



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

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

TRABAJO DE TITULACIÓN

Factores de afrontamiento afectados en el adulto diabético. Distrito Chambo-Riobamba.

Organización de cuidados paliativos según taxonomía NANDA-I

Autoras:

Selena Mercedes López Miranda

Susana Monserrath Zavala Ramírez

Tutora:

Lcda. Cielito del Rosario Betancourt Jimbo MsC

Riobamba- Ecuador

Año 2019

ACEPTACIÓN DE TRIBUNAL

CERTIFICACIÓN

Mediante la presente los miembros del tribunal de graduación del proyecto de investigación: **Factores de afrontamiento afectados en el adulto diabético. Distrito Chambo-Riobamba. Organización de cuidados paliativos según taxonomía NANDA-I**, realizado por las señoritas Selena Mercedes López Miranda, Susana Monserrath Zavala Ramírez y dirigido por: MsC. Cielito del Rosario Betancourt Jimbo.

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

Riobamba, febrero 2019

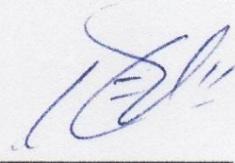
MsC. Luz María Lalón Ramos
PRESIDENTE FIRMA



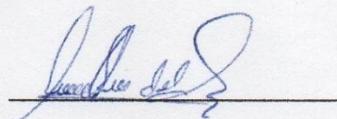
PhD. Carlos Gafas González
MIEMBRO DEL TRIBUNAL FIRMA



PhD. Katuska Figueredo Villa
MIEMBRO DEL TRIBUNAL FIRMA



MsC. Cielito del Rosario Betancourt Jimbo
TUTORA FIRMA



CERTIFICADO DE LA TUTORA

Yo, Cielito del Rosario Betancourt Jimbo, con número de C.I.: 1102463138, tutora del presente trabajo de investigación, hago constar que he leído el proyecto de investigación de las señoritas Selena Mercedes López Miranda C.I. 060556343-6 y Susana Monserrath Zavala Ramírez, con C.I. 060432832-8, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, he asesorado el proyecto de investigación: **Factores de afrontamiento afectados en el adulto diabético. Distrito Chambo-Riobamba. Organización de cuidados paliativos según taxonomía NANDA-I**, periodo octubre 2018 –marzo 2019, durante el desarrollo del trabajo.

Por lo que certifico que se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.

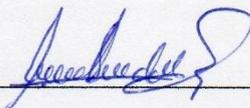
Riobamba, 28 de enero del 2019

Selena Mercedes López Miranda

Susana Monserrath Zavala Ramírez

C.I. 060556343-6

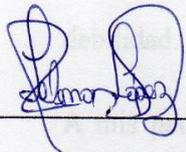
C.I. 060432832-8



Lcda. Cielito Betancourt Jimbo MsC.

DERECHOS DE AUTORÍA

Nosotras, Selena Mercedes López Miranda C.I. 060556343-6 y Susana Monserrath Zavala Ramírez, con C.I. 060432832-8, por la presente nos declaramos ser responsables del contenido de este proyecto de investigación y los derechos de autoría le pertenecen exclusivamente a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Selena Mercedes López Miranda

C.I. 060556343-6



Susana Monserrath Zavala Ramírez

C.I. 060432832-8,

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento a Dios por brindarme sabiduría y conocimiento en la culminación de mis estudios, A mis padres Luis Zavala y Graciela Ramírez, hijos, hermanos, sobrinos por el apoyo incansable de ayuda y soporte durante mi formación académica para llegar con éxito al final de mi carrera.

Agradezco a la Universidad Nacional de Chimborazo por ser fuente de saber y brindarme conocimientos que sirvieron para formarme como excelente profesional.

A mi estimada tutora MsC. Cielito Betancourt que ha sido mi guía esencial con sus consejos para elaboración de este proyecto. A todas mis docentes que compartieron sus conocimientos, experiencias, su paciencia y consejos que son parte de mi vida.

A mi amigo incondicional DP que fue mi pilar para continuar, a mis amigas que compartieron momentos invaluables en este camino, con sus risa y locuras.

Susy

A Dios por bendecir mi vida, por guiarme y brindarme la sabiduría a lo largo de mi carrera, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad.

A mis padres Luis y Patricia, hermanos, esposo e hijo por ser una parte fundamental en esta etapa de mi vida, por confiar y creer en mí, durante mi formación académica y poder culminar con éxito.

A la Universidad Nacional de Chimborazo por ser la sede de todo el conocimiento adquirido en estos años; a mi tutora Lcda. Cielito Betancourt quien ha guiado con su paciencia, y su rectitud como docente, para el desarrollo de la investigación.

A mis amigas con las que compartí experiencias, alegrías, tristezas fuera y dentro de las aulas, gracias por el apoyo y por los momentos vividos.

Selena López

DEDICATORIAS

Dedicó este trabajo a mi papi que es mi ángel que siempre permanecerá en mi corazón y guió mi camino con valores y amor, a mi mami por ayudarme a levantar en mis caídas y darme fuerza para luchar en cada reto propuesto, a mis hermanos por ser mi soporte incondicional, y permanencia durante mi vida, a mis hijos Valentina y Josué que son mi apoyo y llenan mi vida con alegrías y travesuras, gracias a mi familia por estar junto a mí.

A Dios, por brindarme la salud y sabiduría, por ser el inspirador y darme fuerza para culminar uno de los anhelos más deseados; a mis padres, por el apoyo incondicional que me han dado, porque a pesar de mis tropiezos siempre han estado ahí, con un abrazo, un consejo que me impulsaron para continuar con pie firme la meta trazada; a mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo moral, que me brindaron a lo largo de esta etapa, finalmente a mi esposo e hijo que con su amor y su compañía me han apoyado, mis sacrificios también fueron de ellos, son mi inspiración de ser mejor cada día y de cumplir el sueño de ser Licenciada en Enfermería.

Selena López

ÍNDICE

ACEPTACIÓN DE TRIBUNAL	II
CERTIFICADO DE LA TUTORA	III
DERECHOS DE AUTORÍA	IV
AGRADECIMIENTOS	V
DEDICATORIAS.....	VI
RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT	IX
INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	5
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.....	6
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	14
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	19
CUIDADOS	26
CONCLUSIONES.....	35
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	36
ANEXOS	46

RESUMEN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que prevalece en la edad adulta y afecta al individuo en las esferas físicas, sociales, culturales y emocionales, debido a los cambios de salud modificados a lo largo de la vida. El objetivo de la investigación realizada fue de armonizar las acciones de cuidados paliativos en adultos diabéticos con factores de afrontamiento y adaptación afectados, según la taxonomía NANDA-I. El estudio fue de tipo descriptivo transversal, la población estuvo conformado por 183 pacientes con diagnóstico diabetes mellitus, que asisten a las Unidades de Salud del Distrito Chambo-Riobamba. La información se recopilada por medio del instrumento aplicado en el proyecto cuidados paliativos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, período agosto septiembre 2018. En relación a los resultados se identificó en el factor recursivo y centrado, reacciones físicas y enfocadas y proceso de alerta, se conservó alta capacidad de afrontamiento. Mientras que el de procesamiento sistemático con el 55.7% y el de conocer y relacionarse con el 51.4 % resultaron con baja capacidad de adaptación a la enfermedad. Demostrando que los pacientes fueron afectados en las estrategias personales y físicas, sin saber cómo recurrir a si misma o a otros usando la memoria y la imaginación frente a situaciones de estrés. Además, se consideró los ítems afectados de cada factor. Los que permitieron la articulación de los cuidados paliativos con los Diagnósticos Enfermeros: Clasificación y definiciones, Clasificación de Intervenciones de Enfermería y Clasificación de resultados de Enfermería.

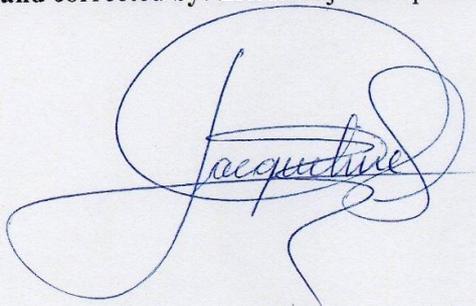
Palabras clave: afrontamiento, adaptación, taxonomía, cuidados paliativos.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a chronic disease that prevails in adulthood and affects an individual in their physical, social, cultural and emotional spheres, due to health changes. Actually, it is modified throughout their lives. The objective of the research was to harmonize some palliative care actions in diabetic adults through affected factors, coping and adaptation based on NANDA-I taxonomy. The study involved a cross-sectional descriptive type. The population consisted of 183 patients who were diagnosed with diabetes mellitus. They attended Unidades de Salud del Distrito Chambo-Riobamba. The information was collected through the instrument applied in the project palliative care in patients with chronic noncommunicable diseases, August August 2018. Regard of results, the focused and recursive factor was identified, physical and focused reactions and the alert process, high coping capacity was maintained. While the systematic processing with 55.7% and knowing and relating to 51.4% resulted with low capacity to adapt to the disease. Demonstrating that patients were affected in personal and physical strategies, without knowing how to resort to themselves or others using memory and imagination in situations of stress. In addition, the affected items of each factor were considered. Those that allowed the articulation of the palliative care with the Nursing Diagnoses: Classification and definitions, Classification of Nursing Interventions and Classification of nursing results.

Keywords: coping, adaptation, taxonomy, palliative care.

Reviewed and corrected by: Lic. Armijos Jacqueline, MsC.



INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional ha ido aumentando, motivo por el cual se estima que para el siglo XXI toda persona tendrá un tipo de enfermedad crónica no transmisible (ECNT), la enfermedad crónica es un acontecimiento que involucra al individuo, familia y comunidad, además se enfrentan a las alteraciones de tipo físico, psicológico, social y espiritual,⁽¹⁾ lo que provoca la necesidad de saber cómo convivir con ella, la educación al individuo, familia y comunidad en la prevención de estas enfermedades. Es importante la valoración de las condiciones de vida, la participación social y el estrés que mantiene el individuo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), junto con los profesionales de distintas regiones; han centrado su preocupación desde hace algunos años en los cambios en la salud de la población mundial generados por enfermedades, que se han venido expandiendo de manera rápida y han cambiado el perfil epidemiológico de países y grandes estratos sociales.⁽²⁾

Las ECNT se ubican entre las primeras causas de morbimortalidad a nivel mundial, manifiestan larga duración y evolución lenta. En la actualidad se reconocen como un problema de salud pública que afecta a la población a nivel internacional y nacional.^(2,3) Estas enfermedades están ligadas a los cambios en los hábitos y comportamientos de la población, causas que en su mayoría prevenibles. Además, se debe a factores de riesgo modificables, a los que se expone el individuo durante el ciclo de vida, como la inadecuada alimentación, sedentarismo, estrés y hábitos tóxicos.⁽⁴⁾

De acuerdo con la OMS la Diabetes Mellitus (DM), es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce suficiente o no utiliza eficazmente la insulina que origina, esta enfermedad según su historia se manifiesta en el organismo en tres etapas: la primera se dice que aparece veinte años antes del cuadro clínico en la que predomina la resistencia a la insulina, en la segunda la capacidad secretora de las células B disminuyen y por último esta capacidad baja paulatinamente, se incluye también la clasificación de esta enfermedad en cuatro tipos: primero diabetes tipo 1, seguido del diabetes tipo 2, luego otros tipos de diabetes y al final diabetes gestacional;⁽⁵⁾ también es la patología altamente prevalente y compleja, que genera respuestas humanas que alteran las necesidades fisiológicas, psicológicas, sociales, económicas y espirituales, favoreciendo el deterioro de la calidad de vida del individuo y limitando su autonomía.^(6,7)

