

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y EDUCACIÓN
UNIDAD DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN CON MENCIÓN



TESIS

Programa Educativo de Autocuidado para mejorar el nivel de conocimiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica sin tratamiento dialítico, que asisten a la consulta externa de un hospital de Essalud en la ciudad de Chiclayo

Presentada para obtener el grado académico de Maestra en Ciencias de la Educación con Mención en Investigación y Docencia.

INVESTIGADORA: Felicita Victoria Salazar Piscoya

ASESOR: Dr. Julio Cesar Sevilla Exebio

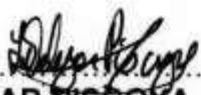
LAMBAYEQUE – PERÚ

2019

Programa educativo de autocuidado para mejorar el nivel de conocimiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica sin tratamiento dialítico, que asisten a la consulta externa de un hospital de EsSalud en la ciudad de Chiclayo

Presentada a la Escuela de Post Gradode la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo para optar el grado de Maestra en Ciencias de la Educación con mención en: Investigación y Docencia

PRESENTADA POR



.....
SALAZAR PISCOYA, Felicitia Victoria

Autor



.....
SEVILLA EXEBIO, Julio César

Asesor

APROBADO POR:



CARLOS SALVADOR REYES APÓNTE
PRESIDENTE DEL JURADO



PERCY CARLOS MORANTE GAMARRA
SECRETARIO DEL JURADO



MIGUEL ALFARO BARRANTES
VOCAL DEL JURADO



Nº 000262

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS



Siendo las 12 horas del día 27 de marzo del año dos mil diecinueve, en la Sala de Sustentaciones de la Facultad de Ciencias Histórico Sociales y Educación de la Universidad Nacional "Pedro Ruiz Gallo" de Lambayeque, se reunieron los miembros del jurado, designados mediante Resolución N° 2333-2017 UP-D-FACHSE, de fecha 24/05/2018 conformado por:

M. Sc. Carlos Reyes Aponte PRESIDENTE(A)

Dr. Percy Carlos Morante Gamara SECRETARIO(A)

Dr. Miguel Alfaro Barrante VOCAL

con la finalidad de evaluar la tesis titulada Programa educativo de autocuidado para mejorar el nivel de conocimiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica sin tratamiento dialítico, que asisten a la consulta externa de un hospital de Essalud en la ciudad de Chiclayo

presentado por el (la) / los (las) tesista(s) Felicita Victoria Calazar Piscaya

Y asesorado por Sevilla Exebio Julio César

sustentación que es autorizada mediante Resolución N° 994-2014 UP-D-FACHSE, de fecha 20/03/2014

El Presidente del jurado autorizó el inicio del acto académico; producido y concluido el acto de sustentación de tesis, de conformidad con el Reglamento de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias Histórico Sociales y Educación de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Artículos 97°, 97° 99°, 100°, 101°, 102°, y 103°; los miembros del jurado procedieron a la evaluación respectiva, haciendo una serie de preguntas y recomendaciones a _____ sustentante(s), quien(es) procedió (ieron) a dar respuesta a las interrogantes y observaciones, quien(es) obtuvo (obtuvieron) 80 puntos que equivale al calificativo de Bueno

En consecuencia el (la) / los (las) sustentante(s) queda(n) apto (s) para obtener el Grado Académico de Maestro en Ciencias de la Educación con mención en Investigación y Docencia

Siendo las 1.00p horas del mismo día, se da por concluido el acto académico, firmando la presente acta.

PRESIDENTE

SECRETARIO

VOCAL

Observaciones: _____

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TESIS

YO, Dr. **Julio Cesar Sevilla Exebio**, en condición de Asesor de la Tesis Titulada: **“PROGRAMA EDUCATIVO DE AUTOCUIDADO PARA MEJORAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SIN TRATAMIENTO DIALÍTICO, QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE UN HOSPITAL DE ESSALUD EN LA CIUDAD DE CHICLAYO”**, presentado por **FELICITA VICTORIA SALAZAR PISCOYA**, a efecto de obtener el grado académico de Maestra en Ciencias de la Educación con Mención en Investigación y Docencia, habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de uso del sistema anti plagio considerando que el reporte del software TURNITIN dio un porcentaje de coincidencia **de 20%** de la tesis antes citada, y de acuerdo a los criterios de evaluación de originalidad **NO HA SIDO PLAGIADO NI CONTIENE DATOS FALSOS**. En caso se demostrará lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que puede conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Se emite la presente constancia para fines de proseguir con el trámite respectivo.

Lambayeque, 27 de marzo 2019



Dr. **Julio Cesar Sevilla Exebio**-Asesor



Felicita Victoria Salazar Piscoya
Investigador principal

DEDICATORIA

A Dios por iluminar y guiar el camino de mi vida para vencer y hacer posible el logro de mis proyectos y metas planificadas para mi progreso profesional

A mis padres que forjaron en mí ser la superación intelectual y que desde el cielo me cuidan y velan por mí, especialmente cuando más lo necesito

A mis hermanos que en todo momento me han brindado su apoyo y han sido un ejemplo de esfuerzo y paciencia los que con amor, abnegación y generosidad, supieron brindarme su confianza incondicional, para hoy iniciar con éxito mi vida profesional.

Dedico también este trabajo investigativo a todas las personas que con su amistad y paciencia han aportado para que llegue al final de mi carrera

Felicita Victoria

AGRADECIMIENTO

A mi alma mater la UNPRG por albergarme en sus aulas

A MI ASESOR por su valioso apoyo sincero e incondicional para poder culminar con éxito el estudio.

A mis queridos pacientes que con mucha consideración y sin duda alguna me colaboraron e hicieron posible esta investigación, gracias a ellos logre mi objetivo por lo cual pido a Dios les fortalezca en todo momento durante el tránsito de su enfermedad.

