



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSGRADO

UTN
IBARRA - ECUADOR

Facultad de
Postgrado

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MENCIÓN EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**“EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ENFOCADAS EN
POTENCIAR LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE PACIENTES HIPERTENSOS
QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD TUMBABIRO, 2022”**

**Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título Magister en Salud Pública con
Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria**

DIRECTORA:

MSc. Gladys Edelmira Morejón Jácome

AUTORA:

Cinthya Katherinne Román Huera

IBARRA - ECUADOR

2023

APROBACIÓN DEL TUTOR

APROBACIÓN DEL TUTOR

Yo MSc. Gladys Edelmira Morejón Jácome, en calidad de directora de la tesis titulada: **“EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ENFOCADAS EN POTENCIAR LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD TUMBABIRO, 2022”**, de tutoría de **Cinthy Katherine Román Huera**. Una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

En la ciudad de Ibarra, a los 18 días del mes de noviembre de 2022

Atentamente:



_____ ::
MSc. Gladys Edelmira Morejón Jácome

C.C.: 1002430534

DIRECTORA DE TESIS

DEDICATORIA

Quiero dedicar el presente trabajo a las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera alcanzar mis sueños Darwin, Nancy, Natali, Junior y Wilito, por motivarme a seguir adelante, por enseñarme que todo en la vida es posible con esfuerzo y perseverancia, que, con su amor y ejemplo han forjado la persona que soy en la actualidad, gracias por ser incondicionales a ustedes por siempre mi corazón y mi eterno agradecimiento.

A la persona que siempre estuvo para mí en el transcurso del programa de la maestría y la elaboración de esta tesis, Jorge Luis compañero de vida, mejor amigo, confidente, colaborador y cómplice este triunfo también es tuyo, gracias por apoyarme en aquellos momentos en que el estudio y trabajo ocuparon mi tiempo y esfuerzo, por ser el mejor papá de mundo y el ejemplo de nuestros hijos Emilita y Nico, somos un gran equipo, gracias por motivarme y ayudarme hasta donde tus alcances lo permitían. Los amo infinitamente.

Cintha Katherinne Román Huera

AGRADECIMIENTO

Al finalizar este trabajo quiero utilizar este espacio para agradecer a Dios por todas sus bendiciones en cada etapa de mi vida, dándome la fortaleza para cumplir todos y cada uno de mis objetivos.

A mi bella flor de primavera mi Emilita gracias hijita mía, tú llegaste a cambiar mi vida, fuiste inspiración y motivación para que mamá lograré obtener su profesión y hoy junto con tu hermanito Nico fueron el motor de vida que me impulso a obtener este título de cuarto nivel, viviré eternamente agradecida por su apoyo y amor incondicional, gracias, amores de mi vida.

A mis padres Nancy y Darwin a mis hermanos Natali, Junior y Wilson por que la distancia nunca ha sido impedimento para estar presentes en los buenos y malos momentos de nuestras vidas, gracias por ser mi ejemplo para seguir, gracias por siempre tener fe en mis capacidades, gracias por motivarme alcanzar mis metas.

A mi amiga y compañera de estudios Mishell Terán gracias por ser incondicional, agradezco a Dios por haber puesto una gran persona como tú en mi vida, gracias por haber sido parte de este proceso de formación y de vida, te aprecio y admiro mucha amiguita querida, espero seguir compartiendo nuestros triunfos por muchos años más.

A la Universidad Técnica del Norte y a la Facultad Ciencias de la Salud por haberme brindado tantas oportunidades y enriquecerme en conocimiento. A mi directora de tesis Msc. Gladys Morejón y a mi asesora Msc. Martha Chauca por haberme guiado, no solo en la elaboración de este trabajo de titulación, sino a lo largo de mi carrera universitaria y haberme brindado el apoyo para desarrollarme profesionalmente y seguir cultivando mis valores, muchas gracias.

Cynthia Katherinne Román Huera



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA



Facultad de
Postgrado

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD
TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:


DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1003764071-1		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Román Huera Cinthya Katherinne		
DIRECCIÓN:	Capulispamba – Cuenca		
EMAIL:	ckromanh@gmail.com		
TELÉFONO FIJO:	062 542 142	TELÉFONO MÓVIL:	0968841040
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ENFOCADAS EN POTENCIAR LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD TUMBABIRO, 2022”		
AUTOR (ES):	Román Huera Cinthya Katherinne		
FECHA:	2022/11/18		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input type="checkbox"/> PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Magister en Salud Pública		
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. Gladys Morejón. / MSc. Martha Chauca.		

CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de esta y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 18 días del mes de Enero de 2023

LA AUTORA:


(Firma).....

Cinthya Katherine Román Huera

C.I.: 1003764071-1

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD	
TÉCNICA DEL NORTE	v
HOJA DE APROBACIÓN	vi
ÍNDICE GENERAL	vii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT.....	xiv
Problema de Investigación.....	1
Planteamiento del problema.....	1
Antecedentes	3
Objetivos	6
Objetivo General	6
Objetivos Específicos.....	6
Justificación.....	6
Marco Teórico.....	8
Marco Conceptual	8
Autocuidado	8
Dorothea Elizabeth Orem	10
Teoría del Autocuidado	11
Requisitos universales de autocuidado:.....	12
Requisitos de autocuidado para el desarrollo:	13

Requisitos de desviación de la salud:	13
Teoría del Deficit del Autocuidado	14
Teoría General de Sistemas	16
Sistema de enfermería totalmente compensador:	17
Sistema de enfermería parcialmente compensador:	17
Sistema de enfermería de apoyo-educación:	17
Hipertensión Arterial	17
Factores de riesgo de la Hipertensión arterial	18
Cuadro clínico.....	19
Clasificación de la hipertensión arterial	19
Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial.....	20
Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial.....	20
Hipertensión en Atención Primaria de Salud	20
Epistemología del cuidado.....	20
Pensamiento crítico en la profesión de enfermería	23
Proceso de Atención de Enfermería (PAE)	24
Marco Legal	26
Constitución Política de la República del Ecuador	26
Ley Orgánica de Salud	27
Plan Nacional Toda una Vida.....	28
Marco Ético.....	29
Código de Ética	29
Código de Helsinki.....	30
Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería.....	30
Código de ética de enfermería.....	31

Marco Metodológico.....	33
Descripción del área de estudio.....	33
Enfoque y tipo de investigación.....	33
Enfoque de la investigación	33
Tipo de estudio	34
Procedimientos de investigación.....	34
Población y muestra	34
Criterios de inclusión	35
Criterios de exclusión.....	35
Operacionalización de Variables.....	35
Métodos de recolección de información	36
Técnicas de la investigación.....	36
Instrumentos	36
Periodo de levantamiento de la información:	37
Análisis de datos.....	37
Resultados de la investigación.....	39
Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.....	50
Conclusiones Recomendaciones:.....	52
Conclusiones	52
Recomendaciones.....	53
Referencias Bibliográficas	54
Apéndice	66
Apéndice A. Consentimiento Informado.....	66
Apéndice B. Cuestionario	67
Apéndice C. Intervenciones de enfermería	71

Apéndice D. Cronograma de actividades.....	85
Apéndice E. Operacionalización de variables.....	88
Apéndice F. Galería Fotográfica.....	95

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Valores de la tensión arterial	19
Tabla 2 Población distribuida de acuerdo a la valoración de características sociodemográficas.	39
Tabla 3 Capacidades fundamentales de autocuidado previa a la intervención de enfermería de la población en estudio.....	41
Tabla 4 Componentes de poder de autocuidado previa a la intervención de enfermería de la población en estudio.	42
Tabla 5 Capacidad para operacionalizar previa a la intervención de enfermería de la población en estudio.	44
Tabla 6 Capacidad de autocuidado previa a la intervención de enfermería de la población en estudio.	47
Tabla 2 Eficacia de las intervenciones de enfermería aplicadas a pacientes hipertensos.	48

RESUMEN

EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ENFOCADAS EN POTENCIAR LA AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE PACIENTES HIPERTENSOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD TUMBABIRO, 2022.

Autor: Cinthya Katherinne Román Huera

Correo: ckromanh@gmail.com

Los problemas hipertensivos son un problema muy relevante hoy en día debido a que es considerable el aumento de las cifras de personas que asisten a las instituciones de salud con hipertensión y cada vez son más jóvenes lo antes mencionado obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción que garanticen el desarrollo de una práctica comunitaria fundamentada en bases científicas dirigidas a mejorar y potenciar la capacidad de autocuidado de la población. Objetivo Determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería enfocadas en potenciar el autocuidado de pacientes hipertensos que acuden al centro de salud Tumbabiro 2022. Metodología: Estudio con enfoque cuantitativo, cuasi experimental, longitudinal que midió la capacidad de agencia de autocuidado de 148 personas con diagnóstico clínico de Hipertensión Arterial antes y después de las intervenciones de enfermería, se aplicó el cuestionario de capacidad de agencia de autocuidado de pacientes hipertensos con 0,75 de Cronbach Resultados: El 58,8 % de la población en estudio lo conformaron el grupo de edad de 65 años o más, predomina el sexo femenino con un 64.9%, en cuanto al estado civil en su mayor parte son casados con un 57,4 % y el 48,6% actualmente son trabajadores independientes el 55,4% de la población en estudio no pertenece a ninguna red de apoyo y un 50% no tienen cuidador ni acompañamiento familiar, referente a la instrucción académica podemos observar que un 41,9 % no poseen ninguna instrucción o a su vez lograron cursar sus estudios primarios, en el análisis del pre test se pudo evidenciar que una gran mayoría de la población de estudio presenta una media capacidad de agencia de autocuidado con un 83,8 %, mientras que un

13,5 % posee capacidad baja es decir que desconocen aspectos importantes que se deben considerar frente al autocuidado y llama la atención que solo el 2,7 % de los pacientes posean una alta capacidad de autocuidado. La significancia asintótica es $000 < 0.05$ por lo cual se acepta la hipótesis alternativa demostrando que existen diferencias en la mediana del programa antes y después. Conclusiones: La implementación de las intervenciones de enfermería utilizando estrategias, recursos didácticos y metodologías innovadoras fueron percibidas de forma satisfactoria por la población, plasmándose en los resultados.

Palabras clave: Autocuidado, Hipertensión, Intervenciones de enfermería, Planes estandarizados, pacientes.

ABSTRACT

EFFICACY OF NURSING INTERVENTIONS FOCUSED ON ENCOURAGING THE SELF-CARE AGENCY OF HYPERTENSIVE PATIENTS AT THE TUMBABIRO HEALTH CENTER, 2022.

Author: Cinthya Katherinne Román Huera

Email: ckromanh@gmail.com

Due to the significant rise in younger patients with hypertension at medical facilities, hypertensive issues are a very relevant issue today. These circumstances require that a population strategy with preventive measures be put into practice. Education and promotion that ensures the development of a community practice built on scientific principles with the goal of enhancing and improving the population's capacity for self-care. Objective To determine the effectiveness of nursing interventions focused on promoting self-care of hypertensive patients who attend the Tumbabiro 2022 health center. Methodology: Study with a quantitative, quasi-experimental, longitudinal approach that measured the self-care agency capacity of 148 people with a clinical diagnosis of arterial hypertension before and after nursing interventions, the self-care agency capacity questionnaire of hypertensive patients with 0 Cronbach's .75 Results: 58.8% of the study population was made up of the age group of 65 years or older, the female sex predominates with 64.9%, in terms of marital status, most of them are married with 57.4% and the 48.6% are currently independent workers, 55.4% of the study population do not belong to any support network and 50% do not have a caregiver or family support, regarding academic instruction we can observe that 41.9% do not have any education or at the same time managed to complete their primary studies, in the analysis of the pre-test it was possible to show that a large majority of the study population has an average capacity for self-care agency with 83.8%, while 13.5% have low capacity, that is, they are unaware of important aspects that must be considered regarding self-care and it is striking that only 2.7% of patients have a high self-care capacity. The

asymptotic significance is $0.000 < 0.05$, for which the alternative hypothesis is accepted, showing that there are differences in the median of the program before and after.

Conclusions: The implementation of nursing interventions using strategies, teaching resources, and innovative methodologies was satisfactorily perceived by the population, reflected in the results.

Keywords: Self-care, Hypertension, Nursing interventions, Standardized plans, patients

Problema de Investigación

Planteamiento del problema

Los esfuerzos globales para combatir las enfermedades no transmisibles han tomado fuerza gracias a la declaración política de las naciones unidas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, los miembros de la organización mundial de la salud se encuentran en búsqueda de un marco de acción mundial para la prevención y control de las enfermedades mencionadas enfocado en los principales factores de riesgo de estas. Uno de los objetivos previstos es una reducción considerable del número de personas con hipertensión arterial (Organización mundial de la salud , 2022).

La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades cardiovasculares que afecta aproximadamente a 1280 millones de personas en América Latina y, se estima que en la mayoría de los países, un 46% de los adultos hipertensos desconocen que padecen esta afección y que uno de cada cinco hipertensos (21%) tiene controlado el problema, representando un factor de riesgo importante para otras enfermedades, principalmente enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebro-vasculares, por las complicaciones que originan las mismas que se encuentran entre las principales causas de mortalidad y morbilidad (OMS, Organización Mundial de la Salud, 2021).

La presión arterial alta es considerada un asesino silencioso ya que rara vez causa síntomas en sus etapas iniciales y mucha gente se encuentra sin un diagnóstico, sin embargo, si se la detecta en forma temprana y se trata correctamente, es posible minimizar el riesgo de ataque al corazón, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal (Laboratorios Servier , 2021).

Un punto estratégico en la innovación de la práctica profesional es la gestión del cuidado, la cual está enmarcada en la aplicación del juicio enfermero en diversas actividades como la planificación, organización, motivación y control de un cuidado integral, oportuno,

seguro y eficaz que aseguren el desarrollo de la capacidad de autocuidado las personas y la optimización de los recursos que se disponen, considerando siempre la mejor evidencia disponible la cual se encuentre sustentada en políticas y lineamientos estratégicos de las instituciones prestadoras de servicios de salud (Suasto Gómez y otros, 2020).

El rol que desempeña el personal de enfermería en las unidades de salud de primer nivel con los pacientes de hipertensión arterial; prevenir sus complicaciones por medio de intervenciones educativas cuyo objetivo es difundir la información sobre la patología y cambiar los factores de riesgo modificables, aumentando la capacidad de agencia de autocuidado que deben desarrollar las personas hipertensas, con el fin de prevenir las complicaciones desencadenadas por un manejo inadecuado de la enfermedad (Vargas Cortez & Acosta Ríos, 2020).

En América latina, un estudio realizado en córdoba Colombia sobre el autocuidado del paciente hipertenso, la puntuación media del índice de autocuidado fue baja tanto para el mantenimiento del autocuidado (Media 57: DE 11) como para gestión del autocuidado (Media 45: DE 11) , una gran parte de los participantes muestra un índice de autocuidado que se encuentra por debajo de la puntuación media (<70) tanto en la dimensión mantenimiento (n=319; 87%) como en la gestión del autocuidado (n=36; 90%), por tanto, se puede afirmar que el autocuidado es muy bajo en la muestra estudiada, en la investigación antes mencionada se puede evidenciar la deficiencia de autocuidado de los pacientes hipertensos en países en vías de desarrollo y a su vez se justifica el alto índice de mortalidad debido a las complicaciones derivadas de la tensión arterial alta (Caballero Ramos & Herazo Cogollo, 2019).

Un aproximado de ocho millones de personas fallecen anualmente en el mundo como consecuencia de la hipertensión arterial de los cuales el 80% de los casos ocurren en países en vías de desarrollo, según la sociedad internacional de hipertensión. Ecuador no se encuentra

fuera de este problema ya que se lo ha ponderado como el país con la mayor prevalencia de hipertensión, con un ascenso en la incidencia de casos, de la misma manera un reporte previo ha determinado en la ciudad de Cuenca, Ecuador, una prevalencia de HTA del 25,8 % (Mejía Navarro y otros, 2020).

Considerando a la hipertensión como un problema de salud a nivel mundial ha surgido la iniciativa de realizar la presente investigación que pretende determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería orientadas a potenciar el saber, saber hacer, poder hacer y querer hacer acerca de la hipertensión y a la prevención de los factores de riesgo modificables con el fin de mejorar la capacidad de autocuidado ejerciendo actividades como adoptar hábitos saludables, cuidar de nuestro entorno, responsabilizarnos del cuidado de nuestra salud y velar por la salud de la comunidad, contribuyendo así a llevar una larga supervivencia con mejor calidad de vida, tomando en cuenta que ese cambio no es una tarea sencilla sin la enseñanza, apoyo y guía del personal de salud.

