



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE
HIDALGO**



INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**Educación y empoderamiento como factores asociados al automanejo
en el tratamiento nutricional de pacientes con enfermedad renal
crónica**

**Tesis para obtener el grado de:
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA**

Presenta:

L. en N. María José Vázquez Atanacio

Bajo la dirección de:

Dra. Angélica Romero Palencia

M. en C. Miroslava Porta Lezama

NOVIEMBRE 2018




UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
School of Health Sciences
 Área Académica de Medicina
Department of Medicine
 Maestría en Salud Pública
Master in Public Health

Oficio No. ICSa/AAM/MSP/253/2018
 Asunto: Autorización de Impresión de P.P.T.
 Pachuca de Soto, Hgo., noviembre 28 del 2018

C. MARÍA JOSÉ VÁZQUEZ ATANACIO
ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
STUDENT OF THE MASTER IN PUBLIC HEALTH

Comunicamos a usted, que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado **“Educación y empoderamiento como factores asociados al automanejo en el tratamiento nutricional de pacientes con Enfermedad Renal Crónica”**, considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente.
 “Amor, Orden y Progreso”


 MC. Esp. Adrián Moya Escalera
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud
Dean of the School of Health Sciences


 MC. Esp. Luis Carlos Romero Quezada
 Jefe del Área Académica de Medicina
Chair of the Department of Medicine


 D. en C.E. Lydia López Pontigo
 Coordinadora de Posgrado del ICSa
Director of Graduate Studies of ICSa


 D. en CSP. Jesús Carlos Ruvalcaba Ledezma
 Coordinador de la Maestría en Salud Pública
Director of Graduate Studies Master in Public Health



JCRL/mchm*



Eliseo Ramirez Ulloa Núm. 400
 Col. Doctores
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P.42090
 Teléfono:52(771) 71 720 00 Ext. 2366
 mtria.saludpublica@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

Pachuca de Soto, Hgo., Noviembre 27 del 2018

D. en CSP. JESÚS CARLOS RUVALCABA LEDEZMA
COORDINADOR DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
Presente.

Los integrantes del Comité Tutorial de la alumna **María José Vázquez Atanacio**, con número de cuenta 162720, comunicamos a usted que el Proyecto de Producto Terminal denominado ***“Educación y empoderamiento como factores asociados al automanejo en el tratamiento nutricional de pacientes con Enfermedad Renal Crónica”*** ha sido concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.

Atentamente.
“Amor, Orden y Progreso”

D. en Psic. Angélica Romero Palencia

Directora



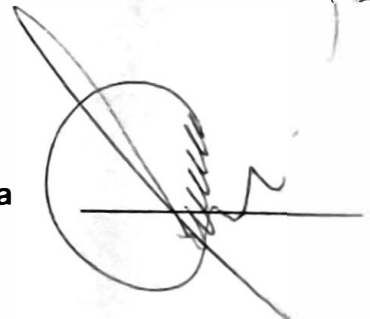
M. en C. Miroslava Porta Lezama

Codirectora



D. en C. Gloria Solano Solano

Asesora



DEDICATORIA

Esta tesis la dedico a quienes contribuyeron en mi formación personal y profesional durante la Maestría en Salud Pública.

A cada uno de los sinodales que con sus certeros puntos de vista enriquecieron este trabajo, principalmente a la Dra. Angélica Romero Palencia asesora de este proyecto de investigación.

Al Hospital General de Pachuca que me abrió sus puertas para el desarrollo de este proyecto, principalmente al Dr. Sergio Muñoz Juárez por todo su apoyo.

A mi familia que me dieron la fuerza para continuar engrandeciendo mi formación profesional.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y al Área Académica de Medicina que permitió mi formación profesional en la Maestría en Salud Pública a través de sus maestros y legados éticos y profesionales.

A mi asesora de tesis, Dra. Angélica le agradezco por todo el apoyo, su tiempo para hacer las revisiones, su confianza y motivación para concluir exitosamente este proyecto.

A Dios por darme la fuerza necesaria que me impulsa a disfrutar la vida intensamente y darle provecho a todas las oportunidades que me brinda.

Mami, a ti por apoyarme en todos mis sueños y desde pequeña enseñarme a ser una mujer de ciencia y mostrarme que puedo lograr todo lo que me proponga esforzándome, así como por mantener vivos todos mis sueños hasta haberlos conseguido. Gracias por tomarme de la mano en todo este camino profesional, eres mi ejemplo a seguir.

Papá Lalo y Mamá Lucha gracias por consentirme y mimarme siempre que lo necesito, gracias a ustedes se que todo lo que empiezas debe ser terminado y que nada llegará a mis manos sin esfuerzo.

Migue, mi esposo, mi mejor amigo, gracias por motivarme a lograr lo que me propongo, por ser mi asesor de tesis cuando necesité revisiones, por escuchar mis conclusiones cientos de veces y desvelarte conmigo en los momentos de estudio. Gracias por ser mi soporte en los momentos difíciles y por ser mi compañero en todas las aventuras.

	Página
Resumen	6
Summary	7
I Marco teórico	8
II Antecedentes	16
III Justificación	26
IV Planteamiento del problema	27
IV.1 Pregunta de investigación	28
V Objetivos	28
VI Hipótesis	29
VII Material y métodos	30
VII.1 Diseño de investigación	30
VII.2 Análisis estadístico de la información	30
VII.3 Ubicación espacio - temporal	30
VII.3.1 Lugar	30
VII.3.2 Tiempo	30
VII.3.3 Persona	30
VII.4. Selección de la población de estudio	31
VII.4.1 Criterios de inclusión	31
VII.4.2 Criterios de exclusión	31
VII.4.3 Criterios de eliminación	31
VII.5 Determinación del tamaño de muestra y muestreo	32
VII.5.1 Tamaño de la muestra	32
VII.6 Definición operacional de variables	34
VII.7 Descripción general del estudio	39
VII.7.1 Procedimiento de recolección de datos	39
VII.7.2 Instrumentos para la recolección de datos	39
VIII. Lineamientos éticos	42

IX. Implementación	
IX.1 Recursos y logística	43
X. Resultados	44
X.1 Descripción de la muestra	44
X.2 Validación de instrumentos	49
X.3 Pilotaje de instrumentos	52
X.4 Resultados descriptivos de la muestra	54
X.5 Correlación de variables	56
XI. Discusión y conclusiones	60
XII. Alcances, limitaciones y sugerencias	67
XIII. Anexos	
XIII.1 Consentimiento informado	69
XIII.2 Cuestionario sociodemográfico	70
XIII.3 Cuestionario de conocimientos	71
XIII.4 Cuestionario de empoderamiento	72
XIII.5 Cuestionario de automanejo	73
XIII.6 Oficio de aceptación de estudio	74
XIII.7 Oficio de aceptación de estudio por comité de ética	75
XIV. Bibliografía	76

EDUCACIÓN Y EMPODERAMIENTO COMO FACTORES ASOCIADOS AL AUTOMANEJO EN EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

RESUMEN

Actualmente los métodos de atención de las enfermedades crónicas están dejando atrás la relación paternalista tradicional entre el prestador del servicio de salud y el paciente, dando paso a un nuevo modelo, en el cual las personas con alguna enfermedad crónica desempeñan una función central en su propio cuidado, con apoyo de los prestadores de atención de salud, herramienta a la que se le denomina automanejo. Por lo que el objetivo de este proyecto fue determinar la asociación existente entre la falta de educación y empoderamiento con el automanejo del paciente en el tratamiento nutricional de la enfermedad renal crónica, mediante la evaluación del conocimiento del paciente acerca de su patología y la capacidad que tiene el mismo en la toma de decisiones que ayude a mejorar la aceptación de sus tratamientos, por medio de la aplicación de instrumentos desarrollados y validados específicamente para esta población.

Resultados: al analizar los datos se encontró que un 56% de la población encuestada en el presente trabajo fueron mujeres, el mayor porcentaje de los pacientes diagnosticados con enfermedad renal en esta investigación son personas que tienen como precedente una enfermedad crónica mal manejada. Al realizar la correlación de las variables estudiadas, se obtuvo que el estado nutricional no tiene correlación con el automanejo del tratamiento nutricional sin embargo, el empoderamiento si tiene una correlación significativa y directamente proporcional con el automanejo del tratamiento nutricional ($Rho=.403$, $p=0$), lo que quiere decir que en la muestra estudiada a mayor automanejo existirá más empoderamiento y viceversa, pero si el paciente no cuenta con un tratamiento de terapia sustitutiva no se lograrán los objetivos metabólicos planeados.

Palabras clave: automanejo, empoderamiento, conocimientos, terapia sustitutiva, tratamiento nutricional.

SUMMARY

At present methods of care for chronic diseases are leaving behind the traditional paternalistic relationship between the provider of the health service and the patient, giving way to a new model, in which people with some chronic disease play a central role in their own care, with the support of health care providers, a tool that is called self-management. A central aspect of self-management of diseases is the determination and development of specific strategies focused on patients, to face all the challenges and demands that come with living with a disease. Therefore, the objective of this project is to determine the association between the deficiency education and empowerment with the self-management of the patient in the nutritional treatment of chronic kidney disease, evaluating the patient's knowledge about their pathology and the capacity that it has in decision-making to help improve the acceptance of its treatments, through the application of instruments developed and validated specifically for this population.

Results: when analyzing the data, it was found that 56% of the population surveyed in the present study were women, the highest percentage of patients diagnosed with kidney disease in this study are people who have a badly managed chronic disease as a precedent. When performing the correlation of the variables studied, it was found that the nutritional status does not correlate with the self-management of the nutritional treatment, however, the empowerment does have a significant correlation and directly proportional to the self-management of the nutritional treatment ($Rho = .403$, $p = 0$), which means that in the sample studied at higher self-management there will be more empowerment and vice versa, but if the patient does not have a substitute therapy treatment, the planned metabolic objectives will not be achieved.

Keywords: self-management, empowerment, knowledge, substitution therapy nutritional treatment.

MARCO TEÓRICO

Generalidades del sistema urinario y enfermedad renal crónica

- **Sistema urinario**

Los riñones son un par de órganos vitales que realizan varias funciones para mantener la sangre limpia y químicamente equilibrada. Son órganos en forma de frijol, cada uno aproximadamente del tamaño de un puño; se localizan cerca de la parte media de la espalda, justo debajo de la caja torácica, uno a cada lado de la columna vertebral (National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse [NKUDIC], 2009; National Kidney Foundation [NKF], 2008).

Cada día los riñones de una persona procesan aproximadamente 190 litros de sangre para eliminar alrededor de 2 litros de productos de desecho provenientes de la descomposición normal de tejidos activos (músculos y alimentos) y agua en exceso, estos desechos se convierten en orina que fluye hacia la vejiga a través de unos conductos llamados uréteres, esta orina será almacenada hasta que se libere al orinar. Si estos desechos no fueran eliminados por los riñones, se acumularían en la sangre en forma de toxinas y dañarían el cuerpo (Lorenzo Sellarés, 2010).

La remoción de los desechos ocurre en unidades funcionales dentro de los riñones llamadas *nefronas*, cada riñón tiene alrededor de 1 millón de nefronas, dentro de la nefrona se encuentran otras estructuras llamadas *glomérulos*, formados por capilares; que además se encuentra entrelazado con una estructura minúscula que recolecta orina llamada *túbulo*. La función del glomérulo es actuar como una unidad de filtrado o colador, manteniendo de esta forma las proteínas y células normales en el torrente sanguíneo, permitiendo que pasen los desechos y el agua en exceso (Tamayo y Orozco, 2010).

Mientras ocurre la filtración, un complejo intercambio químico se lleva a cabo, los materiales de desecho y el agua abandonan la sangre e ingresan al aparato urinario. Al principio los túbulos reciben una combinación de materiales de desecho y compuestos químicos que el cuerpo todavía puede usar, los riñones miden la cantidad que hay de

compuestos químicos como sodio, fósforo y potasio y los libera regresándolos a la sangre para que permanezcan en el cuerpo. Siendo de esta manera la forma en que los riñones regulan los niveles corporales de estas sustancias (National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse [NKUDIC], 2009).

Además de eliminar desechos, como es mencionado en (National Kidney Foundation [NKF], 2008) los riñones liberan tres importantes hormonas:

- *Eritropoyetina o EPO*, que estimula a la médula ósea para producir glóbulos rojos.
- *Renina*, enzima secretada por las células yuxtaglomerulares que regula la presión arterial.
- *Calcitriol*, la forma activa de la vitamina D, que ayuda a mantener el calcio para los huesos y para el equilibrio químico normal en el cuerpo.

- **Función renal**

Se denomina función renal a la eficiencia con la que los riñones filtran la sangre; los individuos con dos riñones sanos tienen el 100% de la función de sus riñones. La tasa de filtrado glomerular (TFG) es el mejor método para calcular la función renal, esta consiste en medir la depuración renal de una sustancia, es decir el volumen de plasma del que puede ser eliminada una sustancia completamente por unidad de tiempo (Tamayo y Orozco, 2010).

- **Fallo renal**

La mayoría de las enfermedades renales atacan a las nefronas, haciendo que pierdan capacidad en la filtración. El daño a la estructura de las nefronas puede ocurrir rápidamente, pero la mayoría de las veces se destruyen lentamente y en silencio, daño que será evidente solo después de algunos años. Las dos causas más comunes de enfermedad renal son complicaciones en la diabetes y la hipertensión arterial, además de las personas que cuentan con antecedentes familiares de enfermedades renales,

que también corren el riesgo de padecerlas (National Kidney Foundation [NKF], 2008; Secretaria de Salud, 2009; Tamayo y Orozco, 2010).

- **Tipos de fallo renal**

Existen múltiples factores que influyen en el desarrollo de las enfermedades renales, los cuáles aún no son comprendidos en su totalidad. El tratamiento que se le da al paciente dependerá de la extensión, estructura y función que se encuentre dañada en los riñones (Venado, Moreno, Rodríguez, & López, 2010).

- *Lesión renal aguda:* existen algunos problemas renales que ocurren rápidamente, como cuando existe lesión renal por un accidente. La pérdida de grandes cantidades de sangre puede causar insuficiencia renal repentina. Así como también, algunos fármacos o venenos pueden hacer que los riñones dejen de realizar sus funciones normales. A estas disminuciones repentinas de la función renal, se conocen como lesión renal aguda.
- *Enfermedad renal crónica:* la pérdida gradual de la función renal se conoce como enfermedad renal crónica o insuficiencia renal crónica.
- *Enfermedad renal en estado terminal:* la insuficiencia renal total o casi total y permanente, se conoce como enfermedad renal en estado terminal. Las cuáles deberán someterse a terapias sustitutivas (diálisis o hemodiálisis) o incluso a un trasplante renal para mantenerse con vida.

- **Enfermedad renal crónica (ERC)**

La enfermedad renal crónica (ERC), se define como:

- a) Presencia persistente (>3 meses) de marcadores de daño renal, definidos por alteraciones estructurales o funcionales del riñón y manifestados por alteraciones patológicas, en estudios de imagen o en estudios de laboratorio (sangre u orina);

- b) Una reducción de la tasa de filtrado glomerular (TFG) <60 ml/min/1.73m² de superficie corporal, independientemente de la causa (Lorenzo Sellarés, 2010).

Los marcadores de daño renal inicialmente pueden acompañarse o no de disminución de la TFG, pero su presencia debe asociarse con riesgo de reducción de la misma. Por otro lado, la ERC puede estar presente si la TFG es <60 ml/min/1.73m² de superficie corporal independientemente o no de que existan otros marcadores de daño renal (Tamayo y Orozco, 2010). En la mayoría de los casos, la ERC se desarrolla a consecuencia de las pérdidas de las nefronas funcionales remanentes, resultando así en una reducción progresiva de la TFG (National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse [NKUDIC], 2009).

