

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciados en Enfermería

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

Cuidado paliativo guiado por la taxonomía NANDA-I para el afrontamiento y adaptación del adulto hipertenso. Riobamba, 2018

**Autores:**

Jenny Johanna Allauca Paredes

Kevin Josue Romero Goyes

**Tutora:**

Lic. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua MsC.

**RIOBAMBA – ECUADOR**

**AÑO 2019**

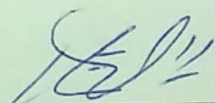
**ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL  
CERTIFICACIÓN**

Mediante la presente los miembros del TRIBUNAL DE GRADUACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “CUIDADO PALIATIVO GUIADO POR LA TAXONOMÍA NANDA-I PARA EL AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DEL ADULTO HIPERTENSO. RIOBAMBA, 2018”, realizado por los estudiantes Jenny Johanna Allauca Paredes, Kevin Josue Romero Goyes y dirigido por: Lic. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua MsC.

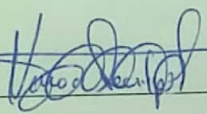
Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y constancia de la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNACH. Para constancia de lo expuesto firman:

Riobamba, febrero 2019

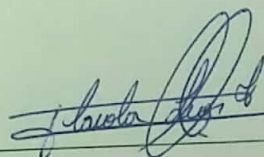
PhD. Katuska Figueredo Villa  
**PRESIDENTE**

  
\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

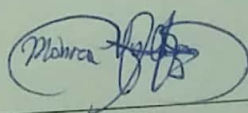
MSc. Verónica Cecilia Quishpi Lucero  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

  
\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

MSc. Mayra Carola León Insuasty  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**

  
\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

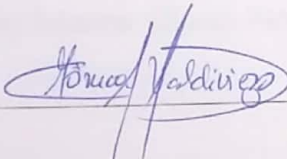
Lic. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua MsC.  
**TUTOR**

  
\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

## ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constar que he leído el proyecto de investigación titulado "CUIDADO PALIATIVO GUIADO POR LA TAXONOMÍA NANDA-I PARA EL AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DEL ADULTO HIPERTENSO. RIOBAMBA, 2018", presentado por los estudiantes Jenny Johanna Allauca Paredes, Kevin Josue Romero Goyes, para obtener el título de Licenciatura en Enfermería y acepto asesorar a las estudiantes en calidad de tutor, durante la etapa de desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Atentamente:

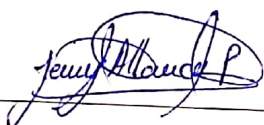


A handwritten signature in blue ink, which appears to read "Mónica Valdiviezo", is written over a horizontal line.

Lic. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua MsC.

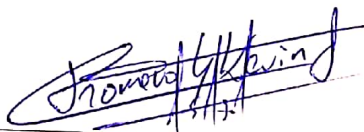
## DERECHOS DE AUTORÍA

El contenido del presente proyecto de investigación, corresponde exclusivamente a Jenny Johanna Allauca Paredes y Kevin Josue Romero Goyes, como responsables de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el presente trabajo de investigación y de nuestra tutora Lic. Mónica Alexandra Valdiviezo Maygua MsC., el patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Jenny Johanna Allauca Paredes

CI: 060410548-6



Kevin Josue Romero Goyes

CI: 060412567-4

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Nacional de Chimborazo, a la carrera de Enfermería por la excelente formación profesional que nos fue brindada, a las docentes porque participaron en nuestra enseñanza. En especial a nuestros docentes que nos acompañaron al final de esta etapa la Dra. Katiuska Figueredo Villa, MsC. Carola León Insuasty y nuestra tutora MsC. Mónica Valdiviezo Maygua por su paciencia y apoyo, quienes fueron nuestros guías en la preparación del proyecto.

**JENNY JOHANNA ALLAUCA PAREDES**

**KEVIN JOSUE ROMERO GOYES**

## **DEDICATORIA**

A nuestros padres por ser un ejemplo de superación, dedicación y por guiar nuestros pasos por el camino del bien, logrando con sacrificio darnos la educación y la paciencia para poder ser profesionales.

**JENNY JOHANNA ALLAUCA PAREDES**

**KEVIN JOSUE ROMERO GOYES**

## ÍNDICE

<b>PORTADA</b>	<b>I</b>
<b>ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL</b>	<b>II</b>
<b>ACEPTACIÓN DEL TUTOR</b>	<b>III</b>
<b>DERECHOS DE AUTORÍA</b>	<b>IV</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>V</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>VI</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>VII</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>VIII</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>IX</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>6</b>
<b>General:</b>	<b>6</b>
<b>Específicos:</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO II. METODOLOGÍA</b>	<b>12</b>
<b>Tabla 1</b>	<b>14</b>
<b>Tabla 2.</b>	<b>16</b>
<b>Tabla 3</b>	<b>17</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>22</b>

## **RESUMEN**

El presente trabajo se desarrolló con el objetivo de determinar los factores de afrontamiento y adaptación afectados en pacientes hipertensos según la escala de medición de Callista Roy. La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes en los adultos, siendo el principal factor de riesgo de alteraciones cardiovasculares; la prevalencia de esta enfermedad aumenta con la edad, provocando consecuencias que afectan la independencia llegando hasta la incapacidad con repercusiones en el afrontamiento y la adhesión al tratamiento. Se realizó un estudio descriptivo, documental, transversal, con enfoque cuali-cuantitativo. Se realizó la revisión documental de la base de datos del proyecto Cuidados Paliativos en Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Distrito de Salud Chambo-Riobamba que se encuentra en ejecución en la carrera de Enfermería. Se valoraron los cinco factores de afrontamiento y adaptación que evidenció alteraciones del factor 2, en el grupo de edad de 65-79 años, proponiendo acciones que apoyen la toma de decisiones para el cuidado del paciente hipertenso según NANDA-NOC-NIC.

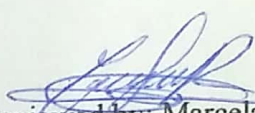
**Palabras clave:** cuidado paliativo, hipertensión, escala de afrontamiento y adaptación.



## ABSTRACT

The present work was developed with the objective of determining the affected coping and adaptation factors in hypertensive patients according to the Callista Roy measurement scale. Hypertension is one of the most common chronic non-communicable diseases in adults, being the main risk factor for cardiovascular alterations; the prevalence of this disease increases with age, causing consequences that affect the independence reaching the disability with repercussions in coping and adherence to treatment. A descriptive, documentary, cross-sectional study was carried out, with a qualitative-quantitative approach. The documentary review of the project database of Palliative Care in Non-communicable Chronic Diseases was carried out. Health District Chambo-Riobamba that is running in the nursing career. The five factors of coping and adaptation that showed alterations of element 2, in the age group of 65-79 years, were evaluated, proposing actions that support the decision making for the care of the hypertensive patient according to NANDA-NOC-NIC.

**Key words:** palliative care, hypertension, coping scale and adaptation.

  
Reviewed by: Marcela González R.  
English Professor



## INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es una alteración de la regulación de la presión de la sangre en las paredes vasculares, la presión arterial se mide en milímetros de mercurio (mm Hg), se registra en dos números separados por una barra, la sistólica que es el número más alto se produce cuando se expulsa la sangre desde el corazón y la diastólica es de numeración más baja, cuando el corazón se relaja preparándose así para una nueva contracción. Los valores elevados de una presión sistólica y diastólica mayor de 140/90 mmHg perjudican al funcionamiento de los órganos vitales como son: el cerebro, el corazón, los pulmones y los riñones.

Existen diferentes factores de riesgo que se relacionan con esta enfermedad, estos factores pueden ser modificables como no modificables, entre los más importantes se describe: consumir alimentos con demasiada sal y grasa, no ingerir antioxidantes como frutas y verduras, excederse en bebidas alcohólicas, tabaquismo, sedentarismo, no tener un buen control de estrés, problemas de sobrepeso u obesidad, edad y los antecedentes familiares con respecto a salud. <sup>(1)</sup> Estas son las principales causas que se concediera, puede provocar presiones arteriales elevadas y perjudicar la salud de la persona.