La DM es una de las ECNT que se ha transformado en un problema para los sistemas de salud a nivel mundial y local, debido a las complicaciones que produce, relacionada con altos costos para el paciente, familia y las instituciones de salud. Según la Federación Internacional de Diabetes (FDI) en el 2017 se identificaron 425 millones de personas con diabetes en el mundo edades comprendidas de 20 a 79 años, se estima para el 2045 habrá 629 millones de personas con la enfermedad. Se puede señalar que la Diabetes Mellitus tipo 2 (DT2) aumenta la demanda de servicios ambulatorios y hospitalarios elevando los costos para la economía de las instituciones de salud, las familias y principalmente la persona que la padece.^(7,8,9)

El Ecuador no escapa de este fenómeno y afronta un proceso de transición epidemiológica por el ascenso en la prevalencia de las ECNT, las que se relacionan con los cambios demográficos evidenciado por el aumento del envejecimiento en la población, que ha permitido establecer el Plan Estratégico Nacional para la prevención y control de estas enfermedades y los factores de riesgo especialmente en el primer nivel de atención.⁽⁴⁾ De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) del Ecuador, refiere que la diabetes fue la segunda causa de muerte en el año 2016 con 4.906 fallecidos, mientras que en el 2017, registrando 3.292 muertes, situándose como la primera causa de mortalidad en la población femenina que la masculina, en 2016 hubo 2.628 mujeres a diferencia de 2.278 que fue la cifra de hombres fallecidos.⁽¹⁰⁾ En la Provincia de Chimborazo, según datos de la Dirección Nacional de Estadísticas y análisis de información de salud (DNEAIS) 2015, la DM ocupó el segundo lugar de mortalidad, con 86 personas lo que equivale a un 3.93 %. En el Distrito de Salud Chambo-Riobamba se reportaron 64 personas lo que equivale a un 4.83%.⁽¹¹⁾

En relación con la DM es necesario identificar el tipo de afrontamiento que tiene la persona, para relacionar con el manejo de la enfermedad, tratamiento y estado emocional, luego reconocer como se adapta al cambio. Según la OMS en el proceso de afrontamiento, el individuo proyecta necesidades en tres dimensiones: a nivel biológico, psicológico y social. Identificando que el afrontamiento son acciones que mantienen los individuos para controlar las demandas internas y externas que nacen de la enfermedad.⁽¹²⁾ Otro punto es la adaptación que es la dinámica entre la persona y la circunstancias, este proceso en la enfermedad crónica atraviesa por procesos de retraso que dependerá de los cambios en la enfermedad y las respuestas individuales.⁽¹³⁾ Además se debe tomar en cuenta las estrategias de afrontamiento; que son reacciones que incluyen conductas, pensamientos con el objetivo

de adaptarse al problema de salud, la adherencia al tratamiento y el cambio en el estilo de vida. El mismo puede presentarse de forma saludable o provocar daños en el ambiente del paciente en relación con su enfermedad. En este proceso el profesional de Enfermería desempeña un rol fundamental como parte del equipo de salud y debe brindar acciones basadas en modelos y teorías, que mejoren la condición inicial del individuo.⁽¹⁾

Callista Roy en su modelo de adaptación que surgió mientras trabajaba en el servicio de pediatría al ver como los niños tenían la capacidad de recuperación y adaptación a los cambios fisiológicos y psicológicos frente a las enfermedades, presentado por primera vez en 1970 que contiene modos de adaptación en los que interactúa la función fisiológica, autoconcepto, función de rol e independencia, también contiene cinco elementos: el paciente, meta de enfermería, salud, entorno y dirección de las actividades enfermeras. En el 2004, Roy desarrolló la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación con el fin de identificar la manera que utiliza las habilidades cada individuo para controlar las situaciones que le ocasionan estrés y ayudar su adaptación.^(14,15,16)

Las intervenciones de Enfermería y acciones de cuidados paliativos (CP), están encaminadas a mejorar las conductas de afrontamiento y adaptación, de tal forma que contribuya al mantenimiento y mejora de la salud de los pacientes.⁽¹⁷⁾ Asimismo, estas acciones posibilitan modificar las condiciones ambientales en el domicilio, manejar situaciones relacionadas con la DM mediante el equilibrio emocional; así como mantener las relaciones sociales y una autoimagen lo más positiva posible.⁽¹⁸⁾ Para su cuidado debe ser un equipo multidisciplinario que trate con pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del mismo, sus familiares y amigos, aliviando el sufrimiento a través de la identificación temprana de las necesidades, la evaluación y el tratamiento correcto del dolor y otros síntomas.⁽¹⁹⁾

Según Guevara, Santos y Paz, consideran que las estrategias implementadas en los pacientes de DM sirven para modificar el estilo de vida y favorecer el autocuidado, también son herramientas que le permitan al equipo multidisciplinario de salud tomar la mejor decisión clínica para alcanzar las metas de control glucémico y metabólico reflejándose en una atención médica sistematizada.⁽²⁰⁾ El personal de Enfermería del primer nivel de atención debe reconocer los factores de afrontamiento afectados en los adultos diabéticos, lo que permitirá garantizar el cuidado paliativo individualizado, a nivel familiar y comunitario de manera óptima y efectiva, considerando a la persona como un ser holístico.⁽²¹⁾ Igualmente la

Enfermera/o miembro del equipo multidisciplinario de CP, debe proporcionar cuidados de acuerdo a la necesidad identificada, mediante la utilización del lenguaje estandarizado reconocido por American Nurses Association (ANA), los diagnósticos desarrollados por la Nursing Diagnoses: Definitions y Clasification (NANDA), la Nursing Interventions Classification (NIC) y los Nursing Outcomes Classification (NOC), las que propician el desarrollo del plan de cuidado, herramienta utilizada en la práctica asistencial.⁽²²⁾

OBJETIVOS

General

- Armonizar las acciones de cuidados paliativos en adultos diabéticos con factores de afrontamiento y adaptación afectados, según la taxonomía NANDA- I.

Específicos

- Determinar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes diabéticos.
- Identificar los factores de afrontamiento y adaptación afectados en la población de estudio.
- Articular las acciones de cuidados paliativos en adultos diabéticos según factores de afrontamiento y adaptación afectados y taxonomía NANDA- I.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

Fundamentos teóricos de los factores de afrontamiento y adaptación en adultos con diagnóstico de Diabetes Mellitus

El paciente con DM requiere adaptarse a demandas como la dieta, ejercicio, medicamentos orales o aplicación de insulina, vigilancia regular de la glucosa capilar y revisión constante por el equipo de salud; Las acciones diarias de la vida hacen que el ser humano experimente diferentes estresores ambientales de forma inconsciente a situaciones que representan un peligro para la integridad.^(1,18,23)

El proceso de transición de las ECNT afecta a lo emocional y no solo físicamente, este se asemeja al duelo, en donde el individuo atraviesa etapas como la negación resultante del conocimiento del diagnóstico, lo que produce falta de conciencia de la patología en el momento, después la ira en donde se enfada por su nueva realidad, y comienza a pensar que esta durara toda la vida, además siente incomprensión y rechazo a la ayuda de los demás, a más de aparecer interrogantes sin respuestas. Luego comienza la fase de la culpa que es dirigida hacia otros actores buscando culpables externos, y por último la aceptación, en que el estado de ánimo se encuentra en equilibrio, y es momento de tomar decisiones en relación a la enfermedad que mejore su condición de vida actual.⁽²⁴⁾

En relación a las ECNT la DM, es la de mayor prevalencia, definida como una enfermedad crónica que inicia con un desorden metabólico de variadas causas, alterando funciones del metabolismo en los hidratos de carbono y grasas, caracterizado por la hiperglucemia persistente. Según la OMS se clasifica en cuatro tipos; DM tipo 1, tipo 2, otros tipos de diabetes y la DM gestacional, estos se definen de la siguiente manera. DM tipo 1 llamado insulino dependiente en donde las células beta del páncreas se dañan y no producen eficiente insulina, DM tipo 2 relacionado a los factores ambientales como la alimentación y obesidad DM gestacional provocado por la gestación, que provoca daño en el recién nacido. Los otros tipos de diabetes son enfermedades pancreáticas y endocrinopatías En cada tipo la respuesta a la enfermedad varía de acuerdo al individuo.^(2,8)

Al principio del diagnóstico de DM el paciente llega a mostrar cambios que demandan aspectos físicos, psicológicos y emocionales manifestando sentimientos de ansiedad, coraje y frustración; lo que provoca complicaciones agudas o crónicas, que predisponen a la falta de conocimiento sobre su condición de salud y no poder adaptarse a un estilo de vida saludable.⁽²⁶⁾ Para esto es importante definir al afrontamiento como respuesta adaptativa o

esfuerzos cognitivos y conductuales, para mantener un estado de equilibrio, entre las necesidades internas y exigencias del entorno.⁽¹⁸⁾

El impacto que genera la DM es una reacción emocional derivada del hecho de saber que es una enfermedad que durara toda su vida,^(1,23) afectando las esferas de la vida del paciente, lo que influye en ocasiones de forma negativa en la adaptación al tratamiento y por tanto un mal control metabólico.^(27,28)

El reajuste del estilo de vida que debe mantener el paciente durante toda su vida, sobrellevando reacciones de inadaptación psicológica y social, sin embargo, los pacientes pueden experimentar signos de negación, evitación y muchas de las veces presentan diferentes estrategias que les permite ser capaz de asumir y evitar lo que le abrume en torno a su enfermedad. Es importante la participación familiar, que puede ayudar a controlar sus fuentes de estrés como las económicas, de trabajo o legales.^(27,28)

Dentro del proceso de adaptación a la DM según Whitterome y Roy, definen tres procesos relacionados entre sí la estabilización, integración y salud dentro de la enfermedad, sabiendo que el camino es incierto, por requerir ajustes que se modifican de acuerdo a la persona. Determinando que la estabilización son respuestas adaptativas fisiológicas a la DM, incluyendo las complicaciones; la integración implica el manejo del paciente en la cotidianidad en relación al diagnóstico. por último la unión de la integración y la estabilización dentro de la persona en una experiencia significativa de vida, siendo la salud dentro de la enfermedad.⁽²⁹⁾

La respuesta adaptativa manifestada por el paciente luego de su diagnóstico, es el grado de ajuste psicosocial de la conducta, estado emocional y valoración en relación a la enfermedad, esto nos permite identificar oportunamente hábitos no saludables y factores de riesgo que van a impedir el cumplimiento adecuado del tratamiento, seguido del desarrollo de estrategias que permita elevar la calidad de vida del paciente.⁽³⁰⁾

Según Gutiérrez,⁽³¹⁾ explica que el afrontamiento y la adaptación son definiciones importantes en la calidad de vida del individuo, porque son fenómenos dinámicos que provocan integración entre el entorno y la persona.

