



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

Informe final de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en
Enfermería.

TÍTULO

Enfermería en la promoción de salud en el segundo nivel de atención

Autoras:

Erika Maribel Coro Tierra

Katherine Alexandra Remache Ati

Tutora:

MsC. Paola Maricela Machado Herrera

Riobamba - Ecuador

2020

ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL

Mediante la presente los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación: “**Enfermería en la promoción de la salud en el segundo nivel de atención**”, realizado por **Erika Maribel Coro Tierra, Katherine Alexandra Remache Ati**, asesorada por: **Paola Maricela Machado Herrera** en calidad de tutora. 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, 2020

Verónica Cecilia Quishpi Lucero
PRESIDENTA

FIRMA 

Mayra Carola León Insuasty
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA 

Angélica Salomé Herrera Molina
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

FIRMA 

Paola Maricela Machado Herrera
TUTORA

FIRMA 

ACEPTACIÓN DE LA TUTORA

Certifico que el presente proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería, con el tema **“Enfermería en la promoción de la salud en el segundo nivel de atención”**, que ha sido elaborado por las señoritas Erika Maribel Coro Tierra C.I 060507430-1 y Katherine Alexandra Remache Ati C.I 060483473-9, el mismo que ha sido asesorado permanentemente por la Lic. Paola Maricela Machado Herrera. MsC en calidad de tutora, por lo que certifico que se encuentra apto para su defensa.

Es todo lo que puedo informar en honor a la verdad.

Atentamente,



Lic. Paola Maricela Machado Herrera. MsC

TUTORA

CI. 060426689-0

DERECHO DE AUTORÍA

El contenido del presente proyecto de investigación, corresponde exclusivamente a Erika Maribel Coro Tierra C.I 060507430-1 y Katherine Alexandra Remache Ati C.I 060483473-9 como responsables de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el presente trabajo de revisión bibliográfica y de nuestra tutora Lic. Paola Maricela Machado Herrera MsC. Los textos contantes en el documento que proviene de otra fuente, están debidamente citado y referenciados. El patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.

Como autores, asumimos la responsabilidad legal y académica de los contenidos de este trabajo de titulación.



Erika Maribel Coro Tierra

CI. 060507430-1

Correo: erikamaribelcoro@gmail.com



Katherine Alexandra Remache Ati

CI. 060483473-9

remacheatikatherine@gmail.com

AGRADECIMIENTO

Primero a Dios, por brindarnos salud, fortaleza y capacidad en el caminar de nuestras vidas.

A nuestros padres, por ser los principales promotores en cada uno de nuestros objetivos, sueños y metas; gracias a ellos por cada día confiar en nosotras y en nuestras expectativas; gracias por siempre desear y anhelar lo mejor para nuestras vidas.

Así mismo, mi fraterno agradecimiento a la Licenciada Paola Machado, docente y tutora de la Universidad, quien con ímpetu y sabiduría ha sido la precursora en el desarrollo de este trabajo de investigación.

Nuestra gratitud con la vida misma, por cada momento vivido durante estos años; por la oportunidad de cada amanecer y por la satisfacción de haber culminado nuestra meta.

Gracias

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestros padres y hermano/as, por creer en nuestra capacidad, por su apoyo y paciencia; pero sobre todo por su amor incondicional.

A nuestros Docentes que, a lo largo de este trayecto de vida, durante 4 años nos enseñaron lo valioso del aprendizaje, nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

ÍNDICE

DEDICATORIA	¡Error! Marcador no definido.
AGRADECIMIENTO	¡Error! Marcador no definido.
RESUMEN	III
ABSTRACT	1
Capítulo I. INTRODUCCIÓN.....	2
Capítulo II. METODOLOGÍA.....	11
Capítulo III. DESARROLLO.....	13
CONCLUSIONES	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
ANEXO.....	25
Tabla 1. Coincidencias de autores en acciones de enfermería sobre promoción de la salud.	26
Tabla 2 Plan de cuidados estandarizado para cubrir necesidades de promoción de salud según Nola J Pender, en el segundo nivel de atención.....	47

RESUMEN

La Promoción de la salud, es un proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla; acciones dirigidas a incrementar las habilidades, destrezas y capacidades de los individuos, las cuales están dirigidas a cambiar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de la salud; el objetivo del presente estudio fue analizar los planteamientos de diversos autores, en diferentes artículos con respecto al accionar de enfermería en promoción de la salud en el segundo nivel de atención..

Se revisaron 200 fuentes bibliográficas de diferentes bases de datos, en las que se abordaron aspectos referentes al tema; se aplicaron criterios de inclusión y exclusión, considerando finalmente la totalidad de 51 artículos, de los cuales 20 fueron utilizados para esta investigación; del mismo modo, estas manifiestan que las acciones que se realizan en el segundo nivel de atención, ayudan en la promoción de la salud fundamentada en la teoría de Nola J Pender, obteniendo como coincidencias esenciales de 5 autores en la categoría características y experiencias individuales, 6 autores en la categoría cogniciones y afectos específicos de la conducta, y finalmente 9 autores en el resultado conductual, los cuales han abordado temáticas relacionadas a las acciones de enfermería en el segundo nivel de atención.

Palabras clave: promoción, enfermería, conductas, acciones

ABSTRACT

Health Promotion is a process that allows people to increase control over their health to improve it. Actions aimed at increasing the abilities, skills, and capacities of individuals to change the social, environmental, and economic conditions that have an impact on health determinants. The study's objective was analyzing the approaches of various authors in different articles regarding nursing actions in health promotion at the second level of care. One hundred seventy-five bibliographic sources from different databases were reviewed, which aspects related to the topic were addressed. Inclusion and exclusion criteria were applied, finally considering the totality of 49 articles, 20 authors state that the actions carried out at the second level of care. Help in the promotion of health based on the theory of Nola J Pender. Obtaining as essential coincidences of five authors in the category individual characteristics and experiences, six authors in the category-specific behavioral cognition and affect, and finally, nine authors in the behavioral result, which have addressed topics related to nursing actions in the second level of attention.

Keywords: promotion, nursing, behaviors, actions.



SIGNATURE

Reviewed by: Maldonado, Ana
Language Center English Professor

INTRODUCCIÓN:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la promoción de salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y mejorarla, abarcando una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales que buscan proteger la salud. Al aplicar este concepto durante la práctica se usa un enfoque participativo del individuo, familia y comunidad, organizaciones e instituciones que colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar general. ^(1,2)

En el Ecuador, la provisión de salud se encuentra organizada por niveles de atención, es así que el Ministerio de Salud Pública (MSP) como entidad receptora establece las acciones que se realizan en los tres niveles de atención; el primer nivel de atención por su contacto con la comunidad enfatiza en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; el segundo nivel hace referencia en la atención a personas con problemas de salud que requieran derivación para interconsultas u otras especialidades como medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría, desarrollando actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación; y por último el tercer nivel de atención aborda patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. ^(3,4,5)

Según, Vignolio en su investigación por conceptualizar los niveles de atención, menciona que el 95% de problemas de salud son resueltos en el primer y segundo nivel; y que solo el 5% de los problemas son resueltos en el tercer nivel de atención. ^(3,6) Por tanto, el segundo nivel se encarga de pacientes con referencia que requieran internación, consultas con especialista o exámenes complementarios; por patologías agudas y crónicas, transmisibles y no transmisibles, que requiere de actividades de promoción de salud en cada una de las áreas y que posiblemente por diversos factores como sobrecarga de trabajo y actividades de gestión, existe limitación en el desarrollo de acciones de promoción de la salud. ^(3,6,7)

Según Torres en su estudio relacionado a las funciones de enfermería por niveles, menciona que los profesionales de enfermería que laboran en el segundo nivel de atención deben cumplir funciones asistenciales, administrativas, de docencia e investigación; haciendo énfasis dentro de promoción de la salud a cuidar del individuo en forma personalizada y continua tomando en cuenta sus necesidades y respetando sus valores

como costumbres y creencias; planificar y ejecutar actividades de promoción y fomento de la salud a individuos, familia y comunidad; realizar acciones encaminadas a mantener la vigilancia en salud y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles; mismas acciones que no son cumplidas al 100% en el segundo nivel de atención. ^(8,9,10)

De acuerdo a las estadísticas encontradas, en el servicio de medicina interna del Hospital Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos; existe un alto porcentaje de ingresos con ECNT mencionando en orden de jerarquía la diabetes, hipertensión, colesterol elevado, estrés, obesidad entre otras; que resultan de la combinación de factores modificables y no modificables; estas requieren acciones de promoción de la salud que incidan sobre los factores modificables de estas patologías, con lo que se lograría disminuir la tasa de morbimortalidad por complicaciones que se puedan generar, ya que un 80% de muertes prematuras se debe a las ECNT. ^(11,12)

La incidencia de las ECNT a nivel mundial en el 2012 fue de 38 millones (68% de la población mundial). De éstas más del 40% (16 millones) fueron muertes prematuras ocurridas antes de los 70 años; el 85% de las defunciones se dan en países de ingresos bajos y medios; mientras que en el 2018 la tasa de mortalidad ascendió al 71% a nivel mundial. ^(13,14,15,16)

En América Latina, en el año 2012, las ECNT fueron la principal causa de morbi - mortalidad, donde se les atribuyó el 75% de todas las defunciones anuales, en grupos etarios de 30 a 69 años. ^(13,14) En el Ecuador en el año 2019, dentro de las diez principales causas de muerte de destaca la diabetes mellitus con 4832 defunciones y las enfermedades hipertensivas con 3310 defunciones, razón por la cual para el desarrollo del presente estudio se consideró éstas dos enfermedades más prevalentes. ^(17,18,19,20)

Por lo expuesto se hace necesario que el personal de enfermería emprenda acciones de promoción en el segundo nivel de atención, dando énfasis al autocuidado de los pacientes a través de las prácticas cotidianas y las decisiones sobre ellas, que son realizadas por la persona, familia y comunidad; con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad, entre las actividades se puede mencionar la realización de actividad física, alimentación saludable, consumo de líquidos, tratamiento farmacológico adecuado, seguimiento terapéutico correspondiente; todas estas acciones están dirigidas a la disminución de las ECNT y a la prevención de complicaciones. ^(13,14)

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

Desarrollando el cuerpo teórico, en el año de 1986, por una estrategia establecida en Ottawa la promoción de la salud es definida como “el proceso que provee a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”. (17)

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud OMS amplía su definición donde la promoción de la salud “es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y mejorarla, incluyendo una serie de actividades que buscan el descenso de enfermedades, y complicaciones que afectan al individuo, familia y comunidad”. (1,21)

Es así, que mediante intervenciones sociales y ambientales proponen proteger la salud y la calidad de vida individual, familiar y comunitaria mediante la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, y no solo se centraran en el tratamiento y la curación. Es por ello, que la promoción de la salud tiene tres componentes esenciales: (22,21,23)

1. **Buena gobernanza sanitaria:** son principios y reglas que ayudan a un correcto funcionamiento del sistema sanitario con la participación de diversos actores, haciendo uso de los recursos disponibles mismos que garanticen salud de calidad a toda la población; estas estrategias a adoptar no pueden, ni deben tener repercusiones por las decisiones tomadas. Es por ello, que al desear una buena gobernanza sanitaria se debe incluir 5 cualidades claves como: transparencia, participación, rendición de cuentas, integridad y capacidad política estas ayudan a mejorar la gobernanza de los sistemas de salud. (24,22)
2. **Educación sanitaria:** deben facilitar a las personas a adoptar decisiones autónomas y responsables; se fundamenta en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con el fin de mejorar los determinantes de la salud de toda la población buscando mejorar los estilos de vida que con el fin de prevenir las complicaciones de salud. (24,22)
3. **Ciudades saludables:** contribuyen a la promoción de la salud creando espacios saludables; que se comprometen a realizar acciones de salud con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población. Las ciudades saludables crean países saludables y, en última instancia un mundo más saludable. (24,22)

Por ello, el MSP mediante el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI), establece acciones de promoción que son: ^(25,17)