A nivel mundial se ha experimentado un incremento de casos de HTA de 600 a 1000 millones de personas, este aumento es continuo hasta la actualidad, representando una amenaza para la salud, principalmente porque ocasiona morbi-mortalidad asociada a las complicaciones en aproximadamente 9,4 millones de personas, con mayor frecuencia en los adultos, siendo el principal factor de riesgo de alteraciones cardiovasculares, <sup>(2)</sup> como: accidente cerebro-vascular e infarto de miocardio.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 17.5 millones de personas murieron en el 2012 por infarto de miocardio y accidente cerebro vascular (ACV) representando el 30% de las defunciones registradas, de estas, aproximadamente 7.4 millones se debieron a cardiopatías coronarias y 6.7 millones a ACV, 80% de estos fueron prevenibles, con estilos de vida saludable. Se prevé que para el 2030, casi 23.6 millones de personas morirán por alguna enfermedad cardiovascular. <sup>(3)</sup>

En América Latina y el Caribe entre el 20% y 35% de la población adulta tiene hipertensión, sin incluir aquellas personas que la padecen y que no han sido diagnosticadas. De acuerdo con un estudio en cuatro países de Sudamérica, (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), apenas el 57.1% de la población adulta que se estima con presión arterial alta sabe que tiene HTA, lo que contribuye al bajo nivel de control poblacional; sólo en el 18.8% de los pacientes adultos se ha evidenciado el mantenimiento de valores controlados de la presión arterial. <sup>(4)</sup>

El Ecuador no escapa de esta realidad, pues ha existido un incremento de casos de HTA cada año, constituyendo una prioridad para el Sistema Nacional de Salud. En el año 2014 según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), la población de 18 a 59 años permitió identificar 29412 personas que presentan elevación de la presión arterial, siendo 17015 para el género femenino y 12397 para el masculino. <sup>(5)</sup> En provincias del Ecuador la morbilidad de esta enfermedad, se representa en porcentajes elevados, la provincia del Guayas una de las más altas con 53.67% y Chimborazo con 12.05% las complicaciones a largo plazo perjudican en la adaptación de la enfermedad, el manejo de tensiones arteriales elevadas puede ser perjudicial para el individuo.

La HTA origina consecuencias que afectan la independencia de la persona y produce la falta de adaptabilidad al nuevo estilo de vida, lo cual repercute en el afrontamiento y la adhesión al tratamiento. La adaptación a una enfermedad de características crónicas requiere una aceptación por parte del individuo el cual debe seguir un proceso de adaptación donde se integra componentes cognitivos, emocionales y del comportamiento para el mantenimiento del equilibrio entre lo positivo y negativo de la enfermedad, este proceso se fundamenta en el Modelo de Sor Callista Roy, quien desde 1960 mediante su estudio permitió controlar los efectos en el proceso de adaptación por medio de las dimensiones psicosociales y fisiológicas contempladas en un instrumento denominado “Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación”.<sup>(6)</sup>

Se reitera que este modelo se apoya también en el Proceso Enfermero (PE) que comprende las fases de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación del cuidado apoyado en la utilización de taxonomías para establecer acciones comunes en respuesta a las necesidades del individuo, que pueden ser utilizadas como apoyo en el sistema de salud.<sup>(7)</sup> Entre las taxonomías que constituyen el lenguaje enfermero se encuentran: North American

Nursing Diagnosis Association (NANDA-I), Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC) <sup>(8)</sup> <sup>(9)</sup> <sup>(10)</sup>

Su aplicación facilita el desarrollo científico, el mejoramiento de la práctica y la difusión de la ciencia de enfermería, la terminología estandarizada refleja de forma precisa los juicios clínicos enfermeros, permite evaluar dimensiones sociales, psicológicas y espirituales al momento de brindar el cuidados,<sup>(11)</sup> en el ámbito clínico la taxonomía puede ser ejecutada en diversas etapas de salud del individuo, sea de prevención, promoción o tratamiento, incluso para brindar cuidados paliativos (CP).

Los CP están enfocados en la mejora de la calidad de vida y la promoción de la autonomía del individuo. En el paciente compromete su estado biológico, emocional, económico, social, espiritual, así como el de la familia, se debe orientar el cuidado a la mejora de la calidad de vida del paciente, por medio de la prevención y el alivio de los síntomas asociados, la adherencia al tratamiento, alivio del sufrimiento y problemas que afecten al individuo como en su esfera psicosocial espiritual y física.<sup>(12)</sup> Ante esta situación el equipo de salud despliega acciones paliativas dirigidas a mitigar los síntomas.

La HTA en los individuos que la padezcan puede llevar a complicaciones si la enfermedad no es controlada, requiere tratamiento farmacológico prolongado y la modificación del estilo de vida sobre todo en la actividad-ejercicio y en la alimentación, su falta de control pone en riesgo que el paciente desarrolle otras enfermedades incapacitantes como insuficiencia cardiaca, accidente cerebro vascular sea hemorrágico o isquémico, aneurismas, hipertrofia ventricular, insuficiencia renal, neuropatía óptica, ataque cardiaco etc. Considerando a los CP como aquellos que permiten la comunicación entre el paciente, familia y profesionales de la salud en un ambiente de cordialidad, respeto y confianza marca la particularidad del presente estudio que propone una nueva visión del cuidado al paciente con HTA encaminado al control sintomático, la adherencia al tratamiento y el asesoramiento sobre los cuidados al paciente.

En el país se dispone de la guía de práctica clínica de CP con enfoque en los cuidados a pacientes en etapa terminal, más no con fines preventivos que faciliten el afrontamiento y la adaptación, sin embargo, no se encuentran guías de cuidado holístico al paciente con HTA con enfoque paliativo, haciendo que los criterios sean diversos.

Existe la escala de adaptación y afrontamiento de Sor Callista Roy con validez demostrada en distintas publicaciones y con aplicación en cuidados paliativos en pacientes con cáncer, intervenciones quirúrgicas, enfermedades terminales, pero específicamente cuidados paliativos en pacientes con HTA no se ha encontrado estudios minuciosos para poder actualizar y brindar cuidados a pacientes con esta enfermedad, es por eso la importancia del estudio a realizar; para aportar a los saberes y actualizaciones de estos cuidados para la adaptación a la enfermedad y como poder afrontarla, para esto la NANDA-I constituye una herramienta útil para su comprensión.

La taxonomía internacional enmarca el juicio clínico de la respuesta del paciente y se complementa con la NOC y la NIC para la implementación y seguimiento de los cuidados, siendo la pauta general para orientar las intervenciones que se realizará en el paciente, teniendo en conjunto la escala de Callista Roy y la NANDA-I. Por lo tanto, se presentan intervenciones según NANDA-NOC-NIC en función de los factores de adaptación y afrontamiento alterados en pacientes con hipertensión arterial con enfoque paliativo.