Acciones de Enfermería en el cuidado paliativo como modelo asistencial

La OMS, define a los CP, como la guía para mejorar la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, por medio de la prevención y el alivio del dolor, tomando en cuenta los problemas físicos, psicosociales y espirituales, es importante ligar a los enfermos y sus familiares con el objetivo de responder las necesidades,⁽²⁸⁾ estos tipos de cuidados no están enfocados exclusivamente a la fase final de la enfermedad, también aplica en el control de los síntomas, deben ser cambiantes de acuerdo al progreso de la enfermedad por eso su importancia de utilizarlos en etapas tempranas.⁽³²⁾

Dentro del Código del Consejo Internacional de Enfermeras, se considera cuatro aspectos fundamentales que se responsabiliza a la enfermera conservar y restituir la salud, evitar las enfermedades y calmar el sufrimiento, sin diferencia en la atención por la raza, etnia, religión, color, sexo, ideología o condiciones socioeconómicas.⁽³³⁾ Los CP deben ser guiados de forma integral tomando en cuenta aspectos emociones, físicos, intelectuales, sociales, humanísticos, espirituales y religiosos que permitan mantener un respeto total a sus creencias y costumbres hasta el final de su vida, considerando que las acciones de enfermería deben ser individualizadas, manteniendo una mentalidad no curativa si no paliativa en la que se le brinda alivio y bienestar al paciente.⁽³⁴⁾

Cuando se brinda CP es importante identificar las necesidades presentes en el individuo para satisfacerlas en su etapa final, por lo que se plantean tres niveles de atención, en los que se asegura las responsabilidades y gestión de los recursos dentro del de la atención, además la complejidad de las intervenciones,⁽³⁵⁾ conociendo que el paciente tiene derecho a recibir CP, en los diferentes ámbitos y servicios, a nivel domiciliario, hospitalario o centros de salud, valorando las necesidades para satisfacerlas de acuerdo a las capacidades y conocimientos del paciente Las enfermeras deben proporcionar asistencia directa a las necesidades, con la planificación de cuidados que sean flexibles, continuos y accesibles para el acompañamiento de la familia en el cuidado diario del enfermo.⁽³²⁾

Con respecto a la atención sanitaria comenzamos explicando que el primer nivel de atención ofrece intervenciones paliativas destinadas a prevenir y aliviar el sufrimiento, mediante la valoración y tratamiento temprano, en el segundo se tratan situaciones de baja complejidad y serán tratados por profesionales no especialistas con el fin de controlar los síntomas y la mejora de la calidad de vida, en el tercer se encuentran cuidados especializados en el que el

equipo debe ser experto y multidisciplinario teniendo en cuenta que los pacientes cuya muerte es prevista, al final el cuarto nivel de atención avanzado que provee atención de acuerdo a las necesidades identificadas al realizar pruebas diagnósticos complementarios o tratamientos específicos, además toma en cuenta el nivel social y familiar.^(3,7,35,36)

El profesional de salud debe ser multidisciplinario para brindar las intervenciones paliativas basadas en las necesidades del enfermo y de la familia, los mismos deben ser partícipes de la toma de decisiones del paciente aportando información de forma clara y eficiente, con el objetivo de mejorar la habilidad para enfrentar las situaciones estresantes o negativas presentes en el camino de la enfermedad. El rol de enfermería en CP es nueva, por tanto, las enfermeras deben desarrollar habilidades cognitivas y socioemocionales para desarrollar acciones en las diferentes situaciones.^(3,36)

Dentro de la enfermería paliativa, el paciente y la familia son la unidad integral de los cuidados, de forma que los pacientes reciban cuidados del equipo de profesionales que garanticen la calidad de la atención, dentro del rol de cuidadora la enfermera cumple tres elementos básicos: la participación de otros profesionales de salud, del propio usuario y el respeto de los principios éticos;⁽³⁷⁾ también proporciona cuidado integral que asegura el alivio del dolor en el paciente logrando una vida activa durante el proceso de la enfermedad.⁽³⁶⁾

Por lo que se refiere a la enfermera se conoce que es la persona que está en contacto directo y pasa tiempo con el usuario, lo que le ayuda a mantener un papel total en su rol de cuidadora. Sus acciones son de satisfacer necesidades reales y potenciales de forma integral, luego de haber identificado los problemas del paciente, además proveer medidas de confort y alivio, guardando la dignidad de la persona, ser educadora y transmitir información clara sobre el tratamiento no farmacológico a la familia, sin dejar de coordinar con el equipo multidisciplinario para asegurar la buena calidad asistencial.⁽³⁶⁾

Las acciones de enfermería deben ir encaminada a la promoción del bienestar y calidad de vida en el individuo, familia y ambiente, además debe detectar las necesidades presentes y futuras para evitar la aparición de complicaciones o efectos adversos en el tratamiento, igual proporciona charlas que sirvan en los ámbitos farmacológico, psicológico y social, se puede señalar que estos cuidados pueden mantener equilibrio físico, psíquico, emocional y ambiental, que permite el confort, al usuario para encontrar buenas estrategias ante situaciones de estrés.⁽³⁾

El cuidado en la prevención de los factores de afrontamiento y adaptación del adulto mayor diabético, desde la perspectiva de Enfermería en la comunidad y el Modelo de adaptación de Callista Roy

El personal de enfermería brinda atención al paciente y familia en tres ejes: la persona, intervención del entorno y la información; con el objetivo de mejorar la calidad de vida y prevención de complicaciones permitiendo una interacción constante entre la persona, familia y los profesionales de salud.⁽²⁰⁾ La persona por medio de los estímulos ambientales, crea reacciones que llevan a la adaptación, esta puede ser eficaz o ineficaz. Las respuestas eficaces son las que permiten adaptarse con integridad para la supervivencia, crecimiento y reproducción de manera que controle los cambios presentes en la persona y el ambiente, mientras que las ineficaces son las que no permiten conseguir el objetivo de adaptarse. De modo que la enfermera tiene el objetivo de ayudar a los pacientes la baja influencia al propósito de adaptarse.⁽³⁸⁾

El cuidado en pacientes con DM en los niveles de atención está enfocado en prevenir la morbilidad y mortalidad, en los centros de atención primaria de salud (APS) se debe mantener un equipo multidisciplinario con el objetivo de controlar los valores basales, y mejorar la aceptación de la condición crónica en el paciente para que enfrente de forma adecuada.⁽³⁹⁾ Para estas acciones es necesario que el personal de enfermería familiar y comunitario adquiera competencias vinculadas con la entrega de cuidados en la atención familiar y comunitaria, la docencia y competencias de investigación.⁽⁴⁰⁾

Es relevante las acciones de personal de enfermería porque contribuyen al mejoramiento en el control de la enfermedad, la reducción en la incidencia de complicaciones y la calidad de vida, es necesario crear propuestas que pueda fortalecer, mejorar y adquirir los conocimientos de la enfermera para poder brindar atención por medio de la utilización de los planes de cuidado en las diferentes áreas de atención en los pacientes con enfermedades crónicas.⁽⁴¹⁾

Los profesionales de atención primaria (AP), contemplan varias necesidades al momento de brindar el cuidado paliativo, la primera es la asistencia continua y progresiva en relación a la enfermedad, en segundo lugar, la necesidad de establecer coordinación entre la atención primaria y especializada para brindar cuidados durante la atención domiciliaria, y por último la educación de los profesionales en temas de cuidados paliativos.⁽⁴²⁾

Relacionando los CP con la adaptación se sabe que es un proceso que nace a partir de que el paciente es diagnosticado de su enfermedad y debe afrontar cambios presentados, como resultado para la evolución, ajuste, conformación o equilibrio. Por ejemplo, Callista Roy define al ser humano como un ser holístico, que se adapta por medio de procesos de aprendizaje que obtiene a lo largo del tiempo, motivo por el cual la percepción que tiene cada individuo es individual y diferente frente a las situaciones actuales. Es importante para la enfermera durante la valoración considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre.⁽⁴³⁾ El individuo en relación con el entorno cuentan con patrones comunes y relaciones integrales, que lo definen como único, lo que le permite tener la capacidad de interpretar el medio ambiente interno y externo.^(24,27)

Con respecto al proceso de afrontamiento y adaptación, por Callista Roy, en donde define que el ser humano tiene la capacidad de adaptarse, mediante respuestas que están dadas por los estímulos entrantes y el nivel de adaptación de la persona, determinando que los estímulos, son aquellos que producen respuestas, e incitan la unión entre el ser humano y el medio ambiente. La capacidad de adaptación depende de los estímulos, los cuales se dividen en: focales enfrentan la situación de forma instantánea, contextuales los demás estímulos presentes en el individuo y residuales los que experimento en el pasado. Cada persona tiene maneras diferentes de afrontar situaciones estresantes, en el caso del cuidado de enfermería es importante conocer como la persona percibe las circunstancias que vendrán en su vida y los diferentes recursos de afrontamiento que maneja.^(26, 27,28,29)

Como parte para contribuí a lo antes mencionado se elaboró un instrumento de medición de afrontamiento y adaptación que utiliza Callista Roy, con cinco factores, tres de los cuales miden los comportamientos, reacciones y recursos de afrontamiento, y los 2 siguientes evalúan los modos de sobrellevar situaciones. El factor 1 recursivo y centrado relacionado con los comportamientos personales, el factor 2 resalta las reacciones físicas y manejo de situaciones, el factor 3 el comportamiento del yo personal y físico, el factor 4 describe estrategia personales y físicas para enfrentar situaciones y el factor 5 que es el conocer y relacionarse.^(24,38,39) Con la escala formado por 47 ítems que se asocian en la puntuación de Likert con 4 criterios (1 = nunca, 2= rara vez, 3= casi siempre, 4 = siempre). Los cinco factores el primero consta de 10 ítems, el segundo de 14, el tercero de 9, el cuarto de 6 y por último el quinto de 8. El propósito de ese es identificar como la persona utiliza sus destrezas para reconocer las situaciones que le provocan estrés y promover la adaptación, en su versión en inglés fue sometida a validación y reporto adecuada validez facial y de contenido.^(31,32,33)

La taxonomía NANDA-I relacionada al cuidado paliativo

El proceso de atención de enfermería (PAE), aplica el método científico, en la práctica asistencial, utilizando los planes de cuidados estandarizados como herramientas útiles en para la decisión y actuación de la enfermera de forma crítica, disminuyendo la diferencia de intervenciones en la práctica profesional y estableciendo resultados esperados que permitan una retroalimentación y continuidad de los cuidados. Este plan permite a los profesionales de Enfermería prestar cuidados que sirven para el paciente, familia y comunidad, de forma homogénea, lógica y sistemática. ⁽³²⁾ La práctica enferma se brinda desde el comienzo hasta el final de la vida de los pacientes, especialmente en los cuidados paliativos se toma en cuenta el respeto y la dignidad lo que va a proporcionar comodidad, bienestar y alivio del sufrimiento del individuo y familiares. ⁽²²⁾

Para ello los cuidados individualizados facilitan la utilización de varias intervenciones que tratan síntomas, efectos adversos del tratamiento, con el fin de satisfacer necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales, ⁽⁵⁰⁾ con el pasar del tiempo ha ido desarrollando estrategias para que los cuidados que se les brinda a los pacientes sean de calidad y de acuerdo a las necesidades que cada individuo presenta. Hace años los conceptos que le daban a la Enfermería eran basados en explicaciones religiosas, pero al transcurrir los años han cambiado con el desarrollo de diferentes modelos y teorías que se enfocan en brindar una valoración completa y sistémica al paciente. ⁽⁵¹⁾

La taxonomía NANDA I, relaciona al CP, como referencia para la evaluación de los cuidados de Enfermería, basados en identificar necesidades, problemas y riesgos; para el cumplimiento de planes de manera sistemática y lógica. ^(52,53) Con relación a los profesionales de Enfermería se ven en la necesidad de incorporar nuevas estrategias para que la valoración, planificación, ejecución y evaluación sean de acuerdo al rol de la Enfermería. En donde las intervenciones de enfermería no resultan de las indicaciones médicas, sino se deban a la función autónoma de la profesión. ⁽⁵⁴⁾

Las enfermeras para brindar CP fundamentados en la taxonomía NANDA I, tienen el objetivo de prevenir y aliviar el sufrimiento por medio del control de síntomas del sufrimiento y manejo de dolores físicos, psicológicos sociales y espirituales que den respuesta los problemas por medio del acompañamiento y velar con amor respeto y calidad por medio de la buena comunicación y apoyo familiar. ⁽⁵⁵⁾

El diagnóstico de enfermería es un referente en los cuidados, porque identifica el problema y es la base para la elección de las intervenciones de Enfermería que permita la obtención de los resultados deseados. La taxonomía NOC se utiliza para designar, aprobar y clasificar los resultados producto de las acciones, incluyendo indicadores y escalas de medición. La taxonomía NIC es una clasificación completa con el interés de llevar a la persona al resultado esperado.⁽⁵⁶⁾