- Campañas informativas y educativas adaptándolas a la realidad local y dinamizando los recursos de la comunidad. ^(25,17)
- Jornadas de promoción de estilos de vida saludables de acuerdo a las necesidades identificadas a nivel territorial: promoción de la actividad física, nutrición, derechos, buen trato. ^(25,17)
- Colonias vacacionales de promoción del buen trato en niños, niñas y adolescentes, adultos mayores. En la planificación intervienen los grupos a quienes va dirigida la actividad, además se gestiona el apoyo para materiales y logística con instituciones públicas, privadas; así como organizaciones formales e informales. ^(25,17)
- Clubes de apoyo de pares y autocuidado en personas con enfermedades crónicas. En los cuales se deben incluir consideraciones de tipo cultural, funcional, psicológicas para la conformación y acceso a estos clubes. ^(25,17)
- Ferias de la salud y el Buen Vivir: en coordinación con los actores institucionales y comunitarios en las que se implementan actividades de atención, prevención y fundamentalmente de promoción de la salud. ^(25,17)

En consecuencia, la promoción de la salud debe responder acorde a necesidades planteadas en nuestra sociedad. Siendo tres las áreas que deben ser abordadas como intervenciones prioritarias: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales; para el abordaje de estas necesidades se requiere de conocimientos, actitudes y habilidades sobre los factores relacionados con estas. ⁽²¹⁾

Además de fomentar el acceso a salud en los establecimientos de atención sanitaria se cuenta con clubes para exponer experiencias y mejorar la calidad de vida de los usuarios de los establecimientos. Los grupos se forman principalmente con pacientes de enfermedades crónicas; esto ha permitido que los usuarios mejoren los estilos de vida y se intente reducir la tasa de mortalidad que en los últimos años alcanzo el 75% de las muertes reportadas a nivel mundial en los países de bajos de ingresos. ⁽¹³⁾

En Ecuador, el MSP como entidad rectora del sistema de salud establece las acciones que se realizan en los tres niveles de atención; el primer nivel de atención es la puerta de

estrada al Sistema Nacional de Salud, el más cercano a la población, quien se encarga del proceso de referencia y contra referencia para continuar con la atención sanitaria. Es así, que al ser ambulatorio resuelve problemas de salud de corta estancia. Debido a esto el primer nivel de atención contempla los siguientes tipos de establecimiento: puesto de salud, consultorio general, centro de salud tipo A – B y C; es necesario mencionar que se realiza acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos. ⁽¹⁷⁾

Dentro del segundo nivel se encuentran establecimientos que brindan atención a pacientes que requieren hospitalización o atención de urgencias, además se soluciona las referencias recibidas de las Unidades de menor complejidad y se direcciona la contra referencia. En este nivel las unidades están organizadas en base a cuatro especialidades básicas como: medicina interna, cirugía, pediatría y ginecoobstetricia. Asimismo, tiene los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento (Laboratorio clínico, imagenología, anatomía patológica, nutrición-dietética y rehabilitación); dispone de farmacia institucional para el establecimiento público. Entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta un 95% de problemas de salud de la población. ^(17,26)

En este mismo contexto, según el autor Manuel Contreras indica que después de la atención del internista en un segundo nivel de atención médica, el 30% de pacientes es devuelto al primer nivel de atención, un 25% se transfiere a un especialista del tercer nivel, el 10% es hospitalizado directamente y un 35% es diagnosticado y tratado por el internista en el lapso de unos pocos días. ⁽²⁷⁾

El profesional de enfermería que laboran en el segundo nivel de atención debe cumplir funciones asistenciales, administrativas, de docencia e Investigación Tecnológica, mediante una firme actitud humanística, ética y de responsabilidad legal. En este nivel de atención en un 80% se cumplen actividades asistenciales; de este, por el exceso de trabajo disminuye el tiempo para realizar acciones de promoción, otro factor que afecta a la educación en familia es el tiempo de visita limitado. ^(27,28)

Por último, al tercer nivel de atención pertenecen establecimientos que prestan servicios de especialidad o especializados, resuelven los problemas de salud de alta complejidad, cuenta con recursos de tecnología avanzada. En este se resuelve tan solo el 5% de los problemas de salud. ^(17,5)

Cada año se incrementan los índices de ECNT, las mismas que afectan principalmente a países de bajos ingresos, sin embargo, las acciones de promoción de salud y prevención de la enfermedad pueden generar un significativo cambio en el manejo de la enfermedad en los diferentes niveles de atención. Se enfatiza que el involucramiento de todos los actores sociales ayuda a mejorar las condiciones y calidad de vida. ^(1,14,16)

Las ECNT, representan uno de los mayores desafíos del siglo XXI para la salud y el desarrollo, tanto por el sufrimiento humano que provocan como por los perjuicios que ocasionan a nivel socioeconómico de los países, sobre todo de los de ingresos bajos y medianos. ⁽¹⁾

Es por ello que en septiembre del 2011, al haber un incremento en las ECNT, adoptan una declaración política, y elaboran el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020 en donde se establecen nueve metas de aplicación voluntaria a las ECNT las ponen importancia de que los países otorguen un carácter prioritario a las intervenciones destinadas a reducir el uso nocivo del alcohol, actividad física insuficiente, ingesta de sal o sodio, consumo de tabaco, hipertensión; detener el aumento de la obesidad y la diabetes, y mejorar la cobertura del tratamiento para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares obteniendo acceso a tecnologías básicas y medicamentos. ^(1,14,29)

Por todo lo expuesto, el presente trabajo investigativo se sustenta en el accionar enfermero, tomando como referencia el modelo de Promoción de la Salud de Nola J Pender, quien establece las acciones a realizarse por los profesionales de enfermería en promoción en los diferentes niveles de atención. Para realizar éste análisis se consideró los aportes de diversos autores con respecto a la aplicación del modelo de promoción de salud, ya que se ha visto el creciente interés de los investigadores de enfermería por las actividades de promoción en enfermedades no transmisibles, que están directamente influenciadas por el conocimiento y experiencias propias de los pacientes, por sus estilos de vida; es por ello que se consideró los enunciados de Pender que dan origen a las actividades en el mejoramiento y empoderamiento de la salud para los usuarios del segundo nivel. ^(30,31)

Desde la antigüedad, el ser humano ha necesitado ayuda para sobrevivir en momentos de dependencia, enfermedad o fragilidad; estas necesidades han sido cubiertas por la enfermería como ocupación. Existen modelos y teorías de enfermería que mediante

acciones el profesional busca acoplar actividades a la realidad, uno de ellos es la Teoría de Nola J Pender con su Modelo de Promoción de la Salud, la misma que ha revolucionado los conocimientos sobre la Promoción mediante su investigación, docencia, comunicaciones y escritos. ^(30,31)

Nola J Pender en 1995, publicó un Modelo conceptual de conducta para la salud preventiva, que constituye una base para estudiar el modelo en el que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de enfermería. ^(30,31)

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales. Pender, cita que la conducta humana se encuentra motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y potencial humano, el objetivo de su teoría es dar respuesta a la forma en que las personas toman decisiones sobre el cuidado de la propia salud. ^(30,31)

Pender, al considerar el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de su vida y que se proyecta directamente en la salud divide a este en tres categorías principales: ^(30,31)

1. Las características y experiencias individuales
2. La cognición y motivaciones específicas de la conducta
3. El resultado conductual

La primera categoría: características y experiencias individuales; abarca dos conceptos: conducta previa relacionada y los factores personales. En los pacientes con enfermedades no transmisibles como la diabetes e hipertensión, el primer concepto hace referencia a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud; el segundo se encuentran los factores personales del paciente, categorizándolos como biológicos, psicológicos y socioculturales. ^(30,31)

Los componentes de la segunda categoría: se refiere a las cogniciones y afectos relativos a la conducta específica, comprende 6 conceptos: el primero trata de los beneficios percibidos por la acción, es decir que los pacientes verán resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud; el segundo se refiere a las barreras percibidas para la acción, en este podemos encontrar apreciaciones negativas o

desventajas del paciente misma que obstaculizan el compromiso con la acción, la edad, conocimiento deficiente de la enfermedad, alimentación no saludable, carencia de ejercicio, consumo de sustancias como tabaco alcohol pueden ser varias de las apreciaciones negativas. (30,31)

El tercer concepto es la auto eficacia percibida, este es uno de los conceptos más importantes en el modelo porque representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, la mayor parte de la población con enfermedades como hipertensión y diabetes son adultos mayores, su edad se encuentra sobre los 60 años, a esta edad el individuo se vuelve dependiente y pierde la confianza en que pueda realizar las cosas por sí mismo; el cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento, es decir las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta. (30,31)

El quinto concepto habla de las influencias interpersonales, este resalta la importancia del apoyo familiar hacia pacientes con tratamientos y cuidados de por vida, se considera más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos como hijo/as, esposo/a esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo para permitirlos; finalmente, el último concepto indica las influencias situacionales en el entorno, las cuales pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud, el estatus económico, tipo vivienda, disfuncionalidad familiar puede ser varios de las influencias que disminuyan el compromiso con la salud. (30,31)

La tercera categoría: es el resultado conductual, en esta se implica la adopción de un compromiso para un plan de acción y por ende este constituye el precedente para el resultado final esperado que es la conducta promotora de la salud. Los ejemplos de la conducta de promoción de la salud son: mantener una dieta sana, realizar ejercicio físico de forma regular, controlar el estrés, conseguir un descanso adecuado y un crecimiento espiritual y construir unas relaciones positivas. (30,31)

En síntesis, el MPS plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, ésta es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. (30,31)

Vista así, la promoción de la salud es una actividad clave en los diferentes ámbitos en que participan los profesionales de enfermería, esta consideración fundamenta la relevancia de analizar este Modelo a fin de identificar los intereses que orienten su uso en el segundo nivel de atención. ^(30,31)

El presente trabajo brinda los siguientes aportes:

Al personal de enfermería, ya que realiza acciones de promoción de la salud, que facilitan la adopción de modos de vida más saludables, es por ello que se debería brindar educación sobre temas relevantes, como la disminución del consumo de alcohol, tabaco, sal o sodio, motivando a que realicen actividades recreativas, evitando así el sedentarismo y el acrecimiento de la obesidad y diabetes. ⁽³⁰⁾

A la Carrera, permite proporcionar una fuente de consulta respecto a la promoción de la salud en pacientes con hipertensión y diabetes; fundamentado en el modelo de promoción de la salud de Nola J Pender. ⁽³⁰⁾

Mediante esta revisión bibliográfica se trata de responder a la siguiente pregunta: ¿Cuál es el accionar de enfermería en promoción de la salud en el cuidado del paciente en el segundo nivel de atención? Esto se realizó mediante los siguientes objetivos planteados para el estudio.

Uno de los objetivos principales que persigue fue, analizar los planteamientos de diversos autores en diferentes artículos con respecto al accionar de enfermería en promoción de la salud en el segundo nivel de atención; de tal manera se realizó la identificación de acciones de promoción de salud realizadas por los profesionales de enfermería para el adulto y adulto mayor en el segundo nivel de atención, en base al modelo de Nola J Pender; y finalmente se logra proponer un plan de cuidados estandarizado para cubrir las necesidades de promoción de la salud según Nola J Pender, en el segundo nivel de atención para la atención de pacientes con diabetes e hipertensión.

La justificación principal de este trabajo de revisión bibliográfica fue la búsqueda y análisis de información, sobre la promoción de la salud en el segundo nivel de atención, teniendo como referencia el modelo de Nola J Pender; que tiene como objetivo integrar a la enfermera – paciente, con respecto a las conductas que promueven el bienestar, físico, intelectual y social, de tal manera que con la educación se logre mejorar la calidad de vida del paciente, ya que al poseer insuficiente información los individuos no alcanzan el estado de salud óptimo obteniendo como resultado complicaciones.

Capítulo II. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio documental, mediante una revisión sistemática de documentos publicados en base al tema propuesto, con el objetivo de analizar diversas investigaciones con relación a la Promoción de la salud en el segundo nivel de atención. Obteniendo como resultado de la búsqueda 200 artículos científicos, que para su selección se tomó en cuenta libros, tesis, páginas web, guías de práctica clínica y revistas indexadas de distintas bases de datos, mismas que al aplicar criterios de inclusión y exclusión, la población de estudio quedó conformada por la totalidad de 51 artículos.

La búsqueda se realizó en el período noviembre 2019 – abril 2020, mediante la revisión y el análisis en bases de datos como: Google Académico, Biblioteca Virtual en Salud, Scielo, las mismas que permitieron el acceso a diferentes páginas y revistas indexadas: Redalyc, Elsevier, MedLine, Scopus, Proquest, Pubmed, Enfermería Global, igualmente en páginas web oficiales como: OMS y OPS.

