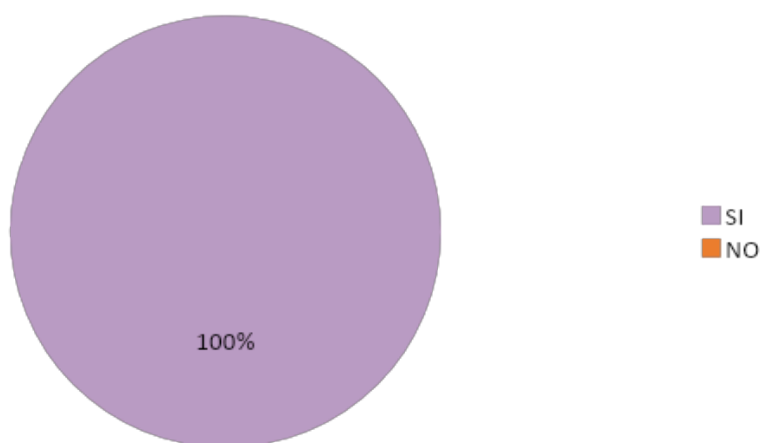
De los 25 pacientes encuestados el 84% manifiesta entender la explicación del médico.

TABLA Y GRÁFICO N°27

¿La enfermera le explica su tratamiento?

Explicación	FA	FR
SI	25	100%
NO	0	0%
Total	25	100%

Gráfico n°27



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

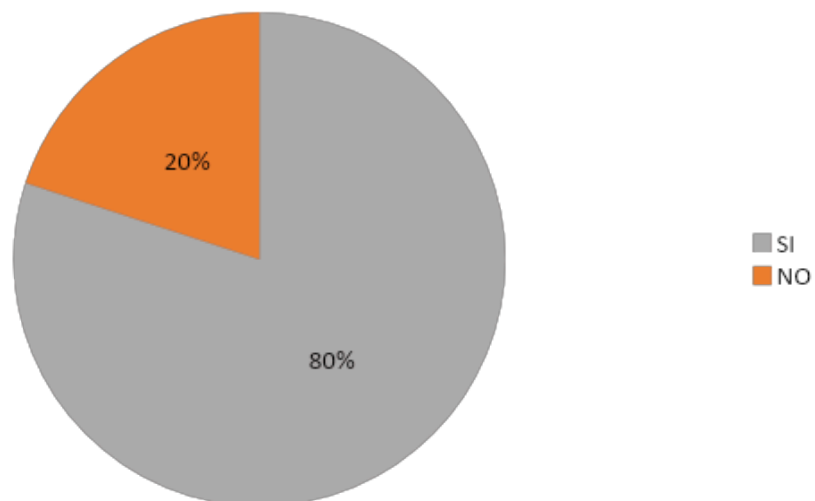
El 100% de los pacientes manifiesta entender la explicación de la enfermera y sentirse más cómodos.

TABLA Y GRÁFICO N°28

¿Entiende su tratamiento?

Tratamiento	FA	FR
SI	20	80%
NO	5	20%
Total	25	100%

Gráfico n°28



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

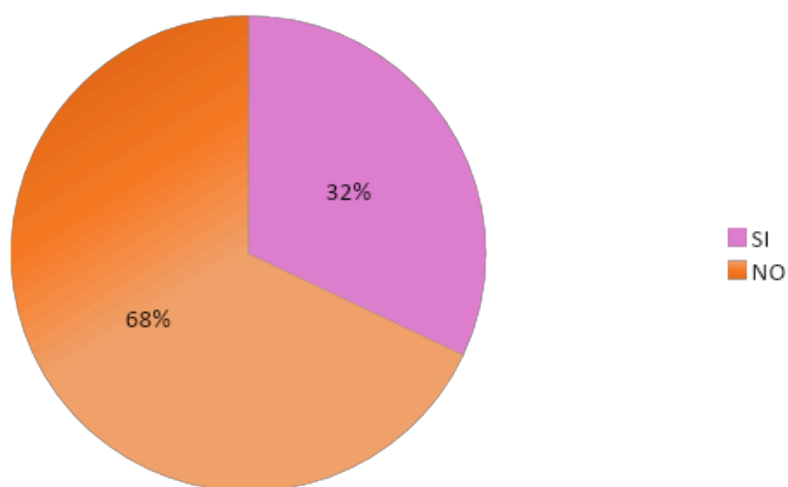
El 80% manifiesta entender la explicación del tratamiento.

TABLA Y GRÁFICO N°29

¿El consultorio tiene el espacio adecuado para atenderlo?