Las taxonomías NANDA, NOC y NIC se las utiliza con el fin de ayudar como método teórico en el PAE, estas taxonomías facilitan un lenguaje que es habitual entre los profesionales de Enfermería para que exista una comunicación estandarizada y es una base para el conocimiento del cuidado del individuo.⁽⁵¹⁾ El personal de Enfermería debe conocer y dominar las taxonomías deben ser entendidas ya que estos son instrumentos para realizar el proceso de atención de enfermería con el fin de brindar y satisfacer necesidades.⁽²⁹⁾

La relación que tienen las taxonomías, son con el fin de establecer un cuidado sistémico para el paciente, y ayudar a identificar el problema de salud del individuo, para valorar e identificar problemas con el fin de establecer diagnósticos de Enfermería, para poder planificar un plan de trabajo o de cuidados exclusivamente para el paciente y posteriormente ejecutar las intervenciones necesarias , luego evaluar los resultados que se obtienen con la aplicación del plan de cuidados en el paciente.⁽⁵⁶⁾

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo-transversal, con enfoque mixto, clasificación que se establece atendiendo a los criterios ofrecidos por Artiles.⁽⁵⁷⁾ Con la finalidad de armonizar las acciones de cuidados paliativos en adultos diabéticos con factores de afrontamiento y adaptación afectados, según la taxonomía NANDA- I, del Distrito de Salud Chambo-Riobamba, a partir de los datos recopilados en la Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy, aplicado como parte del proyecto de investigación denominado cuidados paliativos en pacientes con Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Distrito de Salud Chambo-Riobamba. El mismo cuenta con la aprobación del Comité de ética para el desarrollo de investigaciones en salud. (Anexo 1)

La población estuvo conformada por 183 pacientes con diagnóstico de DM atendidos en las unidades de salud a nivel urbano: Loma de Quito, Centro de Salud # 3, Centro de Salud #1, Lizarzaburu, la Georgina, Santa Rosa, San Francisco, Bellavista, la Panadería, Puruha y en el sector rural: Quimiag, Guastan, Calpi, Flores, San Luis, San Juan, Licto, Lican, Pungala, Llucud, Cubijies, Cacha.

Se analizaron datos sociodemográficos referentes a la edad, género, religión, etnia, estado civil, nivel de instrucción, profesión, convivencia y características clínicas en los pacientes, a los que se les aplicó la Escala de medición de afrontamiento y adaptación de Callista Roy en el periodo abril-agosto del 2018. En el estudio se utilizaron métodos de nivel teórico, tales como:

- **Histórico-lógico:** permitió analizar a partir de la aparición, desarrollo y la evolución de la atención de enfermería y cuidados paliativos.
- **Inductivo-deductivo** posibilitó que los elementos específicos relacionado con los cuidados paliativos en el adulto diabético llegaran a sus particularidades;
- **Analítico-sintético** facilitó analizar la problemática relacionada a la necesidad de organizar los cuidados paliativos dirigidos a la atención del adulto diabético y proponer un plan de cuidado basado en las taxonomías NANDA-I,⁽⁵⁸⁾ NOC,⁽⁵⁹⁾ NIC,⁽⁶⁰⁾ según los factores de afrontamiento y adaptación afectados.

Operalización de las variables

VARIABLES	Tipo	Escala	Definición operacional	Indicadores
Edad	Cuantitativa nominal	Edad promedio 67 años	Se consideró la edad en años cumplidos y establecer una edad promedio en los pacientes con diabetes de las Unidades de Salud, del Distrito Chambo-Riobamba.	Edad promedio y desviación.
Género	Cualitativa nominal	Femenino Masculino	Según sexo biológico.	Porcentaje de pacientes según sexo.
Etnia	Cualitativa nominal dicotómica	Blanco Mestizo Indígena Afroecuatoriano	Según información referida por parte del paciente, se consideró diferentes etnias.	Porcentaje de pacientes según información brindada.
Diabetes Mellitus más	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Se consideró la información descrita por el paciente en el instrumento.	Porcentaje de pacientes que padecen de esta patología según información brindada.

Factor 1 recursivo y centrado	Cualitativa nominal politómica	Nunca Rara vez Casi siempre Siempre	Realizar modificaciones en su diario vivir, para salir de la crisis y obtener resultados favorables	Porcentaje de pacientes según información sobre actividades que practica para el afrontamiento y adaptación a la enfermedad.
Factor 2 reacciones físicas y enfocadas	Cualitativa nominal politómica	Nunca Rara vez Casi siempre Siempre	Las reacciones físicas y enfocadas resaltan la fase de salida durante el manejo de las situaciones.	Porcentaje de pacientes según información sobre actividades que practica para el afrontamiento y adaptación a la enfermedad.
Factor 3 Proceso de alerta	Cualitativa nominal politómica	Nunca Rara vez Casi siempre Siempre	Representa los comportamientos del yo personal y físico.	Porcentaje de pacientes según información sobre actividades que practica para el afrontamiento y adaptación a la enfermedad.
Factor 4 Procesamiento Sistemático	Cualitativa nominal politómica	Nunca Rara vez Casi siempre Siempre	Describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente.	Porcentaje de pacientes según información sobre actividades que practica para el afrontamiento y adaptación a la enfermedad.
Factor 5 Conocer y Relacionar	Cualitativa nominal politómica	Nunca Rara vez Casi siempre Siempre	Describe las estrategias que utiliza la persona para utilizarse a sí misma y a otros, utilizando la memoria y la	Porcentaje de pacientes según información sobre actividades que practica para el afrontamiento y adaptación a la

			imaginación.	enfermedad.
Cuidados paliativos	Cualitativa nominal dicotómica	NANDA, NOC Y NIC	Se consideró acciones de enfermería relacionadas al cuidado paliativo en diferentes guías de autores nacionales e internacionales.	Se realizó un plan de cuidados basado en las taxonomías y relacionado a los factores alterados.

La información de interés investigativo se recopiló de la Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy en su versión validada en español (Anexo 3), adaptada a un contexto ecuatoriano por Figueredo, 2017. El instrumento antes mencionado consta de 47 ítems que son frases cortas para saber cómo experimenta la persona una crisis o evento difícil, también tiene cinco factores con puntuación likert conformado de 4 criterios (1 = nunca, 2= rara vez, 3= casi siempre, 4 = siempre); el Factor 1: recursivo y centrado (10 ítems) refleja comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas; factor 2: reacciones físicas y enfocadas (14 ítems) este resalta las reacciones físicas; factor 3: proceso de alerta (9 ítems) que representa los comportamientos del yo personal y físico, y se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información; factor 4: procesamiento sistemático (6 ítems), que describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente y el factor 5: conocer y relacionar (8 ítems) el cual describe las estrategias que utiliza la persona para recurrir a sí misma y a otros, usando la memoria y la imaginación.

Se aplicó la estadística descriptiva para la obtención de datos que fueron procesados en el International Business Machines (IBM) Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics en los que se obtuvo frecuencias y porcentajes de las variables de estudio, para el resultado de los factores se trabajó con la categorización propuesta por González,⁽³¹⁾ en la que muestra una escala nominal determinada en dos niveles: baja y alta capacidad para cada uno de los factores y en el total de la escala, categoriza la baja capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación con un puntaje de 47 a 117, y alta capacidad de proceso de afrontamiento y adaptación con un puntaje entre 118 y 188, a su vez, para cada factor.

(Anexo 4) Se identificó que los factores; recursivo y centrado, de reacciones físicas y enfocadas y proceso de alerta presentan alta capacidad, a diferencia de los factores de procesamiento sistemático y el de conocer y relacionar que refleja baja capacidad de afrontamiento y adaptación.

Se identificó las características definitorias de los ítems de los factores de afrontamiento y adaptación alterados, luego se investigó cuidados paliativos de Enfermería para adultos diabéticos de diferentes autores, seguido se planteó etiquetas diagnósticas de la taxonomía NANDA-I, resultados NOC como objetivo y se estableció intervenciones NIC determinando actividades que se relacionen según los factores afectados.

Se tomó en consideración los principios bioéticos de la investigación científica: beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia. Además, se obtuvo las respectivas autorizaciones de los representantes de las Unidades de Salud en el contexto de estudio y el consentimiento informado a los pacientes. (Anexo 2)

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Características sociodemográficas

ANÁLISIS EXPLORATORIO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS		
VARIABLE	MEDIA	DESVIACIÓN
EDAD	67,91	11,19

VARIABLES	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE %	VARIABLES	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE %
Género			Profesión		
Femenino	143	78,1	Ama de casa	90	49,2
Masculino	40	21,9	Agricultor	29	15,8
Religión			Chofer	6	3,3
Católica	143	78,1	Costurera	2	1,1
Evangélica	28	15,3	Panadero	1	,5
Cristiano	2	1,1	Profesor	3	1,6
Testigo de Jehová	8	4,4	Artesano	1	,5
Ninguno	2	1,1	Comerciante	22	12,0
Etnia			Empleada/o	2	1,1
Blanco	4	2,2	Ninguno	27	14,8
Mestizo	146	79,8	Jubilación		
Indígena	32	17,5	Si	30	16,4
Afroecuatoriano	1	,5	No	153	83,6
Estado Civil			Convivencia		
Soltero/a	15	8,2	Esposa/o	51	27,9
Casado/a	100	54,6	Hija/o	26	14,2
Divorciado/a	20	10,9	Sola	29	15,8
Viudo/a	44	24,0	Esposa e hijos	42	23,0

Unión Libre	4	2,2	Nietos	5	2,7
Nivel de Instrucción			Hijos y nietos	20	10,9
Básica	116	63,4	Esposa, hijos y nietos	10	5,5
Bachillerato	31	16,9			
Nivel Técnico	1	,5			
Tercer Nivel	10	5,5			
Cuarto Nivel	25	13,7			
Ninguno					

Se puede observar en la Tabla 1 que la edad promedio corresponde a adultos mayores, con una desviación que puede ser 11,19 menor o mayor a la edad promedio, considerada como un factor predisponente directo para la presencia de esta patología. Conjuntamente predominó el género femenino, la religión católica; etnia la mestiza, estado civil casado/a, de instrucción básica, profesión ama de casa, no cuenta con jubilación y convive con el esposo o esposa.

El estudio realizado en Puerto Rico por Vélez,⁽⁶¹⁾ refiere como datos prevalentes el género femenino, la edad adulta mayor, permitiendo explicar que la Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica-degenerativa, que afecta en mayor número en la edad adulta, considerado como un factor predisponente al desarrollo de la enfermedad, sin importar el género o raza. Algo semejante ocurre en el estudio realizado por Díaz, Betancourt, Rivera, Rodríguez y González,⁽⁶²⁾ que relacionan el nivel de instrucción como un determinante de salud, debido a que la instrucción básica, las labores domésticas y convivencia con su pareja, son relevantes en los pacientes diabéticos; porque influyen en la falta de conocimiento sobre actividades saludables para prevenir enfermedades crónicas-degenerativas, permitiendo explicar la semejanza en los resultados obtenidos en la investigación.