Antecedentes

Martínez et al, en su estudio mencionan que en América latina un aproximado de 140 millones de personas presentan hipertensión arterial presentando un impacto del 8 al 30 % de prevalencia en personas adultas, estudios han evidenciado que entre el 60 al 65 % de individuos con hipertensión no controlan su presión arterial y varios de ellos desconocen que la padecen, uno de los factores relevantes es la mala adherencia al tratamiento terapéutico, se requiere que las personas con esta patología se adhieran al tratamiento de forma constante y sistemática para alcanzar su control (Martínez Fajardo y otros, 2019).

En América Latina y el Caribe un porcentaje entre 20% y 35% de la población adulta tiene hipertensión, estudios confirman que el número de personas con hipertensión está aumentando en los últimos años y muchos desconocen su condición. De acuerdo con un estudio realizado en Sudamérica, menciona una prevalencia del 23% en Colombia y 24% en

Perú, siendo los países menos afectados, al contrario de Argentina, Chile, Brasil, México, Ecuador, Venezuela, Uruguay y Paraguay que reportan valores del 25 al 35%; en Ecuador la prevalencia es del 29% (Organización Panamericana de la Salud , Países de las Américas presentan beneficios de la iniciativa para reducir el riesgo cardiovascular mediante el control de la hipertensión, 2017).

Mientras que Higuera et al, hablan acerca de las posturas de autocuidado, relaciones y significado de la hipertensión arterial, Bogotá, Colombia, 2020, en la cual mencionan que en la práctica clínica es frecuente la pregunta acerca del porqué algunos pacientes con enfermedades crónicas no siguen las recomendaciones dadas por los profesionales de la salud, a pesar de la información que obtienen acerca de la enfermedad, concluyendo que el diálogo en la relación médico-paciente facilita el surgimiento de nuevos significados de la enfermedad y la activación de procesos, donde las personas pueden asumir la experiencia desde la responsabilidad y el autocuidado (Higuera Dagovett & Garzón de Laverde, 2020).

(Mejía Navarro y otros, 2020) en su estudio titulado Frecuencia de hipertensión arterial en personas adultas del Barrio México, Puyo, Pastaza, Ecuador, 2020 expresan que: La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y renal que causa mortalidad y discapacidad en individuos en edades productivas. Sin embargo, un gran porcentaje de los pacientes hipertensos desconocen que padecen la enfermedad, concluyendo que la frecuencia de hipertensión arterial en la población de estudio fue del 8,96%, con predominio en el sexo femenino y que entre las características clínicas y demográficas de la población se identificó que la edad, el nivel educacional, la evaluación del estado nutricional (sobrepeso, obesidad) y la presencia de comorbilidad influyen en la aparición de hipertensión arterial, como lo mencionan otros estudios.

(García & Chátara , 2019) en su investigación titulada conocimientos actitudes y

prácticas sobre hipertensión arterial en usuarios que asisten a unidad comunitaria de salud familiar de san miguel en el Salvador, mencionan un grupo significativo, 48 % no ven el consumo regulado de sal como importante, por lo que omite las medidas preventivas de consumo de sal siendo un factor de riesgo de nivel alto para la aparición de complicaciones relacionadas con la hipertensión arterial, pues a pesar de conocer el riesgo de presentar dichas complicaciones una ingesta no regulada de sal en la dieta no permiten un control adecuado de la hipertensión. Esto plantea un problema en la salud ya que evidencia la necesidad de realizar intervenciones en salud específicas de la regulación de sal en la dieta tanto a los usuarios de la consulta, así como incluirse en los programas de nutrición que el país ya tiene.

Si bien el control de peso corporal, así como el consumo de verduras, frutas y fibra, acompañado de actividad física regular, son la base principal del tratamiento no farmacológico y una de las medidas más eficaces en la prevención primaria de la hipertensión arterial, se observó que más del 50% los participantes A veces, Casi nunca y Nunca conocen y siguen dichas prácticas de autocuidado por ende se plantean un importante desafío para la enfermería en la definición de estrategias de intervención asistencial y educativa que motiven y apoyen a las personas hipertensas, para que sean autosuficientes frente a su propio cuidado, con capacidad de tomar sus propias decisiones y de solventar de manera autónoma sus necesidades en el manejo de su enfermedad.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la eficacia de las intervenciones de enfermería enfocadas en potenciar la agencia de autocuidado de pacientes hipertensos que acuden al centro de salud Tumbabiro 2022.

Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Identificar la capacidad de autocuidado de los pacientes con trastornos hipertensivos.
- Elaborar intervenciones de enfermería mediante planes estandarizados dirigidos a pacientes hipertensos.
- Evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería en la capacidad de autocuidado de pacientes con trastornos hipertensivos.

Justificación

Los problemas hipertensivos son un problema muy relevante hoy en día, debido a que es considerable el aumento de las cifras de personas que asisten a las instituciones de salud con hipertensión y cada vez son más jóvenes atribuyendo a esto la percepción del riesgo que significa padecer de hipertensión lo antes mencionado obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a mejorar y potenciar la capacidad de autocuidado de la población.

Lo que a su vez impacta sobre los factores asociados de la misma, fundamentalmente sobre la falta de ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos en sangre, elevada ingesta de sal, el tabaquismo, el alcoholismo, la obesidad y el estrés, la aplicación del proceso Enfermero garantiza una atención integral del paciente, permitiendo su participación activa y mejorando la relación terapéutica enfermera-paciente. Además, permite coordinar la

actuación del equipo facilitando la comunicación entre profesionales que cuidan al paciente favoreciendo la continuidad de los cuidados.

Como impacto científico, social y profesional se propone desarrollar estrategias, ya que es indispensable contar con planes estandarizados de enfermería enfocados en la promoción y prevención de la hipertensión arterial, diseñados para que el profesional de salud pueda ponerlos en práctica fácilmente, donde estén inmersas varias técnicas de enseñanza-aprendizaje, obteniendo variadas ventajas como un cuidado de calidad para la sociedad.

Este estudio resulta beneficioso directamente para los son los pacientes en quienes los profesionales de enfermería aplican los cuidados basados el modelo de Dorothea Orem con conocimientos básicos previos relacionados con el estado de salud enfermedad del paciente de tipo fisiopatológico, psicológico, social, espiritual, habilidades mentales, relaciones interpersonales, comunicación, recursos físicos, financieros, sumando el trabajo en equipo e interdisciplinario para alcanzar el objetivo innato de la prevención primaria de la hipertensión arterial.

Los beneficiarios indirectos profesionales de enfermería, ya que generarán conocimientos innovadores, prácticas basadas en la evidencia, llegando a ser el ejemplo de investigadores, líderes y críticos como miembro del equipo de salud multidisciplinario, desarrollando habilidades, fortaleciendo técnicas, y conocimientos en la aplicación de los planes estandarizados de enfermería basados en el modelo de autocuidado, pero además contribuir con un espíritu humanista y ético.

Esta investigación se consideró factible y viable por su alto impacto en la profesión de enfermería, se cuenta con recursos financieros, humanos y materiales para ejecutarlo en un tiempo determinado, además la colaboración de los pacientes hipertensos que acuden al centro de salud de Tumbabiro y todo el personal que labora en el mismo.

Marco Teórico

Marco Conceptual

Autocuidado

Para poder dar un concepto preciso de la palabra autocuidado es necesario describir varios aspectos del término cuidar. En el diccionario de la Real Academia Española se encuentra plasmado que el verbo cuidar proviene de la palabra “coidar” (discurrir) que a su vez viene del latín “cogitare” (pensar, reflexionar) sin embargo el término “cogitare” ha sufrido una evolución en su significado desde los orígenes latinos: pensar, reflexionar se relacionó con “prestar atención” a algo o alguien y posteriormente a “asistir” a alguien, convirtiéndose en la actualidad en uno de los pilares de la profesión enfermera (Sánchez Ortega , 2015).

El cuidado se convierte en un proceso que nos acompañará a lo largo de toda la vida, en el cual se van adquiriendo conocimientos y habilidades para poder ejercerlo que varían en función de factores sociodemográficos de cada individuo. Sin embargo, de manera universal, el concepto de cuidar se encuentra relacionado con ayudar a los demás, desde las civilizaciones antiguas se tiene conocimiento de los cuidados que se originan como cuidados domésticos, evolucionando a lo largo de la historia hasta la profesionalización del cuidar (García Martín & Martínez Martín , 2007).

Partiendo desde la disciplina enfermera cuidar es la finalidad y, aunque existen diferentes definiciones de cuidado en función del enfoque teórico/conceptual que se utilice, en general hay acuerdo en entender el ser humano como un ser biopsicosocial y espiritual, y el cuidar como un conjunto de acciones que se ejercen para brindar un cuidado integral no solo protegiendo, alertando y/o poniendo límites sino también en promover, impulsar, abrir e inspirar (Potter Perry, 2014).

Si al término cuidar le incorporamos el prefijo auto, proveniente del griego “ααὐτός”

que significa “por sí mismo”, se obtiene el término Autocuidado: cuidar de sí mismo.

Para Naranjo et al. (2017), el autocuidado consiste en las acciones que velan nuestro bienestar físico y mental, por lo que menciona “El Autocuidado debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción.” (p.2).

Se amplía este concepto incluyendo más premisas como:

Por otro lado, el autocuidado como el conjunto de tareas que lleva a cabo el paciente en el manejo de su enfermedad crónica, incluyendo aspectos médicos, de conducta y emocionales. Con este fin se desarrollan diversas estrategias de apoyo al autocuidado, que tratan de proporcionar sistemáticamente educación e intervenciones de apoyo que incrementen la aptitud y la confianza del paciente a la hora de controlar su enfermedad. (Nuño-Solinis, et al., 2013, pág. 2)

Vega-Michel y Camacho (2019) añaden que es fundamental tomar en cuenta las acciones diarias que nos permiten examinarnos al registrar: “Saber auto observarse, reconocer la fatiga, saber cuándo es necesario descansar, alimentarse y recrearse” (p. 7).

Garantizar una buena calidad de vida a medida que envejecemos es importante si existe un buen cuidado. “El autocuidado abarca acciones personales que tienen como objetivo preservar el bienestar la salud y mantener la vida, las mismas podrían ser tanto de carácter externo, conductas manifiestas encausadas en ese objetivo como interno, conductas encubiertas como lo son cognoscitivos: pensamientos, emociones, creencias” (Camacho, 2014, sección El adulto medio).

Benito et al. (2011) enriquecen el universo del autocuidado girando el reflector hacia también, el personal de salud, debido a que ayudar a otro ser humano supone adentrarse en uno mismo y en las propias experiencias, el profesional es la herramienta que desde su propia subjetividad interviene en el proceso que afecta al enfermo. El calibrado de esta herramienta

es de crucial importancia en el mantenimiento de su capacidad para trabajar de forma eficiente y disfrutando del ejercicio de su vocación, realizando sugerencias prácticas que fomentan el autocuidado en todas sus esferas (pág. 65).

Antiguamente ya se consideraba el equilibrio de forma objetiva

Durante siglos la humanidad ha tratado de escapar a la enfermedad y al dolor. Los clásicos ya consideraban que la equilibrada alimentación y el descanso regular permitían el crecimiento de los jóvenes es un estado vigoroso, bello y por ende sano. Aun así, creían que la enfermedad, el daño o el mal podían permanecer invisibles dentro de la piel y apoderarse por sorpresa del individuo. La salud entendida como estado de bienestar se podía observar con objetividad por la firmeza y el ánimo con que se afrontaban las dificultades.

De ahí viene el significado de la palabra enfermo (infirmo en latín) referente a no ser capaz de mantenerse firme ante la adversidad. Se consideraba, pues, que el comportamiento podría ser un precursor de la salud o la enfermedad y en ese punto que la mesura y el equilibrio llevan a la salud, mientras que los excesos de toda índole a la enfermedad. (Camacho, 2014, p. 3)

La OMS (2019) define el autocuidado como: "la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidades con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica" (pág. 10).

Dorothea Elizabeth Orem

Pereda (2010) aborda los antecedentes biográficos de Dorothea Orem:

Dorothea Elizabeth Orem (1914-2007) nació en Baltimore, Maryland; efectuó sus estudios en 1930 en la Escuela de Enfermería del Providence Hospital, de Washington En 1946 obtuvo una maestría; en el transcurso de su práctica profesional se desempeñó como supervisora, enfermera quirúrgica y docente de ciencias biológicas; de igual manera ocupó

cargos como directora de la Escuela de Enfermería y el Departamento de Enfermería del Providence Hospital por un periodo de 8 años permaneció en la División de Hospitales y Servicios Institucionales de Indiana donde se esmeró en mejorar la calidad de enfermería. (pág. 164)

Para Orem el objetivo de la enfermería se basa en:

Contribuir al individuo a practicar por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo (Navarra y Castro, 2010, p.22).

"El objetivo de la enfermería es el cuidado del prógimo. Estudia las leyes de las necesidades y de los cuidados encaminados a satisfacerlos y para ello recurre a la Física, Química, Biología Nuerofisiología, Psicología y Sociología principalmente " (Calvache, 1989).

Orem estructuro su Teoría General de Autocuidado sustentándose en otras tres teorías relacionadas entre sí: 1) Teoría del autocuidado, 2) Teoría del déficit de autocuidado y 3) Teoría del sistema de enfermería. Estas teorías son continuas en el tiempo, dinámicas, flexibles y permiten una adaptación a la situación de la persona en distintos ámbitos. Se detalla a continuación cada una de ellas.

Teoría del Autocuidado

Raile (2014) conceptualiza el autocuidado como una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar, como:

El autocuidado es un sistema de acción. El autocuidado debe ser desarrolladp de manera sistemática acorde con los requisitos reguladores de cada individuo. Estos requisitos

están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales. (p. 205)

Según Pereda (2010) la teoría de autocuidado se contempla como:

Las necesidades de autorrealización cuando desarrolla la teoría de autocuidado, ya que requiere que las personas reconozcan sus capacidades, limitaciones y conocimiento de sí mismo para desarrollar acciones encaminadas a potenciar su propio cuidado y llegar a satisfacer sus necesidades. (pág. 3)

Establece tres tipos de requisitos:

Requisitos universales de autocuidado: son requisitos comunes a todas las personas, durante todas las etapas del ciclo vital y se refieren al mantenimiento y funcionamiento humano. Se conceptualizan ocho requisitos universales que engloban dimensiones sociales, psicológicas y físicas:

- Mantener suministro suficiente de aire.
- Mantener suministro suficiente de agua.
- Mantener suministro suficiente de comida.
- Proporcionar el cuidado relacionado con los procesos de eliminación y excreción.
- Mantener un balance entre la soledad y la interacción.
- Mantener en balance entre la actividad y el descanso.
- La prevención del riesgo o peligros hacia la vida humana.
- La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas

conocidas y el deseo humano de ser normal; la normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas (Raile, 2014, p. 201).

Requisitos de autocuidado para el desarrollo: estos requisitos están asociados a los procesos de desarrollo humano y a las condiciones y eventos que ocurren durante el ciclo de la vida y pueden afectar negativamente. Hay dos categorías que hacen referencia a:

- La conservación de los procesos que permiten la vida y favorecen el crecimiento.
- La prevención de efectos perjudiciales para el crecimiento y desarrollo humanos. También incluye el cuidado para superar los efectos de situaciones tales como: privación educativa, problemas de adaptación social, pérdida de posesiones o seguridad ocupacional, enfermedades terminales y/o muerte inminente.

Requisitos de desviación de la salud: se derivan de necesidades en caso de enfermedad o problemas funcionales; son desviaciones humanas y, por tanto, se han de realizar acciones para corregir dichas situaciones, la enfermedad en si misma o sus consecuencias. Se describen seis categorías:

- Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada.
- Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos.
- Llevar a cabo las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación.
- Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos del tratamiento.

- Modificar el auto concepto y la autoimagen para aceptarse a uno mismo en un estado de salud particular.

Aprender a vivir con los efectos del estado patológico y del tratamiento con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal adecuado.

Cambiar nuestros pensamientos y la forma en que nos consideramos nosotros mismo influye directamente en la forma de cuidarnos.