- **Factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad renal crónica**

Los factores de riesgo pueden dividirse en factores predisponentes, iniciadores y otros que perpetúa la progresión del daño renal, pueden encontrarse de forma individual o combinados. Cada uno de estos factores puede impactar sobre la progresión de la enfermedad y acelerar la pérdida de la función renal. Lo que se propone es que varios factores interactúan sobre la función del riñón y provocan una pérdida progresiva de la reserva renal. Otra forma de clasificar estos factores de riesgo se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Factores de riesgo asociados al desarrollo de la ERC

FACTORES CLÍNICOS	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus (DM)* • Hipertensión arterial (HTA)* • Enfermedad cardiovascular (ECV)* • Historia familiar de ERC/DM/HTA* • Infecciones sistémicas (VIH*, VHC*, VHB, tuberculosis y malaria) • Obesidad • Tabaquismo • Enfermedades autoinmunes • Infecciones del tracto urinario • Litiasis renal • Obstrucción urinaria baja • Neoplasias • Disminución de la masa renal • Exposición a fármacos nefrotóxicos • Bajo peso al nacer • Fase de recuperación de la falla renal aguda 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad avanzada • Grupos étnicos (Hispánico, afroamericano) • Exposición a ciertos químicos y condiciones ambientales (plomo, mercurio) • Bajo nivel de ingresos • Bajo nivel educativo

**Grupos de alto riesgo en los que está indicado el tamizaje en pacientes mayores de 18 años.*

Fuente: Tamayo y Orozco, 2010.

Como se aprecia en la figura anterior, actualmente la diabetes, la hipertensión y la enfermedad cardiovascular, son considerados los factores de mayor riesgo para desarrollar ERC, aunque otros factores también incluyen historia familiar de diabetes, hipertensión e incluso la propia ERC, edad avanzada, exposición a algunas toxinas, ciertas infecciones crónicas y algunos tipos de cáncer.

- **Clasificación de la enfermedad renal crónica**

Dependiendo de la severidad de la reducción de la tasa de filtrado glomerular (TFG), la ERC se clasifica en cinco estadios, como se puede ver en la Tabla 2. Esta clasificación ha sido universalmente aceptada, y es muy importante conocerla ya que especifica un plan de diagnóstico y de tratamiento en cada una de ellas (Flores, Alvo, Borja, Vega, & Zúñiga, 2010, Secretaria de Salud [SSA], 2009).

Tabla 2. Clasificación en estadios de la ERC.

Estadio	Descripción	Tasa de FG (ml/min/1.73 m ²)	Términos relacionados	Manejo
1	Presencia de marcador de daño renal acompañado de una tasa de FG normal o aumentada	≥90	Albuminuria, proteinuria, hematuria	Diagnóstico y tratamiento de: a)La causa de la IRC b)Las comorbilidades c)Factores de riesgo CV, intervenciones que retrasan la progresión de la enfermedad renal.
2	Marcador de daño renal acompañado de una disminución leve de la tasa de filtrado glomerular.	60-89	Albuminuria, proteinuria, hematuria	Estimar la tasa de filtrado glomerular.
3	Disminución moderada de la tasa de filtrado glomerular.	30-59	IRC, insuficiencia renal temprana	Prevención y tratamiento de las complicaciones urémicas.
4	Disminución severa de la tasa de filtrado glomerular.	15-29	IRC, IR tardía, IRC preterminal	Preparación para la terapia renal sustitutiva.
5	Falla renal.	<15 o en terapia sustitutiva	Falla renal, uremia, IRC terminal	Terapia sustitutiva.

Fuente: Flores et al., 2010

- **Tratamiento: manejo nutricional en la enfermedad renal crónica**

La alteración de marcadores bioquímicos, pérdida global de masa corporal relacionada con la ingesta insuficiente y la depleción de la masa muscular, entre otros, se consideran criterios esenciales para diagnosticar malnutrición en el enfermo renal. La concentración de albúmina ≥ 4 g/dl constituye, en combinación con varios parámetros válidos y complementarios, un predictor de supervivencia en ERC (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2008). Así mismo, los requerimientos de energía y nutrientes deberán individualizarse según el estadio de la ERC y el tipo de terapia sustitutiva en la que se encuentre el paciente. Una ingesta energética de 35 kcal/kg/día permite alcanzar y/o mantener un balance nitrogenado neutro. Las recomendaciones actuales de proteínas para ERC en estadios 3, 4-5 establecen la restricción proteica de 0,6-0,8 g/kg/día; en pacientes diabéticos la recomendación se amplía a 0,8-1g/kg/día, manteniéndose en ambas la calidad biológica proteica (2/3 de proteínas de alto valor biológico). Mientras que la recomendación en diálisis es de 1,2-1,3 g/kg/día de proteínas (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2008; National Kidney Foundation [NKF], 2008; Torregrosa, Bover, Cannata Andía, Lorenzo, & Martínez, 2011) .

Las necesidades de líquidos, sodio y potasio también deben individualizarse dependiendo de la función renal, estado de hidratación y de la presión arterial. Algunos minerales, deben ser suplementados según los niveles séricos de calcio, fósforo y hormona paratiroidea (PTH intacta). También es recomendable, la suplementación de vitaminas hidrosolubles (B6, B12, C, y ácido fólico) en pacientes en diálisis, sin embargo, no está indicada la suplementación de vitaminas liposolubles en la ERC, salvo la vitamina D que debe individualizarse (López, Martínez, & Zapata, 2013).

Las estrategias nutricionales para prevenir o tratar la malnutrición dependerán de varios parámetros: adecuación de la ingesta proteico-energética, esquema individualizado de diálisis, cribaje y valoración nutricional complementaria así como del tratamiento nutricional (Escarvajal López, Inmaculada, Quesada Martínez, Guzmán Román, & Ruíz Abad, 2009; Secretaría de Salud, 2009).

- **Epidemiología de la enfermedad renal crónica**

La ERC es un problema de salud pública mundial, ya que se acompaña de elevada morbilidad, mortalidad y costos tanto para el paciente como para el sistema de salud; así como de una calidad de vida disminuida. La población con daño renal en estadios tempranos, generalmente no son reconocidos ni tratados de manera oportuna, estos pacientes sin una intervención pertinente, incrementan su riesgo para la pérdida de la función renal, el desarrollo de complicaciones y muerte cardiovascular precoz (National Kidney Foundation [NKF], 2008).

Esta enfermedad es causada principalmente por padecimientos crónico degenerativos mal controlados entre los que destacan la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, ambos con altos índices de prevalencia en México, 7.2% y 16.3% respectivamente (Córdova-Villalobos et al., 2008).

En el estudio epidemiología de la insuficiencia renal en México, dado a conocer por la Secretaría de Salud en el 2010 (Méndez-Durán, Méndez-Bueno, Tapia-Yañez, Muñoz-Montes, & Auilar-Sánchez, 2010), se destacó que cada año se suman al menos 40, 000 nuevos casos en el país. Sin embargo, debido a una falta de cultura de prevención, este padecimiento ha tenido un rápido crecimiento en los últimos años (11% anual), llegándose a duplicar la incidencia en la población mexicana que de acuerdo con cifras reportadas por la Fundación Mexicana del Riñón (Fundación Mexicana del Riñón: <https://www.fundrenal.org.mx/erc.html>), existen actualmente en México, entre 8 y 9 millones de personas con insuficiencia renal en etapas tempranas de las cuales 109,000 se encuentran con insuficiencia renal crónica en estadio 5 y cerca de 60,000 con tratamiento sustitutivo de la función renal.

La prevalencia general en México de esta enfermedad fue de 124 casos por cada millón de usuarios y la mayor prevalencia fue observada en Tlaxcala, Hidalgo, Morelos y Nayarit (Méndez-Durán et al., 2014).

De continuar el rápido incremento en los niveles de incidencia de esta enfermedad, para el año 2025 en México, existirán alrededor de 212,000 pacientes diagnosticados con insuficiencia renal, de los cuáles morirán 160,000 cada año, para los cuales no existirá la infraestructura necesaria para estos pacientes ni el soporte financiero, esto de acuerdo con proyecciones realizadas por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (Secretaría de Salud [SSA], 2014).

ANTECEDENTES

La OMS refiere al automanejo como un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de un conjunto de factores relacionados con: el sistema o equipo de asistencia sanitaria, la enfermedad, aspectos socioeconómicos, el tratamiento y el paciente, sin embargo, para que se adhiera a la terapéutica indicada, es necesario que el equipo de salud se responsabilice de las actitudes tomadas por el paciente según lo acordado en la consulta (Dilla, Valladares, Lizán, & Sacristán, 2009; G. Silva, Galeano, & Correa, 2005).

Por ello se ha mostrado gran interés en la búsqueda de métodos que permitan tener control sobre los síntomas crónicos, pero permitiendo que el paciente mantenga su independencia y calidad de vida, para que de esta manera se le permita llevar a cabo el tratamiento por sí solo, técnica a la que se le ha denominado automanejo (Grady & Gough, 2015). El automanejo, es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, principalmente en los pacientes con enfermedades crónicas, considerado como un tema prioritario de salud pública debido a las consecuencias negativas que conlleva, entre ellas fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costes sanitarios (Caballo & Pascual, 2012; Millaruelo Trillo, 2010; Ruiz, 2009).

Resulta sorprendente entonces que, si se sabe que aproximadamente uno de cada dos pacientes no se apega a las indicaciones terapéuticas, en la práctica diaria no se haya podido integrar este hecho como causa de fracaso en el tratamiento, conduciendo frecuentemente a la realización de pruebas innecesarias o intensificación de tratamientos que pueden incrementar los riesgos para el paciente. Como es mencionado por (García Jorge & Vicente Castro, 2011), el automanejo del paciente en cuanto a la dieta en la enfermedad renal crónica, implica cambios drásticos y adaptaciones a un nuevo régimen alimenticio que implica una ruptura con hábitos y costumbres adquiridos y con el concepto de una alimentación considerada normal para la población general (Fonseca Vilamil & Nevado Barriga, 2005; Ruiz, 2009).

Dado entonces el origen multifactorial del incumplimiento y que en general las estrategias que se han implementado, han ido dirigidas a las enfermedades crónicas en

general y no a situaciones concretas, no hay ninguna estrategia individual que haya resultado eficaz para todos los pacientes y todas las enfermedades, tomando en cuenta que los programas de automanejo dirigidos a grupos específicos y que ofrecen una variedad de estrategias, han resultado eficaces para mejorar los resultados en materia de salud de las poblaciones (Lorig, Ritter, Villa, & Piette, 2008).

En un informe del 2010, elaborado por el departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (US Department of Health and Human Services, 2010), se incluyó el automanejo como una de las cuatro metas de un marco estratégico para mejorar el estado de salud de las personas con múltiples enfermedades crónicas; así como también en un informe del Instituto de Medicina del 2012 (Wallace, Ackermann, Harris, & Harris, 2012), que hablaba sobre cómo llevar una buena vida cuando se tiene una enfermedad crónica y la responsabilidad que tiene el sector de la salud pública, se incluyó el automanejo como una de las intervenciones que permitían llevar una buena vida, observando en ambos casos que estos programas promueven la responsabilidad del individuo, ya que les ofrecen herramientas que pueden usar para cuidarse frente a estas enfermedades; señalando que los programas que proponen intervenciones de automanejo basadas en las necesidades de la comunidad, son un aspecto de un enfoque poblacional que aborda cada vez más el problema de salud pública tan grande que representan las enfermedades crónicas.

Es por esto por lo que es necesario llevar a la práctica las intervenciones de eficacia comprobada con el fin de aumentar su alcance a personas que las necesitan, ya que el automanejo en el tratamiento nutricional para las personas con enfermedad renal crónica es especialmente valioso, debido a que representa una fusión de las metas del paciente, la familia, la comunidad y el prestador de servicio de salud, todos ellos trabajando de manera conjunta para abordar mejor la enfermedad del individuo. Por lo tanto, si se considera el automanejo con todos sus elementos y características prácticas, no se trata solamente de un enfoque lógico de la salud y la atención de salud, sino que además es una manera óptima de abordar las enfermedades crónicas como un problema importante en el ámbito de la salud pública (Grady & Gough, 2015).

Como es abordado en el marco teórico en “Generalidades del sistema urinario y enfermedad renal crónica” es importante que el paciente tenga conocimientos sobre la anatomía y funcionalidad del sistema urinario y de la propia enfermedad renal, ya que con este conocimiento y la aplicación de algunas estrategias como el automanejo, la educación y el empoderamiento en el tratamiento nutricional, las cuáles se desarrollan en los apartados siguientes, el paciente tendrá las habilidades para reducir el impacto físico y emocional producido por la enfermedad con o sin el equipo de salud.

- **Adherencia al tratamiento**

La OMS define a la adherencia como el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (World Health Organization, 2003).

Sin embargo, la falta de adherencia a los tratamientos, así como el incumplimiento terapéutico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de las enfermedades crónicas (Información Farmacoterapéutica de la Comarca [INFAC], 2011).

A pesar de que el término adherencia incluye la participación activa del paciente, el servicio de salud también surge como responsable para que el paciente lleve a cabo su tratamiento, por lo que al respecto la OMS, ha mencionado que no se enfatiza el papel del paciente en el manejo de su enfermedad, a pesar de la importancia de la salud conductual y la adherencia a las terapias para este tipo de padecimientos crónicos, no se les proporciona la información ni habilidades para manejar su condición, por lo que es importante educar y apoyar a los pacientes para auto manejar su condición crónica (Buitrago, 2011; Contreras, Espinosa, & Esguerra, 2008; Enrique-Silva et al., 2005).

- **Automanejo**

A diferencia de la adherencia, en el automanejo es el propio paciente quien vela directamente por la evolución de su enfermedad y tiene un mayor control sobre ella. El paciente se prepara para manejar día a día su propia condición de salud y adopta las habilidades para reducir el impacto físico y emocional con o sin la colaboración del equipo de salud. El paciente puede mantener las actividades normales de la vida cotidiana y elegir comportamientos y alternativas que permitan que esté sano (Ruiz, 2009; Grady & Gough, 2015).

En esta enfermedad, las actividades de autocuidado son muy importantes por la influencia que ejercen en el control de los principales factores de riesgo que originan complicaciones en el paciente que se encuentra en diálisis peritoneal. Por lo que el conocimiento de cómo cuidarse y las habilidades para hacerlo, aumentan la capacidad de las personas para evaluar su estado de salud y determinar la necesidad de buscar atención profesional (Grady & Gough, 2015).

- **Automanejo nutricional**

Como se ha mencionado anteriormente la enfermedad renal crónica, es una condición clínica que constituye un importante problema de salud pública, en el ámbito mundial y nacional. Esto evidencia que existe un gran volumen de pacientes que padecen esta enfermedad, quienes requieren de medidas terapéuticas especiales, entre ellas un régimen nutricional que ayude a mantener el equilibrio homeostático del organismo, además de que esta enfermedad complica el curso de enfermedades sistémicas como la diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias, que alcanzan en México proporciones epidémicas. Lo que hace que el paciente sufra negación, rechazo, pasividad, ansiedad, ira, culpa, disminución de la autoestima por alteración de su imagen corporal, cambios permanentes en el estilo de vida, suspensión de la vida laboral con reducción del círculo social y pérdida del poder adquisitivo, así como cambios en su tiempo libre; llevando a que el paciente no se adapte ni cuide por cuenta propia de su tratamiento (A. Grady & Lucio Gough, 2015; Tamayo-Orozco, 2008).

Los factores que influyen en la falta de automanejo se pueden clasificar, según su relación con la patología, el paciente, el sistema sanitario, la relación nutriólogo – paciente o con el propio tratamiento; pero a pesar de que existen múltiples factores, existe evidencia de que los pacientes toman las decisiones sobre sus tratamientos basándose en su conocimiento sobre la patología y las posibles indicaciones dadas por el personal sanitario, así como en su percepción sobre la necesidad de usar medicación o realizar algún cambio en su alimentación y en sus preocupaciones sobre todo lo que engloba el tratamiento, teniendo mayor aceptación a los tratamientos en pacientes que además de educación se les brinda un programa de retroalimentación (feedback) que fundamente y permita de manera autónoma la toma de decisiones que realiza el paciente sobre sus tratamientos (Caballo & Pascual, 2012; Mar-García et al., 2017).