Tabla 2. Características clínicas

VARIABLES	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE %	VARIABLES	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE %
Presión arterial			Otras enfermedades		
Si	76	41,5	Varices	4	2,2
No	107	58,5	Artritis	10	5,5
Presencia de diabetes			Artrosis	2	1,1
Si	1	100	Lumbalgia	1	,5
No	0	0	Miopía	1	,5
Enfermedades cardiacas			Dolor articular	3	1,6
Si	5	2,7	Tiroides	11	6,0
No	178	97,3	Osteoporosis	5	2,7
Sobrepeso			Problemas oftálmicos y auditivos	5	2,7
Si	4	2,2	Cefalea	3	1,6
No	179	97,8	Ninguna	125	68,3
Presencia de cáncer			Otras	13	7,1
Si	2	1,1	Capacidades especiales		
No	181	98,9	Si	3	1,6
Localización			No	180	98,4
Ninguno	181	98,9	Hábitos tóxicos		
Otros	2	1,1	Tabaco	1	,5
Consecuencias de la enfermedad			Alcohol	1	,5
Problemas de visión	15	8,2	Café	56	30,6
Cefalea	18	9,8	Tabaco/alcohol	1	,5
Cansancio	4	2,2	Tabaco/café	2	1,1

Mareo	3	1,6	Alcohol/café	1	,5
Angustia y desesperación	1	,5	Ninguno	121	66,1
Dolor de rodilla e inflamación	2	1,1			
Dolor de la pierna	2	1,1			
Derrame cerebral/disminución de la visión	2	1,1			
Ninguno	126	68,9			
Otras	10	5,5			

En cuanto a las características clínicas se describe, que los resultados de los pacientes diabéticos, tienen comorbilidad asociada a la enfermedad, lo que provoca un deterioro en la salud del individuo y estas complicaciones incrementan el riesgo para la vida del paciente. El trastorno que presenta mayor porcentaje en los diabéticos es la Hipertensión Arterial, seguido de cefalea, problemas de la visión, artritis y tiroides, estas son consecuencias que resultan de un control inadecuado de la enfermedad o propias de la edad.

En la Revista Habanera de Ciencias Médicas, realizado por Li, Kou y Blanco,⁽⁶³⁾ muestran resultados que coinciden en nuestro estudio, en relación al sobrepeso, autores como Mora O., Pérez, Sánchez, Mora L. y Puente,⁽⁶⁴⁾ observaron que la prevalencia de la obesidad pacientes diabéticos es un problema que se está incrementando a nivel mundial, resultado que no corresponde con los encontrados en el trabajo que se presenta, ya que se encontró un porcentaje menor. Los hábitos tóxicos del presente estudio, determinan que el consumo de café es muy frecuente, resultados que no concuerdan con los obtenidos por los autores Estrada, Hernández, Izada, González y Cabrera,⁽⁶⁵⁾ que demuestran que el tabaquismo se encuentra presente en un número mayor a otros hábitos tóxicos. El consumo del tabaco en estos pacientes, incrementan un riesgo de padecer una enfermedad respiratoria, renal, ceguera y complicaciones a nivel circulatoria que puede provocar amputaciones en el individuo.

Tabla 3. Factor de Afrontamiento recursivo y centrado

VARIABLE	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE %
Baja Capacidad	42	23,0
Alta Capacidad	141	77,0
Total	183	100

El factor 1, presenta alta capacidad de afrontamiento a la situación fundamentado en los comportamientos personales y recursos que ocupan el paciente diabético en relación al cambio del estilo de vida y acciones saludables para controlar síntomas y complicaciones. Según el estudio realizado por los autores Flórez, Herrera, Carpio, Veccino, Zambrano, Reyes y Torres,⁽⁶⁶⁾ la población de estudio estuvo de acuerdo a realizar modificaciones en sus actividades diarias, para salir de la crisis y obtener resultados favorables para el control de la enfermedad.

Tabla 4. Factor de Afrontamiento de reacciones físicas y enfocadas

VARIABLE	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE %
Baja Capacidad	28	15,3
Alta Capacidad	155	84,7
Total	183	100

En relación al factor 2, prevalece la alta capacidad de afrontamiento, mientras que en el estudio mencionado⁽⁶⁶⁾ se utilizó una categorización que valora 4 puntuaciones en los que se obtuvo resultados como de mediana capacidad, seguido de una alta capacidad de afrontamiento; resultados similares a nuestro estudio, sabiendo que este factor enfatiza las reacciones físicas y la fase de entrada para el manejo de la situación estresante en torno a la enfermedad.

Tabla 5. Factor de Afrontamiento de proceso de alerta

VARIABLE	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE %
Baja Capacidad	54	29,5
Alta Capacidad	129	70,5
Total	183	100

En cuanto al factor 3, se determinó alta capacidad de afrontamiento, resultado que concuerda con el citado por los autores Jiménez, Zapata y Díaz,⁽⁶⁷⁾ mencionando que el uso de diferentes estrategias para mejorar la adaptación, estas se direcciona a realizar una planeación de una serie de actividades que ayuden a tener solución para el comportamiento personal y físico que tienen los pacientes ante estas situaciones.

Tabla 6. Factor de Afrontamiento de procesamiento sistemático

VARIABLE	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE %
Baja Capacidad	102	55,7
Alta Capacidad	81	44,3
Total	183	100

En cuanto al factor 4, predominada una baja capacidad de afrontamiento ante la enfermedad, mientras que, en un estudio realizado por Flórez, Herrera, Carpio, Veccino, Zambrano, Reyes y Torres,⁽⁶⁶⁾ menciona que un mayor porcentaje de personas tiene una alta capacidad para afrontar la situación. Para desarrollar destrezas ya sean personales o físicas que favorezcan al manejo de la realidad por la que está pasando y tener el control ante esta circunstancia. Resultados que no concuerdan a los que se describe en el estudio, por lo tanto, no todas las personas que padecen enfermedades crónicas, tienen la misma reacción para afrontar y adaptarse a las condiciones de salud alteradas y mantener un equilibrio emocional y físico.

Tabla 7. Factor de Afrontamiento conocer y relacionar

VARIABLE	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE %
Baja Capacidad	94	51,4
Alta Capacidad	89	48,6
Total	183	100

En relación al factor 5, observamos baja capacidad, los autores Jiménez, Zapata y Díaz,⁽⁶⁷⁾ reportan que al ejecutar estrategias empleando la memoria y la imaginación, fortalecen las acciones para tratar el problema y encontrar soluciones, además describen alta capacidad en su investigación, resultados que no concuerdan con el presente estudio.

Tabla 8. Escala Total de los Factores de Afrontamiento

ANÁLISIS EXPLORATORIO DE LA ESCALA TOTAL		
VARIABLE	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE %
Baja Capacidad	34	18,6
Alta Capacidad	149	81,4
Total	183	100

Al explorar los factores de la Escala de medición de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy, se aprecia resultados que muestran alta capacidad de afrontamiento y adaptación en los pacientes diabéticos. Según el estudio de Flórez, Herrera, Carpio, Veccino, Zambrano, Reyes y Torres,⁽⁶⁶⁾ mencionan que el afrontamiento y adaptación en pacientes egresado de la unidad de cuidado intensivo, es de alta capacidad, de igual manera los autores Jiménez, Zapata y Díaz,⁽⁶⁷⁾ indican que los familiares del paciente hospitalizado en la unidad de cuidado intensivo, obtuvieron alta capacidad de afrontamiento y adaptación. Resultados similares al presente estudio, Sarmiento, Botero y Carvajal,⁽⁴⁷⁾ mencionan que el afrontamiento en el área de salud es importante, ya que existen estrategias para controlar situaciones críticas o estresantes, este modelo de Callista Roy, valora el nivel de adaptación y las habilidades que los individuos tienen al enfrentarse a diferentes circunstancias de crisis y fomentar la adaptación.

CUIDADOS

Cuadro 1: Factor 4: Procesamiento sistemático

CARACTERÍSTICAS DEL FACTOR	CUIDADOS PALIATIVOS	NANDA	NOC	NIC	ACTIVIDADES		
<p>Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas.</p> <p>Aprendo de las soluciones de los otros</p>	<p>Evaluar antes de actuar.</p> <p>Recordar hábitos de salud anteriores.</p> <p>Valorar el nivel de conocimiento y hábitos del paciente.</p> <p>Valorar el ambiente social.</p> <p>Valorar hábitos de salud de personas con su misma enfermedad.</p> <p>Relacionar con personas de iguales condiciones de salud.</p>	<p>Control de impulsos ineficaz (00222)</p>	<p>Autonomía personal (1614)</p>	<p>Potenciación de la autoestima (5400)</p>	<p>Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía.</p>		
	<p>Determinar la confianza del paciente en su propio criterio.</p>						
	<p>Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar la situación.</p>						
	<p>Explorar los logros de éxitos anteriores.</p>						
	<p>Ayudar a explorar experiencias anteriores saludables.</p>						
					<p>Autocontrol de los impulsos (1405)</p>	<p>Aumentar los sistemas de apoyo (5440)</p>	<p>Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo.</p>
							<p>Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses.</p>
							<p>Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses.</p>
							<p>Determinar los puntos fuertes y débiles de recursos comunitario.</p>
							<p>Remitir a programas comunitarios de prevención o tratamiento.</p>
	<p>Buscar apoyo en la pareja, familia y el equipo de salud.</p> <p>Investigar más información</p>		<p>Afrontamiento de problemas (1302)</p>	<p>Mejorar el afrontamiento (5230)</p>	<p>Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y a largo plazo.</p>		

<p>Trato de ser creativo y propongo soluciones.</p> <p>Miro la situación positivamente como un reto.</p> <p>Planteo soluciones, aunque parezcan difíciles de alcanzar.</p>	acerca de la enfermedad.	Afrontamiento Ineficaz (00069)	Desempeño del rol (1501)	Educación para la salud (5510)	Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados.
	Leer libros, subrayar la información más relevante, videos artículos de diabetes y salud, para que siga consejos que mejoren su calidad de vida.				Ayudar al paciente a clarificar conceptos equivocados.
	Recordar la hora indicada para la medicación.				Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.
	Recordar que alimentos debe tener su dieta.				Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida del individuo.
	Permitir que el paciente exprese cómo ve la situación.	Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)	Aceptación: Estado de salud (1300)	Enseñanza: Proceso de enfermedad (5602)	Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del paciente.
	Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio.				Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.
	Fomentar los cambios en el estilo de vida que puede ser necesarios para evitar futuras complicaciones.				Determinar e implementar estrategias para medir los resultados en los pacientes a intervalos regulares.
	Buscar medios de entretenimiento y relación con las personas que tengan la misma enfermedad.				Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad.
					Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología.
					Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.
	Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.				

					Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.
					Establecer metas de aprendizaje realistas con el paciente.
					Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente.
			Conducta de búsqueda de la salud (1603)	Facilitar el aprendizaje (5520)	Adaptar la información para que cumpla con el estilo de vida o en la rutina diaria del paciente.
					Proporcionar información que sea adecuada con los valores y creencias del paciente.
					Fomentar la participación activa del paciente.
		Planificación ineficaz de las actividades (00199)			Corregir las malas interpretaciones de la información.
					Valorar las razones del paciente para desear cambiar.
			Conducta de cumplimiento (1601)	Ayuda en la modificación de sí mismo (4470)	Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica.
					Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio.
					Animar al paciente a identificar metas y que se puedan conseguir en un tiempo establecido.
Experimento cambios en la actividad física	Antes de comenzar actividades físicas, ser valorado por un médico. Practicar actividades físicas o caminar diariamente, mínimo 30 minutos. Realizar ejercicio de forma	Deterioro de la movilidad física (00085)	Tolerancia de la actividad (0005)	Fomento del ejercicio (0200)	Ayudar al paciente a identificar incluso los éxitos más pequeños.
					Investigar experiencias deportivas anteriores.
					Explorar los obstáculos para el ejercicio.
					Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.

	<p>gradual, consumo de agua luego de la actividad física.</p> <p>Aumentar el tiempo y el esfuerzo en tareas domésticas.</p> <p>Realizar ejercicios aeróbicos durante 30 minutos mínimo 5 días a la semana.</p> <p>Realizar ejercicios de estiramiento.</p> <p>Ayudar al paciente a que se incluya en un grupo de baile terapia.</p> <p>Realizar actividades independientes en el hogar.</p> <p>Planificar el tipo de ejercicio, la intensidad y los horarios, mejor si es en compañía.</p>				Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado para sus necesidades.
					Indicar al paciente que debe vestir prendas cómodas.
					Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulaci3n y evite lesiones.
					Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas.
					Ayudar al paciente a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas psicológicas y sociales.
					Fomentar actividades creativas.
					Fomentar la participaci3n en actividades o terapias de grupo.
					Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia.
					Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados.
					Enseñar técnicas de organizaci3n de actividades y gesti3n del tiempo para evitar la fatiga.
Ayudar al paciente a identificar las preferencias de actividades.					
Utilizar ejercicios de rango de movimiento pasivo y/o activos para aliviar la tensi3n muscular.					