Lo que comemos, como pasamos nuestro tiempo, y como controlamos nuestro entorno. Se compara cuidar te ti mismo como una madre cuida de sus hijos. Eso no significa solo cuidarse físicamente acicalándose, alimentándose y asegurándose que todo lo demás se haga bien

También cuidándose emocionalmente. Cuando estas abajo, una buena madre como tal te dice que no te preocupes, y que eres genial, Si nos tratáramos así e interiorizáramos ese tipo de afecto, el mundo sería un lugar más fácil y amable. (Cruz, 2021, pág. 4).

Teoría del Deficit del Autocuidado

En ocasiones es necesario un agente de cuidados debido a que la persona o paciente se encuentra sin posibilidades de cuidarse definiéndose el deficit de autocuidado “Cuando la capacidad de persona no es adecuada para afrontar la demanda surge el déficit de autocuidado” (Vega y Gonzalez, 2007, p 32).

Según Vega y Gonzalez (2007) agregan un concepto muy común para referirse a asistencia de enfermería: “Cuando las personas estan incapacitadas para proveerse ellas mismas la cantidad y calidad de autocuidado necesario para regular su propio funcionamiento y desarrollo frente a problemas de salud se plantea la intervención de enfermería”. (pág.32).

Por su parte Naranjo et al., (2017) añade la naturaleza de enfermería fundamental en el autocuidado del paciente:

Esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de

acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras a través del ejercicio de ser una actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente. (p. 2)

Raile (2014) registra la importancia de la asistencia de enfermería por la formación académica que posee y ejerce acertadamente:

Orem afirmó que << la enfermería pertenece a la familia de los servicios sanitarios que se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención correcta por sus estados de salud o por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria>>.

Además menciona que el déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada. (p. 203)

Esta teoría propone los siguientes planteamientos (Orem, 1993):

- Las personas que realizan actividades para su autocuidado o cuidados de las personas que tienen a su cargo tienen capacidades de acción especializadas.
- Las habilidades de las personas para ocuparse de su autocuidado o cuidados a los demás están condicionadas por la edad, el sexo, la salud, la etapa del desarrollo, la experiencia vivida, el ámbito sociocultural y los recursos disponibles.
- La relación entre las capacidades de los sujetos para el autocuidado o el cuidado de otros con la demanda cualitativa y cuantitativa de autocuidado se puede determinar cuándo se reconozca el valor de cada una de ellas.

- La relación entre las habilidades de cuidado y las demandas de cuidados se puede definir en términos de igualdad, déficit o superioridad.
- La enfermería es un servicio legítimo cuando las habilidades para autocuidarse son menores de las demandas requeridas.
- Las personas con déficits instaurados o potenciales para el cuidado están o podrán estar en estado de dependencia social que legitima una relación de enfermería.

Teoría General de Sistemas

La teoría general de sistemas estudia los principios aplicables a los sistemas en cualquier nivel en todos los campos de investigación también denominada teoría de coordinación:

Teoría de <<coordinación>> de los métodos particulares de las distintas ciencias de tal modo que se haga posible pasar de modelos de unas ciencias más desarrolladas a otras que lo están menos, si con ello se consigue que sean funcionales para sus investigaciones.

(Calvache, 1989, p. 44)

“Un sistema de enfermería es un <<complejo método de acciones realizadas por las enfermeras determinadas por las demandas de autocuidado terapéutico del paciente>>”

(Auxiliares de Enfermería del Servicio de Navarra de Salud, 2006, p. 387)

Según Vega y Gonzalez (2007) surge la teoría de los Sistemas de Enfermería, refiriéndose a las prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a las personas a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados.

Se ha clasificado estas acciones en cinco modos de asistencia basados en la labor de ayuda o suplencia de la enfermera hacia el paciente: actuar en lugar de la persona, ayudar y orientar, apoyar física y psicológicamente, enseñar y procurar un entorno que favorezca el

desarrollo (p. 32)

Un sistema de enfermería es algo que se construye con las actividades de las enfermeras y con las relaciones entre estas y los pacientes identificándose tres sistemas de enfermería de acuerdo con Orem:

Sistema de enfermería totalmente compensador: trata de compensar una incapacidad total de paciente para su autocuidado. Las actividades manipulativas y de deambulación las realiza en su totalidad la enfermera. En este sistema la enfermería se encarga del cuidado terapéutico y compensa con sus actuaciones la incapacidad del paciente para realizar su propio autocuidado a la vez que le apoya y le protege.

Sistema de enfermería parcialmente compensador: enfermera y paciente realizan medidas de asistencias y otras actividades manipulativas o de deambulación. En este caso, la enfermera realiza algunas de las acciones de autocuidado del paciente. La persona realiza algunas de las actividad de auitocuidado que estan a su alcance.

Sistema de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado. (AESNS,2006, p. 390)

Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad caracterizada por un aumento de la presión en el interior de los vasos sanguíneos definiéndose de la siguiente forma:

La hipertensión arterial es una patología crónica en la que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear. Una de las características de esta enfermedad es que no presenta unos síntomas claros y estos pueden tardar mucho tiempo en manifestarse. Sin embargo, constituye el factor de riesgo

cardiovascular más prevalente. (Sánchez, 2020, p. 2)

“Según los expertos, del 85 al 95% de las hipertensiones no responde a una causa precisa; se habla entonces de una hipertensión arterial esencial o primaria.” (Brack, 2009)

Según la OMS (2021) de la tensión arterial se dan dos valores:

El primero es la tensión sistólica y corresponde al momento en que el corazón se contrae o late, mientras que el segundo, la tensión diastólica, representa la presión ejercida sobre los vasos cuando el corazón se relaja entre un latido y otro. Para establecer el diagnóstico de hipertensión se han de tomar mediciones dos días distintos y en ambas lecturas la tensión sistólica ha de ser superior o igual a 140 mmHg y la diastólica superior o igual a 90 mmHg.

Las practicas de vida poco saludable: falta de actividad física, malos hábitos nutricionales, consumos nocivos y el envejecimiento de la población son las causas principales de la creciente prevalencia de la enfermedades crónicas no transmisibles, definición que adjudica la Organización Mundial de la Salud a las enfermedades de larga duración, progresión lenta y que representan una carga en el sistema sanitario mundial, catalogandoles incluso como epidemia, en la que se encuentra la hipertensión alta (Ministerio de Salud Pública , 2019).

Factores de riesgo de la Hipertensión arterial

Entre otros contextos sociales, los niveles educativos bajos se asocian de forma independiente con un mayor riesgo de HTA; es por esto, que debe considerarse la evaluación del factor de riesgo psicosocial, mediante entrevistas clínicas o cuestionarios estandarizados, para identificar posibles barreras al cambio en las prácticas de vida o la adherencia a la medicación en individuos con alto riesgo de enfermedad cardiovascular (CV) o con enfermedad CV establecida. Algunas condiciones individuales, familiares y ambientales pueden aumentar el riesgo de hipertensión arterial; éstas son: Diabetes mellitus, dieta no

saludable, sedentarismo, obesidad, alcoholismo, tabaquismo, antecedentes familiares y genética, edad avanzada, etnia afrodescendiente (Ministerio de Salud Pública , 2019).

Cuadro clínico

En un elevado porcentaje de pacientes la hipertensión transcurre sin síntomas, pasando desapercibida, con el riesgo que eso conlleva, sin embargo, existen manifestaciones clínicas como cefalea, diaforesis, taquicardia, respiración corta, mareo, alteraciones visuales, zumbidos en los oídos y rubor facial. Según datos de la sociedad española de hipertensión arterial liga española para la lucha contra la hipertensión arterial, los hipertensos que han estado sin diagnóstico durante mucho tiempo, corren el riesgo de desencadenar complicaciones, como la angina de pecho, aterosclerosis, cardiopatía hipertensiva, enfermedad renal y accidente vascular cerebral (Berenguer Guarnaluses, 2016).

Clasificación de la hipertensión arterial

De acuerdo con la clasificación de la guía de Práctica Clínica de Ministerio de Salud Pública, se tiene los siguientes resultados:

Tabla 1

Valores de la tensión arterial

Estadio	Sistólica		Diastólica
Óptima	<120	y	<80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión grado 1	140-159	y/o	90-99
Hipertensión grado 2	160-179	y/o	100-109
Hipertensión grado 3	≥180	y/o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	y	<90

Nota. - Datos proporcionados por la Guía Práctica Tensión Arterial, 2019 (MSPE).

Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial

El tratamiento con agentes farmacológicos produce una disminución significativa de las complicaciones cardiovasculares. La mayoría de los pacientes requerirán terapia con medicamentos, además de medidas de prácticas de vida para lograr un control óptimo de su tensión arterial (Ministerio de Salud Pública , 2019).

Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial.

El tratamiento no farmacológico se basa en modificar los factores de riesgo realizando cambios en el estilo de vida, las cuales incluyen: restricción de sal, moderación del consumo de alcohol y tabaco, cambios en la dieta, disminución del consumo de azúcar, reducción de peso y actividad física regular, el tratamiento no farmacológico debe ser indicado a todos los pacientes con hipertensión arterial, independiente de su grado de hipertensión y de su riesgo cardiovascular (Flaño , 2018).

Hipertensión en Atención Primaria de Salud

El rol del profesional de enfermería en atención primaria se convierte en la piedra angular en la prevención, detección y control de la hipertensión arterial, actualmente las cifras la ponderan como uno de los principales motivos de consulta en el servicio de atención primaria para lo cual el abordaje integral de la hipertensión arterial requiere de la evaluación del riesgo cardiovascular para definir el tratamiento, las combinaciones de fármacos, las metas de control, y la frecuencia y nivel de especialización del seguimiento clínico (Organización Panamericana de la Salud , Campus virtual de salud pública, 2022).

Epistemología del cuidado

La fuente exclusiva del conocimiento parte de la percepción de una realidad a que estamos expuestos, misma que siempre estará basada en un sustento teórico y un pensamiento filosófico. Adentrándonos en el proceso del conocimiento de enfermería, los registros a través de la historia muestran que el proceso del conocimiento fue intuitivo, conocimientos que

fueron transmitidos de una generación a otra mediante el lenguaje oral, posteriormente se considera la necesidad de buscar un fundamento teórico que sustente las actividades que se realizaba y a partir de ahí se comienzan a gestar prácticas sanitarias, un acúmulo importante de experiencia por los desarrollos empíricos conduce a que se establezcan programas de formación estructurados que permitan una mejor fundamentación de las bases teóricas que enriquezcan la práctica del cuidado (Terán Escobar & Román Huera , 2020).

La profesión de enfermería ha tenido que pasar por diferentes etapas en las que se ha definido el núcleo disciplinar de enfermería, a partir del cual se han desarrollado modelos conceptuales y teorías que definieron la naturaleza, la misión y objetivos de la disciplina y han dado una directriz general que orienta a los profesionales a entrelazar la investigación y la práctica (López Cárdenas & Soto Mora, 2020).

La construcción del conocimiento en enfermería ha venido trascendiendo en la sociedad a lo largo de su historia. Actualmente la profesión de enfermería define conceptos y basa sus actividades en dichos modelos y teorías a través de la experiencia y la investigación científica, evidenciando así que enfermería tiene su propio cuerpo de conocimientos (Chalco, 2019).

Paradigmas de enfermería

Un paradigma es un modelo que se utiliza para describir el dominio de una disciplina, relacionando los conceptos, teorías, creencias, valores y supuestos aceptados y aplicados por la profesión que forman una visión del mundo, mejorando la comprensión del desarrollo del conocimiento (Potter y otros, 2019).

En este sentido se presentan tres grandes corrientes de pensamientos paradigmáticos:

- **Paradigma de Categorización:** Tomando como línea base a este paradigma se distingue la orientación centrada en la salud pública, caracterizada por la necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios

clínicos y comunitarios; y la orientación centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica, el origen de la enfermedad va dirigido a una causa única. Dejando de lado factores personales o ambientales orientando el factor causal al tratamiento (Chalco, 2019).

- **Paradigma de la Integración:** Al estar influenciado fuertemente por la psicología marca una gran diferencia en relación al paradigma de categorización ya que en éste se integran los fenómenos en unas circunstancias particulares. El elemento en el que se centra este paradigma es la persona siendo considerada como un todo que adquiere responsabilidad en el proceso salud enfermedad tomando en cuenta su integralidad y su interacción constante con el entorno, una gran parte de los modelos teóricos pertenecen a este paradigma (Chalco, 2019).
- **Paradigma de la Transformación:** La persona es considerada como un ser único que se encuentra íntimamente relacionado con su universo, orientando hacia un enfoque de promoción de la salud que incita a los individuos, a comprometerse y participar en su bienestar de forma holística. (Chalco, 2019).

Metaparadigma de enfermería

“Meta” significa “lo que falta” convirtiéndose así en un concepto que sirve para definir todo un mundo de pensamientos. Es una línea conceptual que identifica los fenómenos particulares de interés de la disciplina. Actúa como marco de referencia dentro del cual se desarrolla una estructura más específica, es el más amplio consenso dentro de una disciplina (Velez, 2015).

El metaparadigma enfermero presenta un enfoque abstracto y global de la profesión al integrar diversos conceptos de persona, entorno, salud y Enfermería otorgando así a nuestra profesión un significado característico (Chalco, 2019).

- **Persona:** Ser humano con funciones biológicas, culturales y simbólicas; con potencial para aprender y desarrollarse. Posee la capacidad auto cuidarse e identificar riesgos basándose en experiencias, llevar a cabo acciones beneficiosas para sí mismos, es consciente de su ser inmerso en su cultura, costumbres, espiritualidad y religión que pretende un equilibrio total. Se beneficia de cuidados enfermeros bajo una visión holística, integral y humanística (Chalco, 2019).
- **Entorno:** Al hablar de entorno podemos hacer mención a las condiciones, factores positivos, negativos y circunstancias físicas, sociales o de otra naturaleza que rodean y afectan el desarrollo, comportamiento y vida de una persona. (Chalco, 2019).
- **Salud:** Estado integral caracterizado por el bienestar físico, mental y social entre los cuales se forma un equilibrio total, al hablar de salud no solo es la ausencia de enfermedad si no, también de un nivel elevado de adaptación al entorno, voluntad y conocimiento encaminados hacia la promoción de la salud y prevención de las enfermedades a través del autocuidado, campo en el cual el profesional de enfermería desarrolla su máximo potencial con el objetivo de lograr un óptimo funcionamiento del cuerpo humano en general (Chalco, 2019).
- **Cuidado Enfermería:** Atributos, características y acciones emprendidas por el personal de enfermería hacia una persona, las cuales se encuentran fundamentadas dentro de un proceso sistémico en el que están plasmadas las metas o resultados de las acciones enfermeras, adquiriendo el rol de promotor de la salud, bienestar y la calidad de vida de las personas, familias y comunidades (Chalco, 2019).

Pensamiento crítico en la profesión de enfermería

El pensamiento crítico es considerado el mecanismo de pensar, interpretar y evaluar la información con el propósito de tomar decisiones. Un tipo de pensamiento auto dirigido que

busca fundamentar el conocimiento, cuestionando la forma en que se asimila la estructura cognitiva en base a las consideraciones de los demás para incorporarlas a nuestro pensamiento (Aguilera Serrano y otros, 2009).

Un pensador crítico, posee la habilidad de formular interrogantes con claridad y precisión, interpreta efectivamente la información, llegando a conclusiones y soluciones razonables, sometiéndolas a prueba y confrontándolas con estándares relevantes (Gallardo, 2008).

El pensamiento crítico en enfermería desarrolla habilidades investigadoras de búsqueda de información, comprensión de varios puntos de vista y el análisis crítico de situaciones determinadas que le permiten guiar la valoración, formular diagnósticos enfermeros y sustentar las demás etapas del proceso de enfermería (Gallardo, 2008).

Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

- **Definición**

El PAE permite al profesional de enfermería prestar cuidados de forma estructurada, lógica e individualizada al paciente, familia o comunidad mediante un método racional y sistematizado con el fin de identificar el estado de salud y reconocer los problemas reales y potenciales, para garantizar la satisfacción de las necesidades, establecer planes y realizar las intervenciones, centrándose en el logro de resultados esperados de una forma eficaz y eficiente (Reyes Gómez, 2015).

- **Origen y Evolución**

El proceso de atención de enfermería tiene sus orígenes en 1955 gracias a Hall, a la que posteriormente se unieron otras teoristas como Johnson en 1959, Orlando en 1961 y Wiedenbach en 1963 consistía en un proceso de tres etapas: valoración, planeación y ejecución, posteriormente Yura y Walsh en 1967, establecieron cuatro etapas:

valoración, planificación, realización y evaluación. Fue Bloch Roy y Aspinall quien incluiría la etapa diagnóstica entre los años 1974 y 1976, permaneciendo desde entonces como actualmente conocemos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

De esta forma, en la actualidad se considera como el método por el cual se logra que el profesional de enfermería plasme lo esencial de sus conocimientos para ayudar a resolver los problemas del paciente y los que se generan a partir de éstos, mediante bases teóricas, basado en la reflexión, pero que además exige capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales del profesional de enfermería (Elsa Gálvez & Solís Carpintero, 2010).