Espacio adecuado para la atención	F.A	F.R
Si	8	32%
No	17	68%
TOTAL	25	100%

Grafico n°29



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

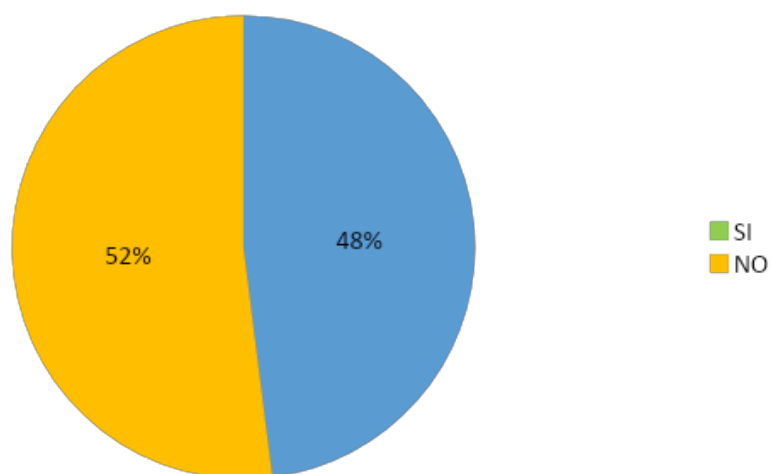
Es evidente que la mayoría de los pacientes que son el 68% manifestaron no estar conforme con el espacio para la atención ya que por momentos suelen haber muchos pacientes

TABLA Y GRÁFICO N° 30

¿Está equipado con los elementos necesarios?

Equipamiento	F.A	F.R
Si	12	48%
No	13	52%
Total	25	100%

Grafico nº30



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

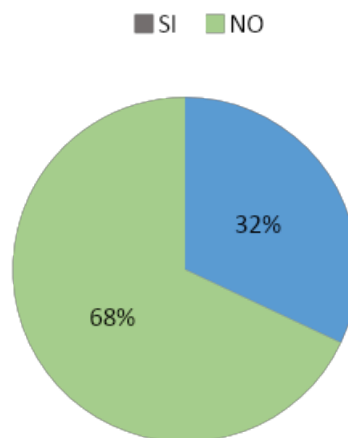
El 52% de los pacientes manifiestan que el establecimiento no cuenta con los elementos necesarios para la atención.

TABLA Y GRÁFICO N°31

¿Se brinda charlas educativas sobre las diferentes patologías?

Charlas educativas	F.A	F.R
Si	8	32%
No	17	68%
Total	25	100%

Grafico n°31



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

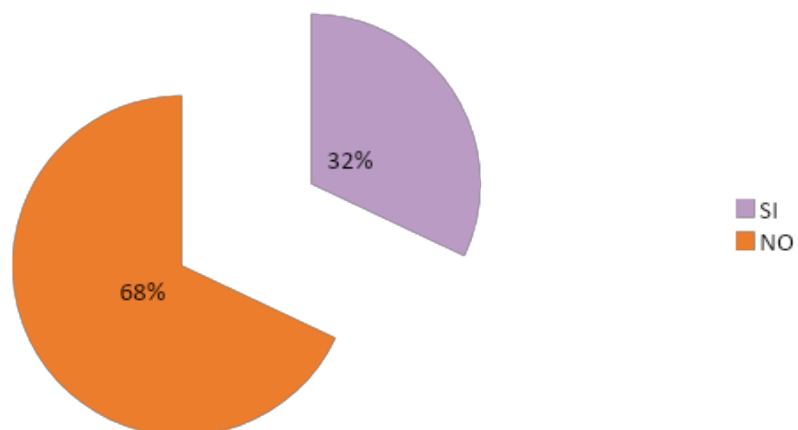
El 68% de los pacientes encuestados refiere que no se brinda charlas educativas sobre las diferentes patologías.

TABLA Y GRÁFICO N°32

¿Cuenta con un lugar para sentarse y que lo capaciten?

Lugar para capacitación	F.A	F.R
Si	8	32%
No	17	68%
Total	25	100%

Gráfico n°32



Fuente: recopilación de datos obtenidos del instrumento personificado

Comentarios:

Resulta notorio que el 68% de los 25 pacientes totales no estén conforme con la creatividad y espacio del lugar de la Posta Sanitario N° para que se pueda impartir temas relacionados a la salud.

CAPITULO 3

CONCLUSIÓN

Se pudo encontrar en esta investigación que los pacientes que más asistieron a la Posta Sanita fueron el 80% del sexo femenino y el 20% fueron los del sexo masculino. Esto nos presenta que han tenido mayor necesidad de búsqueda a la atención sanitaria y que la responsabilidad de la salud se acentúa en ellas.

El mayor dominio de edad fueron aquellos que tienen más de 50 años, con un total de 36%, mientras que los jóvenes (18-28 años) y los adultos maduros (29%-49%), ambos con 32%.

Muchos de los que asisten tienen un nivel educativo bajo, pues predominó la primaria completa con un total de 40%, seguido de primaria incompleta con un 24% y el secundario incompleto con un 16%.

De hecho, la situación laboral ha tenido un impacto negativo en el cubrimiento de las necesidades básicas. El 28% depende de un plan social, el 24% de jubilación, solo el 20% está empleado y el 20% desempleado, ninguno manifestó ser monotributista. Frente a las necesidades básicas, el 72% no le alcanza para cubrirlas, y solo un 28% dijo que sí.

Han sido pocos los que hacen actividad física, comprende el 68% los que sí hacen frente a los que no que fueron el 32%. Y de los que hacen, el 12% a veces y, de forma regular o frecuentemente, cada una un 8%. Como bien se sabe, el ejercicio físico trae resultados beneficiosos para la salud, y es parte de muchas indicaciones médicas, sin embargo, más de la mitad no lo aplica en su quehacer diario.

