



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
PROYECTO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO:
DE MASTER EN SALUD PÚBLICA**

**TÍTULO DEL PROYECTO
CAUSAS CONDUCTUALES QUE INTERVIENEN EN LA
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN PACIENTES DE 40 A 65 AÑOS
DE EDAD EN EL ÁREA DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL NAVAL
GUAYAQUIL; 2018**

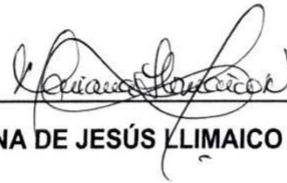
**MAESTRANTE:
MARÍA DEL CARMEN REMACHE LLONGO**

**MILAGRO, JUNIO 2019
ECUADOR**

CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente hago constar que he analizado el proyecto de grado presentado por el **María del Carmen Remache Longo**, para optar por el título de **Master en Salud Pública** y que acepto tutorar al maestrante, durante le etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación, evaluación y sustentación.

Milagro, agosto de 2017



MARIANA DE JESÚS LLIMAICO NORIEGA

C.I. 0914879796

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El autor de esta investigación declara ante el Consejo de Posgrado y Educación Continua de la Universidad Estatal de Milagro, que el trabajo presentado es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona, salvo el que está referenciado debidamente en el texto; parte del presente documento o en su totalidad no ha sido aceptado para el otorgamiento de otro Título o Grado de una institución nacional o extranjera.

Milagro, diciembre de 2018



MARÍA DEL CARMEN REMACHE LLONGO

Ci: # 0602345126

CERTIFICACIÓN DE DEFENSA

EL TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de Magister en Salud Pública, otorga al presente proyecto de investigación las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTÍFICA:	[58]
DEFENSA ORAL:	[40]
TOTAL:	[98]
EQUIVALENTE:	[E]



PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



SECRETARIO DEL TRIBUNAL



ASESOR DEL PROYECTO

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación lo dedico en primer lugar a papito Dios, por ser el padre que siempre ha permanecido a mi lado dándome la sabiduría necesaria para enfrentar todos los momentos difíciles, llevándome de victoria en victoria y de triunfo en triunfo.

A mi madre por toda su comprensión y amor incondicional, con su ejemplo he llegado hasta donde estoy siempre bajo los principios inculcados con su gran amor hacia mí.

A mis hermanas (os) y sobrinas (os) que son el motor que me impulsan a ser mejor cada día por formar parte de mi vida y estar siempre a mi lado aun en mis momentos difíciles brindándome su amor.

A mi Papi José que, aunque ya no está conmigo, sé que estaría orgulloso del logro alcanzado.

María del Carmen Remache LI.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi agradecimiento desde lo más profundo de mi ser a mi Dios porque sin el nada soy por ser mi fortaleza y llenarme de sabiduría para obtener un logro más en mi vida profesional.

Gracias a mi familia por su apoyo incondicional y permanecer a mi lado aun frente a las adversidades.

Al Hospital Naval que me abrió sus puertas y permitió realice mi investigación en esta institución de la cual forme parte durante 23 años.

A todas aquellas personas que con su granito de arena han aportado para poder culminar con éxito esta maestría.


María del Carmen Remache LI.

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

**SEÑOR MAGÍSTER
FABRICIO GUEVARA VIEJO
RECTOR DE LA UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
CIUDAD. -**

Mediante el presente documento, libre y voluntariamente se procede hacer la entrega de Cesión de Derecho del Autor del Trabajo realizado como requisito previo para la obtención de título de Cuarto Nivel, cuyo tema fue "**Causas conductuales que intervienen en la insuficiencia renal crónica en pacientes de 40 a 65 años de edad en el área de nefrología del Hospital Naval Guayaquil; 2018**" y que corresponde al Departamento de Investigación y Posgrado.

Milagro, diciembre del 2018



MARÍA DEL CARMEN REMACHE LLONGO

CI: # 0602345126

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	III
CERTIFICACIÓN DE DEFENSA.....	IV
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	VI
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR.....	VII
ÍNDICE GENERAL.....	VIII
ÍNDICE DE TABLAS	XI
INTRODUCCIÓN	1
EL PROBLEMA.....	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1.1 Problematización	3
1.1.2 Delimitación del problema.....	5
1.1.3 Formulación del problema	5
1.1.4 Sistematización del problema	6
1.1.5 Determinación del tema	6
1.2 OBJETIVOS.....	6
1.2.1 Objetivo General	6
1.2.2 Objetivos Específicos.....	6
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	7
1.3.1 Justificación de la investigación	7
CAPÍTULO II	8
MARCO REFERENCIAL.....	8
2.1 MARCO TEÓRICO.....	8
Antecedentes históricos	8
2.2 MARCO LEGAL.....	35

2.2	MARCO CONCEPTUAL	38
2.4	HIPÓTESIS Y VARIABLES	40
2.4.1	Hipótesis General.....	40
2.4.2	Declaración de variables	40
2.4.4	Operacionalización de las variables	41
CAPÍTULO III		42
MARCO METODOLÓGICO		42
3.1	TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL	42
3.2	LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA	42
3.2.1	Característica de la población	42
3.2.2	Delimitación de la población.....	42
3.2.4	Tamaño de la muestra	43
3.3	LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS	43
3.3.1	Método Teórico	43
3.3.2	Método empíricos fundamentales	43
3.3.3	Métodos empíricos complementarios	44
CAPÍTULO IV		45
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....		45
4.2	ANALISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVAS	56
4.3	RESULTADOS	59
4.4	VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	59
CONCLUSIONES		61
RECOMENDACIONES		62
CAPÍTULO V		63
PROPUESTA.....		63
5.1	TEMA.....	63
5.2	FUNDAMENTACIÓN	63

5.3. JUSTIFICACIÓN	64
5.4 OBJETIVOS	65
5.4.1 Objetivo General.....	65
5.4.2 Objetivos Específicos	65
5.4 UBICACIÓN	65
5.5 FACTIBILIDAD	66
5.7 DESCRIPCIÓN	66
5.7.1 Actividades	67
5.7.2 Recursos financieros.....	68
5.7.3 Impacto	68
5.7.4 Cronograma.....	69
5.7.5 Lineamientos para evaluar la propuesta.....	70
6. BIBLIOGRAFÍA	71
7. ANEXOS.....	76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.- Distribución porcentual sobre el consumo de comidas principales en el mismo horario.....	45
Tabla 2.- Distribución porcentual sobre la frecuencia de consumo carne de res y/o vísceras.....	46
Tabla 3.- Distribución porcentual sobre el consumo de sal	47
Tabla 4.- Distribución porcentual sobre la forma de preparación de alimentos	48
Tabla 5.- Distribución porcentual sobre la cantidad de agua que consume al día	49
Tabla 6.- Distribución porcentual sobre la comunicación y participación familiar y el estado de ánimo	50
Tabla 7.- Distribución porcentual sobre formas de reacción ante un problema	52
Tabla 8.- Distribución porcentual sobre el consumo de alcohol, bebidas gaseosas y cigarrillos	53
Tabla 9.- Distribución porcentual sobre actividad física.....	55

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribución porcentual sobre el consumo de comidas principales en el mismo horario.....	45
Gráfico 2 Distribución porcentual sobre la frecuencia de consumo carne de res y/o vísceras.....	46
Gráfico 3 Distribución porcentual sobre el consumo de sal	47
Gráfico 4.- Distribución porcentual sobre la forma de preparación de alimentos	48
Gráfico 5 Distribución porcentual sobre la cantidad de agua que consume al día	49
Gráfico 6 Distribución porcentual sobre la comunicación y participación familiar y el estado de ánimo	51
Gráfico 7 Distribución porcentual sobre formas de reacción ante un problema	52
Gráfico 8 Distribución porcentual sobre el consumo de alcohol, bebidas gaseosas y cigarrillos	54
Gráfico 9 Distribución porcentual sobre actividad física.....	55

Resumen

La insuficiencia renal crónica, pertenece al grupo de enfermedades crónicas; dado que es una enfermedad lenta y progresiva de la capacidad de excreción renal; debido a sus consecuencias sociales y económicas es catalogada como una enfermedad catastrófica. **Objetivo:** Se planteó identificar las causas conductuales que intervienen en la insuficiencia renal crónica en pacientes de 40 a 65 años de edad en el área de nefrología del Hospital Naval Guayaquil. **Metodología:** Tiene un alcance cuantitativo, de tipo transversal descriptivo; la población fue de 22 pacientes con insuficiencia renal crónica en el área de nefrología del Hospital. Para la recolección de datos se utilizó la observación, el método inductivo y la encuesta. **Resultados:** Se evidencian que los hábitos alimenticios que intervienen en la insuficiencia renal crónica, fueron el inadecuado control en la ingesta de proteínas y de sodio; a su vez, se determinó que los pacientes consumen líquidos más de normal. En relación con los factores psicosociales, existen pacientes que tienen una relación regular y deficiente con sus familiares lo que produce momentos de preocupación y de estrés en ellos. **Conclusiones:** Las causas conductuales que intervienen en la muestra estudiada, son los hábitos alimentarios (46 %), los factores psicosociales (50%) y el estilo de vida que tienen los pacientes (70%). Ante estos resultados, se propone diseñar un programa multidisciplinario de prevención y control de la insuficiencia renal crónica en la población general y de riesgo que asiste al Hospital Naval Guayaquil.

Palabras claves: Insuficiencia Renal Crónica y Causas conductuales

Abstract

Chronic renal failure belongs to the group of chronic diseases; since it is a slow and progressive disease of renal excretion capacity; Due to its social and economic consequences it is cataloged as a catastrophic disease. **Objective:** It was proposed to identify the behavioral causes that intervene in chronic renal failure in patients from 40 to 65 years of age in the nephrology area of the Guayaquil Naval Hospital. **Methodology:** It has a quantitative scope, descriptive transversal type; the population was 22 patients with chronic renal failure in the area of nephrology of the Hospital. For the data collection, the observation, the inductive method and the survey were used. **Results:** It is evident that the nutritional habits that intervene in the chronic renal insufficiency, were the inadequate control in the ingestion of proteins and sodium; In turn, it was determined that patients consume liquids more than normal. In relation to psychosocial factors, there are patients who have a regular and deficient relationship with their family members, which produces moments of worry and stress in them. **Conclusions:** The behavioral causes that intervene in the studied sample are the alimentary habits (46%), the psychosocial factors (50%) and the lifestyle of the patients (70%). Given these results, it is proposed to design a multidisciplinary program of prevention and control of chronic renal failure in the general population and at risk attending the Guayaquil Naval Hospital.

Keywords: Chronic Renal Failure and Behavioral Causes

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal crónica se define como una enfermedad progresiva que afecta a la estructura de riñón, evoluciona en diferentes estadios en los que se van incrementando las manifestaciones clínicas.

Existen causas de origen biológico y factores de riesgo que incrementan la posibilidad de la insuficiencia renal crónica; esta distinción, permite identificar que existen también causas de origen conductuales como: “déficit de autocuidado, hábitos poco adecuados, consumo de alcohol, consumo de tabaco, dieta y hábitos alimenticios, contaminación, accidente o trauma físico, exceso de trabajo” (Vélez, 2013). En este sentido, las causas conductuales son todas actividades cotidianas que una persona realiza frente a diversas circunstancias y que pueden ser mordicados.

Según la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, indica que la prevalencia de la insuficiencia renal crónica en la región, incrementa el 10% anualmente. En Ecuador, se estima que, en el año 2018, los pacientes con insuficiencia renal crónica fueron 12.155 personas.

De aquí, se justificó estudiar esta problemática desde la óptica de la salud pública, no sólo por la falta de datos oficiales sino también porque los resultados pueden contribuir al Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Ecuador.

En el capítulo I, se aborda la problemática de la insuficiencia renal crónica desde las causas conductuales que están relacionadas con la enfermedad, Para llevar a cabo esta investigación se planteó como objetivo *identificar las causas conductuales que intervienen en la insuficiencia renal crónica en pacientes de 40 a 65 años de edad en el área de nefrología del Hospital Naval Guayaquil*, paralelamente, se estudiaron los hábitos alimenticios, los factores psicosociales y el estilo de vida de los pacientes con el fin de determinar la asociación entre variables.

En el capítulo II, se estudia y construye el marco referencial a través de los antecedentes y la fundamentación teórica, la misma que se la llevo a cabo, mediante el análisis de literatura de textos y estudios referenciales que abordan el tema.

En el capítulo III, por la problemática identificada y por los objetivos planteados, el estudio tiene una estructura metodológica de carácter descriptivo, lo que permitió analizar los hechos tal como se presentan en el lugar objeto de estudio. La muestra estuvo conformada por todos los pacientes con insuficiencia renal crónica atendidos en el Hospital, previo al estudio, se aplicó una prueba piloto a los pacientes para someter a prueba el instrumento, el mismo que fue validado por una comisión de expertos, lo que permitió corregir ciertos errores en su estructuración antes de su aplicación final, los resultados permitieron una primera aproximación, concluyendo que, existen varias causas conductuales que intervienen en la enfermedad, como hábitos alimenticios y factores psicosociales. Sin embargo, los resultados finales producto de toda la muestra darán conclusiones más precisas del estudio.

En el capítulo IV, se presenta el análisis e interpretación de resultados, el mismo que se lo logró a través del tratamiento estadístico, con el fin de analizar y describir el comportamiento de las variables en estudio. Los resultados evidencian que dentro de las causas conductuales de la insuficiencia renal crónica están los hábitos alimenticios, los aspectos psicosociales y los estilos de vida.

En el capítulo V, se detalla la propuesta que consiste, en diseñar un programa multidisciplinario de prevención y control de la insuficiencia renal crónica en la población general y de riesgo que asiste al Hospital Naval Guayaquil, en el cual se establecerán protocolos de atención integral sobre nutrición, atención psicológica y autocuidado entre otras acciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Problematización

En la actualidad, el mundo ha venido constantemente experimentando cambios en su estructura demográfica y su perfil epidemiológico que han modificado e incrementado la morbilidad, mortalidad, prevalencia e incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles. La insuficiencia renal crónica (IRC), pertenece al grupo de enfermedades crónicas; dado que es una enfermedad que se define como “anomalías persistentes en la estructura o función del riñón, que se manifiestan por una disminución en la tasa de filtración glomerular (TFG) por debajo de 60 mL/ min/1.73 m², o la presencia de albuminuria, proteinuria, hematuria o desequilibrios electrolíticos durante al menos 3 meses” (Litbarg, 2018) (p. 411).

En esta misma idea conceptual, Bezerra & Ferreira (2016), la definen como “síndrome complejo a consecuencia de la pérdida, generalmente lenta y progresiva, de la capacidad de excreción renal; o también, “reducción progresiva de la filtración glomerular, principal mecanismo de excreción de solutos tóxicos generados por el organismo”. (p. 687) Es decir, los riñones que se encuentran perfectamente diseñados para mantener un equilibrio adecuado de líquidos en el cuerpo, remover los residuos y eliminar las toxinas de la sangre, pierden la capacidad de llevar a cabo estas funciones eficazmente.

Existen factores de riesgo y causas conductuales que contribuyen de alguna manera al desarrollo de la enfermedad como: “la edad avanzada, proteinuria, tabaquismo, enfermedad cardiovascular, la raza, colesterol anormal, lesión renal aguda, y un historial familiar de enfermedad renal” (Litbarg, 2018). En concordancia con lo expuesto, Silveira et al. (2017) señalan que “las principales causas de IRC incluyen la diabetes mellitus, enfermedad hipertensiva, enfermedades urológicas, y glomerulopatías” (p.405). Además, “la diabetes, la hipertensión, la obesidad y los

niveles altos de triglicéridos ahora se han identificado como factores de riesgo tempranos, que pueden estar presentes durante 30 años antes de un diagnóstico”. (Litbarg, 2018) (p.412)

Debido a sus consecuencias “humanas, sociales, éticas, políticas y económicas es catalogada como una enfermedad catastrófica, tiene proporciones epidémicas y junto a las cardíacas, cerebrovasculares y el cáncer constituye una de las principales causas de mortalidad” (Torres, Bandera, Yulior Ge Martínez, & Amaro, 2017) (p.266), convirtiéndose en un problema de salud pública global y “una importante carga sanitaria” tal como lo reconoció la Asamblea General de las Naciones Unidas en el 2011. (United States Renal Data System, 2017) (p. S1)

Las tasas de incidencia en todo el mundo muestran tendencias importantes, “en Taiwán, por ejemplo, la prevalencia llegó a 2,447 por millón de habitantes, mientras que para Japón y Estados Unidos las tasas son de 2,205 y 1,811 respectivamente” (MINSA, 2014). En España, las cifras “están en torno a 126 casos por millón de población, objetivándose las tasas más altas de incidencia y prevalencia en el grupo mayor de 65 años” (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2013) (p.637). Por su parte, Cuba, presenta una “tasa de 101 a 132 fallecidos por un millón de habitantes” (Silveira et al., 2017) (p.404).