Según el doctor Roberto Wenk el fundador de la Asociación Latinoamericana de cuidados paliativos menciona que el acceso a los tratamientos y cuidados del paciente para aliviar su dolor dependen del lugar, la edad y la geografía donde vive la persona, esto debido a que el desarrollo en zonas rurales no permite brindar los mismos cuidados que se lo realiza en zonas urbanas <sup>(13)</sup>

En Ecuador, según el Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica en el año 2012, el país no cuenta con unidades exclusivas de cuidados paliativos de primer y segundo nivel, teniendo en cuenta que en el tercer nivel se encuentra la sociedad de lucha contra el cáncer (SOLCA) para brindar estos cuidados. <sup>(14)</sup> El Plan Nacional de Desarrollo “Toda una Vida” 2017-2021 para beneficio de los habitantes del país, busca garantizar y responder a las necesidades emergentes del Sistema de Salud Pública, puesto que las principales causas de mortalidad como desnutrición, sobrepeso, estilo de vida, alimentación y patrones de consumo, están vinculadas con enfermedades crónicas e infecciosas, que pueden ser prevenibles en muchos de los casos y, a la vez, promoviendo hábitos de consumo saludables y realización de actividad física. <sup>(15)</sup>

Los cuidados se orientan a cubrir las necesidades de salud de la persona, que caracterizan la propia vida, y consta de cuatro dimensiones: bienestar físico, bienestar psicológico, bienestar social y bienestar espiritual, los CP permiten el alivio de los síntomas, conjunto con la atención psicosocial y del apoyo del individuo y el de sus familiares, pueden enfrentarse a una enfermedad como el cáncer o enfermedades en fase terminal, donde necesitarán el apoyo de los cuidados profesionales de trabajadores de la salud, es muy importante el soporte en esta etapa de padecimiento para lograr mejorar la calidad de vida. <sup>(16)</sup>

Con estos antecedentes se plantea el presente proyecto con el objetivo de establecer los problemas de adaptación de los pacientes con hipertensión arterial guiados con la taxonomía NANDA-I-NOC-NIC, describir las características sociodemográficas y clínicas del paciente hipertenso, identificar factores de afrontamiento y adaptación para proponer acciones de enfermería, enfocados en la disminución y prevención de complicaciones que influyan en el incremento de la adaptación de los individuos, según la Escala de medición de Callista Roy, durante en el período octubre de 2018 - marzo de 2019.

## **OBJETIVOS**

### **General:**

- Determinar los factores de afrontamiento y adaptación afectados en pacientes hipertensos del Distrito de Salud Chambo-Riobamba según la Escala de medición de Callista Roy, durante en el período octubre de 2018 - marzo de 2019.

### **Específicos:**

- Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas y clínicas.
- Identificar factores de afrontamiento y adaptación afectados en la población de estudio, según la Escala de medición de Callista Roy.
- Proponer acciones de Enfermería organizados con base a la taxonomía NANDA-I-NOC y NIC, enfocados en los factores de afrontamiento, prevención de complicaciones y desarrollo de conductas generadoras de salud.

## CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

Según la OMS la tensión arterial se produce por la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes arteriales, la HTA es una afección donde la presión de las arterias es constantemente alta; mientras más alta o más presión existe en las paredes de las arterias el corazón realiza mayor esfuerzo para bombear más cantidad de sangre, si no es controlada puede tener complicaciones en el sistema circulatorio. Para medir la presión arterial se utiliza instrumentos como el estetoscopio y fonendoscopio, obteniendo resultados en milímetros de mercurio (mmHg), la presión sistólica y diastólica.

La presión sistólica se calcula cuando el corazón se contrae, esta medición es una de las más fuertes y que se representa con el número más alto en el resultado de la toma de la presión, la diastólica se mide cuando el musculo cardiaco se relaja entre cada latido para poder llenarse de sangre y contraerse nuevamente, su medida es más baja que la primera; la tensión arterial dentro de parámetros normales en un adulto se encuentra entre 120/ 80 mmHg, existe más beneficios cardiovasculares cuando la tensión arterial oscila entre 105/60 mmHg <sup>(1)</sup>

El Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón, presentan una nueva guía publicada en el año 2017, publicando los rangos de presión arterial como se describe a continuación: presión arterial normal entre  $\leq 120/\leq 80$  mmHg; elevación de la presión 120-129 / $\leq 80$ mmHg, HTA etapa 1 130-139/80-89 mmHg, HTA etapa 2 140-159/90-99 mmHg, HTA etapa 2  $\geq 160/100$ mmHg. <sup>(17)</sup>

En el mundo las muertes por complicaciones de HTA suman más de 9,4 millones de personas, la presión arterial elevada es considerada una de las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes en los adultos; <sup>(18)</sup> en Latinoamérica se encuentra entre el 20 y 40% de adultos con esta enfermedad sumando aproximadamente 250 millones de individuos. La mortalidad en esta enfermedad se evidencia antes de cumplir los 70 años. <sup>(19)</sup>

El envejecimiento poblacional es un fenómeno macrosocial que alude al cambio en la estructura por edades de la población, producto de la relativa disminución de las personas más jóvenes y el aumento de la proporción de adultos sobre todo, de personas de avanzada edad. La velocidad del proceso de envejecimiento difiere de un país a otro según la fase de la transición demográfica por la que atraviesan: unos están en una etapa de envejecimiento



avanzado, en otros la situación es intermedia, mientras que algunos países están en una fase aún incipiente de este proceso. Al igual que en la mayoría de los países de la región, estos cambios demográficos se han dado en el marco de una sociedad en la que prevalecen grandes inequidades en las condiciones de vida de la población, que afectan a todos los grupos etarios, en especial al grupo vulnerable de adultos mayores.

Los adultos mayores están insertos en esta realidad social y debido a sus escasas posibilidades de generar ingresos suficientes en esta etapa de su vida, un buen número de ellos constituye uno de los grupos de mayor vulnerabilidad social. Las más afectadas son las personas mayores en condiciones de pobreza, en las zonas rurales y aquellas que pertenecen a los pueblos indígenas, que representan, alrededor del 30% de la población adulta mayor, repercutiendo en las bajas posibilidades para acceder a los servicios de salud de manera oportuna, la encuesta SABE II realizada en el año 2010 mostró una prevalencia de HTA en adultos de 60 años y más mostrando un 44.4% de esta enfermedad <sup>(20)</sup>

Según la revista informática de la OPS/OMS edición 32 en el año 2014 desde el año de 1997 hasta el 2011 Ecuador ha duplicado las cifras de pacientes hipertensos llegando a 4381, esta enfermedad se sitúa en el puesto número dos a nivel de país, en las provincias con tasa elevada de morbilidad por HTA la provincia Guayas tiene mayor porcentaje de enfermedades hipertensivas alcanzando un 53.67%, en la provincia de la región sierra en Tungurahua se evidencia con 37,31 mientras en Chimborazo existe el 12.05%.<sup>(21)</sup> El afrontamiento y la adaptación de esta enfermedad debe ser guiada por el profesional de salud para lograr convivir con los signos y síntoma de las complicaciones por HTA.

Es por eso que Callista Roy en los años 60 elaboró una escala de medición la que permite evaluar al paciente en su proceso de adaptación a la enfermedad, la escala, denominada en inglés Coping Adaptation Processing Scale (CAPS), fue diseñada en el año 2004, para identificar las estrategias de afrontamiento y adaptación que el individuo utiliza para hacer frente a circunstancias adaptativas y de afrontamiento dependiendo la situación actual del paciente. <sup>(22)</sup>

El afrontamiento y la adaptación son percepciones muy importantes para la calidad de vida del paciente, son fenómenos en los cuales se realizan integración entre el individuo y el entorno que lo rodea, generan estilos y estrategias para afrontar la situación actual. Se

presenta diversas conceptualizaciones, debido a su orientación en varias disciplinas, el afrontamiento y adaptación se ha abordado principalmente desde la representación del modelo de adaptación de Callista Roy.

Por medio de este modelo, busca explicar cómo y por qué se produce este proceso, y se desarrolló la teoría de mediano rango del proceso de afrontamiento y adaptación, permitiendo identificar la capacidad, el estilo y las estrategias que utiliza una persona para controlar la situación y promover su adaptación. El modelo está conformado por 47 ítems, agrupados en cinco factores y con una calificación Likert que son de cuatro criterios: nunca =1, rara vez =2, casi siempre=3, siempre =4; cada pregunta es una oración corta acerca de cómo una persona reconoce cuando experimenta una crisis o una situación difícil, y se divide en los siguientes factores.

El factor 1: recursivo y centrado (10 ítems) manifiesta los comportamientos personales y los recursos, considerando actitudes en relación a la solución de problemas como buscar una solución y obtener resultados, el factor 2: reacciones físicas y enfocadas (14 ítems) sobresale las reacciones físicas y el manejo de las situaciones, el factor 3: proceso de alerta (9 ítems) representa los comportamientos de la persona y su reacción física ante la situación, el factor 4: procesamiento sistemático (6 ítems) describe las habilidades personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y poder enfrentarlas, el factor 5: conocer y relacionar (8 ítems) describe las estrategias que utiliza el individuo utilizando los pensamientos y creatividad.