Los pacientes que tienen una enfermedad diagnosticada son el 40%, de los cuales, el 40% tiene una, el 50% tiene dos, y más de tres el 10%. Se concentra un 60% los que negaron su existencia, sin embargo, por razones de enfermedad infectocontagiosas o de otra índole, los que han sido por tiempo limitado o simplemente por desconocimiento.

Aun así, el 87% de los médicos le explican el tratamiento, y el 100% la enfermera abarcó en su totalidad. La explicación de forma clara y precisa sobre las herramientas educativas fue el 83,3%, un alto nivel. La comprensión de las indicaciones médicas fue del 76% y la administración de medicamentos el 82,6%, mientras que el 79,2% entiende el tratamiento. Vemos que, en esta última, se sitúa en un nivel medio, más allá de los resultados mencionados. Se añade lo anterior, el mismo nivel para los conocimientos sobre su enfermedad que equivale el 50%.

Sobre el contexto, el consultorio no es adecuado para la atención ni tampoco es un lugar para capacitar según el 68% de los pacientes en cada encuesta. Han sido tan solo el 32% de los que participaron a las charlas educativas.

En síntesis, comprender un tratamiento y su esquema no determina que la comunidad desee educarse en cuanto a su salud. Si bien, hubo respuestas favorables, nuestro estudio muestra que existen inequidades. Los efectos de ahondar en el conocimiento y en cómo se desarrolla la enfermedad no han sido motivo para comprender la necesidad del tratamiento. Esta situación se halla en una acción mecánica por parte de los pacientes. Por ende, las herramientas educativas deben emplearse de diversas maneras para que no solo el paciente comprenda la enfermedad que padece, sino que sea el motivo por el cual pueda controlarla y le dé estabilidad a lo largo del tiempo o en la cotidianidad de su vida.

PROPUESTA

Se proporcionará las siguientes informaciones a tener en cuenta para mejorar las estrategias de la identificación de los problemas de la comunidad y la implementación de métodos flexibles para la proximidad de cada paciente, incluyendo a la familia:

1. Dar a conocer los resultados al personal de salud de la Posta San Francisco para que puedan brindar una mejor atención.
2. Armar un equipo interdisciplinario con otros especialistas y reunirse al menos una vez por semana para determinar el problema que manifiesta la comunidad y aplicar temas educacionales dentro de la Posta Sanitaria.
3. Hacer encuestas al menos cada tres meses a los pacientes, únicamente sobre los temas educativos que ellos quisieran conocer. También dar temas sobre pautas específicas que necesitan entender a mayor profundidad.
4. Abordar temas educativos con sencillez, precisión, calidez y sin uso de palabras técnicas, sino que se adapte a la comprensión de las personas. Usar recursos audiovisuales, carteles o fichas de colores.
5. Aplicar educación activa por parte de los pacientes, que sea un feedback del entendimiento y se sientan cómodos con ellos mismos al hablar.
6. Enviar por vía WhatsApp informaciones con fines educativos y vídeos creativos tres veces por semana.

7. Crear un espacio más creativo del lugar, aunque sea limitado, optar por un horario y límite de personas formando grupos y establecer los días en que puedan ir a participar.
8. Debatir mitos, incluir las opiniones de las personas sobre su cultura, dar el espacio para dar a conocer sus experiencias acerca de cómo han controlado su salud. También sobre qué les molestan y que les gustaría a ellos que se mejoren sobre la atención sanitaria.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se ha visto que un gran porcentaje del sexo femenino asiste a la Posta Sanitaria, de hecho, un 80% y se asemeja a una investigación donde las mujeres tienden a adherirse al tratamiento dado a que son más sistemáticas y responsables en el cumplimiento de las indicaciones médicas que los hombres. (42).

Se han presentado que aquellos que tienen más de 50 años, el 36% han sido los más encuestados frente los jóvenes de 18-28 años y adultos maduros, ambos con 32%. Vemos que la tercera edad tampoco tiene inconvenientes en entender el tratamiento y la administración de medicamentos para adherirse al tratamiento. Esto se refleja en un estudio donde los participantes entre 50 y 69 años fueron los que mayor efecto tuvieron en la adherencia terapéutica. (47).

En énfasis, el 50% de los pacientes encuestados dijeron entender su enfermedad mientras que la otra mitad no. En contraste, un estudio analizó que mientras más comprende un doliente sobre su enfermedad, menor preocupación tendría sobre adoptar conductas saludables, es decir, no habría de seguir las indicaciones médicas. En comparación con nuestro estudio, vemos que, el que tenga o no noción sobre el desarrollo, las causas y las consecuencias que contrae la enfermedad no es predictor de que no se pueda comprender un tratamiento y la administración de medicamentos. Es posible que los pacientes hayan adquirido un comportamiento mecánico “en hacer las cosas porque se les dice”, pero esto no determina bajo ninguna circunstancia que se mantengan activos en el tratamiento. (48)

Cabe mencionar que de los que dijeron que si conocen la enfermedad puede que la información que dominan sea tenida como “aislada”, elemental, estereotipada como se mostró en un estudio por lo que no ha sido viable la comprensión de sus causas, manifestaciones y el tratamiento, aunque en nuestro estudio los pacientes sí pudieron entender el tratamiento. (49)