- **Educación para la salud y empoderamiento**

El reforzamiento del empoderamiento del paciente en la toma de decisiones es muy importante, ya que un paciente empoderado es un paciente con capacidad para decidir, satisfacer necesidades y resolver problemas, con pensamiento crítico y control sobre su vida (Silva & Loreto-Martínez, 2004); por lo que es sustancial utilizar como estrategia para optimizar el cumplimiento terapéutico, tal como lo menciona (Dilla et al., 2009; Garcimartín-Cerezo, Juvé-Udina, & Delgado-Hito, 2016) aproximaciones didácticas orientadas a que el paciente adopte voluntariamente una actitud positiva frente a los cambios que tenga que realizar, y que esto ocurra, con apoyo del aumento de conocimientos sobre su enfermedad, el tratamiento y la importancia de adherencia a éste (Alfonso, 1981; Basagoiti, 2016).

- **Teorías y modelos relacionados con automanejo y empoderamiento**

En el marco de la teoría del automanejo y el empoderamiento existen diferentes modelos teóricos que definen con precisión como interactúan las dimensiones psicológicas, biológicas y sociales en el paciente con una enfermedad crónica, así como también el conocimiento de estos modelos permiten el diseño, instrumentación y

evaluación de programas de intervención en todas sus variantes. Algunos de estos modelos teóricos que relacionan el automanejo y empoderamiento con el tratamiento de la enfermedad renal crónica se mencionan a continuación.

- *Modelo biomédico:* es un modelo tomado de los planteamientos de René Descartes, quien consideró que la mente humana y la parte física (cuerpo) son elementos diferentes y completamente desconectados uno del otro. En éste se excluyen otros factores que rodean al individuo, excepto los factores biológicos. Se interesa completamente por el cuerpo y por la enfermedad, dejando afuera al paciente como un ser humano, que es lo que sucede en los pacientes con enfermedades crónicas, donde la enfermedad es el centro de atención entre el profesional y el paciente, evitando su empoderamiento y automanejo de la enfermedad. Se visualiza la enfermedad desde el punto de vista biológico sin tomar en cuenta el medio ambiente y el estado emocional y psicológico del enfermo, donde el éxito se reduce en la meta de curar o salvar la vida del paciente sin interesarle su cultura, las relaciones interpersonales, el ámbito social o el propio sistema de salud.
- *Modelo biopsicosocial:* este modelo propuesto por Engel en 1977 se apoya en la concepción de que en todos los estadios del proceso salud-enfermedad coexisten factores biológicos, psicológicos y sociales implicados. El modelo no considera al individuo como una parte individual separada, sino que lo visualiza de modo holístico como la integración de sistemas y subsistemas siempre interrelacionados en un proceso dinámico, que integra lo somático, lo psíquico y lo social conjuntamente. Lo que lleva a comprender que la enfermedad física es el resultado de factores psicológicos como las emociones, pensamientos, conductas, estilos de vida, estrés, factores sociales, relaciones familiares y apoyo social que interactúan entre sí para dar lugar a la enfermedad o a la salud, permitiendo de esta forma conjuntar en el tratamiento del paciente renal el desarrollo de habilidades de automanejo y empoderamiento para la disminución de complicaciones en la enfermedad.

- *Teoría de la utilidad subjetiva:* en ésta se propone que la probabilidad de que se produzca una determinada conducta de salud dependerá de la utilidad que se asocie a dicha conducta, por lo que las personas optarán por realizar aquellas cuyas consecuencias sean más deseables o perceptiblemente útiles, teoría que puede ser completamente funcional en el automanejo de la enfermedad renal, ya que al desarrollar en el paciente habilidades que intensifiquen su empoderamiento se podrá influir en ellos para que generen conductas saludables que los lleven a la disminución de complicaciones en la enfermedad.

- *Modelo atributivo:* este modelo se plantea a través del aprendizaje social, considerando que el comportamiento se guía por la motivación de aumentar los esfuerzos y reducir los castigos, considerando las creencias y señalando que, aunque la salud sea muy importante, si no se cree que se puede desarrollar una conducta de salud y que esta va a mejorar su estado lo más probable es que le paciente no la realice. Lo que lleva al fortalecimiento de habilidades de empoderamiento que permitan que el paciente tenga la intención de hacer un cambio para la efectividad de sus tratamientos.

- *Modelo transteórico:* este modelo desarrollado por Prochaska y Diclemente en 1983, en el que se plantea que adoptar una conducta de salud depende del momento en que se encuentre el paciente dentro del proceso de salud – enfermedad. En el que se distinguen varias etapas: Precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Aquí se especifica que se deben realizar intervenciones específicas en las diferentes etapas, no considerando que una sola intervención tenga que ser suficiente. Entrenar y capacitar al paciente mediante este modelo lleva al desarrollo de habilidades y destrezas por medio de autorregistros, automonitoreo y autocontrol de los hábitos, donde el individuo debe adquirir las herramientas que permitirán el manejo adecuado de padecimientos crónicos o incurables.

Instrumentos para la medición de las variables: cuestionarios revisados

- **Conocimientos sobre la enfermedad**

Cuestionario 1: Se desarrolló un estudio sobre autocuidado y calidad de vida en personas con diálisis de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Gómez Hernández, 2014), en el que se desarrolló un cuestionario para evaluar los conocimientos de los pacientes sobre la enfermedad renal crónica. Es un cuestionario en el que se presentan 20 ítems que presentan respuestas de opción múltiple.

Los temas que abarca el cuestionario son sobre funciones anatómicas y fisiológicas, el concepto de enfermedad renal crónica, sus causas, signos y síntomas, tratamientos, función de la diálisis, peso seco e ideal, higiene bucal, cuidados del paciente, cantidad de líquidos recomendados, importancia de la toma de medicamentos y complicaciones de la enfermedad. El cuestionario puede ser utilizado como base para desarrollar uno propio, pero no podría utilizarse tal como está, ya que las preguntas usan palabras complejas que pueden dificultar el entendimiento del paciente, por lo que tendría que ser aplicado por el personal, lo que podría predisponer al paciente a contestar lo que el investigador desea (Gómez Hernández, 2014).

Cuestionario 2: en otro cuestionario aplicado en un estudio desarrollado en Madrid España (Sánchez González et al., 2015), en el servicio de diálisis de un hospital, con el que se valoraron conocimientos del paciente a través de 21 ítems, abarca temas sobre función del riñón, concepto de enfermedad renal crónica, concepto de diálisis, fístula y sus cuidados, funciones y cuidados del catéter, alimentación recomendada y utilizada, ingesta de líquidos, complicaciones de la enfermedad, toma de medicamentos y consumo de minerales.

Las respuestas de cada ítem son de opción múltiple y su respuesta dependen de lo que se está preguntando, es útil para tomarlo de base, pero no podría aplicarse tal como está ya que usa tecnicismos que se prestarían a confusión por parte del paciente y

además es un estudio para población española y que no se encuentra validado para población mexicana (Sánchez González, et al 2015).

- **Automanejo**

En el estudio de autocuidado y calidad de vida en personas con diálisis desarrollado en la Universidad Autónoma de Nuevo León (Gómez Hernández, 2014), se desarrolló un cuestionario sobre acciones de autocuidado, en el que se desarrollaron preguntas que se basan en el consumo de ciertos alimentos por semana (7 días), sesiones de ejercicio, exámenes de laboratorio y toma de medicamentos. Está constituido por 12 reactivos, con respuestas de 5 a más posibilidades de respuesta (todas – ninguna, 0 – 100%, siempre a nunca).

Es un cuestionario desarrollado para población mexicana, el cual es entendible para el paciente, pero aún pueden ser agregadas más preguntas para tener un mayor conocimiento en el manejo de su enfermedad (Gómez Hernández, 2014).

- **Empoderamiento**

Se revisó un cuestionario elaborado por la Universidad de Manchester en Oxford (Giménez Maroto, 2012), el cual está dirigido a pacientes que viven con enfermedades crónicas como la diabetes, artritis y enfermedades del corazón. En el que se les pide contestar un cuestionario sobre como manejan su condición y cómo entienden el concepto de salud y bienestar. El cuestionario se encuentra compuesto por 8 bloques (A - H) en los cuáles el paciente contesta con base a creencias, sentimientos y acciones realizadas según el tipo de enfermedad que presenta para evaluar su grado de empoderamiento, cada respuesta representa un número del 1 al 8, con lo que al final se realiza una sumatoria de los ítems y se clasifica el grado de empoderamiento del paciente. Es un cuestionario muy completo, pero para poder ser utilizado en los pacientes con enfermedad renal se tiene que redirigir a las variables principales de esta enfermedad y validar para la población mexicana (Basagoiti, 2016;Giménez Maroto, 2012; Jorge & Serrani, 2014).

A partir de lo desarrollado en este capítulo, se puede concluir que a pesar de que existen ya algunas investigaciones sobre el tema de automanejo en enfermedades crónicas, no se ha realizado específicamente en la población con enfermedad renal, lo cual es muy importante ya que el éxito que se tenga en el control de esta enfermedad, dependerá en gran medida de la colaboración que tenga el paciente en el desarrollo y cuidado de su tratamiento, tanto farmacológico como nutricional, el cuál será más fácil de controlar con ayuda de las herramientas anteriormente mencionadas, permitiendo que el paciente pase de un estado pasivo y no participativo a uno de paciente activo y comprometido con el automanejo de su enfermedad.

JUSTIFICACIÓN

El tratamiento nutricional es uno de los pilares en el manejo de la enfermedad renal crónica, sin embargo, se han reportado bajos niveles de automanejo de su tratamiento en los pacientes, constituyendo una dificultad importante para el alcance de los objetivos metabólicos. En los países desarrollados, las tasas de automanejo a los tratamientos en enfermedades crónicas, se sitúan alrededor del 50%, esta cifra es considerablemente menor en países en vías de desarrollo, según un reciente informe de la OMS, la cual califica la falta de automanejo como un problema prioritario de salud pública de gran magnitud (Dilla et al., 2009).

Debido a los altos porcentajes de incumplimiento antes mencionados, han sido numerosas las acciones encaminadas a mejorarlo, sin embargo, no han resultado eficaces; algunos estudios han determinado que solo el 50% de estas intervenciones demostraron mejorar los niveles en que el paciente maneja su enfermedad (Márquez-Hernández, Granados Gámez, & Roales-Nieto, 2015). Se ha demostrado también que esta falta de automanejo en los tratamientos, es la causa del fracaso de los mismos y termina en serios problemas que afectan la calidad de vida, costes para el sistema de salud, y sobre todo, conlleva a que no se consigan resultados clínicos positivos (Rodríguez Chamorro, García-Jiménez, Amariles, Rodríguez Chamorro, & José Faus, 2008).

De aquí deriva la relevancia de esta investigación, ya que es necesario destacar la importancia de este problema, así como los factores que lo determinan para poner en marcha estrategias que puedan solucionarlo. Abordar la falta de automanejo no es únicamente conseguir que los pacientes tomen la medicación o se apeguen al régimen nutricional, si no que comprendan las razones por las que deberían o no hacerlo, para crear en cada uno de ellos un efecto positivo, con el seguimiento óptimo de cada uno de sus tratamientos, disminuyendo de esta manera complicaciones y elevaciones en el costo, beneficiando así no solo al paciente sino también al sistema de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando el paciente acude a consulta de nutrición, el nutriólogo establece las indicaciones individualizadas para cada paciente y espera que éste las lleve a cabo mecánicamente. Cita tras cita, se realiza el seguimiento mediante la entrevista y/o el apoyo de estudios de laboratorio, resultando que el paciente en muchas ocasiones no mejora, y quizá empeora. Varios estudios han señalado una falta de seguimiento por parte de los pacientes con respecto al tratamiento nutricional, entre ellos un estudio realizado en cuatro hospitales de la Ciudad de México, donde se encontró una frecuencia en el incumplimiento de la dieta del 62% (Ochando, Royuela, Hernández, Lorenzo, & Paniagua, 2008).

Las intervenciones encaminadas a desarrollar el automanejo en el tratamiento nutricional proporcionarían un considerable rendimiento de la inversión mediante la prevención primaria (de factores de riesgo) y la prevención secundaria de los resultados de salud adversos. Por lo tanto, en este proyecto se hará referencia a la falta de automanejo en el tratamiento nutricional del paciente con enfermedad renal crónica, que se encuentra en diálisis peritoneal. Esto debido a que únicamente un 50% de los pacientes que acuden a consulta externa siguen por completo el régimen del tratamiento (Grady & Gough, 2015).

El automanejo deficiente de los tratamientos de largo plazo compromete su efectividad, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida y de la economía de la salud, y aunque existe información e investigaciones que explican el automanejo de los pacientes crónicos, el incumplimiento de los regímenes terapéuticos prescritos es un tema poco comprendido, por lo que es fundamental seguir estudiándolo para someter a prueba si lo que ya se conoce sobre el tema, y que se da como un hecho verdadero, puede no ser tan favorecedor. Así mismo, con la finalidad de reforzar la información de estudios ya realizados y buscar otras soluciones.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la asociación existente entre la falta de conocimientos y el empoderamiento con el automanejo del tratamiento nutricional de los pacientes con enfermedad renal crónica del área de consulta externa de nefrología del Hospital General de Pachuca?

OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación existente entre la falta de conocimientos y el empoderamiento con el automanejo del paciente del área de consulta externa de nefrología del Hospital General de Pachuca, en el tratamiento nutricional de la enfermedad renal crónica mediante la evaluación del conocimiento acerca de su patología y la capacidad que tiene el mismo en la toma de decisiones que ayude a mejorar la aceptación de sus tratamientos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.Describir las características de la muestra mediante el análisis de datos sociodemográficos obtenidos por encuesta aplicada al paciente y su cuidador primario que acuden a consulta externa de nefrología en el Hospital General de Pachuca.
- 2.Evaluar el estado nutricional que presenta el paciente que acude a consulta externa de nefrología en el Hospital General de Pachuca, mediante la valoración de la Evaluación Global Subjetiva.
- 3.Diseñar, escalas válidas, confiables y culturalmente relevantes para conocimientos sobre enfermedad renal, empoderamiento y automanejo en pacientes con enfermedad renal crónica.
- 3.Comprobar los conocimientos que tiene el paciente que acude a consulta externa de nefrología en el Hospital General de Pachuca acerca de la

enfermedad, mediante la aplicación de un cuestionario a los mismos y al cuidador primario que lo acompaña.

- 4. Valorar los conocimientos del paciente que acude a consulta externa de nefrología en el Hospital General de Pachuca, sobre la importancia de la dieta en el tratamiento, mediante la aplicación de un cuestionario a los mismos y al cuidador primario que lo acompaña.
- 5. Validar el automanejo que presenta el paciente que acude a consulta externa de nefrología en el Hospital General de Pachuca hacia el tratamiento dietético en su enfermedad, mediante aplicación de un cuestionario de automanejo a él y a su cuidador primario.
- 6. Determinar el grado de empoderamiento que presenta el paciente que acude a consulta externa de nefrología en el Hospital General de Pachuca, en la toma de decisiones durante su tratamiento, mediante un cuestionario aplicado a él y a su cuidador primario.
- 7. Correlacionar el nivel de conocimientos y el grado de empoderamiento con el automanejo nutricional que presenta el paciente que acude a consulta externa de nefrología en el Hospital General de Pachuca.

HIPÓTESIS

Ha: la falta de educación y empoderamiento son factores que se encuentran asociados al automanejo en el tratamiento nutricional de los pacientes con enfermedad renal crónica que acuden a consulta externa de nefrología en el Hospital General de Pachuca.

Ho: la falta de educación y empoderamiento son factores que no se encuentran asociados al automanejo en el tratamiento nutricional de los pacientes con enfermedad renal crónica que acuden a consulta externa de nefrología en el Hospital General de Pachuca.