Según la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, indica que “la prevalencia de IRC en la región, es de 650 pacientes por cada millón de habitantes con un incremento del 10% anual” (SLANH, 2017). Mientras que, por país, “la prevalencia más alta fue de 1026 pacientes por millón de habitantes en Puerto Rico, 667 pacientes por millón de habitantes en Argentina, 485 pacientes por millón de habitantes en Brasil y 63 pacientes por millón de habitantes en Bolivia” (como se cita en Medina, 2016) (p.15). por su parte, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), reporta que Ecuador tiene 17´137.655 habitantes; si tomamos como referencia la prevalencia de IRC en la región por cada millón de habitantes, se estima que para el año 2018 los pacientes con insuficiencia renal crónica serían 12.155.

Dado que, en el país, no se cuenta con una base de datos oficial que permita conocer con precisión la incidencia y prevalencia de esta enfermedad y sus características, delimitamos el problema directamente en el Hospital Naval de la ciudad de Guayaquil, en el área de nefrología (hemodiálisis), donde, según el Departamento de Estadísticas del Hospital, la demanda de paciente con IRC es de 22 pacientes, los mismos que ingresan por diversos factores como obesidad, sedentarismo, dieta inadecuada, y por enfermedades concomitantes entre ellas la diabetes y la hipertensión mal controladas o por tener una incorrecta adherencia al tratamiento que implica esta enfermedad.

Por tal razón, es necesario estudiar la insuficiencia renal crónica desde el abordaje de las causas conductuales como: hábitos alimenticios, impactos psicosociales y sus estilos de vida; para de esta manera determinar cuáles son las más relevantes que deben de ser controladas para disminuir la incidencia de la enfermedad.

1.1.2 Delimitación del problema

Línea de investigación: Salud Pública (Enfermedades crónicas degenerativas)

Objeto de estudio: Causas conductuales

Unidad de observación: Pacientes con insuficiencia renal crónica de 40 a 65 años de edad.

Tiempo: Año 2018

Espacio: Área de nefrología del Hospital Naval Guayaquil

1.1.3 Formulación del problema

El problema planteado, permite formular la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son causas conductuales que intervienen en la insuficiencia renal crónica en pacientes de 40 a 65 años de edad en el área de nefrología del Hospital Naval Guayaquil?

1.1.4 Sistematización del problema

- ¿Cuáles son los hábitos alimenticios que intervienen en la insuficiencia renal crónica?
- ¿Cuáles son los factores psicosociales que intervienen en la insuficiencia renal crónica?
- ¿Cuál es el estilo de vida del paciente renal que interviene en la enfermedad?

1.1.5 Determinación del tema

Causas conductuales que intervienen en la insuficiencia renal crónica en pacientes de 40 a 65 años de edad en el área de nefrología del Hospital Naval Guayaquil

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

- Identificar las causas conductuales que intervienen en la insuficiencia renal crónica en pacientes de 40 a 65 años de edad en el área de nefrología del Hospital Naval Guayaquil.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar los hábitos alimenticios que intervienen en la insuficiencia renal crónica
- Establecer los factores psicosociales que interviene en la insuficiencia renal crónica
- Determinar el estilo de vida del paciente renal que intervienen en la enfermedad
- Diseñar un programa multidisciplinario de prevención y control de la insuficiencia renal crónica en la población general y de riesgo que asiste al Hospital Naval Guayaquil

1.3 JUSTIFICACIÓN

1.3.1 Justificación de la investigación

La Constitución de la República del Ecuador, garantiza el derecho a la atención especializada de las enfermedades catastróficas, dentro de las cuales se encuentran las enfermedades renales crónicas en todos sus estadios. De tal manera que, el manejo oportuno, óptimo y eficaz de la enfermedad, puede disminuir las complicaciones y sus repercusiones; mejorando así, significativamente, la salud y la calidad de vida de la población.

Como se menciona anteriormente, en el Ecuador, se estima que existen alrededor de diez mil personas con insuficiencia renal crónica, lo que representa una tasa de 650 casos por millón de habitantes. De aquí, se desprende y se justifica la importancia de estudiar esta problemática desde la óptica de la salud pública, no sólo por la falta de datos oficiales sino también porque los resultados pueden contribuir al Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Ecuador, por lo tanto, su aplicación contribuye al Sistema Nacional de Salud del país.

La ejecución de la investigación permitirá beneficiar a la población en general y de riesgo que asiste al Hospital Naval Guayaquil, además, generará información oportuna para la toma de decisiones inteligentes dentro y fuera del Hospital, permitiendo diseñar soluciones para modificar los factores de riesgo, dado que en su mayoría son factores que pueden cambiar a través de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Es importante resaltar, que la investigación tiene factibilidad técnica financiera para su ejecución, dado que se cuenta con herramientas investigativas para obtener los datos sobre la problemática planteada.

Finalmente, los resultados del estudio tendrían un impacto positivo social y económico debido a la carga sanitaria y el gasto que representan para el paciente. Al mismo tiempo, estos resultados, como parte de un proceso metodológico de investigación científica, contribuyen a la comprensión de la enfermedad y sirve de línea base para la elaboración de otras investigaciones relacionadas con las distintas áreas de conocimiento en salud.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEÓRICO

Antecedentes históricos

El siguiente capítulo tiene por finalidad orientar al lector en el estudio de la conducta humana para comprender el desarrollo y afectación de la salud; el mismo, fue estructurado a través de la revisión de literatura. Bajo ningún punto de vista, suplanta a la bibliografía disponible.

A lo largo de la historia, diversos teóricos han tratado de estudiar a la conducta humana para comprender y aprovechar sus características, de tal forma que, la persona pueda vivir de una mejor manera, ya sea observando sus fortalezas, o disminuyendo las debilidades dentro del entorno en el cual se desarrolla.

Etimológicamente la palabra conducta proviene del latín *conductus*, que significa guiar o conducir; es decir, que todas las manifestaciones que se comprenden dentro de sí suponen que son conducidas o guiadas por algo que bien pudiera ser interno o externo. Partiendo de esta idea, Delgado & Delgado (2006) señalan:

La conducta puede ser guiada tanto por los fenómenos psíquicos como por la influencia que ejerce el medio social sobre el sujeto. Para el idealismo, la conducta, es el resultado de los fenómenos psíquicos que se expresan mediante manifestaciones corporales en el medio externo donde el sujeto se desarrolla. Para el materialismo, la conducta, es un resultado de la influencia social a la que el sujeto está sometido y que se expresa a partir de las condiciones psíquicas del mismo. Para algunos teóricos, la conducta, está íntimamente asociada con el estímulo que la produce. (p.15)

En este sentido, el Diccionario de la Real Academia Española menciona:

La conducta está relacionada a la modalidad que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida. Esto quiere decir que el término puede emplearse como sinónimo de comportamiento, ya que se refiere a las

acciones que desarrolla un sujeto frente a los estímulos que reciben y a los vínculos que establece con su entorno. (Real Academia Española, 2014) (p.37)

Ante estas conceptualizaciones, es vital tener un acercamiento breve a la misma, para conocer algunas nociones generales que van desde su historia hasta llegar a enunciar el apareamiento de teorías que fundamentarán la investigación.

Pavlov y Skinner, psicólogos de profesión, a inicios del siglo XX, establecieron que el comportamiento era una respuesta pasiva respecto al medio ambiente; para Pavlov:

El condicionamiento clásico, es un tipo de aprendizaje y comportamiento que consiste en aparear un estímulo natural con su respuesta natural y conectarlo con un segundo estímulo para generar una respuesta que no se da naturalmente, dicho de otra manera, es el mecanismo más simple por el cual los organismos pueden aprender acerca de las relaciones entre estímulos y cambiar su conducta en conformidad con las mismas. Permite a los seres humanos y animales aprovecharse de la secuencia ordenada de eventos de su ambiente y aprender qué estímulos tienden a ir con qué eventos. (Fresnillo, 2017)

Por su parte, Skinner, estableció su teoría basada en el condicionamiento operante, llamado también instrumental y hoy en día análisis experimental de la conducta. Esta teoría explica:

La conducta voluntaria del cuerpo, en su relación con el medio ambiente, basados en un método experimental. Afirma, que cuando se está dominado por una atmósfera de presión, lo que se quiere en ese instante, es salir del aprieto y no propiamente aprender. Se sabe que para que tenga efecto el aprendizaje, los estímulos reforzadores deben seguir a las respuestas inmediatas por lo cual uno tiene que reforzar las conductas (B. Gordon & Hilgard, 2006).

Es decir, cuando una persona acciona una palanca para recibir un dulce, esto, no es un reflejo, la persona debe realizar una actividad específica para recibir algo a cambio. Por lo tanto, la conducta es externa ya que tiene un efecto sobre el mundo exterior al

individuo. La conducta tiene un efecto que aumenta la probabilidad de que en condiciones similares vuelva a aparecer la misma.

Schunk (2015) resalta “Skinner, afirmaba que el condicionamiento operante modifica la conducta en la misma forma en que un escritor moldea un montón de arcilla, puesto que dentro del condicionamiento operante el aprendizaje es simplemente el cambio de probabilidades de que se emita una respuesta”

En los años 50, la perspectiva fue cambiado a un punto de vista interactivo, Lewin, 1951 y Kelly, 1955, sostenían “los individuos procesan la información del medio ambiente y toman la decisión de si actuar o no”. Las teorías que han surgido desde esta perspectiva se enfocan principalmente a la intención de adoptar o modificar el comportamiento. Ajzen y Fishbein (1980) “argumentaron que la medida de la intención debe ser una medida precisa de la probabilidad de que una persona vaya a participar en un comportamiento particular”. (Fresnillo, 2017)

Desde la perspectiva de la salud, el estudio de la conducta humana, ha permitido identificar los factores modificables para disminuir los índices de mortalidad. La identificación temprana de comportamientos inadecuados implicados en el proceso de enfermar, ha permitido también, la modificación conductual a través de la promoción de hábitos y pautas de salud sanas. Al respecto, Breslow (1978) sugiere que “los esfuerzos de la prevención primaria deben centrarse en reducir la ocurrencia de factores sobre los que se sabe son causantes de enfermedades crónicas, como la obesidad, fumar, estilo de vida sedentario, dieta inadecuada, estrés entre otros”. (como se cita en Saldaña, 1984)

En virtud de lo expuesto, muchos consideran al estudio de la conducta humana significativamente complejo, sin embargo, no lo es, puesto que desde sus inicios el ser humano ha demostrado su interés de aprender sobre el ambiente que lo rodea, lo que ha facilitado la vida del ser humano, así como su supervivencia. Así pues, la influencia del medio ambiente es fundamental en la adaptación de las conductas. (Jaume, 2008)

2.1.1 Antecedentes referenciales

Tema: Estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional

Autores: Del Río Sullon, Rosmery Lizbeth

Año: 2016

Resumen: Los estilos de vida son patrones de conducta individual o hábitos incorporados por las personas en su vida diaria, los cuales se comportarán como factores determinantes de la salud de la persona. En los pacientes con insuficiencia renal crónica el estilo de vida se ve afectado por la enfermedad y el tratamiento, que muchas veces es muy restrictivo; la alimentación, la higiene, el sueño, las relaciones familiares entre otras, son factores que aumentan el riesgo a complicaciones en la enfermedad, afectando de esta manera su salud y calidad de vida.(Del Rio Sullon, 2016)

Por tales razones, el presente estudio, busco determinar los estilos de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con Tratamiento de Hemodiálisis. Utilizando una metodología de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo, corte transversal. La población estuvo conformada por 100 pacientes de 18 a 75 años de edad que respondieron a criterios de exclusión como: Pacientes de ambos sexos con diagnóstico de Insuficiencia renal crónica terminal, en terapia de hemodiálisis, mayores de 18 años. La muestra quedó conformada por 67 pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital.

Los resultados fueron que: el 100% de los pacientes encuestados, el 54% presentan estilos de vida no saludable. En la dimensión física, el 55% de los pacientes presentan estilos de vida saludable. En la dimensión psicológica, el 61% de los pacientes presentan estilos de vida no saludable. En la dimensión social, el 73% de los pacientes presentan estilos de vida no saludable. Las conclusiones derivadas del presente estudio son que los estilos de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con Tratamiento de Hemodiálisis son parcialmente saludables tanto en la dimensión física como en las dimensiones psicológica y social de manera que podría afectar su calidad de vida. (Del Rio Sullon, 2016)

Tema: Relación entre los estilos de vida y las complicaciones que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica

Autores: Lliguicota Alexandra; Narváez Patricia

Año: 2015

Resumen: El objetivo de la investigación determinar la relación entre los estilos de vida con las complicaciones Hemodialíticas que presentan los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos al tratamiento de sustitución renal. El tipo de investigación fue de carácter transversal descriptivo. La muestra estuvo constituida por 66 pacientes del área de nefrología del hospital Eugenio Espejo, Quito. A través del cuestionario se valoró los siguientes datos: físicos, psicológicos, función social y rol emocional.

Entre los resultados obtenidos de la relación entre los estilos de vida y las complicaciones, se destacaron:

alimentación alta en carbohidratos con el 50%, alta en proteínas el 27%, ingesta exagerada de sal el 18%, sobrecarga hídrica el 53%, niveles elevados de estrés el 75%, depresión el 80% y la complicación neurológica con el 76%, con los datos presentados concluimos la existencia de inadecuados estilos de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica. (Lliguicota & Narvaez, 2015)

Tema: Factores de riesgos modificables y no modificables de la enfermedad renal crónica

Autores: Roberto D'Achiardi Rey, Juan Guillermo Vargas, Jorge Enrique Echeverri, Mauricio Moreno, Gustavo Quiroz

Año: 2013

Resumen: La enfermedad renal crónica es una patología muy frecuente asociado con múltiples comorbilidades. El propósito de esta investigación es analizar la evidencia actual alrededor de los diferentes factores de riesgo modificables y no modificables asociados con la aparición de enfermedad renal crónica. Para el efecto, el diseño metodológico fue bibliográfico y documental.

El análisis de literatura, centrada desde una perspectiva teórica, permitió determinar que existen factores de riesgo que favorecen la aparición o afectan la progresión de la enfermedad renal y estos pueden ser no modificables y modificables. Dentro de los

factores no modificables están: la predisposición genética, factores raciales, factores materno-fetales, la edad y el sexo. Mientras que los factores de riesgo modificables están: el control de la presión arterial; la proteinuria; la dislipidemia; el tabaquismo; niveles plasmáticos de aldosterona; sedentarismo; obesidad, alcoholismo, entre otras. En resumen, hay diversos factores de riesgo, no modificables y modificables, que se relacionan con la génesis o deterioro de la función renal. (D'Achiardi, Vargas, Echeverri, Moreno, & Quiroz, 2013)

Tema: Enfermedad renal crónica en Atención Primaria: Prevalencia y factores de riesgo asociados

Autores: Salvador, Betlem; Rodríguez, Mercedes; Ruipérez, Laura; Ferre, Antonia; Cunillera, Oriol; Rodríguez, Luisa

Año: 2017

Resumen: La enfermedad renal crónica (ERC), es una enfermedad prevalente, especialmente en los individuos de mayor edad. La prevalencia de filtrado glomerular estimado (eFG) menor de 60 ml/min/1,73 m² descrita varía del 21,4% para mayores de 64 años en población general, al 33,7% en mayores de 70 años atendidos en centros de salud, y hasta el 53,4% en mujeres hipertensas mayores de 64 años. (Salvador et al., 2015)

Por otra parte, casi la totalidad de los estudios han sido realizados en poblaciones, de alto riesgo cardiovascular y la mayoría de ellos incluyen una sola determinación basal, sin confirmación diagnóstica de la ERC, lo que no permite establecer criterios evolutivos pronósticos. A su vez, tiene como objetivo determinar la prevalencia, los estadios de la ERC según la estimación del filtrado glomerular y los factores de riesgo asociados en individuos mayores de 60 años.

Salvador et al., (2015), señala que el estudio fue observacional, transversal descriptivo en el momento basal de una cohorte prospectivo con 5 años de seguimiento, con una población de 97.665. Participantes mayores de 60 años pertenecientes a 40 centros de Atención Primaria con determinación de creatinina sérica, se consideró como criterios de exclusión a pacientes con trasplante renal y con atención domiciliaria. Dentro de las mediciones principales se contempló las variables sociodemográficas,

antropométricas, factores de riesgo y enfermedad cardiovascular según registro en historia clínica electrónica, concentración de creatinina sérica según método Jaffé cinético compensado estandarizado y filtrado glomerular estimado según la fórmula MDRD-4 IDMS y CKD-EPI.