En cuanto a los niveles educativos, en una investigación se demostró que la mayoría de los pacientes que estuvieron al tanto de la adherencia al tratamiento fueron los del grupo preuniversitario debido a que tienen una percepción más realista del riesgo. Esto no guarda relación con nuestro estudio, incluso fue llamativo el hecho de que, en nuestra muestra de pacientes seleccionada, el mayor porcentaje no incidía sobre la comprensión del tratamiento ya que el 80% tenían la primaria completa o incompleta o el secundario incompleto y manifestaron entender el tratamiento. (42)

En algunas bases de datos se ha comprobado que los factores socioeconómicos son influyentes en la adherencia terapéutica, a saber, la pobreza y la falta de empleo, entre otros determinantes. Comparado con nuestro estudio, hemos visto que el 28% depende de un plan social, el 24% de la jubilación y el 20% está desempleado y en relación con las necesidades básicas, el 72% refieren no estar satisfechos con el cubrimiento de la misma. (33, 50)

Lo anterior quiere decir, que a pesar de la situación laboral que cada tenga, no se convierte en una barrera para el acceso a la salud, pero puede que la mayoría no tenga interés por aprender puesto que el 68% había dicho que la Posta Sanitaria no brinda educación, a razón de no haber asistido a ninguna de sus charlas cuando en realidad si se realizan, y aun cuando el medio de comunicación para el aviso, sea por medio de un dispositivo. (33)

En una base de datos se constató que el ejercicio físico es un determinante en el pronóstico de la enfermedad, sobre todo para el control a largo plazo en la adherencia del tratamiento. Sin embargo, el 68% de las encuestas que hemos realizado no se adhiere al ejercicio continuo. Aunque no es un hábito frecuente de los pacientes que asisten en la Posta Sanitaria, parece ser que no es una

incumbencia al momento de aprender y poner en práctica lo que se le ha enseñado.

Sobre la administración de medicamentos, en algunos estudios se ha constatado que en la modalidad en cómo se adecua el esquema terapéutico, determina el seguimiento de la indicación médica por parte del paciente, y que debido al fracaso de esa modalidad los pacientes contraían factores que influían en el entendimiento de la administración, sobretodo el olvido debido a la complejidad que denotaba. A pesar de ello, en nuestro abordaje el 82,6% de los pacientes sí pudieron entender como era el proceso, el rango de horarios, la dosificación, para qué servía y qué efectos les ocasionaba, tan solo un 17,4% no entendieron el proceso de administración y puede deberse lo referido anteriormente. (42, 33)

Aunque no sea un porcentaje elevado de los pacientes que no entendieron la administración de medicamentos, cabe citar que, en una revisión de literatura se comprobó que las causas frecuentes se deben a que toman decisiones en consideración de los factores personales como sus creencias, la percepción sobre la causa de la enfermedad o la manera en cómo cree que debe hacerle frente. (38)

El 60% de los encuestados dijeron que tienen enfermedad crónica, de los cuales el 50% padece dos y el 10 % más de dos. En una base de datos, se observó que a medida que aumente la cronicidad, el cumplimiento al tratamiento disminuye, algo que no fue destacado en comparación con nuestro estudio. Pero, cuando percibe la gravedad de su enfermedad y comienza a entender que esto pone en riesgo su vida, el paciente empieza a cumplir con mayor precisión el tratamiento. Este último se asemeja a la alta cantidad de 79,2% de pacientes que entendieron su tratamiento a pesar de sus condiciones clínicas. (38, 48)

Si bien los profesionales de la salud, específicamente la enfermera y el médico explican el tratamiento a los pacientes, hubo diferencia entre ambos. Pues, la enfermera abarcó el 100% de la explicación, mientras que el médico el 87%. Y es que es importante la relación médico-paciente, ya que en una base de datos

está comprobado que a partir de ella se crea la motivación por la buena comunicación y la confianza para mantener un tratamiento. (38, 25).

Contrariamente en el caso de las respuestas sobre la explicación de la enfermera, ya vimos que tiene un importante valor de los resultados y se compara parcialmente con una investigación sobre la percepción de los pacientes en la comprensión, el respeto y la satisfacción sobre el trato que proporciona la enfermera, en el cual resalta los resultados en valores como mínimos y máximos, pero no en un valor máximo definitivo. Asimismo, en este estudio se puso de manifiesto un nivel medio sobre la empatía y la comunicación en el personal de enfermería, lo cual esta última es una herramienta crucial para orientar al paciente a un mejor estilo y calidad de vida. Podemos entender entonces, que la enfermera de nuestro estudio ha hecho un buen uso con respecto al manejo de la comunicación con los pacientes. (21)

Las habilidades sociales tienen mayor impacto en la enfermería debido al mayor contacto con los pacientes. Contribuyen al que paciente pueda aceptar su enfermedad y por ende los tratamientos médicos. No es sorpresivo, entonces, que la explicación de forma clara y precisa haya tenido al menos un 83,3%.

En definitiva, los pacientes necesitan algo más que una explicación sencilla y la comprensión del tratamiento. Necesitan comprender la raíz de lo que ha causado su enfermedad, así como su evolución cuando se abstienen de los tratamientos o los beneficios de controlarla y el uso de sus recursos internos y externos para que la percepción que tengan, sea un enfoque positivo sobre lo que se les enseña.

