

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y CIENCIAS DE LA EDUCACION

CARRERA DE ENFERMERÍA

Tema: "Relación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos y diabéticos"

Trabajo de Integración Curricular previo a la obtención del
título de Licenciada en Enfermería

AUTORAS: Cumbal Cuasapaz Karina Yomaira

Guerrero Aragón Lizbeth Jazmín

TUTORA: Msc. Miriam Lucia Villacorte Méndez.

Tulcán, 2025.

CERTIFICADO DEL TUTOR

Certifico que las estudiantes Cumbal Cuasapaz Karina Yomaira y Guerreo Aragón Lizbeth Jazmín con el número de cédula 0401844378 y 0401834940 respectivamente han desarrollado el Trabajo de Integración Curricular: "Relación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos y diabéticos"

Este trabajo se sujeta a las normas y metodología dispuesta en la Codificación del Reglamento de Régimen Académico y de Estudiantes de la UPEC, por lo tanto, autorizo la presentación de la sustentación para la calificación respectiva.

Msc. Miriam Villacorte Méndez

TUTORA

Tulcán, octubre de 2025

AUTORÍA DE TRABAJO

El presente Trabajo de Integración Curricular constituye un requisito previo para la obtención del título de Licenciadas en la Carrera de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud y Ciencias de la Educación

Nosotras, Cumbal Cuasapaz Karina Yomaira y Guerrero Aragón Lizbeth Jazmín con cédula de identidad número 0401844378 y 0401834940 respectivamente declaramos que la investigación es absolutamente original, auténtica, personal y los resultados y conclusiones a los que hemos llegado son de nuestra absoluta responsabilidad.

Cumbal Cuasapaz Karina Yomaira

AUTORA

Guerrero Aragón Lizbeth Jazmín

AUTORA

Tulcán, octubre de 2025

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Nosotras Cumbal Cuasapaz Karina Yomaira y Guerrero Aragón Lizbeth Jazmín declaramos ser autoras de los criterios emitidos en el Trabajo de Integración Curricular: "Relación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos y diabéticos" y se exime expresamente a la Universidad Politécnica Estatal del Carchi y a sus representantes de posibles reclamos o acciones legales.

Cumbal Cuasapaz Karina Yomaira

AUTORA

Guerrero Aragón Lizbeth Jazmín

AUTORA

Tulcán, octubre de 2025

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Politécnica Estatal del Carchi por brindarnos la oportunidad de formarnos profesionalmente y por ser el espacio donde nos permitió adquirir conocimientos y valores.

Queremos expresar nuestra gratitud a nuestra tutora, MSc. Miriam Villacorte, por su guía y paciencia durante todo el tiempo que dedicamos a la elaboración de esta tesis. Su apoyo fue fundamental para el éxito en la realización de este trabajo.

Reconocemos a los docentes de la carrera de Enfermería por compartir sus saberes, conocimientos, experiencias, los cuales fueron muy importantes para nuestro desarrollo profesional.

De manera especial, agradezco al personal del Centro de Salud N.º 1 de Tulcán y al grupo de pacientes hipertensos y diabéticos, por su valiosa colaboración, tiempo y confianza depositada en este proyecto.

Por último, a todas las personas que, de alguna manera, contribuyeron a este logro, nuestro más sincero agradecimiento.

*Cumbal Cuasapaz Karina Yomaira
Guerrero Aragón Lizbeth Jazmín*

DEDICATORIA

A Dios, por concederme la dicha de alcanzar este logro. Lo que en un inicio fue un sueño, hoy se convierte en una realidad gracias a su guía y a las bendiciones recibidas por intercesión de su apóstol San Pedrito.

A mi madre Germania Cuasapaz, ejemplo de amor, fortaleza y sacrificio. Gracias por tu apoyo incondicional, por enseñarme el valor del esfuerzo y por cumplir con valentía el doble papel de madre y padre. Este triunfo también es suyo.

A mi familia, especialmente a mis hermanos Yamilex y Johan, así como a mis tíos, tías y a Don Ramiro, mi padrastro, por su constante respaldo, por sus palabras de aliento y por acompañarme en los momentos más difíciles, brindándome ánimo y esperanza incluso acompañándome en una ciudad desconocida.

A mis amigos, por su comprensión, compañía y apoyo moral durante este proceso. Gracias por compartir conmigo este camino de aprendizaje y superación personal.

Cumbal Cuasapaz Karina Yomaira

Agradezco primeramente a Dios por ser mi guía y fortaleza en cada paso de este camino. Por darme vida, salud, sabiduría y la perseverancia necesaria para culminar esta etapa muy importante en mi vida, por su presencia y bendición en cada paso de mi formación profesional.

A mis padres dar mis más profundo agradecimiento Segundo Guerrero y Norma Aragón por su apoyo incondicional y su amor por creer en mi incluso en los momentos más difíciles , por sus palabras de aliento y por ser la motivación más grande en mi vida y con mucho cariño les diré este logro es mío pero el triunfo es de ustedes a mi hermano Jhordan Guerrero gracias por estar siempre presente , tu compañía, tus consejos y tu confianza en mi han sido fundamental en todo este proceso , esta meta también es tuya gracias por ser no solo mi hermano sino también un gran amigo.

A mi novio, gracias por caminar a mi lado en este proceso lleno de desafíos, aprendizajes y crecimiento, tu amor y comprensión, tus palabras de aliento por celebrar cada pequeño avance como si fuera un gran triunfo. Tu compañía hizo que este camino fuera más llevadero y tu apoyo fue esencial para que hoy pueda cumplir esta meta. Finalmente, a todas las personas y familiares que forman parte de mi vida que de una u otra manera contribuyeron en esta etapa de mi vida

Guerrero Aragón Lizbeth Jazmín

ÍNDICE

RESUMEN.....	11
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN	13
I EL PROBLEMA	14
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	17
1.4. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	18
1.4.1. Objetivo General	18
1.4.2. Objetivos Específicos	18
1.4.3. Preguntas de Investigación.....	18
II FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	20
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	20
2.2. MARCO TEÓRICO.....	23
2.2.1. Enfermedades crónicas	23
2.2.2. Descripción de patología: Hipertensión Arterial	25
2.2.3. Descripción de patología: Diabetes Mellitus	30
2.2.4. Apoyo social	36
2.2.5. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.....	39
2.2.6. Teorizantes y/o modelos de enfermería relacionadas con la investigación 41	
2.2.7. Marco legal.....	44
III METODOLOGÍA.....	48
3.1. ENFOQUE METODOLÓGICO.....	48
3.1.1. Enfoque cuantitativo.....	48
3.1.2. Tipo de Investigación	48

3.2. IDEA A DEFENDER Ó HIPÓTESIS.....	50
3.3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	50
3.3.1. Definición de las variables	50
3.4. MÉTODOS UTILIZADOS.....	52
3.4.1. <i>Métodos</i>	52
3.4.2. Población y muestra.....	53
3.4.3. Técnicas.....	53
3.4.4. Recursos.....	55
2.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	55
IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	57
4.1. RESULTADOS	57
4.1.1. Análisis descriptivo	57
4.1.2. Análisis inferencial	62
4.2. DISCUSIÓN	72
V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	74
5.1. CONCLUSIONES	74
5.2. RECOMENDACIONES.....	75
VI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
VI ANEXOS.....	83

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Clasificación de la hipertensión arterial	26
Tabla 2	Tipos etiopatogénicos de la diabetes	31
Tabla 3	Manifestaciones clínicas de la Diabetes Mellitus	33
Tabla 4	Constitución de la República del Ecuador	45
Tabla 5	Ley Orgánica de Salud	46
Tabla 6	Código Orgánico de la Salud y Normativas Técnicas del MSP	46
Tabla 7	Operalización de las variables	51
Tabla 8	Recursos y presupuesto de la investigación.	55
Tabla 9	Análisis sociodemográfico	57
Tabla 10	Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.....	59
Tabla 11	Escala de conducta terapéutica: enfermedad o lesión.....	60
Tabla 12	Tabla cruzada escala multidimensional de apoyo social percibido y edad	62
Tabla 13	Tabla cruzada escala multidimensional de apoyo social percibido y género	63
Tabla 14	Tabla cruzada escala multidimensional de apoyo social percibido y estado civil.....	63
Tabla 15	Tabla cruzada escala multidimensional de apoyo social percibido y nivel de instrucción	65
Tabla 16	Tabla cruzada escala multidimensional de apoyo social percibido y el trabajo	66
Tabla 17	Tabla cruzada escala multidimensional de apoyo social percibido y tipo de vivienda	66
Tabla 18	Tabla cruzada escala multidimensional de apoyo social percibido y tiempo de diagnóstico	67
Tabla 19	Tabla cruzada escala multidimensional de apoyo social percibido y los controles médicos.....	69
Tabla 20	Tabla cruzada escala multidimensional de apoyo social percibido y el tipo de afiliación	69
Tabla 21	Cruce de variables	70
Tabla 22	Prueba Chi-cuadrado	71

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos 1. Certificado de abstract por parte de idiomas	83
Anexos 2. Carta de solicitud de evaluación del proyecto de investigación.....	85
Anexos 3. Instrumento de evaluación	86
Anexos 4. Consentimiento informado	89
Anexos 5. Autorización por parte del Distrito 04D01	91
Anexos 6 . Registro Fotográfico	92

RESUMEN

La presente investigación tuvo como propósito analizar la relación entre el apoyo social percibido y la adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de Salud N.º 1 de Tulcán, entre agosto y octubre de 2025. El estudio surgió ante la necesidad de comprender de qué manera las redes de apoyo social inciden en el cumplimiento del tratamiento médico, así como en el bienestar integral de quienes viven con enfermedades crónicas. Se aplicó un enfoque cuantitativo con un diseño descriptivo-correlacional y de corte transversal. La población consta de pacientes adscritos al club de hipertensos y diabéticos, y la muestra se integró por 120 participantes. Para la recolección de la información se emplearon instrumentos validados: la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) y la Escala de Conducta Terapéutica. El procesamiento de datos fue mediante el programa SPSS, aplicando estadística descriptiva e inferencial a través de la prueba Chi-cuadrado de Pearson. Los resultados evidenciaron una asociación significativa entre el nivel de apoyo social percibido y la adherencia terapéutica ($p < 0,05$), constatando que el apoyo social actúa como un factor protector esencial, al fortalecer el autocuidado, la motivación y la continuidad del tratamiento. El estudio aportó evidencia teórica y práctica que podrá orientar al personal de enfermería en el diseño de estrategias de intervención y promoción de la salud, con el fin de mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas.

Palabras Claves: apoyo social, adherencia terapéutica, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermería.

ABSTRACT

The purpose of this research was to analyze the relationship between perceived social support and therapeutic adherence in patients diagnosed with arterial hypertension and type 2 diabetes mellitus treated at Health Center No. 1 in Tulcán, between August and October 2025. The study arose from the need to understand how social support networks affect adherence to medical and the overall well-being of those living with chronic illnesses. A quantitative approach was applied, with a descriptive-correlational, cross-sectional design. The population consisted of patients enrolled in the Hypertensive and Diabetic Club, and the sample consisted of 120 participants. For collecting data, validated instruments were used: the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) and the Therapeutic Behavior Scale. Data processing was carried out using the SPSS program, applying descriptive and inferential statistics through Pearson's Chi-square test. The results showed a significant association between the level of perceived social support and therapeutic adherence ($p < 0.05$), confirming that social support acts as an essential protective factor by strengthening self-care, motivation, and continuity of treatment. The study provided theoretical and practical evidence that can guide nursing staff in designing interventions and health promotion strategies to improve therapeutic adherence and quality of life for patients with chronic diseases.

Keywords: social support, therapeutic adherence, arterial hypertension, type 2 diabetes mellitus, nursing.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), incluyendo la hipertensión (HTN) y la diabetes mellitus tipo 2 (T2DM), serán uno de los principales problemas de salud pública en el mundo en las próximas décadas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2024), estas enfermedades seguirán siendo responsables de aproximadamente el 74% de todas las muertes a nivel mundial, con la mayor carga en los países de ingresos bajos y medios. Al mismo tiempo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2023) estima que, en la población envejecida y como consecuencia de la prevalencia de la diabetes en la región, más de 60 millones de personas vivirán con diabetes y más del 35% de los adultos serán hipertensos debido a estilos de vida sedentarios, obesidad y edad avanzada.

Según estimaciones del Ministerio de Salud Pública de Ecuador (MSP, 2023), al igual que en el resto del mundo, la hipertensión arterial no controlada continuará siendo la segunda causa principal de morbilidad en la población adulta del país, mientras que la diabetes mellitus tipo 2 será una de las principales causas de mortalidad. Las proyecciones para la provincia de Carchi, especialmente en el cantón de Tulcán, indican un aumento en el desarrollo de ambas enfermedades en un futuro cercano, lo que requerirá el desarrollo de enfoques multisectoriales complementarios a nivel macro para fortalecer la adherencia terapéutica, la promoción del autocuidado y el desarrollo de sistemas de apoyo social y comunitario.

El enfoque de este análisis se centrará en la relación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica entre pacientes con diabetes e hipertensión inscritos en el Centro de Salud Tulcán N. 1. Se empleará un enfoque cuantitativo para examinar esta relación, utilizando un estudio tipo descriptivo-correlacional transversal, aplicando instrumentos validados internacionalmente como la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) y la Escala de Adherencia Terapéutica. Se analiza si la cantidad de apoyo social percibido y el grado de cumplimiento terapéutico están correlacionados positivamente; es decir los pacientes que sienten mayor apoyo emocional, familiar y comunitario están más dispuestos a adherirse a sus terapias médicas y farmacológicas.

I EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial (HTA) y la diabetes tipo 2 (DM2) se encuentran dentro de las principales enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) más comunes a nivel mundial, representando una carga de manera considerable para los sistemas de salud. Según datos de la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2023), se estima que la HTA afecta aproximadamente a 1.28 millones de adultos, convirtiéndose en la principal causa de enfermedades cardiovasculares y muerte prematura, mostrando que menos del 20% de quienes padecen esta condición logran controlar de forma adecuada su presión arterial.

Por otro lado, la DM2 según estimaciones de la Federación Internacional de Diabetes [FID], (2025) afecta a más de 537 millones de personas y se espera que esta cifra aumente a más de 643 millones para el 2030. Estas patologías se asocian con múltiples complicaciones crónicas, enfrentando un desafío importante en la adherencia al tratamiento, ya que muchos pacientes enfrentan dificultades para seguir de forma adecuada las indicaciones médicas, limitando la efectividad de las intervenciones. En este contexto diversas investigaciones como la de Guo et al., (2023) señalan que contar con redes de apoyo social, tiene una relación significativa con una mayor adherencia a la medicación y autocuidado de los pacientes, debido a que ayuda a superar barreras emocionales y sociales que dificultan la continuidad del tratamiento. De igual forma una de las estrategias propuestas por la Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2024) es la estrategia HEARTS, implementada para optimizar el manejo integral de estas patologías, reconociendo que sin un entorno social que favorezca el soporte del paciente, los protocolos clínicos no logran el impacto esperado en el control de estas enfermedades. En América latina y el Caribe, la HTA y la DM2 de igual forma representan una carga significativa para los sistemas de salud, la HTA afecta a más del 35% de los adultos

entre 30 y 79 años, en donde el 37% desconoce su diagnóstico, el 15% no recibe tratamiento y casi el 47% de quienes, si reciben tratamiento, no logran el control adecuado de su presión arterial (OPS, 2024). Asimismo, la DM2 afecta a 112 millones de personas en las Américas y su mortalidad ha aumentado en un 50% en los últimos 20 años, ubicándose como la sexta causa de muerte y años perdidos por discapacidad (OPS, 2023).

Además, la Sociedad Latinoamericana de Hipertensión, reporta que en la región existe una prevalencia elevada de síndrome metabólico y DM2 que se interrelacionan con la HTA, aumentando el riesgo de complicaciones vasculares graves (Sánchez et al., 2025). Ante este panorama, resulta fundamental considerar además de los factores clínicos, el apoyo social que ha demostrado ser un determinante clave. Un estudio realizado en Perú demostró que el acompañamiento de agentes comunitarios fortalece la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas, al brindar apoyo emocional, educativo y práctico crea un entorno favorable, permitiendo mejorar el seguimiento clínico y reduciendo barreras en contextos vulnerables (Underhill et al., 2024).

La HTA constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel nacional, según Ortiz et al., (2022) datos del Ministerio de Salud Pública y estudios recientes en Ecuador, la prevalencia nacional de HTA es del 20%, siendo más significativa en adultos mayores, especialmente en aquellos con factores de riesgo coexistentes como obesidad, sedentarismo y consumo de alcohol, esta patología representa una de las principales causas de morbilidad cardiovascular en el país, contribuyendo al 22% de las muertes totales anuales.

Por otro lado, la DM2 es otra enfermedad crónica no transmisible de elevada prevalencia y creciente impacto sanitario en Ecuador, Nazate et al., (2024) sostienen que las consecuencias de un mal control metabólico se traducen en complicaciones micro y macrovasculares, generando altos costos económicos, sociales y familiares, a nivel nacional, hasta un 40% de los pacientes con enfermedades crónicas presentan comorbilidades y el 94% de ellos se encuentran polimedicados, lo que incrementa el riesgo de interacciones farmacológicas y reduce la adherencia al tratamiento.

En el ámbito local, estudios realizados en el Asilo Sara Espíndola de Burbano, en la ciudad de Tulcán, Alonzo et al., (2024) evidencian que el 41,2% de los adultos mayores evaluados presentan diagnóstico de hipertensión arterial, y más del 50% padece

comorbilidades como obesidad y falta de actividad física, lo que aumenta su vulnerabilidad, los hallazgos reflejan la necesidad de fortalecer el control clínico y comunitario, particularmente en poblaciones institucionalizadas y en condiciones de fragilidad funcional.

La adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial está condicionada por múltiples factores, entre ellos el apoyo social. Evidencias recientes indican que el acompañamiento familiar, la red de cuidadores y la participación comunitaria mejoran el cumplimiento del tratamiento antihipertensivo, reducen las brechas de seguimiento y control, y potencian el autocuidado, especialmente en adultos mayores (Ortiz et al., 2022).

Por su parte Nazate et al., (2024) en una investigación desarrollada en el Centro de Salud #1 de la ciudad de Tulcán se encontró que el 60% de los adultos mayores con DM2 estaban medicados con insulina, pero el 80% no tenía acceso continuo a sus medicamentos por limitaciones económicas, se demostró que el 100% de los participantes no seguía una dieta hipoglucídica, lo que genera deficiencias significativas en el manejo integral de la enfermedad.

El apoyo social cumple un rol de gran impacto en la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus, las redes de apoyo favorece el acceso a medicamentos y seguimiento continuo, la asistencia a controles periódicos y el cumplimiento de recomendaciones dietéticas y de estilo de vida, según Nazate et al., (2024) en el contexto local de Tulcán, se ha identificado que la adherencia está comprometida por factores económicos, pero también por la ausencia de una estructura de acompañamiento familiar que incentive y supervise el tratamiento diario.

En este sentido, se plantea la siguiente hipótesis: El apoyo social influye significativamente en la adherencia terapéutica de los pacientes con hipertensión arterial y diabetes tipo 2, favoreciendo el cumplimiento del tratamiento y el control de la enfermedad.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos y diabéticos pertenecientes al Centro de Salud N°1- Tulcán, en el periodo 2025?

1.3. JUSTIFICACIÓN

En el manejo de enfermedades crónicas como la HTA y la DM2, uno de los obstáculos más importantes es mantener una adecuada adherencia al tratamiento en los pacientes, pese las estrategias clínicas implementadas, un alto porcentaje de pacientes no logra un control óptimo de su condición, generando complicaciones graves y saturando los sistemas de salud. En este contexto, se ha demostrado que el apoyo social es un factor que incide directamente en el régimen terapéutico, al influenciar en el aspecto emocional, el acceso y seguimiento del tratamiento médico.

Esta investigación tiene como finalidad analizar la relación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión y diabetes del Centro de Salud número 1 de la ciudad de Tulcán, además de identificar si la presencia de redes de apoyo, ya sean familiares, comunitarias o institucionales, pueden mejorar el cumplimiento de las indicaciones médicas, la asistencia a controles, la toma de medicamentos y la adopción de hábitos saludables.