El análisis multivariante detectó una asociación positiva entre eFG-MDRD < 60 y edad (OR = 1,74; IC 95% 1,70-1,77), Hipertensión arterial (OR = 2,18; IC 95% 2,08- 2,30), Insuficiencia cardiaca (OR = 2,03; IC 95% 1,83-2,25), Fibrilación auricular (OR = 1,57; IC 95% 1,41-1,76), Cardiopatía isquémica (OR = 1,40; IC 95% 1,30-1,50), Arteriopatía periférica (OR = 1,31; IC 95% 1,09-1,57), Dislipidemia (OR = 1,28; IC 95% 1,23-1,33), DM (OR = 1,26; IC 95% 1,17-1,34) y AVC (OR = 1,17; IC 95% 1,09-1,25). Los resultados revelan que la enfermedad renal crónica presenta una importante prevalencia en pacientes \geq 60 años atendidos en Atención Primaria, mayor en mujeres que en hombres, y aumentando con la edad. La hipertensión arterial, más que la Diabetes Mellitus, fue el principal factor de riesgo cardiovascular asociado. (Salvador et al., 2015)

Tema: El día a día de personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis

Autores: Bezerra, Karina; Ferreira, Jair

Año: 2016

Resumen: La IRC, es una enfermedad que produce altas tasas de enfermedades concomitantes y de muerte. Hay un aumento progresivo de la incidencia y presencia de pacientes con IRC terminal en Brasil, de esa forma, la enfermedad renal es un gran problema de salud pública. Las tasas de presencia de IRC terminal en Brasil, son cerca de cuatro veces menores que en los Estados Unidos de América (EUA) y Japón y mitad de las tasas de Italia, Francia y Alemania. (Bezerra & Ferreira, 2016)

Este estudio con enfoque analítico-descriptivo pretendió evaluar la percepción de las personas con insuficiencia renal crónica en relación con las actividades cotidianas y ocupacionales. El análisis fue compuesto por 35 hombres y 35 mujeres en tratamiento de hemodiálisis con edad entre 17 y 60 años. El cuestionario utilizado fue el SAOF (Self Assessment of Occupational Functioning). Este instrumento puede ser utilizado con personas entre 14 y 85 años y presenta como principal objetivo identificar la

percepción del propio paciente con relación a su funcionamiento ocupacional, incluyendo la comprensión de sus fuerzas, áreas de adecuación y limitaciones. El SAOF presenta un formulario de aplicación que contempla 23 cuestiones que cubren siete áreas de contenido: causalidad personal, valores, intereses, papeles, hábitos, habilidades y medio ambiente.

Los datos fueron sometidos a análisis estadístico y las opciones que fueron las más escogidas en la alternativa “necesidad de mejorar” fueron la de hábitos (20%) y valores (20,5%). En esas áreas la proporción relacionada a las dificultades fue más evidente en lo que se refiere a la organización de lo cotidiano, a cambios de rutinas y las expectativas sobre el futuro. Por lo tanto, la terapia ocupacional, por presentar recursos instrumentales para la reestructuración de lo cotidiano de esos pacientes, puede contribuir para asistirlos, así como entregar informaciones importantes para la enfermería.(Bezerra & Ferreira, 2016)

Tema: Factores de riesgo de enfermedad renal crónica en el municipio Il Frente

Autores: Torres, Gertrudis; Bandera, Yoandri; Yulior Ge Martínez, Pablo; Amaro, Irlán

Año: 2017

Resumen: Se asume que la enfermedad renal crónica (ERC) tiene proporciones epidémicas y junto a las cardíacas, cerebrovasculares y el cáncer constituye una de las principales causas de mortalidad. Se proyecta que en el 2030 habrá aproximadamente 2,2 millones de pacientes que requerirán diálisis o trasplante.

Según, Torres et al., 2017, indica que el control de estos factores puede evitar el inicio del daño renal y favorecer la regresión de la enfermedad en fases iniciales. La identificación precoz de los pacientes con dicha afección permite realizar tratamientos que limitan la progresión del daño renal y modificar los factores de riesgo. Algunos factores predisponentes pueden ser a la vez de susceptibilidad, iniciadores y de progresión; de ellos son potencialmente modificables: diabetes mellitus, obesidad, hipertensión arterial (HTA), tabaquismo y dislipemia.

Ante esta situación, los autores se propusieron determinar algunos factores de riesgo asociados a la aparición de la enfermedad renal crónica en los consultorios de la zona urbana, para el efecto, se realizó un estudio analítico observacional, de tipo caso-

control, que incluyó a 65 pacientes (casos), atendidos en Consulta de Nefrología por presentar enfermedad renal crónica y 130 personas supuestamente sanas (controles), desde enero hasta diciembre del 2014, con vistas a determinar algunos factores de riesgo asociados a la aparición de dicha enfermedad en los consultorios de la zona urbana del municipio de Il Frente en Cuba.

Los resultados reflejan que variables como el sexo, los antecedentes patológicos familiares, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y el tabaquismo, estuvieron relacionados con la aparición de la enfermedad renal crónica. También se determinó el riesgo atribuible en expuesto porcentual para identificar aquellos factores predisponentes que, al actuar sobre ellos, se lograría un mayor impacto en la población expuesta, a saber: hipertensión arterial, diabetes mellitus y tabaquismo.(Torres et al., 2017)

2.1.2 Fundamentación

El riñón y sus generalidades

Es un órgano par, pertenecientes al sistema urinario, se encuentran en el “abdomen a ambos lados de la región dorsolumbar de la columna vertebral, aproximadamente entre la 1ª y 2ª vértebra dorsal y la 3ª vértebra lumbar, situándose el derecho en un plano inferior al izquierdo, debido a la presencia del hígado” (Cutillas, 2013). En una persona adulta, “cada riñón mide cerca de 12 centímetros de largo y cerca de 5 centímetros de grosor” (Aguilar, 2012) (p.13). Pesan aproximadamente, de 125 a 175 gramos en los hombres y 115 a 155 gramos en las mujeres. (J. Gordon et al., 2017)

Cada riñón está rodeado por tres capas de tejido: la cápsula renal (*membrana transparente, fibrosa y continua con la capa externa del uréter*); la cápsula adiposa (*capa de grasa que protege el riñón*) y la fascia renal (*capa de tejido conjuntivo denso que separa la grasa perirrenal de la grasa pararrenal*). (Fernandes, 2014)

La cara posterior de cada riñón se apoya en la pared abdominal posterior formada por los músculos, su cara anterior está recubierta por el peritoneo, de ahí que se consideren órganos retroperitoneales. A través de la membrana peritoneal, los riñones se relacionan con los órganos intraabdominales vecinos. El riñón derecho se relaciona con la vena cava inferior, la segunda porción del duodeno, el hígado y el ángulo hepático del colon (...). Mientras que el riñón izquierdo se relaciona con la arteria aorta abdominal, el estómago, el páncreas, el ángulo esplénico del colon y el bazo.(Cutillas, 2013)

La porción externa del riñón se llama corteza renal, que descansa directamente debajo de la cápsula de tejido conectivo blando del riñón. Profundamente en la corteza descansa la médula renal, que en los seres humanos se divide entre 10 a 20 pirámides renales. Cada pirámide asociada junto con la corteza sobrepuesta forma un lóbulo renal. La extremidad de cada pirámide (llamada la papila) se vacía en un cáliz, y los cálices se vacían en la pelvis renal. La pelvis transmite la orina a la vejiga urinaria vía el uréter.(Aguilar, 2012)

Funciones del riñón

El riñón realiza las siguientes funciones:

- Mantiene el balance hídrico del cuerpo, el riñón se encarga de mantener siempre en un volumen constante el agua corporal total. El mecanismo de balance del agua, está íntimamente ligado al balance de los solutos que en ella están disueltos como el sodio y el potasio.(Aguilar, 2012)
- Excreta desechos metabólicos; Elimina la mayoría de los productos finales del metabolismo. Su función principal es limpiar la sangre.
- Como órgano endocrino produce hormonas, que son vertidas en el torrente sanguíneo para llegar a otro órgano a fin de regular y controlar el funcionamiento de distintos tejidos y principales sistemas del cuerpo humano.(Morais, 2013)
- Regula de la presión arterial, a través de la producción de renina; *enzima secretada por ciertas células del riñón*, la renina genera potentes vasoconstrictores periféricos que aumentan la presión arterial, garantizando, en teoría, un mayor flujo renal y también controla el equilibrio hídrico y sales del cuerpo. (Aguilar, 2012)

En términos generales, los riñones son fundamentales para la homeostasis. A través de mecanismos sensoriales, regulan “la presión arterial, el agua, el sodio, el potasio, la acidez, los minerales óseos y la hemoglobina. Pero su función principal es la excreción de los productos de desecho del metabolismo en la orina”.(Rayner, 2016) (p.1) Estas funciones, son esenciales en el sustento constante del equilibrio interno que permite la viabilidad funcional celular y por ende la vida del ser humano.

Al respecto, Morais (2013) señala que:

Globalmente y de manera principal, esta función depuradora y mantenedora del medio interno se realiza en la unidad funcional renal que es la nefrona, a través del proceso de formación de orina, en el que están implicados tres fenómenos básicos: la filtración plasmática glomerular, la secreción y la reabsorción tubulares. (p.86)

Aspectos teóricos de la Insuficiencia Renal Crónica

El origen etimológico de la palabra *insuficiencia* viene del latín *insufficiētia* y significa: fatal capacidad; no tener la cualidad del que logra algo; mientras que la palabra *renal*, etimológicamente proviene del latín *ren, renis, renalis*, que significa riñón. Por último, *crónico*, viene del latín *chronica*, del griego *kroniká* y este a su vez del griego *kronos* que significa tiempo, o algo de larga duración. Si se aplicara la definición generalizada del término insuficiencia renal crónica desde la etimología, su definición sería incapacidad del riñón por largo tiempo para realizar eficazmente sus funciones. Sin embargo, para efecto de validez científica de esta investigación y para su mejor comprensión se citarán varios conceptos de teóricos relacionados con el tema.

La Fundación Nacional del Riñón con su traducción en inglés *National Kidney Foundation (NKF)*, ha definido la Enfermedad Renal Crónica (ERC) como daño renal, término que abarca todos los grados o estadios de función renal y se aplica el término de insuficiencia renal cuando el filtrado glomerular es inferior a 60 ml/min/1,73 m². Al respecto, la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología a la insuficiencia renal crónica, la define como:

La presencia de daño renal persistente durante al menos 3 meses, secundario a la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino- metabólicas. (Gómez, Arias, & Jiménez, 2013) (p.637)

En un contexto patológico hay que distinguir la insuficiencia renal aguda (IRA) de la insuficiencia renal crónica. La IRA, se presenta de modo brusco consecuentemente a algún tipo de problema: *enfermedad, intoxicación medicamentosa, obstrucción en las vías renales*. Es reversible si se logra recuperar la función renal. Por su parte, la IRC, es irreversible, comienza cuando parte las nefronas pierden su funcionamiento y termina cuando las nefronas restantes son incapaces de mantener con vida al paciente, siendo necesario un tratamiento sustitutivo de trasplante o diálisis. (Barba, 2014)

Clasificación de los estadios

En el año 2002, la publicación de las guías K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative) por parte de la National Kidney Foundation (NKF) sobre definición, evaluación y clasificación de la ERC, promovió por primera vez una clasificación basada en estadios de severidad, definidos por el filtrado glomerular (FG) además del diagnóstico clínico. Este sistema de clasificación se basa en el nivel de función renal estimado por la tasa de filtración glomerular. (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015). Se reconocen cinco estadios, el daño renal o el nivel de función renal determinan el estadio de la clasificación. En este sentido, “La IRC es una enfermedad progresiva, que evoluciona en diferentes estadios en los que se van incrementando las manifestaciones clínicas. Dichos estadios se establecen basados en la función renal medida por el filtrado glomerular estimado” (Gómez et al., 2013). La tabla 1 muestra la clasificación de los 5 estadios de la enfermedad.

Tabla 1

Clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica según las guías K/DOQI 2002 de la National Kidney Foundation

Estadios	Descripción	FG (ml/min/1,73 m²)
-	Riesgo aumentado de ERC	60 con factores de riesgo*
1	Daño renal con FG normal	90
2	Daño renal con FG ligeramente disminuido	60-89
3	FG moderadamente disminuido	30-59
4	FG gravemente disminuido	15-29
5	Fallo renal	< 15 o diálisis

* Filtrado glomerular (FG)

* Factores de riesgo: edad avanzada, historia familiar de ERC, hipertensión arterial, diabetes, reducción de masa renal, bajo peso al nacer, enfermedades autoinmunes y sistémicas, infecciones urinarias, litiasis, enfermedades obstructivas de las vías urinarias bajas, uso de fármacos nefrotóxicos, razas afroamericanas, aspectos sociales.

Fuente: Gómez, A., Arias, E., & Jiménez, C. (2013). Insuficiencia renal crónica. In A. Alcocer (Ed.), *Tratado de Geriátria para residentes* (1 edición, pp. 637–646). Madrid: Sociedad Española de Geriátria y Gerontología.

En el 2012, se publicó una nueva guía, en la que a evaluación del FG se lleva a cabo mediante la determinación de la creatinina sérica y una fórmula para estimar el FG (GR 1A). La determinación de la creatinina sérica se realiza mediante una prueba

específica con trazabilidad adecuada a los estándares internacionales de referencia y con la mínima desviación respecto al método de referencia de espectrometría de masas por dilución isotópica. La estimación del FG mediante fórmulas basadas en la creatinina sérica puede tener menos exactitud en determinadas circunstancias, como en individuos que siguen dietas especiales (vegetariana estricta o hiperproteica), con alteraciones importantes en la masa muscular (amputaciones, enfermedades con pérdida de masa muscular), con índices de masa corporal extremos ($< 19 \text{ kg/m}^2$ o $> 35 \text{ kg/m}^2$). La figura 1, muestra la clasificación actual. (Gorostidii et al., 2017)

KDIGO 2012			Albuminuria		
			Categorías, descripción y rangos		
Filtrado glomerular Categorías, descripción y rangos (ml/min/1,73 m ²)			A1	A2	A3
			Normal a ligeramente elevada	Moderadamente elevada	Gravemente elevada
			$< 30 \text{ mg/g}^a$	$30\text{-}300 \text{ mg/g}^a$	$> 300 \text{ mg/g}^a$
G1	Normal o elevado	≥ 90			
G2	Ligeramente disminuido	60-89			
G3a	Ligera a moderadamente disminuido	45-59			
G3b	Moderada a gravemente disminuido	30-44			
G4	Gravemente disminuido	15-29			
G5	Fallo renal	< 15			

Figura 1. Pronóstico de la enfermedad renal crónica según las categorías de filtrado glomerular y de albuminuria. Riesgo de complicaciones específicas de la enfermedad renal, riesgo de progresión y riesgo cardiovascular: **verde**, riesgo de referencia, no hay enfermedad renal si no existen otros marcadores definitorios; **amarillo**, riesgo moderado; **naranja**, riesgo alto; **rojo**, riesgo muy alto.

KDIGO: Kidney Disease: Improving Global Outcomes.

*a La albuminuria se expresa como cociente albúmina/creatinina

Fuente: Gorostidii, M., Santamaría, R., Alcázar, R., Fernández, G., Oliveras, A., Portolés, J., ... Aranda, P. (2017). Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Revista Nefrología*, 15(2), 145–156. <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Feb.12464>

Etiología y factores de riesgo

Su origen puede “ser primario, es decir por lesiones propias del riñón, o secundarias a diversas patologías extrarrenales, tales como enfermedades metabólicas, vasculares o inmunológicas, que ocasionan pérdida de la masa renal al comprometer el glomérulo, el intersticio o los vasos sanguíneos” (Del Rio Sullon, 2016). Sin

embargo, dentro de las causas más frecuentes de la IRC se pueden señalar las siguientes: enfermedades renales, diabetes, enfermedades vasculares, enfermedades hereditarias, enfermedades multisistémicas. Aunque, su incidencia y prevalencia varía de región en región. También existen “factores de riesgo de susceptibilidad, factores de inicio y factores de riesgo de progresión” (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2015) La tabla 2 identifica los tres tipos de factores de riesgo de la IRC.