La adaptación de varios métodos que se ajuste a la realidad del paciente debe ser creado por los profesionales de la salud ya que son los que están en mejor postura del conocimiento holístico que los rodea y condiciona. Y a partir de ella, puedan hacer que la enfermedad de los pacientes sea vista como algo que se debe cuidar diariamente, conociéndola en profundidad, para vivir en un estado óptimo de bienestar bio-psico-social gozando de sus propias potencialidades y de los recursos que provee la APS en la Posta Sanitaria.

BIBLIOGRAFÍAS

1. Normas Técnicas Postas de salud rural. Editores: Avila L, Padilla C. (Lugar de publicación desconocido). 2011. (3, p3).
2. Argentina.gob.ar. Formatos de intervención (sitio virtual). Argentina. (Editorial desconocida). (Fecha de publicación desconocida). Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/salud/acciones-territoriales/formatos>.
3. Cajachagua Castro M, Roque Guerra E, Colque Machaca N, Mamani Contreras R, Chávez Sosa, J. Cuidado invisible e Imagen social de la enfermera comunitaria. Revista Ene De Enfermería. 2022; 16(3). Disponiblen <http://www.eneenfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/129>
4. Lagoueyte Gómez MI. El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Rev Univ Ind Santander Salud. 2015; 47(2):209-213.
5. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de salud. Editorial: Arch Med Interna (internet).2011.(3,p12).Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003.
6. Martínez-Velásquez J. Niveles de Atención en Salud. Guatemala. 2020:2. Disponible en <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2020/07/2020-niveles-de-atencion-en-salud.pdf>.
7. Calvo Rojas J, Pelegrín Mesa A, Gil Basulto MS. Enfoques teóricos para la evaluación de la eficiencia y eficacia en el primer nivel de atención médica de los servicios de salud del sector público. Retos de la Dirección. 2018:12(1); 100-102.

8. Van der Stuyft P, De Vos P. La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. *Revista cubana de salud pública*. 2008; 34; 2,4.
9. Martínez B. Factores asociados con el proceso de salud y enfermedad en San Antonio (Catamarca, Argentina): un enfoque antropológico. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.) 2016; 32 (3): 411-418.
10. Torres-Esperón M, Dandicourt-Thomas C, Rodríguez-Cabrera A. Funciones de enfermería en la atención primaria de la salud (internet). (Lugar de publicación desconocido). (Editorial desconocida). (Fecha de publicación desconocida). Disponible en: <https://instituciones.sld.cu/polmachaco/files/2016/06/Funciones-de-enfermer%C3%ADa-en-la-atenci%C3%B3n-primaria-de-salud.pdf>. (cerca de 9 y 14 pantallas). (4)
11. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (internet). En: integrantes de la OMS. Ottawa: (editorial desconocida); 21 nov. 1986. Disponible en: <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2011/08/Carta-Ottawa.pdf>.
12. Gutiérrez MA, Ruvalcaba-Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. 2020;1(5): pág. 83.
13. Hernández-Sarmiento JM, Jaramillo-Jaramillo LI, Villegas-Alzate, JD, Álvarez-Hernández LF, Roldan-Tabares MD, Ruiz-Mejía C, Martínez-Sánchez LM. La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. *Archivos de Medicina* 2020; 20(2), 491.
14. García CP, Gallegos-Torres RM. El papel del personal de enfermería en la educación para la salud. *Horiz Enferm* (internet). (citado 2023 jul. 2); p. 272, 273, 276. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1223572/271-285.pdf>.
15. García CP, Gallegos-Torres RM. El papel del personal de enfermería en la educación para la salud. *Horiz Enferm* (internet). (citado 2023 jul. 2); p. 277-280. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1223572/271-285.pdf>.

16. De Vincezi A, Tudesco F. La educación como proceso de mejoramiento de calidad de vida de los individuos y de la comunidad. *Revista Iberoamericana de Educación*. 25 jun. 2009: 1-6.
17. González-Quiñones JC, Restrepo-Chavarriaga G, Hernández-Rojas AD, Ternera-Saavedra DC, Galvis-Gómez CA, Pinzón-Ramírez JA. Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá. *Rev. salud pública*. 16 (6): 871-884, 2014.
18. Falcão LM, Guedes MVC, Borges JWP, Silva GRF. Educational intervention performed by nurses for blood pressure control: a systematic review with meta-analysis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2023;31:e3930. [Access mes día año]; Available in: URL . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6648.3930>
19. Aristizábal-Hoyos GP, Marlene-Blanco-Borjas D, Sánchez-Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: una reflexión en torno a su comprensión. Artículo de revisión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*: 2011; 8.
20. La comunicación social en salud para la prevención de enfermedades en la comunidad. *Humanidades Médicas*. 2018;18(2):384-391.
21. Díaz-Oviedo A, Villanueva-Delgado AI, Martínez-Licona JF. Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: un diagnóstico para una intervención socioeducativa. *EAN*. 2020 febr. 24; 2,4.
22. Naípe Delgado MC, Estopiñán García M, Martínez Abreu J. La comunicación en el primer nivel de atención de salud. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2016 Feb-Mar [citado: fecha de acceso];38(2). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2960/173>.
23. Organización Panamericana de la Salud. *Sistemas de salud basados en la atención primaria de la salud: estrategias para el desarrollo de los equipos APS*. Washington, D.C: (Editorial de publicación desconocida); 2008.
24. La comunicación social en salud para la prevención de enfermedades en la comunidad. *Humanidades Médicas*. 2018;18(2): 394,395.