MATERIAL Y MÉTODOS

- **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El tipo de estudio es de tipo transversal analítico.

- **ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Para el análisis estadístico de los datos se usó el programa SPSS versión 24, donde las variables categóricas se presentan por medio de prevalencias y las variables cuantitativas mediante medias y desviaciones estándar.

Para el establecimiento de asociaciones entre las variables cuantitativas se utilizó una correlación punto visceral para los reactivos de conocimientos, mientras que para los otros cuestionarios se utilizó la prueba de correlación no paramétrica de Spearman, debido a que según la prueba de Kolmogorov Smirnov los datos no presentan una distribución normal en ninguna de las variables.

- **UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL**

- **Lugar:** el universo de trabajo seleccionado para desarrollar el estudio fue en el Hospital General de Pachuca, en el área de consulta externa de nefrología.
- **Tiempo:** el estudio inició el 8 de mayo del 2017 con el pilotaje de los instrumentos, posteriormente los cuestionarios ya modificados fueron aplicados a la población de estudio del 09 de octubre al 30 de noviembre del 2017.
- **Persona:** los pacientes del Hospital General de Pachuca, del área de nefrología, que acuden a consulta externa sin importar el tipo de terapia sustitutiva que presenten. Se trabajó con 355 pacientes que conforman la población del hospital que se encuentran adscritos a esta área. El objetivo de trabajar con el total de la población de estudio fue reducir el error aleatorio, ya que, a mayor tamaño de la

muestra, existirá mayor precisión y posibilidad de que los resultados encontrados reflejen la realidad.

- **SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

Criterios de inclusión:

- Pacientes de 18 a 90 años (ambos sexos) con diagnóstico médico de enfermedad renal crónica.
- Pacientes que acuden a consulta externa del área de nefrología en el Hospital General de Pachuca.
- Pacientes que aceptaron participar en el proyecto y que firmaron la hoja de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que presenten problemas de memoria.
- Pacientes que no acuden con frecuencia a sus citas.

Criterios de eliminación:

- Pacientes a los que por complicaciones inicien alimentación parenteral o enteral.
- Pacientes que por complicaciones sean hospitalizados.
- Pacientes que no completen el cuestionario.
- Pacientes que decidan ya no participar aún contestado el cuestionario y firmado el consentimiento informado.

- **DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA Y MUESTREO**

Tamaño de la muestra: dado que los datos obtenidos pretenden tener un impacto en el ámbito de la salud pública, se trabajó con el total de la población del hospital que se encuentra en el área de consulta externa de nefrología sin importar el tipo de terapia sustitutiva que presentan, con el objetivo de reducir el error aleatorio, tener mayor precisión y posibilidad de que los resultados encontrados reflejen la realidad.

En el estudio participaron 355 personas que eran pacientes que acudían a consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca, de los cuales 157 son hombres (44%) y 198 mujeres (56%), tal como se observa en el gráfico 1.

Gráfico 1



Fuente: Base de datos de los pacientes que acuden a consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca del periodo septiembre 2017-marzo 2018.

La edad de los pacientes que participaron fue de 18 a 90 años con una media de 49 años ($DE \pm 18$ años), tal como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 3

Tabla de edad de los pacientes que acuden a consulta de Nefrología en el Hospital General de Pachuca

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad	18	90	49.14	18.01

Fuente: Base de datos de los pacientes que acuden a consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca del periodo septiembre 2017-marzo 2018.

VARIABLES Y ESCALAS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
<p><u>DEPENDIENTE</u></p> <p>AUTOMANEJO</p>	<p>Es una condición en la que el paciente toma un rol central en el manejo de su propia salud. El paciente se prepara para manejar día a día su propia condición de salud, tiene las habilidades para reducir el impacto físico y emocional con o sin la colaboración del equipo de salud.</p>	<p>Habilidades desarrolladas por un paciente que presenta una enfermedad crónica, que le permiten afrontar la enfermedad y disminuir el impacto físico y emocional, motivándolo a llevar una vida normal a pesar de la enfermedad, evaluadas mediante el puntaje de la escala del cuestionario de automanejo (Vázquez-Atanacio, Romero-Palencia, Portales-Lezama En prensa).</p>	<p>Cuantitativa Ordinal</p>	<p>Cuestionario de automanejo</p>

INDEPENDIENTE

Características de la enfermedad y del tratamiento:

NIVEL DE CONOCIMIENTO A CERCA DE LA ENFERMEDAD

Conjunto de información adquirida por un paciente a cerca de las características, complicaciones y tratamientos de su enfermedad.

- Conocimientos adquiridos por el paciente a lo largo de su tratamiento, sobre la enfermedad, el tratamiento médico y nutricional, evaluados mediante el puntaje de la escala de conocimientos evaluadas mediante el puntaje de la escala del cuestionario de automanejo (Vázquez-Atanacio, Romero-Palencia, Porta-

Cuantitativa Ordinal

Cuestionario de conocimientos dividido en cuatro bloques:

1. Funciones del sistema renal
2. Enfermedad renal
3. Tratamiento médico y farmacológico
4. Tratamiento nutricional

<p>GRADO DE EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE</p>	<p>Es la capacidad que tiene un paciente para decidir, satisfacer necesidades y resolver problemas con pensamiento crítico y control sobre su vida.</p>	<p><i>Lezama En prensa).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceso mediante el cual los pacientes han ganado control sobre su vida a pesar de la enfermedad, aprendiendo a ver una mayor correspondencia entre sus metas, un sentido de cómo lograrlas y una relación entre sus esfuerzos y resultados, evaluado mediante el puntaje de la escala de empoderamiento evaluadas (<i>Vázquez-Atanacio, Romero-Palencia, Porta-Lezama En prensa).</i> 	<p>Cuantitativa de razón</p> <p>Respuestas de tipo Likert:</p>	<p>Cuestionario de empoderamiento</p>
--	---	---	--	---------------------------------------

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
<p><u>INDEPENDIENTES ASOCIADAS CON EL PACIENTE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> SEXO 	Roles socialmente contruidos, los comportamientos, actividades y atributos que una sociedad dada considera apropiados para los hombres y mujeres.	Percepción que tiene el entrevistado con respecto a la pertenencia de ser hombre o mujer.	Cualitativa Dicotómica (1) Hombre (2) Mujer	Encuesta sociodemográfica
<ul style="list-style-type: none"> EDAD 	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Tiempo en años que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Cuantitativa discreta	Encuesta sociodemográfica
<ul style="list-style-type: none"> ESTADO CONYUGAL 	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos o deberes.	Relación legal que tiene el entrevistado con su pareja.	Cualitativa categórica (1) casado (2) divorciado (3) unión libre (4) viudo	Encuesta sociodemográfica

• LUGAR RESIDENCIA	DE	Ciudad o localidad donde vive una persona.	Lugar (ciudad o localidad) donde vive el paciente.	Cualitativa nominal	Encuesta sociodemográfica
• TIEMPO DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD	DE LA	Tiempo transcurrido desde que a una persona le fue identificada con una enfermedad.	Tiempo en meses/años que ha vivido una persona con la enfermedad.	Cuantitativa discreta	Encuesta sociodemográfica
• TIEMPO CON LA TERAPIA SUSTITUTIVA	LA	Tiempo transcurrido desde que se inició terapia sustitutiva.	Tiempo en meses/años que lleva el paciente en la terapia sustitutiva.	Cuantitativa discreta	Encuesta sociodemográfica

VARIABLES EXTRAÑAS	
Paciente por complicaciones inicie dieta enteral o parenteral	Estas variables pueden afectar a la investigación y a la variable dependiente e independientes, ya que influyen en la forma en que el paciente automaneja su enfermedad, más no están relacionados con el propósito de la investigación, por lo que serán manejadas a través de los niveles de inclusión y exclusión.
Paciente por complicaciones sea hospitalizado	

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

- **Procedimientos de recolección de datos**

Se le otorgó a cada uno de los pacientes un documento de consentimiento informado, en el que se les explicó sobre los propósitos que tiene la realización del proyecto de investigación, y como su participación los beneficiará. Así como también se les garantizó la utilización de todos los datos e información que proporcionen en las encuestas de manera confidencial. El investigador, que en este caso fungió la función de encuestador, se leyó a cada paciente cada uno de los instrumentos con sus respectivas instrucciones, explicando que información pide cada cuestionario y como deberán contestarlo. Con ayuda del médico especialista en nefrología, se revisó el expediente clínico del paciente encuestado, para recolectar los datos bioquímicos que arrojan detalles sobre su estado nutricional, para posteriormente capturar la información, en una base de datos en el programa SPSS V24 para ser analizados estadísticamente.

- **Instrumentos para la recolección de datos**

Para medir las variables antes mencionadas en el apartado titulado “Variables y escalas”, se desarrollaron los siguientes cuestionarios, con los que se obtendrá la información de manera directa, obteniendo la información tanto del paciente como de su cuidador primario, los cuáles se podrán observar en el apartado de anexos:

- Cuestionario de conocimientos: este cuestionario se refiere a los conocimientos que presenta el paciente sobre diferentes apartados de su enfermedad, deberá ser aplicado al paciente por una persona capacitada para realizarlo, no es autoaplicable. Consta de 4 bloques: Bloque 1 funciones del sistema renal (4 preguntas), enfermedad renal (5 preguntas), tratamiento médico (4 preguntas) y tratamiento nutricional (9 preguntas). Cada pregunta cuenta con 4 posibilidades de respuesta entre las cuales hay solo 1 correcta.

Ejemplo de reactivo:

¿Qué alimentos favorecen el aumento del ácido úrico?

- 1) Panes integrales, cereales de caja
- 2) Alimentos procesados, enlatados, embutidos
- 3) Mariscos, caldos (pollo, res, cerdo, pescado), carnes rojas
- 4) No sé

- Cuestionario de empoderamiento: este cuestionario es para evaluar el empoderamiento que posee el paciente para actuar de forma crítica y autónoma entre muchos actores que lo rodean como el personal de salud, su familia, amigos y otros pacientes. Este cuestionario deberá ser aplicado al paciente por una persona capacitada para realizarlo, no es autoaplicable. Antes de iniciar el cuestionario el especialista que lo esté aplicando, deberá explicar al paciente que no existen respuestas correctas o incorrectas, leerá en voz alta cada acción y se pedirá al paciente que elija el círculo que mejor represente que tan capaz se siente de llevar a cabo esa acción. Para responder se desarrolló un esquema de círculos, donde el círculo verde significa que se siente muy capaz de llevar a cabo una acción, mientras que el círculo rojo indica que no se siente capaz de llevarla a cabo. Los círculos amarillos son opciones intermedias. El cuestionario cuenta con 5 reactivos divididos en apartados que evalúan su empoderamiento en cuanto a apoyo a otros pacientes con su misma condición, desarrollo de hábitos saludables en familia y comunidad, así como las acciones que realiza en su vida diaria. Al finalizar el cuestionario, se podrá evaluar que tan empoderado está el paciente para sobrellevar su enfermedad y tratamiento.

Ejemplo de reactivo:

¿Qué tan capaz me siento de?

1.	Ayudar a personas que tienen condiciones similares para encontrar diferentes maneras de hacerle frente a la enfermedad.	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;">Me siento muy capaz</div>  <div style="text-align: right;">No me siento capaz</div> </div>
----	---	---

- Cuestionario de automanejo: este cuestionario se refiere al manejo que presenta el paciente sobre su enfermedad. Es un cuestionario autoaplicable que consta de 19 reactivos, para responder se desarrolló un esquema de círculos, donde el círculo verde significa que se siente muy capaz de llevar a cabo una acción, mientras que el círculo rojo indica que no se siente capaz de llevarla a cabo. Los círculos amarillos son opciones intermedias. Después de leer cada pregunta el paciente elegirá el círculo que mejor represente que tan capaz se siente de llevar a cabo esa acción. Los apartados que se evaluarán en este cuestionario serán: tratamiento nutricional, tratamiento médico y farmacológico y actividad física. Al finalizar el cuestionario se podrá evaluar el automanejo que presenta el paciente en cuanto a su enfermedad.

Ejemplo de reactivo:

¿Qué tan capaz me siento de?

1	Consumir la cantidad de agua sugerida para evitar la retención de líquido	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;">Me siento muy capaz</div>  <div style="text-align: right;">No me siento capaz</div> </div>
---	---	---

LINEAMIENTOS ÉTICOS

El presente estudio será desarrollado de acuerdo con la declaración de Helsinki y al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

CLASIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN. Según el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su artículo número 17 esta investigación se clasifica como investigación sin riesgo, ya que se emplean métodos y técnicas de investigación de tipo documental retrospectivo entre los que se encuentran las encuestas y revisiones del expediente clínico.

Todos los pacientes invitados a participar en el estudio recibirán información sobre los objetivos del mismo y sobre el carácter confidencial de sus datos, tras lo que se les pedirá que firmen un consentimiento informado como el que se muestra en el apartado de anexos, el cual les será entregado por escrito con las especificaciones marcadas en los artículos **20, 21 y 22 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación** (Diario Oficial de la Federación, 1984). Durante la investigación se asignará un folio de identificación a cada uno de los pacientes y mantendrán la confidencialidad de los datos como es mencionado en el artículo **16 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud** (Diario Oficial de la Federación, 1984).

IMPLEMENTACIÓN

- **Recursos y logística**

Recursos humanos: personal que cumpla con las funciones de encuestador que ayuden en la recolección de datos de los pacientes, en este caso el investigador aplicará las encuestas a cada paciente y a su cuidador primario. Se necesitará apoyo para la recepción de los pacientes que serán encuestados del personal de Nefrología que se encuentra en consulta externa en el Hospital General de Pachuca.

Recursos materiales: transporte para acudir al Hospital General de Pachuca, sobres para archivar las encuestas, impresiones de cada encuesta, lapiceros, tablas de apoyo para escribir, los cuáles serán cubiertos por la investigadora con apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

Recursos metodológicos: cuestionarios validados y entrevistas estructuradas que permitan evaluar automanejo, empoderamiento y conocimiento acerca de la enfermedad y el tratamiento nutricional.

Recursos técnicos: equipos de cómputo con software especializado en el manejo de datos estadísticos, tales como SPSS VERSIÓN 24 y EXCEL 2016.

Recursos físicos: instalaciones del Hospital General de Pachuca, en el área de consulta externa de Nefrología.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

En el siguiente apartado se describen los datos obtenidos para las variables sociodemográficas.

Tabla 4

Tiempo desde que le detectaron enfermedad renal al paciente que acude a consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca				
	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO EN MESES	1.00	432	44.99	61.84

Fuente: Base de datos de los pacientes que acuden a consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca del periodo septiembre 2017-marzo 2018.

Tal como se visualiza en la tabla 4, el tiempo desde que le diagnosticaron la enfermedad a estos pacientes del área de Nefrología fue de 1 a 432 meses, con una media de 44.9 meses (DE± 61.8 meses).

Tabla 5

Pacientes que tienen terapia sustitutiva que acuden a consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca		
	Frecuencia	
No tiene	247	69.6
Si tiene	108	30.4
Total	355	100.0

Fuente: Base de datos de los pacientes que acuden a consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca del periodo septiembre 2017-marzo 2018.

De los pacientes con terapia sustitutiva ya sea diálisis peritoneal o hemodiálisis como se observa en la tabla 5, 247 (69.6%) no tienen ningún tipo de terapia mientras que 108 (30.4%) cuenta con algún tipo de terapia sustitutiva.

Tabla 6

Tiempo de evolución con la terapia sustitutiva de los pacientes que acuden a consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca				
	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Tiempo de evolución en meses con la terapia sustitutiva	1	144	22.62	28.09

Fuente: Base de datos de los pacientes que acuden a consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca del periodo septiembre 2017-marzo 2018.