Para la interpretación de este instrumento las personas que obtengan un puntaje cercano de 188 tienen una gran capacidad de afrontamiento y adaptación, demostrando una mayor consistencia de la situación para utilizar estrategias para afrontar el problema y las personas con puntaje que se aproxime a 47 presenta baja capacidad para el afrontamiento y adaptación, indicando poca conciencia en la utilización de estrategias de afrontamiento.

Una baja capacidad de afrontamiento y adaptación nos indica un estilo neutral que consiste en ausencia de respuesta para enfrentar los problemas, teniendo respuestas negativas por parte del usuario, reduciendo esfuerzos, dando conductas evasivas percibiendo la situación no controlable, la mediana capacidad del individuo, se evidencia una actividad pasiva y activa será limitado, al no generar respuestas efectivas ante la situación o problema, en una

alta capacidad de adaptación y afrontamiento, el usuario tiene reacciones positivas y activas ante la situación centrándose en la resolución del problema controlando la situación. <sup>(22)</sup>

La adaptación el paciente y los estudios que se realizó en América Latina demuestran que el modelo de adaptación de Callista Roy es importante para llevar a cabo la enfermedad crónica o terminal de un paciente dependiendo de la situación de salud que se encuentre el mismo, para poder adaptar las necesidades que tiene el paciente y sus familiares para el cuidado que requiere, la adaptación también dependerá del conocimiento que se proporcione al paciente como su enfermedad los medicamentos administrados para que el usuario se asocie con los diagnósticos y actividades que realiza enfermería <sup>(23)</sup>

Diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre el individuo, la familia da respuestas a los problemas de salud reales o potenciales / procesos de la vida comunitaria. Un diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería con el objeto de alcanzar los resultados para los que la enfermera tiene la responsabilidad. Está organizada según, estructura de Taxonomía II consta de tres niveles: Dominios, describe 13, (promoción de la salud, nutrición, eliminación e intercambio, actividad/ descanso, percepción/cognición, auto percepción, relaciones de roles, sexualidad, afrontamiento/tolerancia del estrés, principios de vida, seguridad/protección, confort y crecimiento/desarrollo. 47 clases y 217 diagnósticos. Cada diagnostico se comprende de una etiqueta o nombre del diagnóstico, una definición, características definitorias, factores de riesgo y/o factores relacionados. <sup>(8)</sup>

La NIC es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Es útil para la planificación de los cuidados, la documentación clínica, la comunicación de cuidados en distintas situaciones, la integración de datos entre sistemas y situaciones, la investigación eficaz, la docencia y el diseño de programas. La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como de colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos. Pueden utilizarse en todas las situaciones (cuidados agudos, unidades de cuidados intensivos, cuidados domiciliarios, cuidados paliativos y atención primaria) y en todas las especialidades (desde la enfermería de cuidados críticos a la enfermería pediátrica y geriátrica). <sup>(10)</sup> Además es importante dentro de la enfermería comunitaria puesto que es el primer nivel de atención al que acceden los usuarios.

En 1978 en la ciudad de Alma Ata (Antigua URSS) se aprobó una resolución con el fin de conseguir “salud para todos en el año 2000”, donde se comprometen llevar a cabo acciones necesarias relacionadas a salud, puestas al alcance de todos los individuos y de las familias de la comunidad. Donde se realizó la conferencia sobre Atención Primaria de Salud (APS), en la cual la OMS, la UNICEF y las principales agencias financieras, se comprometieron a trabajar por la cobertura de las necesidades básicas de la población con un planteamiento integral y progresista.

Sin embargo, en 1979, se empezó a utilizar el término Atención Primaria de la Salud Selectiva (APS-S), ya que se creía que esta sería más accesible y económica para los países pobres. Pero la realidad de la salud en el mundo, solo ha mejorado en los países que asumieron con responsabilidad la APS, indistintamente países ricos y pobres continúan con deficiencias para brindar el derecho a la salud de sus pueblos, ya que se busca mejores resultados de salud a nivel poblacional, mayor equidad en el nivel de salud y el acceso a los servicios, mejor eficiencia global del sistema con menores costos y mayor satisfacción de los usuarios con los servicios de salud. <sup>(24)</sup>

Dentro del marco constitucional aprobado en el año 2008, la APS se constituye el eje central del sistema de salud, el cual es un derecho que garantiza el estado. Mediante la estrategia del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar, comunitario e intercultural (MAIS), donde incluye más de 4000 profesionales que integran los equipos básicos de salud. La atención primaria de la salud prioriza la prevención de la enfermedad, promoción de la salud con un enfoque de evitabilidad y participación organizada en la construcción de una sociedad saludable. Brindando prestaciones de servicios de primer, segundo, tercer, cuarto nivel de atención de manera oportuna y con calidad y calidez de atención.

El Centro de Salud es la estructura física y funcional donde se desarrolla una parte importante de las actividades de la APS de forma coordinada, integral, continuada, permanente y con base en el trabajo en equipo de los profesionales que actúan en el mismo. Dentro de sus actividades están la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, así como los asistenciales curativos. Sin embargo, el médico de un Centro de Salud dependiente del estado

se encuentra abrumado por atender la gran demanda de pacientes con morbilidad diversa, y no tiene el tiempo suficiente para una atención adecuada del paciente hipertenso. <sup>(25)</sup>

## CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, documental, transversal, con enfoque cuali-cuantitativo, con el objetivo de describir los cuidados paliativos guiados con la taxonomía NANDA-I analizando el afrontamiento y adaptación afectados en adultos hipertensos, según la Escala de medición de Callista Roy, durante en el período octubre de 2018 - marzo de 2019.

La población de estudio estuvo conformada por 412 pacientes adultos hipertensos, utilizando la base de datos del proyecto Cuidados Paliativos en Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Distrito de Salud Chambo-Riobamba.

Para obtención de la información de interés investigativo, se utilizó la Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy, este cuestionario valora las características socio-demográficas, clínicas, así como los factores de afrontamiento y adaptación afectados en pacientes hipertensos incluidos en la investigación.

En el estudio se consideró como variable independiente: cuidado paliativo guiado por la taxonomía NANDA-I y como variable dependiente los factores de afrontamiento y adaptación del adulto hipertenso.

### Operacionalización de Variables

Variables	Tipo	Escala	Definición operacional	Indicadores
Factores de afrontamiento y adaptación del adulto hipertenso.	Cualitativa Politómica	34-49 50-64 65-79 80 en adelante	<b>Edad:</b> tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Edad
	Cualitativa Dicotómica	Masculino Femenino	<b>Género:</b> se refiere a los conceptos sociales de las	Género

			funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	
	Cualitativa Politómica	Blanco Mestizo Indígena Afroecuatoriano	<b>Etnia:</b> Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.	Etnia
	Cualitativa Politómica	Nunca Rara vez Casi siempre Siempre	Factor 1 Recursivo y Centrado Factor 2 Reacciones Físicas y Enfocadas Factor 3 Proceso de alerta Factor 4 Procesamiento Sistemático Factor 5 Conocer y Relacionar	Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy
Cuidado paliativo guiado por la taxonomía NANDA-I	Cualitativa Nominal	-Capacidad funcional. -Signos y síntomas. -Factores de afrontamiento y adaptación.	<b>Cuidados Paliativos:</b> son estudios de la rama de la medicina que se encarga de prevenir y aliviar el sufrimiento, así como brindar una mejor calidad de vida	Cuidados Paliativos

			posible a pacientes que padecen de una enfermedad grave.	
--	--	--	--	--

En correspondencia al tipo y diseño de estudio se utilizó el método teórico, utilizando la escala de afrontamiento y adaptación, apropiada al contexto ecuatoriano por Figueredo en el año 2017, técnica secundaria mediante la utilización de una base de datos que contiene información estadística del proyecto Cuidados Paliativos en Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Distrito de Salud Chambo-Riobamba

El análisis de los datos se realizó empleando técnicas de estadística descriptiva, con distribución de frecuencias relativas y absolutas, en una base de Microsoft Excel se organizaron los datos obtenidos del instrumento para el análisis.