- **Características**

El PAE es un proceso propio del área de la enfermería y como tal presenta un conjunto de características que garantizan su efectividad.

- **Sistemático:** Parte de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- **Dinámico:** El cambio continuo de la respuesta del paciente.
- **Interactivo:** Basado en las relaciones que se establecen entre el profesional de enfermería, el paciente y los demás profesionales de la salud. Este componente garantiza la individualidad de los cuidados del paciente.
- **Flexible:** Se puede adaptar en cualquier lugar o área especializada donde trate con individuos, grupos o comunidades.
 - Función a base de un modelo conceptual estructural que dirige su accionar.
 - Exige una planificación con cuidados centrados en la persona y

jerarquizado por prioridades.

- Se halla dentro del ámbito legal de la Enfermería.
- Cuenta con una base científica (Vele Baculima & Veletanga León, 2015).

Según Alfaro-LeFevre (2009) “El proceso enfermero es un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de resultados de forma eficiente” (p.4). La descripción de las cinco fases del proceso enfermero según esta autora incluye:

- **Valoración:** obtener información del estado de salud del paciente para detectar los problemas de salud y factores de riesgo.
- **Diagnóstico:** analizar los datos obtenidos en la valoración para identificar los problemas o situaciones de salud (reales y de riesgo).
- **Planificación:** determinar resultados y establecer las intervenciones adecuadas para la consecución de los resultados. En esta fase deben determinarse qué problemas (diagnósticos) son prioritarios abordar.
- **Ejecución:** poner en práctica el plan ejecutando las intervenciones.
- **Evaluación:** determinar en qué medida se han logrado los resultados y especificar si hay que introducir cambios (Alfaro-LeFevre, 2009).

Marco Legal

Constitución Política de la República del Ecuador

La Constitución Política del Ecuador tiene una serie de disposiciones orientadas a garantizar la salud, el Buen Vivir y el desarrollo integral de todos los habitantes del territorio nacional, de manera particular cabe mencionar la responsabilidad que tiene el Estado de garantizar el derecho a la salud (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización

se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.
(pág. 8)

Art. 35.-Derechos de las personas. - *Se hace especial referencia a los grupos de atención prioritaria que deben recibir las personas y grupos en riesgo, quienes recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.* (pág. 9)

Ley Orgánica de Salud

Siendo la atención de salud con un enfoque intercultural un aspecto central del Modelo de Atención de Salud en el Ecuador, el proyecto ayuda a fortalecer el derecho a la salud y su protección como lo establece en:

Art. 10: *De dicha ley que señala “Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley” (Congreso Nacional del Ecuador , 2015).*

Art.13: *Los planes y programas de salud para los grupos vulnerables*

señalados en la Constitución Política de la República, incorporarán el desarrollo de la autoestima, promoverán el cumplimiento de sus derechos y se basarán en el reconocimiento de sus necesidades particulares por parte de los integrantes del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en general (Congreso Nacional del Ecuador , 2015)..

Plan Nacional Toda una Vida

Objetivo 1: *Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas*

El garantizar una vida digna en igualdad de oportunidades para las personas es una forma particular de asumir el papel del Estado para lograr el desarrollo; este es el principal responsable de proporcionar a todas las personas individuales y colectivas, las mismas condiciones y oportunidades para alcanzar sus objetivos a lo largo del ciclo de vida, prestando servicios de tal modo que las personas y organizaciones dejen de ser simples beneficiarias para ser sujetos que se apropian, exigen y ejercen sus derechos (Consejo Nacional de Planificación , 2017-2021).

Por otra parte, la salud se constituye como un componente primordial de una vida digna, pues esta repercute tanto en el plano individual como en el colectivo. La ausencia de la misma puede traer efectos intergeneracionales. Esta visión integral de la salud y sus determinantes exhorta a brindar las condiciones para el goce de la salud de manera integral, que abarca no solamente la salud física, sino también la mental. La salud mental de las personas requiere significativa atención para enfrentar problemáticas crecientes, como los desórdenes relacionados con la depresión y la ansiedad, que limitan y condicionan las potencialidades de una sociedad para su desarrollo (Consejo

Nacional de Planificación , 2017-2021).

Además, los retos y necesidades actuales nacen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico. Las principales causas de mortalidad están vinculadas con enfermedades crónicas e infecciosas, a las que se añaden enfermedades derivadas de la desnutrición y el sobrepeso, que son indicadores de estilo de vida, acceso a alimentos y patrones de consumo. Es importante enfocar los esfuerzos contra las enfermedades que se pueden prevenir y, a la vez, promover que la ciudadanía adopte hábitos de consumo saludables y realice actividad física (Consejo Nacional de Planificación , 2017-2021)

Políticas

1.2 Generar capacidades y promover oportunidades en condiciones de equidad, para todas las personas a lo largo del ciclo de vida.

1.5 Fortalecer el sistema de inclusión y equidad social, protección integral, protección especial, atención integral y el sistema de cuidados durante el ciclo de vida de las personas, con énfasis en los grupos de atención prioritaria, considerando los contextos territoriales y la diversidad sociocultural.

1.6 Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural (Consejo Nacional de Planificación , 2017-2021)

Marco Ético

Código de Ética

Artículo 4.- Compromisos

El proceder ético compromete a los servidores/as del Ministerio de Salud Pública a:

Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de toda la población, entendiendo que la salud es un derecho humano inalienable, indivisible e irrenunciable, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado (Ministerio de Salud , 2022).

Código de Helsinki.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica" (Asamblea Médica Mundial , 2022).

La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente (Asamblea Médica Mundial , 2022).

El bienestar del sujeto debe estar siempre por encima de los intereses de la ciencia y de la sociedad. Se reconoce que cuando un potencial participante en una investigaciónes incompetente, física y/o mentalmente incapaz de consentir o es un menor, el consentimiento debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo (Asamblea Médica Mundial , 2022)

Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería.

El Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética.

Los Elementos del Código son:

1.- La Enfermera y las personas: *La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería. Proporcionando: cuidados, respeto, brindando información y confidencialidad.*

2.- La Enfermera y la práctica: *La enfermera observará en todo*

momento normas de conducta personal a fin de fomentar confianza. Empleará tecnología y avances científicos.

3.- La Enfermera y la profesión: *La enfermera aplicará normas de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería, contribuyendo al desarrollo de conocimientos profesionales.*

4.- La Enfermera y sus compañeros de trabajo: *La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud (Congreso Nacional, 2022).*

Código de ética de enfermería

Capítulo II. De los deberes de las y los enfermeros para con las personas

“Art. 2.- *Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho ala persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado”.*

“Art. 3.- *Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en unambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias”.*

“Art. 4.- *Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud”.*

“Art. 5.- *Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona”.*

“Art. 6.- *Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros”.*

“Art. 7.- *Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un*

enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona”.

“Art. 8.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad”

(Ministerio de Salud , 2022).

Marco Metodológico

Descripción del área de estudio

La presente investigación fue realizada en el centro de salud de la parroquia rural Tumbabiro perteneciente al cantón San Miguel de Urucuquí de la provincia de Imbabura, la parroquia se encuentra ubicada en un gran valle que ocupa un territorio de 36,96 km², con un clima subtropical templado-seco, una temperatura 17.33°C. Al norte limita con la parroquia rural Pablo Arenas. Al sur con las parroquias Urucuquí y San Blas. Al Oriente con la parroquia rural Salinas perteneciente al cantón Ibarra. Al Occidente con las parroquias San Blas y Pablo Arenas, con una población aproximada de 1844 personas (Gobierno Parroquial de Tumbabiro, 2022).

Tumbabiro cuenta con un centro de salud en la comunidad, el mismo que se encuentra debidamente equipado y con un personal calificado para brindar la atención oportuna con calidad y calidez a los usuarios en atención primaria de salud en jornadas de 8 horas.

Enfoque y tipo de investigación

Enfoque de la investigación

Para realizar este estudio se utilizó un enfoque cuantitativo, cuasi experimental (pre test – post test).

Cuantitativo: La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo debido a que se procedió a la recolección de datos utilizando una encuesta y posteriormente se realizó un análisis estadístico de los resultados obtenidos a cerca de las variables propuestas en el estudio, y finalmente se estableció de manera cuantitativa la información recolectada (Hernandez Sampieri, 2014).

Cuasi experimental: Este diseño aplica a la investigación porque se utilizó un solo grupo de habitantes de determinada zona geográfica y se manipuló intencionalmente las variables de conocimiento y práctica, se observó el efecto que esta intervención causó y se

verificó su eficacia (Hernández-Sampieri, 2014).

Diseño de un grupo con pre test-post test: se utiliza un solo grupo al cual se le aplica un pre test, luego se procede a la intervención y finalmente se analizan los resultados de la aplicación a través de un post test. Ambos instrumentos tanto el pre test como el post test son los mismos, pero aplicados en momentos diferentes. Permite al investigador obtener una medida de cambio, sin embargo, su diseño permite que se presenten hipótesis alternativas muy verosímiles (Santana, 2015).

Tipo de estudio

La investigación es de carácter longitudinal.

Longitudinal: porque permitió analizar el proceso de cambio. Se caracterizó el cambio de la variable de respuesta en función del tiempo y se usó como estrategia de recolección de datos la técnica de medidas repetidas.

Correlacional y analítico: tienen como propósito medir el grado de relación que exista entre dos o más conceptos o variables, miden cada una de ellas y después, cuantifican y analizan la vinculación. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba (Hernandez Sampieri, 2014).

Procedimientos de investigación

Población y muestra

La muestra fue tomada del total de número de pacientes con diagnóstico hipertensivo atendidos de enero a diciembre del 2021 según estadísticas del sistema PRASS del centro de salud Tumbabiro quedando una muestra de 148 personas que serán tomadas en cuenta para esta investigación, la muestra fue calculada con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2 pqN}{e^2(N - 1) + z^2 pq}$$

Donde:

n = es el tamaño de la muestra (?)

z = es el nivel de confianza (95% = 1,96)

p = es la variabilidad positiva (0,50)

q = es la variabilidad negativa (0,50)

e = es el error (5% = 0,05)

N = es el tamaño de la población (234)

Remplazando:

$$n = \frac{1,96^2 * 0,50 * 0,50 * 234}{0,05^2(234 - 1) + 1,96^2 * 0,50 * 0,50}$$

$$n = \frac{229,7336}{1,5429}$$

$$n = 148,89$$

$$n = 148$$

Las 148 personas de esta investigación se obtuvieron con heterogeneidad del 50%; margen de error de 5% y nivel de confianza del 95%.

Criterios de inclusión

Se incluyeron los:

- Pacientes hipertensos atendidos en el centro de salud Tumbabiro.
- Personas con trastornos hipertensivos que firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

Pacientes hipertensos que no dieron su consentimiento para participar voluntariamente en la investigación.

Operacionalización de Variables

ver. “Apéndice A”.

Métodos de recolección de información

Técnicas de la investigación

Las técnicas para la recolección de datos en esta investigación son:

Instrumentos

Se utilizó el cuestionario de capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso, basado en el modelo teórico de Dorotea Orem, diseñado y validado en Bogotá, Colombia año 2014, el análisis psicométrico de este estudio mostró un índice de confiabilidad para el cuestionario total de 0,75 de Cronbach, el cual se considera adecuado.

El cuestionario se encuentra dividido en 2 partes, la primera mide todos los índices sociodemográficos como son: edad, género, estado civil, ocupación, escolaridad, vive con, cuidador y red de apoyo; La segunda parte consta de 17 preguntas cerradas agrupadas en tres dimensiones:

Capacidades fundamentales: considerados las habilidades básicas del individuo (percepción, memoria y orientación), que comprende los ítems: 1, 2 y 3.

Componentes de poder: son habilidades que impulsan el individuo a la acción de autocuidarse (motivación, adquisición de conocimientos, habilidad para ordenar acciones en su vida familiar y comunitaria), que comprende los ítems: 4, 5, 6 y 7.

Capacidad para operacionalizar: corresponde a las habilidades que le permiten al individuo investigar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente, que son significativos para su autocuidado, así como la toma de decisiones y construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad, comprendida en los ítems: 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 y 17.

Los ítems cuentan con un formato de respuesta de cinco alternativas tipo Likert, de 1 a 5, en la cual 1 es nunca, 2 es casi nunca, 3 es a veces, 4 es casi siempre y 5 es siempre.

Excepto los ítems 8, 16 y 17 cuya opción de respuesta esta invertida, en la cual nunca es 5,

casi nunca 4, a veces 3, casi siempre 2 y siempre 1.

Para el análisis y la interpretación, se utilizó la clasificación en los siguientes rangos:

Capacidad Baja: 17-28 puntos

Capacidad Media: 29-56 puntos

Capacidad Alta: 57-85 puntos

Periodo de levantamiento de la información:

Aplicación de evaluación basal (pre test) sobre la capacidad de autocuidado (meses antes de la intervención): 25 noviembre 2021.

Aplicación de las intervenciones de los planes estandarizados de enfermería: Enero, febrero, marzo, abril de 2022.

Aplicación de evaluación post test: mayo de 2022.

Análisis de datos

El tratamiento de la información, comprendió los procesos de:

Recepción y almacenamiento: Instrumentos de recolección de información.

Captura: se transcribieron los datos de los instrumentos de captación y se ingresaron en una base de datos (en EXCEL y se exportó a SPSS-versión 23).

Validación: La información fue validada y depurada la base de datos (control de registro)

Procesamiento: El procesamiento de datos se realizó con el apoyo del programa SPSS-versión 23

Generación de resultados: Se calcularon medidas de frecuencias absolutas y relativas, así como diferencias de proporciones.

Para el análisis de datos pretest y post test se realizó una comparación de proporciones mediante la prueba T de Wilcoxon, el cálculo de la media de las dos variables, antes de la aplicación de los planes estandarizados y después de la aplicación de los mismos ayudan a

verificar si la intervención tuvo o no resultados positivos. En este caso se comparó el mismo grupo de sujetos, en dos ocasiones distintas, con respecto a la variable categórica (capacidad de autocuidado).

Las hipótesis para contrastar en esta prueba son:

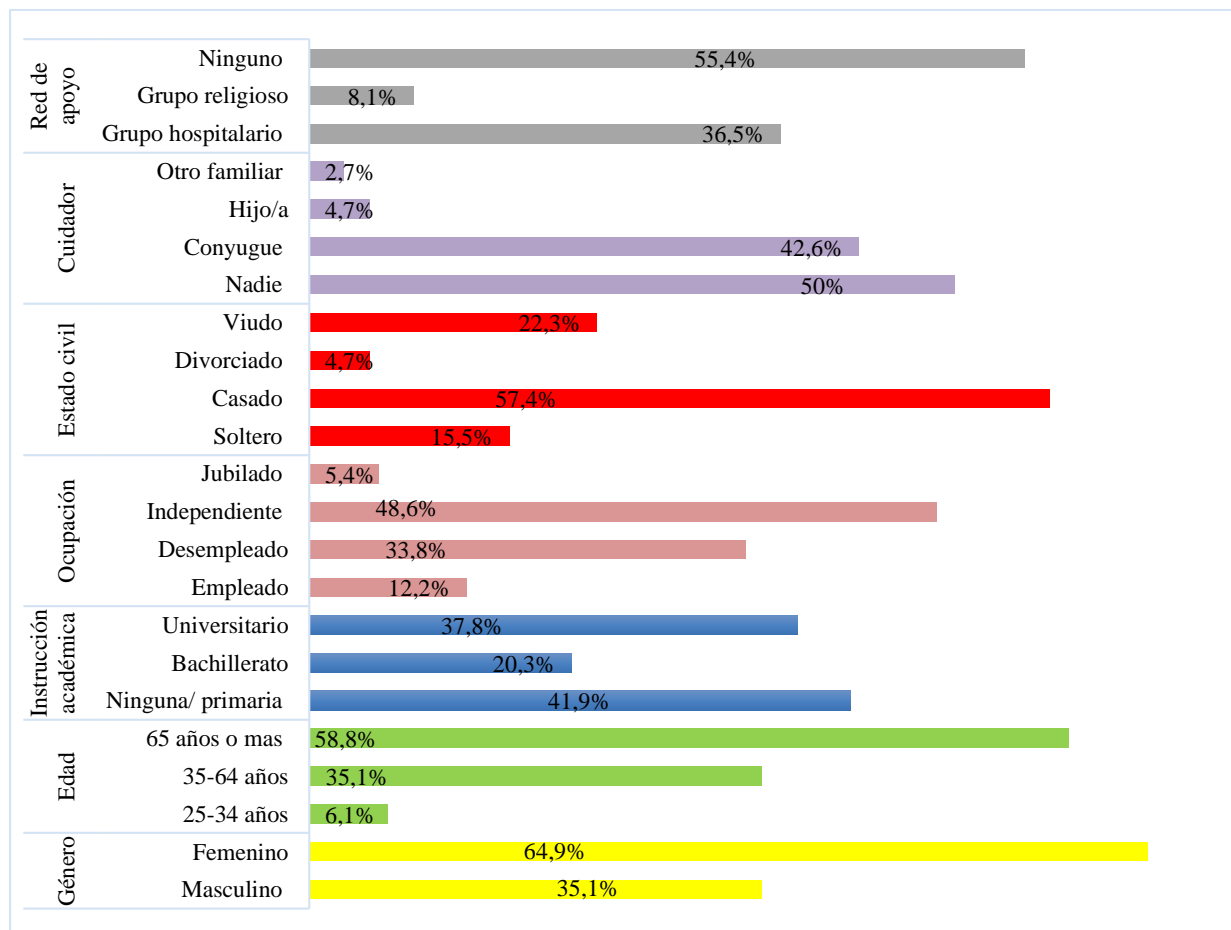
- **Hipótesis nula:** No existe diferencias estadísticamente significativas entre el pre test y post test de determinada variable.
- **Hipótesis alternativa:** Si existe diferencias estadísticamente significativas entre el pretest y post test de determinada variable.