Tabla 2

Factores de riesgo

Factores de susceptibilidad: incrementan la posibilidad de daño renal	
Edad avanzada	Raza negra y otras minorías étnicas
Historia familiar de ERC	Hipertensión arterial
Masa renal disminuida	Diabetes
Bajo peso al nacer	Obesidad
Nivel económico bajo	Aspectos sociales (costumbres)
Factores iniciadores: inician directamente el daño renal	
Enfermedades autoinmunes	Obstrucción de las vías urinarias bajas
Infecciones sistémicas	Fármacos neurotóxicos
Infecciones urinarias	Hipertensión arterial
Litiasis renal	Diabetes
Factores de progresión: empeoran el daño renal y aceleran el deterioro funcional renal	
Proteinuria persistente	Dislipemia
Hipertensión arterial mal controlada	Anemia
Diabetes mal controlada	Enfermedad cardiovascular asociada
Tabaquismo	Obesidad

Fuente: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Documento de trabajo sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) En el marco de la estrategia de abordaje de la cronicidad en el SNS. Sociedad Española De Nefrología. España*

Diagnóstico

Barba (2014) expresa:

Es importante distinguir si la disfunción renal se debe a un deterioro agudo o a una insuficiencia renal crónica. En muchos casos es difícil (...) sin embargo, para realizar adecuadamente esta diferenciación es necesaria una correcta anamnesis y exploración física haciendo especial hincapié en los antecedentes que el paciente pueda presentar (diabetes, hipertensión, infecciones urinarias repetidas, enfermedades renales familiares, adicciones a drogas o fármacos). También hay que indagar sobre los posibles indicadores sugerentes de cronicidad, como pueden ser la duración prolongada de los síntomas o la presencia de múltiples consecuencias de la insuficiencia renal. (p.16)

En concordancia con lo citado , Gómez et al. (2013) indican:

Ante toda sospecha de deterioro de la función renal es indispensable la realización de una correcta investigación que nos ayude a diferenciarla de la IRA. La base diagnóstica se fundamenta en una exhaustiva historia clínica donde se recojan antecedentes personales. (p.640)

La detección temprana de la IRC permite “intervenciones más precisas y eficaces para poder evitar la progresión de la enfermedad. Resulta sencillo identificar la IRC mediante 2 pruebas: un examen de orina completo para detectar proteinuria y un examen de creatinina que permite estimar la función renal”. (Del Rio Sullon, 2016)

Sobre este tema; Medina (2016) señalan:

El diagnóstico de ERC se realiza fácilmente mediante la demostración de indicadores de lesión renal y/o una disminución persistente (durante más de 3 meses) e irreversible de la tasa de FG, por ejemplo, a través de la elevación de los niveles de creatinina sérica. Una vez diagnosticada la ERC se debe tratar de identificar la causa, para lo cual bastan en algunos casos la historia clínica, la exploración física y estudios simples de laboratorio e imagen, mientras que en otros se requieren pruebas adicionales como la biopsia renal. (p.32)

Tratamiento de la insuficiencia renal crónica

La hemodiálisis no es el único tratamiento existente en la insuficiencia renal crónica. De hecho, Barba (2014) indica que “habitualmente se distinguen tres grandes grupos de terapias en la IRC: los tratamientos preventivos, los conservadores (destinados a modificar el curso de la IRC) y los sustitutivos de la función renal (trasplante y diálisis)” (p.27).

Tratamiento preventivo

El manejo terapéutico de los pacientes con ERC en estadios 1, 2 y 3 debe tener un doble objetivo. Por un lado, prevenir o diferir la progresión de la insuficiencia renal. Por otro, minimizar la morbi- mortalidad precoz. Este segundo objetivo puede ser incluso más importante cuantitativamente. (Marín et al., 2006)

Si las causas de la IRC se deben a enfermedades hereditarias, la información de los padres puede prevenir la posibilidad de transmitir las a los hijos. Un diagnóstico precoz a través de controles periódicos ayuda a controlar preventivamente ciertas enfermedades renales que guardan relación con la IRC. Asimismo, el tratamiento precoz puede evitar infecciones crónicas de riñón que a la larga pueden causar insuficiencia renal. De tal forma que el control de los factores de riesgo de susceptibilidad y de iniciación que guardan relación con el origen de la IRC, pueden prevenir la aparición y complicación de la insuficiencia renal.

Tratamiento conservador

El objetivo de este tipo de tratamiento es mantener de cierta forma la función renal alterando la progresión de la insuficiencia renal. “Podríamos establecer cinco grandes tipos de tratamientos conservadores”. (Barba, 2014) Como se señala en la tabla 3

Tabla 3

Tratamientos conservadores

-
1. Los destinados a modificar la progresión de la IRC: entre ellos incluimos medidas como la modificación de la dieta (dirigida a la reducción de proteínas para proteger el riñón), el control del exceso de lípidos, el control de la hipertensión (reducción de la tensión arterial) y el control de la hiperglucemia (especialmente de la hemoglobina glicosilada).

 2. Los destinados a tratar las alteraciones electrolíticas y el equilibrio ácido-base, para mantener los niveles necesarios de agua y sodio en función del volumen de diuresis y la presencia de otros problemas (insuficiencia cardíaca, hipertensión, edemas...).

 3. Los destinados a controlar el metabolismo del calcio-fósforo, evitando la aparición de anomalías óseas y calcificaciones metastásicas resultantes de la hiperfosfatemia o hiperparatiroidismo.

 4. Los destinados a tratar las enfermedades cardiovasculares, especialmente la insuficiencia cardíaca y la pericarditis.

 5. Los destinados a tratar los trastornos hematológicos, como la anemia o la trombopatía urémica
-

Fuente: Barba, A. (2014). *El enfermo renal crónico: análisis de su experiencia psicosocial en la hemodiálisis hospitalaria*. Universidad de Salamanca.

Tratamiento sustitutivo

Engloba dos medidas fundamentales: la diálisis (tanto diálisis peritoneal como hemodiálisis) y el trasplante. Se opta por estos tratamientos en situaciones de IRC avanzada y terminal cuando los tratamientos conservadores son insuficientes para poder mantener la función renal. El tratamiento sustitutivo, se dirige a reemplazar a través de otros medios la función renal perdida para evitar complicaciones graves que pueden llegar a causar la muerte del paciente.

La Diálisis, se define como un tratamiento sustitutivo, “que cumple como principal función la de la depuración a nivel renal. La inclusión de un paciente en un programa de diálisis se debe individualizar en función de las condiciones clínicas, físicas, mentales y sociales del mismo”. (Gómez et al., 2013) En el mismo contexto, Barba (2014), indica:

Es un método que pretende sustituir el trabajo depurativo del riñón, la descompensación iónica y el desequilibrio de líquidos producido por la IRC, a través de la filtración y eliminación de las sustancias acumuladas en exceso en la sangre. Su principio de funcionamiento se basa en poner en contacto la sangre con un líquido artificial (de similar composición al plasma sanguíneo, pero sin toxinas) a través de una membrana porosa semipermeable que permite el paso de sustancias de pequeño tamaño y del agua pero que impide el acceso a sustancias de mayor tamaño. (p.29)

Mientras que la diálisis peritoneal, depura a través de la membrana peritoneal natural. Es decir, “depura las sustancias que se acumulan en la sangre mediante la membrana natural que envuelve los órganos del abdomen, el peritoneo” (Del Rio Sullon, 2016). Por su parte, la hemodiálisis, consiste en utilizar un circuito extracorpóreo para eliminar sustancias tóxicas y exceso de líquido a través de un acceso vascular (catéter o fístula), donde se produce la diálisis con regreso de la sangre una vez depurada, a través del acceso, al organismo. (Gómez et al., 2013)

El trasplante, como lo señala Barba (2014)

Es el único tratamiento sustitutivo que permite devolver al paciente a un estado similar al anterior a la pérdida de la función renal. Aparte de las funciones depurativas, de mantenimiento del equilibrio y de compensación iónica también devuelve al enfermo las funciones metabólicas y endocrinas. El trasplante renal como tratamiento sustitutivo de la IRC consiste en la extracción de un riñón de un individuo previamente sano (o muerto) y su colocación en un enfermo con IRC terminal. (p.36)

Causas conductuales

Queda claro entonces que existen causas de origen biológico y factores de riesgo que incrementan la posibilidad de la insuficiencia renal crónica, sin embargo, esta distinción, permite identificar que existen también causas de origen conductuales como: “déficit de autocuidado, hábitos poco adecuados, consumo de alcohol, consumo de tabaco, dieta y hábitos alimenticios, contaminación, accidente o trauma físico, exceso de trabajo” (Vélez, 2013). Ante esto, y por ser una de las variables del presente

estudio, resulta útil definir el término *conductual*; en general, nos referimos a la “acción voluntaria y visible de un ser vivo” (Chertok, 2006) (p.15). En este sentido, Del Rio Sullon (2016) menciona:

Son actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados. (...), alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares.

Modelo de promoción de la salud de Nola Pender

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS), comprende “la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud” (Aristizábal G., Blanco D., Sanchez A., & Ostiguín R., 2013) (p.17); Nola Pender, autora del modelo, manifiesta que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. El MPS, integra las perspectivas de enfermería y las ciencias conductuales sobre los factores que influyen en la salud y motivan a los individuos a realizar comportamientos dirigidos a la ampliación de la salud.

Estas perspectivas se sustentan en las teorías del aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. La teoría de Bandura, expresa la relevancia de los procesos cognitivos para el logro de los cambios de conductas, a su vez, incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. (Aristizábal G. et al., 2013) Al respecto, la teoría del aprendizaje social, manifiesta cuatro fases para que intervienen en el aprendizaje y modificación del comportamiento:

- **Atención:** estar expectante ante lo que sucede; es la medida en la que observamos el comportamiento; para imitar un comportamiento éste tiene que captar nuestra atención.
- **Retención:** recordar lo que uno ha observado y aprendido es fundamental para ésta se mantenga. Sin retención no existe aprendizaje del comportamiento.

- **Reproducción:** habilidad de realizar la conducta recién aprendida, la práctica de la conducta de forma repetida es importante para la mejora de nuestras capacidades.
- **Motivación:** una buena razón para querer adoptar esa conducta, si el sistema de recompensas y castigos son valorados por el observador entonces, existe la posibilidad de ser imitado).

Por su parte, el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather, afirma que la conducta es racional, en este sentido, Aristizábal G. et al., (2013) consideran:

el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas. (p.18)

En general, el MPS, es un esquema que integra constructos para detectar la estructura multidimensional de los rasgos individuales que, en interacción con su ambiente, mejoran los resultados asociados a salud. La conducta promotora de salud (resultado conductual) está influenciado por diferentes conceptos, como las características y experiencias individuales previas, por cogniciones y afectos relativos a comportamientos específicos. La figura 2, muestra la interacción de las características personales y experiencias, conocimientos y afecto específicos de la conducta, y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

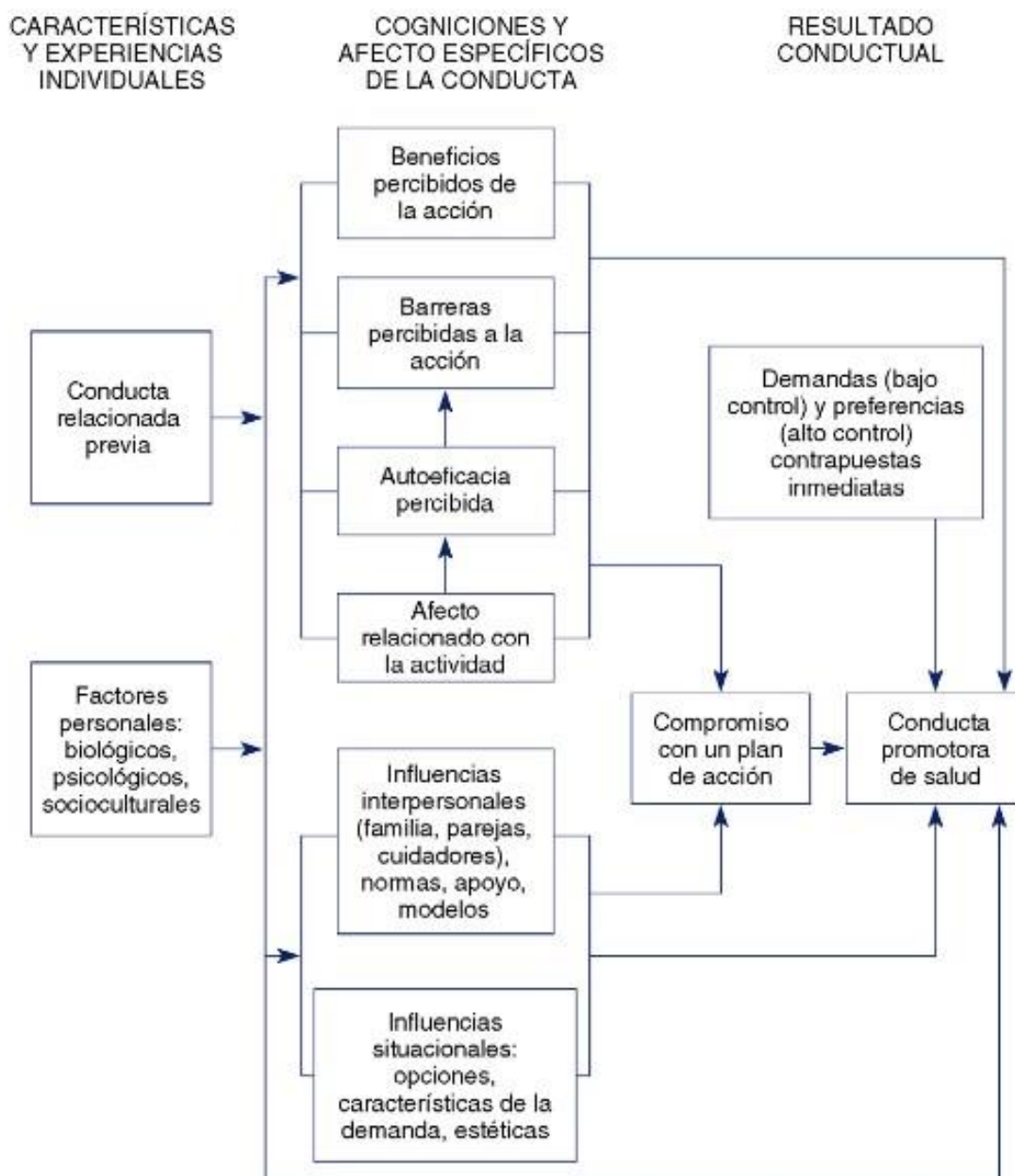


Figura 2: Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

Fuente: Sakraida, T. (2015). Modelo de promoción de la salud. In Elsevier (Ed.), *Teorías de enfermería* (Octava, pp. 434–453). Barcelona: Elsevier.

Respecto a las características y experiencias individuales, se refiere a las vivencias que directa o indirectamente en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. La teoría señala que cada persona tiene características y experiencias únicas que afectan sus acciones posteriores. Por su parte, los factores personales involucran a los factores biológicos (índice de masa corporal por edad, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad o el equilibrio) los factores. psicológicos (autoestima, la autoevaluación personal, la percepción del estado de salud y la

definición de salud) y los factores socioculturales (etnicidad racial, la cultura, la educación y el estatus socioeconómico), son predictivos de una cierta conducta, y están marcados por la naturaleza de la de la meta deseada.

Por cogniciones y afectos relativos a comportamientos específicos, el MPS, puntualiza, que esta segunda característica incluye los principales componentes del modelo, que abarca desde los conocimientos, sentimientos y emociones hasta las creencias específicas que posee la persona sobre la conducta promotora deseada. Según Sakraida (2015), comprende seis conceptos que se detallan a continuación:

- **Beneficios percibidos por la acción:** son los resultados positivos que se producirán como expresión de la conducta de salud.
- **Barreras percibidas para la acción:** son los aspectos negativos, desventajas o debilidades de la propia persona que pueden limitar la acción, y la conducta real.
- **Autoeficacia percibida:** representa la percepción de competencia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta, el correcto autoconcepto genera menos barreras para una conducta de salud ideal.
- **Afecto relacionado con el comportamiento:** son las emociones, percepciones o reacciones relacionadas con los pensamientos favorables o desfavorables hacia una conducta.
- **Influencias interpersonales:** es más probable que las personas adopten nuevas conductas de promoción de salud cuando la fuente de influencia incluye a la familia, amigos compañeros de clase o la influencia general de la sociedad.
- **Influencias situacionales:** el entorno, puede aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.

Finalmente, el resultado conductual está determinado por las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, a través de las acciones dirigidas al bienestar óptimo de cada persona.