En la tabla 6 se muestra que la media de tiempo con la terapia sustitutiva ya sea diálisis peritoneal o hemodiálisis es de 22.62 meses (DE± 28.09 meses), un máximo de tiempo de 144 meses y un mínimo de 1 mes, en los pacientes que acuden a la consulta externa de Nefrología.

Tabla 7

Tipo de terapia sustitutiva que tiene actualmente el paciente con enfermedad renal que acude a consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca

	Frecuencia	Porcentaje
Diálisis peritoneal	47	43.5
Hemodiálisis	60	55.6
Trasplante	1	0.9
Total	108	100

Fuente: Base de datos de los pacientes que acuden a consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca del periodo septiembre 2017-marzo 2018.

El tipo de terapia sustitutiva que es más utilizado por lo pacientes del área de Nefrología del Hospital General de Pachuca que cuentan con esta terapia, es hemodiálisis con un 55.6% a diferencia de diálisis peritoneal con un 43.5%, mientras que de todos los pacientes encuestados únicamente 1 de ellos se ha sometido a un trasplante renal.

Gráfico 2



Fuente: Base de datos de los pacientes que acuden a consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca del periodo septiembre 2017-marzo 2018.

En el gráfico 2 se observa que al preguntar a los pacientes si existía alguna enfermedad crónica diagnosticada previamente a la enfermedad renal, el 60.2% mencionó que sí, mientras que el 39.8% contestó negativamente.

Gráfico 3



Fuente: Base de datos de los pacientes que acuden a consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca del periodo septiembre 2017-marzo 2018.

Al preguntar a los pacientes encuestados que enfermedad crónica tenían diagnosticada previo al diagnóstico de enfermedad renal, la enfermedad más prevalente con el 37% fue diabetes combinada con hipertensión arterial, mientras que el 35% tenía diagnóstico de diabetes, un 16% de hipertensión arterial, 7% de preeclampsia y 5% alguna enfermedad cardiovascular.

Validación de instrumentos de empoderamiento

Se aplicó un análisis factorial exploratorio de componentes principales, para determinar la validez de constructo de la escala. La prueba de Kaiser Meyer Olkin reveló que la matriz era factorizable ($KMO = .611$; $p \leq .001$). Los reactivos obtuvieron comunalidades por arriba del .30 lo que indicó que miden un mismo constructo. Se eligieron 2 factores con un valor propio mayor de 1, los cuales explicaban el 79.72 % de la varianza, con un alfa de Cronbach de 0.725.

Se llevó a cabo una rotación Varimax y se optó por aquellos reactivos que tenían un peso factorial mayor o igual a .30 para conformar el instrumento final. La versión consta de 5 reactivos (ver Tabla 8).

Tabla 8

Estructura factorial del Cuestionario de Empoderamiento

Ítem	1	2
Controlar mi enfermedad y minimizar el impacto de los síntomas en mi vida diaria.	.781	-.596
Vivir una vida activa y normal con mi condición.	.762	-.615
Ayudar a personas que tienen condiciones similares para encontrar diferentes maneras de hacerle frente a la enfermedad.	.464	.132
Enseñar estilos de vida saludables a mi familia para evitar que desarrollen enfermedades.	.538	.790
Fomentar acciones de autocuidado y preventivas para evitar que otras personas desarrollen una enfermedad renal.	.598	.749
% de Varianza Explicada	40.10	79.72

1. Empoderamiento interno, 2. Empoderamiento externo

Fuente: Base de datos de los pacientes que acuden a consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca del periodo septiembre 2017-marzo 2018.

Validación de instrumentos de automanejo

- Automanejo de la ERC

Se aplicó un análisis factorial exploratorio de componentes principales, para determinar la validez de constructo de la escala. La prueba de Kaiser Meyer Olkin reveló que la matriz era factorizable ($KMO = .706$; $p \leq .001$). Los reactivos obtuvieron comunalidades por arriba del .30 lo que indicó que miden un mismo constructo. Se eligieron 6 factores con un valor propio mayor de 1, los cuales explicaban el 60.09% de la varianza, con un alfa de Cronbach de 0.629.

Se llevó a cabo una rotación Varimax y se optó por aquellos reactivos que tenían un peso factorial mayor o igual a .30 para conformar el instrumento final. La versión consta de 18 reactivos (ver Tabla 9).

Tabla 9

Estructura factorial del Cuestionario de Automanejo

Ítem	1	2	3	4	5	6
Rechazar alimentos que están restringidos en la dieta y que me son ofrecidos por familiares o amigos	.656	-.226	-.105	-.296	.016	-.156
Seguir la dieta recomendada incluso cuando mis familiares o amigos consumen otros alimentos frente a mi	.646	-.253	-.046	-.033	.025	-.380
Evitar los alimentos que están restringidos en mi dieta	.622	-.348	-.200	-.120	-.014	-.032
Seguir la dieta cuando asisto a fiestas o eventos donde hay otros tipos de comida ajenos a mi dieta	.547	-.349	-.241	-.173	.180	.166
Seguir la dieta, cuando se me antojan otros alimentos que están restringidos en mi tratamiento	.529	-.375	-.013	-.231	.110	-.105
Hacer ejercicio estando solo	.333	.672	-.350	-.028	-.134	-.062
Buscar tiempo para hacer ejercicio aunque esté muy ocupado	.310	.625	-.459	-.032	.006	-.030

Ítem	1	2	3	4	5	6
Hacer ejercicio cuando me siento cansado	.357	.591	-.363	-.039	.180	.001
Asistir a mis consultas yo solo	.162	.485	.414	-.051	.002	-.293
Hacerme responsable del seguimiento adecuado de todas las recomendaciones médicas y nutricionales	.515	.122	.563	-.157	.137	.132
Asistir a mis consultas por mi voluntad	.437	.123	.478	.041	-.241	-.169
Compartir con el nutriólogo mis preocupaciones y comentarios	.409	.036	.115	.689	.027	-.128
Participar con mi nutriólogo en la toma de decisiones sobre el tratamiento y el tipo de dieta a seguir	.324	-.081	.094	.649	.287	.014
Consumir la cantidad de agua sugerida para evitar la retención de líquido	.332	-.032	-.050	.456	.158	.253
Asistir al médico en caso de sentirme mal	.353	.018	.081	.122	-.757	-.058
Preparar yo mismo los alimentos basados en las recomendaciones de la dieta	.148	.391	.405	-.258	.425	.023
Tomar mis fármacos diariamente y seguir las recomendaciones nutricionales por mi cuenta	.359	.143	.392	-.152	-.171	.610
Seguir mi dieta aun cuando como fuera de casa	.385	.001	-.275	.046	-.137	.460
% de Varianza Explicada	15.01	11.84	10.47	9.18	6.96	6.60

Fuente: Base de datos de los pacientes que acuden a consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca del periodo septiembre 2017-marzo 2018.

PILOTAJE DE INSTRUMENTOS

Los cuestionarios fueron elaborados para evaluar a población mexicana que presenta enfermedad renal crónica con terapia sustitutiva, nunca se han puesto a prueba con esta población, por lo que fue necesario realizar un pilotaje, antes de aplicarlo a la población de estudio.

El pilotaje de los cuestionarios fue realizado el lunes 8 de mayo del 2017, con pacientes del Centro Integral de Nefrología, ubicado en Carretera Huapalcalco, Col. Caltengo, Tulancingo de Bravo, Hidalgo. Se evaluaron 18 pacientes, donde se preguntó si comprendían las preguntas, si las opciones de respuesta eran claras y como se podían mejorar. Los pacientes tenían las siguientes características:

- Pacientes de 20 a 50 años (ambos sexos) que se encontraban en terapia de diálisis adscritos al Centro Integral de Nefrología, que aceptaron participar en el pilotaje y que firmaron la hoja de consentimiento informado, excluyendo a los pacientes que tenían problemas de memoria.

Los resultados que se obtuvieron del pilotaje de los cuestionarios fueron los siguientes:

- El tiempo que se utilizó para aplicar los cuestionarios a cada encuestado fue de 20 a 30 minutos, dependiendo del tiempo que se tomaban para contestar.
- El acceso a los pacientes fue difícil, ya que entran inmediatamente a la terapia conforme van llegando, tardan 2 horas adentro y posteriormente, se encuentran débiles para responder; por lo que fue más fácil encuestar a los cuidadores primarios que se encontraban afuera esperando.
- Las instrucciones de los cuestionarios fueron comprendidas por completo.
- Los encuestados comprendieron el objetivo de las encuestas.
- Manifestaron que la redacción era clara.

- Las opciones de respuesta se relacionaron con las experiencias de los encuestados.
- Algunas de las preguntas del cuestionario de conocimientos, específicamente las del bloque I titulado Funciones del Sistema Renal y del bloque II Enfermedad renal, los hizo pensar demasiado, alargando el tiempo de respuesta.
- El cuestionario de conocimientos se les hizo muy extenso y cansado.
- Los participantes mencionaron que los cuestionarios abarcan todos los temas importantes de la enfermedad.

Análisis estadístico

Se realizó una base de datos con el contenido de las encuestas en el programa Excel 2016, el cual nos arrojó los siguientes resultados:

- El porcentaje de rechazos fue de 6%
- La tasa de respuesta fue de 2.1
- Se calculó α de Cronbach para cada uno de los cuestionarios de automanejo y empoderamiento, teniendo como resultado **0.629** y **0.725** respectivamente, lo cual habla de un buen grado de fiabilidad y consistencia interna de cada instrumento.
- Se obtuvo una mediana de 4, de los encuestados que respondieron **NO SÉ** en el cuestionario de conocimientos.

Conclusiones pilotaje

Con los datos obtenidos, se concluyó que era necesario modificar el cuestionario de conocimientos para que no fuera tan extenso, así como elaborar una ficha sociodemográfica que nos permitiera obtener los datos personales de los pacientes, que hiciera más sencilla su identificación.

RESULTADOS DESCRIPTIVOS DE LA MUESTRA

En este apartado se describen las medias obtenidas para cada una de las variables de los cuestionarios de conocimiento, automanejo y empoderamiento.

En el caso de la variable conocimiento, el análisis se realizó por reactivo, dado que cada uno de ellos evaluaba un área del conocimiento diferente.

Tabla 10

Datos descriptivos del cuestionario de conocimientos por reactivo				
	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Riñones en el cuerpo	1	4	2.02	0.23
Función de los riñones en el cuerpo	1	4	1.57	1.09
Eritropoyetina	1	4	3.11	1.36
Tratamiento con eritropoyetina	1	4	1.50	0.52
Causas por las que deja de funcionar el riñón	1	4	2.98	0.50
Creatinina	1	4	3.48	1.07
Proteinuria	1	4	3.43	0.99
Tratamientos de reemplazo renal	1	4	2.39	0.73
Beneficios del tratamiento sustitutivo	1	4	2.33	0.57
Importancia de las proteínas	1	4	1.89	1.11
Alimentos con proteínas	1	4	1.85	0.92
Alimentación alta en grasas	1	23	1.59	1.42
Mineral importante para la anemia	1	4	2.56	1.07
Causas de la Hipertensión arterial	1	4	2.36	0.61
Consumo elevado de potasio	1	4	2.03	1.10
Alimentos ricos en sodio	1	4	1.48	0.89
Alimentos que aumentan el ácido úrico	1	4	2.84	0.72
Alimentos que aumentan la glucosa en sangre	1	4	1.99	0.45

Fuente: Base de datos de los pacientes que acuden a consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca del periodo septiembre 2017-marzo 2018.

Como se observa, para el cuestionario de conocimientos en sus diferentes apartados, las medias más bajas en las respuestas correctas se encuentran en el bloque de conocimientos sobre el tratamiento nutricional y generalidades de la enfermedad renal, específicamente en el reactivo de alimentos ricos en sodio con una media de 1.48 (DE± .89) y conocimiento sobre las funciones del riñón con una media de respuesta correcta de 1.57 (DE± 1.09).

Tabla 11

Datos descriptivos de los cuestionarios de empoderamiento y automanejo				
	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Empoderamiento	5	20	11.45	4.29
Automanejo	18	72	40.96	10.36

Fuente: Base de datos de los pacientes que acuden a consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca del periodo septiembre 2017-marzo 2018.

Como se detalla en la tabla anterior, la media de empoderamiento adecuado en los pacientes encuestados fue de 11.45 (DE±4.29) mientras que, para la variable de automanejo, se obtuvo una media de 40.96 (DE± 10.36).

CORRELACIÓN DE VARIABLES

Para conocer si las variables evaluadas tenían una distribución normal se empleó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, obteniendo que ninguna de las tres variables obtuvo un comportamiento normal en la muestra.

Tabla 12

Prueba de normalidad			
<i>Kolmogorov-Smirnov</i>			
	Estadístico	gl	Sig.
Empoderamiento	0.15	355	0
Automanejo	0.09	355	0
Estado nutricional del paciente	0.34	355	0

Fuente: Base de datos de los pacientes que acuden a consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca del periodo septiembre 2017-marzo 2018.

Al no tener una distribución normal en los datos obtenidos, se empleó para el análisis de los datos pruebas no paramétricas.

Para conocer la relación entre variables, se utilizó la prueba no paramétrica Rho de Spearman.

Tabla 13

Correlaciones no paramétricas entre estado nutricional y el empoderamiento con el automanejo hacia el tratamiento nutricional del paciente que acude a consulta de Nefrología en el Hospital General de Pachuca

		<i>Automanejo</i>	
Rho de Spearman	Estado nutricional del paciente	<i>Coefficiente de correlación</i>	0.08
		<i>Sig. (bilateral)</i>	0.11
	Empoderamiento	<i>Coefficiente de correlación</i>	.403**
		<i>Sig. (bilateral)</i>	0

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Base de datos de los pacientes que acuden a consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca del periodo septiembre 2017-marzo 2018.

Como se observa en la tabla, el estado nutricional y el automanejo no se relacionan significativamente mientras que el automanejo sostiene una correlación significativa en el nivel 0.01 (bilateral) con el empoderamiento, con un coeficiente de correlación de .403 (Sig. Bilateral .000), directamente proporcional, con una fuerza de relación media entre variables.

Se utilizó una correlación punto biserial para analizar las relaciones entre las variables de conocimiento y automanejo.

Tabla 14

Correlaciones entre las variables estudiadas en el cuestionario de conocimientos y el automanejo del tratamiento nutricional	
Reactivos de conocimientos	Automanejo
Número de riñones en el cuerpo	-0.02
Función principal de los riñones	0.03
Funciones de la eritropoyetina	-.14**
Causas por las que dejan de funcionar los riñones	-0.04
Creatinina	0.01
Proteinuria	-0.04
Tipos de tratamiento de remplazo renal	-0.05
Beneficios de la terapia sustitutiva	0.03
Importancia de las proteínas en la dieta	-0.03
Alimentos que contienen proteínas	0.02
Alimentación alta en grasas	0.03
Mineral de importancia en el tratamiento de anemia	-0.05
Causas de la hipertensión arterial	0.08
Consumo elevado de potasio	0.02
Alimentos ricos en sodio	0.07
Alimentos que aumentan el ácido úrico	-0.05
Alimentos que aumentan la glucosa en sangre	-.11*
** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).	
* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).	

Fuente: Base de datos de los pacientes que acuden a consulta externa de Nefrología en el Hospital General de Pachuca del periodo septiembre 2017-marzo 2018

Como se observa en la tabla 14, al correlacionar las variables estudiadas en el cuestionario de conocimientos con el automanejo del tratamiento nutricional, existe una correlación significativa únicamente en dos preguntas, la primera en el bloque de conocimientos, la pregunta sobre las funciones de la eritropoyetina con una correlación inversamente proporcional de $-.14$ (Sig. Bilateral 0.005) con fuerza baja y en el bloque de conocimientos sobre el tratamiento nutricional, en la pregunta de alimentos que aumentan la glucosa en sangre con un valor de correlación inversamente proporcional de $-.11$ de fuerza baja (Sig. Bilateral 0.25).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue determinar la asociación existente entre la falta de conocimientos y el empoderamiento con el automanejo del paciente en el tratamiento nutricional de la enfermedad renal crónica, mediante la evaluación del conocimiento del paciente acerca de su patología y la capacidad que tiene el mismo en la toma de decisiones que ayude a mejorar la aceptación de sus tratamientos, el cual fue cumplido durante el estudio.