El trabajo no incluye aspectos que atenten contra los principios éticos de investigación en seres humanos, puesto que los datos fueron obtenidos de fuentes documentales.

### CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los pacientes que presentan HTA según género y etnia por rangos de edad. Distrito Cambo-Riobamba, 2019

Edad	Genero	Número	Porcentaje	Etnia	Número	Porcentaje
34-49	Masculino	8	1.94	Blanco	0	0.0
				Mestizo	8	1.9
				Indígena	0	0.0
				Afro ecuatoriano	0	0.0
	Femenino	25	6.06	Blanco	0	0.0
				Mestizo	25	6.7
				Indígena	0	0.0
				Afro ecuatoriano	0	0.0
50-64	Masculino	22	5.33	Blanco	1	0.2
				Mestizo	17	4.1
				Indígena	4	0.9
				Afro ecuatoriano	0	0.0
	Femenino	105	25.48	Blanco	2	0.4
				Mestizo	97	23.5

				Indígena	6	1.5
				Afro ecuatoriano	0	0.0
65-79	Masculino	43	10.67	Blanco	0	0.0
				Mestizo	35	8.5
				Indígena	8	1.9
				Afro ecuatoriano	0	0.0
	Femenino	140	33.98	Blanco	3	0.7
				Mestizo	123	29.8
				Indígena	14	3.4
				Afro ecuatoriano	0	0.0
80 en adelante	Masculino	20	4.85	Blanco	0	0.0
				Mestizo	17	4.2
				Indígena	3	0.7
				Afro ecuatoriano	0	0.0
	Femenino	48	11.65	Blanco	1	0.2
				Mestizo	42	10.2
				Indígena	5	1.2
				Afro ecuatoriano	0	0.0

En las características sociodemográficas de los pacientes del distrito Chambo-Riobamba 2019, se evidencia en la tabla 1 el predominio de pacientes de género femenino en todos los grupos de edad, con una concentración mayor en la categoría de 65 y 79 años con 33.98%, en la que prevalece la auto identificación mestiza de 29.8% de género femenino y 8.5% de masculino en toda la población. Resultados similares se evidencian en estudios realizados por Garzón y Llumiguano 2017, <sup>(26)</sup> Cali y Cobos 2017, <sup>(27)</sup> Rodríguez, Cordero, Aguilar, Domínguez y Llanes 2017, <sup>(28)</sup> quienes manifiestan un mayor porcentaje de población adulta mayor, del grupo de 65 años y más, del sexo femenino y predominio de población mestiza, esto permite hacer referencia sobre las enfermedades del adulto mayor.

Demostrando que al avanzar la edad del individuo aumenta el riesgo de padecer esta enfermedad, indicando que se debe priorizar este grupo de edad para realizar cuidados, para evitar complicaciones de la enfermedad, el personal de salud debe prepararse para brindar cuidados paliativos a las personas que conllevan estas complicaciones para ayudarles a la adaptación y afrontamiento de la enfermedad.



**Tabla 2.** Enfermedades crónicas no transmisibles según edad valoradas en el distrito de salud Chambo-Riobamba, 2019

Edad	34-49		50-64		65-79		80 en adelante		Total
HTA	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Número	33	0	127	0	184	0	68	0	412
Porcentaje	8.00	0.0	30.83	0.0	44.67	0.0	16.50	0.0	100
DM	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Número	1	32	24	103	47	137	13	55	412
Porcentaje	0.24	7.76	5.83	25	11.40	33.26	3.16	13.35	100
ECV	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Número	0	33	4	123	7	177	0	68	412
Porcentaje	0.0	8.0	0.97	29.87	1.69	42.97	0.0	16.50	100
Sobrepeso	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Número	7	26	14	113	9	175	0	68	412
Porcentaje	1.69	6.31	3.40	27.43	2.19	42.48	0.0	16.50	100

En las enfermedades crónicas no trasmisibles reflejadas en la tabla 2 se evidencia que al igual que la tabla anterior el grupo de edad entre 65-79 años se registra un porcentaje más alto de personas que padecen enfermedades crónicas no trasmisibles, aparte de la HTA, siendo las más frecuentes la diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y sobrepeso; al contrastar estos resultados con los obtenidos mediante la encuesta ENSANUT 2014,<sup>(5)</sup> se evidencia resultados similares con afectación mayoritaria en este grupo de edad con factores asociados a las enfermedades como la mala alimentación, el sedentarismo, el tabaquismo, el alcoholismo siendo esta edad prioritaria para la aplicación de cuidados.

La interpretación de los datos analizados en la tabla refiere, que los pacientes adultos mayores tienen una mayor morbilidad de las enfermedades crónicas, al referirse de la presión como enfermedad, los individuos que presentan esta enfermedad, al no ser tratados a tiempo al no tener una buena adherencia y adaptabilidad al tratamiento, las complicaciones que presentan son peligrosas para su salud, es por esta razón que los cuidados deben ser enfocados en pacientes adultos mayores.

**Tabla 3.** Factores de la escala de afrontamiento y adaptación de Callista Roy

Factor	ESCALA							
	Nunca	Porcentaje	Rara vez	Porcentaje	Casi siempre	Porcentaje	Siempre	Porcentaje
Uno	236	5.73	901	21.87	1601	38.86	1361	33.03
Dos	436	8.14	1264	23.60	2152	40.18	1488	27.78
Tres	159	4.82	739	22.42	1304	39.56	1094	33.19
Cuatro	119	4.81	576	23.30	1021	41.30	763	30.86
Cinco	232	7.04	628	19.05	1438	43.63	998	30.28
<b>Total</b>	<b>1182</b>	<b>6.38</b>	<b>4108</b>	<b>22.16</b>	<b>7516</b>	<b>40.54</b>	<b>5704</b>	<b>30.77</b>

**Fuente:** Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy en su versión validada en español (ESCAPS).

Según los factores mencionados en la tabla 3, se evidencia mayor afectación al factor 2, en el mismo que se alteran los siguientes indicadores: no actúo hasta que tengo comprensión de la situación, encuentro la crisis demasiado complicada, no pienso en el problema paso a paso, parece que actúo con lentitud sin razón aparente, no trato de reorganizar mis sentimientos positivamente, no estoy activo durante el día cuando estoy en crisis, no soy realista con lo que sucede, no estoy atento a la situación, tiendo a reaccionar con exageración al comienzo, no recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones, no miro la situación desde diferentes puntos de vista, tiendo a quedarme quieto por un momento, encuentro difícil explicar el verdadero problema.

Esta escala permite valorar la adaptación y cómo afronta la situación el paciente que padece la enfermedad, en la revista Universidad Libre de Colombia 2016 <sup>(29)</sup> menciona que la escala de Callista Roy permite evaluar la situación de adaptación del paciente, se evidencio un estudio realizado a pacientes hipertensos donde se observa un buen resultado de adaptación y cumplimiento del tratamiento, en el presente proyecto se refleja la similitud de adaptabilidad y afrontamiento de los pacientes ante esta enfermedad.