Teoría de déficit del autocuidado de Dorotea Orem

La aplicación de esta teoría en el contexto del estudio, facilitará al investigador tener una visión integral de la persona, enfermería, entorno y salud. Sobre lo último, Dorothea Orem, afirma que el individuo tiene aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales de salud que le son inseparables. (para el estudio, estos corresponderían a las variables) En definitiva, estudiar las teorías y relacionarlos con la investigación, permitirá plantear con mayor seguridad y claridad las intervenciones y actividades que serán formuladas en la propuesta para solucionar el problema. Para el efecto, es imperioso el abordaje de la teoría y sus generalidades.

La teoría se centra en 4 paradigmas: la persona, enfermería, entorno y salud. Al respecto, Orem, conceptualiza los paradigmas de la siguiente manera:

A la persona como un organismo biológico, racional y pensante, con la capacidad de reflexionar sobre sí mismo y su entorno. A la enfermería, la define como el fin de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El entorno, es entendido como todos aquellos factores físicos, químicos, biológicos y sociales, familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona; finalmente, define la salud como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona.(Marcos & Tizón, 2014)

La teoría de déficit del autocuidado, se muestra como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas que se identifican y describen a continuación:

- Teoría del autocuidado
- Teoría del déficit del autocuidado
- Teoría de los sistemas de enfermería

En general, la teoría aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir bien mejorando su calidad de vida. El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades

de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.

Teoría del autocuidado

Dorotea Orem, definió al concepto básico del autocuidado como:

El conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Asimismo, Orem, plantea que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar las actividades de autocuidado. (Prado, Gonzales, Paz, Romero, & Romero Borges, 2014) (840)

En este sentido, Naranjo, Concepción, & Rodríguez (2017) señalan:

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción. (...) los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado, y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería. Como función reguladora del hombre, el autocuidado es diferente de otros tipos de regulación del funcionamiento y el desarrollo humano. (p.2).

La realización del autocuidado requiere de una acción intencionada y calculada, la que está condicionada por el conocimiento y por las habilidades de la persona, se propone que las personas saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. Al respecto,

Marcos & Tizón (2014) señalan que la teoría categoriza tres requisitos del autocuidado identificados de la siguiente manera:

- **Requisitos de autocuidado universal:** son factores de condicionamiento básico, son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- **Requisitos de autocuidado del desarrollo:** promueven las condiciones necesarias para el desarrollo del ser humano, como la niñez y la adolescencia, adultez y vejez.
- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud:** surgen o están vinculados a los estados de salud, como el resultado de una enfermedad, lesión o tratamiento.

Teoría de déficit del autocuidado

Esta teoría, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Se da cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, es decir, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado. (Prado et al., 2014) En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería. Naranjo et al., (2017) sostienen que en esta teoría se debe contemplar los siguientes aspectos:

- **El cuidar de uno mismo:** es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en sí misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.
- **Limitaciones del cuidado:** son las barreras o limitaciones para el autocuidado que son posibles, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede

presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

- **El aprendizaje del autocuidado:** el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado son el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas maneras.

Teoría de sistema de enfermería

El modelo define como sistemas de enfermería a la serie y secuencias de acciones prácticas deliberadas que realiza el personal de enfermería para satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico de sus pacientes. Según Naranjo et al., (2017) la teoría establece la existencia de tres tipo de sistema de enfermería:

- **Sistema totalmente compensador:** el personal de enfermería sule al paciente.es decir, todos los cuidados son proporcionados por el enfermero. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado.
- **Sistema parcialmente compensador:** Se comparten las acciones de autocuidado entre la persona afectada y el profesional de enfermería. El personal de enfermería actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.

Sistema de apoyo educativo: La persona o paciente realiza las acciones de autocuidado con la orientación y supervisión del profesional de enfermería para perfeccionar el mismo.

En síntesis, la teoría de déficit del autocuidado de Dorotea Orem, refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su propia salud, como responsables y protagonista de decisiones que condicionan su situación.

2.2 MARCO LEGAL

CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

CAPÍTULO TERCERO

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

SECCIÓN SÉPTIMA

Personas con enfermedades catastróficas

Art. 50.- El Estado garantizará a toda persona que sufra de enfermedades catastróficas o de alta complejidad el derecho a la atención especializada y gratuita en todos los niveles, de manera oportuna y preferente.

LEY ORGANICA DE SALUD

CAPITULO III-A DE LAS ENFERMEDADES CATASTROFICAS Y

RARAS O HUERFANAS

Art. 1.- El Estado ecuatoriano reconocerá de interés nacional a las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas; y, a través de la autoridad sanitaria nacional, implementará las acciones necesarias para la atención en salud de las y los enfermos que las padezcan, con el fin de mejorar su calidad y expectativa de vida, bajo los principios de disponibilidad, accesibilidad, calidad y calidez; y,

estándares de calidad, en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, habilitación y curación.

Las personas que sufran estas enfermedades serán consideradas en condiciones de doble vulnerabilidad.

Art. 2.- Son obligaciones de la autoridad sanitaria nacional:

a) Emitir protocolos para la atención de estas enfermedades, con la participación de las sociedades científicas, las mismas que establecerán las directrices, criterios y procedimientos de diagnóstico y tratamiento de las y los pacientes que padezcan enfermedades raras o huérfanas;

b) Promover, coordinar y desarrollar, conjuntamente con organismos especializados nacionales e internacionales públicos y privados, investigaciones para el estudio de las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas con la finalidad de favorecer diagnósticos y tratamientos tempranos en pro de una mejor calidad y expectativa de vida;

d) Controlar que los prestadores de servicios de salud mantengan la búsqueda activa de casos relacionados con las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas, de conformidad con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica que incluya el registro de los pacientes que sufran este tipo de enfermedades.

e) Implementar las medidas necesarias que faciliten y permitan la adquisición de medicamentos e insumos especiales para el cuidado de enfermedades consideradas raras o huérfanas en forma oportuna, permanente y gratuita para la atención de las personas que padecen enfermedades raras o huérfanas.

f) Establecer, en forma conjunta con las organizaciones de pacientes y científicas, acciones para divulgar y promover el conocimiento de las enfermedades raras y huérfanas.

Art. 5.- La Autoridad Sanitaria nacional regulará la producción e importación de medicamentos e insumos especiales para tratar enfermedades consideradas raras o huérfanas; y, procurará a través de la normativa que expida para el efecto, la provisión suficiente y necesaria de tales medicamentos para los pacientes según sus necesidades.

La Autoridad Sanitaria nacional promoverá los mecanismos que permitan a las y los pacientes que sufran estas enfermedades, el acceso a los medicamentos e insumos especiales para su tratamiento.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

La bibliografía utilizada a lo largo de esta investigación, permitió construir el siguiente marco conceptual.

Mortalidad: Tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada.

Enfermedad crónica no transmisible: Son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta.

Enfermedad catastrófica: Afectación muy grave y de tratamiento costoso que puede ser mortífera o causar incapacidad de por vida.

Salud: Es un estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental. Es inseparable, de los factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales, incluye, por tanto, la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

Persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre sus vivencias y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Familia: Conjunto de individuos unidos a partir de un parentesco, matrimonio o adopción.

Comunidad: Grupo de seres humanos que comparten elementos en común, como idioma, costumbres, ubicación geográfica, o valores.

Entorno: Factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que puedan influir e interactuar con la persona.

Enfermería: Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar.

Sistema: Es un conjunto de partes o elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí para lograr un objetivo.

Teoría: Conjunto organizado de ideas que explican un fenómeno, deducidas a partir de la observación, la experiencia o el razonamiento lógico.

Salud pública: Es la disciplina encargada de la protección de la salud de la población, a través de la promoción de estilos de vida saludables, la educación y la investigación.

Conducta: Forma de comportarse una persona ante una situación determinada.

Factor biológico: Es el que está encargado de todas las características y rasgos hereditarios físicos de una persona.

Factores psicológicos: Pensamientos, sentimientos, actitudes u otras características cognitivas o afectivas de una persona que influyen en su comportamiento habitual.

Factores sociales: Son las condiciones presentes en cualquier situación relacionadas con el entorno, que tienen la capacidad de afectar la salud de las personas.

Estilos de vida: Conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan las personas para satisfacer sus necesidades y deseos como seres humanos.

Sedentarismo: Es el estilo de vida con escasa actividad física, puede conllevar a distintas enfermedades como la obesidad y problemas cardiovasculares.

Dieta: el conjunto de composiciones, frecuencias y cantidades alimenticias que componen el comportamiento nutricional de los seres vivos.

Salud integral: Estado de bienestar ideal el cual se logra cuando existe un punto de equilibrio entre los factores físicos, emocionales, espirituales, biológicos y sociales.

Promoción en salud: Conjunto intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida de las personas.

Prevención en salud: Son actos y medidas que se realizan anticipadamente para reducir la aparición riesgos de enfermedades o comportamientos nocivos para la salud.

2.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1 Hipótesis General

- Los hábitos alimenticios, los factores psicosociales y el estilo de vida son las causas conductuales que tienen relación con la insuficiencia renal crónica en pacientes de 40 a 65 años de edad en el área de nefrología del Hospital Naval Guayaquil

2.4.2 Declaración de variables

- **Variable independiente:** Causas conductuales
- **Variable dependiente:** Insuficiencia renal crónica

2.4.4 Operacionalización de las variables

Tabla 4

Operacionalización de las variables

Hipótesis general	Variables	Dimensiones o categorías	Indicadores/ escala	Técnicas/Instrumentos
Los hábitos alimenticios, los factores psicosociales y el estilo de vida son las causas conductuales que tienen relación con la insuficiencia renal crónica en pacientes de 40 a 65 años de edad en el área de nefrología del Hospital Naval Guayaquil	Causas conductuales Insuficiencia renal crónica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hábitos alimenticios ▪ Factores psicosociales ▪ Estilo de vida 	Medición de frecuencia	Cuestionario

Elaborado por María del Carmen Remache

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y SU PERSPECTIVA GENERAL

Teniendo en cuenta el planteamiento del problema, objetivos, tanto el general como los específicos, el marco referencial y la hipótesis; el diseño del marco metodológico tiene un alcance cuantitativo, puesto que, el análisis e interpretación de resultados fue a través de la medición numérica, lo que permitió establecer ciertos patrones de conductas en los pacientes; es de tipo transversal descriptivo, dado que se estudiaron distintas variables en un periodo establecido, para luego describir los hallazgos, permitiendo así, mayor y mejor control de las variables. A su vez, al no existir, manipulación intencional de las variables o de las unidades de estudio el presente estudio es de tipo no experimental, a su vez, se estudiaron a los pacientes en su ambiente natural.

3.2 LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA

3.2.1 Característica de la población

Son pacientes de ambos sexos, con insuficiencia renal crónica del área de nefrología del Hospital Naval Guayaquil, en edades que fluctúan de 40 a 65 años, los mismos que ingresaron por diversos factores como obesidad, sedentarismo, dieta inadecuada, y por enfermedades concomitantes entre ellas, la diabetes y la hipertensión mal controladas o por tener una incorrecta adherencia al tratamiento que implica esta enfermedad.

3.2.2 Delimitación de la población

- Pacientes de 40 a 65 años de edad con insuficiencia renal crónica en el área de nefrología del Hospital Naval Guayaquil

3.2.3 Tipo de muestra

Por sus características estrictamente metodológicas como su alcance y el tipo de investigación y de acuerdo a los objetivos, el tipo de muestra es probabilística. Puesto que, todos los pacientes tuvieron la misma probabilidad de ser escogidos.

3.2.4 Tamaño de la muestra

Son 22 pacientes de 40 a 65 años de edad con insuficiencia renal crónica en el área de nefrología del Hospital Naval Guayaquil; por ser una población pequeña, no se utilizó ninguna fórmula estadística, dado que, por iniciativa y responsabilidad de la autora, se decidió estudiar a toda la población.

3.3 LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS

3.3.1 Método Teórico

El análisis y posterior identificación de las causas conductuales de los pacientes con insuficiencia renal crónica, apunta a la aplicación del siguiente método:

- **Método deductivo:** La revisión de literatura permitió analizar y construir el marco referencial y su fundamentación, para el efecto, este método, permitió estudiar teorías de manera general para de ahí concretar con ideas particulares.

3.3.2 Método empíricos fundamentales

- **Observación:** Este método permitió evaluar las condiciones o actividades para recoger datos descriptivos y cuantitativos. Proceso necesario para identificar alguna situación relevante para después contrastar la información con los datos levantados.
- **Cuestionario:** Como herramienta de investigación, se la utilizó para estructurar una serie de preguntas con el fin de obtener información de los pacientes. El mismo que fue establecido para identificar las causas conductuales que intervienen en la insuficiencia renal crónica en pacientes de 40 a 65 años en el área de nefrología del Hospital Naval Guayaquil. Asimismo, el instrumento estuvo estructurado de acuerdo con los objetivos específicos, lo que permitió determinar los hábitos alimenticios, los factores psicosociales y el estilo de vida de los pacientes que intervienen en la IRC.

3.3.3 Métodos empíricos complementarios

- **Validación por juicio de expertos:** Previo a la recolección de datos, el instrumento fue validado por una comisión de expertos en el área de conocimiento y de investigación conformada por 3 PhD en Ciencias de la Salud; el instrumento, estuvo estructurado por 22 preguntas que respondían a cada uno de los objetivos planteados en la investigación.
Para el objetivo 1 se establecieron 5 preguntas enfocadas en determinar los hábitos alimenticios, en el objetivo 2 se desarrollaron 8 preguntas en relación con los factores psicosociales y para el objetivo 3 se elaboraron 9 preguntas dirigidas al estilo de vida. (ver anexo 1)
- **Prueba piloto:** Con el propósito de identificar errores de forma y de fondo en su estructuración y contenido, el instrumento validado por expertos fue aplicado a 6 pacientes que accedieron a participar en el estudio, producto de eso, se corrigieron algunas preguntas en su redacción y sintaxis lo que permitió su mejor comprensión al momento de encuestar. Inicialmente el instrumento contaba con 27 preguntas, para finalmente, luego de someterla a prueba quedar con 22 preguntas. A su vez, los resultados preliminares permitieron tener una aproximación real de la problemática planteada. Lo cual, se obtuvo una primera aproximación, concluyendo que, en existen varias causas conductuales que intervienen en los pacientes con IRC, como hábitos alimenticios, factores psicosociales y estilos de vida. Con los resultados de la Prueba Piloto se elaboró un artículo científico ***“Hábitos y factores psicosociales en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Área de Nefrología. Hospital Naval Guayaquil, 2018*** el mismo que será publicado en la revista Scopus a finales de julio del 2019. Sin embargo, los resultados finales producto de toda la muestra darán conclusiones más precisas del estudio.

CAPÍTULO IV

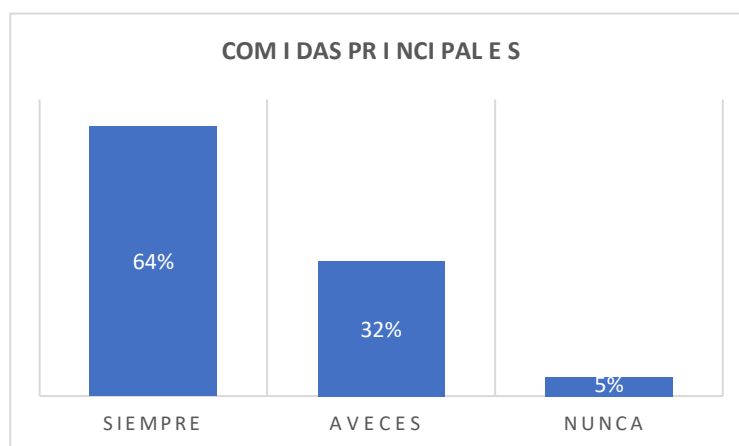
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1.- Distribución porcentual sobre el consumo de comidas principales en el mismo horario

Opciones	f	%
Siempre	14	64%
A veces	7	32%
Nunca	1	5%
Total	22	100%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autor

Gráfico 1 Distribución porcentual sobre el consumo de comidas principales en el mismo horario



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autor

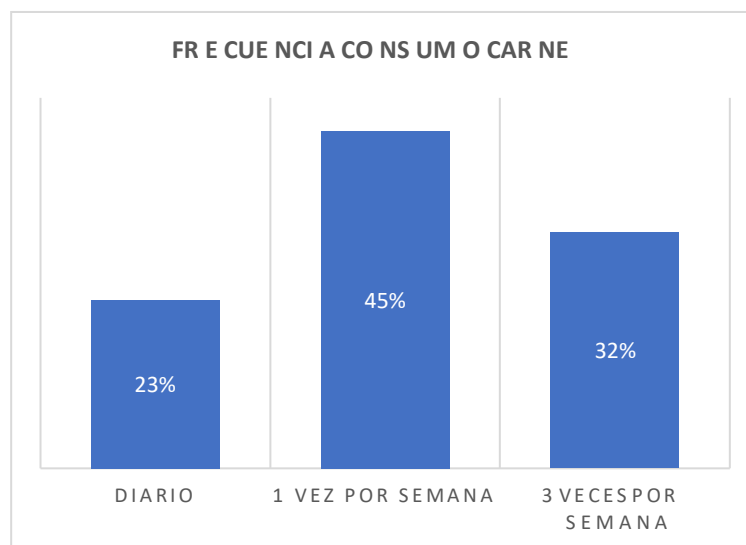
Análisis. - Los resultados demuestran que para el 64% de los pacientes con IRC, el consumo de sus comidas principales en el mismo horario lo hacen siempre, mientras que el 32% lo hace a veces, lo que implica que no hay una correcta alimentación por parte de toda la población, y sumando a esto una enfermedad renal crónica de base, nos podría dar como resultado desequilibrios nutricionales.