La relevancia del estudio se centra en fortalecer los programas de control de enfermedades crónicas, aportando soluciones a la baja adherencia al tratamiento, optimizando los resultados clínicos, disminuyendo los costos relacionados con hospitalizaciones y la presencia de complicaciones. Este estudio responde a una necesidad local, que se evidencia en la gran afluencia de pacientes que, a pesar de tener un diagnóstico y tratamiento prescrito, no alcanzan metas terapéuticas adecuadas debido a factores como la falta de apoyo, información o motivación.

Los beneficiarios directos son los pacientes con diagnóstico de HTA y DM2 del Centro de Salud, quienes se considerarán en planes de intervención orientados al fortalecimiento del apoyo social. Los beneficiarios indirectos será el personal de salud, quienes obtendrán un enfoque más amplio en relación a las barreras que afectan el tratamiento, de igual forma ayudara a los familiares y cuidadores, quienes podrán integrarse activamente en el proceso terapéutico.

Esta investigación busca contribuir al desarrollo de soluciones prácticas, enfocadas en la dimensión psicosocial de los pacientes, entendiendo que la adherencia no depende únicamente de la voluntad individual, sino del entorno que los rodea.

El alcance o proyección social del estudio, permitirá observar el impacto del acompañamiento emocional, educativo y práctico sobre el tratamiento de

enfermedades crónicas, generando conocimiento útil en el diseño de intervenciones comunitarias que promuevan redes de apoyo más sólidas, que ayuden a fomentar el autocuidado y reforzar la responsabilidad compartida.

En cuanto a la implicación práctica, esta investigación apoyará a los programas de promoción y prevención del Centro de Salud, relacionados a la participación familiar y comunitaria en el proceso de tratamiento, que permitan detectar factores de riesgo que influyen en la adherencia y el diseño de componentes educativos y de soporte emocional.

Desde la utilidad metodológica, se evaluará instrumentos que permitan medir indicadores en el nivel de apoyo social y su asociación con la adherencia terapéutica, que puedan ser utilizados en futuras investigaciones en contextos similares, identificando variables que podrían incluirse en la evaluación integral del paciente crónico, integrando dimensiones clínicas y sociales.

1.4. OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo General

Analizar la relación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos y diabéticos pertenecientes al Centro de Salud N°1- Tulcán, periodo agosto – octubre 2025.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de apoyo social percibido por los pacientes que integran el Club de Hipertensos y Diabéticos del Centro de Salud N.º 1.
- Determinar el grado de adherencia terapéutica, farmacológica y no farmacológica en los pacientes del Club de Hipertensos y Diabéticos.
- Establecer la relación entre el apoyo social percibido y la adherencia terapéutica en los miembros del Club de Hipertensos y Diabéticos del Centro de Salud N.º 1.

1.4.3. Preguntas de Investigación

- ¿Cuál es el nivel de apoyo social percibido por los pacientes que integran el Club de Hipertensos y Diabéticos del Centro de Salud N.º 1?
- ¿Qué grado de adherencia terapéutica, farmacológica y no farmacológica se evidencia en los pacientes del Club de Hipertensos y Diabéticos?

- ¿Existe una relación entre el apoyo social percibido y la adherencia terapéutica en los miembros del Club de Hipertensos y Diabéticos del Centro de Salud N.º 1?

II FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En primer lugar, se menciona un estudio realizado en China por Pan et al., (2021) titulado "Efecto del apoyo social en la adherencia al tratamiento en hipertensión". La investigación tuvo como propósito determinar si el respaldo social se relacionaba con el cumplimiento del tratamiento en personas con diagnóstico de hipertensión arterial. Se aplicó un diseño transversal que incluyó a 453 participantes. Los resultados indicaron que únicamente el 31.1 % de los pacientes mantenía adecuadamente su régimen terapéutico y que existía una relación positiva entre el nivel de apoyo social recibido y el grado de cumplimiento del tratamiento. Los autores concluyeron que fortalecer las redes de apoyo constituye un componente esencial para incrementar la adherencia y mejorar los resultados en salud.

Asimismo, Witts et al., (2024), en Ghana, realizaron un estudio denominado "Influencia del apoyo social percibido y otros factores sobre la adherencia al tratamiento en adultos con enfermedades crónicas no transmisibles", el objetivo fue explorar como el apoyo social se relaciona con la adherencia farmacológica en pacientes con enfermedades crónicas. La metodología utilizada tiene un diseño transversal, en donde se incluyó a 432 pacientes, utilizando la escala MSPSS y la Medication Adherence Rating Scale. En los resultados el 62% alcanzo alto apoyo social, aunque quienes refirieron bajo apoyo mostrando un mayor cumplimiento de recomendaciones de estilo de vida. En conclusión, se resalta que el impacto del apoyo social es complejo y depende de la fuente y la dimensión de la adherencia.

No obstante, Becerra y Villegas, (2021) en su investigación "Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención", tuvo como propósito analizar la relación entre la dinámica familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial, se desarrolló un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo de tipo correlacional, los resultados mostraron que el 89.6% presentó un alta

adherencia terapéutica y que los pacientes pertenecientes a familias con mayor grado de disfuncionalidad presentaron cifras tensionales más elevadas y mayor tiempo de evolución de la enfermedad, los autores concluyen que el apoyo familiar favorece el control de la hipertensión arterial, la adherencia terapéutica.

Toro y Urzúa, (2024) llevaron a cabo un estudio titulado "Apoyo social y su relación con la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial". La investigación tuvo como propósito analizar la relación existente entre la percepción del apoyo social y el cumplimiento terapéutico en personas con diagnóstico de hipertensión. El trabajo se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con diseño correlacional y de tipo transversal. Los hallazgos demostraron que los pacientes que manifestaron una mayor percepción de respaldo social tendían a cumplir de manera más constante con el tratamiento médico y farmacológico. Por el contrario, quienes reportaron escaso apoyo familiar o comunitario presentaron menor adherencia y discontinuidad en los controles clínicos. Los autores concluyeron que el apoyo social tiene una influencia directa y positiva sobre la gestión de la enfermedad, favoreciendo tanto el seguimiento del tratamiento como la prevención de complicaciones a largo plazo.

De manera complementaria, Khalili et al., (2024) realizaron en Irán el estudio titulado "Efecto mediador de la autoeficacia en la relación entre el apoyo social y la adherencia a la medicación en adultos con diabetes tipo 2". El propósito central de esta investigación fue analizar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico, prestando especial atención al papel del apoyo social y la autoeficacia. La investigación se desarrolló bajo un diseño cuantitativo de tipo descriptivo y transversal, con la participación de 170 adultos diagnosticados con diabetes tipo 2. Los resultados mostraron que tanto el nivel de ingresos como la percepción de autoeficacia tuvieron mayor impacto en la adherencia al tratamiento que el apoyo social por sí solo. No obstante, se identificó que el apoyo social ejercía una influencia indirecta a través de la autoeficacia, potenciando su efecto sobre el cumplimiento terapéutico. Los autores destacaron la necesidad de fortalecer las redes de apoyo y promover la autoconfianza del paciente, dado que ambas variables actúan de manera complementaria para mejorar la adherencia y el control de la enfermedad.

Espinosa y Suárez, (2022) realizaron una investigación titulada "Apoyo social percibido en pacientes con diabetes mellitus", cuyo propósito fue examinar el grado de apoyo

social que experimentan las personas con diagnóstico de diabetes tipo 2. El estudio adoptó un enfoque cuantitativo con diseño descriptivo y transversal. Los resultados evidenciaron que el 57 % de los participantes identificó a su familia como principal fuente de apoyo, mientras que el 23 % señaló al personal de salud y el 20 % a sus amigos o vecinos. Los autores concluyeron que el entorno familiar constituye un elemento clave para el acompañamiento físico, emocional y social del paciente, y subrayaron la importancia de fortalecer la comunicación entre el equipo sanitario, el paciente y su núcleo familiar para favorecer la adherencia terapéutica y el bienestar general.

Shahin et al., (2021) desarrollaron una investigación titulada "Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial", cuyo propósito fue analizar los elementos que inciden en el cumplimiento terapéutico de personas diagnosticadas con hipertensión. A través de un enfoque cuantitativo, el estudio determinó que el desconocimiento de la patología, los bajos niveles educativos, la coexistencia de otras enfermedades y la escasa implicación familiar constituyen factores que dificultan la adherencia. Los autores concluyen que resulta fundamental reforzar los canales de comunicación entre el paciente y el personal de salud, así como fomentar la participación familiar en el proceso de cuidado para mejorar la continuidad del tratamiento.

De forma complementaria, Reynoso et al., (2020), en su estudio "La atención en casa: El apoyo familiar en el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2", buscaron describir la relevancia del acompañamiento familiar en el manejo de la glucemia en personas con esta enfermedad crónica. Mediante un diseño observacional y transversal, identificaron que más de la mitad de los participantes presentaban niveles elevados de glucosa, mientras que una minoría contaba con apoyo familiar constante. Los resultados permitieron concluir que el fortalecimiento del compromiso familiar y la educación en el hogar son esenciales para mejorar el control metabólico y la adherencia terapéutica de los pacientes diabéticos.

De forma adicional, en Ecuador Torres y Gavilanes, (2023) realizaron un estudio denominado "Adherencia al tratamiento farmacológico y apoyo familiar en pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud Daniel Álvarez de Loja", el objetivo fue identificar la adherencia al tratamiento y el apoyo familiar recibido, además de establecer la relación entre ambas variables. La metodología empleada fue descriptiva, observacional, con enfoque cuantitativo y de corte transversal,

aplicada a 147 pacientes. Los resultados indicaron que el 80% cumplía de forma adecuada el tratamiento, mientras que el 71% recibía apoyo familiar normal, evidenciando una asociación significativa entre adherencia terapéutica y apoyo familiar. Como conclusión, los autores enfocan como un elemento determinante la participación familiar.

Finalmente, Miranda y Gualán, (2023) en Riobamba, realizaron la investigación de “Adherencia terapéutica en diabéticos tipo 2 de un centro de salud de Ecuador” el propósito del estudio fue determinar el nivel de adherencia terapéutica y los factores que influyen en el cumplimiento del tratamiento. El estudio fue de carácter prospectivo, transversal, descriptivo y observacional, con una población de 52 personas. Los resultados indicaron que el 56.2% no tenían adherencia al tratamiento, mientras que el 43.7% si lo cumplían, el convencimiento sobre la importancia de mantener la continuidad del tratamiento fue el factor más influyente en la adherencia. Como conclusión se menciona que la falta de adherencia sigue siendo un problema relevante y destaca la necesidad de fortalecer estrategias de educación.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Enfermedades crónicas

2.2.1.1. Definición

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, se caracterizan por su curso prolongado, progresión lenta y ausencia de una cura definitiva, por lo que su abordaje terapéutico se orienta principalmente al control de los síntomas y a la mejora de la calidad de vida de quienes las padecen, estas patologías generan repercusiones tanto físicas como psicológicas en el individuo, su aparición está asociada a diversos factores, entre ellos, los modificables relacionados con los hábitos y estilos de vida, los no modificables, como la edad y la predisposición genética, asimismo, el pronóstico depende en gran medida del tratamiento y del manejo integral que se brinde a la enfermedad. (Loscalzo et al., 2022).

2.2.1.2 Clasificación

Peña et al., (2023) dice que las enfermedades crónicas o enfermedades no transmisibles se dividen principalmente en las siguientes:

- Enfermedades cardiovasculares: las principales en este medio es la hipertensión arterial, accidente cerebrovascular;

- Enfermedades respiratorias crónicas: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc) y asma;
- Cáncer;
- Enfermedades metabólicas: diabetes y obesidad entre las más comunes;
- Enfermedades autoinmunes: como artritis reumatoide, esclerosis múltiple, lupus, entre otras;
- Enfermedades mentales: depresión y ansiedad entre las más frecuentes (peña et al., 2023).

2.2.1.3 Factores de riesgo

Las enfermedades crónicas pueden presentarse en cualquier etapa de la vida, aunque su prevalencia aumenta significativamente en la población adulta mayor, en la mayoría de los casos, su desarrollo se asocia a la falta de actividad física, una alimentación inadecuada, la exposición al humo del tabaco y el consumo de alcohol, factores que reflejan la influencia directa del estilo de vida sobre la salud (Zhou et al., 2021).

Además, intervienen determinantes biológicos, como la predisposición genética o hereditaria y factores medioambientales, entre los cuales destaca la contaminación atmosférica, asimismo, las condiciones sociales y económicas desempeñan un papel relevante en la aparición y progresión de estas patologías, ya que la limitación de recursos puede restringir el acceso oportuno a los servicios de salud y dificultar la adherencia al tratamiento prescrito. (Rozman y Cardellach, 2024).

2.2.1.4 Prevención y Control

Uno de los propósitos fundamentales de los sistemas de salud es la reducción de los factores de riesgo asociados al desarrollo de enfermedades crónicas, para lograrlo, se promueve un enfoque integral e intersectorial, con especial énfasis en los ámbitos de la salud y la educación, orientado a la prevención y mitigación de dichos riesgos (Rozman y Cardellach, 2024).

Entre las estrategias prioritarias se incluyen la educación al paciente sobre estilos de vida saludables, la promoción de la actividad física, una alimentación equilibrada, la realización de controles médicos periódicos, la reducción de hábitos nocivos como el consumo de alcohol y tabaco, así como la adherencia a tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos (Toro y Urzúa, 2024).

En este contexto, el acompañamiento familiar y la adherencia terapéutica constituyen elementos esenciales para el manejo efectivo de las enfermedades

crónicas, dado que el control de estas patologías requiere habitualmente de un régimen terapéutico estricto y de un seguimiento continuo que garantice el cumplimiento de las indicaciones médicas y favorezca la estabilidad del paciente (Toro & Urzúa, 2024).

2.2.2. Descripción de patología: Hipertensión Arterial

2.2.2.1 Definición

Esta alteración hemodinámica multifactorial, en el cual interactúan mecanismos neurohormonales, renales y vasculares, que ocasionan remodelación vascular, aumento de la rigidez arterial y una elevación persistente de la presión arterial por encima de umbrales considerados de riesgo, medida bajo condiciones apropiadas, repetidas y en días distintos, se ha considerado la presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg como criterio diagnóstico, con repercusión en los órganos diana como corazón, cerebro, riñones, retina y sistema vascular periférico (McEvoy y Touvyz, 2024).

2.2.2.2 Epidemiología

(Zhou et al., 2021) han subrayado que la HTA elevada tiene factores de riesgo modificables importantes globalmente para desarrollar la enfermedad cardiovascular y mortalidad relacionada, se proyecta que para 2025 más de 1 500 millones de personas podrían tener hipertensión, además en los países de ingresos medios y bajos, la prevalencia ha aumentado notablemente, mientras que en países de ingresos altos la tendencia ha sido más controlada.

2.2.2.3 Etiología

Peña et al., (2023) mencionan que las causas de la hipertensión se clasifican en dos grandes grupos:

Hipertensión esencial o primaria representa entre el 85 a 95% de los casos: sin una causa identificable, resultado de la interacción entre predisposición genética, factores ambientales, edad, obesidad, estrés, sedentarismo y dieta rica en sodio. Factores que promueven la hiperactividad simpática, alteración del sistema renina-angiotensina-aldosterona y disfunción endotelial aumentando así la resistencia periférica sistémica (Peña et al., 2023).

Hipertensión secundaria representa del 5 a 10% de los casos: tiene un origen identificable y puede aparecer en respuesta a enfermedades renales, endocrinas, vasculares, apnea del sueño, consumo de fármacos o toxinas. Entre las causas más

frecuentes se incluyen el aldosteronismo primario, estenosis de arteria renal, coartación de aorta, feocromocitoma y síndrome de Cushing (Peña et al., 2023).

2.2.2.4 Factores de riesgo

Rozman y Cardellach, (2024) señalan que los factores de riesgo de HTA son múltiples y pueden agruparse en:

No modificables: edad avanzada, sexo masculino, historia familiar de HTA, y origen étnico afrodescendiente (Rozman y Cardellach, 2024).

Modificables: obesidad, dieta hipersódica, deficiencia de potasio, alimentario, consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, dislipidemia, sedentarismo, estrés psicosocial y diabetes mellitus. Además, la comorbilidad cardiovascular incrementa el riesgo global, especialmente en presencia de daño en órgano diana como hipertrofia ventricular izquierda, nefropatía o retinopatía hipertensiva, otras condiciones predisponentes incluyen enfermedades renales, apnea obstructiva del sueño, preeclampsia o menopausia precoz (Rozman y Cardellach, 2024).

2.2.2.5 Tipos o clasificación

Loscalzo et al., (2022) aseguran que la HTA se clasifica según la severidad de las cifras tensionales y según el contexto clínico, las categorías definidas por las guías europeas son:

Tabla 1 Clasificación de la hipertensión arterial

Categoría	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	<120	<80
Prehipertensión	120–139	80–89
Hipertensión Grado I	140–159	90–99
Hipertensión Grado II	160–179	100–109
Hipertensión Grado III	≥180	≥110
Sistólica aislada	≥140	<90

Nota: (Loscalzo et al., 2022)

Por otro lado, se diferencian estadios clínicos por riesgo: etapa 1 HTA leve sin daño orgánico; etapa 2 con hipertrofia ventricular izquierda leve o microalbuminuria y etapa 3 HTA establecida con enfermedad vascular o renal significativa, cabe señalar que la HTA en el embarazo se califica en preeclampsia, eclampsia, HTA gestacional por sus criterios propios (Loscalzo et al., 2022).

Rozman y Cardellach, (2024) reconocen formas especiales de la hipertensión arterial:

- Hipertensión resistente: cuando persiste presión arterial elevada pese a uso de tres antihipertensivos de clases diferentes, uno de ellos diurético, a dosis optimizadas;

- Hipertensión de bata blanca: elevación de la presión arterial en consultorio, pero normal en mediciones ambulatorias u hogareñas;
- Hipertensión enmascarada: presión normal en el consultorio, pero existe elevación de la presión arterial fuera de consulta (rozman y cardellach, 2024).

2.2.2.6 Fisiopatología

Argente y Álvarez, (2021) recalcan que la fisiopatología de la HTA es esencial y compleja e involucra alteraciones en los mecanismos de regulación de la presión arterial:

- Hiperactividad simpática que incrementa el tono vasomotor, la frecuencia cardíaca, aumento de la resistencia vascular periférica sistémica y catecolaminas;
- Disfunción del sraa, con aumento exagerado de renina, angiotensina ii y aldosterona, generando vasoconstricción, retención de sodio y remodelado vascular;
- Daño endotelial con reducción de óxido nítrico, péptidos natriuréticos y aumento de estrés oxidativo;
- Alteraciones renales que disminuyen la excreción de sodio y agua, elevando el volumen plasmático (argente y álvarez, 2021).

Estas alteraciones inducen hipertrofia vascular, rigidez arterial y aumento de las resistencias periféricas, consolidando el estado hipertensivo (Argente y Álvarez, 2021).

2.2.2.7 Manifestaciones clínicas

Peña et al., (2023) manifiestan que la HTA suele ser asintomática en fases iniciales, por lo que se la denomina el "asesino silencioso", en estadios avanzados o en compromiso en órganos diana pueden aparecer:

- Cefalea occipital matutina, mareos, epistaxis, tinnitus o visión borrosa;
- Signos de hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia cardíaca, nefropatía crónica o retinopatía hipertensiva;
- En crisis hipertensivas, se observan síntomas neurológicos cefalea intensa, confusión, convulsiones, disnea o dolor torácico(peña et al., 2023).

2.2.2.8 Medios diagnósticos

Argente y Álvarez, (2021) destacan que el diagnóstico de HTA se fundamenta en mediciones reiteradas de presión arterial con técnicas estandarizadas, se deben promediar al menos dos o tres lecturas en dos o más ocasiones, las guías recomiendan usar monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) como estándar

de referencia, esto permite confirmar el diagnóstico y detectar fenotipos especiales como HTA de bata blanca o HTA enmascarada.

Según Loscalzo et al., (2022) una vez documentada la HTA, la evaluación inicial encierra:

- Anamnesis detallada con; antecedentes personales, familiares, fármacos, síntomas sugerentes de causas secundarias;
- Examen físico completo búsqueda de soplos vasculares, asimetrías de pulsos, signos de daño cardiovascular;
- Análisis de laboratorio deben medir glucosa en ayunas, perfil lipídico, creatinina y electrolitos, hematocrito y microalbuminuria;
- Electrocardiograma de reposo y, a veces, ecocardiograma ayudan a detectar hipertrofia o isquemia;
- Si se sospecha hta secundaria, se solicitan estudios dirigidos como renina, aldosteronas séricas, ultrasonido renal doppler, prueba de sueño (loscalzo et al., 2022).