Para el universo total de estudio, se tomó en cuenta documentos disponibles de acceso libre, relacionados a la temática de Promoción de la Salud en el segundo nivel de atención en pacientes adulto y adulto mayor hipertenso y diabético, obteniendo como resultado cerca de 4860 resultados en 0,66 segundos entre el periodo 2012-2020.

Los criterios de inclusión fueron documentos publicados en los idiomas español e inglés, se incluyeron artículos que contienen resumen, introducción, datos estadísticos, definición, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, acciones de promoción de la salud y cuidados de enfermería; también se utilizó términos como “Promoción de la salud en el segundo nivel de atención, Adulto y adulto mayor hipertenso y diabético”.

Los criterios de exclusión que se aplicaron, son documentos que no disponen de acceso al texto completo, la falta de investigaciones relacionada a la teorizante con relación al tema y publicaciones en años inferiores al 2011.

Para la selección de los artículos incluidos en esta revisión, se ha establecido diferentes cadenas de búsqueda, definidas en las diferentes bases de datos ya mencionadas, utilizando los operadores booleanos “AND”, “Y”, “OR”, “O”.

Acercas de la estrategia de búsqueda que se manejó para cada base de datos, ha sido las siguientes: en Google Académico utilizando una estrategia como: promoción de la salud

en adultos; en Elsevier términos como: Promoción de la salud en el segundo nivel de atención y adultos hipertensos y diabéticos; Scielo: Acciones de promoción de la salud, como se puede evidenciar en todas las bases de datos utilizadas se ejecutó la búsqueda de información de una manera similar.

El análisis para la elaboración de la investigación, se realizó en dos etapas: la primera donde los artículos recopilados fueron leídos y analizados para seleccionar la muestra de acuerdo a aspectos como: objetivos, metodología, resultados y conclusiones, obteniendo como resultado una muestra de 51 documentos; las cuales 47 fueron extraídas de fuente secundaria y 4 de fuente primaria.

En la segunda, se desarrolló una triangulación con la información recopilada; en la que se construyeron tablas donde se expone las acciones de enfermería en el segundo nivel de atención; así como el registro de cita de escritores, que coinciden en conductas relacionadas a su estilo de vida según Nola J pender.

Al mismo tiempo, se anexa la tabla 2 en la que se detalla un plan de cuidados estandarizado en base al modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender, definiendo diagnósticos de enfermería, resultados esperados con sus respectivas intervenciones dirigidas a cada categoría: características y experiencias individuales, cogniciones y afecto específicos de la conducta y resultado conductual.

De los 51 artículos revisados, se emplearon 31 para la introducción y 20 para la triangulación; 6 de ellas en Scielo, 1 en cuidado y salud; 1 en revista cubana enfermería, 2 en revista enfermería universitaria; 4 en revista ciencia tecnología e innovación, 3 en revista de investigación en salud, 3 investigaciones de enfermería.

Capítulo III. DESARROLLO

En base a la diabetes mellitus, según Helen Lagos; Méndez; et al.; Morales et al.: Leydys Proenza Fernandez et al.; María Olga Jiménez et al.; existe coincidencia en la categoría de las características y experiencias individuales, dentro de los factores personales, biológicos, psicológicos y sociocultural existe una preponderancia de acuerdo al grupo de edad entre los 60 a 89 años; del mismo modo el sexo femenino, que además es quien mantiene un grado de conocimiento elevado de su enfermedad, reconociendo sus signos y conservando su adherencia al tratamiento farmacológico; es por ello que tienen un estilo de vida adecuado dando como resultado el automanejo apropiado de su enfermedad ^(32,33)

Por otra parte, Ana Parro Moreno et al.; manifiesta que la edad del paciente resulto ser protectora para el mal control de la Diabetes Mellitus, predominando el grupo de edad entre los 30 a 59 años; obteniendo como resultado que los varones en especial personas jóvenes tienen hábitos menos saludables con mayor acumulación de factores de riesgo; del mismo modo marca una gran diferencia entre personas autóctonas frente a inmigrantes, explicando que las personas inmigrantes tanto del sexo femenino como del masculino tienen un mal control de su enfermedad ⁽³⁴⁾

Asimismo, en base a esta categoría Helen Lagos; Méndez; et al.; menciona actividades que corresponden al autocuidado como: adherencia al tratamiento, manejo adecuado de la enfermedad y control de los síntomas; mientras tanto Iliana Ulloa Sagoba; et al; manifiesta más acciones en base al autocuidado en relación a: manejo de la hiperglucemia, tratamiento farmacológico, régimen dietario y de ejercicios; mismas que señala serán útiles para la prevención de complicaciones y mejorar el estilo de vida ^(32,33)

Para finalizar, Maria Jiménez Reyes; et al.; Hernández-Paéz RF; et al.; coinciden que dentro de los factores personales, biológicos, psicológicos y socioculturales valoran distintivos como edad, sexo, grupo social, estado civil ^(39,40)

En relacion, a la segunda categoría de cogniciones y afecto específico de la conducta Helen Lagos; Méndez; et al.; exterioriza la importancia de la familia en pacientes con ECNT, indicando que aquellos pacientes que provienen de una familia gravemente disfuncional presenta un automanejo inadecuado; a su vez, en pacientes con familias moderadamente disfuncionales el automanejo es regular; y en caso de pacientes con familias normo funcionales predomina el automanejo adecuado ⁽³²⁾

Por otra parte, Iliana Ulloa Sagoba; et al; Rosa Ruíz, Alicia Lizárraga; et al; concuerdan y ponen en manifiesto que por el déficit de autocuidado evidenciado en los pacientes refleja la necesidad de profundizar en el nivel de conocimientos hacia prácticas para el autocontrol de la enfermedad a partir del sistema de apoyo educativo como parte central de las responsabilidades del profesional de enfermería; de la misma manera A.N.Castro-Mezaa et al; amplía que dicha educación debe ser expresadas como platicas, orientaciones, recomendaciones y sobre todo como información específica que pueda ser utilizada en el hogar ^(33,41,35)

Es por ello, que A.N.Castro-Mezaa et al.; Morales PS et al.; Leidys Proenza Fernández et al.; Rosa María Ruíz, Alicia Lizárraga et al.; concuerdan en que la informacion proporcionada por el personal de enfermeria debe incluir contenidos educativos sobre: control de glucosa, alimentos permitidos y cuidado de los pies para evitar complicaciones; sin embargo, Morales PS et al.; Leidys Proenza Fernández et al.; incluyen también actividades como: intruir sobre el uso de medicacion prescrita, dieta prescrita, control de citas medicas, orientación a paciente y familiares, orientacion sobre los efectos del farmaco utilizado, actividad fisica y la práctica del aseo ^{bucal (35,36,38,41)}

De este modo, Hernández-Paéz RF et al.; define las actividades que se debe realizar en un paciente con enfermedad crónica: educacion terapeutica, percepcion de la enfermedad, sindrome metabolico: asociasion de factores de riesgo, dieta y ejerccio, tratamiento farmacologico e importancia a l adherencia, asistencia hospitalaria y complicaciones de la Diebetes Mellitus ⁽⁴⁰⁾

Por ultimo, Castro; Mezaa et al.; Morales et al .; Leydys Proenza et al .; Maria Olga Jimenez.; Hernandez, Paez.; et al, coinciden en las cogniciones y afecto especificos de la conducta, que ponen en manifiesto los beneficios percibidos de la accion, siendo una de las intervenciones, la educacion que recibieron por parte del personal de enfermeria, interviniendo de manera adecuada, en el proceso educativo en este grupo de pacientes; además las influencias interpersonales, donde se observó que la familia, la pareja y los cuidadores de salud, en especial la enfermera, cumple un rol directo, el cual es un apoyo para el cumplimiento de tratamientos, y asi modificar su conducta de salud. ^(34,35,36,37,38)

En referencia a la última categoría, según los autores, Morales et al.; Castro, Meza et al.; Helen Lagos, Méndez et al.; María Olga Jiménez et al.; Iliana Milena Ulloa Saboga et al.; Hernández-Páez RF, Aponte-Garzón et al.; Rosa María Ruiz-GarcíaAurora Alicia

Lizárraga.; declaran que en el resultado conductual; conducta promotora de la salud, la familia puede influir con la salud o enfermedad de sus miembros, mediante el desempeño de sus actividades, es por ello que la enseñanza que se brinda es al paciente y a la familia, esta intervención es realizada por el profesional de enfermería que establece un proceso pedagógico con el fin de ayudar a la persona a tomar conciencia, dando lugar a cambios positivos y duraderos, que permite empoderar a la persona y así lograr un mayor bienestar en su salud. (35,34,32,38,33,39,40)

Dentro del desarrollo por categorías para el paciente hipertenso diferentes autores; Macancela et al.; Ismael Campos-Nonato et al.; Angarita1 et al.; Luisa Fernanda Achury Beltrán et al.; Felicia et al.; coinciden en las características y experiencias individuales tanto en la conducta relacionada previa como en los factores personales tanto biológicos, psicosociales y socioculturales; en el cual mencionan que hay un predominio con un mayor porcentaje en el sexo masculino a diferencia del sexo femenino, con una edad promedio de 50 a 74 años de edad (41,42)

Por lo tanto, Macancela et al.; Luisa Fernanda Achury Beltrán et al.; coinciden que los pacientes realizan actividad física, describiendo a la caminata como las más común, con el fin de aumentar el bienestar físico; también mencionan que los pacientes con esta patología duermen entre 5 y 7 horas, recalcando que es aconsejable dormir un promedio de 8 horas. Sin embargo, Ismael Campos-Nonato et al.; Pragna Patel et al.; concuerdan que una de las actividades que realizan los pacientes es controlar su tensión arterial al menos una vez por mes, indicando que lo ideal sería el control diario (42, 43, 46, 49)

Anudado a esto, Liduvina Miranda et al.; describe uno de los factores de riesgo con mayor incidencia como la obesidad, describiendo que un 37% de los pacientes hizo un esfuerzo por controlar sus dieta y lo logro, un 40% hizo el esfuerzo pero no lo logro y el 90% no realizó ningún tipo de accionar para modificar este hábito; a diferencia de Angarital OMV et al.; describe un mayor número de factores de riesgos identificas como antecedente familiar, ingesta de sal, obesidad, edad, sexo raza, etnia, diabetes, alcohol, consumo de grasas saturadas e insaturadas, elevado niveles de estrés, hábito de fumar e inactividad física (44, 48)

Para autores como: Ismael Campos-Nonato et al.; Macancela et al.; Diego Cobo et al.; Pragna Patel.; Honorato Ortiz Marron et al.; señalan y concuerdan que en las cogniciones y afecto específicos de la conducta, beneficios, barreras, autoeficiencia, e influencias

percibidos de la acción, son los resultados tanto positivos como negativos, en la adopción de una conducta promotora de salud, entre ellos mencionan que la barrera con mayor prevalencia fué a adherencia al tratamiento por los diversos efectos adversos que presentaban; el abandono de las dietas indicadas, por la disminución excesiva de sal, entre otras; todas estas barreras se han venido dando por la falta de motivación, desconocimiento, efectos adversos y en muchos de los casos olvidos del tratamiento, dificultad para asistir a las citas programadas y carencia de apoyo social; los cuales han dado como efecto un control inadecuado de su enfermedad. ^(42,41)

Finalmente Diego Cobo JA et al.; Lic. Liduvina Álvarez Miranda et al.; Ismael Campos, Nonato.; Honorato Ortiz Marrón et al.; Honorato Ortiz Marrón et al.; Javier Ninahuamán et al; indican y coinciden en el resultado conductual; mediante la conducta promotora de salud en donde las acciones de enfermería sobre promoción de la salud, ayudan a disminuir la posibilidad de complicaciones que pueden derivarse por el manejo inadecuado de la enfermedad; es por ello que a través de la educación que se brinda a los pacientes y familiares, permitirá desarrollar conductas que beneficiaran a la formación del individuo y familia. ^(43,44,42)