Finalmente se toma en cuenta el valor de probabilidad asociada al estadístico para determinar la hipótesis adecuada: un valor que se encuentra por encima de 0,05 acepta la hipótesis nula por lo tanto se afirma que no hay diferencias entre el pretest y el posttest, por lo contrario, si el valor es menor que 0,05 se anula la hipótesis nula y se acepta la alternativa, afirmando que si hay diferencias.

Resultados de la investigación

Tabla 2

Población distribuida de acuerdo a la valoración de características sociodemográficas.



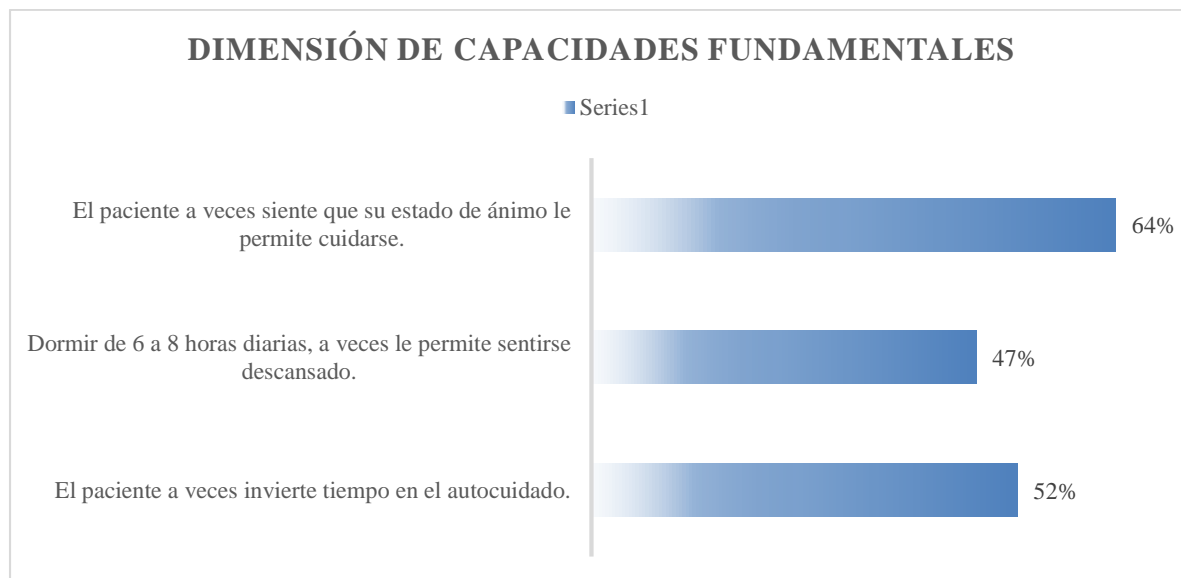
En la presente tabla se identificó que el 58,8 % de la población en estudio lo conformaron el grupo de edad de 65 años o más, predomina el sexo femenino con un 64,9%, en cuanto al estado civil en su mayor parte son casados con un 57,4 % y el 48,6% actualmente son trabajadores independientes, según Álvarez y otros autores, en un estudio realizado en Santiago de Cuba en el que se obtuvo una muestra de 201 hipertensos se encontró que el 60,2% de los pacientes tienen hipertensión arterial grado I de los cuales en su mayoría sus edades oscilan los 64 años y más con un 22,4% y el 65,2% son de sexo femenino, esto debido a que el envejecimiento es un proceso natural que se asocia a varias alteraciones tanto estructurales como funcionales del sistema cardiovascular, con mayor

estrés oxidativo y disfunción endotelial, que pueden contribuir al aumento de la presión arterial en este grupo etario, por otro lado varios autores señalan que la hipertensión arterial afecta más a las mujeres que a los hombres debido a que las mujeres después de la quinta década de la vida inician la menopausia, y por ende la disminución de las hormonas sexuales femeninas quedan más expuestas a sufrir hipertensión arterial y sus complicaciones, lo que coincide con los resultados obtenidos en la investigación (Álvarez Caballero y otros, 2020).

El 55,4% de la población en estudio no pertenece a ninguna red de apoyo y un 50% no tienen cuidador ni acompañamiento familiar, referente a la instrucción académica podemos observar que un 41,9 % no poseen ninguna instrucción o a su vez lograron cursar sus estudios primarios, Ortiz Galeano menciona en su estudio que la hipertensión y la diabetes son enfermedades crónicas que necesitan de personas con nivel de educación adecuado, para posibilitar una asistencia más llevadera, así también necesitan de cuidados continuos, en los que se halla implicada la familia ya que la falta de educación y el mal control de estas enfermedades acarrearán varias complicaciones (Ortiz Galeano, 2007).

Tabla 3

Capacidades fundamentales de autocuidado previa a la intervención de enfermería de la población en estudio.



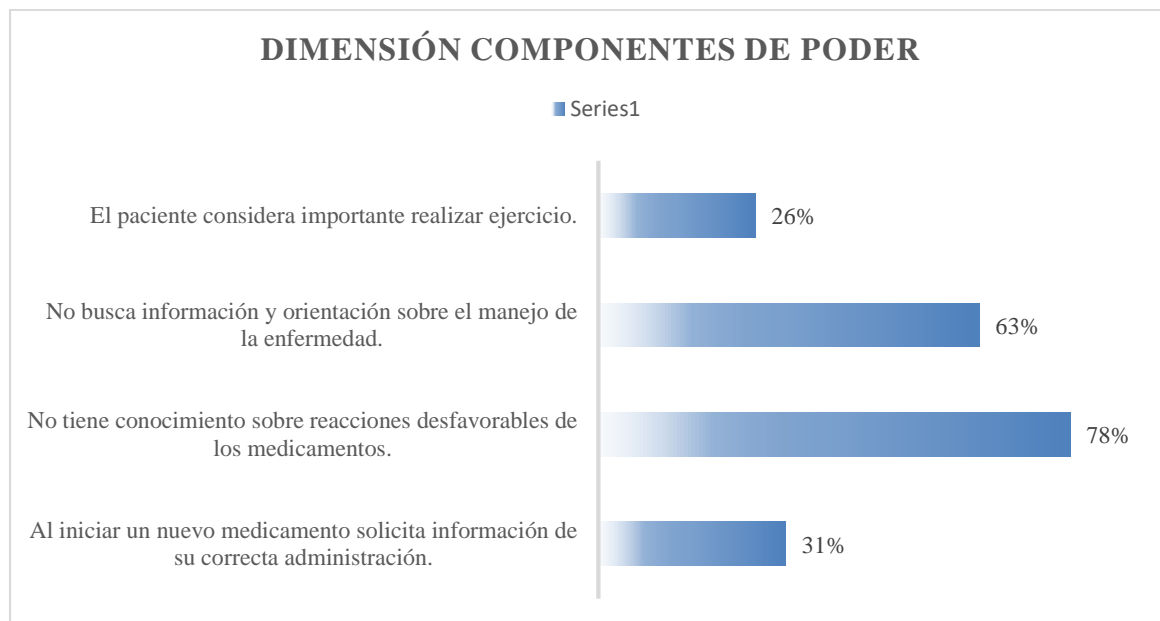
La dimensión de capacidades fundamentales hace referencia a tres componentes entre ellos la inversión de tiempo del paciente en su autocuidado, descanso y sueño de seis a ocho horas diarias y el estado de ánimo del paciente.

Un 64% la población de estudio manifestó que su estado de ánimo a veces le permitió cuidarse lo cual concuerda con el artículo de Pérez quién menciona que las emociones y el estado de ánimo y el funcionamiento emocional influyen directamente en el autocuidado de los pacientes hipertensos (Pérez, 2014).

Referente al componente descanso y sueño, el 47% expresa que dormir de 6 a 8 horas al día a veces permite el descanso, lo que demuestra que solo un porcentaje menor a la mitad de la población descansa adecuadamente, Covassin menciona que las personas que descansan entre 5 horas o menos por noche, tienen mayor probabilidad de desarrollar hipertensión o en el caso de ya padecerla acarrear fatales consecuencias, esto debido a que el sueño contribuye a regular las hormonas del estrés y ayuda al sistema nervioso a mantenerse saludable favoreciendo a mantener la presión arterial en valores normales (Covassin, 2017).

Tabla 4

Componentes de poder de autocuidado previa a la intervención de enfermería de la población en estudio.



La dimensión de componentes de poder abarca: la importancia de realizar ejercicio, información y orientación sobre el manejo de la enfermedad, conocimiento sobre las reacciones desfavorables de los medicamentos y acerca de una adecuada administración.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación en los componentes de poder se destaca que el 26% de los pacientes hipertensos consideran importante realizar ejercicio. Según Dos Santos los principales mecanismos responsables de bajar la presión arterial después el ejercicio son la disminución del gasto cardíaco y resistencia vascular periférica. En personas adultas, la reducción de la presión ocurre generalmente debido a la disminución gasto cardíaco, mientras que, en individuos más jóvenes, esta disminución está más ligada a la reducción de la resistencia vascular periférica (Dos Santos Barreto, 2017).

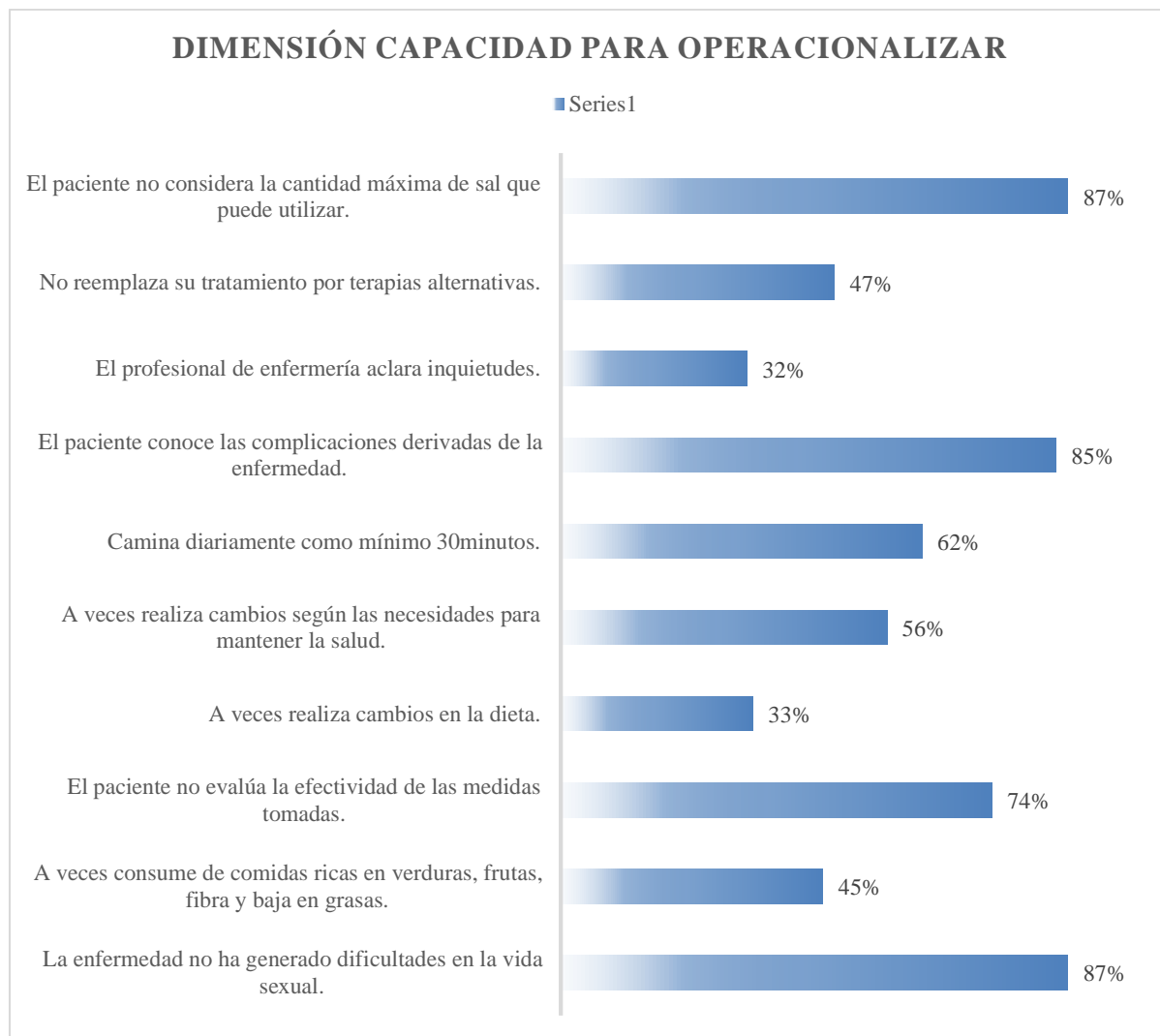
Se puede evidenciar que el 63 % de los pacientes no buscan información y orientación sobre el manejo de su enfermedad, y el 78% tampoco conoce las reacciones desfavorables de los medicamentos, Vega menciona que el nuevo enfoque de la promoción de la salud son las

redes de apoyo social, fortalecimiento del autocuidado, capacidad de elección sobre las maneras más saludables de vivir y de creación de ambientes favorables a la salud con el fin del mejoramiento y control de su salud (Vega Angarita, 2014).

Sin embargo, la falta de conocimiento sobre la enfermedad y las reacciones adversas de los medicamentos influye en el tratamiento; debido a que, si el paciente presenta un efecto adverso, generalmente atribuye que el fármaco es perjudicial para su salud y deja de tomarlo, estas actitudes influyen negativamente en la capacidad de autocuidado del paciente, por lo cual es indispensable la aplicación de intervenciones enfermeras enfocadas a potenciar la educación sobre prácticas de autocuidado.

Tabla 5

Capacidad para operacionalizar previa a la intervención de enfermería de la población en estudio.



La dimensión capacidad para operacionalizar se enfoca en varios componentes: consumo de sal, práctica de terapias alternativas, el profesional de enfermería escucha las inquietudes, complicaciones derivadas de la enfermedad, camina diariamente 30 minutos al día, realiza cambios para mantener la salud, dieta y dificultades en la vida sexual; De acuerdo con los resultados obtenidos el 87% de los pacientes hipertensos no toma en cuenta la cantidad máxima de sal que debe usar. Según Santillán en condiciones normales, cuando la presión sube el riñón aumenta la excreción de sal, pero si baja el riñón retiene sal; de esta

manera, se controla la presión arterial al regular el volumen circulante de sangre (Santillán, 2019).

Como podemos observar la población de estudio no consume una adecuada cantidad de sal, esto puede acarrear consigo el aumento de sus niveles de tensión arterial y con ellos llegar a sufrir complicaciones vasculares y renales.