25. Villalba-Arias J, Almirón-Santacruz J, Torales J. Comprendiendo la conducta del paciente con diabetes: estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. *Med. clín. soc.* 2021;5(2):92.
26. Santos AS, Portes AJF. Percepciones de sujetos sordos sobre la comunicación en la Atención Básica a la Salud. *Revista Latino-americana de Enfermagem.* 2019; vol. 27.
27. Canché-Aguilar DL, Zapata-Vázquez RE, Rubio-Zapata HA, Cámara-Vallejos RM. Efecto de una intervención educativa sobre el estilo de vida, el control glucémico y el conocimiento de la enfermedad en personas con diabetes mellitus tipo 2 en Bokobá, Yucatán. 2019; 30(2).
28. Villalba-Arias J, Almirón-Santacruz J, Torales J. Comprendiendo la conducta del paciente con diabetes: estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. *Med. clín. soc.* 2021;5(2):92,93.
29. La comunicación social en salud para la prevención de enfermedades en la comunidad. *Humanidades Médicas.* 2018;18(2): 397.
30. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Washington, D.C: (Editorial de publicación desconocida); 2004. (p. 3).
31. Vásquez-Morales A, Horta-Roa LF. "Enfermedad crónica no transmisible y calidad de vida. Revisión narrativa." *Revista Facultad Ciencias de la Salud: Universidad del Cauca.* 2018; 35,36.
32. Lemos M, Torres S, Jaramillo I, Gómez PE, Barbosa A. Percepciones de la enfermedad y hábitos de vida saludable en personas con enfermedades crónicas. *Psicogente.* 2019;22(42); 4,5, 11,12.
33. Ramos Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul*ar (internet). 2015 (citado el 3 jul. 2023); (2): 178-179. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1682-00372015000200006&script=sci_arttext
34. Reyes RM. La adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes, hipertensión y obesidad. *Medicina y ética.* 2021; vol. 32, no 4, p. 905.

35. Ortega-Cerda JJ, Sánchez-Herrera D, Rodríguez-Miranda OA, Ortega Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Acta Médica Grupo Ángeles. 2018 julio-septiembre: 16, Núm. 3.
36. Villalba-Arias J, Almirón-Santacruz J, Torales J. Comprendiendo la conducta del paciente con diabetes: estrategias para mejorar la adherencia terapéutica. Medicina clínica y social. 2021 mayo-agosto; 5.
37. Puello-Alcocer EC, Ortega-Montes JE, Valencia Jiménez NN. Factores asociados a la salud de los trabajadores informales agrícolas de la ciudad de Montería. Sección artículos originales. 2013;15.
38. Peralta ML, Carbajal P. Adherencia al tratamiento. Rev Cent Dermatol Pascua. 2008; (17) 3: p. 84-85.
39. Zurera Delgado I, Caballero Villarraso M, Ruíz García M. (2014). Análisis de los factores que determinan la adherencia terapéutica del paciente hipertenso. Enfermería nefrológica. 17(4); 251-260.
40. Agualongo-Quelal DE, Garcés-Alencastro AC. El nivel socioeconómico como factor de influencia en temas de salud y educación. Ensayo. Vínculos-ESPE. 2020; 5.
41. Scorsolini-Comin F. El pasado, el presente y el futuro del concepto de la familia en el campo de la salud: rupturas y permanencias. Scielo. 2022; 31. Núm 3.
42. Quintero LH, Crespo-Fernández DA, Trujillo Cruz L, Hernández-Quintero LM, Azcuy-Pérez M. Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay. 2021; 279-286.
43. Teresa, Salinas-Durán María; Teresa, Sánchez-Estrada; Bertha, Jiménez-Castro Ana. Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2004; vol. 12, no 2, p. 61-63.
44. Bellido Vallejo, J. C.; Lendínez cobo, J. F. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén, España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
45. Henderson V, et al. Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería. Washington, D.C, E.U.A: Publicación Científica; 1961. (pág., 3, 6-11).

46. Alligood MR. Modelos y teorías en enfermería. Elsevier España. 2008; 46.
47. Maldonado-Reyes FJ, Vázquez-Martínez VH, Loera-Morales J, Ortega-Padrón M. Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martín-Bayarre-Grau. *Aten Fam.* 2016; 23 (2):48-52.
48. Mariantonia Lemos, Torres S, Jaramillo I, Gómez PE, Barbosa A. Percepciones de la enfermedad y hábitos de vida saludable en personas con enfermedades crónicas. *Psicogente.* 2019; 22(42).
49. Mora Marcial GR, Verdecia Tamallo K, Rodríguez Vergara T, Nelía del Pino B, Guerra Cabrera C. Adherencia terapéutica en pacientes con algunas enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2017; 33(3): p. 270-280.
50. Diana Elizabeth Agualongo Quelal, Garcés Alencastro AC. El nivel socioeconómico como factor de influencia en temas de salud y educación. *VÍNCULOS-ESPE.* 2020; 5(2): p. 19-27.

ANEXO

Encuesta

La siguiente encuesta tiene como objetivo recolectar información, la cual es anónima y sin fin evaluativo.