Tabla 2.- Distribución porcentual sobre la frecuencia de consumo carne de res y/o vísceras

Opciones	f	%
Diario	5	23%
1 vez por semana	10	45%
3 veces por semana	7	32%
Total	22	100%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autor

Gráfico 2 Distribución porcentual sobre la frecuencia de consumo carne de res y/o vísceras



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autor

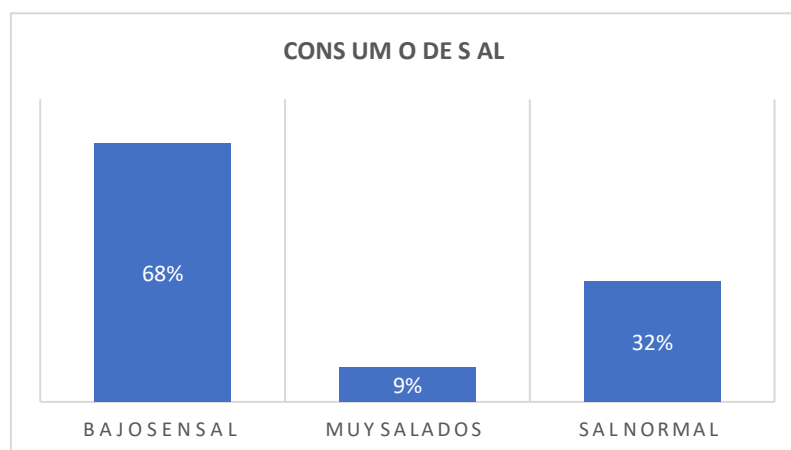
Análisis. – El 45% de los pacientes encuestados consumen 1 vez por semana, seguido el 32% lo hace cada 3 veces por semana, mientras que el 23% consumen a diario carnes de res. Por su patología en sí, ingerir cantidades no controladas de proteínas, forman alteraciones en la presión sanguínea dañando órganos susceptibles a esta, a su vez, la formación y acumulación de desechos tóxicos es más compleja para el cuerpo.

Tabla 3.- Distribución porcentual sobre el consumo de sal

Opciones	f	%
Bajos en sal	15	68%
Muy salados	2	9%
Sal normal	7	32%
Total	22	100%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autor

Gráfico 3 Distribución porcentual sobre el consumo de sal



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autor

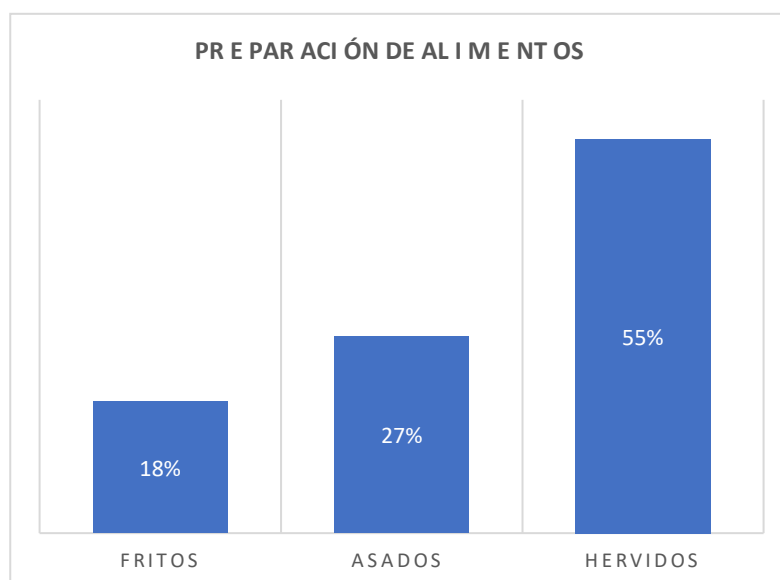
Análisis. – Respecto al consumo de sal, los encuestados señalan que consumen alimentos bajo en sal representados por 68%; sin embargo, el 32% consume sal dentro de lo normal y en un porcentaje menor del 9% consume productos muy salados. El elevado consumo de sodio produce desequilibrio que agrava las manifestaciones adversas cardiovasculares y renales.

Tabla 4.- Distribución porcentual sobre la forma de preparación de alimentos

Opciones	f	%
Fritos	4	18%
Asados	6	27%
Hervidos	12	55%
Total	22	100%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autor

Gráfico 4.- Distribución porcentual sobre la forma de preparación de alimentos



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autor

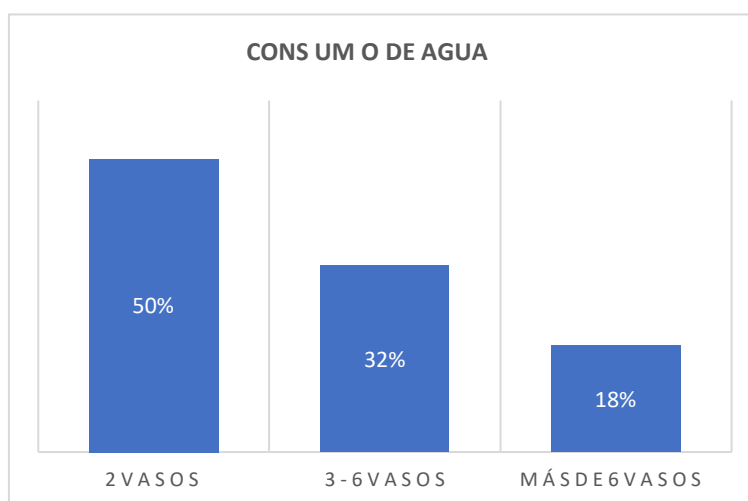
Análisis. – La gráfica refleja que la forma de preparación de los alimentos de los pacientes con IRC, es consumir alimentos hervidos con el 55%, mientras el 27% prefiere consumirlos asados y tan solo el 18% se inclina por la opción de fritos. Estos resultados evidencian que los pacientes se están alimentando de una forma adecuada.

Tabla 5.- Distribución porcentual sobre la cantidad de agua que consume al día

Opciones	f	%
2 vasos	11	50%
3-6 vasos	7	32%
Más de 6 vasos	4	18%
Total	22	100%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autor

Gráfico 5 Distribución porcentual sobre la cantidad de agua que consume al día



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autor

Análisis. – Se muestra que la mayor concentración de datos está en la opción de 2 vasos al día con el 50%, mientras que el 32% consume de 3 a 6 vasos de agua y el 18% toma más de 6 vasos de agua. Es posible que la cantidad de agua tomada al día no sea la adecuada ya que al tener una enfermedad renal crónica los líquidos corporales no se comportan de la misma forma que una persona sana y requerirán un manejo personalizado.

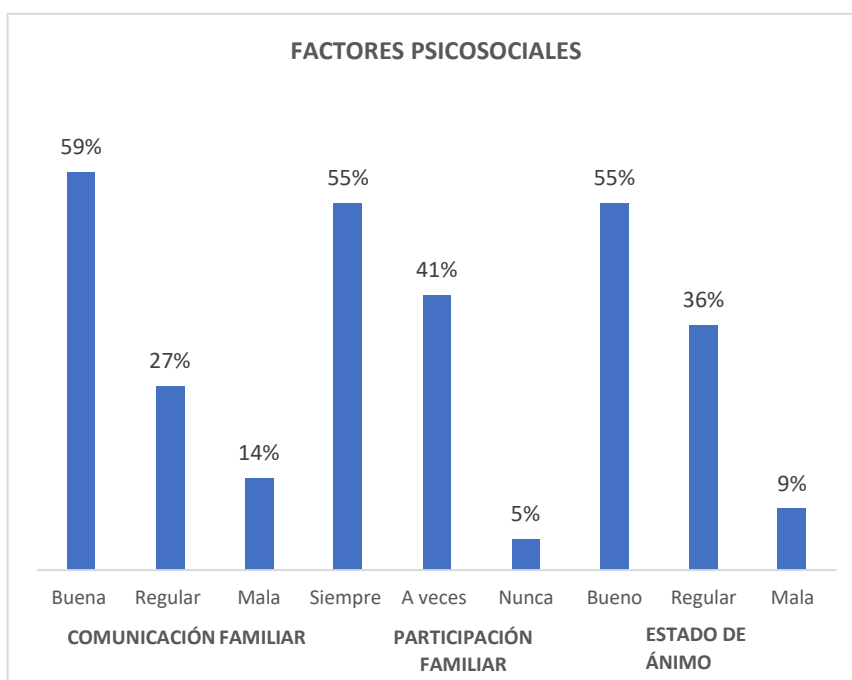
Tabla 6.- Distribución porcentual sobre la comunicación y participación familiar y el estado de ánimo

Factores psicosociales

Comunicación con los miembros de su familia		
Opciones	f	%
Buena	13	59%
Regular	6	27%
Mala	3	14%
Total	22	100%
Participación familiar		
Opciones	f	%
Buena	12	55%
Regular	9	41%
Mala	1	5%
Total	22	100%
Estado de ánimo habitual		
Opciones	f	%
Buena	12	55%
Regular	8	36%
Mala	2	9%
Total	22	100%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autor

Gráfico 6 Distribución porcentual sobre la comunicación y participación familiar y el estado de ánimo



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autor

Análisis. – La figura 7, recoge las puntuaciones medias, donde se muestra que los pacientes en su mayoría tienen una buena comunicación y participación familiar al igual que su estado de ánimo reflejado con un porcentaje alrededor del 60%. Sin embargo, existen puntuaciones bajas pero significativas del 40% que muestran que los pacientes tienen una relación regular y mala con sus familiares.

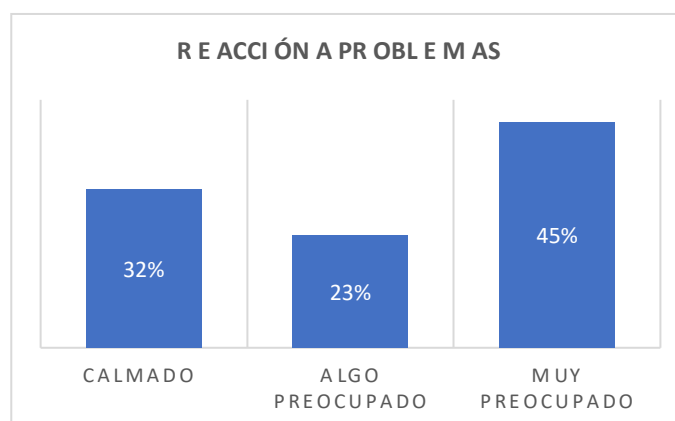
Desde la recuperación psicológica y la influencia de las emociones en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica, el apoyo familiar es muy importante, para disminuir la desmotivación hacia el tratamiento; en este caso existe un alto porcentaje con relación a una buena comunicación y participación familiar, pero se desconoce si esa contención es la adecuada, siendo esta una futura variable de estudio.

Tabla 7.- Distribución porcentual sobre formas de reacción ante un problema

Opciones	f	%
Calmado	7	32%
Algo preocupado	5	23%
Muy preocupado	10	45%
Total	22	100%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autor

Gráfico 7 Distribución porcentual sobre formas de reacción ante un problema



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autor

Análisis. – El 45% frente un momento fortuito, se muestra muy preocupados, mientras que 32% de los pacientes está calmado y el 23% se muestra algo calmado ante una situación de conflicto.

El autocontrol de las emociones y la resiliencia es muy importante para la recuperación de los pacientes con insuficiencia renal crónica, porque permite crear un compromiso del paciente con el tratamiento, esta variable es difícil de controlar desde los cuidados de salud, ya que depende de los mecanismos de defensa que cada paciente construye para sobrellevar su enfermedad.

Tabla 8.- Distribución porcentual sobre el consumo de alcohol, bebidas gaseosas y cigarrillos

Hábitos del paciente

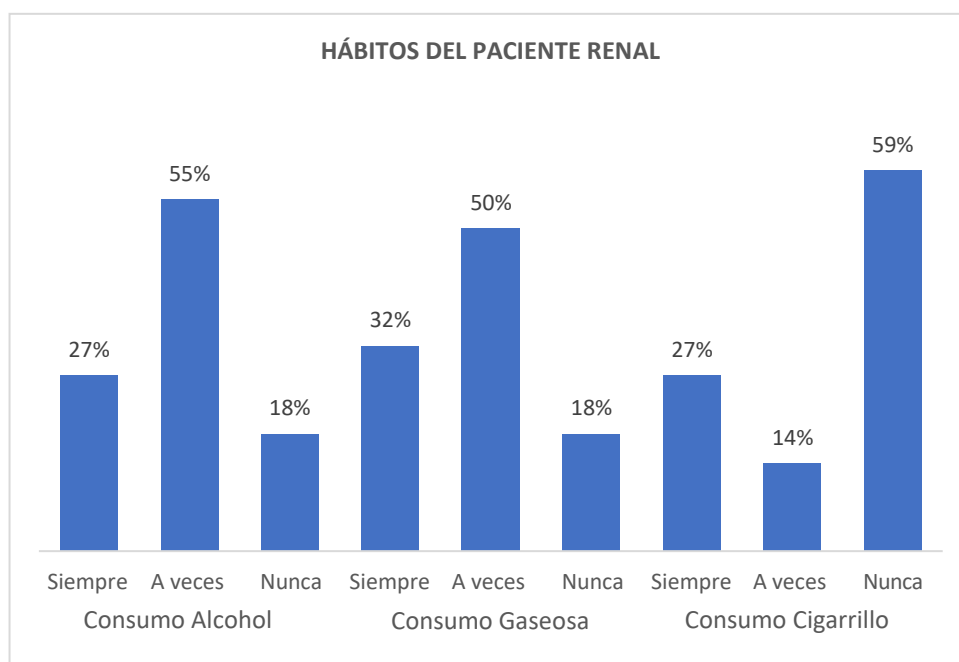
Consumo de alcohol		
Opciones	f	%
Siempre	6	27%
A veces	12	55%
Nunca	4	18%
Total	22	100%

Consumo de bebidas gaseosas		
Opciones	f	%
Siempre	7	32%
A veces	11	50%
Nunca	4	18%
Total	22	100%

Consumo de cigarrillos		
Opciones	f	%
Siempre	6	27%
A veces	3	14%
Nunca	13	59%
Total	22	100%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autor

Gráfico 8 Distribución porcentual sobre el consumo de alcohol, bebidas gaseosas y cigarrillos



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autor

Análisis. – Respecto al consumo de alcohol, podemos observar que el 82% lo consume dado que optaron por las alternativas siempre y a veces, y tan solo el 18% no lo consume. Por su parte, el 82% consume bebidas gaseosas y el 18% nunca lo consume dentro de su dieta. Finalmente, dentro de sus hábitos, 59 por ciento no consume cigarrillos mientras que el 27% si lo hace.

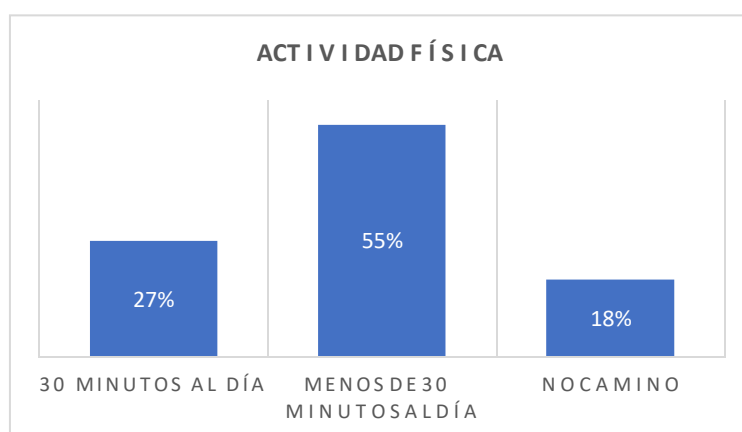
El desconocimiento entorno a su enfermedad, se evidencia en estos resultados, la mayoría de los pacientes consumen alcohol en los días inter diálisis con la percepción que el tratamiento va a impedir los efectos del consumo de bebidas alcohólicas, cigarrillos y bebidas gaseosas.