Teniendo como hipótesis alterna que la falta de educación y empoderamiento son factores que se encuentran asociados al automanejo en el tratamiento nutricional de los pacientes con enfermedad renal crónica, los resultados obtenidos permiten apoyar parcialmente esta hipótesis como se describirá a continuación en este apartado.

En México la insuficiencia renal crónica es considerada un problema de salud pública debido al incremento en el número de casos, los que se estiman aproximadamente en 4,000 nuevos casos por año (Rojas-Villegas, Ruíz-Martínez, & González-Sotomayor, 2017). Algunos estudios epidemiológicos muestran datos que afirman que esta enfermedad es más frecuente en las mujeres que en los hombres, tal como lo muestra un estudio publicado en la revista *Nature Reviews Nephrology* (Glassock, Warnock, & Delanaye, 2018), en el que se estudió una población de 778 mujeres con insuficiencia renal crónica y una cohorte grande con 1514 mujeres embarazadas, donde se analizó la manifestación de cambios hormonales importantes que llevan a la alteración en distintos mecanismos regulatorios como la regulación de la presión arterial, que puede llevar a el desarrollo de enfermedad renal crónica después de un embarazo.

Es importante mencionar que un 56% de la población encuestada en el presente trabajo, son mujeres tal como se observa en la figura 1, porcentaje que puede relacionarse con altas prevalencias de obesidad y preeclampsia presentadas durante el embarazo, derivadas de embarazos que no son planeados y sin mantener cuidados nutricionales previos lo que llevaría al desarrollo de una

enfermedad renal posteriormente, lo cual concuerda con investigaciones desarrolladas actualmente, tales como las anteriormente mencionadas (Glassock et al., 2018; Orozco-Méndez, Higinio Hernández-Pacheco, Estrada-Altamirano, Hernández-Muñoz, Carvajal-Valencia, & Coronado-Mestre, 2011; Navarro & Ardiles, 2015; Gerardo Rojas, De Jesús Cantillo, & Cantillo, 2015; Ibarra-Hernández, Jiménez-Alvarado, Albarrán-López, & Botello-Ramírez, 2015).

Existen múltiples factores de riesgo que son importantes para el desarrollo de la insuficiencia renal crónica, tanto en hombres como en mujeres, entre los cuales se encuentran la carga genética por antecedentes familiares de insuficiencia renal crónica y principalmente el padecimiento de alguna otra enfermedad crónica degenerativa como lo es obesidad, diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardíacas, lo que lleva a presentar mayor riesgo del desarrollo de la enfermedad que quienes no presenten estos factores de riesgo (Vela et al., 2014; Vergottini et al., 2013; D'achiardi, Vargas, Echeverri, Moreno, & Quiroz, 2011).

Por esto, es fundamental destacar que el mayor porcentaje de los pacientes diagnosticados con enfermedad renal en esta investigación son personas que tienen como precedente una enfermedad crónica mal manejada. Por lo tanto, como un objetivo específico, se analizó que enfermedades previas tenían diagnosticadas estos pacientes, los resultados que se obtuvieron causan interrogantes interesantes, como se observa en el gráfico 3, ya que el 60.2% de los pacientes encuestados contestó que no tenía ninguna enfermedad crónica antes del diagnóstico de enfermedad renal, mientras que del 29.8% que sí reportó un padecimiento previo, la enfermedad crónica más persistente fue la diabetes combinada con hipertensión arterial (37%), seguida de diabetes (35%), lo que permite inferir que los pacientes que respondieron negativamente al diagnóstico previo de una enfermedad, no tuvieron un diagnóstico médico oportuno, que permitiera dar un tratamiento efectivo y evitar complicaciones que lo llevarán al desarrollo de la enfermedad renal (Gorritz Teruel, Navarro-González, Mora-Fernández, & Martínez-Castelao, 2016; Santamaría-Olmo & Gorostidi-Pérez,

2013; Molina P, 2010; Acosta-Leyva, Ruiz-Ríos, Preza-Martinez, & Calderón-Garcidueñas, 2012).

Como otro de los objetivos específicos se desarrollaron las correlaciones entre las variables estudiadas, teniendo como hipótesis que en esta muestra, el automanejo se encuentra asociado al nivel de conocimientos que tiene el paciente así como al empoderamiento, encontrando en las correlaciones no paramétricas entre el estado nutricional y el empoderamiento con el automanejo hacia el tratamiento nutricional del paciente, como se visualiza en la tabla 13, que el estado nutricional no tiene correlación con el automanejo del tratamiento nutricional sin embargo, el empoderamiento si tiene una correlación significativa y directamente proporcional con el automanejo del tratamiento nutricional ($Rho=.403, p=0$), lo que quiere decir que en la muestra estudiada a mayor automanejo existirá más empoderamiento y viceversa, pero si el paciente no cuenta con un tratamiento de terapia sustitutiva no se lograrán los objetivos metabólicos planeados y el paciente tendrá complicaciones como hiperemésis debido al síndrome urémico, fotor urémico, generación y absorción de sub productos nocivos y tóxicos que contribuyen a inflamación sistémica, toxicidad urémica y otras morbilidades (Santacoloma Osorio & Germán Camilo, 2017; Goicoechea, 2015).

Como se puede observar en los resultados antes mencionados, sin importar cual sea la causa del desarrollo de una enfermedad renal, el ser diagnosticado con ésta para cualquier paciente implica un impacto que conlleva un proceso de duelo ante la pérdida de la salud física y el reajuste en las diferentes esferas de su vida, llevándolo a enfrentar múltiples cambios en su condición física, psicológica, afectiva, relaciones familiares, laborales y en su entorno, que afectan por completo su calidad de vida, principalmente al hablar el tema de alimentación por las modificaciones en el consumo calórico-hídrico-proteico, que por un mal manejo llegan a ocasionar un incremento en la malnutrición, elevando así la morbimortalidad en estos individuos (Ramírez-Perdomo & Solano-Ruiz, 2018).

Por lo que es importante trabajar la aceptación de la enfermedad y del tratamiento, sin embargo, esto conlleva múltiples estrategias que apoyen al desarrollo de habilidades de automanejo en el paciente que permitan llevar un comportamiento que coincida con las recomendaciones relacionadas con la salud (Rojas-Villegas et al., 2017).

Entre estas estrategias se encuentra el *empoderamiento*, el cual se ha utilizado principalmente en enfermedades crónicas como la diabetes, como se hizo en un estudio aleatorizado realizado en Irán en el que se analizaron 103 pacientes con diabetes divididos en dos grupos, uno que recibió tratamiento tradicional y otro con enfoque de empoderamiento, se observó que este último grupo recibió herramientas que le apoyaron en la búsqueda de soluciones de problemas e intervenciones dirigidas a aumentar la percepción del cuidado para evitar complicaciones, obteniendo también modificaciones en los niveles de Hemoglobina glucosilada (HbA1c), concluyendo que el empoderamiento fue una estrategia funcional para la promoción de la salud y el automanejo de su enfermedad, ajustando sus necesidades y mejorando su calidad de vida (Ebrahimia, Sadeghib, Amanpourc, & Vahedid, 2016).

De esta forma trasciende la importancia de trabajar con el paciente en el desarrollo de habilidades que intensifiquen su empoderamiento, apoyando al paciente a lograr la aceptación de una terapia sustitutiva, ya que esto lo llevará a desarrollar un buen automanejo de su tratamiento con o sin apoyo del equipo de salud y sin importar el grado de conocimientos que el paciente tenga sobre la enfermedad o sus tratamientos (Ebrahimia et al., 2016; Toro, 2014; Giménez Maroto, 2012).

Aunado al empoderamiento, existe otro factor importante que puede desencadenar un buen automanejo del tratamiento en estos pacientes, esto es el nivel de conocimientos que se tiene sobre la enfermedad y sus tratamientos. En un estudio descriptivo exploratorio desarrollado en Estados Unidos, analizaron las

barreras y elementos facilitadores que los pacientes identificaron para desarrollar un adecuado automanejo de la diabetes mellitus tipo 2, en referencia a las barreras se describió como causa principal la falta de entendimiento del plan dietético, así como la inespecificidad de sesiones educativas de grupo, por lo que se llegó a la conclusión de que la asistencia a grupos educativos efectivos que incluyeran una demostración práctica es uno de los factores facilitadores para llevar a cabo un adecuado automanejo (Handley, Pullon, & Gifford, 2010).

Sin embargo, como se puede observar para este proyecto de investigación, en la Tabla 14 al realizar la correlación de las variables estudiadas, en el cuestionario de conocimientos y el automanejo del tratamiento nutricional, se identifica que únicamente tuvieron una correlación significativa las preguntas número 4 que habla sobre el conocimiento de las funciones de la eritropoyetina y la pregunta número 9 que pregunta sobre el conocimiento que tiene el paciente de los alimentos que aumentan la glucosa en sangre. Por lo tanto, se concluye que el conocimiento que tenga el paciente sobre la enfermedad renal y el tratamiento nutricional no es un factor determinante del automanejo del tratamiento nutricional en esta muestra y que, al presentarse una relación inversamente proporcional, los conocimientos que llegan a tener estos pacientes probablemente pueden llevarlos a confiarse y no llevar a cabo otras indicaciones como el tratamiento nutricional, teniendo complicaciones posteriormente (Rivas Sierra, 2014; Leal-Escobar, Osuna-Padilla, & Moguel-González, 2016).

Con base en los resultados obtenidos se concluye que el apoyo al automanejo en los pacientes diagnosticados con enfermedad renal, es la provisión sistemática de intervenciones que brinden apoyo por parte del personal de salud para aumentar las habilidades y la confianza de los pacientes en el manejo de sus problemas de salud, que lo guíen en el establecimiento de metas, y apoyo para resolver problemas; pero teniendo en cuenta que al apoyar el automanejo no significa solo que el personal de salud eduque, oriente, empodere o aconseje, se necesita mucho más, se requiere un cambio en la propia mentalidad del paciente que lo incentive a tomar las decisiones correctas cuando el equipo de salud no está a su

lado, previniendo complicaciones y disminuyendo la morbimortalidad por éstas, llevando al paciente de un estado pasivo y poco participativo a uno de paciente activo y comprometido con su enfermedad.

Este estudio tiene una gran trascendencia para la salud pública debido a que como se ha mencionado anteriormente la enfermedad renal crónica es una patología que está incrementando su prevalencia en la población mexicana, sabiendo que los pacientes presentan esta enfermedad debido a complicaciones por enfermedades crónicas que pueden ser completamente tratables.

Por lo que al tener resultados como los obtenidos para esta muestra, en la que podemos identificar que el automanejo de un tratamiento nutricional no está relacionado con los conocimientos que tiene un paciente sobre su enfermedad o los tratamientos de ésta y que hablamos entonces del peso que tiene empoderar a un paciente para cambiar su actitud y hacerle frente a la enfermedad de manera que fortalezca su compromiso y habilidades hacia su autocuidado.

Con estos resultados, en esta población que se comporta de manera diferente a lo reportado por la literatura en otros estudios, nos manifiesta lo que podría estar ocurriendo en nuestra población, conociendo el contexto en el que vivimos en México, siendo un país en vías de desarrollo, en el que pacientes que tienen esta enfermedad sufren complicaciones por la diminuta posibilidad de adquirir una terapia sustitutiva que permita tener un control metabólico adecuado. Es por ello que lo obtenido le da herramientas a los nutriólogos, médicos y especialistas de esta área y de los que trabajan con enfermedades crónicas, para evitar que se desarrolle enfermedad renal y complicaciones, intensificando esfuerzos que vayan dirigidos al crecimiento de estas habilidades que permitan que los pacientes tomen el control completo del manejo de su enfermedad y sus tratamientos, apoyando a la disminución de las complicaciones de los pacientes que ya cursan con una enfermedad crónica como diabetes, hipertensión o enfermedades cardiovasculares.

Es importante mostrar también que para el análisis de las variables de interés se desarrollaron instrumentos que permiten medir automanejo y empoderamiento del tratamiento nutricional en el paciente que cursa con una enfermedad renal, instrumentos validados con excelente confiabilidad que permiten heredar a través de este estudio, una herramienta fácil de utilizar para otros profesionales que se encuentren desarrollando temas de investigación en este tipo de población, destacando que este tipo de instrumentos no se habían generado anteriormente en México para esta población. Sin embargo, es importante resaltar que los instrumentos aplicados por si solos al paciente no permitirán identificar el automanejo y el empoderamiento, es recomendable hacerlo con apoyo de los cuidadores primarios ya que al cuestionar únicamente al paciente, éste intentará ocultar las acciones que realmente desarrolla y podrá responder lo que el investigador quisiera escuchar, fenómeno conocido como deseabilidad social (Gutiérrez, Sanz, Espinosa, Gesteira, & García-Vera, 2016), lo que hace que los resultados obtenidos sean subjetivos; mientras que al cuestionarlo junto con el cuidador primario, se tendrá un mayor control de lo que contesta el paciente como una mentira y los resultados serán más cercanos a la realidad.

ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

La trascendencia de esta investigación radica en permitir concientizar a los profesionales de salud que se desarrollan con pacientes que sufren enfermedades crónicas, sobre la importancia que tiene diseñar estrategias que permitan empoderar a sus pacientes, permitiendo que de esta forma automanejen sus tratamientos y elijan las alternativas correctas para evitar complicaciones, específicamente para los especialistas de la enfermedad renal es importante también que intensifiquen esfuerzos para que los pacientes que necesitan de una terapia sustitutiva comprendan el por qué deberían hacerlo y que entiendan que si no la llevan a cabo, el tratamiento farmacológico y nutricional no funcionará por si solo y la enfermedad seguirá desarrollándose hasta grados más avanzados que tendrán mayor repercusión en el desempeño de sus actividades y de su calidad de vida.

Los resultados obtenidos en esta muestra no solo benefician a los profesionales de la salud sino también a los pacientes, ya que es importante destacar que la deficiencia en conocimientos que tenga el paciente sobre su enfermedad o tratamientos, no debe ser un factor que determine como maneja su enfermedad, mientras que exista algo que lo motive a hacerlo, independientemente de si es un incentivo familiar, social, económico o de bienestar propio, esto apoyará al paciente de manera creciente a tener control sobre todos los riesgos que pueden evitar llevar un manejo adecuado de la enfermedad.

Con todo lo mencionado anteriormente, el sistema de salud puede apostar por programas y estrategias que vayan dirigidos a grupos con este tipo de enfermedades, en los cuales se fortifique el empoderamiento y el enlace de pacientes que ya están empoderados con otros pacientes que acaban de ser diagnosticados, permitiendo crear lazos entre personas que viven a diario la misma enfermedad y el reto constante de vivir una vida normal llena de altas y bajas por complicaciones y efectos secundarios de sus tratamientos, mostrándoles cómo pueden solucionar los problemas que se les presenten y cuáles serán las mejores soluciones a tomar, llevando al paciente a un manejo total del

padecimiento sin sentirse obligados e incomprendidos por el personal de salud que impone un tratamiento.

Como todo trabajo de investigación tiene sus limitaciones, entre las cuales se encuentran el acceso difícil a los pacientes debido a que presentan enfermedades crónicas que pueden tener como complicaciones debilidad e irritabilidad lo que no permite cuestionarlo directamente; así también el desinterés por parte del cuidador primario que acompaña al paciente, el cual no permite hacer el interrogatorio debido a que piensa que es una pérdida de tiempo debido al desgaste físico y avance que tiene su familiar en su enfermedad; el acceso al expediente clínico del paciente también fue difícil debido a que las consultas en el área de nefrología son rápidas y no permiten cuestionar tranquilamente al paciente y mucho menos revisar posteriormente sus estudios de laboratorio, lo que evita tener un control de los estudios previos y los actuales, por lo que el control de los pacientes que acuden a consulta no puede ser totalmente efectivos debido a que los pacientes no son constantes en sus asistencias a los controles médicos.