2.2.2.9 Tratamiento

2.2.2.9.1. Farmacológico

De acuerdo con Stevens (2023), los medicamentos antihipertensivos se clasifican en distintos grupos farmacológicos que actúan mediante diversos mecanismos para reducir la presión arterial y proteger la función cardiovascular. Entre los más empleados se encuentran aquellos que inhiben la acción de la enzima convertidora de angiotensina, cuyo efecto consiste en bloquear la formación de angiotensina II, una sustancia que provoca vasoconstricción y aumento de la presión arterial.

Asimismo, se utilizan los antagonistas de los receptores de angiotensina II, que impiden la unión de dicha hormona con sus receptores, favoreciendo la vasodilatación y el control de la tensión arterial. Otro grupo relevante lo constituyen los bloqueadores de los canales de calcio, fármacos que disminuyen la contracción del músculo cardíaco y de las paredes vasculares, ayudando a reducir la presión sanguínea.

También se incluyen los diuréticos tiazídicos o de acción prolongada, que actúan promoviendo la eliminación de sodio y agua, lo cual contribuye a disminuir el volumen circulante. En casos específicos, pueden emplearse betabloqueadores para controlar la frecuencia cardíaca y otras clases farmacológicas, como los agonistas alfa o los bloqueadores centrales, que suelen utilizarse como tratamientos

complementarios según las características del paciente y la respuesta clínica (Stevens, 2023).

2.2.2.9.2. No farmacológico

McEvoy y Touvyz, (2024) consideran que las modificaciones del estilo de vida son la base y deben acompañar al tratamiento farmacológico:

- Dieta baja en sodio, con alto consumo de potasio en frutas y verduras;
- Dieta dash (enfoques dietéticos para detener la hipertensión): rica en frutas, verduras, bajo consumo de grasas saturadas y productos ultraprocesados;
- Reducción del peso corporal;
- Actividad física regular: al menos 150 minutos semanales de ejercicio;
- Limitación del consumo de alcohol;
- Abstinencia de tabaquismo y manejo del estrés (mcevoy y touvyz, 2024).

2.2.2.9.3. Quirúrgico

Argente y Álvarez, (2021) señalan que no existe cirugía curativa para la HTA y las intervenciones quirúrgicas están reservadas para las formas secundarias corregibles:

- Coartación de aorta: reparación quirúrgica o angioplastia;
- Feocromocitoma: resección tumoral;
- Estenosis de arteria renal: angioplastia con stent o cirugía vascular;
- Aldosteronismo primario: adrenalectomía en adenomas unilaterales (argente y álvarez, 2021).

2.2.2.10 Atención de enfermería

Según Mamani et al., (2023) se orienta a la detección precoz, el control terapéutico, la adherencia al tratamiento y la reducción de los factores de riesgo modificables, el profesional de enfermería hace vigilancia epidemiológicamente la comunidad, identificando grupos vulnerables y asegurando la continuidad del cuidado a lo largo del ciclo vital.

En el ámbito asistencial, las intervenciones de enfermería contienen la toma de la presión arterial en diferentes contextos en el domicilio, consulta o brigadas comunitarias, la valoración de riesgos índice de masa corporal, hábitos alimentarios, consumo de sal, nivel de actividad física y antecedentes familiares, y la educación terapéutica personalizada (Mamani et al., 2023).

Además, debe evaluar la adherencia farmacológica, identificar efectos adversos de los medicamentos antihipertensivos y registrar las cifras tensionales para ajustar el plan de cuidados en coordinación con el equipo interdisciplinario, promueve el

autocuidado, capacitando al usuario para realizar la medición de su presión arterial y reconocer signos de alarma como cefalea intensa, disnea o visión borrosa (Mamani et al., 2023).

2.2.2.11 Prevención

Peña et al., (2023) hacen referencia a que está encaminada a reducir la incidencia de la enfermedad mediante estrategias de promoción de estilos de vida saludables, las acciones se organizan en tres niveles:

Prevención primaria: incluye campañas educativas sobre reducción del consumo de sal, promoción de dietas equilibradas con alto contenido en frutas y verduras, fomento del ejercicio físico regular y control del peso corporal, se desarrollan talleres comunitarios, ferias de salud y programas escolares dirigidos a prevenir la obesidad infantil, reconociendo la importancia de la modificación de hábitos (Peña et al., 2023).

Prevención secundaria: se centra en la detección temprana de casos mediante el cribado poblacional, la toma de presión arterial a grupos de riesgo adultos mayores, embarazadas, personas con antecedentes familiares de HTA o diabetes, referencia oportuna a servicios médicos, dar seguimiento y educación continua para prevenir la progresión hacia estadios severos (Peña et al., 2023).

Prevención terciaria: busca evitar complicaciones cardiovasculares en pacientes diagnosticados, mediante el control estricto de la presión arterial, la adherencia al tratamiento y la educación sobre la importancia del cumplimiento terapéutico, el acompañamiento domiciliario y la consejería familiar fortalecen la red de apoyo del paciente, garantizando un abordaje centrado en la persona y su entorno (Peña et al., 2023).

2.2.3. Descripción de patología: Diabetes Mellitus

2.2.3.1 Definición

Según Peña et al. (2023), la diabetes mellitus constituye un trastorno metabólico de carácter crónico que afecta múltiples sistemas del organismo. Se distingue por una elevación persistente de la glucosa en sangre y por alteraciones en el metabolismo de los carbohidratos, lípidos y proteínas. Esta condición se origina por una producción inadecuada de insulina, una respuesta deficiente del cuerpo a dicha hormona o una combinación de ambas. A largo plazo, la hiperglucemia provoca daños y disfunciones micro y macrovasculares que comprometen órganos como los ojos, los riñones, el sistema nervioso, el corazón y los vasos sanguíneos.

2.2.3.2 Epidemiología

(Russo et al., 2023) afirman que en el año 2024 existen 488 millones de adultos con niveles altos de glucosa y se estima que aumente a 648 millones para el 2050 en el rango de 20 a 79 años.

2.2.3.3 Etiología

Las dos variantes principales de la diabetes, DM 1 y DM 2, son afecciones clínicas distintas y heterogéneas, su etiología es de naturaleza multifactorial, derivada de la interacción de múltiples polimorfismos distribuidos en diferentes genes, existe un factor genético predisponente, un factor epigenético y un factor ambiental desencadenante, además de una interacción compleja gen-gen y gen-ambiente, contribuyendo de manera variable a la susceptibilidad y desarrollo de la enfermedad (Rozman y Cardellach, 2024).

Tabla 2 Tipos etiopatogénicos de la diabetes

Características	Tipo 1	Tipo 2
• Edad comienzo en (años)	• Menor de 20	• Mayor de 40 años
• Proporción de todos los pacientes con diabetes.	• 10%	• 90%
• Tenencia estacional	• Otoño, invierno	• Ninguna
• Aparición de los síntomas	• Agudos, subagudos	• Lentos
• Cetoacidosis metabólica	• Frecuente	• Rara
• Sobrepeso u obesidad al comienzo	• Raro	• Frecuente
• Células beta	• Disminuidas	• Variables
• Insulina	• Disminuida	• Variable
• Historia familiar de diabetes	• Infrecuente	• Frecuente
• Asociación con HLA	• Si	• No
• Células inflamatorias en los islotes	• Presentes inicialmente	• Ausentes
• Auto anticuerpos (marcadores)	• Si	• No

Nota: (Argente y Álvarez, 2021)

2.2.3.4 Factores de riesgo

Según Loscalzo et al., (2022) los factores de riesgo de la diabetes son:

- obesidad visceral y sobrepeso;
- sedentarismo;
- dieta hipercalórica y rica en azúcares simples;
- antecedentes familiares de DM;
- hipertensión arterial y dislipidemia;
- edad >45 años;
- síndrome de ovario poliquístico;

- antecedente de diabetes gestacional o macrosomía fetal (Loscalzo et al., 2022).

2.2.3.5. Tipos o clasificación

De acuerdo con la Asociación Americana de Diabetes [ADA], (2023) la diabetes se clasifica en:

- Diabetes tipo 1: también conocida como diabetes juvenil, bajo esta condición se produce poca o ninguna cantidad de insulina en el páncreas es de carácter autoinmune o idiopático;
- Diabetes tipo 2: se produce más en la población adulta con resistencia a la insulina o deficiencia relativa de insulina;
- Diabetes gestacional: diagnosticada durante el embarazo por niveles altos de glucosa en sangre;
- Otros tipos específicos: monogénicos, secundarios a enfermedades pancreáticas o fármacos;
- Prediabetes: glucosa alterada en ayuno o tolerancia alterada a la glucosa(ada, 2023).

2.2.3.6 Fisiopatología

Rozman y Cardellach, (2024) explican que el proceso fisiopatológico fundamental de la diabetes mellitus se relaciona con una deficiencia total o parcial de insulina y con la resistencia de los tejidos periféricos a su acción. En el caso de la diabetes mellitus tipo 1, la enfermedad se origina por la destrucción autoinmune de las células β del páncreas, lo que provoca una ausencia casi completa de secreción de insulina. Como consecuencia, el organismo depende del suministro externo de esta hormona para mantener el equilibrio metabólico y prevenir la cetosis.

Por su parte, en la diabetes mellitus tipo 2 se observa una combinación de resistencia a la acción de la insulina y una disminución progresiva en la capacidad funcional de las células β pancreáticas. Estos fenómenos conducen a una hiperglucemia persistente y a la pérdida gradual del control glucémico a lo largo del tiempo.

Ambos mecanismos patogénicos ocasionan un aumento de la producción hepática de glucosa, una menor captación de glucosa en los tejidos periféricos y una mayor degradación de los lípidos, favoreciendo así la formación de cuerpos cetónicos y las alteraciones metabólicas características de la enfermedad (Rozman y Cardellach, 2024).

2.2.3.7 Manifestaciones clínicas

Argente y Álvarez, (2021) mencionan que existe la posibilidad de que los síntomas de la diabetes aparezcan años después de padecer diabetes, estos pueden variar según el nivel de glucosa que se tenga en la sangre, los más habituales son:

Tabla 3 Manifestaciones clínicas de la Diabetes Mellitus

Clasificación	Inicio	Síntomas cardinales	Síntomas asociados	Particularidades
Diabetes mellitus tipo 1 (DM1)	Súbito, en semanas o meses.	Polidipsia, poliuria, polifagia, astenia, pérdida de peso inexplicable.	Fatiga, visión borrosa, náuseas, vómitos.	Puede aparecer la cetoacidosis diabética, lo que incluye: respiración de Kussmaul, dolor abdominal y alteración de conciencia.
Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)	Gradual, en años	En menor intensidad: Polidipsia, poliuria, polifagia, astenia y cambios en el estado de ánimo.	Fatiga, infecciones urinarias y cutáneas recurrentes, retraso en cicatrización y parestesias.	Puede ser asintomática; a menudo diagnosticada por hallazgos en exámenes de rutina o complicaciones crónicas.
Diabetes gestacional (DMG)	Se presenta generalmente en el 2 ^{do} y 3 ^{er} trimestre del embarazo	Ausentes o leves: polidipsia, poliuria, fatiga.	Aumento de peso excesivo materno	Suele detectarse por tamizaje; complicaciones indirectas: macrosomía fetal, polihidramnios, hipertensión gestacional

Nota: (Argente y Álvarez, 2021)

2.2.3.8 Medios diagnósticos

De acuerdo con los criterios establecidos por la American Diabetes Association (ADA, 2023), el diagnóstico de diabetes mellitus se fundamenta en la aplicación de pruebas bioquímicas estandarizadas que permiten confirmar la alteración del metabolismo de la glucosa. Entre los principales parámetros utilizados se incluye la determinación de la hemoglobina glucosilada (HbA1c), cuyo valor igual o superior al 6,5 % constituye un indicador de la enfermedad.

Asimismo, se considera diagnóstico de diabetes cuando la glucemia en ayunas alcanza o supera los 126 mg/dL (equivalente a 7,0 mmol/L) después de un ayuno

mínimo de ocho horas. También puede establecerse el diagnóstico cuando la concentración de glucosa medida dos horas después de una prueba de tolerancia oral con 75 g de glucosa es igual o mayor a 200 mg/dL (11,1 mmol/L).

Otro criterio diagnóstico corresponde a la presencia de niveles de glucemia al azar iguales o superiores a 200 mg/dL (11,1 mmol/L) en personas que presentan signos clásicos de hiperglucemia o durante un episodio de crisis hiperglucémica. Finalmente, la ADA (2023) recomienda confirmar los resultados mediante una segunda prueba y emplear la medición de HbA1c como parámetro complementario para evaluar el control glucémico a largo plazo (ADA, 2023).

2.2.3.9 Tratamiento

2.2.3.9.1. Farmacológico

Stevens (2023) enfatiza que el tratamiento de la diabetes mellitus debe adaptarse a las características clínicas de cada paciente, considerando tanto el tipo de diabetes como el grado de severidad de la enfermedad.

En el caso de la diabetes mellitus tipo 1, el manejo terapéutico se basa principalmente en la administración de insulina, ya sea mediante inyecciones diarias o a través de sistemas de infusión continua, con el propósito de mantener niveles adecuados de glucosa en sangre y prevenir complicaciones metabólicas (Stevens, 2023).

Para la diabetes mellitus tipo 2, el fármaco de elección inicial es la metformina, la cual puede combinarse, de acuerdo con la respuesta clínica, con otros agentes antidiabéticos como las sulfonilureas, los inhibidores de la DPP-4, los agonistas del receptor GLP-1, los inhibidores del cotransportador SGLT-2 o, en casos más avanzados, con insulina (Stevens, 2023).

El objetivo del tratamiento consiste en lograr un control glucémico óptimo, manteniendo la hemoglobina glucosilada (HbA1c) por debajo del 7 %, con valores de glucemia en ayunas dentro del rango de 80 a 130 mg/dL y cifras posprandiales menores a 180 mg/dL, de acuerdo con las recomendaciones internacionales (Stevens, 2023).

2.2.3.9.2. No farmacológico

Peña et al., (2023) refieren que las modificaciones en el estilo de vida es un pilar fundamental y se recomienda:

- Dieta saludable equilibrada control de carbohidratos, porciones adecuadas;
- Actividad física regular al menos 150 min en la semana de ejercicio moderado para mejorar la sensibilidad a la insulina y el control glucémico;

- La pérdida de peso en caso de obesidad reduce notablemente la incidencia y severidad de la dm2;
- Educación en el autocontrol de glucosa, reconocimiento de hipoglucemia, cuidado de pies, adherencia al tratamiento;
- El manejo de factores de riesgo cardiovasculares como la presión arterial y dislipidemia son fundamentales para reducir complicaciones;
- Se debe desalentar el tabaquismo, al agravar la enfermedad vascular asociada (Peña et al., 2023).

2.2.3.9.3. Quirúrgico

Según Loscalzo et al., (2022) se puede considerar las siguientes intervenciones:

- Cirugía Metabólica: Es Una Opción Terapéutica En DM2 Seleccionados, Estudios Y Metaanálisis Muestran Altas Tasas De Remisión De La DM2 Tras Cirugía Bariátrica, Bypass Gástrico, Gastrectomía En Manga, Banda Gástrica Los Mismos Causan Pérdida De Peso Y Cambios Metabólicos Beneficiosos;
- Para DM1 En Falla Renal Terminal O Con Complicaciones Graves Repetidas, El Trasplante De Islotes O Páncreas Puede Restablecer La Función B Pancreática (Loscalzo Et Al., 2022).

2.2.3.10 Atención de enfermería

Ávila et al., (2024) se enfocan en la gestión integral de la enfermedad, considerando los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del individuo y su familia, el profesional de enfermería actúa en la prevención de complicaciones, el control metabólico y la educación para el autocuidado.

En el área clínica, las intervenciones principales son: la valoración integral del paciente con diabetes, control de signos vitales, monitoreo de la glucemia capilar y evaluación de la adherencia a la dieta y al tratamiento farmacológico o insulínico, se educa al paciente en la técnica correcta de administración de insulina, el manejo de hipoglucemias, el cuidado de los pies y la importancia de mantener un control regular de la hemoglobina glicosilada (Ávila et al., 2024).

El rol de enfermería se amplía hacia la atención centrada en la familia, promoviendo redes de apoyo y acompañamiento psicoemocional, la comunicación efectiva, la escucha activa y la educación en salud son ejes para mejorar la calidad de vida y evitar complicaciones como la nefropatía, neuropatía o retinopatía diabética (Ávila et al., 2024).

2.2.3.11 Prevención

Peña et al., (2023) mencionan que la prevención de la diabetes mellitus tiene como objetivo reducir la incidencia y retrasar el desarrollo de la enfermedad, mediante actividades educativas, conductuales y de vigilancia metabólica.

La prevención primaria, destaca que el profesional de enfermería fomenta estilos de vida saludables: alimentación balanceada, control de peso, actividad física regular y reducción del consumo de azúcares simples y grasas saturadas, establecer programas comunitarios de promoción de la salud metabólica, integrando a familias, escuelas y líderes locales en actividades que fortalezcan la conciencia colectiva sobre la enfermedad (Peña et al., 2023).

En prevención secundaria, el profesional realiza tamizajes comunitarios de glucemia capilar en poblaciones de riesgo como personas con obesidad, antecedentes familiares de DM, mujeres con antecedentes de diabetes gestacional, participar en la educación terapéutica para personas con diagnóstico reciente, reforzando el conocimiento sobre control dietético y autocuidado (Peña et al., 2023).

La prevención terciaria, se orienta a evitar o retrasar las complicaciones crónicas de la diabetes, las acciones contienen la valoración periódica de pies, control de glicemia, presión arterial y función renal, así como el seguimiento del tratamiento farmacológico (Peña et al., 2023).

2.2.4. Apoyo social

El apoyo social constituye un recurso determinante en el manejo de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, ya que favorece la adherencia terapéutica, el afrontamiento emocional y la calidad de vida. Desde la perspectiva de Cobb, (1976), el apoyo social se comprende como la red de relaciones que una persona tiene y a esto su percepción ser valorado, comprendido y asistido dentro de una red significativa de relaciones humanas, en la actualidad, autores como Dávila et al., (2025) , Chicaiza et al., (2025) y Toro y Urzúa, (2024) confirman su intervención como factor protector, al actuar como atenuante del estrés y promover conductas de autocuidado. En enfermería, se reconoce que la interacción del individuo con su entorno social refuerza la motivación, la adherencia al tratamiento y el equilibrio biopsicosocial del paciente crónico.

2.2.4.1. Apoyo emocional

Dávila et al., (2025) mencionan que el apoyo emocional se relaciona a la provisión de afecto, comprensión y motivación en el proceso de enfermedad, incluyendo

gestos de empatía, cariño, confianza y contención ante el paciente, desde el enfoque de enfermería se considera que la estabilidad emocional del enfermo crónico depende en gran parte del entorno afectivo cuando la familia y la comunidad brindan respaldo emocional el paciente se siente apoyado y motivado para enfrentar el tratamiento reduciendo la ansiedad y fortaleciendo la resiliencia personal.

2.2.4.2. Apoyo instrumental

Según Chicaiza et al., (2025) el apoyo instrumental comprende la ayuda práctica y tangible que la familia o la comunidad brindan al paciente, por ejemplo, que un cuidador organice la compra de medicamentos, gestione citas médicas o prepare comidas saludables según el plan prescrito, el profesional de enfermería, promueve intervenciones donde los cuidadores estén capacitados para supervisar la toma de medicación, controlar signos vitales en el hogar y resolver barreras materiales al tratamiento, al disminuir las dificultades logísticas y materiales, el apoyo instrumental elimina obstáculos concretos que podrían impedir la adherencia al tratamiento y garantiza la disponibilidad de fármacos, facilita el transporte a consultas y apoya los cambios de estilo de vida.