Cuadro 2: Factor 5: Conocer Y Relacionar

CARACTERISTICAS DEL FACTOR	CUIDADOS PALIATIVOS	NANDA	NOC	NIC	ACTIVIDADES			
Trato de aclarar cualquier duda antes de actuar	-Aumento del consumo de frutas, verduras y disminuye el consumo de grasas. -Comer de 5 a 6 veces al diario en cantidades adecuadas y a la misma hora las tres comidas. -Se recomienda que la dieta debe incluir leche, yogurt, queso, huevos de 4 a 5 por semana, consumo de pescado 1 vez como mínimo por semana, carbohidratos todos los días en pequeñas cantidades. - Evitar el consumo de embutidos, dulces, mantequillas, chocolate, mermeladas o gelatinas de frutas. -Disminuir el consumo de sal y azúcar en la comida servida -Asesoramiento a pacientes sobre la pérdida de peso para la mejora del perfil de lípidos y disminución de la discapacidad - Disminución de la presión arterial, para mejorar el control de glucosa -Control estricto de la glicemia para disminuir la mortalidad	Conocimientos deficientes (00126)	Conocimiento: Medicación (1808))	Enseñanza medicamentos prescritos (5616)	Enseñar al paciente a reconocer las características distintas del medicamento.			
					Informar al paciente el nombre genérico como comercial de los medicamentos.			
					Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar suspender de forma brusca el medicamento			
					Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento.			
						Conocimiento: Control de diabetes (1820)	Enseñanza: Cuidado de los pies (5603)	Ayudar a desarrollar un plan para la valoración y el cuidado diario de los pies en casa
								Recomendar el lavado diario de los pies con agua caliente y jabón suave
								Recomendar que se sequen completamente los pies después de lavarlos, especialmente entre los dedos.
								Enseñar a hidratar diariamente la piel poniendo los pies en remojo o realizando un baño con agua a temperatura ambiente, aplicando

					posteriormente una crema hidratante.
					Describir el calzado adecuado.
			Conocimiento: Dieta prescrita (1802)	Enseñanza: Dieta prescrita (5614)	Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.
					Proporcionar los planes de comidas por escrito, según corresponda.
					Ayudar al paciente a incluir las preferencias de alimentos en la dieta prescrita.
					Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales.
					Determinar cualquier limitación económica que pueda afectar a la compra de alimentos.
		Disposición para mejorar los conocimientos (00161)	Autocontrol: Diabetes	Enseñanza: Proceso enfermedad (5602)	Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según sea el caso.
					Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda.
					Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, según corresponda.

					<p>Proporcionar información a la familia/allegados acerca de los progresos del paciente, según proceda.</p> <p>Describir las posibles complicaciones crónicas, según corresponda</p>
Me doy cuenta de que me estoy enfermando, hago frente a la crisis desde el principio	<p>1. Promoción de bienestar y calidad de vida del paciente, familia en las condiciones que evoluciona la enfermedad</p> <p>2. Detección de necesidades presentes y futuras en el proceso del tratamiento</p> <p>3. Aplicación de planes educativos y terapéuticos en el ámbito psicológico y social.</p> <p>4. Implementar espacios de acompañamiento social.</p> <p>5. Explorar los temores y deseos del paciente.</p> <p>6. Permitir al paciente expresar su tristeza y ansiedad.</p> <p>7. Tranquilizarles respecto a los síntomas, asegurarle que se le ofrecerán todos los medios para aliviarlos</p> <p>8. Procurar que el paciente no permanezca solo por demasiado tiempo</p> <p>9. Utilizar técnicas de relajación, para la disminución de la tristeza y la depresión.</p>	Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188)	Aceptación: Estado de salud (1300)	Mejorar el afrontamiento (5230)	<p>Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones</p> <p>Valorar las necesidades/ deseos del paciente de apoyo social</p> <p>Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad</p> <p>Proporcionar un ambiente de aceptación</p> <p>Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico</p>
		Deterioro de la adaptación	Modificación psicosocial: cambio de vida	Apoyo emocional (5270)	<p>Comentar la experiencia emocional con el paciente</p> <p>Ayudar al paciente a reconocer sentimientos de ansiedades, ira o tristeza</p> <p>Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores</p>

					Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.			
					Remitir a servicios de asesoramiento.			
Me rindo fácilmente. Adopto una nueva destreza cuando resuelvo mi dificultad	1. En caso de depresión, se debe dar asesoramiento psicológico, apoyo social y terapia grupal 2. Valorar las alternativas de tratamiento, tanto farmacológicas como no farmacológicas 3. Establecer frecuentes visitas de contacto en las que se evalué el riesgo psicológico y el control de los síntomas, proporcionando medicación hasta la próxima visita 4. Comunicar y explicar al paciente y la familia 5. Monitorizar los síntomas 6. Crear una estrategia terapéutica 7. Atención en los detalles, para controlar los síntomas y minimizar los efectos adversos	Riesgo de deterioro de la resiliencia (00211)	Resiliencia personal (1309)	Elogio (4364)	Reconocer la iniciativa a la hora de afrontar la situación presente			
					Ayudar a la persona a darse cuenta de sus puntos fuertes, potencial y capacidades personales.			
					Apoyar y alentar el aprendizaje			
					Facilitar la motivación para continuar con las modificaciones conductuales mejoradas para lograr el objetivo principal			
						Control de los síntomas (1608)	Facilitar la autorresponsabilidad (4488)	Comentar con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual
								Determinar si el paciente tiene conocimientos adecuados acerca del estado de los cuidados de salud
								Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible
								Ayudar a la creación de un horario que guie el aumento de responsabilidad en el futuro

			Adaptación a la discapacidad física (1308)	Modificación de la conducta (4360)	<p>Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables</p> <p>Reforzar las decisiones constructivas de acuerdo a las necesidades sanitarias</p> <p>Ayudar al paciente a identificar incluso los pequeños logros</p> <p>Identificar la conducta que debe cambiar</p>
Desarrollo un plan para enfrentar la situación	<p>1. Considerar las necesidades integrales de los enfermos para aliviar el aislamiento mediante se le brinda seguridad de no abandono y mantenerlos informados</p> <p>2. Reconocer las preocupaciones del cuidador y auto dirigirles a servicios de ayuda</p> <p>3. Ayudar a implementar el cuidado domiciliario</p>	Mantenimiento ineficaz de la salud (0009)	Conducta de fomento de la salud (1602)	Asesoramiento (5240)	<p>Establecer metas</p> <p>Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno</p> <p>Pedir al paciente o allegado que identifique lo que puede y no hacer sobre lo que sucede</p> <p>Fomentar la sustitución de hábitos no saludables por saludables</p> <p>Reforzar nuevas habilidades.</p>

CONCLUSIONES

- De acuerdo a los datos obtenidos de las características sociodemográficas y clínicas que se exploró en los Centros de Salud del Distrito Chambo-Riobamba, se estableció la prevalencia del género femenino con una edad promedio de 67 años de religión católica, de etnia mestiza, casados, nivel de instrucción básica, ama de casa y conviven con su pareja. Así como los trastornos que se presentan con más frecuencia encontramos la hipertensión arterial, seguido de cefalea, problemas de la visión, artritis y tiroides.
- Los resultados obtenidos identificaron que los factores; recursivo y centrado, de reacciones físicas y enfocadas y proceso de alerta presentan alta capacidad, a diferencia de los factores de procesamiento sistemático y el de conocer y relacionar que refleja baja capacidad de afrontamiento y adaptación. En definitiva, se dificulta el desarrollar de estrategias en el proceso de adaptación, mediante la memoria y la imaginación, en los pacientes del estudio, mismos que puede relacionarse a las complicaciones futuras.
- Se estableció cuidados paliativos en base a la NANDA, NOC Y NIC a partir de los factores de afrontamiento y adaptación alterados, con el fin de conseguir cambios efectivos en el estado de salud del paciente con diabetes y su familia, mediante la propuesta de un plan de atención en los pacientes que pertenecen al Distrito Chambo-Riobamba.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Jourdan YY. Afrontamiento y calidad de vida en sujetos diabéticos mellitus tipo 1 y 2 de Argentina. Rev ALAD [Internet]. 2016;6:29–40. Available from: <http://www.revistaalad.com/abstract.php?id=330>
2. Jorge G. Enfermedades crónicas no transmisibles: Un abordaje desde los factores psicosociales. Salud Soc [Internet]. 2016;7(2):136–66. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/4397/439747576002.pdf>
3. Oxhoa Veronica. Conocimientos del equipo de salud sobre cuidados paliativos al paciente diabético. Distrito de Salud Chambo-Riobamba. Abril-agosto 2018 [Internet]. Universidad Nacional de Chimborazo; 2018 [cited 2018 Dec 31]. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/5050/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2018-0016.pdf>
4. Realpe, López Carolina G, Landeta VT. Formulación de políticas direccionadas a la provisión de servicios de salud en Ecuador para Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ENT) en adultos mayores [Internet]. Quito; 2015 [cited 2018 Nov 6]. Available from: http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/11864/GraceLópez_disertación.pdf?sequence=4
5. Diabetes, segunda causa de muerte después de las enfermedades isquémicas del corazón | [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 7]. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/diabetes-segunda-causa-de-muerte-despues-de-las-enfermedades-isquemicas-del-corazon/>
6. Aponte-Garzón LH, Hernández-Páez RF. Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre Diabetes Mellitus Tipo 2, Villavicencio, Meta, 2010 Nurses' [Internet]. Vol. 2. 2012 [cited 2018 Nov 7]. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rori/v16n1/v16n1a10.pdf>
7. Ministerio de Salud Publica. Diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. Quito; 2017 [cited 2018 Nov 6]. Available from: www.msp.gob.ec
8. Marta C. Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. 2014;66–72. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/viewFile/88358/91234%0D>

9. Federacion Internacional de Diabetes 2017. Estimaciones de diabetes [Internet]. Atlas de diabetes de las FDI - En todo el mundo. 2017 [cited 2018 Dec 13]. Available from: <http://www.diabetesatlas.org/across-the-globe.html>
10. La diabetes es la segunda causa de muerte en Ecuador | Metro Ecuador [Internet]. Metro Ecuador. 2017 [cited 2018 Nov 6]. Available from: <https://www.metroecuador.com.ec/ec/estilo-vida/2017/11/14/la-diabetes-la-segunda-causa-muerte-ecuador.html>
11. De M de SP y la DN de E y análisis, Salud información de. Defunciones y perfil de mortalidad del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 30]. Available from: [https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/defunciones2016/Historia1?publish=yes,](https://public.tableau.com/profile/darwin5248#!/vizhome/defunciones2016/Historia1?publish=yes)
12. Arraras Juan GE. El afrontamiento de la enfermedad [Internet]. Zona Hospitalaria. [cited 2018 Nov 6]. Available from: <https://www.zonahospitalaria.com/el-afrontamiento-de-la-enfermedad/>
13. Determinantes del afrontamiento de la enfermedad crónica | Estudio del psicoanálisis y psicología [Internet]. [cited 2018 Nov 6]. Available from: <http://psicopsi.com/Determinantes-afrontamiento-enfermedad-cronica>
14. Mercado Pérez K, Mercado Pérez Katherine, Ramos Peñate Diana Carolina. NIVEL DE ADAPTACIÓN Y AFRONTAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES CRÓNICA EN CINCO CENTROS DE VIDA EN CARTAGENA DE INDIAS. I PERIODO 2013 [Internet]. Corporación Universitaria Rafael Núñez; 2013 [cited 2018 Dec 2]. Available from: [http://siacurn.app.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/805/NIVEL DE ADAPTACIÓN Y AFRONTAMIENTO DE PACIENTES CON DIABETES CRÓNICA EN CINCO CENTROS DE VIDA EN.pdf?sequence=1](http://siacurn.app.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/805/NIVEL_DE_ADAPTACIÓN_Y_AFRONTAMIENTO_DE_PACIENTES_CON_DIABETES_CRÓNICA_EN_CINCO_CENTROS_DE_VIDA_EN.pdf?sequence=1)
15. Modelo de adaptación de callista roy, revista de enfermería, salud [Internet]. [cited 2018 Nov 6]. Available from: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-164/callista-roy/>
16. Hernández Paola, Jaimes Jessica, Puente Mary, Carvajal Yaneth, Paola Suárez,