**Propuesta de plan de cuidado en alteraciones de los factores de adaptación y afrontamiento en pacientes hipertensos.**

<b>ALTERACIONES DEL FACTOR 1 RECURSIVO Y CENTRADO</b>			
<p><b>Manifestaciones de alteración del Factor 1</b></p> <p><b>Aspectos que evidencian alteración:</b></p> <p>No puede hacer varias actividades al mismo tiempo, no propone soluciones para problemas nuevos, no obtiene información para aumentar las opciones, cuando está preocupado tiene dificultad para realizar tareas, no puede recordar soluciones que le han servido antes, no piensa en lo que le preocupa, no identifica como quiere que resulte la situación.</p>			
<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>NOC</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>INTERVENCIONES</b>
<p><b>Afrontamiento ineficaz (00069) <sup>(8)</sup></b></p> <p><b>R/C:</b> -Confianza inadecuada en la Habilidad para manejar la situación.</p> <p>-Sentido de control insuficiente.</p> <p><b>M/P:</b> Estrategias de afrontamiento ineficaces.</p>	<p><b>Afrontamiento de problemas (1302) <sup>(9)</sup></b></p>	<p>-Identifica múltiples estrategias de superación.</p> <p>-Utiliza el sistema de apoyo personal.</p> <p>-Obtiene ayuda de un profesional sanitario.</p>	<p><b>Mejorar el afrontamiento (5230) <sup>(10)</sup></b></p>
<b>ALTERACIONES DEL FACTOR 2 REACCIONES FISICAS Y ENFOCADAS</b>			
<p><b>Manifestaciones de alteración del Factor 2</b></p> <p><b>Aspectos que evidencian alteración:</b></p> <p>Actúa sin comprender la situación, encuentra la crisis demasiado complicada, no piensa en el problema paso a paso, actúa con lentitud sin razón aparente, no reorganiza los sentimientos positivamente, no está activo durante el día cuando está en crisis, no es realista con lo que sucede, no está atento a la situación, tiende a reaccionar con exageración al comienzo, no recuerda cosas que le ayudaron en otras situaciones, no mira la situación desde diferentes puntos de vista, se hace difícil explicar el verdadero problema.</p>			
<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>NOC</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>INTERVENCIONES</b>
<p><b>Deterioro de la resiliencia (00210) <sup>(8)</sup></b></p>	<p><b>Resiliencia personal (1309) <sup>(9)</sup></b></p>	<p>-Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas.</p>	<p><b>Apoyo en la toma de decisiones (5250) <sup>(10)</sup></b></p>

<b>R/C:</b> Percepción de vulnerabilidad. <b>M/P:</b> Estrategias de afrontamiento ineficaces.		-Asume la responsabilidad de sus propias acciones. -Sopesa alternativas para resolver problemas.	
---	--	---	--

**ALTERACIONES DEL FACTOR 3 PROCESO DE ALERTA**

**Manifestaciones de alteración del Factor 3**

**Aspectos que evidencian alteración:**

No obtiene buenos resultados con problemas complejos, no usa sus habilidades para enfrentar la solución, no se desenvuelve cuando está en lugares desconocidos, no utiliza el humor para manejar la situación, no modifica su vida para salir de la crisis, no mantiene equilibrio entre la actividad y el descanso, no relaciona lo que sucede con experiencias pasadas, se culpa por cualquier dificultad que tiene.

DIAGNOSTICO	NOC	INDICADORES	INTERVENCIONES
<b>Conocimientos deficientes (00126)</b> <small>(8)</small>  <b>R/C:</b> mala interpretación de la información. <b>M/P:</b> comportamientos inapropiados, informa del problema.	<b>Cognición (0900)</b> <sup>(9)</sup>	-Atiende. -Se concentra. -Compara las alternativas al tomar las decisiones. -Procesa la información.	<b>Facilitar el aprendizaje (5520)</b> <sup>(10)</sup>

**ALTERACIONES DEL FACTOR 4 Procesamiento sistemático**

**Manifestaciones de alteración del Factor 4**

**Aspectos que evidencian alteración:**

No es creativo y no propone soluciones, no se beneficia de experiencias pasadas, no aprende de las soluciones de otros, mira la situación como un reto negativo, no plantea soluciones aunque parezcan difícil de alcanzar, no experimenta cambios en la actividad física.

DIAGNOSTICO	NOC	INDICADORES	INTERVENCIONES
-------------	-----	-------------	----------------

<p><b>Baja autoestima situacional (00120) <sup>(8)</sup></b></p> <p><b>R/C:</b> Reconocimiento inadecuado. <b>M/P:</b> Conducta no asertiva -Conducta indecisa.</p>	<p><b>Resiliencia personal (1309) <sup>(9)</sup></b></p>	<p>-Verbaliza una actitud positiva. - Una autoestima positiva. -Se adapta a adversidades como desafíos. -Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas.</p>	<p><b>Potenciación de la autoestima (5400) <sup>(10)</sup></b></p>
<p><b>ALTERACIONES DEL FACTOR 5 CONOCER Y RELACIONAR</b></p>			
<p><b>Manifestaciones de alteración del Factor 5</b> <b>Aspectos que evidencian alteración:</b> No analiza los detalles tal y como sucedieron, no aclara cualquier duda antes de actuar, no hace frente a la crisis desde el principio, no se da cuenta que se está enfermando, no adopta destrezas cuando resuelve cualquier dificultad, se rinde fácilmente, no desarrolla un plan para enfrentar la situación, se hace ilusiones de como resultarán las cosas.</p>			
<p><b>DIAGNOSTICO</b></p>	<p><b>NOC</b></p>	<p><b>INDICADORES</b></p>	<p><b>INTERVENCIONES</b></p>
<p><b>Riesgo de deterioro de la resiliencia (00211) <sup>(8)</sup></b></p> <p><b>R/C:</b> Coexistencia de múltiples situaciones adversas.</p>	<p><b>Resiliencia personal (1309) <sup>(9)</sup></b></p>	<p>-Verbaliza una actitud positiva. -Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas. -Sopesa alternativas para resolver problemas. -Muestra una autoestima positiva. -Verbaliza un sentido aumentado de control.</p>	<p><b>Apoyo en la toma de decisiones (5250) <sup>(10)</sup></b></p>

		-Se adapta a adversidades como desafíos.	
--	--	--	--

En la tabla 3 se evidencia la propuesta de intervenciones para afectación de los factores de adaptación y afrontamiento en pacientes hipertensos, según la valoración de la escala de medición de afrontamiento y adaptación de Callista Roy, esto permitirá colaborar con el paciente para su mayor recuperación para que pueda adaptarse y afrontar la situación estresante al pasar por la enfermedad, los diagnósticos, indicadores y acciones de enfermería propuestos en esta tabla se describe en el anexo número 2.

## CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas analizadas fueron edad, género, etnia, prevaleciendo el rango de 65 a 79 años de edad, predominio del género femenino, con auto identificación mestiza. Entre los rasgos clínicos de los pacientes con HTA, en el mismo grupo de edad se identificó comorbilidad, destacándose: diabetes, enfermedades cardiovasculares y sobrepeso.
- Al valorar los cinco factores de afrontamiento y adaptación se identificó una población mínima con alteración del factor 2, en el grupo de edad de 65-79 años, determinando la importancia de implementar actividades que apoyen la toma de decisiones para el cuidado del paciente hipertenso.
- Se propone diagnósticos y cuidados de enfermería, basados en las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC enfocados en posibles alteraciones de los factores de la escala de afrontamiento y adaptación de Callista Roy.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 (2013). Informe general sobre la HIPERTENSIÓN en el mundo. Suiza: OMS. Recuperado el 2018, de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013\\_2\\_spa.pdf;jsessionid=8BC7D208E824FEB2D912F445B78F1319?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013_2_spa.pdf;jsessionid=8BC7D208E824FEB2D912F445B78F1319?sequence=1)
- 2 Salud, O. P. (19 de Febrero de 2008). OPS. Obtenido de [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/JNC7\\_interactivo.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/JNC7_interactivo.pdf)
- 3 Benítez Pérez M. Envejecimiento poblacional: actualidad y futuro. *MediSur*. Febrero de 2017;15(1):8-11.
- 4 OPS. (17 de Mayo de 2017). Organización Panamericana de Salud. Obtenido de Organización Panamericana de Salud: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=pt](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=pt)
- 5 Ecuador M de salud pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: ENSANUT-ECU 2012. Quito: INEC; 2014.
- 6 Katiuska Figueredo. INTERVENCIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA AVANZADO. Habana Cuba 2013;159
- 7 Lores Guerra E, Berenguer Gouarnaluses M. Modo de actuación profesional a través del Proceso de Atención de Enfermería en el Policlínico Universitario "Julián Grimau García". *MEDISAN*. 2011 Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_15\\_6\\_11/san07611.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_6_11/san07611.htm)
- 8 Herdman TH, NANDA International. *NANDA International: Diagnósticos enfermeros : definiciones y clasificación 2012-2014*. Amsterdam; Madrid, etc.: Elsevier; 2013.
- 9 Sue Moorhead, M. J. (2015). *Clasificación de resultados de enfermería NOC*. España: Elsevier .