2.2.4.3. Apoyo informativo

El apoyo informativo de acuerdo a Toro y Urzúa, (2024) incluye toda la orientación, consejos y datos útiles que se ofrecen al paciente para manejar su condición, enmarca la educación sanitaria compartida con la familia, como el explicar el régimen de medicamentos, los síntomas de alerta o las modificaciones dietéticas necesarias, el rol de enfermería, trabaja con el paciente y sus allegados en sesiones informativas y seguimiento continuo, de modo que entiendan el tratamiento y sepan cómo aplicarlo, se proporciona información clara y relevante, como resultado se aumenta la autoeficacia del paciente, reduce la incertidumbre y habilita la toma de decisiones en salud.

2.2.4.4. Apoyo social en la Hipertensión arterial

Shahin et al., (2021) mencionan que, en adultos mayores con HTA, el entorno familiar ejerce un papel crítico en el autocuidado y la adherencia al tratamiento, indican que la participación de familiares o cuidadores mejora significativamente la adhesión terapéutica los miembros de la familia o el apoyo de pares pueden promover una mejor adherencia.

La familia apoya al paciente recordándole la toma de medicación, ayudándole a entender y seguir las indicaciones médicas, y fomentando hábitos saludables (dieta baja en sal, ejercicio regular) (Conte et al., 2021). Un estudio reciente por Susanto et al., (2024) demostró que un programa de autocuidado apoyado en la familia redujo significativamente la presión arterial y mejoró el cumplimiento de la dieta hiposódica, además, la educación a cuidadores aumentó el conocimiento y la autoeficacia de la familia, fortaleciendo la adherencia del paciente incentivando a la preparación de medicamentos, control dietético, vigilancia de la PA.

- Motivación y conducta: La familia transmite ánimo, confianza y optimismo al paciente, lo que aumenta su motivación para cuidarse (Susanto et al., 2024).
- Apoyo instrumental: Los familiares ayudan con recordatorios, compra de alimentos saludables y organización de actividades físicas conjuntas, facilitando la adherencia al plan terapéutico (Susanto et al., 2024).
- Vigilancia y educación: Un cuidador entrenado puede supervisar la presión arterial en casa, reforzar la dieta aconsejada y advertir sobre los riesgos al incumplir el tratamiento (Susanto et al., 2024).

2.2.4.5. Apoyo social en la Diabetes mellitus

En adultos mayores con DM, el apoyo social y familiar también favorece el autocontrol y la adherencia a las indicaciones médicas, revisiones sistemáticas señalan que mayor apoyo social se asocia a mejores resultados de salud, mayor autocuidado y mayor adherencia a la medicación (Shahin et al., 2021).

Espinosa y Suárez, (2022) señalan que la familia facilita el seguimiento de la dieta, la realización de ejercicio y el monitoreo de la glucemia, los pacientes perciben a familiares y proveedores de salud como fuentes claves de apoyo para adherirse al tratamiento. Li et al., (2025) reportan que el apoyo social incrementa la motivación y la confianza del paciente para manejar la enfermedad, lo que mejora la autoeficacia y la adherencia terapéutica.

Li et al., (2025) destacan que es importante:

- Soporte en autocuidado: la familia puede colaborar en la planificación de comidas balanceadas, enrutando las compras y cocinando siguiendo el plan alimentario recomendado, además de acompañar al paciente a realizar actividad física

- Monitoreo y recordatorios: cuidadores pueden supervisar la toma de la medicación anti hiperglucémica e insulina, revisar registros de glucemia y animar al paciente a mantener hábitos saludables;
- Soporte emocional: brindan contención frente al estrés de vivir con diabetes y refuerzan la confianza del paciente para manejar la enfermedad (Ii et al., 2025).

En la DM se recomienda incorporar a la familia en la promoción y prevención de la diabetes, en las que participe el familiar junto al paciente, además, Costa et al., (2025) destacan la importancia de estrategias comunitarias con grupos de apoyo, programas de enfermería familiar que integren a la red social del paciente.

2.2.5. Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico

2.2.5.1. Adherencia al tratamiento en Hipertensión arterial

2.2.5.1.1. Adherencia farmacológica

La adherencia a este tipo de tratamiento en los pacientes hipertensos representa un desafío constante para los servicios de salud y constituye un pilar fundamental para prevenir complicaciones cardiovasculares, Ruksakulpiwat et al., (2024) demostraron que la falta de apoyo social incrementa hasta en un 90% el riesgo de baja adherencia al tratamiento antihipertensivo, especialmente en adultos mayores con polifarmacia y comorbilidades, el acompañamiento familiar cumple una función protectora que refuerza el cumplimiento del régimen terapéutico, reduce los olvidos y favorece el control de las cifras tensionales.

Susanto et al., (2024) evidencian que los programas psicoeducativos dirigidos a familiares y cuidadores generan una mejora significativa en la adherencia farmacológica, al promover una mayor comprensión del tratamiento y fortalecer la motivación del paciente. Además, Conte et al., (2021) señalan que la implementación de estrategias de apoyo instrumental como el uso de pastilleros semanales, alarmas, supervisión compartida de la medicación y organización de horarios eleva la continuidad terapéutica y minimiza errores en la dosificación.

Estas prácticas deben integrarse dentro del plan de cuidados individual y familiar, el profesional de enfermería actúa como facilitador educativo, promoviendo la alfabetización sanitaria, el monitoreo constante y la comunicación efectiva con los cuidadores. Además Susanto et al., (2024), sostienen que el acompañamiento domiciliario y las visitas comunitarias permiten verificar la adherencia farmacológica,

identificar barreras de acceso, brindar consejería y garantizar la continuidad del tratamiento en el entorno real del paciente.

2.2.5.1.2. Adherencia no farmacológica

Es la base del manejo integral de la enfermedad, de acuerdo con Jamadar et al., (2025), las modificaciones en el estilo de vida como la reducción del consumo de sal, el aumento en la ingesta de frutas y verduras, la práctica regular de actividad física, el control del peso corporal y el manejo del estrés son fundamentales para lograr un control tensional sostenido.

El rol de la familia en la adherencia no farmacológica según Mamani et al., (2023) es determinante, ya que actúa como red de apoyo que refuerza los hábitos saludables, fomenta la preparación de alimentos adecuados y promueve la participación en actividades comunitarias como caminatas grupales o talleres de salud, la intervención de enfermería debe centrarse en educar al núcleo familiar, identificando factores psicosociales que interfieran con la adherencia y diseñando estrategias culturalmente pertinentes.

El acompañamiento comunitario, de acuerdo a Mamani et al., (2023) refleja que los grupos de apoyo y programas de promoción, permite fortalecer el autocuidado, mejorar la motivación y reducir los niveles de ansiedad o frustración asociados al cambio de hábitos. En este sentido, la enfermería comunitaria tiene la responsabilidad de articular acciones educativas y preventivas que favorezcan el empoderamiento del paciente y de su familia como agentes activos en la gestión de la salud cardiovascular.

2.2.5.2. Adherencia al tratamiento en Diabetes Mellitus

2.2.5.2.1. Adherencia farmacológica

En pacientes con diabetes mellitus tipo 2, la adherencia farmacológica se relaciona estrechamente con el control metabólico y la prevención de complicaciones crónicas, Li et al., (2025) destacan que los niveles elevados de apoyo social se asocian con una mejor adherencia a la medicación antidiabética, mientras que la ausencia de redes de soporte duplica la probabilidad de incumplimiento terapéutico. Esta relación pone en evidencia la influencia del entorno familiar en la consolidación de rutinas terapéuticas, la supervisión de dosis y la asistencia a los controles médicos.

Asimismo, Ruksakulpiwat et al., (2024) subrayan que la intervención de cuidadores en la organización de la medicación ya sea oral o insulínica, reduce significativamente los olvidos y errores en la administración, enfermería debe involucrar activamente a

los familiares en el proceso educativo, capacitándolos en la técnica de administración de insulina, la identificación de signos de hipoglucemia y la conservación adecuada de los fármacos.

Además, Ruksakulpiwat et al., (2024), el profesional de enfermería cumple un rol articulador entre el paciente, la familia y el equipo de salud, asegurando la continuidad terapéutica mediante estrategias de acompañamiento domiciliario, revisión de registros glucémicos y educación continua, la adherencia farmacológica en diabetes, no se limita al acto de tomar medicamentos, sino que comprende un proceso educativo, motivacional y de acompañamiento psicosocial sostenido.

2.2.5.2.2. Adherencia no farmacológica

El componente no farmacológico del tratamiento en diabetes mellitus incluye la dieta equilibrada, la actividad física regular, la reducción del estrés y la educación continua sobre autocuidado, Costa et al., (2025) afirman que el apoyo social incrementa la motivación y la autoeficacia, favoreciendo el control glucémico y la adopción de conductas saludables, De igual manera, Espinosa y Suárez, (2022) sostienen que el entorno familiar influye de manera decisiva en la adherencia al facilitar el cumplimiento de la dieta, acompañar la práctica de ejercicio y brindar soporte emocional frente al estrés de la enfermedad crónica.

Bajo el criterio del cuidado de enfermería según Espinosa y Suárez, (2022), las intervenciones deben centrarse en la promoción del autocontrol metabólico mediante la educación alimentaria y el fortalecimiento del acompañamiento familiar, los programas comunitarios de educación en diabetes deben incluir sesiones grupales, dinámicas de autocuidado y la participación de líderes comunitarios que refuercen los mensajes educativos.

El seguimiento según Costa et al., (2025), incluye la evaluación continua de los hábitos de vida y la detección oportuna de barreras, como dificultades económicas o limitaciones en el acceso a alimentos saludables, enfermería tiene la responsabilidad de adaptar las recomendaciones dietéticas y de ejercicio a las condiciones culturales y socioeconómicas del paciente, promoviendo intervenciones sostenibles en el tiempo.

2.2.6. Teorizantes y/o modelos de enfermería relacionadas con la investigación

Las teorizantes que apoyan a esta investigación ofrecen marcos conceptuales relacionadas con elementos principales de esta investigación el autocuidado,

bienestar físico emocional, promoción de la salud cada una de ellas se detalla a continuación:

2.2.6.1. Teoría del déficit de autocuidado – Dorothea Orem

Dorothea Orem plantea que la enfermería interviene cuando el individuo presenta un déficit en su capacidad de autocuidado, es decir, cuando no puede satisfacer sus propias necesidades para mantener la vida, la salud o el bienestar, en pacientes con HTA y DM, la adherencia terapéutica depende de la habilidad para controlar factores de riesgo, seguir las indicaciones médicas y adoptar hábitos saludables (Alligood, 2023).

El apoyo social actúa como un recurso importante dentro del sistema de enfermería, reforzando la capacidad del paciente para realizar conductas de autocuidado sostenidas en el tiempo, es así que, las redes familiares y comunitarias fortalecen los mecanismos que promueven la autonomía, responsabilidad y continuidad terapéutica (Alligood, 2023).

2.2.6.2. Modelo de adaptación – Callista Roy

El modelo de Roy imagina al ser humano como un sistema adaptativo que responde a estímulos internos y externos con el fin de mantener un estado de equilibrio fisiológico y psicosocial, en el enfoque a enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes generan estímulos focales y contextuales que exigen respuestas adaptativas permanentes (Alligood, 2023)

El apoyo social es un elemento modulador de los procesos de adaptación, ayuda al individuo a afrontar los cambios de su estado de salud, reforzando los mecanismos de afrontamiento positivo y reduciendo la ansiedad o la frustración, desde esta perspectiva, enfermería cumple un papel mediador, guiando al paciente hacia conductas adaptativas que mejoren la adherencia al tratamiento y la calidad de vida (Alligood, 2023).

2.2.6.3. Modelo de promoción de la salud – Nola J. Pender

Pender propone que la salud no solo es ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar que puede promoverse a través de conductas saludables influenciadas por factores personales, sociales y ambientales, resalta que el apoyo social es un determinante fundamental de la motivación para el cambio de conducta, al influir en la percepción de beneficios, barreras y autoeficacia del individuo (Alligood, 2023). En pacientes con enfermedades crónicas, la motivación intrínseca y el refuerzo positivo de la familia y la comunidad favorecen la adherencia terapéutica, al

incrementar la percepción de control sobre la salud y generar compromiso con las metas personales de bienestar, el profesional de enfermería utiliza el modelo de Pender para diseñar estrategias educativas y de promoción que fortalezcan la autogestión y la prevención de complicaciones (Alligood, 2023).

2.2.6.4. Teoría del cuidado transcultural – Madeleine Leininger

Leininger sostiene que los cuidados deben ser culturalmente congruentes con los valores, creencias y prácticas de las personas, en la comunidad diversa del Ecuador el modelo facilita la comprensión de los significados culturales asociados a la salud y la enfermedad para lograr una comunicación efectiva y una adherencia terapéutica real (Alligood, 2023).

Leininger además menciona que el apoyo social adquiere una dimensión cultural, donde la familia, los líderes comunitarios y las costumbres locales influyen en las decisiones de salud, enfermería debe aplicar el enfoque transcultural, adaptar intervenciones de promoción y educación a las realidades culturales de los pacientes, favoreciendo el respeto, la aceptación y la participación activa en el tratamiento (Alligood, 2023).

2.2.6.5. Modelo de Sistemas – Betty Neuman

El modelo de sistemas propuesto por Betty Neuman se fundamenta en una visión holística del ser humano, concebido como un sistema abierto en constante interacción con los factores estresores del entorno, busca mantener un equilibrio dinámico a través de mecanismos de defensa, cuyo objetivo es conservar la estabilidad fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual y del desarrollo (Alligood, 2023).

En el contexto de enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, los factores estresores pueden ser biológicos, psicológicos y sociales, cuando las situaciones de estrés sobrepasan las líneas de defensa del sistema, el paciente experimenta desequilibrio, reduciendo su adherencia al tratamiento y su capacidad de autocuidado (Alligood, 2023).

El apoyo social, dentro del modelo de Neuman, se interpreta como un mecanismo protector que refuerza las líneas de defensa flexibles del sistema, ayudando al individuo a resistir los efectos adversos de los factores estresantes, las redes familiares y comunitarias actúan como recursos externos que proporcionan contención emocional, asistencia práctica e información sanitaria, favoreciendo así la recuperación del equilibrio interno del paciente (Alligood, 2023).

2.2.6.6. Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad – Merle Mishel

Mishel describe la incertidumbre como una experiencia psicológica que surge cuando el individuo no puede predecir o comprender los acontecimientos relacionados con su enfermedad, en el caso de las enfermedades crónicas, la incertidumbre puede afectar negativamente la adherencia terapéutica (Alligood, 2023).

Es así que el apoyo social, al proporcionar información, acompañamiento y seguridad emocional, reduce dicha incertidumbre y mejora la adaptación del paciente, el personal de enfermería, se centra en clarificar la información, fortalecer el afrontamiento y guiar al paciente y su familia hacia la comprensión de la enfermedad como un proceso controlable (Alligood, 2023).

Las teorías mencionadas se integran de forma coherente para explicar cómo el apoyo social influye en la adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedades crónicas, Orem concibe la adherencia como una expresión del autocuidado, en la que el respaldo familiar y comunitario compensa las limitaciones del individuo para mantener su salud, Roy amplía esta idea al entender al ser humano como un sistema adaptativo que requiere apoyo para afrontar los cambios que impone la enfermedad, mientras que Pender destaca el papel del entorno social en la motivación y la autoeficacia que impulsan conductas saludables sostenidas.

A su vez, Leininger resalta la importancia del componente cultural del cuidado, recordando que las prácticas de salud están mediadas por valores y creencias que deben respetarse para lograr una adherencia efectiva, Neuman aporta una visión holística, donde el apoyo social actúa como una barrera frente a los estresores que amenazan el equilibrio físico y emocional, y Mishel complementa al señalar que el acompañamiento social reduce la incertidumbre ante la enfermedad y refuerza la confianza del paciente, de esta manera, las teorías convergen en un fundamento común que orienta el cuidado de enfermería hacia un enfoque integral, humano y participativo, centrado en fortalecer el autocuidado y la continuidad terapéutica.

2.2.7. Marco legal

Este documento aborda el marco legal en la República del Ecuador que considera la salud un derecho humano esencial e inalienable, respaldado por la Constitución de la República del Ecuador, la Ley Orgánica de Salud, el Código Orgánico de Salud y documentos técnicos y normativos desarrollados por el Ministerio de Salud Pública,

como las Guías de Práctica Clínica, el Plan Decenal de Salud 2022-2031 y la Política Nacional de Atención Integral de Enfermedades No Transmisibles 2023-2027.

2.2.7.1. Constitución de la República del Ecuador.

Tabla 4 Constitución de la República del Ecuador

Fuente normativa	Artículo	Contenido o disposición principal	Aplicación en la investigación
Constitución de la República del Ecuador (2008)	Art. 32	Reconoce la salud como un derecho garantizado por el Estado, vinculado al ejercicio de otros derechos como el agua, la alimentación, la educación, la cultura física y el trabajo. Establece que el Estado debe implementar políticas públicas	Fundamenta el derecho a la atención integral de salud de las personas adultas mayores con enfermedades crónicas, asegurando su acceso equitativo y continuo a los servicios.
Constitución de la República del Ecuador (2008)	Art. 358	para las personas adultas mayores, asegurando atención especializada, protección y asistencia en casos de enfermedades crónicas o degenerativas. Define el Sistema Nacional de	Sustenta la obligación estatal de garantizar servicios especializados y programas de apoyo social para personas mayores hipertensas o diabéticas.
Constitución de la República del Ecuador (2008)	Arts. 359 – 363	Salud como el conjunto articulado de instituciones, programas y políticas que aseguran la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación integral.	Orienta el diseño de políticas y programas de intervención en salud basados en equidad, interculturalidad, eficiencia y bioética.

Nota: (Constitución de La Republica Del Ecuador, 2008)

La *Constitución de la República del Ecuador (2008)* representa el fundamento jurídico principal que sustenta el derecho a la salud como parte del buen vivir. Sus disposiciones garantizan la universalidad, equidad y calidad en la atención sanitaria, y establecen la responsabilidad estatal de brindar programas integrales que incluyan promoción, prevención y rehabilitación. En este marco, se reconoce a las personas adultas mayores como grupo prioritario, promoviendo su bienestar y autonomía mediante políticas inclusivas y servicios especializados.

2.2.7.2. Ley Orgánica de Salud

Tabla 5 Ley Orgánica de Salud

Fuente normativa	Artículo	Contenido o disposición principal	Aplicación en la investigación
Ley Orgánica de Salud (2015)	Art. 1	Regula las acciones para efectivizar el derecho universal a la salud bajo principios de equidad, integralidad, solidaridad y calidad.	Proporciona el marco jurídico general que respalda la garantía del derecho a la salud de las personas con enfermedades crónicas.
Ley Orgánica de Salud (2015)	Art. 6, num. 3, 5 y 20	Asigna al Ministerio de Salud Pública la responsabilidad de diseñar programas de atención integral, vigilar la aplicación de normas técnicas y garantizar el acceso a medicamentos de calidad.	Sustenta la obligación de implementar programas preventivos y de tratamiento continuo para hipertensión y diabetes.
Ley Orgánica de Salud (2015)	Art. 9, lit. e	Determina que el Estado debe asegurar mecanismos que permitan el acceso permanente y sin obstáculos a servicios de salud de calidad.	Refuerza la necesidad de eliminar barreras de acceso en la atención sanitaria de personas adultas mayores con enfermedades crónicas.

Nota: (Ley Orgánica de Salud, 2015)

La *Ley Orgánica de Salud* (2015) operacionaliza los principios constitucionales mediante disposiciones que regulan las competencias del Ministerio de Salud Pública y las obligaciones del Estado frente al sistema sanitario. Este cuerpo normativo asegura que la atención integral se brinde bajo estándares de calidad y equidad, y promueve el acceso universal a programas de prevención y tratamiento.

2.2.7.3. Código Orgánico de la Salud y Normativas Técnicas del MSP

Tabla 6 Código Orgánico de la Salud y Normativas Técnicas del MSP

Fuente normativa	Artículo o documento	Contenido o disposición principal	Aplicación en la investigación
Código Orgánico de la Salud (2024)	Art. 23	Reconoce el derecho de las personas adultas mayores a recibir atención geriátrica y gerontológica integral, participar en programas de promoción de la salud y obtener información médica clara.	Sustenta la atención integral y el enfoque preventivo hacia la población adulta mayor, favoreciendo la adherencia terapéutica.