En forma muy especial a Dios y mi familia por darme la oportunidad de desarrollarme Profesionalmente

Elevo un agradecimiento especial a los pacientes colaboraron en la ejecución de este trabajo de investigación.

La Autora

Tabla de contenido

AGRADECIMIENTO.....	6
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
INTRODUCCION	10
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO.....	14
1.1. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	14
1.2. BASE TEORICA	28
1.2.1. EL COGNITIVISMO	28
1.2.2. EL CONSTRUCTIVISMO.....	31
CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO	37
2.1. METODOLOGÍA	37
CAPITULO III: DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA Y DISEÑO DE LA PROPUESTA	39
3.1. DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA	39
3.1.2. RESULTADOS DE PRE Y POST TEST.....	49
3.2.- DISEÑO DE LA PROPUESTA	60
“PROGRAMA EDUCATIVO DE AUTOCUIDADO PARA MEJORAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIARENAL CRONICA SIN TRATAMIENTO DIALITICO, QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE CHICLAYO”	60
3.2.1. Realidad Problemática	60
3.2.2. Diseño de la Propuesta.....	60
3.2.3. Fundamentación.....	62
3.2.4. ESQUEMA DEL PROGRAMA DE AUTOCUIDADO	69
3.2.5. DESCRIPCION DETALLADA	71
CAPITULO IV: CONCLUSIONES	78
CAPITULO V: RECOMENDACIONES	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS.....	84

RESUMEN

La presente investigación tiene por objetivo aplicar un programa de autocuidado para mejorar el nivel de conocimiento de los pacientes con IRCT y así puedan evitar o demorar las complicaciones de la enfermedad.

La metodología del presente estudio de investigación es de un diseño cuasi experimental (un solo grupo de estudio) de corte longitudinal Prospectivo- Aplicativo porque permitió realizar el estudio del fenómeno en una realidad concreta; cuantitativo porque de alguna manera se ha asignado puntajes para poder medir la variable dependiente (conocimiento), se hizo uso de la estadística y de instrumentos válidos y confiables.

Fue aplicado en el HNAAA de EsSalud de Chiclayo a pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) sin terapia dialítica atendidos en la consulta externa de nefrología seleccionando a un grupo de 25 pacientes escogidos al azar según criterios de inclusión y exclusión para recibir el programa de autocuidado en tres sesiones incluyendo los aspectos clínicos, dietéticos, y de actividad física trabajando en conjunto con un profesional terapeuta.

El resultado obtenido nos demuestra que mediante un programa de autocuidado podemos orientar a que el paciente renal crónico terminal tome conciencia y conocimientos que le ayuden a tener autocuidados que le permitan evitar las complicaciones y deterioro que conlleva su enfermedad y que tenga que ser dializado en sus diferentes modalidades.

Este programa constituye un modelo para otras patologías que requieren de apoyo educativo para evitar el deterioro muy prematuro del paciente y que lo coloca en la fase final de la enfermedad.

Palabras claves: programa educativo de autocuidado, nivel de conocimiento de los pacientes, insuficiencia renal crónica, tratamiento dialítico, consulta

ABSTRACT

This research aims to implement a programme of self-management to improve the level of knowledge of the patients with IRCT and thus they can prevent or delay the complications of the disease.

The methodology of this research study is a design (a single group study) quasi-experimental slitting Prospectivo-Applicativo because it allowed the study of the phenomenon in a concrete reality; quantitative because somehow has been assigned scores to measure the dependent variable (knowledge), was made using statistics and valid and reliable instruments.

It was applied in the Chiclayo EsSalud HNAAA patients with renal disease chronic terminal (ERCT) without attended dialytic therapy at the Nephrology outpatient by selecting a group of 25 patients chosen randomly according to inclusion criteria and exclusion to receive home care program in three sessions including aspects clinical, dietary and physical activity work together with a professional therapist.

The result shows us that through a programme of car care we can orient to make the terminal chronic renal patient awareness and skills that can help you have self-care to be allowed to avoid the complications and deterioration resulting from its disease and that has to be dialysate in its various forms.

This program is a model for other pathologies requiring educational support to prevent the very premature deterioration of the patient and which places it in the final phase of the disease.

Key words: educational program of self-care, knowledge of patients, chronic renal failure, dialítico treatment, consultation.

INTRODUCCION

La salud en el Siglo XXI cobra una importancia sin precedentes en la historia de la humanidad, por un lado, está tomando una dimensión muy especial en lo que concierne a su seguridad y su mantenimiento.

La salud y la enfermedad son parte integral de la vida, del proceso biológico y de las interacciones medio ambientales y sociales. Generalmente, se entiende a la enfermedad como la pérdida de la salud, cuyo efecto negativo es consecuencia de una alteración estructural o funcional de un órgano a cualquier nivel. Como tema de seguridad, la salud ha ascendido en la escala de los intereses en todo el mundo, y cuando hablamos de seguridad nos estamos refiriendo a la amenaza de las epidemias, el bioterrorismo y se ha priorizado el tema de salud significativamente, la salud de la población está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales y sociales que aborda una amplia gama de factores en forma integral e interdependiente. (Angel, 2008)

La salud de las personas ha recibido escasa atención de los sistemas de salud, tanto en la definición de prioridades como en la formulación de planes y programas. Sin embargo, el aumento de demandas de servicio, los altos costos inherentes a ellos, la incapacidad derivada de la enfermedad, con su consiguiente merma económica, y el deterioro de la calidad de vida producido por la presencia de enfermedades crónicas, exigen una renovación en el enfoque de la salud de las personas. (Angel, 2008)

En la actualidad la enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en un problema de salud pública por su carácter epidémico debido a la elevada morbilidad y al alto costo. Los pacientes con enfermedad renal crónica con el pasar del tiempo presentan un deterioro de su capacidad funcional en los diferentes espacios de su vida ya sea física, biológica, psicológica y social; por lo que requieren una valoración oportuna para descubrir a tiempo la enfermedad

con el fin de poder ayudarlos a que tomen conciencia y retrasar el avance de las complicaciones, por lo que es fundamental que ellos mismos se conviertan en los mejores cuidadores de su salud para alcanzar una mejor calidad de vida.