Por lo tanto, como resultado de la búsqueda bibliográfica se plantea la propuesta de un plan de cuidados estandarizados con posibilidad de individualización para el paciente con diabetes mellitus e hipertensión arterial, fundamentado con el modelo de Nola J Pender dentro del segundo nivel de atención; se describen 10 etiquetas de enfermería en relación a la categoría de características y experiencias individuales:

Afrontamiento ineficaz, obteniendo como resultado Afrontamiento de problemas y como intervención Mejorar el afrontamiento/ Mejorar la autoconfianza; Incumplimiento como resultado Conducta de cumplimiento y como intervención Apoyo en la toma de decisiones; Conocimientos deficientes obteniendo como resultado Conocimiento estilo de vida saludable y como intervención Educación para la salud; Temor, como resultado Autocontrol del miedo como intervención Enseñanza proceso de la enfermedad; Disposición para mejorar la gestión de la salud, como resultado Autocontrol de la enfermedad crónica y como intervención Ayuda en la modificación del sí mismo; Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud, como resultado Aceptación estado de salud y como intervención Potenciación de las aptitudes para la vida diaria; Disposición para mejorar el autocuidado, obteniendo como resultado Bienestar personal y como intervención Asesoramiento; Deficit de actividades recreativas, como resultado

Participación en actividades de ocio y como intervención Potenciación de la socialización; finalizando con Disposición para mejorar la nutrición obteniendo como resultado Estado nutricional y como intervención Asesoramiento nutricional; en base a esta categoría son las etiquetas diagnósticas priorizadas acorde al modelo de Nola J Pender (52)

En cuanto a la segunda categoría con referencia a cogniciones y afecto de la conducta se propone las siguientes etiquetas: Aflicción crónica para valorar Resultado bienestar personal y como intervención Apoyo al cuidador principal; Afrontamiento familiar comprometido como resultado Afrontamiento de los problemas de la familia y como intervención Fomentar la implicación familiar; Cansancio rol del cuidador como resultado Resistencia del papel del cuidador y como intervención Apoyo al cuidador principal/ Enseñanza proceso de la enfermedad; Deterioro mantenimiento del hogar como resultado Autocuidados actividades instrumentales de la vida diaria y como intervención Asistencia en el mantenimiento del hogar; Disposición para mejorar el afrontamiento familiar obteniendo como resultado Conducta fomento de la salud y como intervención Apoyo a la familia (53)

Para finalizar se describen etiquetas que hacen referencia al resultado conductual que detalla Nola J Pender: Disposición para mejorar la gestión de la salud como resultado Conducta de adhesión y como intervención Análisis de la situación sanitaria; Mantenimiento ineficaz de la salud como resultado Aceptación estado de salud como intervención Aumentar los sistemas de apoyo; Riesgo síndrome de fragilidad del anciano como resultado Afrontamiento de problemas y como intervención Enseñanza proceso de la enfermedad; como última etiqueta Tendencia adoptar conductas de riesgo para la salud obteniendo como resultado Aceptación estado de salud y como intervención Establecimiento de objetivos comunes (54)

Una vez realizada la revisión bibliográfica, las autoras de la misma, determinan que la promoción de la salud está entendida como la percepción de la persona sobre su vida en el contexto cultural y social; el profesional de enfermería desempeña un papel estratégico para proporcionar información que ayude a cambiar el estilo de vida de las personas con afecciones crónicas como hipertensión y diabetes, es por ello que concuerdan en la necesidad de sensibilizar a todos los profesionales de salud, sobre todo a enfermería en realizar promoción de la salud en el segundo nivel de atención.

CONCLUSIONES

Según la investigación realizada se han determinado las siguientes conclusiones:

- Las acciones de enfermería en las enfermedades crónicas no transmisibles en el segundo nivel de atención según el modelo de promoción de la salud de Nola J Pender, de acuerdo a las características y experiencias individuales se evidenció el automanejo adecuado de su enfermedad, mediante la intervención de enfermería en conductas que se logran modificar, como la automotivación, autoestima, alimentación saludable, actividad física entre otras, evitando complicaciones y obteniendo como resultado un manejo adecuado de su enfermedad.
- En relación a la segunda categoría se demostró que la educación que recibieron por el personal de enfermería es una de las acciones más importantes, es por ello que al intervenir de manera adecuada, en el proceso educativo en este grupo de pacientes, ha brindado resultados favorables en su cambio de estilo de vida; además, como resultado conductual se demostró que la familia influye en la salud o enfermedad, mediante el desempeño de sus actividades, es por ello que la enseñanza que se brinda es al paciente y a la familia, la cual establece un proceso pedagógico con el fin de ayudar a la persona a tomar conciencia, dando lugar a cambios positivos y duraderos que permite empoderar a la persona y así lograr un mayor bienestar en su salud.
- Los cuidados de enfermería en enfermedades crónicas no transmisibles según Nola J Pender, se enfoca en la educación individual y familiar, para que el paciente modifique sus hábitos y mejore su estilo de vida; es por ello que se planteó un plan de cuidados estandarizado con posibilidad de individualización, que guíe al personal de enfermería en el accionar de promoción de la salud en el paciente y así fomentar su autocuidado y prevenir complicaciones

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 derechos. Srtl. OMS. [Online].; 2014 [cited 2020 DICIEMBRE 29. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=40A04A1DB785B58A1929B30E2148C9C7?sequence=1.
- 2 SALUD OPDL. OPS. [Online].; 2017 [cited 2020 ENERO 6. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=144&lang=es.
- 3 Dr. Vignolo Julio DMVDCÁDAS. Scielo. [Online].; 2011 [cited 2020 ENERO 9. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003.
- 4 CONSUMO MDSY. LA IMPLANTACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS HOSPITALES. [Online]. MADRID-ESPAÑA; 2007 [cited 2020 ENERO 6. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/hospitalesSalud/docs/PromoSaludHospitales.pdf>.
- 5 M Artin Zurro AYCP. SALUD COMO DERECHO SOCIAL. [Online].; 2020 [cited 2020 Enero 15. Available from: <https://sites.google.com/site/lasaludcomoderechosocial/niveles-de-atencion-medica>.
- 6 Vignolio J, Vacarezza M, Alvarez C, Sosa A. Scielo.edu. [Online].; 2011. Available from: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>.
- 7 Dr. Vignolo Julio DMVDCÁDAS. Scielo. [Online].; 2011 [cited 2020 Enero 10. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003.
- 8 JM TE. Definición de funciones de enfermería por niveles de formación. [Online].; 2015 [cited 2020 Enero 16. Available from: <http://enfermeriacubana.sld.cu/funciones-y-tecnicas-asistenciales-del-personal-de-enfermeria-licenciado>.
- 9 Pública MdS. Anexo a la resolucion Ministerial No. 396 / 07. [Online].; 2017 [cited 2020 Enero 22. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/enfermeria-pediatria/anexo_396.pdf.
- 10 Pública MdS. Anexo de la Resolucion Ministerial No. 396 / 07. [Online].; 2017 [cited 2020 Enero 15. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/enfermeria-pediatria/anexo_396.pdf.

- 1 social MdSPyt. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. [Online].; 1 2016 [cited 2020 Enero 20. Available from: <https://cardiosalud.org/factores-de-riesgo/>.
- 1 R FVd. SCIELO. [Online].; 2009 [cited 2020 DICIEMBRE 21. Available from: 2 https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182009000100004.
- 1 SALUD ODL. OPS. [Online].; 2018 [cited 2020 ENERO 13. Available from: 3 https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=2035:en-ecuador-se-implementa-la-encuesta-steps-para-conocer-la-prevalencia-de-las-enfermedades-cronicas-no-transmisibles-y-sus-factores-de-riesgo&Itemid=360.
- 1 OPS-OMS. Factores de riesgo ECNT. [Online].; 2015 [cited 2020 MARZO 21. 4 Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28227/9789275318669_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y.
- 1 SALUD OPD. OPS. [Online].; 2018 [cited 2020 JUNIO 10. Available from: 5 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- 1 SALUD OPDL. OPS. [Online].; 2014 [cited 2020 ENERO 22. Available from: 6 https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1228:informe-2014-de-la-oms-sobre-las-enfermedades-no-transmisibles-ent-hace-un-llamado-a-los-paises-a-intensificar-las-acciones-para-enfrentarlas&Itemid=360.
- 1 Se reservan todos los derechos de MSP bep2dlCU. MAIS. [Online].; 2012 [cited 7 2020 Diciembre 29. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.
- 1 SALUD OPDL. OPS. [Online].; 2016 [cited 2020 ENERO 11. Available from: 8 https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28227/9789275318669_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y.
- 1 BERTOZZI S. EDICIÓN MÉDICA. [Online].; 2019 [cited 2020 FEBRERO 1. 9 Available from: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/profesionales/ecuador-tiene-una-prevalencia-de-9-3-por-ciento-de-hipertension-94139>.
- 2 Bertozzi S. Edición Médica. [Online].; 2019 [cited 2020 febrero 18. Available 0 from: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/profesionales/ecuador-tiene-una-prevalencia-de-9-3-por-ciento-de-hipertension-94139>.

- 2 España Gd. Ministerio de derechos sociales y agenda 2030. [Online].; 2014 [cited 1 2020 Enero 29. Available from: [. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm).
- 2 SALUD OPDL. OPS. [Online].; 2019 [cited 2020 ENERO 7. Available from: [2 https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14889:hp-sdgs-rio&Itemid=39620&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14889:hp-sdgs-rio&Itemid=39620&lang=es).
- 2 Ministerio de Sanidad CyBS. Gobierno de España. [Online].; 2014 [cited 2020 3 marzo 14. Available from: [. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm).
- 2 OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2016 [cited 2020 Enero 20. 4 Available from: <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>.
- .
- 2 ECUADOR MDSPD. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD - 5 MAIS QUITO; 2013.
- .
- 2 ANONIMO. ANEXO A LA RESOLUCION MINISTERIAL No. 396 / 07. 6 [Online].; 2018 [cited 2020 ENERO 14. Available from: [. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/enfermeria-pediatria/anexo_396.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/enfermeria-pediatria/anexo_396.pdf).
- 2 Contreras M. Scielo. [Online].; 2012 [cited 2020 Febrero 4. Available from: 7 http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932008000100006.
- 2 Enfermeria P. Resolucion Enfermeria, Miniserio de Salud la Habana. [Online].; 8 2016 [cited 2020 enero 11. Available from: [. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/enfermeria-pediatria/anexo_396.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/enfermeria-pediatria/anexo_396.pdf).
- 2 ODS. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. [Online].; 2016 [cited 9 2020 Enero 23. Available from: [. http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/PoliticaExteriorCooperacion/NacionesUnidas/Paginas/ObjetivosDeDesarrolloDelMilenio.aspx](http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/PoliticaExteriorCooperacion/NacionesUnidas/Paginas/ObjetivosDeDesarrolloDelMilenio.aspx).
- 3 Lic. Gladis Patricia Aristizábal Hoyos LDMBBLASRMRMOM. Scielo. 0 [Online].; 2011 [cited 2020 febrero 20. Available from: [. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003).
- 3 Aristizabal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguin R. Scielo.org. [Online].; 2011. 1 Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>.
- .

- 3 Helen Lagos - Méndez NFR. CUIDADO Y SALUD. [Online].; 2017 [cited 2020
2 ENERO 15. Available from:
. http://revistas.urp.edu.pe/index.php/Cuidado_y_salud/article/view/1111.
- 3 Iliana Milena Ulloa Saboga CNMAEFPUANRDLQGMAGM. REVISTA
3 CUBANA DE ENFERMERIA. [Online].; 2017 [cited 2010] FEBRERO 16.
. Available from:
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1174/269>.
- 3 A.N.Castro-Mezaa ,EPZASÁ. EnfermeríaUniversitaria. [Online].; 2017 [cited
4 2020 Enero 25. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-pdf-S1665706316300719>.
- 3 Morales PS. Revista Ciencia y Tecnología. [Online].; 2017 [cited 2020 enero 17.
5 Available from:
. https://www.researchgate.net/publication/321891938_Variabilidad_y_calidad_de_la_practica_clinica_de_enfermeria_en_pacientes_con_Diabetes_mellitus_hospitalizados.
- 3 Morales PS. Revista Ciencia y Tecnología No.20, junio 2017. [Online]. Available
6 from:
. https://www.researchgate.net/publication/321891938_Variabilidad_y_calidad_de_la_practica_clinica_de_enfermeria_en_pacientes_con_Diabetes_mellitus_hospitalizados.
- 3 Leidys Proenza Fernández RJFRLPGS. Revista Medica. [Online].; 2020 [cited
7 2020 febrero 23. Available from:
. <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1851/1885>.
- 3 María Olga Jiménez Reyes NFG. REVISTA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.
8 UNIVERSIDAD DE BOYACA. [Online].; 2018 [cited 2020 febrero 23. Available
. from: <http://200.21.15.145/index.php/rs/article/view/319/430>.
- 3 Hernández-Páez RF, Aponte-Garzón LH. SCIELO. [Online].; 2014 [cited 2020
9 marzo 6. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rori/v18n2/v18n2a07.pdf>.
- .
- 4 Rosa María Ruiz-GarcíaAurora Alicia Lizárraga-Eseberre LCRSUOEMZ.
0 REVISTA DE ENFERMERIA DEL INSTITUTO DE MEXICO. [Online].; 2015
. [cited 2020 FEBRERO 25. Available from:
http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/428/438.
- 4 MACANCELA. MFO. REPOSITORIO INSTITUCIONAL. [Online].; 2016
1 [cited 2020 ENERO 23. Available from:
. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/26884>.