MSP (2019)	Guías de Práctica Clínica para Hipertensión y Diabetes	Establecen protocolos estandarizados de prevención, diagnóstico y tratamiento basados en evidencia científica.	Orientan la propuesta de intervención hacia la aplicación de lineamientos técnicos y clínicos actualizados.
MSP (2023)	Política Nacional para la Atención Integral de Enfermedades No Transmisibles 2023 – 2027	Define estrategias de prevención, control y reducción de complicaciones derivadas de las ECNT.	Sirve como directriz nacional para fortalecer las acciones de promoción de salud y control de enfermedades crónicas.
MSP (2022)	Plan Decenal de Salud 2022 – 2031	Propone metas a mediano y largo plazo para garantizar equidad, promoción de la salud, prevención y atención oportuna.	Refuerza la coherencia del proyecto con las metas estratégicas del Sistema Nacional de Salud ecuatoriano.

Nota: (MSP, 2022)

El *Código Orgánico de la Salud (2024)* consolida el marco normativo ecuatoriano en materia sanitaria, orientando la acción del Estado hacia la protección integral del derecho a la salud. Este cuerpo legal incorpora un enfoque preventivo, comunitario y centrado en la persona, estableciendo en su artículo 23 que las personas adultas mayores tienen derecho a recibir atención geriátrica y gerontológica integral, participar en programas de promoción de la salud y acceder a información médica suficiente y clara. De esta manera, se reconoce la necesidad de garantizar una atención continua, de calidad y adaptada a las condiciones particulares de este grupo poblacional.

En complemento, los instrumentos técnicos y normativos emitidos por el *Ministerio de Salud Pública* (como las *Guías de Práctica Clínica (MSP, 2019)*, la *Política Nacional para la Atención Integral de Enfermedades No Transmisibles 2023–2027* y el *Plan Decenal de Salud 2022–2031*) fortalecen la operativización de los principios del Código, mediante la aplicación de lineamientos basados en evidencia científica y estrategias de acción interinstitucional.

III METODOLOGÍA

3.1. ENFOQUE METODOLÓGICO

3.1.1. Enfoque cuantitativo

El enfoque cuantitativo según Polanía et al., (2020), se basa en la obtención de datos medibles que permiten evaluar y comprobar hipótesis previamente descritas, apoyándose en herramientas estadísticas que logran identificar tendencias, relaciones entre variables, y explicaciones a partir de la cuantificación de fenómenos observados. En el presente estudio, se adoptó este enfoque para lograr examinar la relación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica en personas con hipertensión arterial y diabetes mellitus, mediante el uso de instrumentos validados y estructurados para la recolección de información que se sometió posteriormente al análisis estadístico.

3.1.2. Tipo de Investigación

3.1.2.1. Investigación descriptiva.

Este tipo de estudio organiza y clasifica la información obtenida mediante la observación, que permiten identificar comportamientos, características y variables relacionadas con el estudio, en una realidad específica (Albornoz et al., 2023). En esta investigación, permitió identificar la situación actual de los pacientes hipertensos y diabéticos del centro de salud N.º1, reconociendo a través de los datos, que tipo de apoyo social son percibidos con frecuencia en los pacientes, así como los comportamientos que predominan en relación a la adherencia terapéutica, siendo útil para futuras decisiones clínica.

3.1.2.2. Investigación correlacional.

Se enfoca en examinar la existencia de un vínculo entre dos o más variables dentro de un entorno específico, identificando como se relacionan entre ellas, sin modificar los elementos observados (Polanía et al., 2020). Se utilizó este tipo de investigación con el fin de analizar la existencia de una relación significativa entre el nivel de apoyo social y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas, estableciendo el grado en el que puede influir uno sobre

otro, permitiendo evaluar la coexistencia de estas variables y valorar su comportamiento de manera conjunta dentro del entorno de atención.

3.1.2.3. Investigación exploratoria.

Según Ramos, (2020) la investigación exploratoria se utiliza cuando existe poca información sobre un tema específico y se busca examinarlo a profundidad, logrando identificar aspectos generales, patrones y comportamientos frecuentes que ayuden a comprender las características de una situación. Este tipo de investigación permitió abordar una problemática con pocos antecedentes específicos en el contexto local, por lo que fue necesario investigar cómo se manifiestan ambas variables en la población de estudio, identificando aspectos relevantes que no podrían haberse considerado sin una fase previa de investigación.

3.1.2.4. Investigación documental.

La investigación documental se caracteriza por la revisión sistemática y crítica de fuentes y registros disponibles como libros, artículos científicos, informes institucionales, con el propósito de organizar información existente y sustentar un estudio (Haro et al., 2024). Durante el presente trabajo, la fase documental fue fundamental para la construcción del marco teórico, que fundamenta las variables centrales de la investigación, mediante el análisis de estudios previos y fuentes científicas recientes, identificando antecedentes relevantes y conceptos claves.

3.1.2.5. Investigación de campo.

Según Haro et al., (2024) la investigación de campo se realiza directamente el lugar donde se encuentre la situación que se desea investigar, permitiendo la observación y recolección de los datos en el entorno real de los participantes. En este estudio la investigación fue realizada en el Centro de Salud N°1 de Tulcán, con el grupo de hipertensos y diabéticos atendidos en esta institución, aplicando directamente los instrumentos y logrando captar las condiciones reales en donde los participantes reciben su proceso de tratamiento y perciben el apoyo de su entorno.

3.1.2.6. Investigación Transversal

Según (Prato M. Cejas J, 2022) este tipo de investigación se basa en “obtener la información del objeto de estudio en un solo momento dado y en una misma

población" con el propósito de describir variables y analizar su incidencia o interrelación en una población específica.

Este diseño permitió analizar la relación existente entre las variables sin modificarlas en pacientes con enfermedades crónicas del Centro de Salud N° 1 de Tulcán durante agosto-octubre proporcionando datos significativos que faciliten la comprensión.

3.2. IDEA A DEFENDER Ó HIPÓTESIS

H0: No existe una relación significativa entre el apoyo social y la adherencia terapéutica en los pacientes que pertenecen al club de hipertensos y diabéticos del Centro de Salud N°1 – Tulcán.

H1: Existe una relación significativa entre el apoyo social y la adherencia terapéutica en los pacientes que pertenecen al club de hipertensos y diabéticos del Centro de Salud N°1 – Tulcán.

3.3. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

3.3.1. Definición de las variables

A continuación, se muestra una breve definición de las variables utilizadas en el presente estudio:

3.3.1.1. Variable dependiente

La adherencia terapéutica se define como el nivel en que la conducta de una persona (al consumir los medicamentos) se ajusta a las indicaciones acordadas con los profesionales de salud responsables de su tratamiento (Religioni et al., 2025).

3.3.1.2. Variable independiente.

El apoyo social percibido se define como «la percepción por parte de la persona de la disponibilidad de apoyo, afecto y ayuda instrumental por parte de personas significativas (Psychology) (Mekonnen et al., 2024).

3.3.1.3. Operalización de las variables

Tabla 7 Operalización de las variables

Variable	Dimensiones	Indicadores	Técnicas	Instrumentos
Variable dependiente: Adherencia terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> •Cumple con el régimen de medicación •Cumple el nivel de actividades prescritas •Sigue la dieta prescrita •Evita conductas que potencien la patología •Supervisa los efectos terapéuticos 	<ul style="list-style-type: none"> •Toma todos los medicamentos indicados, en dosis y horarios correctos, cumpliendo con las indicaciones alimentarias. •Realiza actividad física diaria o al menos cuatro veces por semana, según lo indicado. •Sigue pautas alimentarias indicadas: dieta baja en sal, grasas y azúcares. •No realiza consumo excesivo de alcohol ni tabaquismo u otras conductas de riesgo. •Control de presión arterial o glucemia; dispone de equipo para automonitoreo. 	Encuesta estructurada	Escala de Conducta Terapéutica: Enfermedad o Lesión (CRE 1609)
Variable independiente: Apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> •Apoyo familiar •Apoyo de amigos/as •Persona significativa 	<ul style="list-style-type: none"> •Ayuda emocional de la familia, confianza para hablar de problemas, disposición a apoyar en decisiones importantes. •Confianza y cercanía con amigos, posibilidad de compartir alegrías y tristezas, respaldo en momentos difíciles. •Percepción de cercanía emocional, consuelo, comprensión de los sentimientos, presencia constante de alguien importante. 	Encuesta estructurada	Escala Multidimensional de Apoyo Social (MSPSS)

3.4. MÉTODOS UTILIZADOS

3.4.1. *Métodos*

3.4.1.1. Método analítico.

Este método se basa en descomponer cierto fenómeno complejo en partes más simples que puedan ser examinadas de una forma más detallada y estructurada, permitiendo comprender la organización interna del objeto de estudio y lograr establecer relaciones entre sus componentes sin alterar su entorno (Cely et al., 2023). En esta investigación, este método fue utilizado para lograr descomponer las variables principales, el apoyo social percibido y la adherencia terapéutica en sus dimensiones específicas, representada por sus indicadores observables que lograron facilitar el uso de los instrumentos validados y el análisis estadístico posterior.

3.4.1.2. Método inductivo.

El método inductivo se basa en la observación de manera sistemática de hechos particulares para lograr identificar patrones comunes que establezcan generalidades validas, partiendo del análisis de casos específicos para deducir conclusiones generales que permitan comprender un fenómeno de manera más amplia (Albornoz et al., 2023) Se empleó este método para interpretar los resultados obtenidos mediante los instrumentos aplicados a la población de estudio, mediante el análisis de las respuestas individuales, fue posible identificar patrones de comportamiento en relación con el nivel de apoyo social percibido y su posible vínculo con la adherencia terapéutica.

3.4.1.3. Método Hipotético-Deductivo.

Según Sheppard, (2021) el método hipotético- deductivo, consiste en el desarrollo de hipótesis a partir de conocimientos teóricos previos, que posteriormente puedan ser comprobadas de manera empírica mediante datos cuantitativos. En esta investigación este método fue utilizado para el planteamiento de una hipótesis sobre la posible relación entre el apoyo social percibido y la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. Mediante los fundamentos teóricos que fueron abordados en el marco conceptual, se formuló una propuesta que posteriormente fue sometida a verificación mediante el análisis de los datos.

3.4.1.4. Método Estadístico.

Este método en investigación cuantitativa combina técnicas estadísticas para organizar, resumir y analizar datos numéricos, permitiendo transformar los resultados recolectados en información significativa, mediante medidas como frecuencias,

medias y pruebas de correlación para establecer relación entre variables y generalizar hallazgos (Barroga et al., 2023). En este estudio, fue aplicado en el procesamiento y análisis de los resultados obtenidos a través de los instrumentos validados, para caracterizar las variables y empleando la prueba de correlación de Spearman para determinar el grado de asociación entre ambas variables.

3.4.2. Población y muestra

Se define como un conjunto de elementos que comparten características similares y constituyen la base para extraer conclusiones en una investigación. Estas características se establecen de acuerdo con el problema planteado y los objetivos (Torero et al., 2023).

La población del presente estudio estuvo conformada por pacientes pertenecientes al Club de Hipertensos y Diabéticos del Centro de Salud N.º 1 de Tulcán. En total, la población estuvo compuesta por 120 pacientes, quienes cumplían con criterios clínicos establecidos y estaban activos en el programa durante el periodo de recolección de datos. Dado que el número total de personas que conforman esta población fue manejable y accesible, se optó por trabajar con el total de la población, sin aplicar ningún tipo de muestreo probabilístico o no probabilístico.

3.4.2.1. Criterios de inclusión.

Se consideraron como parte del estudio aquellos pacientes que presentaron diagnóstico médico confirmado de hipertensión arterial o diabetes mellitus tipo 2, mayores de 18 años, que asistieron de forma activa al Club de Hipertensos y Diabéticos, que aceptaron participar voluntariamente mediante consentimiento informado y que tuvieron continuidad en el control clínico durante el periodo de levantamiento de datos.

3.4.2.2. Criterios de exclusión.

Se excluyeron los pacientes con alteraciones cognitivas o trastornos psiquiátricos que pudieran afectar la comprensión del instrumento, así como pacientes con diagnósticos recientes, con menos de tres meses de seguimiento y los usuarios que no completaron adecuadamente el cuestionario o decidieron retirarse del estudio antes de finalizar el proceso de evaluación.

3.4.3. Técnicas

Las técnicas de recopilación de datos son métodos, procedimientos y herramientas diseñados para recolectar información de manera sistemática. Su propósito principal

es obtener datos relevantes que permitan responder preguntas de investigación y fundamentar conclusiones basadas en evidencia (Acosta, 2023).

La técnica usada para recolectar la información fue la encuesta y como instrumentos validados se emplearon:

- Cuestionario para medir la adherencia al tratamiento en personas con hipertensión y diabetes, fue diseñado a partir de la etiqueta de resultado de enfermería "Conducta Terapéutica: Enfermedad o Lesión (1609)", perteneciente a la Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE) y fue validado en un estudio realizado con adultos de programas de riesgo cardiovascular en atención primaria. El instrumento final quedó conformado por 13 ítems distribuidos en cinco dimensiones: cumplimiento del régimen farmacológico, seguimiento de la dieta indicada, realización de actividad física, supervisión de efectos terapéuticos y evitación de prácticas que agravan la condición de salud (Romero et al., 2020). Durante el proceso de validación se aplicaron métodos estadísticos como el análisis factorial de componentes principales y el modelo Rasch, los cuales permitieron confirmar su unidimensionalidad. Los ítems seleccionados alcanzaron cargas factoriales significativas, explicando un 67.62% de la varianza total. Para evaluar su estabilidad temporal, se empleó el coeficiente de correlación intraclase, con un resultado de 0.63, considerado satisfactorio en contextos clínicos (Romero et al., 2020).
- Escala Multidimensional de Apoyo Social (EMASP), fue creada con el propósito de explorar la percepción de apoyo social en tres ámbitos: el entorno familiar, las amistades y las personas consideradas significativas. Está compuesta por 12 afirmaciones que el participante valora en una escala de siete puntos, permitiendo identificar el nivel subjetivo de soporte social que recibe en su vida cotidiana (Matrángolo et al., 2022).

Esta escala ha sido adaptada y validada en distintas poblaciones, en su versión aplicada a adultos en Argentina, el análisis factorial confirmatorio reafirmó una estructura de tres factores independientes con altos niveles de ajuste estadístico (CFI = 0.99; RMSEA = 0.046), lo cual respalda su uso en investigaciones sociales y de salud. Además, el estudio evidenció consistencia interna a través del Alfa de Cronbach y el coeficiente Omega, y validación cruzada entre géneros (Matrángolo et al., 2022).

3.4.4. Recursos

En la siguiente tabla, se muestra los recursos destinados para el desarrollo de la presente investigación.

Tabla 8 Recursos y presupuesto de la investigación.

RECURSOS	PRESUPUESTO		
	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
INSTITUCIONALES			
Club Hipertensos y Diabéticos del Centro de Salud N° 1.	1	0,00	0,00
Subtotal			0,0
MATERIALES			
Hojas	300	0,02	6,00
Esfero	2	0,40	0,80
Lápiz	2	0,50	1,00
Borrador	2	0,50	1,00
Carpeta	2	0,75	1,50
Caja de grapas	1	2,50	2,50
Subtotal			12,80
ECONÓMICOS			
Impresiones	4	0,15	0,60
Copias	240	0,10	24,00
Trasporte	2	5,00	10,00
Alimentación	10	2,50	25,00
Subtotal			59,60
TECNOLÓGICOS			
Computador	2	0,00	0,00
Teléfono celular	2	0,00	0,00
Internet	2	10,00	20,00
Subtotal			20,00
TOTAL			91,80

2.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se realizará con el propósito de organizar, procesar e interpretar los datos obtenidos a partir de los instrumentos aplicados: la Escala Multidimensional

de Apoyo Social Percibido (MSPSS) y la Escala de Conducta Terapéutica. En una primera etapa, se efectuará un análisis descriptivo, este proceso incluirá la presentación de frecuencias absolutas, relativas y porcentuales, así como la construcción de tablas y gráficos que permitirán visualizar el comportamiento general de la población estudiada.

Posteriormente, se procederá con un análisis inferencial orientado a contrastar la hipótesis planteada. Dado que las variables de estudio son de tipo cualitativo y los datos no presentan una distribución normal, se aplicará la prueba de Chi Cuadrado, de Pearson que permitirá identificar la relación entre la variable dependiente e independiente.

Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizará el software IBM SPSS Statistics versión 25, herramienta que facilitará la codificación, tabulación y cálculo automático de los estadísticos descriptivos e inferenciales. Los resultados se realizarán tomando como base la evidencia estadística y los fundamentos teóricos que sustentan la relación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica.

IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

4.1.1. Análisis descriptivo

Tabla 9 Análisis sociodemográfico

Dimensión	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Edad	De 18 a 44 años	11	9,2
	De 45 a 64 años	61	50,8
	De 65 años en adelante	48	40,0
	Total	120	100,0
Género	Masculino	35	29,2
	Femenino	85	70,8
	Total	120	100,0
Estado civil	Soltero/a	30	25,0
	Casado/a	45	37,5
	Unión libre	19	15,8
	Viudo/a	26	21,7
	Total	120	100,0
Nivel de instrucción	Primaria	73	60,8
	Secundaria	38	31,7
	Superior	4	3,3
	Ninguno	5	4,2
	Total	120	100,0
Trabajo	Si	51	42,5
	No	69	57,5
	Total	120	100,0

	Solo	22	18,3
	Familia	78	65,0
Tipo de convivencia	Pareja	19	15,8
	Otros	1	,8
	Total	120	100,0
	Menor a un año	22	18,3
	De uno a tres años	39	32,5
Tiempo desde el diagnóstico	De 4 a 6 años	26	21,7
	Más de 6 años	33	27,5
	Total	120	100,0
	Mensual	98	81,7
	Trimestral	13	10,8
Controles médicos	Irregular	9	7,5
	Total	120	100,0
	MSP	119	99,2
	IESS	0	0
Afiliado algún sistema de salud	Particular	0	0
	Ninguno	1	,8
	Total	120	100,0

La diferencia sociodemográfica ayudará a definir a los 120 pacientes diabéticos e hipertensos del Centro de Salud Tulcán N° 1 que comprenden la muestra del estudio. La mayoría de los encuestados de 45 a 64 años representaron el 50.8%, y el siguiente 40% tiene 65 años o más. En contraste, solo el 9.2% tenía entre 18 y 44 años. Con respecto al género, el 70.8% eran mujeres mientras que el 29.2% eran hombres. La dominancia de mujeres puede deberse a la mayor asistencia femenina a los servicios de salud y a una mayor disposición para participar en el cuidado preventivo, lo que se refleja en la dinámica del estudio.

En cuanto al estado civil, se observa que el 37.5% están casados, 25% solteros, 21.7% viudos, y 15.8% están en unión libre. Este es un factor importante, ya que está vinculado al nivel de apoyo social percibido. Por el contrario, el nivel educativo indica que el 60.8% ha completado, el 31.7% completó la escuela secundaria, el 3.3% ha alcanzado educación superior, y el 4.2% no tiene educación formal. La predominancia de bajo nivel educativo subraya la necesidad de estrategias educativas personalizadas, que faciliten la comprensión del tratamiento, la alfabetización en salud y el desarrollo de habilidades de autocuidado.

En cuanto a la situación laboral, el 57.5% actualmente no tiene trabajo, mientras que el 42.5% están empleados. Por otro lado, enfocándose sociológicamente, la mayor proporción vive con su familia (65%), mientras que el 18.3% vive solo, el 15.8% vive con un cónyuge, y el 0.8% tiene otros arreglos. El tiempo de diagnóstico evidencia que el 32.5% ha vivido con la enfermedad de 1 a 3 años, el 27.5% por más de 6 años, el 21.7% de 4 a 6 años, y el 18.3% por menos de un año. En este caso, la mayoría tiene un diagnóstico con evolución prolongada, lo que implica la necesidad de un comportamiento terapéutico sostenido y apoyo terapéutico constante.

Con respecto a los seguimientos médicos, se nota que el 81.7% acude a chequeos una vez al mes, el 10.8% una vez cada trimestre, y el 7.5% lo hace esporádicamente. Finalmente, en cuanto a la afiliación al sistema de salud, casi todos los participantes (99.2%) afirman estar registrados bajo el Ministerio de Salud Pública (MSP), mientras que el 0.8% no tiene ninguna cobertura.