Tabla 9.- Distribución porcentual sobre actividad física

Opciones	f	%
30 minutos al día	6	27%
Menos de 30 minutos al día	12	55%
No camina	4	18%
Total	22	100%

Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autor

Gráfico 9 Distribución porcentual sobre actividad física



Fuente: Encuesta
Elaborado por: Autor

Análisis. – La gráfica muestra que el 55% de los pacientes con insuficiencia renal crónica realiza actividad física menos de 30 minutos al día, el 27% realiza ejercicios 30 minutos al día, y el 18% de los encuestados no camina. La actividad física tiene una alta relación con el estado de ánimo, y estos resultados lo evidencian; la mayoría de los pacientes con insuficiencia renal crónica no siente la motivación para realizar actividad física. Otra variable que genera la poca actividad física que realizan los pacientes con insuficiencia renal crónica, puede estar relacionada al desconocimiento y los “mitos” populares sobre la recuperación de esta enfermedad.

4.2 ANALISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVAS

Los resultados demuestran que la mayoría de los pacientes con IRC que asisten al Hospital Naval de Guayaquil, no poseen un adecuado horario para el consumo de sus comidas, a su vez, no llevan un correcto control de la ingesta de proteínas y de sodio, lo que podría conllevar a desequilibrios nutricionales; por lo que, ingerir cantidades no controladas de proteínas, forman alteraciones en la presión sanguínea dañando órganos susceptibles a esta, y la formación y acumulación de desechos tóxicos es más compleja para el cuerpo. Además, el elevado consumo de sodio produce desequilibrio que agrava las manifestaciones adversas cardiovasculares y renales.

En cuanto al hecho cultural, los hábitos alimentarios, son prácticas que evidencian condiciones diferenciadas y específicas de cada grupo, las mismas, que van de acuerdo a las necesidades reales de cada persona, y, estas son, según sus condiciones sociales, culturales y económicas, es decir, según su idiosincrasia. En este sentido, según el INEC, “los ecuatorianos consumen habitualmente altos contenidos de carbohidratos de cualquier tipo como el arroz, y comidas altas en sal. Solo una de cada cien personas ingiere la cantidad adecuada de fibra y de líquidos”. (INEC, 2015) lo que puede conllevar a problemas en la salud o a contraer enfermedades.

Se identificó también, que los pacientes no consumen la cantidad adecuada de agua, generando así, que los líquidos corporales no se comporten de la misma forma que una persona sana. Ante lo expuesto, en Madrid, en el 2013, Vélez mostró que existe relación entre las causas de origen conductuales como la dieta y los hábitos alimenticios con la insuficiencia renal crónica; teniendo en cuenta que las causas conductuales son actividades del quehacer diario de una persona y que son susceptibles de ser modificados. Asimismo, en concordancia con estos estudios, en el 2015, Lliguicota & Narvaez expusieron también que la alimentación alta en carbohidratos, alta en proteínas, la ingesta exagerada de sal, la sobrecarga hídrica, los niveles elevados de estrés y depresión tienen relación con insuficiencia renal crónica.

Por otra parte, de acuerdo al factor causal relacionado con las emociones producto de la comunicación y participación familiar, existen puntuaciones bajas pero significativas que demuestran que los pacientes tienen una relación regular y deficiente con sus familiares lo que produce momentos de preocupación y de estrés en la gran mayoría de pacientes. Estos datos ponen una alerta, ya que se pueden convertir en cuadros de depresión y ansiedad. La influencia de las emociones, el apoyo familiar, es muy importante en la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica y para disminuir la desmotivación hacia la adherencia al tratamiento.

En este sentido, el autocontrol de las emociones y la resiliencia es relevante para la recuperación de los pacientes, dado que permite sobrellevar enfermedad. Al respecto, existe una amplia literatura sobre este tema como el de Paez, Jofre, Azpiroz, & De Bortoli (2013) donde plantean que los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis presentan frecuentemente trastornos emocionales conformados por la presencia conjunta de ansiedad y depresión. El mismo autor, señala que “la enfermedad renal crónica y el tratamiento de hemodiálisis son sucesos vitales altamente estresantes que afectan tanto al paciente como a su entorno familiar, que debe ajustarse a la nueva situación para lograr algún nivel de equilibrio” (Paez et al., 2013)

Sobre el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol y cigarrillos, los resultados reflejaron que los pacientes consumen habitualmente estas sustancias. Al respecto, en los resultados de la encuesta de condiciones de vida 2015, presentada por el INEC, señala que el consumo de estas sustancias, “es considerado en el Ecuador un problema de salud pública” (INEC, 2015). A esto se suma el dato que el consumo de alcohol es la respuesta a un patrón cultural que se viene repitiendo de generación en generación. Según la OMS, “el consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales, comportamentales e importantes enfermedades no transmisibles” (WHO, 2018).

Asimismo, Torres y sus colaboradores en el 2017, demostraron en su estudio, que el tabaquismo se relaciona con la aparición de la enfermedad renal crónica. También se determinó que existen ciertos factores como la hipertensión arterial, diabetes mellitus y el tabaquismo que son predisponentes, que, si se actúa sobre ellos oportunamente, se lograría un mayor impacto en la población. De igual forma, D'Achiardi, Vargas, Echeverri, Moreno, & Quiroz en el 2013, estudiaron los estilos de vida modificables que inciden en la insuficiencia renal crónica, y demostraron que el tabaquismo, y el alcoholismo, entre otras, se relacionan con la génesis o deterioro de la función renal.

Estos resultados requieren tener un soporte en las políticas públicas de Salud, en ese sentido la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SEMPLADES) a través de los datos expuestos en el Plan Nacional de Desarrollo del 2017-2021, señala que las necesidades y los problemas de salud en el país nacen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico. “Las principales causas de mortalidad están vinculadas con enfermedades crónicas e infecciosas, a las que se añaden enfermedades derivadas de la desnutrición y el sobrepeso, que son indicadores de estilo de vida, acceso a alimentos y patrones de consumo”. (SEMPLADES, 2017)

A fin de resolver o disminuir esta problemática, en los últimos diez años, “el gasto público en salud como porcentaje registrado en el PIB tuvo un crecimiento significativo, de 1,2% en 2007 a 2,92% en 2016, lo cual se vio reflejado en el aumento de la infraestructura y el equipamiento médico”(SEMPLADES, 2017), logrando así, un aumento significativo en la atención y calidad en los servicios de salud, sin embargo, esto solo es un paso significativo, dado que la idea principal es implementar una atención integral familiar y comunitaria, con lo que se pueda fortalecer el modelo preventivo en todo el país.

Finalmente, según la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Ecuador, el país, “avanzará en su garantía del derecho a la salud gracias a la promoción de hábitos de vida saludables, orientados a la prevención de enfermedades a través de las políticas y lineamientos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021” (SEMPLADES, 2017).

4.3 RESULTADOS

Desde la óptica de la salud pública, esta investigación constituye, sin lugar a dudas, un gran aporte al Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Ecuador. Constituye también, una línea base para el diseño y formulación de proyectos de tal forma que respondan a los programas de salud del país.

La investigación, ofrece, resultados altamente confiables de las causas conductuales más frecuentes en personas que se enfrentan a la insuficiencia renal crónica, dado que fue producto de un proceso investigativo riguroso y fiable. A partir de los resultados expuestos, se plantea la necesidad de intervenir con proyectos multidisciplinarios que permitan prevenir la enfermedad con el fin de mejorar la calidad de vida de la persona afectada y de su entorno familiar.

Desde el punto de vista educativo, es imperioso enseñar a la ciudadanía en general, a tener una visión más clara del entorno y de los determinantes de salud, considerando que todo proceso educativo, permite orientar hacia la conciencia de que todo acto o acontecimiento puede afectar o beneficiar la salud de la población.

4.4 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Hipótesis 1

Ho:	Los hábitos alimenticios no están relacionados con insuficiencia renal crónica
<hr/>	
Prueba Chi²	
p-value	0.01470751
Nivel de significancia (alfa)	0.05
Se rechaza la Ho cuando el p-value < nivel de significancia (0,05)	

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Como el valor de p-value es menor que 0,05 se rechaza la Hipótesis Nula, por lo tanto, hay evidencia estadística para afirmar que los hábitos alimenticios tienen relación con la IRC.

Hipótesis 2

Ho: **Los factores psicosociales no están relacionados con insuficiencia renal crónica**

Prueba Chi2

p-value	0.079738398
Nivel de significancia (alfa)	0.05
Se rechaza la Ho cuando el p-value < nivel de significancia (0,05)	

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Como p-value es mayor que 0,05 no se rechaza la Hipótesis Nula, por lo tanto, no hay evidencia estadística para afirmar que factores psicosociales están asociados a la IRC.

Hipótesis 3

Ho: **Los estilos de vida no están relacionados con insuficiencia renal crónica**

Prueba Chi2

p-value	0.042686612
Nivel de significancia (alfa)	0.05
Se rechaza la Ho cuando el p-value < nivel de significancia (0,05)	

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Como el valor de p-value es menor que 0,05 se rechaza la Hipótesis Nula, por lo tanto, hay evidencia estadística para afirmar que los estilos de vida tienen relación con la IRC.

CONCLUSIONES

Una vez que se obtuvieron los resultados se puede establecer las siguientes conclusiones:

- Las causas conductuales que intervienen en la insuficiencia renal crónica en pacientes de 40 a 65 años de edad en el área de nefrología del Hospital Naval de Guayaquil, son los hábitos alimentarios, los factores psicosociales y el estilo de vida que tienen los pacientes.
- Los hábitos alimenticios que intervienen en la insuficiencia renal crónica en los pacientes, fueron el inadecuado control en la ingesta de proteínas y de sodio; a su vez, se determinó que los pacientes no consumen la cantidad adecuada de líquidos.
- Respecto a los factores psicosociales, la mayoría de los pacientes mantienen una buena relación interpersonal con sus familiares, sin embargo, existen pacientes que tienen una relación regular y deficiente con sus familiares lo que produce momentos de preocupación y de estrés en ellos. Al someter a comprobación la hipótesis, se pudo constatar que no existe evidencia estadística para afirmar que factores psicosociales están asociados a la IRC.
- La mayoría de los pacientes llevan un estilo de vida inadecuado, dado que habitualmente consumen alcohol, gaseosas y cigarrillos. Además, la realización de actividades físicas o deportivas es mínima, lo que constituyen mayor riesgo en la salud.

RECOMENDACIONES

- Promover hábitos alimenticios adecuados, a través de la ejecución de programas de acompañamiento nutricional para pacientes con enfermedad renal.
- Diseñar programa de intervención sobre riesgos psicosociales para sobrellevar la enfermedad adoptando una actitud positiva ante la vida.
- Intervenir con estrategias de promoción de estilos de vida saludables que permitan disminuir los factores de riesgo en la población general y de riesgo.
- Impulsar la gestión para promover proyectos de investigación sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia renal crónica con la finalidad de profundizar los hallazgos encontrados e identificar las poblaciones de riesgo de manera temprana bajo el marco de los programas que el Ministerio de Salud Pública propone.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

5.1 TEMA

Programa multidisciplinario de prevención y control de la insuficiencia renal crónica en la población general y de riesgo que asiste al Hospital Naval Guayaquil

5.2 FUNDAMENTACIÓN

Existen factores de riesgo y causas conductuales que contribuyen de alguna manera al desarrollo de la enfermedad como: “la edad avanzada, proteinuria, tabaquismo, enfermedad cardiovascular, la raza, colesterol anormal, lesión renal aguda, y un historial familiar de enfermedad renal” (Litbarg, 2018). Asimismo, Silveira et al. (2017) señalan que “las principales causas de IRC incluyen la diabetes mellitus, enfermedad hipertensiva, enfermedades urológicas, y glomerulopatías” (p.405). Además, “la diabetes, la hipertensión, la obesidad y los niveles altos de triglicéridos ahora se han identificado como factores de riesgo tempranos, que pueden estar presentes durante 30 años antes de un diagnóstico”. (Litbarg, 2018) (p.412)

Las tasas de incidencia en todo el mundo muestran tendencias importantes, según la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión, indica que “la prevalencia de IRC en la región, es de 650 pacientes por cada millón de habitantes con un incremento del 10% anual” (SLANH, 2017). Mientras que, por país, “la prevalencia más alta fue de 1026 pacientes por millón de habitantes en Puerto Rico, 667 pacientes por millón de habitantes en Argentina, 485 pacientes por millón de habitantes en Brasil y 63 pacientes por millón de habitantes en Bolivia” (como se cita en Medina, 2016) (p.15). Por su parte, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC), estima que Ecuador que en el año 2018 los pacientes con insuficiencia renal crónica fueron 12.155 personas con IRC.

En el 2015, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), fomentaron la promoción y prevención de la enfermedad renal crónica, estas instituciones se aliaron para promover estrategias que reduzcan la brecha que separa a los pacientes del tratamiento que puede prolongar y salvarles la vida. Por su parte, la OPS y la SLANH, actualmente, impulsan “acciones para mejorar la prevención y detección temprana, fortalecer la vigilancia para conocer la situación en cada país, impulsar políticas de formación de nefrólogos y capacitar al personal de salud, además de ampliar la cobertura del tratamiento, en especial, para aquellos pacientes en estados avanzados de la enfermedad”. (OPS, 2015)

Dado que, en el país, no se cuenta con una base de datos oficial que permita conocer con precisión la incidencia y prevalencia de esta enfermedad y sus características, tomamos como referencia los resultados de un estudio realizado en el Hospital Naval de la ciudad de Guayaquil, en el área de nefrología (hemodiálisis), a 22 pacientes con IRC, los mismos que ingresaron por diversos factores como obesidad, sedentarismo, dieta inadecuada, y por enfermedades concomitantes entre ellas la diabetes y la hipertensión mal controladas o por tener una incorrecta adherencia al tratamiento que implica esta enfermedad. Los resultados mostraron que las causas conductuales que intervienen en la incidencia de insuficiencia renal crónica fueron los hábitos alimentarios, los factores psicosociales y el estilo de vida que tienen los pacientes. La mayoría de los pacientes llevan un estilo de vida inadecuado, dado que habitualmente consumen alcohol, gaseosas y cigarrillos. Además, la realización de actividades físicas o deportivas es mínima, lo que constituye mayor riesgo en la salud.

5.3. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad se reconoce que existen factores de riesgo modificables (alimentación, sedentarismo, sobrepeso y obesidad, consumo de sal, tabaco, alcohol, grasas saturadas y trans, azúcares) y no modificables (herencia, genético, edad, sexo, etnia, idiopático) que, influyen en la aparición de las enfermedades crónicas.

De aquí, se justifica la propuesta de realizar varias estrategias de promoción de estilos de vida saludables para la prevención y control de la insuficiencia renal crónica en la población general y de riesgo que asiste al Hospital Naval de Guayaquil, dado que existen factores que pueden cambiar o ser modificados sustancialmente a través de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz. A su vez, la propuesta, se alinea al Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Ecuador, por lo tanto, su aplicación contribuye al Sistema Nacional de Salud del país.

5.4 OBJETIVOS

5.4.1 Objetivo General

- Diseñar un programa multidisciplinario de prevención y control de la insuficiencia renal crónica en la población general y de riesgo que asiste al Hospital Naval Guayaquil

5.4.2 Objetivos Específicos

- Establecer protocolos de atención integral sobre nutrición, atención psicológica y autocuidado.
- Coordinar actividades de autocuidado para disminuir los factores de riesgos
- Fortalecer estilos de vida y prácticas saludables

5.4 UBICACIÓN



Figura 1 Hospital Naval de Guayaquil
Fuente: Google maps

5.5 FACTIBILIDAD

Teniendo en cuenta el perfil epidemiológico de la enfermedad, la demanda de pacientes, la capacidad técnico administrativa y financiera del hospital, se puede establecer que el proyecto es factible en todos sus aspectos. En el ámbito legalmente, la propuesta no presenta ningún tipo de restricciones y económicamente el proyecto es factible, dado que su costo accesible no afectaría al presupuesto general del Hospital.