- 4 Ismael Campos-Nonato MPHBLMAPTLMCMLMSBMP. SALUD PUBLICA 2 DE MEXICO. [Online].; 2016 [cited 2020 ENERO 27. Available from: [. http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8813](http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8813).
- 4 Lic. Liduvina Álvarez Miranda LEPMLMVHyLMPM. SCIELO. [Online].; 2015 3 [cited 2020 ENERO 18. Available from: [. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192000000100010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192000000100010).
- 4 Diego Cobo JA. Repositorio UNICAN. [Online].; 2018 [cited 2020 FEBRERO 27. 4 Available from: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/13328>.
- .
- 4 Ana Parro Moreno MISPVASLAT,ADH,AGGJMMAPSG. Scielo. [Online].; 5 2016 [cited 2020 Marzo 23. Available from: [. scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272016000100405](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272016000100405).
- 4 Pragna Patel PODCESAAHWpl. SCIELO. [Online].; 2017 [cited 2020 marzo 12. 6 Available from: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2017.v41/1/es>.
- .
- 4 Honorato Ortiz Marrón RJVMBZTFABMCLyMJMA. SCIELO. [Online].; 2011 7 [cited 2020 enero 28. Available from: [. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1135-57272011000400002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1135-57272011000400002).
- 4 Angarita1 OMV. SCIELO. [Online].; 2014 [cited 2020 FEBRERO 5. Available 8 from: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v30n2/v30n2a05.pdf>.
- .
- 4 Luisa Fernanda Achury Beltrán DMAS. INVESTIGACION EN ENFERMERIA. 9 [Online].; 2012 [cited 2020 MARZO 4. Available from: [. https://www.redalyc.org/pdf/1452/145226758005.pdf](https://www.redalyc.org/pdf/1452/145226758005.pdf).
- 5 Javier Ninahuamán IR. UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO. [Online].; 0 2012 [cited 2020 MARZO 6. Available from: [. http://190.116.48.43/bitstream/handle/upch/1019/efectividad_javierninahuaman_ivette.pdf?sequence=1&isallowed=y](http://190.116.48.43/bitstream/handle/upch/1019/efectividad_javierninahuaman_ivette.pdf?sequence=1&isallowed=y).
- 5 –Felicia F–DG. Revista Ciencia, Tecnología e Innovación. [Online].; 2018 [cited 1 2020 ENERO 17. Available from: [. http://www.scielo.org.bo/pdf/rcti/v16n17/v16n17_a04.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rcti/v16n17/v16n17_a04.pdf).
- 5 ENFERMEROS D. SALUSPLAY. [Online].; 2018 [cited 2020 Abril 18. Available 2 from: <https://www.salusplay.com/blog/clasificacion-enfermeria-nanda-2018-2020/>.

5 2013 CcdRdEN. SALUSPLAY. [Online].; 2017 [cited 2020 ABRIL 19. Available 3 from: <https://www.salusplay.com/blog/resultados-enfermeria-noc/>.

.

5 2013 CcdIdEN. SALUSPLAY. [Online].; 2017 [cited 2020 ABRIL 20. Available 4 from: [Clasificación completa de Intervenciones de Enfermería NIC 2013](#).

.

ANEXO

Tabla 1. Coincidencias de autores en acciones de enfermería sobre promoción de la salud.

ARTÍCULO/AUTOR	COINCIDENCIA DE AUTORES EN ACCIONES DE ENFERMERÍA SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD		
	Características y experiencias individuales	Cogniciones y afecto específicos de la conducta	Resultado conductual
DIABETES MELLITUS			
Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima ⁽³²⁾	Dentro del resultado, la mayoría de pacientes pertenecía al género femenino con un 54%, cuyas edades fluctúan entre 30-59 (46%) y 60-80 (54%) ⁽³²⁾	Los pacientes con ECNT como diabetes e hipertensión, pertenecen a familias moderadamente disfuncionales en un 54 %, y a familias gravemente disfuncionales un 7% ⁽³²⁾	Para un mejor control de una enfermedad crónica, mediante el estudio de este artículo concluye que la unión familiar influye con la salud o enfermedad mediante el desempeño de varias actividades ⁽³²⁾
	Con respecto a su autocuidado, el 56% de los pacientes tienen un manejo regular de su enfermedad y un 9% tiene un manejo inadecuado ⁽³²⁾	Como resultado se observa que el paciente que procede de una familia gravemente disfuncional presentó un automanejo inadecuado (55,6%); a su vez, en pacientes con familias moderadamente disfuncionales el automanejo fue regular (76,8%) y, en el caso de pacientes con familias	La familia como núcleo principal es importante para el control de las ECNT, ayudando al mejoramiento o empeoramiento del paciente ⁽³²⁾
	Dentro de las actividades que corresponde al automanejo mencionan; conocimiento de la enfermedad con un 49%, adherencia al tratamiento 60% estos con un manejo regular de los		

	pacientes y presento un manejo adecuado con un 43% en el control de los síntomas ⁽³²⁾	normo funcionales predominó el automanejo adecuado (77,1%) ⁽³²⁾	
Proceso de Enfermería en la persona con diabetes mellitus desde la perspectiva del autocuidado ⁽³³⁾	El Proceso de Enfermería vinculado con la Teoría General del Autocuidado de Orem, permitió el análisis de los requisitos de autocuidado y la identificación del déficit de acciones autocuidado en relación a: manejo de la hiperglucemia, tratamiento farmacológico, régimen dietario y de ejercicios; esenciales para la promoción de la calidad de vida y la prevención de complicaciones crónicas en personas con diabetes mellitus ⁽³³⁾	El déficit de autocuidado reflejó la necesidad de profundizar en el nivel de conocimientos hacia prácticas para el autocontrol de la enfermedad, a partir del sistema de apoyo educativo, como parte central de las responsabilidades del profesional de enfermería ⁽³³⁾	Es necesario impartir educación relacionada con cada una de las intervenciones de cuidado propuestas. La educación se combinó con el apoyo en el autocuidado mediante la fijación de metas en el control metabólico, cambios en sus hábitos de vida y motivación para el manejo de la enfermedad ⁽³³⁾
	Se logró en la persona promover la autorresponsabilidad en la continuidad del tratamiento farmacológico, mantener una dieta acorde a sus necesidades, realizar ejercicio físico, interpretación y registros de glucemia, y reconocimiento de signos que requieren asistencia profesional ⁽³³⁾		Este trabajo demuestra que utilizar el sistema de apoyo educativo en el cuidado de Enfermería, permite empoderar a la persona con diabetes a aprender y desarrollar prácticas de autocuidado que dan lugar a cambios positivos y duraderos

			como cuidado de su propia salud (33)
Control de la diabetes mellitus en población adulta. Según las características del personal de enfermería (45)	La edad del paciente resultó ser protectora para el mal control de la DM, se analizaron factores de riesgo asociados al mal control de la diabetes y encontraron que las personas más jóvenes, especialmente los varones, tenían hábitos menos saludables, con mayor acumulación de factores de riesgo (45)	Una explicación tentativa podría estar en la dirección de: a mayor edad del paciente mayor conciencia de enfermedad, lo que llevaría a adoptar un rol más responsable respecto a la enfermedad. También se recoge en la literatura que los usuarios de mayor edad son más cumplidores del tratamiento (45)	La edad del paciente resultó ser protectora para el mal control de la DM (45)
	La prevalencia de DM mal controlada en la población total, según el sexo fue; el 39,6% de hombres autóctonos tenían mal control frente al 51,05% de hombres inmigrantes; y el 38,5% de mujeres autóctonas frente al 49,8% de mujeres inmigrantes (45)	En cuanto a la prevalencia de mal control se observaron diferencias importantes entre hombres y mujeres, tanto en población autóctona como en inmigrante, siendo mucho más elevada en los varones (45)	La condición de ser inmigrante económico aumenta el riesgo de mal control de DM para los hombres debido a barreras en el uso de las consultas programadas por problemas de burocracia, dificultad del idioma, alfabetización en salud o problemas laborales, considerados determinantes sociales de la salud, que generan desigualdades (45)

<p>La enseñanza a pacientes con diabetes: significado para profesionales de enfermería ⁽³⁴⁾</p>	<p>Es un estudio realizado en pacientes de sexo masculino y femenino, con edades entre los 27 y 55 años. ⁽³⁴⁾</p>	<p>Para mejorar el autocuidado de la diabetes en el hogar se proporciona información en el que se incluyen contenidos educativos sobre alimentación, cuidado de los pies para evitar complicaciones, además de cómo realizar su glucemia capilar con tira reactiva o uso del glucómetro para la medición de la glucosa.</p> <p>En toda información es preciso considerar dos aspectos:</p> <p>a) la calidad, es decir, el tipo de información;</p> <p>b) la cantidad, o número de datos precisos que se pueden obtener ⁽³⁴⁾</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La familia ha sido considerada como unidad única y total básica. • El cuidado que la (el) enfermera(o) proporciona a los pacientes hospitalizados esté comprometida a otorgar información a ambos, con el fin de ayudar a fomentar su participación sobre su atención: enseñó a familiares más allegados que acompañan a sus pacientes, como esposa, hijos o quienes viven con el paciente ⁽³⁴⁾
	<p>En el contexto institucional la enfermera es quien otorga información a fin de contribuir al cuidado propio para la preservación de la salud y la prevención de complicaciones ⁽³⁴⁾</p>	<p>La información como proceso social requiere la consulta de diferentes fuentes que se complementa con la experiencia obtenida mediante la observación directa del entorno; los pacientes incluyeron la información expresada como pláticas, orientaciones, recomendaciones y, sobre todo, como información para su cuidado</p>	<p>La enfermera proporciona a la persona cuidada, a la familia o a un grupo información sobre la enfermedad, su prevención y tratamiento, a fin de ayudar a la persona a tomar conciencia de sus capacidades de autonomía y a</p>

		<p>en el hogar, como por ejemplo, si el paciente viene con un pie diabético o una lesión, se platica que tiene que seguir cuidados en el hogar, cortar las uñas, usar zapato cómodo, cuidándose los pies para no llegar a una complicación ⁽³⁴⁾</p>	<p>hacerse cargo de su evolución hacia un mayor bienestar.</p> <p>En las acciones cotidianas de los participantes incluyeron la información que otorgan a sus pacientes respecto a su cuidado en el hogar, expresado en términos de pláticas, orientaciones, recomendaciones e información, de una manera general ⁽³⁴⁾</p>
<p>Variabilidad y calidad de la práctica clínica de enfermería en pacientes con Diabetes mellitus, hospitalizados ⁽³⁵⁾</p>	<p>Fue un estudio realizado en seis salas de medicina interna de hombres y mujeres en el Hospital Escuela Universitario.</p> <p>De los participantes entrevistados el 60% fueron del sexo femenino y el 40% del sexo masculino. El 70%, de los participantes estaban hospitalizados por primera vez, un 20%, por segunda vez y un 10% se habían hospitalizado más de dos veces ⁽³⁵⁾</p>	<p>La educación es uno de los aspectos más relevantes en el tratamiento integral de las personas que padecen esta enfermedad, el objetivo es lograr que el paciente sea capaz de mantener bajo control sus niveles de glucosa y pueda prevenir las complicaciones que la diabetes puede provocar a corto y a largo plazo además de permitir elevar su calidad de vida ⁽³⁵⁾</p>	<p>Según la valoración realizada con cada paciente se establecen los diagnósticos enfermeros (diagnostico real, diagnostico de riesgo y diagnóstico de bienestar) que van a diferir de unos pacientes a otros ⁽³⁵⁾</p>
	<p>Las edades estaban comprendidas el 36% en rangos entre 34 a 43 años, un 27% en edades de 44 a 53 años, un 27%</p>	<p>Cuidados específicos:</p> <p>Enseñanza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos permitidos 	<p>En este proceso es importante la inclusión de la familia en la educación. Los familiares de estos</p>