- 10 Gloria M. Bulechek, H. K. (2015). Clasificación de intervenciones de enfermería NIC. España: Quinta.
- 11 MSP. (2017). Plan Nacional de Desarrollo. Quito, Pichincha, Ecuador: Senplades. Recuperado el 30 de Enero de 2019
- 12 Cuidados paliativos [Internet]. World Health Organization. 2018 [citado 4 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
- 13 Martínez Cruz MB. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. Amsterdam; Barcelona: Elsevier; 2012.
- 14 PastranaT, D. L. (2012). Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica (Primera ed., Vol. 1). (G. Pastrana, Ed.) Houston. Recuperado el 19 de Diciembre de 2018
- 15 MSP. (2017). Plan Nacional de Desarrollo. Quito, Pichincha, Ecuador: Senplades. Recuperado el 30 de Enero de 2019.
- 16 World Health Organization. Control del Cancer/ Cancer Control: Aplicacion De Los Conocimientos: Cuidados Paliativos/ Knowledge into Action: Palliative Care. Place of publication not identified: World Health Organization; 2009.
- 17 El ACC y la AHA emiten nuevas guías sobre la hipertensión [Internet]. Medscape. [citado 22 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://espanol.medscape.com/viewarticle/5902091>
- 18 Segura Barrios, Ilubith María, Barrera Ortiz, Lucy, Un llamado a Enfermería para responder al cuidado de la salud de las personas en situación de enfermedad crónica por su impacto en su calidad de vida. Salud Uninorte [en línea] 2016, 32 (May-August) : [Fecha de consulta: 11 de febrero de 2019] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81748361006>> ISSN 0120-5552.
- 19 Armas de Hernández, María José, Armas Padilla, María Cristina, Hernández Hernández, Rafael, La hipertensión en Latinoamérica. Revista Latinoamericana

- de Hipertensión [en línea] 2006, 1 (Enero-Marzo) Disponible en:  
<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170217078002>> ISSN 1856-4550
- 20 Schokolnik, S. (2007). Protección social de la tercera edad. En CELADE-CEPAL, Estudio sobre la protección social de la tercera edad (págs. 5-129-131). Quito: Imagine Comunicación.
- 21 Peña, M. Acuña, C. Montoya, R. Araúz, V. Díaz, C. Butrón, B. Ghisays, G. Rodríguez, M. Alvarado, P. Pazmiño M. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. RevInf [Internet]. 2014 [cited 2018 December 26]; 32:24–30. Available from: [http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=documentos-2014&alias=509-boletin-informativo-n0-32-junio-2014-1&Itemid=599](http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-2014&alias=509-boletin-informativo-n0-32-junio-2014-1&Itemid=599)
- 22 López CG. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento ``Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación`` de Callista Roy. 2007;7:10.
- 23 López CG. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. Hallazgos [Internet]. 18 de marzo de 2009 [citado 27 de enero de 2019];6(12). Disponible en: <http://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/hallazgos/article/view/1742>
- 24 Barros, P., & Albán, G. (11 de Enero de 2013). Atención Primaria 1. Universidad de Cuenca. Cuenca, Ecuador.
- 25 Ponce, J. (12 de Noviembre de 2015). Sistema de Salud del Ecuador y APS . Obtenido de <https://es.slideshare.net/jhoponal79/sistema-de-salud-del-ecuador-y-aps>
- 26 Llumiguano Chimbo, M. Y., & Garzón Vera, C. N. (17 de Diciembre de 2017). Universidad Nacional de Chimborazo. Recuperado el 13 de Enero de 2019, de: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/4132>

- 27 Cali Tingo DN, Cobos Chulli LI. “Caracterización de pacientes hipertensos. Distrito de salud chambo-Riobamba, noviembre 2017 – marzo 2018”. 2018 [citado 8 de enero de 2019]; Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/4675>
- 28 Rodríguez RG, Cordero JGL, Méndez AA, Domínguez OLG, Llanes MD. Caracterización de adultos mayores hipertensos en un área de salud. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. 30 de junio de 2017 [citado 8 de enero de 2019];33(2). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/350>.
- 29 Alarcón Niño, J. O., & Gaviria Liévano, J. (1 de Junio de 2016). Escala de medición de Callista Roy. (L. A. Buitrago Malaver, Ed.) Cultura del Cuidado Enfermería, 13(1), 95. Recuperado el 17 de Enero de 2019

## ANEXOS

Anexo 1 Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy en su versión validada en español (ESCAPS)

**Objetivo:** *Determinar el proceso de afrontamiento y adaptación en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles del Distrito de salud Chambo Riobamba.*

### DATOS GENERALES

<b>Nombres y apellidos:</b> _____	
<b>Dirección:</b> _____	
<b>Distrito de salud:</b> _____	<b>Centro de salud:</b> _____
<b>Edad:</b> _____ años	<b>Género:</b> Femenino ____ Masculino _____
<b>Religión que practica:</b> _____	
<b>Auto identificación étnica:</b> Blanco ____ Mestizo ____ Indígena ____ Afro- Ecuatoriano ____	
<b>Estado civil:</b> Soltero/a: ____ Casado/a: ____ Divorciado/a: ____ Viudo/a: ____ Unión de hecho: ____	

Nivel de instrucción: Básica \_\_\_\_\_ Bachillerato \_\_\_\_\_ Nivel técnico \_\_\_\_\_ Tercer nivel \_\_\_\_\_ Cuarto nivel: \_\_\_\_\_

Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_ Jubilado: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Con quién vive Ud? \_\_\_\_\_

Ud padece de: Presión Alta: \_\_\_\_\_ Diabetes: \_\_\_\_\_ Enfermedades del corazón: \_\_\_\_\_ Sobrepeso: \_\_\_\_\_

Cáncer: Si \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ ¿Dónde?: \_\_\_\_\_

Consecuencias de la enfermedad: Sí \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Padece de otras enfermedades: Si \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Capacidades especiales: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Ud. consume: Tabaco: \_\_\_\_\_ Alcohol: \_\_\_\_\_ Café: \_\_\_\_\_ Ninguno: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Por favor complete la siguiente encuesta y luego marque con una cruz (X) la categoría que considera pertinente en cada uno de los ítems.

<b>Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy en su versión validada en español (ESCAPS)</b>				
	Nunca	Rara vez	Casi siempre	Siempre
<b>FACTOR 1: RECURSIVO Y CENTRADO</b>				
Puedo hacer varias actividades al mismo tiempo				
Propongo soluciones para problemas nuevos				
Llamo al problema por su nombre y trato de verlo todo				
Obtengo información para aumentar mis opciones				
Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas				
Trato de recordar soluciones que me han servido antes				
Trato de que todo funcione a mi favor				
Solo pienso en lo que me preocupa				
Me siento bien de saber que estoy manejando el problema				
Identifico cómo quiero que resulte la situación.				
<b>FACTOR 2: REACCIONES FÍSICAS Y ENFOCADAS</b>				
No actúo hasta que tengo comprensión de la situación				
Encuentro la crisis demasiado complicada				
Pienso en el problema paso a paso				
Parece que actúo con lentitud sin razón aparente				
Trato de reorganizar mis sentimientos positivamente				
Estoy activo durante el día cuando estoy en crisis				

Soy realista con lo que sucede				
Estoy atento a la situación				
Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo				
Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones				
Miro la situación desde diferentes puntos de vista				
Tiendo a quedarme quieto por un momento				
Encuentro difícil explicar el verdadero problema				
<b>FACTOR 3: PROCESO DE ALERTA</b>				
Obtengo buenos resultados con problemas complejos				
Trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación				
Puedo desenvolverme mejor cuando tengo que ir a lugares desconocidos				
Utilizo el humor para manejar la situación				
Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida				
Mantengo equilibrio entre la actividad y el descanso				
Puedo relacionar lo que sucede con experiencias pasadas				
Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tengo				
<b>FACTOR 4: PROCESAMIENTO SISTEMÁTICO</b>				
Trato de ser creativo y propongo soluciones				
Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas				
Aprendo de las soluciones de los otros				
Miro la situación positivamente como un reto				
Planteo soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar				
Experimento cambios en la actividad física				