- Paulin Yessenia, et al. Cultura del cuidado enfermería [Internet]. Pereira; 2016 [cited 2019 Jan 18]. Available from: <http://unilibrepereira.edu.co/portal/images/pdf/culturacuidado-revista2016.pdf>
17. Zenteno-López MA, Tzontehua-Tzontehua I, Gil-Londoño E, Contreras-Arroy S, Galicia-Aguilar R. Continuidad de cuidados para la adherencia terapéutica en la persona con diabetes tipo 2. *Enfermería Univ* [Internet]. 2016;13(2):130–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1665706316000245>
 18. Zuleima torres de la cruz. Resiliencia y estilos de afrontamiento en adultos con diabetes tipo ii" TESIS [Internet]. Mexico; 2015 [cited 2018 Oct 17]. Available from: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/66597/DAS-split-merge.pdf?sequence=3>
 19. Organización Mundial de la Salud. Cuidados paliativos [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 7]. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
 20. Guevara M, Santos J, Paz M de los A, Gutierrez J. CASO CLÍNICO Cuidado de enfermería a un paciente con Diabetes Mellitus. Estudio de caso [Internet]. Vol. 8, *Rev enferm Herediana*. Nuevo Mexico; 2015 [cited 2018 Nov 7]. Available from: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/viewFile/2697/2573>
 21. Ferrer Arnedo Carmen. Importancia de la enfermera en el paciente con diabetes - Asociación Diabetes Madrid [Internet]. *Reviste entre Todos*. 2018 [cited 2018 Nov 7]. Available from: <https://diabetesmadrid.org/importancia-de-la-enfermera-en-el-paciente-con-diabetes/>
 22. Paliativos SE de C. Planes de cuidados estandarizados de Enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales. 2014;1–204. Available from: <http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CGuiaPlanesdeCuidadosdeEnfermeria.pdf>
 23. Rodriguez Galicia, Vargas Emma, Martinez Lidia, Villarreal Enrique. Estrategia de afrontamiento de la diabetes como factor de riesgo para el estilo de vida. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Internet]. 2010 [cited 2018 Nov

- 28];48(5). Available from: <http://www.redalyc.org/html/4577/457745510012/>
24. Nevado Manuel. Enfermedades crónicas: Luz al final del tunel [Internet]. [cited 2018 Nov 7]. Available from: <https://www.fundadeps.org/opinion/archivos/opinio-manuelnevado-vivirsano-2012.pdf>
 25. Fernandez Maragarita, Nocito Ana, Moreno Ana, Carramiña Francisco, Lopez Flora, Miravet Sonia, et al. Guías Clínicas Diabetes mellitus [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 23]. Available from: www.euromedice.net
 26. Rivas Valentina, Garcia Herminia, Cruz Araluey, Morales Fabiola, Enriquez Rosa, Roman Josefina. Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. 2011 [cited 2019 Feb 6];17:V. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48721182005>
 27. Ayala Sedano GG. Programa de adaptacion del adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo II, aplicando la teoria Callista Roy. 2017;73. Available from: http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/6074/1/T059_47708405_T.pdf
 28. Ministerio de Salud Publica del Ecuador. Guia de Practica CLinica de Cuidados Paliativos [Internet]. Quito; 2015 [cited 2019 Jan 7]. Available from: www.salud.gob.ec
 29. Montse B. Taxonomías Enfermeras y su aplicación en la Salud Mental [Internet]. Salud Mental. 2012. Available from: <http://academia.cat/files/425-3792-DOCUMENT/Bernard-42-8Octubre12.pdf>
 30. Flores Dayana, Valencia Ana. Capacidad de autocuidado y respuesta adaptativa en adultos con diabetes mellitus tipo ii del programa de pacientes diabéticos hospital regional Honorio Delgado Arequipa - 2014 [Internet]. Universidad Nacional de San Agustin; 2014 [cited 2018 Dec 2]. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2298/ENfligdm.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 31. Gutiérrez López C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación [Internet]. 6th ed. Revista de Investigaciones; 2009 [cited 2018 Nov 8]. 201-213 p. Available from: <http://revistas.usta.edu.co/index.php/hallazgos/article/viewFile/1742/1890?fbclid=I>

wAR1Li3w5eU6zCcqVCTZxLVMLAg2f_r936IQyII_Dl2VrZrDkMZxiadlCGBQ

32. Auría Fernández M. Cuidados paliativos y el paciente terminal [Internet]. Universidad de la Riola; 2015. Available from: https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001080.pdf
33. Orozco Varga MV, Pereira González T, Pico Martínez E. Cuidados en Enfermería al anciano en su ambiente domiciliario y ambulatorio [Internet]. Biblioteca Lascasas. Pereira; 2005 [cited 2019 Jan 7]. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0022.pdf>
34. Sani Fanny, Vizuete Alexandra. Propuesta de acciones de Enfermería para un cuidado paliativo al paciente diabético Lican, Riobamba, 2017 [Internet]. Universidad Nacional de Chimborazo; 2017 [cited 2018 Dec 31]. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4169/1/UNACH-FCS-ENF-2017-0008.pdf>
35. Rickerts V, Loeffler J, Böhme A, Einsele H, Just-Nübling G. Diagnosis of disseminated zygomycosis using a polymerase chain reaction assay. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* [Internet]. 2001 Oct [cited 2019 Feb 7];20(10):744–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11757979>
36. Madrid GB. Evolución de la enfermería y aparición de nuevos roles: Rol de la enfermera de Cuidados Paliativos [Internet]. [cited 2019 Jan 7]. Available from: https://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/240338/Gloria_Balaguer_Madrid.pdf?sequence=1
37. Massaux Natalia. Cuidados de enfermería al final de la vida [Internet]. Universidad Nacional del Comahue; 2011 [cited 2019 Jan 7]. Available from: [http://rdi.uncoma.edu.ar/bitstream/handle/123456789/6787/TESIS MASSAUX.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://rdi.uncoma.edu.ar/bitstream/handle/123456789/6787/TESIS%20MASSAUX.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
38. Arrellano Alberto. Gobiernos panistas e inseguridad pública en Jalisco*. 2008 [cited 2019 Feb 7];(26):119–34. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2008000100009
39. Riffo Luengo S, Salazar Molina A. Aplicación del proceso de enfermería según el

- modelo de Roy en pacientes con Diabete Mellitus. *Enfermería Glob* [Internet]. 2008;14:1–13. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/36101>
40. Raquel AM. Proceso de Atención de Enfermería ante un paciente diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2. 2014;11(2):21–6. Available from: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:39g1_Q8IPcMJ:revista.famfyg.com.ar/index.php/AMFG/article/download/89/81+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=ec
 41. Canova C, Aravena M, Canova Barrios Carlos Jesus, Aravena Mirta. Procesos de afrontamiento y adaptación en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. [Internet]. Departamento de Investigación. 2018. p. 6. Available from: http://dspace.uces.edu.ar:8180/dspace/bitstream/handle/123456789/4397/RI-08-18_Canova_Aravena.pdf?sequence=1
 42. Plan de Cuidados Paliativos. [cited 2019 Jan 14]; Available from: <http://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/PLANCiudadadosPaliativosPAISVASCO.pdf>
 43. Cubi Laura, Paca Jimena. Cuidados Paliativos de enfermería durante el Proceso de Adaptación del paciente diabético. Riobamba, 2017. 2017;69. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4158/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2017-0006.pdf>
 44. Díaz de Flores Leticia; Durán de Villalobos María Mercedes ; Gallego de Pardo Patricia; Gómez Bertha Daza; Gómez de Obando Elizabeth; González de Acuña Yolanda; Gutiérrez de Giraldo María del Carmen; Hernández Posada Ángela; Londoño Maya; Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy [Internet]. Vol. 2, Aquichan. 2009 [cited 2018 Nov 8]. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18/36>
 45. Devesa MA, Moreno MI. Nursing assessment through a standard model and diagnoses prioritization using fuzzy logic View project [Internet]. 2015 [cited 2018 Nov 6]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/311124591>
 46. Cisneros F. Teorías y Modelos de Enfermería. *Fundam Enferm Univ del Cauca*

- [Internet]. 1996;1–15. Available from: <http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
47. Sarmiento Paola, Botero Johana, Carvajal Gloria. Validez de constructo de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, versión modificada en español. Index de Enfermería [Internet]. 2013 Dec;22(4):233–6. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 48. Lazcano Ortiz M, Salazar González BC, Gómez Meza MV. Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Aquichan [Internet]. 2008;8(1):116–25. Available from: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/128/257>
 49. Salceda Victoria. ¿Cuáles son las estrategias de adaptación en los sujetos inmersos en un proceso de duelo por la pérdida de empleo en el sector naval de Ferrol? 2014 [cited 2019 Jan 23]; Available from: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/13671/TFG_Enfermaría_Salceda_Garcia_Victoria.pdf?sequence=2&isAllowed=y
 50. Sancho V, Cristina M. Plan de cuidados de Enfermería en el Paciente Paliativo Trabajo fin de grado Enfermería. 2011; Available from: <http://zaguan.unizar.es/record/7738/files/TAZ-TFG-2012-407.PDF>
 51. Rivera V, Pastoriza P, Díaz C, Hilario N. REVISIÓN CRÍTICA DE LA TAXONOMÍA ENFERMERA NANDA INTERNACIONAL 2009-2011 [Internet]. Médicas C, editor. Revista Científica de Enfermería. Habana; 2008. Available from: http://www.recién.scele.org/documentos/num_6_may_2013/revis_critica_taxonomia_enfermera.pdf
 52. Figueredo Villa K. Cuidados paliativos: evolución y desarrollo en Cuba [Internet]. Vol. 10, Enfermería Global. Servicio de Publicaciones, Universidad de Murcia; 2011 [cited 2019 Feb 7]. 0-0 p. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100017
 53. Mora Guillart L. Revista Cubana de Oftalmología. [Internet]. Vol. 28, Revista

- Cubana de Oftalmología. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas; 2015 [cited 2019 Feb 7]. 228-233 p. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009
54. Ruiz DM. TAXONOMIAS NANDA-NOC-NIC: ANALISIS Y REFLEXION [Internet]. Barcelona; 2014. Available from: [https://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Jornadas_SEAPA_\(10º_Aniversario\)/Taxonomías NANDA-NIC-NOC.pdf](https://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Jornadas_SEAPA_(10º_Aniversario)/Taxonomías NANDA-NIC-NOC.pdf)
 55. Llauradó Sanz G. Cuidados paliativos, la perspectiva de la muerte como parte del proceso de vida. Ene [Internet]. 2014 May [cited 2019 Feb 7];8(1):0–0. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 56. Yam Antonio, Colli Lidia CJ. Guía para el diseño del plan de cuidados de enfermería en personas con diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. Vol. 22, Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. Yucatan; 2014 [cited 2018 Dec 2]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2014/eim142h.pdf>
 57. Artiles L, Otero J, Barrios I. Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud [Internet]. La Habana; 2008. Available from: <http://files.sld.cu/ortopedia/files/2017/12/Metodología-de-la-investigación.pdf>
 58. Heather H, Shigemi K. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros. 11th ed. Elsevier, editor. Barcelona; 512 p.
 59. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ta ed. Elsevier, editor. 2AD. 758 p.
 60. Bulechek G, Butcher H, Joanne D, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ta ed. Elsevier, editor. Madrid; 666 p.
 61. Vélez Alvarado RA. El efecto de algunos factores sociodemográficos y psicosociales en los síntomas de ansiedad que presenta una muestra de personas con diabetes mellitus tipo 2 en una comunidad del área Oeste de Puerto Rico. Rev Cuid [Internet]. 2018 Aug;9(3):1–8. Available from: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/viewFile/554/1021>