	<p>en edades de 22 a 33 años y un 10% en 54 a 63 años. El grupo estado civil: casado un 30% (30), solteros 23% (14), unión libre 18% (11) y no consignaron estatus un 9% ⁽³⁵⁾</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de los pies • Enseña técnica para arreglo de uñas • Medicamento: instruye uso de medicamento • Dieta prescrita • Explica el propósito de llevar la dieta prescrita • Enseñanza a valorar color, temperatura y humedad de la piel • Control de citas médicas • Orientación a pacientes y familiares • Orientación sobre efectos del fármaco utilizado • Actividad física ⁽³⁵⁾ 	<p>pacientes y que influye en esta condición los horarios de visita ya que en ese momento casi no se les puede atender por la carga laboral. Rutina de cuidados que enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo al paciente en su higiene personal • Aplicación de medicamentos Aplicación de insulina • Medición de niveles de glucosa en sangre • Curación de lesiones de piel y herida postquirúrgica en miembro amputado • Orientación a pacientes y familiares sobre autocuidado abordando los temas acerca de ingesta de dieta alimenticia adecuada, control de peso, manejo de medicamentos y cuidado de los pies ⁽³⁶⁾
--	--	--	--

<p>Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo y medida de autocuidado en pacientes diabéticos ⁽³⁷⁾</p>	<p>El universo de estudio estuvo constituido por 53 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus ⁽³⁷⁾</p>	<p>Al determinar el nivel de conocimiento de los pacientes diabéticos sobre los factores de riesgos de la DM se encontró que de forma general predominó un inadecuado nivel de conocimientos.</p> <p>Los factores de riesgo que mayor desconocimiento mostraron fueron los antecedentes de enfermedad cardiovascular, la hipertensión arterial y la obesidad ⁽³⁷⁾</p>	<p>Respecto al grado de severidad por edad observamos que el grupo de edad más afectado oscila entre los 60 y 79 años ⁽³⁷⁾</p>
	<p>Al distribuir los pacientes diabéticos según edad y sexo se encontró un predominio del grupo de edad de 60 y más años, y dentro de este grupo predomina el sexo femenino; seguido en orden de frecuencia las edades de 50-59 años con igual predominio en el sexo femenino ⁽³⁷⁾</p>	<p>Los pacientes diabéticos según nivel de conocimiento sobre medidas de autocuidado de la DM, se evidencia un conocimiento inadecuado relacionado con la ingesta adecuada de líquidos, higiene y cuidado de los pies y práctica del aseo bucal. Un 50% de la muestra presentan desconocimiento de las medidas de autocuidado relacionadas con la alimentación y control de la presión arterial, es llamativo que el 100% consideró en control de la</p>	<p>Con la edad el paciente es más propenso al descuido del tratamiento, al mal control metabólico de la enfermedad, infecciones mal tratadas, lo que conduce irremediamente a serias complicaciones y aumentar la incidencia de los diabéticos ⁽³⁷⁾</p>

		glucemia como medida de autocuidado (37)	
Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes diabéticos hospitalizados (38)	<p>Estudio realizado en el servicio de medicina interna del Hospital Regional de Sogamoso, segundo nivel de atención. La edad promedio de los participantes fue de 69 años, el género que predominó fue el femenino con 33 mujeres, en cuanto al estado civil, 24 personas son casadas, y 19 viudas.</p> <p>Con relación al nivel educativo 37 personas tienen estudios primarios, lo que corresponde al 69%; el 67% de los participantes procede del área urbana (38)</p>	<p>Los profesionales en enfermería dirigidos a establecer empatía y un trato individualizado y humano, facilita la recuperación de su estado de salud.</p> <p>Realiza actividades como: control de signos vitales, administración de medicación, confort (38)</p>	El profesional de enfermería debe involucrar a familiares en el cuidado del usuario (38)
Educación en diabetes: un aspecto clave de la formación actual en enfermería (39)	En este estudio la población es a nivel general. Distinguiendo factores como edad, sexo, grupo social, estado civil (39)	<p>Dentro de las actividades que se debe realizar en un paciente con enfermedad crónica es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación terapéutica: intervención que logre atender los problemas relacionados específicamente con la cronicidad, característica de la diabetes; que desde una perspectiva de desarrollo integral, valore la 	<ul style="list-style-type: none"> • La percepción de aceptación de la enfermedad de personas con DM2 logra mejor afrontamiento y adaptación entendiendo que ésta puede controlarse. • En un grupo de personas con DM2, atendidas por consulta externa, se señala que

		<p>dimensión educativa a largo plazo para el mantenimiento de la salud y el bienestar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Percepción de la enfermedad: La enfermedad genera cambios en las sensaciones y funciones corporales que un individuo puede percibir por sí mismo. • Síndrome metabólico: asociación de factores de riesgo (intolerancia a la glucosa, obesidad abdominal, colesterol alto, hipertrigliceridemia e hipertensión arterial). • Dieta y ejercicio: estudios muestran a la intervención con dieta y ejercicio como variables reguladoras de control metabólico. • Tratamiento farmacológico importante adherencia: • Evaluación y cuidado psicosocial: el estado psicosocial puede impactar la adherencia al tratamiento, por lo que 	<p>mientras más beneficios se atribuyen al tratamiento, se asegura el control y mientras menos barreras se perciben para asegurar el tratamiento, mayor es la probabilidad de tener un control metabólico adecuado ⁽³⁹⁾</p>
--	--	--	--

		<p>evaluar su condición se traduce en necesidad fundamental.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asistencia hospitalaria • Complicaciones de la Diabetes Mellitus: se clasifican en agudas y crónicas, y es necesario prever su desarrollo para poder intervenir de manera apropiada en cada situación específica ⁽³⁹⁾ 	
El nivel de conocimiento como factor de riesgo para el ingreso hospitalario de personas con diabetes tipo 2 ⁽⁴⁰⁾	La muestra estuvo conformada por 80 casos y 80 controles. En los casos se incluyeron usuarios con diabetes mellitus tipo 2 de ambos sexos, mayores de 35 y menores de 65 años de edad, con un tiempo de evolución de la enfermedad mayor de un año. ⁽⁴⁰⁾	Es sabido que un área de oportunidad para la detección y control de enfermedades crónicas es el autocuidado de la salud, acerca del control glicémico y los conocimientos de autocuidado de los pacientes enorme área de oportunidad en el proceso educativo a este grupo de paciente ⁽⁴⁰⁾	El bajo nivel de conocimientos para la salud en pacientes diabéticos es un factor de riesgo para el ingreso hospitalario. La variación en la edad de los pacientes debe considerarse con especial énfasis para la promoción de la salud por el riesgo que implica la aparición de enfermedades crónicas; por tanto el personal de enfermería debe enfatizar acerca de la aplicación de las guías de autocuidado de la salud y la transmisión de
	La variable principal fue el nivel de conocimiento para la salud, el cual fue definido como la información que tuvo el usuario respecto a su enfermedad y el autocuidado ⁽⁴⁰⁾	El nivel de conocimiento respecto al autocuidado de la salud se encontró bajo en 77 % de los casos y 48.7 % de los controles, alto 22.5 % de los casos y 51.2 % de los controles ⁽⁴⁰⁾	

			conocimientos a sus pacientes, en los diferentes niveles de atención (40)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL			
El autocuidado en personas hipertensas del club “primero mi salud” une - totoracocha, cuenca 2016 (41)	En este estudio del 100% de la población, el 87,3% no controla su alimentación con un nutricionista, un 82,1% preparan sus alimentos y el 89,6% no consumen más de dos gramos de sal diarios, manteniendo una dieta equilibrada. El 74,6% de las personas realizan actividad física, aumentando el bienestar físico (41)	Se demuestra que un 18,7% se automedica, en un 98,5% se ubica el interés por el tratamiento médico y con un 99,3% muestra que acuden responsablemente a su control médico mensual (41)	Con la realización de esta investigación han concluido que el autocuidado en el adulto hipertenso es adecuado en la mayoría de la población, ya que casi todos realizan las actividades recomendadas beneficiando con esto su bienestar (41)
	Un 70,1% de los pacientes en mayor porcentaje prefieren la "caminata", tanto por su condición física, como por la edad (41)		
	El 50% de la población duerme entre 5 y 7 horas, recalamos que es aconsejable dormir en un promedio de 8 horas ya que el sueño ayuda a recobrar las fuerzas	Un 87,1% de la población acude puntualmente al control médico, mientras que un 12,9% no lo realiza (41)	

	necesarias para desarrollar las actividades diarias ⁽⁴¹⁾		
Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016 ⁽⁴²⁾	Los hipertensos con diagnóstico médico previo de HTA reportó tener tratamiento farmacológico, 14.1% ⁽⁴²⁾	Existe un alto porcentaje de adultos que desconocen tener esta enfermedad y de ellos casi la mitad tienen un inadecuado control de su tensión arterial ⁽⁴²⁾	Los resultados de este estudio muestran que en la Ensanut MC existe un alto porcentaje de adultos que desconocen tener esta enfermedad y de ellos casi la mitad tienen un inadecuado control de su tensión arterial ⁽⁴²⁾
	La mayoría de estos adultos reportaron medir su tensión arterial al menos una vez por mes (77.1%) ⁽⁴²⁾	En la Ensanut MC 2016 el porcentaje de adultos con tratamiento farmacológico fue relativamente alto (79.3%); sin embargo, solamente la mitad de ellos tenía una tensión arterial controlada, menos de 20% practicaba modificaciones en su estilo de vida y 12.7% medía su tensión arterial al menos una vez a la semana ⁽⁴²⁾	Aunque en algunos estudios epidemiológicos se ha descrito que las mujeres tienen una menor prevalencia de HTA que los hombres, en el presente análisis no se encontró una diferencia significativa entre sexos. Esto podría deberse a que en México no son tan diferentes los factores que explican la variabilidad en la

	<p>La prevalencia de hipertensos con tensión arterial controlada es de 45.6%. Esta prevalencia es considerablemente más baja que la de países como Cuba (85.8%), Estados Unidos (65.4%) y Chile (56.8%),²³ donde los sistemas de salud utilizan a médicos especialistas en el manejo de la hipertensión arterial y en mejorar la adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas⁽⁴²⁾</p>		<p>prevalencia por género, como diversidad de raza, etnicidad, país de origen y presencia de obesidad⁽⁴²⁾</p>
	<p>Cuando se comparó la TAS en todos los adultos de 20 años y mayores, ésta fue 5.8% más alta en los hombres que en las mujeres; y la TAD fue 3.2% más elevada en los hombres que en las mujeres⁽⁴²⁾</p>		
<p>Control del paciente hipertenso influencia del personal de enfermería. Área de salud pedro borras.⁽⁴³⁾</p>	<p>Otro factor de riesgo valorado es el sedentarismo donde se puede apreciar que: realiza actividades 23 (6 %) Sólo en el trabajo 38 (9,9 %) Camina regularmente 91 (23,7 %) Camina bien</p>	<p>El factor estrés, también se valora, donde se puede observar que más de la mitad de los entrevistados se consideran nerviosos con ansiedad, irritable y ansioso y que su vida transita con mucha ansiedad; en la</p>	<p>Concluimos que se empleó un procedimiento basado en la dinámica familiar como método de educación para la salud, con lo cual se lograron cambios</p>