Con base en las limitaciones descritas, recomiendo a los investigadores que quieran seguir trabajando sobre esta línea de investigación que incluyan en el estudio a pacientes que cursaron con terapia sustitutiva y que fueron trasplantados, para identificar como automanejan su tratamiento y específicamente el tratamiento nutricional, lo que permitiría evaluar si existen cambios en los pacientes que pasan de una terapia sustitutiva a ya no necesitarla. Así también considero necesario utilizar algunos biomarcadores específicos de insuficiencia renal crónica que permitan buscar alternativas para establecer un diagnóstico de forma oportuna impidiendo un impacto negativo en la búsqueda de intervenciones dirigidas a mejorar el pronóstico de esta enfermedad.

ANEXOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Educación y empoderamiento como factores asociados al automanejo en el tratamiento nutricional de pacientes con enfermedad renal crónica

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Yo: (Nombre y apellidos) _____,
manifiesto que he sido informado del presente estudio y que:

- ✓ He podido hacer preguntas sobre el estudio
- ✓ He recibido suficiente información sobre el estudio
- ✓ Comprendo que mi participación es voluntaria
- ✓ Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando desee, sin ninguna repercusión a nivel personal y sanitario
- ✓ Al participar mis datos estarán protegidos
- ✓ Recibiré una copia firmada de este documento

Considerando lo descrito anteriormente, otorgo libremente mi consentimiento para participar en el estudio y que mis datos puedan utilizarse con fines de investigación.

PARTICIPANTE

INVESTIGADOR

Fecha: ___ / ___ / _____

Fecha: ___ / ___ / _____

Contacto: María José Vázquez Atanacio (correo: nutri.mjva@gmail.com, teléfono: 7751669114)



CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

INSTRUCCIONES: el cuestionario desarrollado a continuación se refiere a las características sociodemográficas y de la enfermedad del paciente. Este cuestionario deberá ser aplicado al paciente por una persona capacitada para realizarlo, no es autoaplicable. Antes de iniciar el cuestionario explique al paciente que no existen respuestas correctas o incorrectas, únicamente que conteste con honestidad lo que se le pregunta. Lea en voz alta cada pregunta y escriba la respuesta que sea indicada por el paciente, únicamente puede elegir una respuesta.

Nombre del paciente: _____ Folio: _____

Edad: _____ Sexo: H () M () Lugar de residencia: _____

Estado conyugal: soltero () casado () divorciado () unión libre () viudo ()

1. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que le diagnosticaron enfermedad renal crónica?

2. ¿Antes de ser diagnosticado con enfermedad renal, tenía alguna otra enfermedad crónica?

NO () SI () ¿Cuál? _____

3. ¿Cuánto tiempo lleva con la terapia de diálisis peritoneal?

4. ¿Antes de diálisis peritoneal, tuvo algún otro tipo de tratamiento sustitutivo?

NO () SI () ¿Cuál? _____



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

INSTRUCCIONES: el cuestionario desarrollado a continuación se refiere a los conocimientos que presenta el paciente sobre diferentes apartados de su enfermedad. Este cuestionario deberá ser aplicado al paciente por una persona capacitada para realizarlo, no es autoaplicable. Antes de iniciar el cuestionario explique al paciente que no existen respuestas correctas o incorrectas, únicamente que conteste con honestidad lo que se le pregunta, méncionele también que es mejor contestar no sé, que elegir cualquier respuesta al azar. Lea en voz alta cada pregunta y encierre el número de la respuesta que sea indicada por el paciente, únicamente puede elegir una respuesta.

• **BLOQUE I. FUNCIONES DEL SISTEMA RENAL**

1. ¿Cuántos riñones tenemos normalmente en el cuerpo?

- 1) 3
- 2) 2
- 3) 1
- 4) No sé

2. ¿Conoce cuál es la función de los glomérulos del riñón?

- 1) Actúan como un colador permitiendo que pasen los desechos y agua en exceso
- 2) Almacenan la orina hasta que se libere al orinar
- 3) Permitir que fluya la orina para desecharla
- 4) No sé

3. ¿Cuál es la función principal de los riñones en nuestro cuerpo?

- 1) Eliminar sustancias tóxicas para mantener la sangre limpia
- 2) Digerir y almacenar los nutrientes que vienen de los alimentos
- 3) Metabolizar medicamentos para que el cuerpo los use sin que sean tóxicos
- 4) No sabe

4. ¿Sabe qué es la eritropoyetina?

- 1) Una hormona que estimula la formación de glóbulos rojos
- 2) Una enzima que regula la presión arterial
- 3) Una enzima que ayuda a mantener el calcio para los huesos
- 4) No sé

• **BLOQUE II. ENFERMEDAD RENAL**

1. ¿Por qué dejan de funcionar los riñones?

- 1) Con la edad va disminuyendo su funcionalidad
- 2) Tomar grandes cantidades de agua que reducen la capacidad de filtración
- 3) Enfermedades que atacan los riñones y disminuyen sus funciones
- 4) No sé

2. ¿Cuáles son las causas más comunes que llevan a un mal funcionamiento de los riñones?



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



- 1) Hipertensión arterial y diabetes
- 2) Toma no controlada de medicamentos
- 3) Golpes fuertes o envenenamiento
- 4) No sé

3. ¿A qué se le llama enfermedad renal?

- 1) Pérdida total e irreversible de la función renal
- 2) Afección en la que los riñones dejan de filtrar los residuos de la sangre repentinamente
- 3) Pérdida de la función urinaria
- 4) No sé

4. ¿Conoce a qué se le llama creatinina?

- 1) Producto de desecho fabricado por los músculos, excretado por la orina.
- 2) Principal producto de desecho del metabolismo de las proteínas.
- 3) Proteína que permite que se lleve oxígeno a todo el cuerpo.
- 4) No sé

5. ¿Sabe qué es la proteinuria?

- 1) Presencia de sangre en la orina
- 2) Presencia de proteínas en la orina
- 3) Presencia de grasa en la orina
- 4) No sé

• **BLOQUE III. TRATAMIENTO**

1. ¿Qué tipos de tratamiento de remplazo renal existen?

- 1) Tratamientos homeopáticos y alternativos
- 2) Diálisis peritoneal, hemodiálisis, trasplante
- 3) Tratamiento médico y tratamiento nutricional
- 4) No sé

2. ¿A qué se le llama hemodiálisis?

- 1) Introducción de una solución en el abdomen, que ayuda a capturar los desechos de la sangre
- 2) Paso de la sangre por una máquina que filtra los productos de desecho y el exceso de líquido
- 3) Cirugía en la que un riñón sano se coloca en el cuerpo de un paciente enfermo
- 4) No sé

3. ¿La terapia con hemodiálisis como ayuda al paciente?

- 1) Recupera la función del riñón completamente
- 2) Daña más al paciente
- 3) Evita complicaciones manteniendo bajos los niveles de toxinas en el cuerpo
- 4) No sé

4. ¿Cuáles son los cuidados que debe tener con su catéter?

- 1) Lavar la zona de salida y cambiar el parche diariamente



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



- 2) Mantener cubierta la zona de salida y evitar el contacto con las manos
- 3) No se necesita de ningún cuidado
- 4) No sé

• **BLOQUE IV. TRATAMIENTO NUTRICIONAL**

1. ¿Por qué cree que es importante el consumo de proteínas en su dieta?

- 1) Ayudan a reparar los músculos y luchar contra enfermedades
- 2) No son necesarias
- 3) Hacen daño a los riñones
- 4) No sé

2. ¿En qué alimentos puedo encontrar las proteínas?

- 1) Verduras y frutas
- 2) Carne, huevo, leche, queso, frijoles
- 3) Postres, pasteles, helados
- 4) No sé

3. ¿Qué pasa si tiene una alimentación alta en grasas?

- 1) Las grasas se acumulan en las paredes de las venas y dificulta el paso de sangre al corazón
- 2) Favorecen al aumento de peso
- 3) Favorecen a la elasticidad y brillo de la piel
- 4) No sé

4. ¿Conoce qué mineral es importante para evitar la anemia?

- 1) Calcio
- 2) Fósforo
- 3) Hierro
- 4) No sé

5. ¿Por qué se produce la presión alta?

- 1) Por consumir poca sal en las comidas
- 2) Consumo de alimentos salados y enlatados
- 3) Retención de líquido
- 4) No sé

6. Considera que el consumo elevado de potasio en su dieta es:

- 1) Favorecedor, ya que ayuda a disminuir los calambres
- 2) Disminuye el funcionamiento del riñón
- 3) Puede afectar el ritmo cardiaco y producir un infarto
- 4) No sé

7. ¿Qué alimentos son ricos en sodio?

- 1) Enlatados, procesados, embutidos
- 2) Carne de cerdo y res



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



- 3) Frutas y verduras
- 4) No sé

8. ¿Qué alimentos favorecen el aumento del ácido úrico?

- 1) Panes integrales, cereales de caja
- 2) Alimentos procesados, enlatados, embutidos
- 3) Mariscos, caldos (pollo, res, cerdo, pescado), carnes rojas
- 4) No sé

9. ¿Qué alimentos aumentan el azúcar en sangre?

- 1) Frutas (sandía, melón, papaya, naranja)
- 2) Postres, pasteles, dulces, grasas saturadas
- 3) Carnes (res, pollo, pescado)
- 4) No sé



CUESTIONARIO DE EMPODERAMIENTO

INSTRUCCIONES: el cuestionario desarrollado a continuación se refiere al empoderamiento que posee el paciente para actuar de forma crítica y autónoma entre muchos actores que lo rodean como el personal de salud, su familia, amigos y otros pacientes. Este cuestionario deberá ser aplicado al paciente por una persona capacitada para realizarlo, no es autoaplicable. Antes de iniciar el cuestionario explique al paciente que no existen respuestas correctas o incorrectas. Lea en voz alta cada acción y pida al paciente que elija el círculo que mejor represente **que tan capaz se siente** de llevar a cabo esa acción. El círculo verde significa que se siente muy capaz de llevarla a cabo, mientras que el círculo rojo indica que no se siente capaz de llevarla a cabo. Los círculos amarillos son opciones intermedias. Por favor marque con una X la respuesta seleccionada por el paciente.

¿Qué tan capaz me siento de?

1.	Ayudar a personas que tienen condiciones similares para encontrar diferentes maneras de hacerle frente a la enfermedad.	Me siento muy capaz  No me siento capaz
2.	Fomentar acciones de autocuidado y preventivas para evitar que otras personas desarrollen una enfermedad renal.	Me siento muy capaz  No me siento capaz
3.	Enseñar estilos de vida saludables a mi familia para evitar que desarrollen enfermedades.	Me siento muy capaz  No me siento capaz
4.	Vivir una vida activa y normal con mi condición.	Me siento muy capaz  No me siento capaz
5.	Controlar mi enfermedad y minimizar el impacto de los síntomas en mi vida diaria.	Me siento muy capaz  No me siento capaz



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**










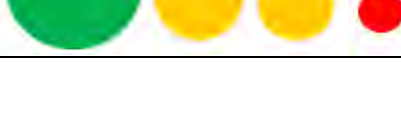


CUESTIONARIO DE AUTOMANEJO

INSTRUCCIONES: el cuestionario desarrollado a continuación se refiere al manejo que usted presenta sobre su enfermedad. Después de leer cada pregunta elija el círculo que mejor represente **que tan capaz se siente** de llevar a cabo esa acción. El círculo verde significa que usted se siente muy capaz de llevar a cabo esa acción, mientras que el círculo rojo indica que usted no se siente capaz de llevarla a cabo. Los círculos naranjas son opciones intermedias. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas, por lo que le pedimos responda con sinceridad. Por favor marque con una X la respuesta seleccionada.

¿Qué tan capaz me siento de?

1	Consumir la cantidad de agua sugerida para evitar la retención de líquido	Me siento muy capaz					No me siento capaz
2	Evitar los alimentos que están restringidos en mi dieta	Me siento muy capaz					No me siento capaz
3	Asistir a mis consultas yo solo	Me siento muy capaz					No me siento capaz
4	Seguir la dieta recomendada incluso cuando mis familiares o amigos consumen otros alimentos frente a mi	Me siento muy capaz					No me siento capaz
5	Participar con mi nutriólogo en la toma de decisiones sobre el tratamiento y el tipo de dieta a seguir	Me siento muy capaz					No me siento capaz
6	Buscar tiempo para hacer ejercicio aunque esté muy ocupado	Me siento muy capaz					No me siento capaz
7	Rechazar alimentos que están restringidos en la dieta y que me son ofrecidos por familiares o amigos	Me siento muy capaz					No me siento capaz
8	Asistir al médico en caso de sentirme mal	Me siento muy capaz					No me siento capaz
9	Hacer ejercicio cuando me siento cansado	Me siento muy capaz					No me siento capaz

10	Hacer ejercicio estando solo	Me siento muy capaz  No me siento capaz
11	Preparar yo mismo los alimentos basados en las recomendaciones de la dieta	Me siento muy capaz  No me siento capaz
12	Asistir a mis consultas por mi voluntad	Me siento muy capaz  No me siento capaz
13	Seguir la dieta cuando asisto a fiestas o eventos donde hay otros tipos de comida ajenos a mi dieta	Me siento muy capaz  No me siento capaz
14	Compartir con el nutriólogo mis preocupaciones y comentarios	Me siento muy capaz  No me siento capaz
15	Seguir mi dieta aun cuando como fuera de casa	Me siento muy capaz  No me siento capaz
16	Tomar mis fármacos diariamente y seguir las recomendaciones nutricionales por mi cuenta	Me siento muy capaz  No me siento capaz
17	Seguir la dieta, cuando se me antojan otros alimentos que están restringidos en mi tratamiento	Me siento muy capaz  No me siento capaz
18	Asistir a mi terapia de hemodiálisis por decisión propia	Me siento muy capaz  No me siento capaz
19	Hacerme responsable del seguimiento adecuado de todas las recomendaciones médicas y nutricionales	Me siento muy capaz  No me siento capaz



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

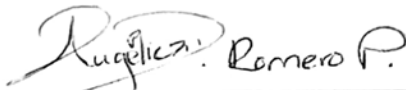
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Pachuca de Soto, Hidalgo a 17 de agosto del 2017

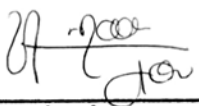
DR. FRANCISCO JAVIER CHONG BARREIRO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL PACHUCA
DIRECTOR DE LA UNIDAD MÉDICA DE ESPECIALIDADES
P R E S E N T E

Por medio del presente se solicita su valioso apoyo para que la LN María José Vázquez Atanacio, alumna de la Maestría en Salud Pública, de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, realice en la institución a su cargo, "Hospital General de Pachuca", en el área de consulta externa de nefrología, la aplicación de los instrumentos del proyecto de investigación titulado **"Educación y empoderamiento como factores asociados al automanejo en el tratamiento nutricional de pacientes con diálisis peritoneal"**, cuyos resultados serán de gran apoyo para el desarrollo de habilidades de autocuidado y empoderamiento en los pacientes, que les permita automanejar su enfermedad, disminuyendo así las complicaciones asociadas a este padecimiento.

Agradeciendo su valiosa colaboración quedo de usted.