1. Sexo:
 - Masculino
 - Femenino
 - No binario
2. Edad:
 - 18 a 28 años
 - 29 a 49 años
 - más de 50 años
3. Estado civil:
 - Soltero/a
 - Casado/a
 - Concubino
 - Viudo/a
4. Nacionalidad:
 - Argentino
 - Extranjero
5. Nivel académico:
 - Primaria completa
 - Primaria incompleta
 - Secundaria completa
 - Secundaria incompleta
 - Terciario
6. Situación laboral:
 - Empleado
 - Desempleado
 - Sin relación de dependencia
 - Monotributista

- Plan social
 - Jubilación
7. ¿Le alcanza para cubrir sus necesidades básicas?
- SI
 - NO
8. ¿Cuenta con servicios públicos?
- SI
 - NO
9. ¿Cuáles?
- Electricidad
 - Agua
 - Gas Natural
 - Garrafa
 - Todos
10. ¿Cantidad de familiares que conviven con usted?
- 1 persona
 - 2 a 3 personas
 - 4 a 6 personas
 - más de 8
11. ¿Usted padece alguna enfermedad?
- SI
 - NO
12. ¿Cuántas?
- 1
 - 2
 - más de 3
13. ¿Qué enfermedad?
- Diabetes
 - Hipertensión
 - Obesidad
 - Otros
14. ¿Tiene conocimiento sobre su enfermedad?
- SI
 - NO

15. ¿Tiene acceso al centro de salud?
- SI
 - NO
16. ¿Cómo se traslada?
- Caminando
 - Auto particular
 - Transporte público
 - Otros
17. ¿Tiene internet en su casa?
- SI
 - NO
18. ¿Cómo es la señal de conexión?
- Buena
 - Mala
19. ¿Con que dispositivos cuenta?
- Celular
 - Tablet
 - Computadora
 - Otros
20. ¿Realiza actividad física?
- SI
 - NO
21. ¿Con que frecuencia?
- Regular
 - Frecuentemente
 - A veces
 - Nunca
22. ¿Logra entender las indicaciones médicas?
- SI
 - NO
23. ¿Entiende la administración del medicamento que se le está recetando?
- SI
 - NO
24. ¿La medicación se la provee el médico?

- SI
 - NO
25. ¿Se le explica en forma clara y precisa?
- SI
 - NO
26. ¿El médico le explica su tratamiento?
- SI
 - NO
27. ¿La enfermera le explica su tratamiento?
- SI
 - NO
28. ¿Entiende su tratamiento?
- SI
 - NO
29. ¿El consultorio tiene el espacio adecuado para atenderlo?
- SI
 - NO
30. ¿Está equipado con los elementos necesarios?
- SI
 - NO
31. ¿Se brinda charlas educativas sobre las diferentes patologías?
- SI
 - NO
32. ¿Cuenta con un lugar para sentarse y que lo capaciten?
- SI
 - NO

NOTA AUTORIZADA

TABLA MATRIZ

Sexo	Edad	Estado Civil	Nacionalidad	Nivel academ	Situacion labo	¿Le alcanza pa	¿Cuenta con s	¿Cuales?	¿Cantidad de	¿Usted padec
Femenino	mas de 50 años	Soltero/a	Extranjero	Primaria com	Jubilacion	SI	SI	Electricidad, A	1 persona	SI
Femenino	29 a 49 años	Casado/a	Argentino	Primaria com	Plan social	NO	SI	Electricidad, A	4 a 6 persona	NO
Femenino	29 a 49 años	Concubino	Argentino	Primaria com	Empleado	NO	SI	Electricidad, A	2 a 3 persona	NO
Masculino	18 a 28 años	Concubino	Argentino	Secundaria in	Empleado	SI	SI	Electricidad, A	4 a 6 persona	NO
Femenino	29 a 49 años	Concubino	Argentino	Primaria com	Plan social	NO	SI	Electricidad, A	4 a 6 persona	SI
Femenino	mas de 50 años	Viudo/a	Argentino	Primaria com	Jubilacion	NO	SI	Electricidad, A	4 a 6 persona	NO
Femenino	mas de 50 años	Concubino	Argentino	Primaria com	Jubilacion	NO	SI	Electricidad, A	mas de 8	SI
Masculino	mas de 50 años	Soltero/a	Argentino	Primaria incor	Jubilacion	NO	SI	Electricidad, A	1 persona	SI
Femenino	29 a 49 años	Casado/a	Argentino	Primaria com	Desempleado	NO	SI	Electricidad, A	4 a 6 persona	NO
Femenino	mas de 50 años	Casado/a	Argentino	Primaria incor	Jubilacion	NO	SI	Electricidad, A	2 a 3 persona	SI
Femenino	mas de 50 años	Soltero/a	Argentino	Primaria incor	Desempleado	NO	SI	Electricidad, A	1 persona	SI
Masculino	mas de 50 años	Casado/a	Argentino	Primaria incor	Sin relacion d	NO	SI	Electricidad, A	2 a 3 persona	SI
Femenino	18 a 28 años	Soltero/a	Argentino	Secundaria co	Desempleado	NO	SI	Electricidad, A	mas de 8	NO
Femenino	18 a 28 años	Concubino	Extranjero	Secundaria in	Desempleado	NO	SI	Electricidad, A	4 a 6 persona	NO
Femenino	18 a 28 años	Concubino	Argentino	Secundaria co	Desempleado	SI	SI	Electricidad, A	4 a 6 persona	NO
Femenino	29 a 49 años	Soltero/a	Argentino	Primaria incor	Empleado	SI	SI	Electricidad, A	4 a 6 persona	NO
Masculino	mas de 50 años	Casado/a	Argentino	Primaria incor	Jubilacion	NO	SI	Electricidad, A	4 a 6 persona	SI
Femenino	18 a 28 años	Soltero/a	Argentino	Primaria com	Plan social	NO	SI	Electricidad, A	4 a 6 persona	NO
Femenino	mas de 50 años	Soltero/a	Argentino	Primaria com	Plan social	NO	SI	Electricidad, A	2 a 3 persona	SI
Femenino	29 a 49 años	Soltero/a	Argentino	Terciario	Empleado	NO	SI	Electricidad, A	4 a 6 persona	NO
Femenino	29 a 49 años	Concubino	Argentino	Terciario	Plan social	SI	SI	Electricidad, A	4 a 6 persona	NO
Masculino	18 a 28 años	Soltero/a	Argentino	Secundaria in	Empleado	SI	SI	Electricidad, A	4 a 6 persona	NO
Femenino	18 a 28 años	Concubino	Argentino	Secundaria in	Plan social	NO	SI	Electricidad, A	4 a 6 persona	NO
Femenino	29 a 49 años	Casado/a	Argentino	Primaria com	Plan social	NO	SI	Electricidad, A	4 a 6 persona	SI
Femenino	18 a 28 años	Soltero/a	Argentino	Secundaria co	Sin relacion d	SI	SI	Electricidad, A	2 a 3 persona	NO