Tabla 10 Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

Dimensión	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Escala Multidimensional de Apoyo – Familia	Bajo apoyo percibido	11	9,2
	Apoyo percibido medio	24	20,0
	Alto apoyo percibido	85	70,8
	Total	120	100,0
Escala Multidimensional de Apoyo – amigos	Bajo apoyo percibido	16	13,3
	Apoyo percibido medio	49	40,8
	Alto apoyo percibido	55	45,8
	Total	120	100,0
Escala Multidimensional de Apoyo – personal	Bajo apoyo percibido	16	13,3
	Apoyo percibido medio	47	39,2
	Alto apoyo percibido	57	47,5
	Total	120	100,0
Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido	Bajo apoyo percibido	8	6,7
	Apoyo percibido medio	45	37,5
	Alto apoyo percibido	67	55,8
	Total	120	100,0

El análisis de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) permite identificar los niveles de respaldo emocional y social que perciben los pacientes con hipertensión y diabetes. Este instrumento evalúa tres dimensiones específicas (familiar, de amigos y de personas significativas) además de un resultado global, lo cual posibilita comprender de manera integral la influencia del entorno en el bienestar emocional y la adherencia terapéutica de los participantes.

En la dimensión familiar, los resultados muestran que el 70,8% de los participantes percibe un alto apoyo, el 20% un nivel medio y el 9,2% un bajo apoyo. Este predominio de altos valores evidencia que la familia constituye la principal fuente de contención emocional y acompañamiento en el proceso de cuidado y tratamiento.

Respecto a la dimensión de amigos, se observa que el 45,8% de los encuestados presenta alto apoyo percibido, el 40,8% apoyo medio y el 13,3% bajo apoyo. Estos resultados sugieren que las redes de amistad cumplen un rol relevante, aunque su impacto podría ser menor en comparación con el entorno familiar. En cuanto a la dimensión personal, que incluye el apoyo de personas significativas como cuidadores, profesionales de salud o vecinos cercanos, se evidencia que el 47,5% de los participantes percibe alto apoyo, el 39,2% nivel medio y el 13,3% bajo apoyo. Esto refleja la presencia de vínculos personales sólidos que contribuyen positivamente al bienestar general.

Finalmente, en el resultado global de la escala, el 55,8% de los participantes presenta alto apoyo social percibido, el 37,5% nivel medio y el 6,7% bajo apoyo. En conjunto, estos hallazgos indican que la mayoría de los pacientes cuenta con un entorno social favorable que les brinda soporte emocional y práctico, elemento esencial para el afrontamiento de sus condiciones de salud y la adherencia a los tratamientos.

Tabla 11 Escala de conducta terapéutica: enfermedad o lesión

Dimensión	Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Escala de Conducta Terapéutica: Enfermedad o Lesión	Alta adherencia	54	45,0
	Adherencia moderada	55	45,8
	Baja adherencia	11	9,2
	Total	120	100,0
Adherencia farmacológica	Alta adherencia farmacológica	105	87,5
	Adherencia moderada farmacológica	14	11,7
	Baja adherencia farmacológica	1	8

	Total	120	100,0
Adherencia no farmacológica	Alta adherencia no farmacológica	35	29,2
	Adherencia moderada no farmacológica	56	46,7
	Baja adherencia no farmacológica	29	24,2
	Total	120	100,0

Los resultados de la Escala de Conducta Terapéutica: Enfermedad o Lesión reflejan el nivel de cumplimiento que mantienen los pacientes con hipertensión y diabetes frente a las indicaciones médicas y recomendaciones generales para el manejo de su enfermedad. En la escala general se observa que el 45,0 % de los participantes presenta alta adherencia terapéutica, el 45,8 % mantiene una adherencia moderada, y un 9,2 % evidencia baja adherencia. Estos valores muestran que, en su mayoría, los pacientes siguen de forma constante el tratamiento indicado, aunque existe un grupo que aún requiere acompañamiento y refuerzo en su conducta terapéutica.

Al desglosar la escala en sus dos subdimensiones, se aprecia una marcada diferencia entre la adherencia farmacológica y la no farmacológica. En la primera, los datos indican que el 87,5 % de los encuestados presenta alta adherencia, lo cual evidencia un cumplimiento casi total con la medicación prescrita, tanto en dosis como en horarios y recomendaciones específicas. Un 11,7 % mantiene una adherencia moderada y solo un 0,8 % muestra adherencia baja, lo que demuestra un comportamiento responsable en la administración del tratamiento farmacológico.

Por otro lado, en la adherencia no farmacológica los resultados son menos favorables. Solo el 29,2 % de los pacientes alcanza una alta adherencia, mientras que el 46,7 % se ubica en un nivel moderado y el 24,2 % presenta una baja adherencia. Este resultado sugiere que las prácticas relacionadas con el estilo de vida (como la actividad física regular, la dieta equilibrada, la asistencia a controles médicos y el autocuidado) no son sostenidas con la misma constancia que la toma de medicamentos.

4.1.2. Análisis inferencial

Tabla 12 Tabla cruzada escala multidimensional de apoyo social percibido y edad

		Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido			Total	
			Bajo apoyo percibido	Apoyo percibido medio	Alto apoyo percibido	
Edad	De 18 a 44 años	Recuento	1	6	4	11
		% del total	,8%	5,0%	3,3%	9,2%
	De 45 a 64 años	Recuento	3	18	40	61
		% del total	2,5%	15,0%	33,3%	50,8%
	De 65 años en adelante	Recuento	4	21	23	48
		% del total	3,3%	17,5%	19,2%	40,0%
Total		Recuento	8	45	67	120
		% del total	6,7%	37,5%	55,8%	100,0%

El grupo de 45 a 64 años representa el 50,8% del total de la muestra y concentra la mayor proporción de participantes con alto apoyo percibido (33,3%), seguido de un 15% con apoyo medio y un 2,5% con bajo apoyo. Este resultado sugiere que las personas de mediana edad suelen mantener redes familiares y sociales sólidas, lo que les permite percibir un acompañamiento estable tanto en el ámbito emocional como en el cotidiano.

Por su parte, los adultos mayores de 65 años corresponden al 40% del total, con un 19,2% en la categoría de alto apoyo percibido, un 17,5% con apoyo medio y un 3,3% con bajo apoyo. Esta tendencia refleja que, a pesar de la posible reducción de la red social por factores asociados al envejecimiento, aún existe una percepción significativa de respaldo proveniente del entorno cercano.

En el caso del grupo de 18 a 44 años, que representa apenas el 9,2% de la muestra, el 5% manifiesta apoyo percibido medio, el 3,3% alto apoyo y el 0,8% bajo apoyo. Estos resultados evidencian que, en las etapas más jóvenes, las redes de apoyo pueden ser más limitadas, posiblemente por la menor dependencia familiar o el desarrollo de estilos de vida más autónomos.

Tabla 13 Tabla cruzada escala multidimensional de apoyo social percibido y género

		Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido			Total	
		Bajo apoyo percibido	Apoyo percibido medio	Alto apoyo percibido		
Género	Masculino	Recuento	3	11	21	35
		% del total	2,5%	9,2%	17,5%	29,2%
	Femenino	Recuento	5	34	46	85
		% del total	4,2%	28,3%	38,3%	70,8%
Total		Recuento	8	45	67	120
		% del total	6,7%	37,5%	55,8%	100,0%

Las mujeres constituyen el 70,8% del total de participantes. Dentro de este grupo, el 38,3% manifiesta alto apoyo percibido, el 28,3% apoyo medio y el 4,2% bajo apoyo. Este predominio de altos niveles de apoyo sugiere que las mujeres mantienen redes de interacción social más amplias y estables, especialmente con familiares y amigos cercanos. Esta tendencia puede estar relacionada con la capacidad femenina para establecer vínculos afectivos sólidos y buscar acompañamiento emocional en su entorno.

Por su parte, los hombres representan el 29,2% de la muestra, de los cuales el 17,5% percibe alto apoyo social, el 9,2% nivel medio y el 2,5% bajo apoyo. Aunque su participación es menor en términos numéricos, los resultados evidencian que los hombres también cuentan con un nivel aceptable de respaldo social, posiblemente asociado a la familia nuclear o al acompañamiento de su pareja.

Tabla 14 Tabla cruzada escala multidimensional de apoyo social percibido y estado civil

		Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido			Total	
		Bajo apoyo percibido	Apoyo percibido medio	Alto apoyo percibido		
Estado civil	Soltero/a	Recuento	3	10	17	30
		% del total	2,5%	8,3%	14,2%	25,0%

Casado/a	Recuento	3	15	27	45
	% del total	2,5%	12,5%	22,5%	37,5%
Unión libre	Recuento	0	8	11	19
	% del total	0,0%	6,7%	9,2%	15,8%
Viudo/a	Recuento	2	12	12	26
	% del total	1,7%	10,0%	10,0%	21,7%
Total	Recuento	8	45	67	120
	% del total	6,7%	37,5%	55,8%	100,0%

El grupo de personas casadas constituye el 37,5% de la población encuestada. Dentro de este segmento, el 22,5% reporta un alto apoyo percibido, el 12,5% apoyo medio y el 2,5% bajo apoyo. Estos resultados sugieren que el matrimonio se asocia con una percepción más sólida del respaldo emocional y social, posiblemente debido a la presencia de una pareja estable que proporciona acompañamiento constante.

Las personas solteras representan el 25% de la muestra. De ellas, el 14,2% manifiesta alto apoyo percibido, el 8,3% apoyo medio y el 2,5% bajo apoyo. Esta distribución indica que, aunque los solteros mantienen redes de apoyo activas estas podrían ser menos intensas o frecuentes que las de quienes conviven en pareja.

En cuanto a quienes viven en unión libre, que conforman el 15,8% de los participantes, el 9,2% reporta alto apoyo percibido y el 6,7% apoyo medio. Este resultado sugiere que, pese a no existir un vínculo formal, las relaciones de convivencia ofrecen un nivel importante de acompañamiento y contención emocional.

Por último, el grupo de personas viudas, que representa el 21,7% de la muestra, muestra un equilibrio entre las categorías: el 10% percibe alto apoyo, el 10% apoyo medio y el 1,7% bajo apoyo. Estos resultados podrían estar relacionados con la adaptación progresiva de las personas viudas a nuevas redes de apoyo social, como familiares, vecinos o instituciones comunitarias.

Tabla 15 Tabla cruzada escala multidimensional de apoyo social percibido y nivel de instrucción

		Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido			Total	
			Bajo apoyo percibido	Apoyo percibido medio	Alto apoyo percibido	
Nivel de instrucción	Primaria	Recuento	4	28	41	73
		% del total	3,3%	23,3%	34,2%	60,8%
	Secundaria	Recuento	3	13	22	38
		% del total	2,5%	10,8%	18,3%	31,7%
	Superior	Recuento	0	2	2	4
		% del total	0,0%	1,7%	1,7%	3,3%
	Ninguno	Recuento	1	2	2	5
		% del total	,8%	1,7%	1,7%	4,2%
	Total	Recuento	8	45	67	120
		% del total	6,7%	37,5%	55,8%	100,0%

El grupo con nivel primario representa el 60,8% de la muestra total, de los cuales el 34,2% manifiesta alto apoyo percibido, el 23,3% apoyo medio y el 3,3% bajo apoyo. Este resultado sugiere que las personas con educación primaria mantienen redes sociales y familiares más cercanas, posiblemente debido a un entorno comunitario más cohesionado y a una mayor interacción cotidiana con familiares y vecinos.

En el caso de los participantes con educación secundaria, que constituyen el 31,7%, se observa que el 18,3% presenta alto apoyo percibido, el 10,8% nivel medio y el 2,5% bajo apoyo. Esto indica una percepción moderadamente favorable del apoyo social, aunque con una ligera disminución en comparación con el grupo de educación primaria, lo que podría relacionarse con un estilo de vida más independiente o con redes sociales menos estables.

El grupo con educación superior es el menos representado, con un 3,3% del total. Dentro de este segmento, el 1,7% presenta alto apoyo percibido y otro 1,7% apoyo medio. Esta menor percepción podría asociarse a una red social más reducida o a estilos de vida centrados en el ámbito profesional, donde el apoyo emocional puede tener menor expresión comunitaria.

Finalmente, las personas sin instrucción formal representan el 4,2% de la muestra, distribuidas en un 1,7% con alto apoyo, un 1,7% con apoyo medio y un 0,8% con bajo apoyo. A pesar de su baja proporción, este grupo mantiene una percepción relativamente equilibrada, lo que sugiere la existencia de lazos de apoyo basados en la familia o en redes locales.

Tabla 16 Tabla cruzada escala multidimensional de apoyo social percibido y el trabajo

		Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido			Total	
		Bajo apoyo percibido	Apoyo percibido medio	Alto apoyo percibido		
Trabajo	Si	Recuento	5	22	24	51
		% del total	4,2%	18,3%	20,0%	42,5%
	No	Recuento	3	23	43	69
		% del total	2,5%	19,2%	35,8%	57,5%
Total		Recuento	8	45	67	120
		% del total	6,7%	37,5%	55,8%	100,0%

Las personas con trabajo representan el 42,5% del total de la muestra. De ellas, el 20,0% reporta alto apoyo percibido, el 18,3% apoyo medio y el 4,2% bajo apoyo. Estos resultados sugieren que el empleo puede constituir un espacio de interacción social que favorece el fortalecimiento de vínculos interpersonales y la percepción de acompañamiento, ya sea por parte de compañeros, familiares o redes externas asociadas al entorno laboral.

Por su parte, los participantes sin trabajo conforman el 57,5% de la muestra. Dentro de este grupo, el 35,8% presenta alto apoyo percibido, el 19,2% nivel medio y el 2,5% bajo apoyo. Este hallazgo evidencia que, aun sin una actividad laboral formal, los individuos mantienen un nivel considerable de apoyo social, probablemente derivado de la familia, vecinos o redes comunitarias cercanas.

Tabla 17 Tabla cruzada escala multidimensional de apoyo social percibido y tipo de vivienda

		Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido			Total
		Bajo apoyo percibido	Apoyo percibido medio	Alto apoyo percibido	

Tipo de convivencia	Solo	Recuento	2	12	8	22
		% del total	1,7%	10,0%	6,7%	18,3%
	Familia	Recuento	5	27	46	78
		% del total	4,2%	22,5%	38,3%	65,0%
Pareja	Recuento	1	6	12	19	
	% del total	,8%	5,0%	10,0%	15,8%	
Otros	Recuento	0	0	1	1	
	% del total	0,0%	0,0%	,8%	,8%	
Total	Recuento	8	45	67	120	
	% del total	6,7%	37,5%	55,8%	100,0%	

La mayoría de los participantes vive con su familia (65,0%), y dentro de este grupo, el 38,3% presenta alto apoyo percibido, el 22,5% apoyo medio y el 4,2% bajo apoyo, se evidencia que la convivencia familiar constituye un factor clave para el fortalecimiento del acompañamiento emocional y la contención social, especialmente en contextos de enfermedad crónica o dependencia parcial.

En contraste, el 18,3% de los encuestados vive solo, de los cuales el 6,7% reporta alto apoyo percibido, el 10,0% apoyo medio y el 1,7% bajo apoyo. Por su parte, quienes conviven con su pareja representan el 15,8% de la muestra. En este segmento, el 10,0% manifiesta alto apoyo percibido, el 5,0% apoyo medio y el 0,8% bajo apoyo. Esta distribución sugiere que la relación de pareja proporciona un nivel importante de apoyo emocional, aunque más limitado en comparación con la convivencia familiar extensa. Finalmente, el grupo clasificado como "otros" (0,8%), que incluye formas no convencionales de convivencia como amigos, cuidadores o residencias compartidas, presenta un único caso con alto apoyo percibido.

Tabla 18 Tabla cruzada escala multidimensional de apoyo social percibido y tiempo de diagnóstico

	Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido			Total
	Bajo apoyo percibido	Apoyo percibido medio	Alto apoyo percibido	
Recuento	1	8	13	22

Tiempo desde el diagnóstico	Menor a un año	% del total	,8%	6,7%	10,8%	18,3%
	De uno a tres años	Recuento	4	13	22	39
		% del total	3,3%	10,8%	18,3%	32,5%
	De 4 a 6 años	Recuento	1	12	13	26
% del total		,8%	10,0%	10,8%	21,7%	
Más de 6 años	Recuento	2	12	19	33	
	% del total	1,7%	10,0%	15,8%	27,5%	
Total	Recuento	8	45	67	120	
	% del total	6,7%	37,5%	55,8%	100,0%	

Los participantes con menos de un año desde el diagnóstico representan el 18,3% de la muestra. Dentro de este grupo, el 10,8% percibe alto apoyo social, el 6,7% nivel medio y el 0,8% bajo apoyo. Estos resultados indican que, en las etapas iniciales de la enfermedad, los pacientes suelen recibir una atención y acompañamiento intensos por parte de la familia y el entorno cercano, lo que fortalece la percepción de apoyo. El grupo con entre uno y tres años de diagnóstico constituye el 32,5% del total, siendo el segmento más numeroso. De ellos, el 18,3% reporta alto apoyo percibido, el 10,8% apoyo medio y el 3,3% bajo apoyo. Este patrón sugiere una continuidad en las redes de contención social, posiblemente vinculada a una adaptación progresiva al manejo de la enfermedad y a la consolidación de rutinas familiares de apoyo.

En cuanto a los participantes con entre cuatro y seis años de diagnóstico, que representan el 21,7%, el 10,8% muestra alto apoyo percibido, el 10,0% apoyo medio y el 0,8% bajo apoyo. Estos valores reflejan una estabilidad moderada, aunque se percibe una ligera disminución del acompañamiento conforme avanza el tiempo de enfermedad.

Finalmente, el grupo con más de seis años desde el diagnóstico abarca el 27,5% de los casos, con un 15,8% en alto apoyo percibido, un 10,0% en apoyo medio y un 1,7% en bajo apoyo. Este comportamiento podría asociarse con la adaptación a largo plazo tanto del paciente como de su entorno, lo que facilita la consolidación de un apoyo emocional más estable, aunque también puede implicar cierta reducción en la intensidad del acompañamiento inicial.

Tabla 19 Tabla cruzada escala multidimensional de apoyo social percibido y los controles médicos

			Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido			Total
			Bajo apoyo percibido	Apoyo percibido medio	Alto apoyo percibido	
Controles médicos	Mensual	Recuento	7	35	56	98
		% del total	5,8%	29,2%	46,7%	81,7%
	Trimestral	Recuento	0	5	8	13
		% del total	0,0%	4,2%	6,7%	10,8%
	Regular	Recuento	1	5	3	9
		% del total	,8%	4,2%	2,5%	7,5%
Total	Recuento	8	45	67	120	
	% del total	6,7%	37,5%	55,8%	100,0%	

La mayoría de los pacientes acude a controles médicos mensuales (81,7%), de los cuales el 46,7% presenta alto apoyo percibido, el 29,2% apoyo medio y el 5,8% bajo apoyo. En cuanto a los pacientes que realizan controles trimestrales, que constituyen el 10,8% del total, el 6,7% reporta alto apoyo percibido y el 4,2% apoyo medio. Aunque en menor proporción, estos participantes mantienen un nivel estable de respaldo social, probablemente influido por rutinas de autocuidado y redes familiares consolidadas. Por su parte, el grupo que acude a controles de forma irregular (7,5%) muestra una distribución más limitada: el 2,5% presenta alto apoyo percibido, el 4,2% apoyo medio y el 0,8% bajo apoyo.

Tabla 20 Tabla cruzada escala multidimensional de apoyo social percibido y el tipo de afiliación

			Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido			Total
			Bajo apoyo percibido	Apoyo percibido medio	Alto apoyo percibido	
Afiliado algún sistema de salud	MSP	Recuento	7	45	67	119
		% del total	5,8%	37,5%	55,8%	99,2%

	Ninguno	Recuento	1	0	0	1
		% del	,8%	0,0%	0,0%	,8%
		total				
Total		Recuento	8	45	67	120
		% del	6,7%	37,5%	55,8%	100,0%
		total				

La gran mayoría de los encuestados (99,2%) está afiliada al Ministerio de Salud Pública (MSP), mientras que solo el 0,8% no posee ningún tipo de afiliación. Entre los afiliados, el 55,8% presenta alto apoyo percibido, el 37,5% apoyo medio y el 5,8% bajo apoyo. Por otro lado, el grupo sin afiliación representa una proporción mínima (0,8%), con un único caso registrado. A pesar de su baja representación, la ausencia de cobertura sanitaria formal no parece haber afectado de manera significativa la percepción de apoyo social de este participante, lo que podría atribuirse al respaldo recibido por parte de familiares o redes comunitarias.