El número de personas con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) está experimentando un incremento anual mundial elevado, y en consecuencia el número de pacientes que necesitarán acceder a tratamiento renal sustitutivo (TRS) también se ha incrementado

“La enfermedad renal crónica es un proceso fisiopatológico con múltiples causas, cuya consecuencia es la pérdida inexorable del número y el funcionamiento de nefronas, y que a menudo desemboca en insuficiencia renal terminal” (CARRILLO A, 2015).

La Insuficiencia Renal Crónica, es una enfermedad irreversible afecta a ambos riñones en la que el organismo pierde la capacidad de filtrar las sustancias tóxicas de la sangre, de la misma manera le es imposible eliminar desechos tóxicos y el exceso de líquidos que se encuentran en el interior del cuerpo.

En el Perú según el Instituto Nacional de Estadísticas (INEI) en los servicios de ESSALUD, existen 5381 personas que padecen de enfermedad renal y que además necesitan de algún tratamiento de sustitución renal, de los cuales el 83% tiene acceso a esta terapia, encontrándose la mayoría en Lima (71%) y el resto en provincia (29%). (3)

Las personas que presentan insuficiencia renal crónica terminal evolucionan progresivamente a terapia dialítica, debido a que no han recibido la suficiente información u orientación respecto a su enfermedad razones por las cuales presentan un déficit de autocuidado con relación a la dieta que deben tener, y la actividad física que deben realizar.

Siendo el objeto de estudio. Programa educativo de autocuidado para la mejora del nivel conocimiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica sin tratamiento dialítico que asisten a la consulta externa de un hospital de EsSalud de Chiclayo

En la consulta de Enfermería del Programa de Diálisis durante la atención que se brinda diariamente se ha observado que existe gran demanda de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, en su gran mayoría a la entrevista manifiestan que no recibieron orientaciones de autocuidados por parte de algún profesional de la salud, que retarde el inicio de la complicación actual durante el tratamiento de su enfermedad y que en muchas ocasiones son la causa de muerte precoz o de mala calidad de vida por las secuelas o invalidez en que terminan.

Ante este problema el Objetivo General es: Diseñar y aplicar un programa educativo de autocuidado para la mejora del nivel conocimiento de los pacientes con insuficiencia renal crónica sin tratamiento dialítico que asisten a la consulta externa de un hospital de EsSalud de Chiclayo.

Los objetivos específicos:

Establecer el nivel de conocimiento sobre la enfermedad
Delinear las teorías en las que se fundamenta el programa
Determinar las características del Programa Educativo.

Establecer la comparación entre el pre test y post test.

El campo de acción: Un Programa de autocuidado dirigido a las personas con insuficiencia renal crónica sin tratamiento dialítico.

La hipótesis por defender: “Si diseñamos un programa educativo de autocuidado, entonces mejoraremos el nivel de conocimiento de autocuidado de los pacientes con insuficiencia renal crónica sin tratamiento dialítico, que asisten a la consulta externa de un hospital de EsSalud.

En su estructura, el presente trabajo de investigación se ha organizado en tres capítulos:

En el primer capítulo: Análisis del objeto de estudio, que incluye el proceso histórico, el planteamiento del problema, cómo se manifiesta y qué características tiene, y por último una descripción detallada de la metodología empleada.

En el segundo capítulo, corresponde al marco teórico que implica a investigaciones realizadas, sistematiza las bases teóricas científicas que sustentan la investigación.

En el tercer capítulo está referido al análisis e interpretación de los datos, en el cual se presentan los datos en forma objetiva e imparcial. Es la parte del informe donde se demuestra la validez de los resultados obtenidos. Además, se incluye la propuesta teórica que da solución al problema de la investigación.

Y por último se presentan las conclusiones que el investigador ha arribado y las recomendaciones que propone para tener en cuenta en futuras investigaciones.

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

1.1. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC) A) DEFINICIÓN

La IRC se define por una reducción en la tasa de filtración glomerular, la velocidad a la que los riñones filtran la sangre, y aumento de la excreción de proteína en la orina de una persona. Estos expertos plantean la preocupación de que una cantidad creciente de evidencia sugiere que **los riñones no son sólo los órganos de advertencia de muchas enfermedades**, sino que también sorprendentemente pueden agravar o iniciar procesos fisiopatológicos sistémicos a través de sus complejas funciones y efectos en los sistemas del cuerpo.

Se trata de una afección grave en la cual los riñones dejan de eliminar los desechos del organismo. La insuficiencia renal es la etapa final del deterioro lento de los riñones, que es un proceso conocido como nefropatía.

- 1) “La insuficiencia renal crónica se define como la pérdida progresiva, generalmente irreversible, de la tasa de filtración glomerular que se traduce en un conjunto de síntomas y signos denominado síndrome urémico y que en su estadio terminal es incompatible con la vida”. (A,2011)
- 2) En general, esta enfermedad evoluciona en forma silente por lo que en muchos casos no se diagnostica en sus primeros estadios. En consecuencia, los afectados no son controlados ni reciben tratamiento, con lo que la enfermedad progresa y recién se manifiesta en sus estadios más avanzados (insuficiencia renal crónica terminal), con el consecuente impacto sobre los sistemas de salud que deben

absorber los costos sociales y económicos que estos tratamientos implican” (MARRINEY, 2007)

B) ETIOLOGÍA

La enfermedad renal crónica (ERC) empeora lentamente durante meses o años. Es posible que no note ningún síntoma durante algún tiempo. La pérdida de la función puede ser tan lenta que usted no presentará síntomas hasta que los riñones casi hayan dejado de trabajar

Su origen puede ser primario, es decir, por lesiones propias del riñón, o secundario a diversas patologías extrarrenales, tales como enfermedades metabólicas, vasculares o inmunológicas, que ocasionan pérdida de la masa renal al comprometer el glomérulo, el intersticio o los vasos sanguíneos. Hasta hace dos décadas las glomerulonefritis constituían la causa más frecuente de IRC; desde entonces se ha venido presentando un incremento paulatino y sostenido en la diabetes mellitus y la hipertensión arterial (HTA), constituyéndose actualmente ambas en las principales causas de la IRC, con 33 y 26% respectivamente; el lupus eritematoso sistémico (LES), la nefropatía obstructiva y las neoplasias, son otras causas frecuentes de IRC.