En cuanto al tratamiento el 47% de la población de estudio menciona no reemplazarlo con terapias alternativas. Según Hernández los tratamientos alternativos, como la meditación trascendental, la biorretroalimentación y la respiración guiada parecen reducir la hipertensión en algunas personas (Hernández Cueto, 2013).

De acuerdo con lo investigado la población de estudio no practica terapias alternativas, debido a la falta de información, poca cooperación por parte del cuidador y en algunos casos por vergüenza. Se debe tomar en cuenta que existen varios factores que intervienen en el régimen terapéutico entre ellos la búsqueda de información considerando que el 32% manifiesta que el personal de enfermería escucha y aclara sus inquietudes y el 85% conoce las complicaciones derivadas de su enfermedad. Según Ortellado la hipertensión arterial sigue siendo un desafío para la salud pública por su elevada frecuencia, y se reconoce como el principal factor de riesgo cardiovascular modificable, ya que está fuertemente relacionado con el infarto agudo de miocardio y el accidente cerebrovascular, que son las principales causas de mortalidad (Ortellado Maidana et al., 2015).

En relación con el estilo de vida el 62% de los pacientes caminan diariamente como mínimo 30 minutos al día. El caminar rápido puede disminuir el riesgo de presión arterial, colesterol alto y diabetes, sustituyendo la acción de correr, esto según un estudio norteamericano. La población de estudio en su mayoría destaca el practicar actividad física; mientras el restante no la práctica por varios factores; entre ellos la falta de interés y en algunos casos presentar limitaciones en el movimiento.

En relación con la dieta el 41% a veces realiza cambios en su dieta al consumir comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas. Realizar cambios en la dieta es una manera segura de tener controlada la tensión arterial alta. De igual manera estos nuevos hábitos alimenticios contribuyen a bajar de peso y disminuir la probabilidad de sufrir accidentes cerebrovasculares.

La población de estudio solo a veces tiene una dieta saludable; esto se da en su mayoría a la falta de conocimientos y al bajo nivel económico. La hipertensión arterial no ha generado dificultad en la vida sexual de los pacientes hipertensos encuestados en un 87%. Según reconoce la literatura médica, con el tiempo este comportamiento anormal de la presión daña el revestimiento de los vasos sanguíneos, y hace que las arterias se endurezcan y estrechen, lo que limita el flujo en el ser humano, y puede originar una disfunción eréctil, concluyendo que la población de estudio no evidencia problemas en su vida sexual a causa de la hipertensión.

Tabla 6

Capacidad de autocuidado previa a la intervención de enfermería de la población en estudio.

NIVELES DE	N°	%
CAPACIDAD AGENCIA DE		
AUTOCUIDADO		
Baja capacidad	20	13,5 %
Media capacidad	124	83,8 %
Alta capacidad	4	2,7 %
TOTAL	148	100 %

Al analizar la capacidad de autocuidado, se evidencia que una gran mayoría presenta una media capacidad de agencia de autocuidado con un 83,8 %, mientras que un 13,5 % posee capacidad baja es decir que desconocen aspectos importantes que se deben considerar frente al autocuidado y llama la atención que solo el 2,7 % de los pacientes posean una alta capacidad de autocuidado, dicho resultado concuerda con Rivera quién en su artículo revela que el 53 % de las personas hospitalizadas con hipertensión arterial presentaron deficiente capacidad de agencia para el autocuidado, esto nos sirve como pauta para analizar la importancia de potenciar la capacidad que tiene el individuo para tomar decisiones sobre su salud y la responsabilidad de su propio cuidado ya que en la medida que se mejoran estas capacidades de agencia de autocuidado en las personas que viven con hipertensión arterial se promueve la satisfacción de los requisitos de autocuidado en estados de desviación de la salud y a su vez la promoción de la salud y bienestar de esta población y a su vez la prevención efectos colaterales mediante la aplicación de intervenciones de enfermería que promuevan el autocuidado en las personas con hipertensión arterial basados en la teoría del déficit de autocuidado de Orem (Rivera Álvarez, 2006).

Tabla 7*Eficacia de las intervenciones de enfermería aplicadas a pacientes hipertensos.***Resumen del procesamiento de los datos**

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
pretest	148	100.0%	0	0.0%	148	100.0%
posttest	148	100.0%	0	0.0%	148	100.0%

Descriptivos

		Estadístico	Error típ.	
pretest	Media	37.851	.5472	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	36.770	
		Límite superior	38.933	
	Media recortada al 5%	37.587		
	Mediana	37.000		
	Varianza	44.318		
	Desv. típ.	6.6572		
	Mínimo	25.0		
	Máximo	59.0		
	Rango	34.0		
	Amplitud intercuartil	8.0		
	Asimetría	.566	.199	
	Curtosis	.849	.396	
	Media	51.108	.2569	
posttest	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	50.600	
		Límite superior	51.616	
	Media recortada al 5%	51.023		

Mediana	51.000	
Varianza	9.771	
Desv. típ.	3.1258	
Mínimo	40.0	
Máximo	62.0	
Rango	22.0	
Amplitud intercuartil	4.0	
Asimetría	.398	.199
Curtosis	2.513	.396

H0: Los datos siguen una distribución normal

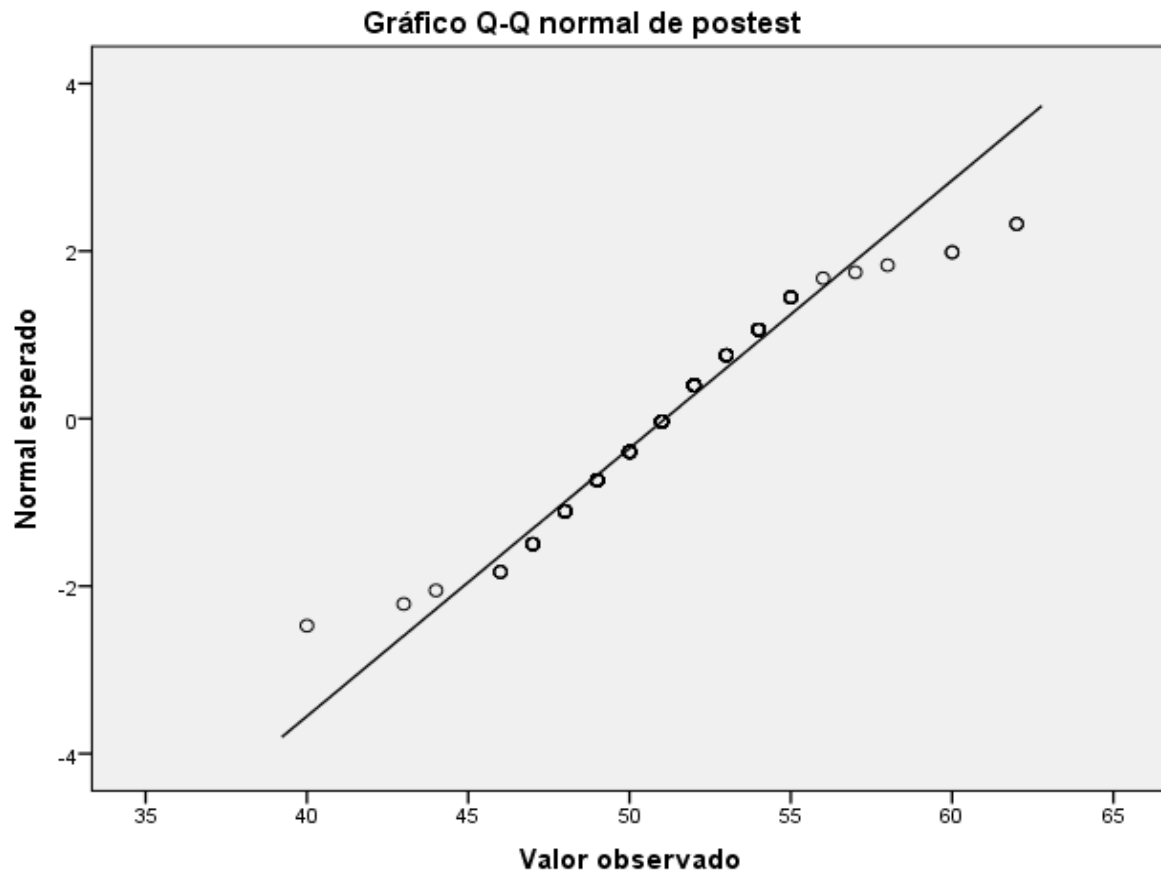
H1: Los datos no siguen una distribución normal

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
pretest	.086	148	.010	.960	148	.000
postest	.131	148	.000	.949	148	.000

Los valores de ambas variables son menores a 0.05, por lo tanto, rechazamos la H0

(Hipotesis nula) y aceptamos la alternativa, las distribuciones de las variables pretest y postest no siguen una distribución normal.



Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Rangos

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Rangos negativos	0	.00	.00
Rangos positivos	148	74.50	11026.00
Empates	0		
Total	148		

H0: la mediana de las diferencias en el programa antes y después Son iguales

H1: la mediana de las diferencias en el programa antes y después Son diferentes

Estadísticos de contraste

	postest - pretest
Z	-10.558
Sig. asintót. (bilateral)	.000

Nuestra significancia asintótica nos da como valor $000 < 0.05$, lo cual muestra que existe diferencias significativas para rechazar la hipótesis nula y aceptar la alternativa, la mediana tiene diferencias del programa antes y después son diferentes, los resultados concuerdan con Sánchez quien menciona que la educación es una herramienta primordial para el cuidado especialmente en el nivel primario de atención en el cual la educación para la salud juega un papel importante para lograr cambios de conductas de salud, en la actualidad se puede observar claramente que la atención a los pacientes con enfermedades crónicas, grandes consumidores de servicios y tratamientos sanitarios se ha convertido en una necesidad, un cambio en el modelo de actuación en los centros de salud puede ayudar mucho a ello (Sánchez Ortega , 2015).

Si bien es cierto todo profesional de enfermería de una forma u otra intentan ayudar a los pacientes cada día, adoptando soluciones que se adapten a la realidad de cada persona sin embargo la presión asistencial impide en muchos casos que la educación sanitaria sea eficaz y en este sentido promover espacios para educar a los pacientes en autocuidado es cada vez más necesario, Castellá aconseja el empleo de planes de cuidados estandarizados para facilitar la implementación y el registro de las etapas de diagnóstico, planificación y evaluación del proceso enfermero recalando que el elemento fundamental de trabajar con planes estandarizados es el proceso de individualización que deben realizar las enfermeras basándose en las necesidades del paciente, menciona que el razonamiento clínico implica la decisión sobre el plan de cuidados estandarizados más conveniente en función del motivo de ingreso del paciente, y a partir de la valoración integral realizada, el ajuste y la adaptación a la situación y las necesidades específicas del paciente, generando un plan de cuidados individualizado (Castellá Creus, 2020).

Conclusiones Recomendaciones:

Conclusiones

- Se identificó que el 58,8 % de la población en estudio lo conformaron el grupo de edad de 65 años o más, predomina el sexo femenino con un 64.9%, en cuanto al estado civil en su mayor parte son casados con un 57,4 % y el 48,6% actualmente son trabajadores independientes el 55,4% de la población en estudio no pertenece a ninguna red de apoyo y un 50% no tienen cuidador ni acompañamiento familiar, referente a la instrucción académica podemos observar que un 41,9 % no poseen ninguna instrucción o a su vez lograron cursar sus estudios primarios.
- En el análisis del pre test se pudo evidenciar que una gran mayoría de la población de estudio presenta una media capacidad de agencia de autocuidado con un 83,8 %, mientras que un 13,5 % posee capacidad baja es decir que desconocen aspectos importantes que se deben considerar frente al autocuidado y llama la atención que solo el 2,7 % de los pacientes posean una alta capacidad de autocuidado.
- La aplicación de los planes estandarizados de enfermería permite, facilita y optimiza la labor asistencial del profesional de enfermería al ser una guía transferible en pacientes con un diagnóstico concreto, respuestas iguales o situaciones similares, sin embargo es importante mencionar que un plan estandarizado adquiere realmente su significado cuando se consolida en la práctica habitual a través de una aplicación sistemática y real con la implicación dinámica de los profesionales que lo van a llevar a cabo con el fin de adaptar cada proceso a la situación y realidad concreta de cada uno de los pacientes.
- La implementación de las intervenciones de enfermería utilizando estrategias, recursos didácticos y metodologías innovadoras fueron percibidas de forma satisfactoria por la población, plasmándose en los resultados.

Recomendaciones

- Al centro de salud de Tumbabiro, se recomienda la implementación de las intervenciones de enfermería plasmadas en el formato PLACE propuestas, como una guía hacia los rurales que rotan cada año en el establecimiento ya que al no contar con un profesional de Enfermería de planta no existe un proceso de atención de enfermería continuo convirtiéndose en una brecha hacia el proceso promoción de la salud y prevención de las enfermedades de la población.
- A los profesionales de enfermería seguir innovando y fortaleciendo nuestra carrera basando nuestros cuidados en fundamentos científicos y teóricos con el fin de brindar atención de calidad.
- A la Universidad Técnica del Norte promover la actualización continua en los estudiantes tanto de la parte teórica como práctica, mediante la capacitación acerca de metodologías innovadoras que fortalezcan el proceso de atención de enfermería y que se encuentren acorde a las necesidades sanitarias.

Referencias Bibliográficas

- Aguilera Serrano, Y., Zubizarreta Estevez, M., & Castillo Mayedo, J. (2009). Constatación de las habilidades del pensamiento crítico en los estudiantes de Licenciatura en Enfermería. *Scielo*, vol.20(no.3).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412006000300001#:~:text=El%20pensamiento%20cr%C3%ADtico%20en
- Alcaraz-Moreno, N., Chávez-Acevedo, A. M., Sánchez-Betancourt, E. M., Amador-Fierros, G., & Godínez-Gómez, R. (02 de 2015). Mirada del estudiante de enfermería sobre el aprendizaje y la aplicación del proceso de atención de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 23(2)(65-74), 65-74.
- Alfaro-LeFevre, R. (2009). *Applying Nursing Process. Promoting collaborative care*. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Almiñana-Riqué, M., Balagué-Gea, L., Rubio-Montañés, M., Reguant-Fosas, M., Planes-Magrinyà, A., Morera-Castell, R., . . . Llor-Vila, C. (31 de Septiembre de 2002).
<http://gestorweb.camfic.cat/>
http://gestorweb.camfic.cat/uploads/ITEM_540_EBLOG_1848.pdf
- Álvarez Caballero, M., Vallina, S., Hernández Lin, T., Fuentes Figueredo, O., & Martínez Delgado, Y. (2020). Caracterización de adultos mayores con hipertensión arterial pertenecientes al Policlínico José Martí Pérez. Santiago de Cuba. Cuba. *Redalyc*, vol. 20(1), 2339-3874. <https://doi.org/https://doi.org/10.30554/archmed.20.1.3597.2020>
- Asamblea Constituyente. (2008). wipo.int:
<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>

Asamblea Médica Mundial . (27 de 05 de 2022). *Declaración de Helsinski*. Declaración de Helsinski: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Auxiliares de Enfermería del Servicio de Navarro de Salud, O. (2006). *Auxiliar de Enfermería*. Sevilla.

https://books.google.com.ec/books?id=A0CAEMYGY1gC&pg=PA387&dq=teoria+de+sistemas+de+enfermeria&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjDzLOZ5__2AhU7KUQIHdqgCHUQ6wF6BAgKEAE#v=onepage&q=teoria%20de%20sistemas%20de%20enfermeria&f=false

Benito, E., Arranz, P., & Hernán, C. (2011). Herramientas para el autocuidado.

Actualizaciones, 59-75. https://www.researchgate.net/profile/Enric-Benito/publication/251660612_Herramientas_para_el_autocuidado_del_profesional_que_atiende_a_personas_que_sufren/links/5b84189692851c1e1235aca2/Herramientas-para-el-autocuidado-del-profesional-que-atiende-a-person

Berenguer Guarnaluses, L. (2016). Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial.

Medisan, vol.20(no.11). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001100015

Brack, M. (2009). *La Hipertensión Arterial*. Hispano Europea.

https://books.google.com.ec/books?id=sHQmVwLBXw8C&printsec=frontcover&dq=hipertensi%C3%B3n+arterial&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=hipertensi%C3%B3n%20arterial&f=false

Caballero Ramos, M., & Herazo Cogollo, J. (2019). *Red de repositorios latinoamericanos*.

<https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3174262>

Calvache, M. (1989). *La Enfermería Sistémica*. Días de Santos S.A.