<b>FACTOR 5: CONOCER Y RELACIONAR</b>				
Analizo los detalles tal como sucedieron				
Trato de aclarar cualquier duda antes de actuar				
Trato de hacer frente a la crisis desde el principio				
Me doy cuenta de que me estoy enfermando				
Adopto una nueva destreza cuando resuelvo mi dificultad				
Me rindo fácilmente				
Desarrollo un plan para enfrentar la situación				
Al parecer me hago ilusiones de cómo resultarán las cosas				



**Propuesta de plan de cuidado en alteraciones de los factores de adaptación y afrontamiento en pacientes hipertensos.**

<b>ALTERACIONES DEL FACTOR 1 RECURSIVO Y CENTRADO</b>			
<p><b>Manifestaciones de alteración del Factor 1</b></p> <p><b>Aspectos que evidencian alteración:</b></p> <p>No puede hacer varias actividades al mismo tiempo, no propone soluciones para problemas nuevos, no obtiene información para aumentar las opciones, cuando está preocupado tiene dificultad para realizar tareas, no puede recordar soluciones que le han servido antes, no piensa en lo que le preocupa, no identifica como quiere que resulte la situación.</p>			
<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>NOC</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>INTERVENCIONES</b>
<p><b>Afrontamiento ineficaz (00069) <sup>(8)</sup></b></p> <p><b>R/C:</b> -Confianza inadecuada en la Habilidad para manejar la situación.</p> <p>-Sentido de control insuficiente.</p> <p><b>M/P:</b> Estrategias de afrontamiento ineficaces.</p>	<p><b>Afrontamiento de problemas (1302) <sup>(9)</sup></b></p>	<p>-Identifica múltiples estrategias de superación.</p> <p>-Utiliza el sistema de apoyo personal.</p> <p>-Obtiene ayuda de un profesional sanitario.</p>	<p><b>Mejorar el afrontamiento (5230) <sup>(10)</sup></b></p> <p>-Ayudar al paciente a evaluar recursos disponibles para lograr objetivos.</p> <p>-Ayudar al paciente a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables.</p> <p>-Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.</p> <p>-Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.</p> <p>-Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos en comunes.</p>
<b>ALTERACIONES DEL FACTOR 2 REACCIONES FISICAS Y ENFOCADAS</b>			
<p><b>Manifestaciones de alteración del Factor 2</b></p> <p><b>Aspectos que evidencian alteración:</b></p> <p>Actúa sin comprender la situación, encuentra la crisis demasiado complicada, no piensa en el problema paso a paso, actúa con lentitud sin razón aparente, no reorganiza los sentimientos positivamente, no está activo durante el día cuando está en crisis, no es realista con lo que sucede, no está atento a la situación, tiende a reaccionar con</p>			

exageración al comienzo, no recuerda cosas que le ayudaron en otras situaciones, no mira la situación desde diferentes puntos de vista, se hace difícil explicar el verdadero problema.			
<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>NOC</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>INTERVENCIONES</b>
<b>Deterioro de la resiliencia (00210)</b> <sup>(8)</sup>  <b>R/C:</b> Percepción de vulnerabilidad. <b>M/P:</b> Estrategias de afrontamiento ineficaces.	<b>Resiliencia personal (1309)</b> <sup>(9)</sup>	-Utaliza estrategias de afrontamiento efectivas. -Asume la responsabilidad de sus propias acciones. -Sopesa alternativas para resolver problemas.	<b>Apoyo en la toma de decisiones (5250)</b> <sup>(10)</sup>  -Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados. -Servir de enlace entre el paciente y la familia.
<b>ALTERACIONES DEL FACTOR 3 PROCESO DE ALERTA</b>			
<b>Manifestaciones de alteración del Factor 3</b> <b>Aspectos que evidencian alteración:</b> No obtiene buenos resultados con problemas complejos, no usa sus habilidades para enfrentar la solución, no se desenvuelve cuando está en lugares desconocidos, no utiliza el humor para manejar la situación, no modifica su vida para salir de la crisis, no mantiene equilibrio entre la actividad y el descanso, no relaciona lo que sucede con experiencias pasadas, se culpa por cualquier dificultad que tiene.			
<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>NOC</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>INTERVENCIONES</b>
<b>Conocimientos deficientes (00126)</b> <sup>(8)</sup>  <b>R/C:</b> mala interpretación de la información. <b>M/P:</b> comportamientos	<b>Cognición (0900)</b> <sup>(9)</sup>	-Atiende. -Se concentra. -Compara las alternativas al tomar las decisiones. -Procesa la información.	<b>Facilitar el aprendizaje (5520)</b> <sup>(10)</sup>  Corregir las malas interpretaciones de la información. Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida/rutina del paciente. Repetir información que sea importante.

inapropiados, informa del problema.			<p>Corregir las malas interpretaciones de la información.</p> <p>Proporcionar retroalimentación frecuente acerca del progreso del aprendizaje.</p> <p>Proporcionar información adecuada al nivel de desarrollo.</p>
<b>ALTERACIONES DEL FACTOR 4 Procesamiento sistemático</b>			
<p><b>Manifestaciones de alteración del Factor 4</b></p> <p><b>Aspectos que evidencian alteración:</b></p> <p>No es creativo y no propone soluciones, no se beneficia de experiencias pasadas, no aprende de las soluciones de otros, mira la situación como un reto negativo, no plantea soluciones aunque parezcan difícil de alcanzar, no experimenta cambios en la actividad física.</p>			
<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>NOC</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>INTERVENCIONES</b>
<p><b>Baja autoestima situacional (00120) <sup>(8)</sup></b></p> <p><b>R/C:</b> Reconocimiento inadecuado.</p> <p><b>M/P:</b> Conducta no asertiva</p> <p>-Conducta indecisa.</p>	<p><b>Resiliencia personal (1309) <sup>(9)</sup></b></p>	<p>-Verbaliza una actitud positiva.</p> <p>- Una autoestima positiva.</p> <p>-Se adapta a adversidades como desafíos.</p> <p>-Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas.</p>	<p><b>Potenciación de la autoestima (5400) <sup>(10)</sup></b></p> <p>-Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía.</p> <p>-Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.</p> <p>-Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente.</p> <p>-Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.</p> <p>-Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.</p> <p>-Explorar los logros de éxitos anteriores.</p> <p>-Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recompensar o alabar el proceso del paciente en la consecución de objetivos.</li> <li>-Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismo.</li> <li>-Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.</li> </ul>
<b>ALTERACIONES DEL FACTOR 5 CONOCER Y RELACIONAR</b>			
<b>Manifestaciones de alteración del Factor 5</b>			
<b>Aspectos que evidencian alteración:</b>			
No analiza los detalles tal y como sucedieron, no aclara cualquier duda antes de actuar, no hace frente a la crisis desde el principio, no se da cuenta que se está enfermando, no adopta destrezas cuando resuelve cualquier dificultad, se rinde fácilmente, no desarrolla un plan para enfrentar la situación, se hace ilusiones de como resultarán las cosas.			
<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>NOC</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>INTERVENCIONES</b>
<p><b>Riesgo de deterioro de la resiliencia (00211) <sup>(8)</sup></b></p> <p><b>R/C:</b> Coexistencia de múltiples situaciones adversas.</p>	<p><b>Resiliencia personal (1309) <sup>(9)</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Verbaliza una actitud positiva.</li> <li>-Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas.</li> <li>-Sopesa alternativas para resolver problemas.</li> <li>-Muestra una autoestima positiva.</li> <li>-Verbaliza un sentido aumentado de control.</li> <li>-Se adapta a adversidades como desafíos.</li> </ul>	<p><b>Apoyo en la toma de decisiones (5250) <sup>(10)</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.</li> <li>-Ayudar a que el paciente pueda explicar la decisión a otras personas.</li> <li>-Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones fundamentales.</li> </ul>