Las personas con insuficiencia renal avanzada tienen que someterse a diálisis, la cual reemplaza algunas de las funciones de filtración de los riñones, o a un trasplante para recibir el riñón de un donante sano.

Los científicos no explican totalmente la interacción de factores que conduce a la nefropatía diabética. Entre estos factores están la herencia, la dieta, y otras afecciones, como la hipertensión arterial. Se ha observado que la hipertensión arterial y las altas concentraciones de glucosa en la sangre aumentan el riesgo de que una persona diabética termine sufriendo insuficiencia renal.

(<http://alexiabrothershealth.adam.com/content.aspx?productid=118&pid=5&gid=000471>, 2017)

C) CLASIFICACIÓN

Esta se puede clasificar en aguda y crónica, en función de la forma de aparición y, sobre todo, en la recuperación o no de la lesión.

Mientras que la insuficiencia renal aguda es reversible en la mayoría de los casos, la insuficiencia renal crónica (IRC) presenta un curso progresivo hacia la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), la cual varía en función de la enfermedad causante, además de unos pacientes a otros.

La insuficiencia renal crónica es la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas funcionales que lleva a una incapacidad renal para realizar las funciones depurativas, excretoras, endocrinas, metabólicas y reguladoras del equilibrio hidroelectrolítico y ácido base. (ALMAGUER M, 2010)

D) MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Todas las enfermedades que afectan los riñones, bien sea primaria o secundariamente, pueden potencialmente llevar al estado de I.R.C., siendo variable el tiempo en el cual ésta se desarrolla. La expresión clínica de disfunción renal es limitada, y por tanto puede pasar inadvertida. En los casos de IRC secundaria los síntomas y signos van a corresponder a los de la enfermedad etiológica y pueden predominar sobre el síndrome urémico; cuando este sobreviene usualmente corresponden a disfunciones de otros órganos y sistemas y pueden aparecer como no relacionadas con enfermedades renales. Ejemplos de dichas situaciones son: palidez progresiva inexplicada, disminución de la capacidad de trabajo, cefalea, náuseas o vómito, neuropatía, etcétera. (ALMAGUER M, 2010)

E) DIAGNÓSTICO

La detección temprana de la IRC permite intervenciones más precisas y eficaces para poder evitar la progresión de la enfermedad y la prevención de complicaciones cardiovasculares asociadas. Resulta sencillo

identificar la IRC mediante 2 pruebas: un examen de orina completo para detectar proteinuria y un examen de creatinina que permite estimar la función renal.

- **La Proteinuria:** Es el marcador clásico de daño renal establecido, los individuos sanos excretan pequeñas cantidades de proteína en la orina, normalmente alrededor de unos 100 mg/día. Un sujeto presenta proteinuria cuando esta excreción supera los 150 mg/día. Este marcador, generalmente, representa que el sujeto tiene algún daño renal, además de ser un marcador de comorbilidad cardiovascular y de progresión de nefropatía. (1,2)
- **Examen de Creatinina:** Dentro de los marcadores comentados, el más utilizado es el que tiene relación con la creatinina y que sirve para poder extraer la ecuación matemática de la Velocidad de Filtración Glomerular (VFG).
- El riñón realiza diversas funciones interrelacionadas (regulación del metabolismo hidroelectrolítico, control de la presión arterial, depuración de productos nitrogenados, producción de eritropoyetina, activación de vitamina D), todas ellas dependientes de la VFG, unidad de evaluación de la función renal.
- La VFG es el volumen de plasma depurado de una sustancia ideal por unidad de tiempo (ml/minuto). La sustancia ideal es la que se filtra libremente a través del glomérulo y no se secreta ni se reabsorbe en el túbulo renal. El valor normal de VFG es de $130 \text{ ml/min} \times 1.73 \text{ m}^2$ en hombres y de $120 \text{ ml/min} \times 1.73 \text{ m}^2$ en mujeres, aunque declina con la edad, a partir de los 30 años, a razón de 1 ml/min por año. (ALMAGUER M, 2010)(FLORES JC, 2009)

F) COMPLICACIONES DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Las complicaciones son:

- **La Hipertensión Arterial:** Es la complicación más común de la IRC en presencia de uremia, siendo el aumento del volumen corporal su

causa principal. Un alto porcentaje de pacientes con IRC desarrollan hipertrofia del ventrículo izquierdo y cardiomiopatía dilatada.

- **Anemia:** La disminución en la síntesis de eritropoyetina ocasiona anemia, que por lo general se observa cuando la TFG disminuye a menos de 30ml/min/1.73m². La anemia ocasiona un aumento del gasto cardiaco, hipertrofia y dilatación de las cavidades cardiacas, angina, insuficiencia cardiaca, disminución de la concentración y agilidad mental, alteración del ciclo menstrual y del estado inmunológico.
- **Hiperkalemia:** Algunas etiologías de la IRC, en particular la nefropatía diabética, alteran severamente los mecanismos de secreción de potasio en la nefrona, permitiendo el desarrollo de hiperkalemia. Se debe mantener un balance adecuado de potasio ya que su efecto en la función cardiaca puede ocasionar arritmias y resultar en un paro cardiaco.
- **Acidosis:** Los riñones juegan un papel fundamental en la regulación del equilibrio ácido base en el organismo. En las etapas avanzadas de la enfermedad renal es común la acidosis debido a que disminuye la capacidad de excretar hidrogeniones en forma de amonio, causando un balance positivo de ácido en el organismo.
- **La hiperfosfatemia:** Se presenta en estadios avanzados de la insuficiencia renal, en pacientes con TFG menor a 20 ml/min/1.73m², siendo esta una de las principales causas de hiperparatiroidismo en los pacientes con IRC
- **Las manifestaciones dermatológicas:** Incluyen palidez, equimosis y hematomas, mucosas deshidratadas, prurito y excoriaciones. Comúnmente se observa una coloración amarillenta resultado de la anemia y la retención de pigmentos metabólicos.