5.7 DESCRIPCIÓN

El programa, evidencia un conjunto de objetivos y estrategias de intervención para disminuir la ERC, sus factores de riesgo y sus complicaciones: el fin principal es prevenir la enfermedad a través del diseño de un programa multidisciplinario de prevención y control de la insuficiencia renal crónica en la población general y de riesgo que asiste al Hospital Naval, dentro de las actividades se encuentran la conformación de equipos de trabajo multidisciplinario para la construcción de protocolos de atención.

Respecto a la coordinación de actividades para fomentar el autocuidado, se realizarán campañas de promoción del autocuidado donde incluirá los beneficios y las ventajas de su aplicación con el propósito de disminuir los factores de riesgos de la enfermedad.

Finalmente, sobre los estilos de vida y prácticas saludables, se fomentará el consumo de comida saludable, consumo de frutas, vegetales, promover un menor consumo de sal y de grasas. Asimismo, se realizarán campaña de sensibilización para el no consumo del tabaco y el alcohol; y se motivará la realización de actividades deportivas como parte de un nuevo estilo de vida. En la tabla de actividades se describe la propuesta con mayor precisión de acuerdo a cada objetivo planteado.

5.7.1 Actividades

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESPONSABLES
<ul style="list-style-type: none">Establecer protocolos de atención integral sobre nutrición, atención psicológica y autocuidado.	Conformación de equipos de trabajo multidisciplinario para la construcción de protocolos de atención. Capacitación sobre elaboración de protocolos.	Equipo de diseño
<ul style="list-style-type: none">Coordinar actividades de autocuidado para disminuir los factores de riesgos	Campaña de autocuidados	Equipo multidisciplinario
<ul style="list-style-type: none">Fortalecer estilos de vida y prácticas saludables	Fomento de comida saludable, consumo de frutas, vegetales, promover un menor consumo de sal y de grasas. Campaña de sensibilización para el no consumo del tabaco y el alcohol; Motivar la realización de actividades deportivas como parte de un nuevo estilo de vida	Equipo multidisciplinario

Elaborado por la autora

5.7.2 Recursos financieros

Objetivos	Descripción	Valor por unidad	Valor total
▪ Establecer protocolos de atención integral sobre nutrición, atención psicológica y autocuidado.	Elaboración del material impreso (12 documentos)	75	900
	Material de oficina	150	150
▪ Coordinar actividades de autocuidado para disminuir los factores de riesgos	Campaña de autocuidados	4000	4000
▪ Fortalecer estilos de vida y prácticas saludables	Contratación de 1 capacitador por 3 meses	386	1544
TOTAL			\$6.594

5.7.3 Impacto

El programa, tendrá como impacto la disminución de la morbimortalidad a largo plazo y la disminución de los costos tanto para el sistema sanitario como para el paciente. La implementación de un programa multidisciplinario de prevención y control permitirá la detección oportuna y seguimiento de la ERC, es importante hacer énfasis en los cuidados y educación dirigida a la población en riesgo, además de concienciar a los profesionales, a los pacientes y a la comunidad sobre la importancia de conocer la función renal, dadas las implicaciones terapéuticas y pronósticas que conlleva una detección de la ERC en fases precoces. A través del programa se podrá monitorizar los efectos sobre la salud que tengan las acciones planteadas y se maximizará sus potenciales efectos positivos y evitando los posibles efectos adversos.

5.7.4 Cronograma

Objetivos	enero				febrero				marzo				abril			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<ul style="list-style-type: none"> Establecer protocolos de atención integral sobre nutrición, atención psicológica y autocuidado. 																
<ul style="list-style-type: none"> Prevenir la aparición de la enfermedad renal crónica a través del diagnóstico oportuno de la enfermedad y los factores de riesgo 																
<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer estilos de vida y prácticas saludables 																

Elaborado por la autora

5.7.5 Lineamientos para evaluar la propuesta

Para el seguimiento y control de la propuesta, se conformará una comisión para evaluar el conjunto de objetivos, actividades y la asignación de presupuesto, con la idea de proporcionar información acerca de los avances y logros de metas, de forma que se puedan tomar decisiones y plantear alternativas de solución que sirvan de correctivos para cuando la ejecución de la propuesta se esté saliendo de la planificación. Para el efecto, se llevará el control a través de los instrumentos presentados en la propuesta, como el cronograma de actividades, donde se refleja con precisión los objetivos y el mes para cumplir lo establecido.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, T. (2012). *Frecuencia de microalbuminuria en familiares de pacientes con insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes mellitus tipo 2*. Universidad de Colima.
- Aristizábal G., Blanco D., Sanchez A., & Ostiguín R. (2013). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender . Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8(4), 23. Retrieved from <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
- Barba, A. (2014). *El enfermo renal crónico: análisis de su experiencia psicosocial en la hemodiálisis hospitalaria*. Universidad de Salamanca.
- Bezerra, K., & Ferreira, J. (2016). El día a día de personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(4), 686–691. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000400006>
- Chertok, A. (2006). *Las causas de nuestra conducta*. (Centro de Terapia Conductual, Ed.) (8a edición). Montevideo. Retrieved from <https://www.psicologiatotal.com/lascausas.pdf>
- Cutillas, B. (2013). *Sistema urinario: Anatomía*. Barcelona: Infermera Virtual.
- D'Achiardi, R., Vargas, J., Echeverri, J., Moreno, M., & Quiroz, G. (2013). Factores de riesgo modificables y no modificables de la enfermedad renal crónica. *Fac. Med.*, 19(2), 226–231.
- Del Rio Sullon, R. L. (2016). *Estilos de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional-2015*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/54217263.pdf>
- Delgado, J., & Delgado, Y. (2006). Conducta o comportamiento. Más allá de las disquisiciones terminológicas. *Revista Psicología Científica*, 8(20), 1–16. Retrieved from <http://www.psicologiacientifica.com/conducta-comportamiento>
- Fernandes, A. (2014). *Acción de la brandicininina y de los inhibidores de la*

fosfodiesterasa 4 en la fisiología de la micción. Universidad Complutense de Madrid. [https://doi.org/10.1016/0021-9517\(90\)90216-7](https://doi.org/10.1016/0021-9517(90)90216-7)

- Fresnillo, M. (2017). *Factores cognitivos conductuales y sociales para la prevención*. Universidad Complutense de Madrid.
- Gómez, A., Arias, E., & Jiménez, C. (2013). Insuficiencia renal crónica. In A. Alcocer (Ed.), *Tratado de Geriátrica para residentes* (1 edición, pp. 637–646). Madrid: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.
- Gordon, B., & Hilgard, E. (2006). *Teoría de aprendizaje*. (Trillas, Ed.) (Segunda). Mexico D.F.
- Gordon, J., Desaix, P., Johnson, E., Johnson, J., Korol, O., Kruse, D., ... Young, K. (2017). *Anatomy & Physiology*. (Rice University, Ed.) (1a edición). Houston, Texas: The OpenStax. Retrieved from <https://openstax.org/details/books/anatomy-and-physiology> in
- Gorostidii, M., Santamaría, R., Alcázar, R., Fernández, G., Oliveras, A., Portolés, J., ... Aranda, P. (2017). Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. *Revista Nefrología*, 15(2), 145–156. <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Feb.12464>
- INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). (2015). *Compendio de resultados de la encuesta de condiciones de vida ECV Sexta ronda 2015*. Quito. Retrieved from www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/ECV/ECV_2015
- Jaume, J. (2008). Clasificación en Paidopsiquiatria. Conceptos y enfoques: Enfoque Cognitivo conductual. *Col-Legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya*. Barcelona.
- Litbarg, N. (2018). Chronic Kidney Disease. In D. Rakel (Ed.), *Integrative Medicine* (4th editio, Vol. 19, p. 411). México: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-35868-2.00001-3>
- Lliguicota, Y., & Narvaez, N. (2015). *Relación entre los estilos de vida y las complicaciones que presentan los pacientes con insuficiencia renal crónica*. Universidad Central del Ecuador.

- Marcos, M., & Tizón, E. (2014). Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. *Gerokomos*, 24(4), 168–177. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2013000400005>
- Marín, R., Goicoechea, M. A., Gorostidi, M., Cases, A., Díez, J., & Escolar, G. (2006). Guía de la Sociedad Española de Nefrología sobre riñón y enfermedad cardiovascular. Versión abreviada. *Nefrología*, 26(1), 1–14.
- Medina, J. (2016). *Factores de riesgos de enfermedad renal crónica en el hospital Abel Gilbert Ponton*. Universidad de Guayaquil.
- Ministerio de Salud del Perú Dirección General de Epidemiología. (2014). *Boletín Epidemiológico (Lima)* (Vol. 23). Lima.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2015). *Documento de trabajo sobre Enfermedad Renal Crónica (ERC) En el marco de la estrategia de abordaje de la cronicidad en el SNS. Sociedad Española De Nefrología*. España.
- Morais, A. (2013). *Evaluación funcional y efectos de un entrenamiento aerobio en pacientes hemodializados con insuficiencia renal crónica*. Universidad de León. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1698.0887>
- Naranjo, Y., Concepción, J., & Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 1–11. <https://doi.org/1608 - 8921>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2015). OPS_OMS La OPS_OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento. Retrieved April 13, 2019, from https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es
- Paez, A., Jofre, M., Azpiroz, C., & De Bortoli, M. (2013). Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis. *Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de San Luis*, 8(1), 117–124. <https://doi.org/1657-9267>

- Prado, L., Gonzales, M., Paz, N., Romero, K., & Romero Borges, K. (2014). La teoría déficit de autocuidado Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Med. Electron*, 36, 835–845. <https://doi.org/10.1016/J.MOLCEL.2011.01.017>
- Rayner, H. C. (2016). *Kidney Anatomy and Physiology The Basis of Clinical Nephrology*. *ResearchGate*. England: Springer International Publishing Switzerland. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-23458-8>
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario*. Retrieved August 6, 2018, from <http://dle.rae.es/?id=RJ1IDvY>
- Sakraida, T. (2015). Modelo de promoción de la salud. In Elsevier (Ed.), *Teorías de enfermería* (Octava, pp. 434–453). Barcelona: Elsevier.
- Saldaña, C. (1984). *Alternativas conductuales a problemas de salud*. Barcelona: Departamento de Psicología Experimental. Retrieved from <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/64525/96223>
- Salvador, B., Rodriguez, M., Ruiperez, L., Ferre, A., Cunillera, O., & Rodriguez, L. (2015). Enfermedad renal crónica en Atención Primaria: Prevalencia y factores de riesgo asociados. *Atencion Primaria*, 47(4), 236–245. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.06.003>
- Schunk, D. (2015). *Teorías del aprendizaje*. Retrieved from www.pearsonenespa.com
- SEMLADES (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo). (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021*. Quito.
- Silveira, F., George, S., Fernandez, S., Quesada, L., León, C., & Ruiz, Z. (2017). Prevalencia de la insuficiencia renal crónica en la provincia de Camagüey. *Med Camaguey*, 20(4), 403–412.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. (2013). *Tratado de Geriátría para residentes*. (A. Alcocer, Ed.) (1 editions). Madrid: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C) Alberto.
- Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión. (2017). *Insuficiencia Renal*

Crónica en Latinoamérica. Retrieved November 11, 2018, from <https://slanh.net/>

Torres, G., Bandera, Y., Yulior Ge Martínez, P., & Amaro, I. (2017). Factores de riesgo de enfermedad renal crónica en el municipio Il Frente. *Medisan*, 21(3), 265–272. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000300004

United States Renal Data System. (2017). CKD in the United States. *USRDS ANnual Data Report*, 69(3), S1–S32. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2017.01.009>

Vélez, E. (2013). Creencias sobre la insuficiencia renal crónica entre expertos y profanos. *Revista de La Sociedad Espanola de Enfermeria Nefrologica*, 16(3), 168–178.

World Health Organization. (2018). Alcohol. Retrieved March 22, 2019, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

7. ANEXOS



UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO

Tema: CAUSAS CONDUCTUALES QUE INTERVIENEN EN LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN PACIENTES DE 40 – 65 AÑOS. AREA DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL NAVAL GUAYAQUIL. 2018

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General de la Investigación

- Identificar las causas conductuales que intervienen en la insuficiencia renal crónica en pacientes de 40 – 65 años en el área de nefrología. Hospital naval Guayaquil. 2018.

1.2.2 Objetivos Específicos de Investigación


- Determinar los hábitos alimenticios que intervienen en la enfermedad renal crónica.
- Establecer los factores psicosociales que interviene en la insuficiencia renal crónica.
- Determinar el estilo de vida del paciente renal que intervienen en la enfermedad.

CUESTIONARIO	VALIDEZ	PERTINENCIA	COHERENCIA
OBJETIVO ESPECÍFICO 1 Determinar los hábitos alimenticios que intervienen en la enfermedad renal crónica.			
1. ¿Consume sus comidas principales (desayuno, almuerzo, cena) en el mismo horario todos los días? Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>			
2. ¿Con qué frecuencia consume carne de res y/o vísceras? Diario <input type="checkbox"/> 3 veces por semana <input type="checkbox"/> 1 vez por semana <input type="checkbox"/>			
3. Con respecto a la sal usted consume alimentos: Bajos en sal <input type="checkbox"/> Muy salados <input type="checkbox"/> Sal normal <input type="checkbox"/>			
4. En relación a la forma de preparación usted consume alimentos: Fritos <input type="checkbox"/> Asados <input type="checkbox"/> Hervidos <input type="checkbox"/>			
5. ¿Qué cantidad de agua consume en un día? 2 vasos <input type="checkbox"/> 3-6 vasos <input type="checkbox"/> Más de 6 vasos <input type="checkbox"/>			
OBJETIVO ESPECÍFICO 2 Establecer los factores psicosociales que interviene en la insuficiencia renal crónica.			
1. ¿Cómo es la comunicación con los miembros de su familia? Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/>			
2. Cuándo realizan reuniones familiares en su hogar, usted participa: Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>			
3. ¿Cómo describiría su estado de ánimo habitual? Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/>			
4. Frente a un problema personal inesperado, usted reacciona: Calmado <input type="checkbox"/> Algo preocupado <input type="checkbox"/> Muy preocupado <input type="checkbox"/>			
5. ¿Conversa con sus familiares? Frecuentemente <input type="checkbox"/> Casi nunca <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>			
6. ¿En la mañana se siente cansado? Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>			
7. ¿Ha disminuido su interés sexual? Bastante <input type="checkbox"/> Muy poco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/>			
8. ¿Le cuesta trabajo concentrarse en sus actividades diarias? Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>			

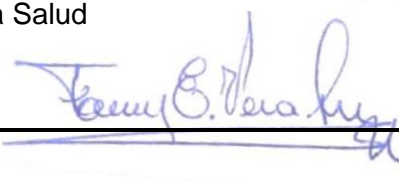
OBJETIVO ESPECÍFICO 3 Determinar el estilo de vida del paciente renal que intervienen en la enfermedad.			
1. Con respecto al alcohol usted lo consume: Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>			
2. Con respecto a las gaseosas usted las consume: Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>			
3. Con respecto al cigarrillo usted las consume: Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>			
4. En relación a la actividad física, usted camina: 30 minutos al día <input type="checkbox"/> Menos de 30 minutos al día <input type="checkbox"/> No camino <input type="checkbox"/>			
5. De estos deportes, cual práctica: Futbol <input type="checkbox"/> Natación <input type="checkbox"/> Ciclismo <input type="checkbox"/> Vóley <input type="checkbox"/>			
6. ¿Consumo usted medicamentos sin que el médico los haya prescrito? Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>			
7. ¿Cuántas horas duerme usted en la noche? Mínimo 6 horas <input type="checkbox"/> Menos de 6 horas <input type="checkbox"/> No puedo dormir <input type="checkbox"/>			
8. En cuanto a su horario de dormir es: El mismo <input type="checkbox"/> Varía <input type="checkbox"/> No tengo horario <input type="checkbox"/>			
9. ¿Acude usted a las sesiones de hemodiálisis los días indicados? Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/>			

EXCELENTE	100
LEVES CAMBIOS	50
CAMBIOS	25

NOMBRE: Alicia Cercado Mancero
TÍTULO ACADÉMICO: Doctora en Ciencias de la Salud
TRABAJA: Universidad Península de Santa Elena
CI: 1201051503



NOMBRE: Elsa Vera Lorenti
TÍTULO ACADÉMICO: Doctora en Ciencias de la Salud
TRABAJA: Universidad Estatal de Milagro
CI: 1200496196



NOMBRE: Enrique Fariño Cortez
TÍTULO ACADÉMICO: Doctor en Ciencias de la Salud
TRABAJA: Universidad Península de Santa Elena
CI: 0918862269