		¿Tiene conoci	¿Tiene acceso	¿Como se tras	¿Tiene intern	¿Como es la s	¿Con que disp	¿Realiza activ	¿Con que frec	¿Logra entend
2	Otros	NO	SI	Caminando	NO		Celular	NO	Nunca	NO
0	ninguna	NO	SI	Caminando	NO		Celular	NO	Nunca	SI
0	ninguna	NO	SI	Caminando	SI	Mala	Celular	NO	Nunca	SI
1	Otros	NO	SI	Caminando	SI	Buena	Celular, Comp	SI	Regular	SI
0	ninguna	SI	SI	Caminando	SI	Buena	Celular	NO	Nunca	SI
1	Otros	NO	SI	Caminando	SI	Buena	Celular, Comp	NO	Nunca	SI
1	Diabetes	NO	SI	Caminando	SI	Buena	Celular	NO	Nunca	SI
0	ninguna	SI	SI	Caminando	SI	Mala	Celular	NO	Nunca	SI
2	Hipertension	NO	SI	Caminando	NO		Celular	NO	Nunca	SI
mas de 3	Otros	NO	SI	Caminando	SI	Buena	Celular	NO	Nunca	SI
1	Otros	SI	SI	Caminando	SI	Buena	Celular	NO	Nunca	SI
0	ninguna	NO	SI	Caminando	SI	Buena	Celular	SI	Frecuenteme	SI
0	ninguna	no	SI	Caminando	SI	Mala	Celular	SI	Frecuenteme	SI
0	ninguna	NO	SI	Caminando	SI	Mala	Celular	NO	Nunca	SI
0	ninguna	NO	SI	Caminando	SI	Buena	Celular, Table	NO	Nunca	SI
2	Hipertension	NO	SI	Caminando	NO		Celular	SI	Regular	NO
0	ninguna	SI	SI	Caminando	SI	Buena	Celular	SI	A veces	SI
2	Otros	NO	SI	Caminando	NO		Celular	NO	Nunca	SI
0	ninguna	SI	SI	Caminando	SI	Mala	Celular	NO	Nunca	SI
0	ninguna	NO	SI	Caminando	SI	Buena	Celular	SI	A veces	NO
0	ninguna	NO	SI	Caminando	SI	Buena	Celular	NO	Nunca	SI
0	ninguna	NO	SI	Caminando	SI	Mala	Celular, Comp	SI	A veces	NO
2	Diabetes	NO	SI	Caminando	SI	Buena	Celular, Comp	NO	Nunca	SI
0	ninguna	SI	SI	Caminando	SI	Mala	Celular	NO	Nunca	NO
0	ninguna	NO	SI	Caminando	SI	Buena	Celular	SI	Nunca	NO

¿Entiende la a	¿La medicació	¿Se le explica en forma clara	¿El medico le	¿La enfermera	¿Entiende su	¿El consultori	¿Esta equipad	¿Se brinda cha	¿Cuenta con u	
NO	NO	SI	NO	SI	SI	No	SI	SI	NO	NO
SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	NO	NO
SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	NO
SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI
SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO
SI	NO	SI	NO	SI	SI	No	NO	NO	NO	SI
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
SI	NO	SI	NO	SI	SI	No	NO	NO	NO	SI
SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO
SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI
SI	SI	NO	NO	NO	SI	No	NO	SI	SI	NO
SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI
NO	SI	NO	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	SI
SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO
NO	SI	NO	SI	SI	SI	No	NO	SI	NO	NO
NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	NO