Algunos pacientes presentan una coloración grisácea a bronceada debido a la acumulación de hierro secundaria a repetidas transfusiones, aunque se ve menos con la administración de eritropoyetina. (PORTER, 2014)(FLORES JC, 2009)

G) EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL

El deterioro que caracteriza la enfermedad renal en los pacientes diabéticos tiene lugar en los glomérulos y alrededor de los mismos. Los glomérulos son las unidades filtradoras de sangre de los riñones.

Al comienzo de la enfermedad, la eficiencia de la filtración disminuye y se pierden proteínas importantes de la sangre por la orina. Los profesionales médicos juzgan la presencia y extensión de la enfermedad renal incipiente midiendo el contenido de proteínas de la orina.

Más adelante, en el curso de la enfermedad, los riñones pierden la capacidad de retirar de la sangre los productos de desecho, como la creatinina y la urea. Mediante la determinación de estos productos en la sangre se sabe qué tanto ha avanzado la enfermedad renal.

Los cinco estadios de la enfermedad

Los científicos han descrito cinco estadios de la evolución de la insuficiencia renal:

- **Estadio I.** Aumenta el flujo de sangre a través de los riñones, y por lo tanto, de los glomérulos (hiperfiltración), los riñones son más grandes de lo normal. Algunas personas se quedan indefinidamente en el estadio I; otras pasan al estadio II después de muchos años.
- **Estadio II.** La tasa de filtración permanece elevada o a niveles casi normales y los glomérulos comienzan a mostrar daños.

Aparecen en la orina pequeñas cantidades de una proteína sanguínea llamada albúmina, esto se conoce como microalbuminuria.

En estos estadios incipientes es posible que no se detecte la microalbuminuria en cada examen, sin embargo, a medida que aumenta la tasa de pérdida de albúmina de 20 a 200 microgramos por minuto, el hallazgo de micro albuminuria se hace más constante. (Las pérdidas normales de albúmina son de menos de 5 microgramos por minuto.)

- **Estadio III.** La pérdida de albúmina y de otras proteínas en la orina pasa de 200 microgramos por minuto y puede detectarse en los análisis corrientes de orina. Estos análisis se realizan generalmente sumergiendo tiras indicadoras en la orina. Al estadio III se le llama a veces "albuminuria clínica" o "nefropatía diabética franca". Algunos pacientes presentan hipertensión arterial, los glomérulos sufren daños mayores. Los riñones pierden paulatinamente la capacidad de filtrar los desechos y aumentan las concentraciones sanguíneas de creatinina y nitrógeno ureico. Las personas que tienen diabetes tipo 1 y 2 pueden permanecer en el estadio III durante muchos años.
- **Estadio IV.** Se conoce como "nefropatía clínica avanzada". La tasa de filtración glomerular disminuye a menos de 75 mililitros por minuto, se excretan grandes cantidades de proteínas en la orina y casi siempre se presenta hipertensión arterial. Las concentraciones de creatinina y de nitrógeno ureico en la sangre se elevan aún más.
- **Estadio V.** El estadio final es la insuficiencia renal. La tasa de filtración glomerular desciende a menos de 10 mililitros por minuto y se manifiestan los síntomas de insuficiencia renal.

Los síntomas por lo general se presentan en las últimas etapas de la enfermedad, cuando la función renal ha disminuido a menos del 10 al 25 por ciento de la capacidad normal, pueden pasar muchos años antes de que se llegue a ese punto por lo que se dice que la enfermedad renal en la diabetes es un proceso silencioso. (SCHWEDT, 2006)

(<http://www.tusalud.com.mx/120503.htm>, 2007)

H) TRATAMIENTO

El control de la presión arterial retrasará un mayor daño al riñón.

Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o los bloqueadores de los receptores de angiotensina (BRA) se emplean con mayor frecuencia.

El objetivo es mantener la presión arterial en o por debajo de 130/80 mm Hg. Hacer cambios al estilo de vida como los siguientes puede ayudar a proteger los riñones y prevenir cardiopatía y ataque cerebral (accidente cerebrovascular):

- No Fume.
- Consuma comidas con un contenido bajo de grasa y colesterol.
- Haga ejercicio regularmente (hable con su médico o enfermera antes de empezar).
- Tome medicamentos para bajar el colesterol, si es necesario y por prescripción médica.
- Mantenga controlado el nivel de azúcar en la sangre.
- Evite ingerir demasiada sal o potasio.

Siempre hable con el especialista en riñones antes de tomar cualquier medicamento de venta libre. Esto incluye vitaminas, hierbas y suplementos. Asegúrese de que todos los proveedores de atención que usted visita sepan que padece ERC.

Otros tratamientos pueden incluir:

- Medicamentos llamados fijadores de fosfato para ayudar a evitar los niveles altos de fósforo.
- Hierro extra en la alimentación, comprimidos de hierro, hierro a través de una vena (hierro intravenoso) inyecciones especiales de un medicamento llamado eritropoyetina y transfusiones de sangre para tratar la anemia.

- Calcio y vitamina D extra (siempre hable con su proveedor antes de tomarlos).

Su proveedor puede solicitarle que siga una dieta para la ERC especial.