<https://books.google.com.ec/books?id=TUuRx9c5780C&pg=PA44&dq=teoria+de+si>

stemas+de+enfermeria&hl=es-

419&sa=X&ved=2ahUKEwjDzLOZ5__2AhU7KUQIHdqgCHUQ6AF6BAgGEAI#v

=onpage&q=teoria%20de%20sistemas%20de%20enfermeria&f=false

Camacho, E. V.-M. (2014). *Autocuidado de la Salud*. Guadalajara: ITESO.

[https://books.google.com.ec/books?id=DmiXBQAAQBAJ&pg=PT134&dq=autocuidado&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiYoZO05-](https://books.google.com.ec/books?id=DmiXBQAAQBAJ&pg=PT134&dq=autocuidado&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiYoZO05-z2AhU5m2oFHcHACX8Q6AF6BAgDEAI#v=onpage&q=autocuidado&f=false)

[z2AhU5m2oFHcHACX8Q6AF6BAgDEAI#v=onpage&q=autocuidado&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=DmiXBQAAQBAJ&pg=PT134&dq=autocuidado&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiYoZO05-z2AhU5m2oFHcHACX8Q6AF6BAgDEAI#v=onpage&q=autocuidado&f=false)

Castellá Creus, M. (23 de 07 de 2020). *Diposit digital Universitat de Barcelona*. Proceso de individualización del plan de cuidados estandarizado en unidades de hospitalización de agudos: <http://hdl.handle.net/2445/172820>

Chalco, N. (2019). *Epistemología en Enfermería*. Callao. Callao.

Charrier, J., & Ritter, B. (2005). *El Plan de Cuidados Estandarizados*. MASSON S,A.

https://books.google.com.ec/books?id=mtylvU30xs8C&printsec=frontcover&dq=PLANES+DE+CUIDADO+ESTANDARIZADOS+DE+ENFERMER%C3%8DA&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onpage&q=PLANES%20DE%20CUIDADO%20ESTANDARIZADOS%20DE%20ENFERMER%C3%8DA&f=false

Congreso Nacional. (27 de 05 de 2022). *Ley de Derechos y Amparo del Paciente* . Ley de Derechos y Amparo del Paciente : <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Normativa-Ley-de-Derechos-y-Amparo-del-Paciente.pdf>

Congreso Nacional del Ecuador . (18 de 12 de 2015). *Ley Orgánica de Salud*. Ley Orgánica de Salud: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>

Consejo Internacional de Enfermeras. (2017). Código deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras para la profesión de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 83-84.

Consejo Nacional de Planificación . (2017-2021). *Plan Nacional para el buen vivir*.

Constitución de la República del Ecuador. (20 de 10 de 2008). *Cancillería Ec*.

https://www.cancilleria.gob.ec/wpcontent/uploads/2013/06/constitucion_2008.pdf

Cruz, C. (2021). *Felicidad a traves del autocuidado*.

https://books.google.com.ec/books?id=tQo8EAAAQBAJ&pg=PA6&dq=autocuidado&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjTp9W9uP_2AhVysjEKHfVKD1gQ6wF6BAgHEAE#v=onepage&q=autocuidado&f=false

Díaz-Aguilar, R., Amador-Morán, R., Alonso-Uría, R., Campo-González, A., Mederon-Dueñas, M., & Oria-Saavedra, M. (2013). Evaluación del conocimiento del Proceso de Atención de Enfermería. Estudiantes de licenciatura de Enfermería. *Elsevier*, 12(1).

Elsó Gálvez, R., & Solís Carpintero, L. (17 de 06 de 2010). *Colegio Oficial de Enfermería de Madrid*. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid:

<https://www.codem.es/acuerdos/el-proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-urgencias-extrahospitalarias>

Flaño , J. (2018). *Medicina familiar de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica de Chile*. <https://medicina.uc.cl/publicacion/tratamiento-no-farmacologico-la-hipertension-arterial-esencial/>

Gallardo, A. (2008). El pensamiento crítico en enfermería. *Revista Mexicana De Enfermería Cardiológica*, pp 80-81. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2008/en083a.pdf>

García Martín , C., & Martínez Martín , M. (2007). Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. En C. García Martín, & M. L. Martínez Martín,

Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid : Ediciones Eselvier.

García Roche, R., Rodríguez Salvá, A., Díaz Piñera , A., Balcindes Acosta, S., Londoño Aguadelo , E., & Van der Stuyft, P. (2016). Intervención cognitivo-conductual en ancianos hipertensos. *scielo*, 41-48.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000100006

García, E., & Chátara , A. (2019). Conocimientos actitudes y prácticas sobre hipertensión arterial en usuarios que asisten a unidad comunitaria de salud familiar. *Biblioteca virtual en salud*, 88. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1147101>

García-Muñoz, T. (2003). El cuestionario como instrumento de investigación/evaluación. 1-28.

Gobierno Ecuatoriano. (27 de 05 de 2022). *Constitución de la República del Ecuador* .

Constitución de la República del Ecuador :

https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf

Gobierno Parroquial de Tumbabiro. (11 de 06 de 2022). *Gobierno Parroquial de Tumbabiro* .

<http://www.gadtumbabiro.gob.ec/>

Hergueta, G. (2002). *Guía de Hipertensión Arterial*. Madrid: Norma- Capitel.

https://books.google.com.ec/books?id=9g2cKWq1LPYC&printsec=frontcover&dq=hipertensi%C3%B3n+arterial&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=hipertensi%C3%B3n%20arterial&f=false

Hernandez Rodriguez, O. (2012). *ESTADÍSTICA ELEMENTAL PARA CIENCIAS SOCIALES* (3.^a ed. ed.). San José: UNIVERSIDAD DE COSTA RICA.

Hernandez Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. D.F, México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

- Hernández, Y. N., Concepción Pacheco, J. A., & Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 2-8.
- Hernández-Ledesma, Y., Fernández-Camargo, I., Henríquez-Trujillo, D., & Lorenzo-Nieves, Y. (2018). Proceso de atención de enfermería: Estrategias para la enseñanza-aprendizaje. *Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.*, 8(2):46-53.
- Hernández-Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Mc Graw-Hill.
- Higuera Dagovett, E., & Garzón de Laverde, D. (2020). Posturas de autocuidado, relaciones y significado de la hipertensión arterial. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
<http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/667>
- Howard, P. (2006). *The Owner's Manual for the Brain*. Bard Press.
- Laborarios Servier . (17 de Mayo de 2021). *El valor de cuidarte*.
<https://elvalordecuidarte.es/como-cuidar-mi-hipertension/>
- Llauradó, O. (12 de Diciembre de 2014). *netquest.com*. <https://www.netquest.com/blog/es/la-escala-de-likert-que-es-y-como-utilizarla>
- López Cárdenas, W., & Soto Mora, B. (2020). Contribuciones epistemológicas para disminuirla brecha teoría-práctica de enfermería en Colombia. *Revista Ciencia y Cuidado. Scientific Journal of Nursing*, 112-122.
<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1550>
- López Rodán, P., & Fachelli, S. (febrero de 2015). *Metodología de la Investigación Social Cuantitativa* (Edición digital: <http://ddd.uab.cat/record/129382> ed.). Barcelona: Creative Commons.
- Martínez Fajardo, E., García Valdez, R., & Álvarez Villaseñor, A. (2019). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial de un consultorio

auxiliar. *Revista virtual de la Sociedad española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)*, Vol. 8 (2), 56-61. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2019.018>

Mejía Navarro, A., Mejía Navarro, J., & Melchor Tenorio, S. (2020). Frecuencia de hipertensión arterial en personas adultas del Barrio México, Puyo, Pastaza, Ecuador. *Scielo*, vol.22 (no.2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962020000200008

Ministerio de Educación. (2017). Retrieved 28 de 09 de 2019, from Ley Orgánica de Educación Intercultural: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Ley-Organica-Educacion-Intercultural-Codificado.pdf>

Ministerio de Salud . (27 de 05 de 2022). *Código de ética* . Código de ética : http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Doc_Codi%20go_Etica.pdf.

Ministerio de Salud Pública . (2019). *Guía de Práctica Clínica(GPC)*. Quito.

Naranjo Hernández, Concepción Pacheco, & Rodríguez Larreynaga. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *scielo*.

Naranjo, Y., Concepción, J., & Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 2-11.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/espirituana/gme-2017/gme173i.pdf>

Navarra, P., & Castro, S. (Junio de 2010). *Enfermería Global*.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004#:~:text=Autocuidado%3A%20Es%20una%20conducta%20que,su%20vida%2C%20salud%20y%20bienestar.

Nuño-Solinis, R., Rodríguez, C., Koldo, P., Irune, Z., & Javier, B. (2013). Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Instituto Vasco de Innovación*

Sanitaria, 2-3.

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/gv27n4/original7.pdf

Olarte , A. (2011). Epistemological Development Nursing. *Scielo*, vol.8(no.2), 18-24.

https://doi.org/https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000200004

OMS. (2021). *Organización Mundial de la Salud*. Hipertensión:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

OMS. (25 de Agosto de 2021). *Organización Mundial de la Salud*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

Orduñez García, P., La Rosa Linares, Y., & Espinosa Brito, A. (2006). Hipertensión arterial:

Recomendaciones básicas para la prevención, detección, evaluación y tratamiento.

Rev.Enfermedades no transmisibles, 110-115.

Orem, D. (1993). Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. En D. Orem,

Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: MASSON.

Organización mundial de la salud . (11 de Enero de 2022). *Declaración política de la tercera*

reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las

enfermedades no transmisibles. [https://www.ilae.org/files/dmfile/draft-igap-](https://www.ilae.org/files/dmfile/draft-igap-spanish.pdf)

[spanish.pdf](https://www.ilae.org/files/dmfile/draft-igap-spanish.pdf)

Organización Panamericana de la Salud . (17 de Mayo de 2017). *Países de las Américas*

presentan beneficios de la iniciativa para reducir el riesgo cardiovascular mediante

el control de la hipertensión. <https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e32832aa6d2>

Organización Panamericana de la Salud . (11 de 07 de 2022). *Campus virtual de salud*

pública. Campus virtual de salud pública:

<https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/curso-virtual-actualizacion-sobre-manejo-de-la-hipertension-arterial-y-del-riesgo>

Organización Panamericana de la Salud . (11 de Julio de 2022). *Campus virtual de salud pública* . Campus virtual de salud pública :

<https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/curso-virtual-actualizacion-sobre-manejo-de-la-hipertension-arterial-y-del-riesgo>

Ortiz Galeano, I. (2007). Nivel de educación y su relación con la comprensión y aceptación de la Hipertensión Arterial (HTA) y la (DM) Diabetes Mellitus. *Scielo*, vol.42(no.1).
http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492009000100002#:~:text=La%20comprensi%C3%B3n%20en%20los%20pacientes,y%20la%20aceptaci%C3%B3n%20de%2090%25.

Pereda, M. (2010). Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Medigraphic*, 3.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>

Pérez Moreno, R. (2012). *infomed* . <https://temas.sld.cu/hipertension/category/propuestas-del-editor/>

Potter Perry. (2014). Fundamentos de Enfermería. En P. Perry, *Fundamentos de Enfermería* ((8ª ed ed.). Madrid, España: Ediciones Eselvier.

Potter, P., Perry, A., & Stockert, P. (2019). *Fundamentos de Enfermería*. España: Elsevier.

Rabines Juárez , Á. (28 de 05 de 2022). *México Documents*. México Documents:

<https://fdocuments.mx/document/factores-de-riesgo-para-el-c-onsumo-de-tabaco-en-una-poblacin-de-2004-8-16.html?page=1>

Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2018). Modelos y teorías en enfermería. *Elsevier*, 616.

Raile, M. (2014). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: GEA CONSULTORÍA EDITORIAL S.L.

https://books.google.com.ec/books?id=nlpgDwAAQBAJ&pg=PA211&dq=dorothea+orem&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwiw4Z_6pqT3AhWNSzABHdapAuAQ6AF6BAgGEAI#v=onepage&q=dorothea%20orem&f=false

Reina, N. (28 de 05 de 2022). *Umbral Científico*. Umbral Científico :

<https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>

Reyes Gómez, E. (2015). Fundamentos de Enfermería Ciencia, Metodología y Tecnología.

En E. Reyes Gómez, *Fundamentos de Enfermería Ciencia, Metodología y Tecnología* (págs. 75-92). Manual Moderno.

Rivera Álvarez, L. (2006). Capacidad de agencia de autocuidado en personas con

hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. *Scielo*, 235-247.

Salud, O. M. (2019). *WHO Consolidated Guideline*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325480/9789241550550-eng.pdf>

Sánchez Ortega , A. (2015). Efectividad de un programa de intervención psicosocial

enfermera para potenciar la agencia de autocuidado y la salud mental positiva en personas con problemas crónicos de salud. *Fundación Dialnet*.

<https://doi.org/http://hdl.handle.net/2445/101363>

Sánchez, M. (2020). *Cuidate Plus*.

<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/hipertension-arterial.html>

Santana, I. (12 de 2015). *Diseño Cuasi-experimental (pre test/post test) Aplicado a la*

Implementación de Tics en el Grado de Inglés Elemental. UASD:

[https://www.researchgate.net/publication/338165457_Disenio_Cuasi-](https://www.researchgate.net/publication/338165457_Disenio_Cuasi-experimental_pre_testpost_test_Aplicado_a_la_Implementacion_de_Tics_en_el_Grad)

[experimental_pre_testpost_test_Aplicado_a_la_Implementacion_de_Tics_en_el_Grad](https://www.researchgate.net/publication/338165457_Disenio_Cuasi-experimental_pre_testpost_test_Aplicado_a_la_Implementacion_de_Tics_en_el_Grad)

o_de_Ingles_Elemental_Caso_Universidad_Tecnologica_de_Santiago_Recinto_Santo
_Domingo_en_el_Cuatrimestre_Mayo-

Saval. (27 de 10 de 2020). *Savalnet*. <https://www.savagnet.com.py/mundo-medico/noticias/promueven-control-de-presion-arterial.html>

Secretaría Técnica Planifica Ecuador. (2017). *planificacion.gob.ec*.

<https://www.planificacion.gob.ec/plan-nacional-de-desarrollo-2017-2021-toda-una-vida/>

Suasto Gómez, W., Balserio Almario , L., Jiménez Escobar , I., Hernández Hernández , A., Chaparro Sánchez , A., & Adán Ruíz , J. (16 de Junio de 2020). *Enfermería Neurológica* .

<https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/270/300#toc>

Téllez Ortiz, S., & García Flores, M. (2012). *Modelos de Cuidados en Enfermería: NANDA, NIC y NOC*. México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES.

Terán Escobar, N. M., & Román Huera , C. K. (22 de 07 de 2020). *El proceso de atención de Enfermería desde la formación a la práctica. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito- 2019*. Repositorio Digital Universidad Técnica del Norte:

<http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/10464>

Vargas Cortez, M., & Acosta Ríos, M. (2020). El autocuidado del paciente con hipertensión arterial: un reto para la enfermería moderna. *REVISTA INTERNACIONAL DE CUIDADOS DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA*, v.16.

<http://ciberindex.com/index.php/ec/article/view/e12977/e12977>

Vega, O., & Gonzalez, D. (2007). *Teoría del Déficit de Autocuidado*.

<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/919/867>

Vega-Michel, C., & Camacho, E. (2019). *Autocuidado de la Salud II*. México: El Manual Moderno S.A de C.V.

[https://books.google.com.ec/books?id=NR59DwAAQBAJ&pg=PT12&dq=autocuida](https://books.google.com.ec/books?id=NR59DwAAQBAJ&pg=PT12&dq=autocuidado&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiYoZO05-)

[do&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiYoZO05-](do&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwiYoZO05-z2AhU5m2oFHcHACX8Q6AF6BAgIEAI#v=onepage&q=autocuidado&f=true)

Vele Baculima, S., & Veletanga León, D. (2015). *Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería de las Enfermeras/os, que laboran en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso*. Repositorio Institucional Universidad de Cuenca:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23234>

Velez, L. (2015). *academia.edu*. academia.edu:

https://www.academia.edu/18544751/PARADIGMAS_Y_META_PARADIGMAS

Apéndice

Apéndice A. Consentimiento Informado

Apéndice B. Cuestionario



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE



Facultad de
Postgrado

UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 173-SE-33-CACES-2020

INSTITUTO DE POSGRADO

Título de la investigación: “Eficacia de las intervenciones de enfermería enfocadas en potenciar el autocuidado de pacientes hipertensos que acuden al centro de salud Tumbabiro 2022”.