4.1.2.1. Prueba Chi cuadrado

Tabla 21 Cruce de variables

		Escala de Conducta Terapéutica: Enfermedad o Lesión			Total	
			Alta adherencia	Adherencia moderada	Baja adherencia	
Escala Multidimensional de Apoyo Social	Bajo apoyo percibido	Recuento	3	1	4	8
		% del total	2,5%	,8%	3,3%	6,7%
Percibido	Apoyo percibido medio	Recuento	10	32	3	45
		% del total	8,3%	26,7%	2,5%	37,5%
Total	Alto apoyo percibido	Recuento	41	22	4	67
		% del total	34,2%	18,3%	3,3%	55,8%
		Recuento	54	55	11	120
		% del total	45,0%	45,8%	9,2%	100,0%

El cruce entre la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS) y la Escala de Conducta Terapéutica evidencia que la mayor proporción de participantes (55,8%) presenta alto apoyo percibido, y dentro de este grupo, el 34,2% manifiesta una alta adherencia terapéutica, mientras que el 18,3% muestra adherencia moderada y el 3,3% baja adherencia. Este patrón refleja que el

acompañamiento familiar, social o comunitario contribuye positivamente al compromiso con las recomendaciones médicas y al seguimiento del tratamiento. Entre quienes reportan apoyo percibido medio (37,5%), se observa que el 26,7% mantiene adherencia moderada, el 8,3% alta adherencia y el 2,5% baja adherencia. Por su parte, el grupo con bajo apoyo percibido (6,7%) presenta una distribución heterogénea: el 2,5% logra alta adherencia, el 0,8% adherencia moderada y el 3,3% baja adherencia.

Tabla 22 Prueba Chi-cuadrado

Indicador	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	35,480 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	29,070	4	,000
Asociación lineal por lineal	14,828	1	,000
N de casos válidos	120		

Mediante la prueba Chi cuadrado se puede contrastar la relación existente entre el nivel de apoyo social percibido y la adherencia terapéutica en los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Los resultados obtenidos evidenciaron una significancia asintótica bilateral de $p = 0,000$, lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Dado que el valor de p es inferior a 0,05, se rechaza la hipótesis nula (H_0), que planteaba la inexistencia de relación, y se acepta la hipótesis alterna (H_1), que afirma una relación con la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos y diabéticos.

Aquellos que reportaron niveles más altos de acompañamiento familiar, emocional o comunitario mostraron mejores niveles de adherencia al tratamiento, mientras que los pacientes con menor respaldo social presentaron mayores dificultades para mantener la constancia terapéutica.

Por otro lado, los hallazgos sugieren que los pacientes que experimentan alto apoyo percibido, como reflejo de un bajo apoyo social, tienden a mostrar menor adherencia, ya que la soledad, la falta de acompañamiento o la desmotivación emocional reducen la capacidad de mantener rutinas terapéuticas estables. De forma contraria, quienes perciben mayor comprensión, estímulo y asistencia por parte de sus redes familiares o institucionales evidencian un compromiso más constante con la medicación, la dieta y los controles médicos.

4.2. DISCUSIÓN

El propósito general de esta investigación fue analizar la relación entre el apoyo social percibido y la adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 del Centro de Salud N.º 1 de Tulcán. En lo referente al primer objetivo, destinado a identificar el nivel de apoyo social percibido, los resultados evidenciaron que el 55,8 % de los participantes manifestó un nivel moderado de apoyo, seguido por un 35,8 % con alto apoyo y un 8,4 % con bajo apoyo. Estos datos reflejan que la mayoría de los pacientes cuenta con redes familiares y sociales que brindan acompañamiento emocional y ayuda práctica, aunque no siempre de manera constante. Este hallazgo coincide con lo reportado por Espinosa y Suárez (2022), quienes determinaron que la familia constituye la principal fuente de apoyo para personas con diabetes, y con lo planteado por Becerra y Villegas (2021), quienes demostraron que la funcionalidad familiar favorece el control de la hipertensión y mejora la adherencia terapéutica.

Con relación a determinar el nivel de adherencia terapéutica en sus dos dimensiones (farmacológica y no farmacológica), los resultados revelaron diferencias marcadas. En la escala global, el 45,0 % de los pacientes mostró alta adherencia, el 45,8 % moderada y el 9,2 % baja. Sin embargo, al dividir la escala, la adherencia farmacológica alcanzó cifras mucho más altas: el 87,5 % presentó alta adherencia, mientras que solo el 0,8 % evidenció adherencia baja. Resultados similares fueron obtenidos por Toro y Urzúa (2024), quienes comprobaron que el apoyo social promueve la constancia en la medicación y la asistencia médica, y por Khalili et al. (2024), quienes identificaron que la autoconfianza y las redes de apoyo potencian el cumplimiento farmacológico.

Por el contrario, la adherencia no farmacológica mostró un panorama menos favorable: solo el 29,2 % alcanzó alta adherencia, mientras que el 46,7 % se mantuvo en un nivel moderado y el 24,2 % en bajo. Este comportamiento coincide con lo observado por Torres y Cueva (2023), quienes señalaron que los hábitos poco saludables, el bajo nivel educativo y la escasa implicación familiar dificultan el mantenimiento de conductas no farmacológicas, incrementando el riesgo de descompensaciones.

En cuanto al destinado a establecer la relación entre el apoyo social percibido y la adherencia terapéutica total, los resultados de la prueba de Chi-cuadrado evidenciaron una asociación significativa ($p < 0,05$) entre ambas variables. Este

hallazgo demuestra que el apoyo social influye directamente en el cumplimiento terapéutico global: los pacientes que perciben un entorno familiar y social más solidario presentan mejores niveles de adherencia, tanto en los componentes farmacológicos como en los no farmacológicos. En cambio, quienes experimentan un bajo nivel de apoyo muestran mayores dificultades para mantener la constancia del tratamiento. Estos resultados coinciden con lo expuesto por Pan et al. (2021), quienes encontraron que el acompañamiento emocional incrementa la adherencia terapéutica, y con Becerra y Villegas (2021), quienes afirman que las familias funcionales reducen el riesgo de abandono del tratamiento y refuerzan el compromiso del paciente con su salud.

En conjunto, los hallazgos de este estudio permiten confirmar que la adherencia terapéutica no depende exclusivamente de los factores clínicos, sino que está condicionada por el entorno social y los hábitos de vida. El alto nivel de adherencia farmacológica demuestra responsabilidad y disciplina en el cumplimiento médico, mientras que la menor adherencia no farmacológica refleja la necesidad de fortalecer la educación sanitaria y las estrategias motivacionales. De esta manera, el apoyo social se consolida como un pilar fundamental para promover la adherencia integral y mejorar los resultados en salud.

V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Respecto al nivel de apoyo social percibido, se determinó que la mayoría de los pacientes que integran el Club de Hipertensos y Diabéticos del Centro de Salud N.º 1 perciben un nivel moderado de apoyo social, lo cual indica la existencia de redes familiares y sociales que brindan acompañamiento emocional y asistencia práctica, aunque no siempre de manera continua. Este resultado evidencia que el entorno social cumple un papel relevante en el bienestar de los pacientes con enfermedades crónicas.
- Se observó un alto nivel de adherencia en el tratamiento farmacológico, lo cual refleja compromiso con la medicación prescrita y una actitud responsable hacia el control de la enfermedad. No obstante, la adherencia al tratamiento no farmacológico presentó niveles más bajos, lo que revela dificultades para mantener hábitos saludables como la dieta equilibrada, la actividad física y el control del estrés. Estos hallazgos demuestran la necesidad de fortalecer la educación sanitaria y el acompañamiento continuo del personal de salud.
- El análisis estadístico confirmó una relación significativa entre el apoyo social percibido y la adherencia terapéutica global. Los pacientes que cuentan con un mayor respaldo familiar y social presentan mejores niveles de cumplimiento, tanto en los tratamientos farmacológicos como en los no farmacológicos. Esto evidencia que el apoyo social actúa como un factor determinante en la constancia terapéutica y en la mejora del estado de salud.
- Los resultados permiten concluir que la adherencia terapéutica no depende únicamente de factores clínicos, sino también del entorno social y de los hábitos de vida. El fortalecimiento de las redes de apoyo, junto con estrategias educativas y motivacionales, se constituye en una herramienta esencial para optimizar la adherencia integral y, en consecuencia, mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas.

5.2. RECOMENDACIONES

- Para el personal de enfermería: Reforzar las estrategias de acompañamiento emocional en el plan de atención integrando intervenciones educativas, seguimiento continuo y componentes de comunicación que apoyen la adherencia terapéutica. Instruir sobre el uso de herramientas de evaluación periódicas dirigidas a la identificación temprana de factores de riesgo como el aislamiento, la falta de motivación y el apoyo familiar deficiente, proporcionando orientación personalizada.
- Para las instituciones de salud: Desarrollar e implementar programas participativos basados en la comunidad que ofrezcan apoyo social como parte de la gestión integral de enfermedades crónicas, tales como talleres, grupos de autoayuda y clubes de pacientes. Crear acuerdos tanto públicos, como publico privados entre instituciones de salud locales y organizaciones privadas para desarrollar campañas que sensibilicen sobre la importancia del apoyo familiar y comunitario para la adherencia terapéutica. Mejorar el seguimiento y control de pacientes con enfermedades crónicas a través de visitas domiciliarias, tele atención y actividades de aprendizaje a distancia.
- Para futuras investigaciones: Para ampliar la comprensión de las variables psicosociales subyacentes al apoyo social y la adherencia terapéutica, y las variables psicosociales de calidad de vida, resiliencia y afrontamiento, estudiarlas como entidades separadas sería beneficioso. Replicar esta investigación en diferentes contextos geográficos o en otros grupos de edad sería beneficioso para la comparación y diferenciación interregional.

VI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, F. (2023). Criterios para la selección de técnicas e instrumentos de recolección de datos en las investigaciones mixtas. *Honoris Causa*, 62–83. <https://revista.uny.edu.ve/ojs/index.php/honoris-causa/article/view/303/352>
- ADA. (2023). 2. Diagnóstico y clasificación de la diabetes: Estándares de atención en diabetes 2024. *Diabetes Care*, 47(Suppl 1), S20. <https://doi.org/10.2337/DC24-S002>
- Albornoz, E., Guzmán, M., Sidel, K., Chuga, J., Gonzales, J., Herrera, J., Zambrano, L., Cañizales, A., Vera, L., Marquez, A., Gonzales, R., Cruz, K., Luna, H., Macias, A., Brice, D., & Arteaga, R. (2023). *Metodología de la Investigación aplicada a las ciencias de la salud y la educación* (1st ed.). Mawil Publicaciones de Ecuador. https://mawil.us/wp-content/uploads/2023/08/metodologia-de-la-investigacion.pdf?utm_source
- Alligood, M. R. (2023). *Modelos y teorías en enfermería* (Elsevier, p. 198).
- Alonzo, O., Aveiga, M., y Pozo, C. (2024). View of Arterial Hypertension in the older adults of the Sara Espíndola de Burbano Asylum in Ciudad Tulcán. *Interamerican Journal of Heat Sciences*. <https://ijhsc.uai.edu.ar/index.php/ijhsc/article/view/132/219>
- Argente, H., y Álvarez, M. (2021). *Semiología Médica Fisiopatología, Semiotecnia y Propedeutica Enseñanza-aprendizaje centrada en la persona* (3rd ed., Vol. 1). Editorial Médica PANAMERICANA. <https://es.scribd.com/document/563012145/Semiologia-Medica-3era-Edicion-H-Argente>
- Ávila, R., Pérez, M., González, C., y Peña, G. (2024). Expectativas del profesional de enfermería acerca del cuidado de personas con diabetes mellitus tipo 2: Una aproximación fenomenológica. *Latam: Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, ISSN-e 2789-3855, Vol. 5, No. 2, 2024 (Ejemplar Dedicado a: LATAM XII; 1 – 13), 5(2), 113. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i2.2004>

- Barroga, E., Matanguihan, G., Furuta, A., Arima, M., Tsuchiya, S., Kawahara, C., Takamiya, Y., y Izumi, M. (2023). Conducting and Writing Quantitative and Qualitative Research. *Journal of Korean Medical Science*, 38(37), e291. <https://doi.org/10.3346/JKMS.2023.38.E291>
- Becerra, E., y Villegas, C. (2021). Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. *Revista CONAMED*, 26(2), 57–67. <https://doi.org/10.35366/100348>
- Cely, N., Palacios, W., y Caicedo, A. (2023). *Conceptos y enfoques* Conceptos y enfoques investigación investigación METODOLOGÍA METODOLOGÍA de de de la de la (J. Riveros & J. Rodriguez, Eds.; 1st ed.). Creser. https://repositorio.ufps.edu.co/bitstream/handle/ufps/6728/CONCEPTOS%20Y%20ENFOQUES%20DE%20METODOLOG%3%8DA%20DE%20LA%20INVESTIGACI%3%93N.pdf?isAllowed=y&sequence=1&utm_source=chatgpt.com
- Chicaiza, A., Cuasque, N., Fuentes, K., Galarraga, N., y Lara, N. (2025, July 10). *Vista de Bienestar Psicológico y Apoyo Social en Adultos Mayores: Una Revisión Sistemática*. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. https://doi.org/https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i3.18241
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Biopsychosocial Science and Medicine*, 38(5). https://journals.lww.com/bsam/fulltext/1976/09000/social_support_as_a_moderator_of_life_stress.3.aspx
- Constitución de La Republica Del Ecuador, 1 (2011). https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf?utm_source
- Conte, E., Morales, Y., Niño, C., Zamorano, C., Benavides, M., Donato, M., Llorach, C., Gómez, B., Toro, J., Conte, E., Morales, Y., Niño, C., Zamorano, C., Benavides, M., Donato, M., Llorach, C., Gómez, B., y Toro, J. (2021). La adherencia a los medicamentos en pacientes hipertensos y en muestra de la población general. *Revista de La OFIL*, 30(4), 313–323. <https://doi.org/https://doi.org/10.4321/S1699-714X2020000400011>
- Costa, N., Paula Bortolan, G., Rômulo, D., Mussuri, D., Vasconcelos, M., Mendes, E., Sousa, W., Maciel, A., Prazeres, R., Silva, P., Pereira, J., Costa, I., y Alves, D. (2025). Adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus. *Observatorio de La Economía Latinoamericana*, ISSN-e 1696-8352, Vol. 23, No. 1, 2025, 23(1), 182. <https://doi.org/10.55905/oelv23n1-182>

- Dávila, M., Orellana, C., Balseca, S., Sandoval, L., Paredes, Y., y Pérez, S. (2025). Más allá del cuidado físico: expectativas emocionales de pacientes crónicos hacia Enfermería en Atención Primaria. *Enfermería Global*, 24(2), 1–12. <https://doi.org/10.6018/EGLOBAL.631911>
- Espinosa, K., y Suárez, M. (2022). Apoyo social percibido en pacientes con diabetes mellitus. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 2, 1–5. <https://doi.org/10.56294/SALUDCYT202284>
- FID. (2025). *Atlas de la Diabetes de la FID | Datos y Estadísticas Mundiales de Diabetes*. <https://diabetesatlas.org/>
- Guo, A., Jin, H., Mao, J., Zhu, W., Zhou, Y., Ge, X., y Yu, D. (2023). Impact of health literacy and social support on medication adherence in patients with hypertension: a cross-sectional community-based study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 23(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12872-023-03117-X/TABLES/4>
- Haro, F., Chisag, E., Ruiz, J., y Caicedo, J. (2024). Tipos y clasificación de las investigaciones: Types and classification of investigations. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 5(2), 956-966–956 – 966. <https://doi.org/10.56712/LATAM.V5I2.1927>
- Jamadar, D., Bugade, V., Sancheti, P., Parande, M., Borle, P., Tambe, M., y Professor, A. (2025). Prácticas de autocuidado y rol del apoyo familiar en el control de la presión arterial en pacientes hipertensos que visitan un centro de atención terciaria. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 16(2), 81–89. <https://doi.org/10.37506/SJWK9F68>
- Ley Orgánica de Salud, 1 (2015). https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf?utm_source
- Li, H., Min, H., Zhang, L., Li, Y., Wang, J., y Jia, X. (2025). Relaciones entre el apoyo social, la adherencia a la medicación y el control glucémico entre pacientes hospitalizados con diabetes: una encuesta transversal en Xi'an, China. *Frontiers in Pharmacology*, 16, 1634768. <https://doi.org/10.3389/FPHAR.2025.1634768/BIBTEX>
- Loscalzo, Joseph, Kasper, D., Longo, D., Fauci, A., Hauser, S., y Jameson, L. (2022). *Harrison Principios de Medicina Interna* (Copyright, Ed.; 21st ed., Vol. 21). McGraw Hill.
- Mamani, K., Santos, Y., Bastidas, H., Arevalo, R., Pretell, R., y Gonzales, S. (2023). Red de razonamiento clínico y cuidado enfermero aplicado en adulto mayor con

- hipertensión arterial en clínica. *Revista Científica de Enfermería (2071-5080)*, 12(1), 101–122.
<https://openurl.ebsco.com/contentitem/fap:163471376?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:fap:163471376&crl=c>
- Matrángolo, G., Simkin, H., y Azzollini, S. (2022). Evidencia de validez de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP) en población adulta Argentina. *Revista CES Psicología*, 15(1), 163–181.
<https://doi.org/10.21615/CESP.6009>
- McEvoy, J., y Touvyz, R. (2024). Guía ESC 2024 sobre el manejo de la presión arterial elevada y la hipertensión. In *Ana Teresa Timóteo (Portugal) (3rd ed., Vol. 3)*. Sociedad Española de Cardiología. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>
- Miranda, A., y Gualán, S. (2023). ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN DIABÉTICOS TIPO 2 DE UN CENTRO DE SALUD DE ECUADOR. *Perfiles*, 1(29), 63–68.
<https://doi.org/10.47187/PERF.V1I29.201>
- MSP. (2022). Plan Decenal de Salud 2022-2031. *Ministerio de Salud Pública Del Ecuador*, 1–114. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2022/07/Plan_decenal_Salud_2022_ejecutivo.18.OK_.pdf?utm_source
- Nazate, Z., Alonzo, M., y Montenegro, D. (2024). Vista de Adherencia al tratamiento en los adultos mayores con diagnóstico de Diabetes mellitus. *Gaceta Médica Estudiantil*, 1–9.
<https://revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/221/393>
- OMS. (2023, March 16). *Hipertensión*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- OPS. (2023). *Diabetes - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. https://www.paho.org/en/topics/diabetes?utm_source
- OPS. (2024a). *Estudio de la OPS destaca desafíos en el acceso a medicamentos para la hipertensión en América Latina y el Caribe - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud*. <https://www.paho.org/en/news/26-8-2024-paho-study-highlights-challenges-access-hypertension-medication-latin-america-and>
- OPS. (2024b). *HEARTS in the Americas. Compendium of essential clinical tools*. <https://doi.org/10.1111/jch.13922>
- Ortiz, P., Vásquez, Y., Arévalo, E., Van der Stuyft, P., y Agudelo, E. L. (2022). Gaps in Hypertension Management in a Middle-Income Community of Quito-Ecuador: A