- Limitar los líquidos
- Comer menos proteína
- Restringir el fósforo y otros electrolitos
- Obtener suficientes calorías para prevenir la pérdida de peso.

(CARLOS, JUAN, & LILIAN, 2009)

Extraído de ADAM Enciclopedia (Multimedia, 2017)

¿Cómo postergar el curso de la nefropatía diabética?

- **Tratar de normalizar el azúcar en sangre.**

Dieta sin azúcares y restricción de carbohidratos. Midiendo en forma rutinaria el nivel de azúcar en sangre con tirillas o maquinilla. Tirillas en orina no nos dan una información adecuada.

Hipoglucemiantes orales a dosis adecuadas o aplicaciones de insulina. Controles periódicos con su endocrinólogo.

- **Control de las infecciones urinarias.**

Es conocido que el diabético es más propenso a infecciones urinarias (cistitis, pielonefritis, abscesos renales). Ante síntomas de ardor al orinar, micción frecuente, orina turbia o mal oliente, es importante un examen de orina y cultivo de la misma, para luego utilizar antibióticos o antisépticos urinarios.

- **Normalización de la presión arterial.**

Es importante mantener la presión en valores normales para lo cual se deben considerar aspectos como:

- Mantener una dieta hiposódica (baja en sal).
- Uso de medicamentos antihipertensivos sobre todo de tipo IECAs para mantener $> 140 / 90$ mm Hg.
- Ejercicio físico adecuado o regulado a su estado físico.
- **Detectar precozmente la microalbuminuria (5 o 7 años de diabetes)**
Visitar al nefrólogo para detección precoz de la nefropatía, midiendo la albúmina en 24 horas.
- **Disminuir la ingesta de proteínas (< 8 g/Kg. peso)**
Reducir las proteínas animales, no consumir carnes rojas, prioridad al pollo, pescado, clara de huevo.
- **Control de la anemia**
Utilizando aportes de hierro y de eritropoyetina (Recormón) para mantener niveles de glóbulos rojos adecuados.
- **Consumo de líquidos de acuerdo a la cantidad que orina**
En caso de hincharse es importante restringir los líquidos, es necesario que cuantifique la orina y sume la ingesta de líquidos del día (agua, sopas, jugos, leche, etc.) hay que mantener un balance igual entre ingesta y lo que se orina. Como se puede apreciar por lo expuesto, en el diabético esa hiperglicemia mantenida por muchos años afecta progresivamente los riñones llegando a aniquilar su función.
Cuando ellos ya están afectados es probable que el azúcar ya no se eleve y no requieran los medicamentos que se usaron por muchos años.

(<http://www.tusalud.com.mx/120503.htm>, 200)

I) PREVENIR O RETRASAR LA PROGRESIÓN DE LA ERC:

➤ RENOPROTECCIÓN

El manejo conservador de la ERC tiene como principal objetivo prevenir o retrasar la progresión de la enfermedad. Se trata, fundamentalmente, de medidas antiproteinúricas incluyendo el tratamiento antihipertensivo. Asimismo, existe una amplia evidencia de que los pacientes con ERC padecen mayor riesgo cardiovascular, lo que se explica en parte por los factores de riesgo tradicionales (HTA, síndrome metabólico, diabetes, dislipidemias, etc.) más los propios efectos del estado urémico.

Por lo tanto, además de las medidas para retrasar la progresión de la ERC, hay dos áreas de actuación fundamentales en el manejo de estos enfermos:

- 1) Prevención de las complicaciones propias del estado urémico.
- 2) Manejo de los trastornos metabólicos asociados al daño renal y cardiovascular que ocurre con frecuencia en estos pacientes.

➤ MEDIDAS GENERALES

Antes del manejo dietético y farmacológico específico de la HTA y la proteinuria, debe hacerse hincapié en unas premisas que, aunque obvias y repetidas, no deben dejar de prescribirse y vigilarse.

- **Evitar hábitos tóxicos:** abstinencia de tabaco y drogas. Una ingesta moderada de alcohol se considera tolerable: 12-14 gr de etanol (300 cc cerveza o 150 cc de vino)
- **Ejercicio físico:** Como norma general, se recomienda realizar 30-60 minutos de ejercicio moderado de 4 a 7 días por semana; como opinión personal: debe individualizarse, pero cuanto más mejor, de forma progresiva y paulatina. Esta sugerencia es

especialmente importante en individuos con exceso de peso. Ejercicio aeróbico y dinámico, aumentando progresivamente el tiempo más que el esfuerzo.

- **Manejo nutricional general:** Debe prevenirse el déficit nutricional con dieta balanceada y rápida intervención ante estados catabólicos. Asimismo, debe ajustarse la ingesta de hidratos de carbono y lípidos al estado metabólico individual

Se considera relevante evitar el sobrepeso en esta población por dos razones primordiales:

- 1) Prevenir la hiperfiltración glomerular y el desarrollo de proteinuria.
 - 2) Un índice de masa corporal elevado (en general $>32\text{-}35\text{ kg/m}^2$ según los centros trasplantadores) es un criterio de exclusión en lista de espera de trasplante renal.
- **Hidratación y volumen de orina** Debe asegurarse una adecuada ingesta líquida especialmente en pacientes mayores y en épocas estivales. Alcanzar una diuresis de 2-3 litros al día, o incluso mayor, es una propuesta razonable y adecuada. Esta medida se aplica con más evidencia en pacientes con poliquistosis renal. Esta recomendación debe aplicarse con cautela e individualizarse en caso de pacientes en riesgo de fallo cardíaco, las medidas de hidratación deben aplicarse con cautela, advirtiéndole al paciente de los riesgos de retención hidrosalina. No es aplicable a pacientes con síndrome cardiorrenal, con riesgo de retención hidrosalina e insuficiencia cardíaca congestiva.