Institución/e: Universidad Técnica del Norte.

Investigadores: Cinthya Katherinne Román Huera

Objetivo de la investigación: Determinar Eficacia de las intervenciones de enfermería enfocadas en potenciar el autocuidado de pacientes hipertensos del centro de salud Tumbabiro.

Instrucciones: A continuación, se le presenta una serie de preguntas, marque con una X o encierre con un círculo la respuesta según corresponda:

Datos Sociodemográficos

1. Género:

Masculino

Femenino

2. Edad: _____

3. Instrucción Académica

a) Ninguna b) Primaria c) Secundaria d) Superior

4. Ocupación:

a) Empleado b) Desempleado c) Independiente d) Jubilado

5. Estado civil

b) Soltero b) Casado c) Divorciado d) Unión libre e) Viudo

6. Cuidador

c) Conyugue b) Hijo/a c) Padre o Madre d) otro familiar e) nadie

7. Red de apoyo

d) Grupo hospitalario b) Grupo religioso c) Grupo social d) ninguno

Capacidad de autocuidado

Instrucciones de uso: con estos enunciados se busca describir la forma habitual en la que usted se relaciona consigo mismo. Marque con una X el número que corresponda al grado que mejor se adecue a su realidad, no existe respuesta buena o mala.

	ITEMS	Nunca 1	Casi Nunca 2	A Veces 3	Casi Siempre 4	Siempre 5
1	Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado					
2	Invierto tiempo en mi propio cuidado					
3	Considero importante realizar Ejercicio					
4	Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad					
5	Considero que conozco como actúan las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial					
6	Cuando inicio un nuevo medicamento solicito al profesional de enfermería me proporcionen información necesaria de la correcta Administración					
7	Considero que la cantidad máxima de					

	sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son 2 cucharaditas de sal					
	Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas					
	Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes					
0	Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad					
1	Camino diariamente como mínimo 30 Minutos					
2	Realizo cambios según las necesidades, para mantener la salud y maneja adecuadamente la enfermedad					
3	Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado					
4	Evaluó si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia					
	Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas,					

5	fibra y baja en Grasa					
6	He tenido dificultades con el acceso a las consultas, controles y adquisición de medicamentos					
7	Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual					
TOTAL						

Niveles Capacidad Agencia de Autocuidado

Baja capacidad: 17-28

Media capacidad: 29-56

Alta capacidad: 57-85

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Apéndice C. Intervenciones de enfermería

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADOS ENFOCADOS AL PACIENTE HIPERTENSO

PATOLOGÍA, NECESIDAD/RESPUESTA/PROBLEMA: HIPERTENSIÓN ARTERIAL		UNIDAD: CENTRO DE SALUD TUMBABIRO	ESTRATEGIA: PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.	GRUPO: PACIENTES HIPERTENSOS
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
<p>Dominio: 5. Percepción/cognición</p> <p>Clase: 4. Cognición</p> <p>(00126) Conocimientos deficientes</p> <p>m/p Comportamientos inapropiados, conocimiento insuficiente,</p>	<p>Dominio: (IV)</p> <p>Conocimiento y conducta de salud</p> <p>Clase: (GG) Conocimiento sobre su condición de salud.</p>	<p>(183701) Rango normal de presión arterial sistólica.</p> <p>(183702) Rango normal de presión arterial diastólica.</p>	<p>(5602) Enseñanza: proceso de enfermedad.</p>	<p>-Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.</p> <p>-Reconocer el conocimiento del paciente sobre su afección.</p> <p>-Proporcionar información acerca de la enfermedad, según corresponda.</p> <p>-Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser</p>

<p>Seguimiento incorrecto de las instrucciones.</p> <p>r/c Información insuficiente, interés deficiente en el aprendizaje.</p>	<p>1837 conocimiento: control de la hipertensión.</p>			<p>necesarios para evitar futuras complicaciones o controlar el proceso de enfermedad.</p> <p>-Describir el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento.</p> <p>-Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, según corresponda.</p> <p>-Explorar recursos/apoyos posibles, según sea el caso.</p> <p>-Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados.</p>
---	--	--	--	--

		(183709) Uso correcto de la medicación prescrita.	(5616) Enseñanza: medicamentos prescritos.	<ul style="list-style-type: none">-Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas de los medicamentos.-Informar al paciente acerca tanto el nombre genérico como del comercial.-Instruir al paciente acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento.-Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo.-Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.
--	--	---	--	--

		(183721) Dieta prescrita.	(5614) Enseñanza: dieta prescrita.	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluar el nivel actual del paciente de los conocimientos acerca de la dieta prescrita. -Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general. -Informar al paciente sobre los alimentos permitidos y prohibidos. -Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo sanitario. -Proporcionar los planes de comidas por escrito, según corresponda.
Elaborado por: Lcda. Cinthya Román				Fecha: 05/12/2021

PATOLOGÍA, NECESIDAD/RESPUESTA/PROBLEMA: HIPERTENSIÓN ARTERIAL		UNIDAD: CENTRO DE SALUD TUMBABIRO	ESTRATEGIA: PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES.	GRUPO: PACIENTES HIPERTENSOS
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
<p>Dominio: 4. Actividad/reposo</p> <p>Clase: 4. Respuestas cardiovasculares/pulmonares</p> <p>(00200) Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca</p> <p>r/c Hipertensión, conocimiento insuficiente sobre los</p>	<p>Dominio: (IV) Conocimiento y conducta de salud.</p> <p>Clase: (T) Control del riesgo.</p> <p>1914 control del riesgo: enfermedad cardiovascular.</p>	<p>(191419) Identifica los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular.</p>	<p>(6610) Identificación de riesgos.</p>	<p>-Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores.</p> <p>-Determinar la disponibilidad y calidad de recursos (psicológicos, económicos, nivel educativo, familia y otros recursos sociales y comunidad.</p> <p>-Identificar los recursos del centro para ayudar</p>

<p>factores modificables, Hiperlipidemia, Taponamiento cardiaco, Elevación de la proteína C reactiva, Espasmo de la arteria coronaria.</p>				<p>a disminuir los factores de riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual. -Determinar el estatus de las necesidades de la vida diaria. -Determinar los recursos comunitarios adecuados para cubrir las necesidades vitales y de salud básicas. -Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería.
--	--	--	--	---

				<p>-Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.</p> <p>-Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo.</p> <p>-Aplicar las actividades de reducción del riesgo.</p> <p>-Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades de reducción del riesgo.</p>
		(191404) Controla la presión arterial.	(4150) Regulación hemodinámica.	-Realizar una evaluación exhaustiva del estado hemodinámico

				<p>(comprobar la presión arterial, frecuencia cardiaca, pulsos, presión venosa yugular, presión venosa central, presiones auriculares y ventriculares izquierdas y derechas, así como presión de la arteria pulmonar), según corresponda.</p> <p>-Aliviar las preocupaciones de los pacientes proporcionando una información precisa y corrigiendo cualquier idea errónea.</p> <p>- Explicar la finalidad de los cuidados y el modo en el que se medirán los progresos.</p>
--	--	--	--	---

				<p>-Reconocer la presencia de signos y síntomas procesos de alerta indicativos de un compromiso del sistema hemodinámico.</p> <p>-Monitorizar los efectos de la medicación.</p> <p>-Observar si hay edema periférico, distensión de la yugular y sonidos cardiacos, disnea, ganancia de peso, así como distensión de órganos sobre todo en los pulmones o el hígado.</p>
		(191408) Sigue dieta cardiosaludable.	(1160) Monitorización nutricional.	-Obtener medidas antropométricas de la composición corporal (índice de masa corporal, medición de

				<p>la cintura y medición de los pliegues cutáneos).</p> <p>-Realizar pruebas de laboratorio y monitorizar los resultados (colesterol, albumina sérica, transferrina, prealbúmina, nitrógeno en orina 24 horas, nitrógeno ureico en la sangre, creatinina, hemoglobina, hematocrito, inmunidad celular, recuento total de linfocitos y nivel de electrolitos).</p> <p>-Determinar los factores que afectan a la ingesta nutricional (conocimiento, disponibilidad y accesibilidad de productos alimenticios de calidad en todas las categorías de</p>
--	--	--	--	--

				alimentos, influencias religiosas y culturales, sexo, capacidad de preparar los alimentos).
		(191415) Hace ejercicio con regularidad.	(0200) Fomento del ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluar las creencias de salud del individuo sobre el ejercicio físico. -Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios. -Explorar los obstáculos para el ejercicio. -Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. -Ayudar al individuo a establecer las metas a corto y

				<p>largo plazo del programa de ejercicios.</p> <p>-Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.</p> <p>-Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios.</p> <p>-Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.</p> <p>-Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud, en colaboración con el médico y/o el fisioterapeuta.</p>
--	--	--	--	--

				<p>-Instruir al individuo acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas del programa de ejercicio.</p> <p>-Enseñar al individuo técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio físico.</p>
		(191424) Utiliza los recursos comunitarios para reducir el riesgo cardiovascular.	(5440) Aumentar los sistemas de apoyo.	<p>-Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.</p> <p>-Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo no utilizados o infrautilizados.</p> <p>-Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.</p>

				<p>-Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.</p> <p>-Remitir a programas comunitarios de prevención o tratamientos, según corresponda.</p>
Elaborado por: Lcda. Cinthya Román				Fecha: 05/12/2021

Apéndice D. Cronograma de actividades

Fecha	Hora	Lugar de realización	Intervención propuesta	Actividades	Materiales	Responsable
25/11/2021	9:00 – 11:00	Centro de salud Tumbabiro	Levantamiento de información	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del proyecto. • Firma del consentimiento informado. • Llenado del pretest • Refrigerio • Entrega de canastas de alimentos por parte del GAD TUMBABIRO Y MIES. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formularios de consentimiento informado (previsto para 148 personas). • Formularios de la escala para medir la capacidad de autocuidado (previsto para 148 personas). • Esferos, apoya manos, almohadilla dactilar. 	Lcda. Cinthya Román.
1/12/2021 al 15/12/2022	Indefinido	Indefinido	Elaboración de las intervenciones de enfermería basadas en los resultados.	<ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento y análisis de la información. • Determinar las intervenciones a realizarse acorde a los resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Computador • Formato PLACE • Libros NANDA NOC y NIC. 	Lcda. Cinthya Román

20/01/20 22	8:00 – 10:00 10:30– 12:00 14:00– 16:00	Centro de salud Tumbabiro	(5602) Enseñanza: proceso de enfermedad. (5616) Enseñanza: medicamentos prescritos. (5614) Enseñanza: dieta prescrita.	<ul style="list-style-type: none"> • Discusión dirigida • Tormenta de ideas • Refrigerio • Entrega de canastas de alimentos por parte del GAD TUMBABIRO Y MIES. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material didáctico para explicación. 	Lcda. Cinthya Román
15/02/20 22	8:00 – 10:00 10:30– 12:00 14:00– 16:00	Centro de salud Tumbabiro	(6610) Identificación de riesgos. (4150) Regulación hemodinámica.	<ul style="list-style-type: none"> • Discusión dirigida • Tormenta de ideas • Refrigerio • Entrega de canastas de alimentos por parte del GAD TUMBABIRO Y MIES. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material didáctico para explicación. 	Lcda. Cinthya Román
18/03/20 22	8:00 – 10:00 10:30– 12:00 14:00– 16:00	Centro de salud Tumbabiro	(1160) Monitorización nutricional. (0200) Fomento del ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de medidas antropométricas y signos vitales. • Bailoterapia. • Discusión dirigida • Refrigerio • Entrega de canastas de alimentos por parte del GAD TUMBABIRO Y MIES. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de toma de signos vitales. • Parlante • Material didáctico para explicación. 	Lcda. Cinthya Román

21/04/20 22	8:00 – 10:00 10:30– 12:00 14:00– 16:00	Centro de salud Tumbabiro	(5440) Aumentar los sistemas de apoyo.	<ul style="list-style-type: none"> • Discusión dirigida • Tormenta de ideas • Refrigerio • Entrega de canastas de alimentos por parte del GAD TUMBABIRO Y MIES. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material didáctico para explicación. 	Lcda. Cinthya Román
18/05/20 22	14:00 – 16:00 pm	Centro de salud Tumbabiro	Levantamiento de información	<ul style="list-style-type: none"> • Llenado del post test • Agradecimiento • Refrigerio • Entrega de canastas de alimentos por parte del GAD TUMBABIRO Y MIES. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formularios de la escala para medir la capacidad de autocuidado (previsto para 148 personas). • Esferos, apoya manos. 	Lcda. Cinthya Román

Apéndice E. Operacionalización de variables

• Objetivo 1: Describir las características sociodemográficas de la población en estudio.								
Variables	Definición Conceptual	Dimensiones Operacionales	Definición operacional	Indicador	Escala	Tipo de variable	Técnica	Instrumento
	Son el conjunto de características biológicas, socioeconomicoculturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser	Edad (años)	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la aplicación del instrumento.	Años cumplidos	a) < 24 b) 25 – 35 c) 36 – 44 d) 55 – 60 f) > 61	Cuantitativa Discreta	Encuesta	Cuestionario

Características Sociodemográficas	medidas (Rabines Juárez, 2022).	Género	Construcción social de la diferencia sexual.	Autorreconocimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Cualitativa Nominal	Encuesta	Cuestionario
		Instrucción Académica	Nivel de estudios realizados o en curso, por una persona.	Escolaridad	<ul style="list-style-type: none"> a) Ninguna b) Primaria c) Secundaria d) Superior 	Cualitativa Ordinal	Encuesta	Cuestionario
		Ocupación	Actividad desempeñada para obtener remuneraciones	Tipo de actividad económica	<ul style="list-style-type: none"> a) Empleado b) Desempleado c) Independiente d) Jubilado 	Cualitativa Nominal	Encuesta	Cuestionario
		Estado civil	Conjunto de condiciones de	Situación Jurídica	<ul style="list-style-type: none"> a) Soltero b) Casado 	Cualitativa Nominal	Encuesta	Cuestionario

			una persona física, que determinan su situación jurídica y le otorgan un conjunto de derechos y obligaciones.		c) Divorciado d) Unión Libre e) Viudo			
		Cuidador	Persona que asiste a otra persona que necesita ayuda para cuidar de sí misma.	Persona Encargada del cuidado	a) Conyugue b) Hijo/a c) Padre o Madre d) Otro Familiar e) Nadie	Cualitativa Nominal	Encuesta	Cuestionario
		Red de apoyo	Es una estructura que brinda soporte a las personas	Ayuda Social	a) Grupo hospitalario b) Grupo religioso c) Grupo social	Cualitativa Nominal	Encuesta	Cuestionario

			sobre un área determinada y representa un elemento muy importante de bienestar para la persona que lo necesita y genera un gran impacto en su calidad de vida.		d) Ninguno			
--	--	--	--	--	------------	--	--	--

• Objetivo 2: Identificar la capacidad de autocuidado de los pacientes con trastornos hipertensivos.								
Capacidad de agencia de autocuidado	El autocuidado es la capacidad que posee la persona para cuidar de sí mismo, haciendo uso de la razón para comprender su estado de salud, su	Capacidades fundamentales y disposición de autocuidado.	Consisten en habilidades básicas del individuo.	*Percepción *Memoria *Orientación	Escala Likert 1.- Nunca 2.- Casi nunca 3.-Algunas veces 4.-Casi siempre 5.-Siempre	Cualitativa Nominal	Encuesta	Cuestionario
	habilidad y capacidad para tomar decisiones con el fin de mantener la salud y el bienestar en óptimas condiciones.	Componentes de poder (capacidades que facilitan el autocuidado).	Son capacidades específicas que se relacionan con la habilidad del individuo para comprometerse en el autocuidado, la valoración de la salud, energía y	*Motivación *Adquisición de conocimiento				

			conocimiento del autocuidado.					
		Capacidad para operaciones de autocuidado.	Son las habilidades del ser humano más inmediatas.	*Toma de decisiones y la construcción de las acciones de autocuidado.				

• Objetivo 3: Evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería aplicadas a los pacientes hipertenso que acuden al centro de salud Tumbabiro.								
Eficacia de la aplicación de los planes estandarizados de enfermería.	Efecto que resulta de una acción o un proceso de enseñanza (Reina, 2022)	Nivel de capacidad de autocuidado post test	Conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.	Pretest y post test	Baja Capacidad: 17-28 Media Capacidad: 29-56 Alta Capacidad: 57-85	Cuantitativa Continua	Encuesta	Cuestionario

Apéndice F. Galería Fotográfica