	<p>paso 15 o 30 minutos 61 (15,9 %) Camina sólo en la casa y en el trabajo 108 (28,2 %) Se mueve poco 42 (10,9%) No puede precisar 20 (5,2 %) ⁽⁴³⁾</p>	<p>segunda visita se observan cambios favorables en la esfera psicosocial de la población lo que demuestra la efectividad de los métodos empleados ⁽⁴³⁾</p>	<p>significativos en el control del paciente hipertenso. Las acciones educativo-sanitarias programadas al grupo seleccionado ⁽⁴³⁾</p>
	<p>Los principales factores de riesgo que inciden en los pacientes, en relación con la obesidad el 37,3 % de los pacientes hizo esfuerzo por controlar su dieta y pudo, el 40,6% hizo esfuerzo pero no lo logró y el 91,9 % no realizó ningún esfuerzo ⁽⁴³⁾</p>		<p>Más de la mitad de los pacientes lograron un control adecuado de su dieta 57 pacientes (62,6%) ⁽⁴³⁾</p>
<p>Hipertensión arterial, importancia de la enfermería en la prevención, detección y control de la enfermedad ⁽⁴⁴⁾</p>	<p>Su incidencia ha aumentado tanto a nivel mundial como a nivel nacional y provincial. En España, la prevalencia de esta patología se ha incrementado en todos los grupos de población, 19,8% en adultos ⁽⁴⁴⁾</p>	<p>El aumento del consumo de alcohol, por encima de los 15 g/día para las mujeres y en 30 g/día para los hombres, se encuentra relacionado con una mayor incidencia de la hipertensión arterial ⁽⁴⁴⁾</p>	<p>A través de estas actividades, los enfermeros son capaces actuar sobre: el autocuidado de los pacientes, de forma que los usuarios sean capaces de llevar a cabo acciones o tomar decisiones que repercutan en beneficio de su propia salud ⁽⁴⁴⁾</p>
	<p>Los resultados de varios estudios, donde se ha comprobado que disminuir el consumo de sal por debajo de los 5 g/día</p>	<p>Ciertos estudios estiman entre un 7,1% y un 55,2% la falta de adherencia a la medicación por parte de los pacientes</p>	<p>La incidencia de la hipertensión ha aumentado en todos los niveles, además, está cada vez</p>

	<p>favorece la reducción de la presión sistólica entre 4 y 5 mm Hg ⁽⁴⁴⁾</p>	<p>con hipertensión arterial; sin embargo, otros sitúan en un 41% los pacientes que abandonan las dietas indicadas por los profesionales sanitarios (médicos o enfermeras); y en un 30% la falta de adherencia a las intervenciones destinadas a modificar los hábitos de vida ⁽⁴⁴⁾</p>	<p>más presente en la población, debido al incremento de otras enfermedades y condiciones como la diabetes mellitus tipo 2 y el peso corporal elevado, provocadas a su vez, por hábitos de vida poco saludables ⁽⁴⁴⁾</p>
<p>Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial ⁽⁴⁶⁾</p>	<p>Más de 47% de las personas hipertensas no saben que padecen hipertensión; de las que lo saben, solo 35% están bajo tratamiento farmacológico. A escala mundial, solo una de cada siete personas hipertensas tiene la presión arterial controlada. ⁽⁴⁶⁾</p>	<p>Uno de los principales obstáculos con que se enfrenta el control de la PA es la falta de servicios integrales de atención de salud, en especial el acceso limitado a los medicamentos ⁽⁴⁶⁾</p>	<p>El tratamiento estandarizado de la hipertensión complementa la estrategia de prevención a nivel poblacional, particularmente la promoción de una alimentación saludable que incluya la reducción del consumo de sal ⁽⁴⁶⁾</p>

	<p>Asimismo, muchos pacientes de sexo masculino tienden a evitar la atención médica, por lo que resulta difícil llegar a ellos en centros médicos. Estas diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la búsqueda de atención médica deben ser abordadas para mejorar los resultados de salud ⁽⁴⁶⁾</p>	<p>Los obstáculos para acceder al tratamiento pueden deberse a muchos factores, como la ausencia de un sistema eficaz de seguro médico, la imposibilidad de que un mismo profesional de la salud atienda al paciente de manera regular, las dificultades de transporte para asistir a las consultas médicas u otros problemas logísticos, el incumplimiento del tratamiento que puede atribuirse a un esquema medicamentoso complejo que sea difícil de seguir. ⁽⁴⁶⁾</p> <p>Al desconocimiento de la hipertensión o la falta de comprensión del tratamiento farmacológico prescrito; a la carencia de apoyo social; o los efectos secundarios de estos ⁽⁴⁶⁾</p>	
<p>Prevalencia, grado de control y tratamiento de la hipertensión arterial en la población de 30 a 74</p>	<p>Debido a su alta prevalencia (afecta al 20% de la población adulta mundial) y su íntima relación causal con el conjunto de las enfermedades cardiovasculares</p>	<p>Entre los varones el 25% eran fumadores, el 36,2% presentaban obesidad (IMC\geq30) y el 19,3% eran diabéticos. El 42% de las mujeres</p>	<p>Como conclusión podemos decir que las cifras de prevalencia, de tratamiento y control de la hipertensión en la población de 30</p>

<p>años de la Comunidad de Madrid. Estudio PREDIMERC ⁽⁴⁷⁾</p>	<p>(ECV), la hipertensión arterial (HTA) es el primer factor de riesgo para la mortalidad y el tercero más importante como contribuyente a la discapacidad en todo el mundo ⁽⁴⁷⁾</p>	<p>hipertensas eran obesas y el 57% sedentarias ⁽⁴⁷⁾</p>	<p>a 74 años de edad de la Comunidad de Madrid ocupan un lugar intermedio entre las publicadas en estudios previos sobre poblaciones españolas y europeas ⁽⁴⁷⁾</p>
	<p>La prevalencia aumenta significativamente con la edad, pasando del 7,1% en edades de 30-39 años hasta alcanzar valores superiores al 75% en el grupo de 70-74 años. Es mayor la prevalencia entre los varones, (35,1%) que entre las mujeres (23,9%) ⁽⁴⁷⁾</p>	<p>De los 665 individuos hipertensos detectados, el 68,6% conocían su condición de hipertenso (62,4% de los varones y 76,6% de las mujeres). De los que conocían que eran hipertensos el 54,4% estaba en tratamiento farmacológico antihipertensivo, por sexo el 45,4% de los varones y 64,5% de las mujeres ⁽⁴⁷⁾</p>	<p>Estos datos evidencia un importante problema de salud y la necesidad de aprovechar el enorme potencial de mejora presente con: tratamiento de las personas hipertensas no tratadas, previa detección y concienciación que mejoren el seguimiento de las que ya están en tratamiento, para conseguir o mantener el control, de la presión arterial ⁽⁴⁷⁾</p>
<p>Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta (Colombia) ⁽⁴⁸⁾</p>	<p>En cuanto al género, hubo mayor participación de las mujeres en el estudio (52 %) respecto a los hombres (48 %). Sus edades fluctuaron entre 41 y 50 años en el 28 % de los casos y entre 51 y 60 en el 26 % ⁽⁴⁸⁾</p>	<p>La existencia en la población hipertensa de un bajo nivel de conocimientos y de iniciativa en su búsqueda, lo cual puede repercutir negativamente en el proceso de adherencia al tratamiento ⁽⁴⁸⁾</p>	<p>En el estudio, un porcentaje representativo (81.5%) de los pacientes reportó un nivel de capacidad de autocuidado bajo; el 10.8% un nivel medio y tan solo el 7.7 % un nivel alto ⁽⁴⁸⁾</p>

	Se han identificado factores de riesgo asociados a esta patología, como antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, ingesta de sal, obesidad, edad, sexo, raza, cafeína, diabetes, alcohol, consumo de grasas saturadas e insaturadas, elevados niveles de estrés, hábito de fumar e inactividad física ⁽⁴⁸⁾		
Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel ⁽⁴⁹⁾	Los pacientes incluidos en el estudio corresponden en su mayoría al sexo femenino, con una edad promedio de 68 años. Estas variables se correlacionan con estudios como el de Rivera en el 2006, donde se encontró que el 60% de los participantes eran del género femenino con una edad mínima de 31 años y una edad máxima de 77 años ⁽⁴⁹⁾	El estudio encontró que el 36 y 56% de los pacientes con alta capacidad agencia de autocuidado tenían un IMC normal o sobrepeso, respectivamente; mientras que el 52,7 y el 18,2% de los pacientes con baja capacidad de agencia de autocuidado se encontraban en obesidad grado I y II, respectivamente ⁽⁴⁹⁾	La jubilación podría generar mayor tiempo de dedicación para ejercer las actividades de autocuidado, puesto que sus responsabilidades laborales son menores y cuenta con más tiempo para sí mismo ⁽⁴⁹⁾
	Se encontró que la mayoría de los participantes corresponden al género femenino. En la muestra, en general, predominó el estado civil casado, siendo	Respecto a la confianza entre el profesional de enfermería y el paciente se evidenció que un 35% casi siempre y un 15,9% siempre confiaban en el profesional de enfermería; sin embargo,	Se encontró que los pacientes que tuvieron un nivel medio de capacidad de agencia de autocuidado, eran casados, con estudios hasta el bachillerato,

	<p>el cónyuge el cuidador principal y la principal red de apoyo la familia ⁽⁴⁹⁾</p>	<p>llama la atención que el 37,9% no sentía confianza con la enfermera, de tal forma que no se establecía un espacio de interacción y relación terapéutica ⁽⁴⁹⁾</p>	<p>jubilados y contaban con un cuidador y una red de apoyo que este estudio fue su familia (49)</p>
	<p>Se evidenció que los de mayor puntaje estaban relacionados con el no reemplazo del tratamiento por terapias alternativas, un adecuado desarrollo de la vida sexual, la importancia de la realización de ejercicio, el sueño durante 6-8 horas diarias, el consumo de dietas balanceadas, la dedicación de tiempo al autocuidado, la relación y la confianza entre el paciente y el profesional de enfermería y la evaluación de las medidas tomadas en relación con el bienestar familiar y propio ⁽⁴⁹⁾</p>		<p>El estudio demostró que el 93,8% de los pacientes nunca reemplaza su tratamiento por una terapia alternativa ⁽⁴⁹⁾</p>
<p>Efectividad del programa “cuida tu corazón” en el conocimiento y autocuidado del paciente hipertenso del hospital felix mayorca soto – tarma, 2012 ⁽⁵⁰⁾</p>	<p>Según el INEI, los varones (14.4%), son más afectados con esta enfermedad, que las mujeres (10,2%) ⁽⁵⁰⁾</p>	<p>El nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos sobre su enfermedad antes de intervención educativa, el 60% presento un nivel bajo, el 23.6% presento un nivel de conocimiento medio, y el 16.4%</p>	<p>El estudio demostró que, la promoción de la salud, de autocuidado a través de la educación a los pacientes y familiares de las personas con esta patología, permitirá desarrollar conductas que no sólo beneficia su</p>

		presento un nivel de conocimiento Alto (50)	estado de salud, sino que contribuyen a la formación de un individuo responsable y productivo (50)
	Los pacientes incluidos en el estudio corresponden en su mayoría al sexo masculino (50.9%), datos que concuerdan con el reporte del INEI. Así mismo, el grado de instrucción en la mayoría era de secundaria. La edad promedio fue de 52 años, la menor edad de 35 años, mientras la mayor fue 60 años (50)		Otro de los estudios de Barreto en el que el profesional de Enfermería participa en la Promoción de Estilos de Vida y prevención de complicaciones de pacientes hipertensos, concluyen que la educación disminuye la posibilidad de complicaciones que pudieran derivarse por el manejo inadecuado de esta enfermedad (50)
	El nivel de autocuidado del paciente hipertenso antes de la intervención educativa fue inadecuado en un 100%. Después de la intervención educativa, un 30.9% presento inadecuada prácticas de autocuidado, y el 69.1% presento adecuada practica de autocuidado (50)		