(ARQUINIGO, 2008) (CARRILLO A, 2015)

➤ **MEDIDAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN**

La promoción de salud consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre esta. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y

realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

Aspectos como los factores motivacionales, el aprendizaje, las creencias y las influencias sociales, además de la historia biológica, han sido identificados como componentes de las conductas y hábitos que caracterizan el estilo de vida de una persona, por lo que establecer conductas saludables y eliminar conductas de riesgo de manera estable, como aspiración de la promoción de salud, resulta un reto para nuestra ciencia.

Estas labores de promoción de salud se deben realizar de acuerdo con las características particulares de cada población, como son: nivel de vida, nivel de escolaridad, edad de la población en la que se desarrollan esta labor, para así asegurar un buen entendimiento y aprovechamiento de la actividad fundamentalmente encaminada hacia los factores que determinan las enfermedades; de ahí que esta tarea se encamine básicamente a mejorar los hábitos de higiene, hábitos dietéticos, hábitos deformantes y los nocivos como: el consumo de alcohol y el tabaco.

La recuperación y promoción de la salud es la meta de la práctica profesional de enfermería. Desde los escritos de Nightingale hasta el siglo XX, la enfermera se ha esforzado por alcanzar esa meta al considerarlos sistemas totales de los individuos, familias, grupos u organizaciones.

Las enfermeras tienen un rol docente dentro de sus funciones por lo tanto están activamente comprometidas en brindar enseñanzas y orientación en la promoción de la salud y cada uno de los tres niveles de prevención. Las estrategias de prevención pueden ser dirigidas sobre el sistema del individuo, de la familia, del grupo, de la organización y de la comunidad; las intervenciones pueden tener lugar en cualquier momento del desarrollo de la enfermedad. (CARRILLO A, 2015)

➤ **ROL DE ENFERMERÍA EN AUTOCUIDADOS**

Para conceptualizar el autocuidado es pertinente retomar el concepto de cuidado de Colliere F: “acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación”. Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo o persona; es importante señalar que los mismos se refieren a todas aquellas acciones que el individuo emprende por sí mismo y que se encuentran orientada a la prevención de las complicaciones derivadas de una enfermedad, en el caso particular de esta investigación, la promoción de autocuidados por parte de la enfermera, se refiere a la información proporcionada por la enfermera que permita al paciente tomar parte activa y consciente en la prevención de las complicaciones más frecuentes derivadas de un manejo inadecuado de la insuficiencia renal.

Por lo tanto, la promoción de los autocuidados puede considerarse como un proceso educativo que se basa en los principios de responsabilidad y conciencia de los hábitos que debe conservar el individuo para su bienestar general.

Al respecto Brunner y Suddarth (1998), definen el fomento de los autocuidados como:

“El conjunto de actividades que, al acentuar los aspectos positivos ayudan a que la persona haga uso por sí misma de los recursos que conservan o mejoran su bienestar general, así como la calidad de su vida. Esto hace referencia a las acciones que realiza el sujeto encaminadas a permanecer sano y que no requiera la participación del personal asistencial”. (P.44)

Siendo la enfermera parte del equipo de salud, esta juega un rol relevante en el campo de la educación para la salud. Brunner y Suddarth indican que:

“La enseñanza para el fomento de la salud es indispensable en la asistencia de enfermería, estando dirigida al fomento, conservación y restauración de la salud, así como a la adaptación a los efectos residuales de las enfermedades”. (p.35).

Este último aspecto tratado en la cita anterior es de vital importancia, ya que en muchos casos la aparición de las complicaciones derivadas de un mal manejo de la enfermedad deja secuelas, con las que el enfermo debe aprender a vivir y a tomar las precauciones necesarias que le permitan evitar mayores complicaciones, objetivo que puede ser logrado a través de la observancia de los autocuidados necesarios. (SCHWEDT, 2006)

1.2. BASE TEORICA

TEORIAS DEL APRENDIZAJE

A través de la historia el hombre ha demostrado su interés no sólo en aprender sino también en descubrir cómo se aprende y perfeccionar ese aprendizaje lo que le ha llevado al planteamiento de varias teorías las más modernas expongo:

1.2.1. EL COGNITIVISMO

El cognitivismo hace su aparición estudiando la conciencia como inteligencia, después como aprendizaje y el planteamiento central es que “la verdadera naturaleza del aprendizaje no se sitúa en la conducta sino en los procesos mentales causantes del cambio de conducta resultante” (Almaraz Carretero, 1995). De allí que “el estudio del aprendizaje es, por tanto, el estudio del mecanismo de adquisición de

conocimiento: cómo y en qué circunstancias funciona, qué tipo de conocimiento produce, cómo el conocimiento adquirido produce cambios en la conducta de los individuos” (Ibíd.).

En el mismo sentido Puente, y Otros señalan que la ciencia cognoscitiva es aquella que busca comprender los sistemas inteligentes y la naturaleza de la misma. (Puente, 1989). Esta concepción basa su explicación en el desarrollo de los procesos mentales y reconoce el aprendizaje como un cambio más o menos permanente, estable en el sujeto como consecuencias del sistema de influencias que actúa sobre él.

Las teorías cognitivas se dedican a la conceptualización de los procesos del aprendizaje del estudiante y se ocupan de como la información es recibida, organizada, almacenada y localizada.

La adquisición del conocimiento se describe como una actividad mental que implica una codificación interna y una estructuración por parte del estudiante. El estudiante es visto como un participante muy activo del proceso de aprendizaje.

Las explicaciones, instrucciones, las demostraciones, los ejemplos demostrativos y la selección de contraejemplos correspondientes, se consideran instrumentos para guiar el aprendizaje del alumno. Igualmente, el énfasis se localiza en el papel que juega la práctica con retroalimentación correctiva.

Elementos claves adicionales incluyen la manera como los estudiantes atienden a, codifican, transforman, ensayan, almacenan y localizan la información. Se considera que los pensamientos, las creencias, las actitudes y los valores también influyen en el proceso de aprendizaje. El verdadero centro del enfoque cognitivo se localiza en cambiar al estudiante animándolo para que utilice las estrategias instruccionales apropiadas.