- Population-Based Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10). <https://doi.org/10.3390/IJERPH19105832>
- Pan, J., Hu, B., Wu, L., y Li, Y. (2021). The effect of social support on treatment adherence in hypertension in China. *Patient Preference and Adherence*, 15, 1953–1961. <https://doi.org/10.2147/PPA.S325793>,
- Peña, E., Sánchez, J., Reyes, E., Coll, R., Herrera, I., Cívico, H., Rodríguez, F., Robainas, I., Salazar, J., Olivera, E., Ruival, A., Sellén, J., Sellén, L., Sellén, E., Pulido, M., Arjona, I., Cabrera, I., Leal, E., López, A., ... Curiel, A. (2023). *Medicina Interna Diagnóstico y Tratamiento* (Editorial Ciencias Médicas, Ed.; 3rd ed.).
- Polanía, C., Cardona, F., Castañeda, G., Vargas, I., Calvache, O., y abanto, W. (2020). Metodología de Investigación Cuantitativa & Cualitativa. Aspectos conceptuales y prácticos para la aplicación en niveles de educación superior. In Institución Universitaria Antonio José Camacho (Ed.), *Metodología de Investigación Cuantitativa & Cualitativa. Aspectos conceptuales y prácticos para la aplicación en niveles de educación superior* (1st ed., Vol. 1). Institución Universitaria Antonio José Camacho. <https://doi.org/10.54278/9789588292991>
- Ramos, C. (2020). Los Alcances de una investigación. *CienciAmérica*, 9(3), 1–6. <https://doi.org/10.33210/CA.V9I3.336>
- Romero, S., Parra, D., Diaz, Z., y Rojas, L. (2020). Validation of an instrument to measure treatment adherence in hypertension and diabetes. *Revista Cuidarte*, 11(3). <https://doi.org/10.15649/CUIDARTE.1062>
- Rozman, C., y Cardellach, F. (2024). *FARRERAS_ROZMAN_MEDICINA_INTERNA_20a_ED* (20th ed., Vol. 20). ELSEVIER.
- Ruksakulpiwat, S., Schiltz, N., Irani, E., Josephson, R., Adams, J., y Still, C. (2024). Adherencia a la medicación en adultos mayores con hipertensión: una revisión sistemática. *Patient Preference and Adherence*, 18, 957–975. <https://doi.org/10.2147/PPA.S459678>
- Russo, M., Grande, M., Burgos, M., Molaro, A., y Bonella, M. (2023). Prevalencia de diabetes, características epidemiológicas y complicaciones vasculares. *Archivos de Cardiología de México*, 93(1), 30. <https://doi.org/10.24875/ACM.21000410>
- Sánchez, R., Coca, A., De Salazar, D. I. M., Alcocer, L., Aristizabal, D., Barbosa, E., Brandao, A. A., Diaz-Velazco, M. E., Hernández-Hernández, R., López-Jaramillo, P., López-Rivera, J., Ortellado, J., Parra-Carrillo, J., Parati, G., Peñaherrera, E., Ramirez, A. J., Sebba-Barroso, W. K., Valdez, O., Wyss, F., ... Mancía, G. (2025). 2024 Latin

- American Society of Hypertension guidelines on the management of arterial hypertension and related comorbidities in Latin America. *Journal of Hypertension*, 43(1), 1–34. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003899>
- Shahin, W., Kennedy, G., y Stupans, I. (2021). Asociación entre el apoyo social y la adherencia a la medicación en pacientes con hipertensión: una revisión sistemática. *Pharmacy Practice*, 19(2), 2300. <https://doi.org/10.18549/PHARMRACT.2021.2.2300>
- Sheppard, V. (2021). *Research-Methods-for-the-Social-Sciences-An-Introduction Updated Aug. 2021* (Vol. 1). BC Campus. https://www.researchgate.net/publication/353999416_Research-Methods-for-the-Social-Sciences-An-Introduction_Updated_Aug_2021
- Susanto, T., Hernawati, S., Yunanto, R., Rahmawati, I., Ati, N., y Fauziah, W. (2024). Programa de autogestión familiar para el control de la hipertensión y la adherencia al consumo de sodio: un ensayo controlado aleatorio paralelo entre cuidadores familiares y personas con hipertensión. *Journal of Research in Health Sciences*, 24(4), e00628. <https://doi.org/10.34172/JRHS.2024.163>
- Torero, N., Suarez, E., y Martel, C. (2023). Pequeños pasos en investigación: un manual para iniciarse en el campo de la investigación científica. In W. Sucari, P. Aza, & A. Flores (Eds.), *Pequeños pasos en investigación: un manual para iniciarse en el campo de la investigación científica* (1st ed., Vol. 1). Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú. <https://doi.org/10.35622/inudi.b.085>
- Toro, K., y Urzúa, A. (2024). *Factores vinculados al automanejo de la enfermedad crónica: Una revisión sistemática**. 1–15.
- Torres, A., y Gavilanes, Y. (2023). Adherencia al Tratamiento Farmacológico y apoyo Familiar en Pacientes Hipertensos Atendidos en el Centro de Salud Daniel Álvarez de Loja. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 5216–5246. https://doi.org/10.37811/CL_RCM.V7I4.7346
- Underhill, L., Williams, K., Ascona, L., Campos, K., de las Fuentes, L., Huffman, M., Gittelsohn, J., Schechtman, K., Clavo, Z., Meza, C., Beres, L., Acevedo, P., Barker, A., Rajapakse, N., Williams, M., Tonwe, V., Mody, A., Hurtado, R., Mendoza, J., ... Peña, S. (2024). Addressing Hypertension and Diabetes through Community-Engaged Systems (ANDES) in Puno, Peru: rationale and study protocol for a hybrid type 2 effectiveness and implementation randomized controlled trial. *Trials*, 25(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/S13063-024-08586-9/TABLES/5>

- Witts, W., Amu, H., Kwafo, F., Angaag, N., y Bain, L. (2024). Influence of perceived social support and other factors on treatment adherence among adults living with chronic non-communicable diseases in the Ho Municipality of Ghana: A health facility-based cross-sectional study. *PLOS ONE*, 19(9), e0308402. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0308402>
- Zhou, B., Carrillo, R., Danaei, G., Riley, L., Paciorek, C., Stevens, G., Gregg, E., Bennett, J., Solomon, B., Singleton, R., Sophiea, M., Iurilli, M., Lhoste, V., Cowan, M., Savin, S., Woodward, M., Balanova, Y., Cifkova, R., Damasceno, A., ... Zuñiga, J. (2021). Tendencias mundiales en la prevalencia de la hipertensión y avances en el tratamiento y el control de 1990 a 2019: un análisis agrupado de 1201 estudios representativos de la población con 104 millones de participantes. *The Lancet*, 398(10304), 957–980. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01330-1/ATTACHMENT/F57BA96E-DFA3-4B0C-9FD5-188725B928ED/MMC1.PDF](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01330-1/ATTACHMENT/F57BA96E-DFA3-4B0C-9FD5-188725B928ED/MMC1.PDF)

VI ANEXOS

Anexos 1. Certificado de abstract por parte de idiomas



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI FOREIGN
AND NATIVE LANGUAGES CENTER

ABSTRACT- EVALUATION SHEET				
NAME: Lizbeth Jazmin Guerrero Aragón y Karina Yomaira Cumbal Cuasapaz				
DATE: Martes, 21 de octubre de 2025				
Topic: "Relación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos y diabéticos"				
"MARKS AWARDED		QUANTITATIVE AND QUALITATIVE		
VOCABULARY AND WORD USE	Use new learnt vocabulary and precise words related to the topic	Use a little new vocabulary and some appropriate words related to the topic	Use basic vocabulary and simplistic words related to the topic	Limited vocabulary and inadequate words related to the topic
	EXCELLENT: 2 <input checked="" type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
WRITING COHESION	Clear and logical progression of ideas and supporting paragraphs.	Adequate progression of ideas and supporting paragraphs.	Some progression of ideas and supporting paragraphs.	Inadequate ideas and supporting paragraphs.
De	EXCELLENT: 2 <input checked="" type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
ARGUMENT	The message has been communicated very well and identify the type of text	The message has been communicated appropriately and identify the type of text	Some of the message has been communicated and the type of text is little confusing	The message hasn't been communicated and the type of text is inadequate
	EXCELLENT: 2 <input checked="" type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
CREATIVITY	Outstanding flow of ideas and events	Good flow of ideas and events	Average flow of ideas and events	Poor flow of ideas and events
	EXCELLENT: 2 <input type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input checked="" type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
SCIENTIFIC SUSTAINABILITY	Reasonable, specific and supportable opinion or thesis statement	Minor errors when supporting the thesis statement	Some errors when supporting the thesis statement	Lots of errors when supporting the thesis statement
	EXCELLENT: 2 <input checked="" type="checkbox"/>	GOOD: 1,5 <input type="checkbox"/>	AVERAGE: 1 <input type="checkbox"/>	LIMITED: 0,5 <input type="checkbox"/>
TOTAL/AVERAGE	9 - 10: EXCELLENT 7 - 8,9: GOOD 5 - 6,9: AVERAGE 0 - 4,9: LIMITED		TOTAL 9	



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL
CARCHI- FOREIGN AND NATIVE LANGUAGES
CENTER**

**Informe sobre el Abstract de Artículo Científico
o Investigación.**

Autor: Lizbeth Jazmín Guerrero Aragón y Karina Yomaira Cumbal Cuasapaz

Fecha de recepción del abstract: Viernes, 17 de octubre de 2025

Fecha de entrega del informe: Martes, 21 de octubre de 2025

El presente informe validará la traducción del idioma español al inglés si alcanza un porcentaje de: 9 – 10 Excelente.

Si la traducción no está dentro de los parámetros de 9 – 10, el autor deberá realizar las observaciones presentadas en el ABSTRACT, para su posterior presentación y aprobación.

Observaciones:

Después de realizar la revisión del presente abstract, éste presenta una apropiada traducción sobre el tema planteado en el idioma Inglés. Según la rúbrica de evaluación de la traducción en Inglés, ésta alcanza un valor de 9; por lo cual se valida dicho trabajo.

Atentamente



MA. Martha Viveros
Responsable del
CIDEN

Anexos 2. Carta de solicitud de evaluación del proyecto de investigación

CARTA DE SOLICITUD DE EVALUACIÓN DEL PROYETO DE INVESTIGACIÓN.

Tulcán, 22 Agosto 2025.

Magister

Lic. Jacqueline Realpe Sandoval

Presidenta del Comité De Ética De Investigación En Seres Humanos – CEISH

Universidad Politécnica Estatal del Carchí.

Presente. –

De nuestras consideraciones:

Mediante el presente solicito a Usted de la manera más comedida se realice la evaluación del estudio de investigación en el que se involucra a población vulnerable titulado: **"RELACIÓN ENTRE EL APOYO SOCIAL Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS Y DIABETICOS"**, pertenecientes al Club Del Centro De Salud N° 1

Este estudio incluye población vulnerable, que corresponde a personas adultas de 20 años en adelante con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

Se adjunta los requisitos solicitados por el CEISH según el tipo de estudio presentado.

Declaro que la investigación propuesta no se encuentra en proceso de ejecución y la misma dará inicio una vez que sea aprobada por el CEISH.

Atentamente.



Guerrero Aragón Lizbeth Jazmín
CI. 0401834940



Cumbal Cuasapaz Karina Yomaira
CI. 0401844378

Anexos 3. Instrumento de evaluación



UNIVERSIDAD POLITÉCNICA ESTATAL DEL CARCHI
CARRERA DE ENFERMERIA



INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DEL APOYO SOCIAL Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

INSTRUCCIONES

A continuación, encontrará un cuestionario dividido en tres secciones. Su finalidad es recopilar información sobre algunos datos personales, el apoyo social que usted percibe y las conductas que sigue en relación con su tratamiento médico.

Lea cada pregunta con atención y responda de forma sincera, marcando la opción que mejor refleje su experiencia. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Sus respuestas serán tratadas de forma confidencial y únicamente con fines de investigación.

Si tiene alguna duda durante la lectura, puede solicitar ayuda al personal responsable del estudio.

Sección I. Datos sociodemográficos

1. Edad: 18 – 44 años 45-64 años 65 años o más
2. Sexo: Masculino Femenino
3. Estado civil: Soltero/a Casado/a Unión libre Viudo/a
4. Nivel de instrucción: Primaria Secundaria Superior Ninguno
5. ¿Actualmente trabaja? Sí No
6. Tipo de convivencia: Solo/a Con familia Con pareja Otros: _____
7. Tiempo desde el diagnóstico: Menor a 1 año 1 a 3 años 4 a 6 años
Mas de 6 años
8. ¿Con qué frecuencia acude a controles médicos? Mensual Trimestral
Irregular
9. ¿A qué sistema de salud está afiliado? MSP IESS Particular Ninguno

Sección III. Escala de Conducta Terapéutica: Enfermedad o Lesión

Instrucciones: Marque con una X si cumple o no con cada conducta relacionada con su tratamiento. Responda Sí o No según su caso.

160905 Cumple con el régimen de medicación

1. Respecto a las indicaciones en la toma de medicamentos, usted:	SI	NO
1a. ¿Se toma todos los medicamentos que le han ordenado?		
1b. ¿Se toma todas las dosis de los medicamentos ordenados?		
1c. ¿Se toma los medicamentos en las horas indicadas?		
1d. ¿Cumple con las recomendaciones dadas para la toma de los medicamentos en relación con los alimentos?		
160904 Cumple el nivel de actividades prescritas		
2. En cuanto a las indicaciones sobre la actividad física, usted:		
2a. Cuando realiza ejercicio lo realiza como mínimo de 30 minutos al día?		
2b. Realiza ejercicio por lo menos 4 veces a la semana?		
160919 Sigue la dieta prescrita		
3. En cuanto a las recomendaciones en la dieta, usted:		
3a. ¿Cumple con la dieta baja en sal?		
3b. ¿Cumple con la dieta baja en grasas?		
3c. ¿Cumple con una dieta baja en azúcares?		
160906 Evita conductas que potencien la patología		
4. Respecto a las acciones que influyen en la tensión arterial/diabetes usted:		
4a. ¿Consume más de dos copas de licor o dos vasos de cerveza o bebidas alcohólicas al día?		
4b. ¿Actualmente fuma?		
160908 Supervisa los efectos terapéuticos		
5. Además de los controles realizados por el equipo de salud, usted:		
5a. Tiene facilidad para conseguir un tensiómetro y/o glucómetro.		
5b. Realiza con frecuencia tomas de la presión arterial y/o glucometría.		

Sección II. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)

- Instrucciones: Marque con un círculo la respuesta que mejor refleje su acuerdo con cada afirmación.

	<i>Muy en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Algo en desacuerdo</i>	<i>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</i>	<i>Algo de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>
1. Hay una persona especial que está cerca mío cuando la necesito.	1	2	3	4	5	6	7
2. Hay una persona especial con quien puedo compartir alegrías y tristezas.	1	2	3	4	5	6	7
3. Mi familia realmente trata de ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
4. Recibo la ayuda emocional y apoyo que necesito de mi familia.	1	2	3	4	5	6	7
5. Tengo una persona especial que es una verdadera fuente de consuelo para mí.	1	2	3	4	5	6	7
6. Mis amigos/as realmente tratan de ayudarme.	1	2	3	4	5	6	7
7. Puedo contar con mis amigos/as cuando las cosas van mal.	1	2	3	4	5	6	7
8. Puedo hablar con mi familia de mis problemas.	1	2	3	4	5	6	7
9. Tengo amigos/as con los que puedo compartir alegrías y tristezas.	1	2	3	4	5	6	7
10. Hay una persona especial en mi vida a quien le importan mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
11. Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones.	1	2	3	4	5	6	7
12. Puedo hablar con mis amigos/as de mis problemas.	1	2	3	4	5	6	7

Anexos 4. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Título de la investigación: "Relación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos y diabéticos pertenecientes al Centro de Salud N°1- Tulcán, periodo 2025"

Investigadoras - Estudiantes:

Cumbal Cuasapaz Karina Yomaira

Guerrero Aragón Lizbeth Jazmín

Lugar de realización:

Centro de salud N° 1- Tulcán

Introducción:

Yo, Cumbal Cuasapaz Karina Yomaira, estudiante de enfermería de la Universidad Politécnica Estatal del Carchi, le invito a participar de la investigación "Relación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos y diabéticos pertenecientes al Centro de Salud N°1- Tulcán, periodo 2025". Este estudio tiene como finalidad analizar la relación entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos con enfermedades crónicas. Su participación es fundamental para comprender mejor cómo influye el entorno social en el cumplimiento del tratamiento.

Propósito del estudio:

Analizar la relación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica en pacientes hipertensos y diabéticos pertenecientes al Centro de Salud N°1- Tulcán, periodo 2025.

Procedimientos a realizar:

Como parte de la investigación, se le solicitará que responda:

1. Un bloque de preguntas socio epidemiológicas que permitirán conocer aspectos generales como edad, nivel educativo, situación de salud y condiciones de vida.
2. Un cuestionario para evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico.
3. La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP).

Estos instrumentos contienen preguntas cerradas y breves. La aplicación tendrá una duración aproximada de 20 minutos y se realizará en un lugar cómodo y privado, garantizando la confidencialidad de sus respuestas.

Riesgos/beneficios:

No se espera que su participación implique ningún riesgo físico ni emocional. Si alguna pregunta le resulta incómoda, puede optar por no responderla. Los datos obtenidos permitirán generar información útil para diseñar estrategias comunitarias en salud que beneficien a la población.

Coste/compensación:

Su participación es completamente voluntaria y no contempla compensación económica ni material.

Confidencialidad:

La información que usted proporcione será tratada con estricta confidencialidad. No se registrará su nombre ni ningún dato que permita identificarlo personalmente. Los resultados se utilizarán exclusivamente con fines académicos y serán reportados de forma anónima.

Calle Antisana y Av. Universitaria
Telf: (06) 2980837 - 2984435
info@upec.edu.ec
www.upec.edu.ec
Tulcán - Ecuador



Información de contacto:

En caso de que quiera más información se puede comunicar con el equipo de investigación:



PARTE II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, comprendo que mis datos personales serán utilizados con fines de investigación científica cuyo objetivo me fue explicado en este documento. Me han explicado sobre la utilización de mis datos personales en un lenguaje claro y sencillo. Me entregaron una copia de este documento. Entiendo que en todo momento las investigadoras tomarán las medidas necesarias para precautelar la confidencialidad de mis datos personales. Entiendo que los datos confidenciales serán utilizados exclusivamente para la investigación científica propuesta, en virtud de lo cual, voluntariamente acepto la participación de mi representado:

Firma del participante: _____

Nombres completos del participante: _____

Cédula de ciudadanía del participante: _____

Fecha: _____

B. DECLARATORIA DE REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, a pesar de haber aceptado inicialmente que mis datos personales sean utilizados en investigaciones REVOCO lo antes mencionado, y solicito que mis datos personales, así como la información obtenida de los mismos sean eliminados y no se utilicen para ningún fin.

Firma del participante: _____

Nombres completos del participante: _____

Cédula de ciudadanía del participante: _____

Fecha: _____

Firma de las responsables de tomar este documento: _____

Nombres completos y cédula de ciudadanía de los responsables de tomar este documento:

NOTA: Se harán dos copias del consentimiento informado: una será para los investigadores – estudiantes y la última para el participante

Calle Antisana y Av. Universitaria
Telf: (06) 2980837 - 2984435
info@upec.edu.ec
www.upec.edu.ec
Tulcán - Ecuador

Anexos 5. Autorización por parte del Distrito 04D01



Oficio Nro. UPEC-CAEN-2025-0056-OF.

Tulcán, 28 de agosto de 2025

Asunto: Autorización para realizar trabajo de titulación en Centro de Salud

Señorita Magíster
Evelyn Leonela Benavides Argoti
Directora (E) Distrital 04D01 San Pedro de Huasca - Tulcán - Salud
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
En su Despacho

De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo de quienes conformamos la Universidad Politécnica Estatal del Carchi, en especial de la carrera de Enfermería; a la vez, deseamos éxitos en las funciones que usted acertadamente desempeña.

Por medio del presente me permito solicitar muy comedidamente la respectiva autorización para que las estudiantes: **Cumbal Cuasapaz Karina Yomaira** con CI. **0401844378** y **Guerrero Aragón Lizbeth Jazmín** con CI. **0401844378**, puedan realizar el trabajo de integración curricular con enfoque en investigación denominado **"RELACIÓN ENTRE EL APOYO SOCIAL Y LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS"**, en el Centro de Salud N°1 de la ciudad de Tulcán.

Para lo cual adjunto la aprobación del Comité de Ética de investigación en seres humanos de la UPEC.

Por la atención que le brinde al presente, le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Mgs. Jacqueline de los Angeles Realpe Sandoval
DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

Anexos:
- aprobación_comite_de_etica.pdf

Copia:
Señora Magíster
Carmen Margoth Tzucpana Tipan
Responsable Técnico del Establecimiento de Salud - Centro NI Tulcán - 04D01 Salud

Anexos 6 . Registro Fotográfico



Se brinda información sobre nuestro objetivo de investigación.



Se procede a firmar el consentimiento informado a los adultos mayores



Se realiza encuesta sobre la adherencia terapéutica a club de hipertensos y diabéticos (Conducta terapéutica enfermedad o lesión) del centro de salud N° 1 Tulcán



Se realiza encuesta sobre el apoyo social (multidimensional de apoyo percibido) a club de hipertensos y diabéticos de centro de salud N° 1 Tulcán