62. Diaz A, Betancourt C, Cheverría S, Rodríguez E, González E. Diabetes Mellitus: un estudio sobre el nivel de adaptación fisiológica y de autoconcepto en pacientes que participan en un grupo de apoyo. *Desacatos* [Internet]. 2014 Jun;26:119–34. Available from: <https://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/viewFile/31/180>
63. Xueqing L, Shunchao K. Abordaje de los mecanismos de comorbilidad en Diabetes Mellitus Tipo 2 Approach to mechanisms of comorbidity in Type 2 Diabetes Mellitus. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [Internet]. 2017 Dec;16(6):891–901. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000600006
64. Mora Onidia, Pérez Arnoldo, Sánchez Rina, Mora Osmaida, Puente Vivian. Morbilidad oculta de prediabetes y diabetes mellitus de tipo 2 en pacientes con sobrepeso y obesos. 2013; Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013001000011
65. Estrada-Vaillant A, Hernández-Hernández R, Izada-Carnesoltas L, González-Gil A, Quiñones-Cabrera D, Cabrera-Dorta T. Características clínico-epidemiológicas de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el Policlínico Milanés . Municipio Matanzas. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2017 May;1084–93. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242017000500008
66. Flórez-Torres IE, Herrera-Alarcón E, Carpio-Jiménez E, Veccino-Amador MA, Zambrano-Barrios D, Reyes-Narváez Y, et al. Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidado intensivo. *Aquichan* [Internet]. 2011 Apr;11(1):23–39. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=64498233&lang=es&site=ehost-live>
67. Jiménez VF, Zapata LS, Díaz L. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Aquichan* [Internet]. 2013;13(2):159–72. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972013000200003&script=sci_abstract&tlng=es
68. Astudillo Wilson, Orbezo Ana, Latiegi Amai, Urdaneta Elena, editors. *Cuidados Paliativos en Enfermería* [Internet]. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos; [cited

2019 Jan 23]. Available from: www.sovpal.com

ANEXOS

Anexo 1: Comité de Bioética



Oficio Nro. MSP-CZONAL3-2016-0647-O

Riobamba, 07 de diciembre de 2016

Asunto: UNACH. CARRERA DE ENFERMERIA. SOLICITA COMEDIDAMENTE LA AUTORIZACION PARA LA EJECUCION DE UN ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL PROYECTO CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES EN EL DISTRITO CHAMBO-RIOBAMBA

Licenciada en Enfermería
Mayra Carola León
Directora de la Carrera de Enfermería
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CHIMBORAZO
En su Despacho

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZ3-DZAF-2016-1758-E, mediante el cual solicita comedidamente la autorización para la ejecución de un estudio Descriptivo del Proyecto Cuidados Paliativos en Pacientes con Enfermedades Crónicas no transmisibles en el Distrito Chambo-Riobamba.

Me permito manifestar que en base Memorando Nro. MSP-CZONAL3-2014-10131 de 02 de octubre de 2014, mediante el cual hace referencia, al Memorando N°MSP-CGDES-2014-0697, de fecha 01 de octubre de 2014, respecto a las Investigaciones en Salud, en el cual manifiesta:

Respecto a la regulación para el desarrollo de investigación en salud en el país.

"Como ustedes conocen, el Art. 208 de la Ley Orgánica de Salud dispone que la investigación científica tecnológica en salud debe ser regulada y controlada por la Autoridad Sanitaria Nacional"

Aprobación de estudios observacionales:

Las investigaciones que no sean ensayo clínico y que correspondan a un estudio observacional, que 1) se ejecutarían en unidades del MSP, 2) reciban fondos del Estado (SENESCYT u otros), 3) importen o exporten muestras biológicas, kits diagnósticos sin registro sanitario en el país o 4) se ejecuten en la comunidad sin intermedio de establecimiento de salud del MSP, Red Pública Integral de Salud (RPIS), Red Complementaria (RC), deben ser aprobadas por el MSP para ser autorizadas por la Dirección de Inteligencia de la Salud.

La solicitud presentada hace relación a un estudio de tipo descriptivo, mismo que no se encuentra inmerso en lo anteriormente descrito por lo que es pertinente lo solicitado y se aprueba su ejecución, debiendo coordinarse con el Distrito Chambo-Riobamba para que brinde las facilidades requeridas.

Av. Humberto Moreano 20-69 y Av. Alfonso Villagómez
Código Postal: 060104 Teléfonos: 593 (3) 2961-535 / 2961-891 / 2960-279 / 2969-847
www.saludzona3.gob.ec



Oficio Nro. MSP-CZONAL3-2016-0647-O

Riobamba, 07 de diciembre de 2016

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dr. Boris Ezzar Velásquez Gines
COORDINADOR ZONAL 3 - SALUD

Referencias:
- MSP-CZ3-DZAF-2016-1758-E

Copia:
Señor Doctor
Marcelo Fernando Viteri Villa
Director de Gobernanza de la Salud -Zona 3 Salud

Señor Doctor
José Iván Villavicencio Soledispa
Director Distrital 06D01 - Chambo-Riobamba - Zona 3 Salud

TV/mv

Anexo 2: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Proyecto: Dimensiones de calidad de vida afectadas en los pacientes diabéticos. Distrito de Salud Chambo-Riobamba. Noviembre 2017 – marzo 2018

En el Distrito de Salud Chambo-Riobamba, se desarrolla una investigación en el área de la Salud Pública, con el propósito de describir las dimensiones de calidad de vida afectadas en los pacientes adultos y adultos mayores diabéticos atendidos en las unidades operativas del mencionado distrito, para lo cual se requiere recabar datos que accedan al diagnóstico de las dimensiones de calidad de vida afectadas en estos pacientes y las dificultades para adaptarse a su condición de salud.

Usted ha sido seleccionado(a) para formar parte de esta investigación, por lo que de estar de acuerdo, se le aplicarán cuestionarios que permitirán establecer las regularidades relacionadas con el diagnóstico mencionado.

La información que se recolecte en este proceso de investigación será de carácter confidencial. Únicamente los investigadores tendrán accesibilidad a ella. Cualquier información de su persona no será compartida. La misma se utilizará de manera ética, sin perseguir malevolencia, ni maleficencia, cuidando de su privacidad e integridad moral.

Usted tiene el derecho de negarse a participar en esta investigación; además, puede abandonarla en el momento que lo desee. Al respecto, declaro que “he leído o me ha sido leída la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han esclarecido las dudas que he planteado; por lo que, consiento voluntariamente participar en este estudio”, y para que así conste, firmo la presente:

Fecha (día/mes/año): _____/_____/_____

Nombre del participante: _____

Número de cédula: _____

Firma del participante _____

Anexo 3: PROYECTO: CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (ECNT)
DISTRITO DE SALUD CHAMBO RIOBAMBA

Datos generales	
Nombres y apellidos: _____	
Dirección: _____	
Distrito de salud: _____	Centro de salud: _____
Edad: _____ años	Género: Femenino ____ Masculino _____
Religión que practica: _____	
Auto identificación étnica: Blanco ____ Mestizo ____ Indígena ____ Afro- Ecuatoriano ____	
Estado civil: Soltero/a: ____ Casado/a: ____ Divorciado/a: ____ Viudo/a: ____ Unión de hecho: ____	
Nivel de instrucción: Básica ____ Bachillerato ____ Nivel técnico ____ Tercer nivel ____ Cuarto nivel: ____	
Profesión u Oficio: _____	Jubilado: Sí ____ No ____
¿Con quién vive Ud? _____	
Ud padece de: Presión Alta: ____	Diabetes: ____ Enfermedades del corazón: ____ Sobrepeso: ____
Cáncer: Si ____ NO: ____ ¿Dónde?: _____	
Consecuencias de la enfermedad: Sí ____ NO ____ ¿Cuáles? _____	
Padece de otras enfermedades: Si ____ NO: ____ ¿Cuáles? _____	
Capacidades especiales: Sí ____ No ____	
Ud. consume: Tabaco: ____ Alcohol: ____ Café: ____ Ninguno: ____	

ESCALA DE MEDICIÓN DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY

ESCALA DE MEDICIÓN DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY EN SU VERSIÓN VALIDAD				
EN ESPAÑOL (ESCAPS)				
	Nunca	Rara vez	Casi siempre	Siempre
FACTOR 1: RECURSIVO Y CENTRADO				
Puedo hacer varias actividades al mismo tiempo				
Propongo soluciones para problemas nuevos				
Llamo al problema por su nombre y trato de verlo todo				
Obtengo información para aumentar mis opciones				
Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas				
Trato de recordar soluciones que me han servido antes				
Trato de que todo funcione a mi favor				
Solo pienso en lo que me preocupa				
Me siento bien de saber que estoy manejando el problema				
Identifico cómo quiero que resulte la situación.				
FACTOR 2: REACCIONES FÍSICAS Y ENFOCADAS				
Soy menos eficaz bajo estrés				
No actúo hasta que tengo comprensión de la situación				
Encuentro la crisis demasiado complicada				

Pienso en el problema paso a paso				
Parece que actúo con lentitud sin razón aparente				
Trato de reorganizar mis sentimientos positivamente				
Estoy activo durante el día cuando estoy en crisis				
Soy realista con lo que sucede				
Estoy atento a la situación				
Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo				
Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones				
Miro la situación desde diferentes puntos de vista				
Tiendo a quedarme quieto por un momento				
Encuentro difícil explicar el verdadero problema				
FACTOR 3: PROCESO DE ALERTA				
Obtengo buenos resultados con problemas complejos				
Trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación				
Puedo desenvolverme mejor cuando tengo que ir a lugares desconocidos				
Utilizo el humor para manejar la situación				
Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida				
Mantengo equilibrio entre la actividad y el descanso				
Soy más eficaz bajo estrés				
Puedo relacionar lo que sucede con experiencias pasadas				
Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tengo				

FACTOR 4: PROCESAMIENTO SISTEMÁTICO				
Trato de ser creativo y propongo soluciones				
Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas				
Aprendo de las soluciones de los otros				
Miro la situación positivamente como un reto				
Planteo soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar				
Experimento cambios en la actividad física				
FACTOR 5: CONOCER Y RELACIONAR				
Analizo los detalles tal como sucedieron				
Trato de aclarar cualquier duda antes de actuar				
Trato de hacer frente a la crisis desde el principio				
Me doy cuenta de que me estoy enfermando				
Adopto una nueva destreza cuando resuelvo mi dificultad				
Me rindo fácilmente				
Desarrollo un plan para enfrentar la situación				
Al parecer me hago ilusiones de cómo resultarán las cosas				

Anexo 4: Categorización de la capacidad de Proceso de afrontamiento y Adaptación según ESCAPS

Estrategias de afrontamiento	Puntuación	Categorías de la capacidad del Proceso de Afrontamiento y Adaptación	
		Baja capacidad	Alta capacidad
Recursivo y Centrado Factor 1	11-44	11-27	28-44
Físico y Enfocado Factor 2	13-52	13-32	33-52
Proceso de alerta Factor 3	9-36	9-22	23-36
Procesamiento sistemático Factor 4	6-24	6-18	19-24
Conociendo y relacionando Factor 5	8-32	8-24	25-32
Escala Total	47-188	47-117	118-188
Fuente: González (2007).			