<p>Factores condicionantes básicos en el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del Hospital Santa Barbara ⁽⁵¹⁾</p>	<p>La prevalencia global es de un 20-30 % en la población mayor de 18 años y ha continuado su ascenso, asociada a múltiples factores relacionados a modelos alimentarios inadecuados, a la disminución de la actividad física y aspectos conductuales interrelacionados con los hábitos tóxicos, estrés, malos estilos de vida, desatención de las enfermedades cardiovasculares, cerebrales y renales ⁽⁵¹⁾</p>	<p>El reto para estas personas es que puedan desarrollar la capacidad para cuidar de sí mismos, reconocer y manejar sus síntomas, adherirse a un régimen de tratamiento muy complejo y adaptar los mecanismos existentes o establecer nuevos comportamientos para mejorar la salud o prevenir la exacerbación ⁽⁵¹⁾</p>	<p>Señalan que se tiene en más del 50% de la población en estudio una capacidad de autocuidado bajo, acerca de los factores condicionantes edad, patología de base, el consumo de verduras, frutas, agrega sal a sus alimentos y educación recibida por personal de enfermería de manera diaria son las variables que se asocian significativamente con capacidad de autocuidado bajo ⁽⁵¹⁾</p>
--	--	---	---

Tabla 2 Plan de cuidados estandarizado para cubrir necesidades de promoción de salud según Nola J Pender, en el segundo nivel de atención.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PARA CUBRIR NECESIDADES DE PROMOCIÓN DE SALUD SEGÚN NOLA J PENDER, EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN			
	Diagnósticos de enfermería	Resultados	Intervenciones NIC
Características y experiencias individuales	Afrontamiento ineficaz 00069 R/C: apoyo familiar-social insuficiente, recursos inadecuados M/P: incapacidad para cumplir las acciones de autocuidado ⁽⁵²⁾	Afrontamiento de problemas 1302 ⁽⁵³⁾ Indicador <ul style="list-style-type: none"> • Verbaliza aceptación de la situación 	Mejorar el afrontamiento/mejorar la autoconfianza ⁽⁵⁴⁾ <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo • Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes • Fomentar las actividades sociales y comunitarias
	Estilo de Vida Sedentario 00168 R/C: conocimiento insuficiente sobre los beneficios del ejercicio físico M/P: pérdida de la condición física ⁽⁵²⁾	Participación en el ejercicio 00168 ⁽⁵³⁾ Indicador <ul style="list-style-type: none"> • Se adhiere al programa de ejercicio 	Fomento del ejercicio ⁽⁵⁴⁾ <ul style="list-style-type: none"> • Planifica el ejercicio adecuado con el profesional sanitario • Fomentar la participación del individuo, acerca de la duración e intensidad del ejercicio • Enseñar al individuo técnicas de respiración adecuada durante el ejercicio físico • Incluir a la familia/ cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios

	<p>Incumplimiento 00079 R/C: conocimiento insuficiente del régimen terapéutico, apoyo social insuficiente M/P: conducta de no adherencia al tratamiento ⁽⁵²⁾</p>	<p>Conducta de cumplimiento ⁽⁵³⁾</p> <p>Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito 	<p>Apoyo en la toma de decisiones ⁽⁵⁴⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar las ventaja e inconvenientes de cada alternativa • Servir de enlace entre el paciente y la familia • Proporcionar la información solicitada por el paciente
	<p>Conocimientos deficientes 00126 R/C: conocimientos insuficientes M/P: no sigue completamente las instrucciones ⁽⁵²⁾</p>	<p>Conocimiento estilo de vida saludable 1855 ⁽⁵³⁾</p> <p>Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Barreras para mantener las conductas 	<p>Educación para la salud ⁽⁵⁴⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar estrategias que puedan utilizarse para enfrentarse a conductas insalubres o que entrañen riesgos • Destacar la importancia de formas saludables de comer, dormir, hacer ejercicio a las personas familias y grupos • Utilizar sistemas de apoyo social y familiar para potenciar la eficacia de la modificación de conductas de estilos de vida

	<p>Temor 00148 R/C: mecanismos desencadenantes innatos a estímulos externos M/P: disminución de la seguridad en sí mismo ⁽⁵²⁾</p>	<p>Autocontrol del miedo 1404 ⁽⁵³⁾</p> <p>Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planea estrategias para superar las situaciones temibles 	<p>Enseñanza proceso de la enfermedad ⁽⁵⁴⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad • Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de su enfermedad • Comentar las estrategias que pueden adoptar el paciente, familia para disminuir el miedo
	<p>Disposición para mejorar la gestión de la salud 00162 M/P: expresa deseo de mejorar las elecciones de la vida diaria para alcanzar los objetivos ⁽⁵²⁾</p>	<p>Autocontrol enfermedad crónica 3102 ⁽⁵³⁾</p> <p>Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Busca información acerca de la enfermedad 	<p>Ayuda en la modificación de sí mismo ⁽⁵⁴⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica • Valorar el ambiente social y físico del paciente para determinar el grado de apoyo • Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de su conducta
	<p>Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud 00188 R/C: apoyo Social insuficiente M/P: rechaza el cambio en el estado de salud ⁽⁵²⁾</p>	<p>Aceptación: estado de salud 1300 ⁽⁵³⁾</p> <p>Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce la realidad de la situación de la salud 	<p>Potenciación de las aptitudes para la vida diaria ⁽⁵⁴⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una buena relación, con empatía, cordialidad, espontaneidad, organización, paciencia y persistencia • Proporcionar un ambiente propio para el aprendizaje • Incluir a la familia u otros allegados • Enseñar al paciente sobre el control de medicamentos

	<p>Disposición para mejorar el autocuidado 00182 M/P: expresa deseo de mejorar el autocuidado ⁽⁵²⁾</p>	<p>Bienestar personal 2002 ⁽⁵³⁾</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oportunidades para elegir cuidados de salud 	<p>Asesoramiento ⁽⁵⁴⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables • Fomentar el desarrollo de nuevas habilidades • Ayudar la paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos
	<p>Déficit de actividades recreativas 00097 R/C: actividades recreativas insuficientes M/P: el entorno actual no permite dedicarse a la actividad ⁽⁵²⁾</p>	<p>Participación en actividades de ocio 1604 ⁽⁵³⁾</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participación en actividades diferentes al trabajo habitual 	<p>Potenciación de la socialización ⁽⁵⁴⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la implicación en las relaciones ya establecidas • Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine • Fomentar las actividades sociales y comunitarias
	<p>Disposición para mejorar la nutrición M/P: expresa deseo de mejorar la nutrición ⁽⁵²⁾</p>	<p>Estado Nutricional ^{1004 (53)}</p> <p>Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingestión de nutrientes 	<p>Asesoramiento nutricional ⁽⁵⁴⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente • Proporcionar información, si es necesario, acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud, pérdida de peso, restricción de sodio, azúcar. • Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desea cambiar. • Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente en su ingesta dietética.

Cogniciones y afecto de la conducta	Aflicción crónica 00137 R/C: enfermedad crónica (diabetes e hipertensión) M/P: sentimientos que interfieren con el bienestar, sentimientos abrumadores ⁽⁵²⁾	Bienestar personal 2002 ⁽⁵³⁾ Indicador <ul style="list-style-type: none"> Estado cognitivo 	Apoyo al cuidador principal ⁽⁵⁴⁾ <ul style="list-style-type: none"> Determinar el nivel de conocimiento del cuidador Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles
	Afrontamiento familiar comprometido 00074 R/C: enfermedad prolongada que agota la capacidad de la persona de referencia, cambio en el rol familiar M/P: preocupación del paciente por la respuesta de la persona de referencia al problema de salud ⁽⁵²⁾	Afrontamiento de los problemas de la familia 2600 ⁽⁵³⁾ Indicador <ul style="list-style-type: none"> Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones 	Fomentar la implicación familiar ⁽⁵⁴⁾ <ul style="list-style-type: none"> Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el autocuidado del paciente Identificar los déficits de autocuidado del paciente
	Cansancio del rol del cuidador R/C: duración del cuidado, responsabilidad de cuidados durante las 24 horas, enfermedad crónica, tiempo insuficiente M/P: preocupación por las rutinas del cuidado, tiempo insuficiente para satisfacer las necesidades personales, preocupación por los miembros de la familia ⁽⁵²⁾	Resistencia del papel del cuidador 2210 ⁽⁵³⁾ Indicador <ul style="list-style-type: none"> Domino de las actividades de cuidados directos 	Apoyo al cuidador principal/enseñanza: proceso de la enfermedad ⁽⁵⁴⁾ <ul style="list-style-type: none"> Evaluar el nivel de conocimiento relacionado con el proceso de la enfermedad Describir factores de riesgo que ayuden al empeoramiento de la enfermedad Proporcionar información sobre cuidados específicos para la enfermedad

			<ul style="list-style-type: none"> • Describir el fundamento de las recomendaciones de control, terapia, tratamiento
<p>Deterioro del mantenimiento del hogar 00098 R/C: sistema de apoyo insuficiente, organización familiar insuficiente M/P: responsabilidades familiares excesivas ⁽⁵²⁾</p>	<p>Autocuidados: actividades instrumentales de la vida diaria 0306 ⁽⁵³⁾</p> <p>Indicador: Realiza las tareas del hogar</p>	<p>Asistencia en el mantenimiento del hogar ⁽⁵⁴⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las necesidades de manteniendo del hogar del paciente • Implicar al paciente/familia en la decisión de las necesidades de mantenimiento del hogar • Proporcionar información sobre la manera de convertir en hogar en un sitio seguro 	
<p>Disposición para mejorar el afrontamiento familiar 00075 M/P: expresa deseo de mejorar la promoción de la salud e enriquecimiento del estilo de vida ⁽⁵²⁾</p>	<p>Conducta fomento de la salud 1602 ⁽⁵³⁾</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza conductas para evitar los riesgos 	<p>Apoyo a la familia Apoyo al cuidador principal Educación para la salud ⁽⁵⁴⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los grupos de riesgo y rangos de edad que se beneficien más de la educación sanitaria • Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables • Determinar el contexto personal e historial sociocultural de la conducta sanitaria personal, familiar o comunitaria • Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo diana 	

			<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del paciente, habilidades de enfermera, recursos disponibles • Incorporar estrategias para potenciar la autoestima de la audiencia diana • Determinar el apoyo de la familia, compañeros y comunidad a las conductas que induzcan a la salud
Resultado conductual	<p>Disposición para mejorar la gestión de la salud 00162 M/P: expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad, factores de riesgos, gestión del régimen terapéutico prescrito ⁽⁵²⁾</p>	<p>Conducta de adhesión 1600 ⁽⁵³⁾ Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refiere el uso de estrategias para mejorar el uso insalubre. 	<p>Análisis de la situación sanitaria ⁽⁵⁴⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la población diana del análisis de la situación sanitaria • Programar las citas para mejorar un cuidado eficaz e individualizado • Informar sobre el fundamento y propósito del análisis de la situación sanitaria y del auto seguimiento • Medir la presión arterial, peso, altura, porcentaje de grasa corporal, niveles de colesterol, glucemia, y realizar análisis de orina según corresponda
	<p>Mantenimiento ineficaz de la salud 00099 R/C: recursos insuficientes (económicos, sociales, conocimientos) M/P: apoyo social insuficiente, conocimiento insuficiente sobre prácticas básicas de salud ⁽⁵²⁾</p>	<p>Aceptación: estado de salud 1300 ⁽⁵³⁾ Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce la realidad de la situación de salud 	<p>Aumentar los sistemas de apoyo ⁽⁵⁴⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos • Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo no utilizados o infrautilizados

			<ul style="list-style-type: none"> • Remitir a un grupo de autoayuda, o a un recurso basado en internet si se considere oportuno • Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo • Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar • Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador
<p>Riesgo de síndrome de fragilidad del anciano 00231 F/R: ansiedad, apoyo social insuficiente, depresión, disminución de la fuerza muscular, sedentarismo ⁽⁵²⁾</p>	<p>Afrontamiento de problemas 1302 ⁽⁵³⁾</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se adapta a los cambios de desarrollo 	<p>Enseñanza: proceso de enfermedad Vigilancia ⁽⁵⁴⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda • Obtener información sobre la conducta y las rutinas normales • Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud • Preguntar al paciente por su signos, síntomas o problemas recientes 	
<p>Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud 00188 R/C: factores estresantes, económicamente desfavorables, apoyo social insuficiente M/P: minimiza el cambio experimentado en el estado de salud ⁽⁵²⁾</p>	<p>Aceptación estado de Salud 1300 ⁽⁵³⁾</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Busca información sobre la salud 	<p>Establecimiento de objetivos comunes ⁽⁵⁴⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente y familiares a identificar sus propio puntos fuertes y habilidades • Establecer los objetivos en términos positivos • Ayudar al paciente a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables • Ayudar al paciente a priorizar los objetivos identificados 	