DRA. ANGÉLICA ROMERO PALENCIA
INVESTIGADORA TIEMPO COMPLETO UAEH ICESA
DIRECTORA DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN


M. EN C. MIROSLAVA PORTA LEZAMA
INVESTIGADORA TIEMPO COMPLETO UAEH ICESA
CODIRECTORA DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN


LN MARÍA JOSÉ VÁZQUEZ ATANACIO
MAESTRANTE EN SALUD PÚBLICA

C.C.P DR. SERGIO LÓPEZ DE NAVA Y VILLASANA
DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

		
SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE HIDALGO HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA		
RECIBIDO		
CONTRIBUCIÓN:	EMMA RESENDIZ ISLAS	
FECHA:	17/08/17	
HORA:	12:51 pm	
ATENCIÓN:	2 PROTOCOLOS	



OFICIO No.EI/ 186

Pachuca., Hgo. a 04 de octubre del 2017

L. EN N. MARÍA JOSÉ VÁZQUEZ ATANACIO
MAESTRANTE
P R E S E N T E

En atención para que los Comités de Investigación y de Ética en Investigación del Hospital General de Pachuca evaluarán las enmiendas el Protocolo de Investigación titulado: "EDUCACIÓN Y EMPODERAMIENTO COMO FACTORES ASOCIADOS AL AUTOMANEJO EN EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON DIÁLISIS PERITONEAL" me permito comunicarle que cumple con las enmiendas solicitadas por lo que **se autoriza su ejecución** y queda registrado con el **No. 2017/008** del libro correspondiente.

Sin otro particular reciba un cordial saludo.

A T E N T A M E N T E

DR. RAÚL CAMACHO GÓMEZ
PRESIDENTE DEL COMITE DE
INVESTIGACIÓN

DR. SERGIO MUÑOZ JUAREZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE
ETICA EN INVESTIGACION

RCG/SMJ



Pachuca - Tulancingo 101, Col. Ciudad de los Niños,
Pachuca de Soto, Hgo., C. P. 42070
Tel.: 01 (771) 713 4649
www.hidalgo.gob.mx Carr

BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta-Leyva, J. A., Ruiz-Ríos, R., Preza-Martínez, J. A., & Calderón-Garcidueñas, A. L. (2012). Frecuencia de daño renal y síndrome metabólico en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 y/o Hipertensión arterial en el primer nivel de atención rural y evaluación de respuesta a tratamiento. *Revista Médica de La Universidad Veracruzana*, 12(1), 14–19. Retrieved from <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=39636>
2. Alfonso, M. T. (1981). Educación al paciente crónico. *Departamento de Salud Comunitaria. Universidad de Alicante*.
3. Balas-Nakash, M., Rodríguez-Cano, A., Muñoz-Manrique, C., Vásquez-Peña, P., & Perichart-Perera, O. (2010). Tres métodos para medir la adherencia a un programa de terapia médica y nutricia en mujeres embarazadas con diabetes y su asociación con el control glucémico. *Revista de Investigación Clínica*, 62(3), 235–243.
4. Basagoiti, I. (2016). El papel de la información en el empoderamiento del paciente. *Informe Comunicant Salut*, (April 2014), 9–11.
5. Buitrago, F. (2011). Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir! *Atencion Primaria*, 43(7), 343–344. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004804>.
6. Caballo, C., & Pascual, A. (2012). *Entrenamiento en habilidades de automanejo en personas con enfermedades crónicas: un estudio cuasi-experimental*. (Universidad de Salamanca, Ed.). Salamanca.
7. Contreras, F., Espinosa, F., & Esguerra, A. (2008). Quality of life, self-efficacy, coping styles and adherence to treatment in patients with chronic kidney disease undergoing haemodialysis treatment. *Psicología y Salud*, 18(2), 165–179.
8. Córdova-Villalobos, J. A., Barrigüete-Meléndez, J. A., Lara-Esqueda, A., Barquera, S., Rosas-Peralta, M., & Hernández-Ávila, M. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México : sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*, 50(5), 419–427.

9. D'achiardi, R., Vargas, J. G., Echeverri, J. E., Moreno, M., & Quiroz, G. (2011). Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. *Rev Fac Med*, *19*(2), 226–231. <https://doi.org/10.18359/rmed.1283>
10. Diario Oficial de la Federación. (1984). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
11. Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L., & Sacristán, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: Causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atencion Primaria*, *41*(6), 342–348. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>
12. Ebrahimia, H., Sadeghib, M., Amanpourc, F., & Vahedid, H. (2016). Evaluation of empowerment model on indicators of metabolic control in patients with type 2 diabetes, a randomized clinical trial study. *Prim Care Diabetes*, *10*, 129–136.
13. Enrique-Silva, G., Galeano, E., & Orlando-Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento Compliance with the treatment. *Acta Médica Colombiana*, *30*, 268–273. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a4.pdf>
14. Escarvajal López, A., Inmaculada, G. G., Quesada Martínez, D., Guzmán Román, I., & Ruíz Abad, J. (2009). Guía para el paciente renal. *Ministerio de Sanidad y Política Social*, 1–18.
15. Flores, J. C., Alvo, M., Borja, H., Vega, J., & Zúñiga, C. (2010). Sociedad Chilena de Nefrología Enfermedad renal crónica : Clasificación , identificación , manejo y complicaciones Clinical guidelines on identification , management and complications of chronic kidney disease. *Revista Médica de Chile*, 137–177.
16. Fonseca Vilamil, O. L., & Nevado Barriga, N. (2005). El autocuidado de la salud una responsabilidad asumida por otros. *Umbral Científico*, (7), 43–52.
17. García Jorge, E. M., & Vicente Castro, F. (2011). Adhesión de los pacientes con insuficiencia renal crónica a la dieta. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *1*, 9–20.

18. Garcimartín-Cerezo, P., Juvé-Udina, M. E., & Delgado-Hito, P. (2016). Del concepto de empoderamiento del paciente a los instrumentos de medida: una revisión integrativa. *Journal of School of Nursing*, 50(4), 667–674.
19. Gerardo Rojas, W., De Jesús Cantillo, J., & Cantillo, M. J. (2015). Chronic renal disease and pregnancy. A challenge in clinical care and obstetric outcome. *Acta Médica Colombiana*, 40(4), 331–337.
20. Giménez Maroto, A. (2012). Empoderamiento del paciente. *Metas de Enfermería*, 15(5), 2012.
21. Glassock, R., Warnock, D., & Delanaye, P. (2018). Women's health and kidney disease. *Nature Reviews Nephrology*, 139(14), 273–278.
22. Goicoechea, M. (2015). Ácido Úrico Y Enfermedad Renal Crónica. *Sociedad Española de Nefrología*, 18, 1–14.
23. Gómez Hernández, D. (2014). *Autocuidado y calidad de vida en personas con hemodiálisis*. Universidad Autónoma de Nuevo León.
24. Gorrioz Teruel, J. L., Navarro-González, J. F., Mora-Fernández, C., & Martínez-Castelao, A. (2016). Factores de progresión de la enfermedad renal crónica en la diabetes mellitus . Diagnóstico y cribado de la enfermedad renal crónica en la diabetes mellitus. *Sociedad Española de Nefrología*, 28, 1–14. Retrieved from <http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-pdf-monografia-105>
25. Grady, P. A., & Gough, L. (2015). El automanejo de las enfermedades crónicas : un método integral de atención, 37(9), 187–194. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302041.resumen>
26. Gutiérrez, S., Sanz, J., Espinosa, R., Gesteira, C., & García-Vera, M. P. (2016). La Escala de Deseabilidad social de Marlowe-Crowne: Baremos para la población general española y desarrollo de una versión breve. *Anales de Psicología*, 32(1), 206–217. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.185471>
27. Handley, J., Pullon, S., & Gifford, H. (2010). Living with type 2 diabetes: Putting the

- person in the pilots seat. *Aust J Adv Nurs*, 27, 12–19.
28. Ibarra-Hernández, M., Jiménez-Alvarado, P. M., Albarrán-López, P., & Botello-Ramírez, S. A. (2015). Enfermedad Renal Crónica durante el embarazo. *Revista Medica Md*, 5(3), 119–125.
29. Información Farmacoterapéutica de la Comarca [INFAC]. (2011). Adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas. *Información Farmacoterapéutica de La Comarca [INFAC]*, 19, 1–6.
30. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2008). Guía de Referencia Rápida Prevención , Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica Temprana. *Guía de Referencia Rápida*, 20.
31. Jorge, D., & Serrani, L. (2014). Colombia Médica Escala de Empoderamiento sobre la Salud para Adultos Mayores . Adaptación al español y Elders Health Empowerment Scale . Spanish adaptation and psychometric analysis *Materiales y Métodos*, 45.
32. Lancharos Páez, L., Pava Cárdenas, A., & Bohórquez Poveda, A. (2010). Identificación de la adherencia al tratamiento nutricional aplicando el modelo de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en un grupo de personas con Diabetes Mellitus tipo 2. *Diaeta*, 28(133), 17–23.
33. Leal-Escobar, G., Osuna-Padilla, I. A., & Moguel-González, B. (2016). Terapia médico nutricional en la enfermedad renal crónica; de la diálisis al trasplante: Informe de caso. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 20(2), 80–87. <https://doi.org/10.14306/renhyd.20.2.189>
34. Lorenzo Sellarés, V. (2010). Enfermedad renal crónica. <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.2010.pub1.ed80.chapter2802>
35. Lorig, K., Ritter, P., Villa, F., & Piette, J. (2008). Spanish Diabetes Self-Management With and Without Automated Telephone Reinforcement. *Diabetes Care*, 31, 408–414. <https://doi.org/10.2337/dc07-1313.Additional>
36. Mar-García, J., Peñarrieta de Córdova, I., León Hernández, R., Gutiérrez Gómez,

- T., Banda González, O., Rangel Torres, S., & De León Ramírez, M. (2017). Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Enfermería Universitaria*, 14(3), 155–161. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.05.005>
37. Márquez-Hernández, V. V., Granados Gámez, G., & Roales-Nieto, J. G. (2015). Aplicación de un programa de mejora de la adherencia en pacientes hipertensos debutantes. *Atención Primaria*, 47(2), 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.009>
38. Méndez-Durán, A., Méndez-Bueno, J. F., Tapia-Yañez, T., Muñoz-Montes, A., & Auilar-Sánchez, L. (2010). Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica en México. *ELSEVIER*, 31(1), 7–11.
39. Méndez-Durán, A., Pérez-Aguilar, G., Ayala-Ayala, F., Ruiz-Rosas, R. A., González-Izquierdo, J. de J., & Dávila-Torres, J. (2014). Panorama epidemiológico de la insuficiencia renal crónica en el segundo nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social. *ELSEVIER*, 35(4), 148–156. <https://doi.org/10.1016/j.dialis.2014.08.001>
40. Millaruelo Trillo, J. M. (2010). Importancia de la implicación del paciente en el autocontrol de su enfermedad: paciente experto. Importancia de las nuevas tecnologías como soporte al paciente autónomo. *Atencion Primaria*, 42(SUPPL. 1), 41–47. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(10\)70007-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(10)70007-X)
41. Molina P, A. (2010). Metabolic syndrome and kidney disease. *Rev. Méd. Clín. Condes*, 21(4), 553–560. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010705708?via%3Dihub>
42. National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse [NKUDIC]. (2009). Los riñones y cómo funcionan. Retrieved from www.kidney.niddk.nih.gov
43. National Kidney Foundation [NKF]. (2008). Nutrición e insuficiencia renal crónica (falla crónica del riñón). *National Kidney Foundation*, 1–20.

44. Navarro, G., & Ardiles, L. (2015). Association between obesity and chronic renal disease. *Revista Médica de Chile*, 143(1), 77–84. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000100010>
45. Ochando, A., Royuela, C., Hernández, M. E., Lorenzo, S., & Paniagua, F. (2008). Influencia de la satisfacción de los pacientes de una unidad de diálisis en la adherencia terapéutica. *Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*, 11(4), 23–28.
46. Orozco-Méndez, Higinio Hernández-Pacheco, J. A., Estrada-Altamirano, A., Hernández-Muñoz, V. A., Carvajal-Valencia, A. J., & Coronado-Mestre, R. E. (2011). Incidencia y evolución de insuficiencia renal aguda en mujeres con preeclampsia severa y eclampsia en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Perinatología y Reproducción Humana*, 25(2), 67–73.
47. Ramírez-Perdomo, C. A., & Solano-Ruíz, M. C. (2018). La construcción social de la experiencia de vivir con una enfermedad renal crónica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(e3028), 1–9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2439.3028>
48. Rivas Sierra, R. (2014). Apoyo nutricional en la insuficiencia renal aguda. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 24(2), 161–169.
49. Rodríguez Chamorro, M. Á., García-Jiménez, E., Amariles, P., Rodríguez Chamorro, A., & José Faus, M. (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 40(8), 413–417. <https://doi.org/10.1157/13125407>
50. Rojas-Villegas, Y., Ruíz-Martínez, A. O., & González-Sotomayor, R. (2017). Anxiety and depression on therapeutic adherence in patients with kidney disease. *Revista de Psicología*, 26(1), 1–13.
51. Ruiz, R. B. (2009). REFLEXIÓN Y DEBATE ¿ Automanejo , autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas? Acercamiento a su análisis e interpretación Self-management , self-care or self-control in chronic diseases? Approach to their analysis and interpretation, 13(1).

52. Sánchez González, J. C., Martínez Martínez, C., Bethencourt Fernández, D., & Pablos López, M. (2015). Valoración de los conocimientos que tienen los pacientes en hemodiálisis acerca de su tratamiento. *Enfermería Nefrológica*, 18(1), 23–30.
53. Santacoloma Osorio, M., & Germán Camilo, G. (2017). Manifestaciones gastrointestinales de la enfermedad renal crónica. *Revista Colombiana de Nefrología*, 4(1), 17–26. <https://doi.org/10.22265/acnef.4.1.266>
54. Santamaría-Olmo, R., & Gorostidi-Pérez, M. (2013). Presión arterial y progresión de la enfermedad renal crónica. *NefroPlus*, 5(1), 4–11.
55. Secretaría de Salud [SSA]. (2009). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica temprana. Evidencias y recomendaciones. *Guía de Práctica Clínica*, 95.
56. Secretaría de Salud [SSA]. (2014). Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica. Segundo y tercer nivel de atención. Retrieved from <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html> %0A
57. Silva, C., & Loreto-Martínez, M. (2004). Empoderamiento: proceso, nivel y contexto. *REDALYC*, 13(2), 29–39.
58. Tamayo-Orozco, J. A. (2008). La cobertura nacional de la enfermedad renal crónica. *Gaceta Médica de México*, 144(6), 520–523.
59. Tamayo y Orozco, J. A. (2010). *Protocolo de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal*. Secretaría de Salud.
60. Toro, M. I. (2014). El autocuidado y empoderamiento de la enfermedad , ¿ hacen la diferencia en la diabetes ? *Acta Médica Colombiana*, 39(3), 224–227.
61. Torregrosa, J., Bover, J., Cannata Andía, J., Lorenzo, V., & Martínez, I. et. a. (2011). Recomendaciones de la Sociedad Española de Nefrología para el manejo de las alteraciones del metabolismo óseo-mineral en los pacientes con enfermedad renal. *Revista Nefrología*, 31(1), 3–32.

62. US Department of Health and Human Services. (2010). *Multiple Chronic Conditions - A Strategic Framework: optimum health and quality of life for individuals with multiple chronic conditions*. DC, Department of Health.
63. Vela, X. F., Henríquez, D. O., Zelaya, S. M., Granados, D. V, Hernández, M. X., & Orantes, C. M. (2014). Enfermedad renal crónica y factores de riesgo asociados en dos comunidades agrícolas salvadoreñas, 2012. *Medicc Review*, 16(2), 1–7.
64. Venado, A., Moreno, J., Rodríguez, M., & López, M. (2010). Insuficiencia renal crónica. *UNAM Unidad de Proyectos Especiales*, 1–31.
65. Vergottini, J. C., Olmedo, M. B., Jorge, A., González, M., Brusa, M., Abdala, J., ... Sesín, A. M. (2013). Detection of risk factors for kidney disease in adolescents. *Revista de Salud Pública*, 17(2), 63–72.
66. Wallace, R., Ackermann, R., Harris, R., & Harris, R. (2012). *Living Well with Chronic Illness A Call for Public Health Action*. <https://doi.org/10.17226/13272>
67. World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Switzerland. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0235-z>