El Cognoscitivismo es, de manera simplificada, el proceso independiente de decodificación de significados que conduzcan a la adquisición de conocimientos a largo plazo y el desarrollo de estrategias que permitan la libertad de pensamiento, la investigación y el aprendizaje continuo en cada individuo, lo cual le da un valor real a cualquier cosa que desee aprender.

Entre sus principales representantes tenemos a:

Jean Piaget: Desarrollo intelectual por etapas. Intenta explicar la forma en cómo se desarrollan las estructuras cognitivas y descubrió que los procesos del pensamiento, lenguaje y socialización están en función de acuerdo con la edad.

Jerome Bruner: Aprendizaje por Descubrimiento.

La representación enactiva: el sujeto representa los acontecimientos, los hechos y las experiencias por medio de la acción.

La representación icónica: es más evolucionada. Echa mano de la imaginación. Se vale de imágenes y esquemas espaciales más o menos complejos para representar el entorno.

La representación simbólica: se vale de los símbolos para representar el mundo. Esos símbolos son a menudo abstracciones.

David Ausubel: Aprendizaje Significativo.

Se entiende por aprendizaje significativo a la incorporación de la nueva información a la estructura cognitiva del individuo. Esto crea una asimilación entre el conocimiento que el individuo posee en su estructura cognitiva con la nueva información, facilitando el aprendizaje.

Robert Gagné: Niveles de Aprendizaje.

Para Gagné el proceso de aprendizaje se inicia con la motivación en la que se crea una expectativa que mueve a aprender. Sigue la fase de comprensión en la que se llama la atención del aprendiz sobre lo que es importante y así se favorece que aprenda. Luego viene la fase de adquisición y retención cuando se pasa de no aprendido a aprendido.

Howard Gardner: Inteligencias Múltiples

Creo la teoría de las **inteligencias múltiples** en contra del paradigma de una inteligencia única. Decía que las personas tenían diferentes tipos de inteligencia.

1.2.2. EL CONSTRUCTIVISMO

Como complemento del cognitivismo nace el constructivismo, es una posición compartida por diferentes tendencias de la investigación psicológica y educativa. Entre ellas se encuentran las teorías de Jean Piaget (1952), Lev Vygotsky (1978), David Ausubel (1963), Jerome Bruner (1960), y aun cuando ninguno de ellos se denominó como constructivista sus ideas y propuestas claramente ilustran las ideas de esta corriente.

El Constructivismo, es en primer lugar una epistemología, es decir una teoría que intenta explicar cuál es la naturaleza del conocimiento humano.

El constructivismo sostiene que el conocimiento previo da lugar a la producción de un conocimiento nuevo; asume que nada viene de nada. Esta teoría sostiene que el aprendizaje es fundamentalmente activo. Una persona que aprende algo nuevo, lo incorpora a sus experiencias previas y a sus propias estructuras mentales. Cada nueva información asimilada y depositada en una red de conocimientos y experiencias que existen previamente en el sujeto, como resultado podemos decir que el aprendizaje no es ni pasivo ni objetivo, por el contrario, es un proceso subjetivo que cada persona va modificando constantemente a la luz de sus experiencias.

Concepción social del constructivismo

Lev Vygotsky es considerado el precursor del constructivismo social. A partir de él, se han desarrollado diversas concepciones sociales sobre el aprendizaje.

Algunas de ellas amplían o modifican sus postulados, pero la esencia del enfoque constructivista social permanece. Lo fundamental del enfoque de Lev Vygotsky consiste en considerar al individuo como el resultado del proceso histórico y social donde el lenguaje desempeña un papel esencial. Para Lev Vygotsky, el conocimiento es un proceso de interacción entre el sujeto y el medio, pero el medio entendido como algo social y cultural, no solamente físico.

La contribución de Vygotsky ha significado que ya el aprendizaje no se considere como una actividad individual, sino más bien social. Se valora la importancia de la interacción social en el aprendizaje. Se ha comprobado que el estudiante aprende más eficazmente cuando lo hace en forma cooperativa.

El constructivismo busca ayudar a los estudiantes a internalizar, reacomodar, o transformar la información nueva. Esta transformación ocurre a través de la creación de nuevos aprendizajes y esto resulta del surgimiento de nuevas estructuras cognitivas (GRENOON, 1999), que permiten enfrentarse a la concepción constructivista y se organiza en torno a las ideas siguientes:

- El alumno es el responsable de su propio aprendizaje.
- El alumno construye el conocimiento por sí mismo y nadie puede sustituirlo en esta tarea.
- El alumno relaciona la información nueva con los conocimientos previos, lo cual es esencial para la construcción del conocimiento.
- Los conocimientos adquiridos en un área se ven potenciados cuando se establecen relaciones con otras áreas.
- El alumno da un significado a las informaciones que recibe
- La actividad mental constructivista del alumno se aplica a contenidos que ya están muy elaborados previamente; es decir los contenidos son el resultado de un proceso de construcción a nivel social.

- Se necesita un apoyo (profesor, compañero, padres, etc.) para establecer el “andamiaje” que ayude a construir el conocimiento.
- El profesor debe ser un orientador que guía el aprendizaje del alumno, intentando al mismo tiempo que la construcción del alumno se aproxime a lo que se considera como conocimiento verdadero.

Básicamente puede decirse que el constructivismo es el modelo que mantiene que una persona tanto en los aspectos cognitivos, sociales y afectivos del comportamiento no es un mero producto del ambiente ni un simple resultado de sus disposiciones internas, sino una construcción propia que se va produciendo día a día como resultado de la interacción de estos dos factores. En consecuencia, según la posición constructivista del ser humano esta construcción se realiza con los esquemas que la persona ya posee (conocimientos previos) o sea con lo que ya construyó en su relación con el medio que los rodea. Esta construcción que se realiza todos los días y en casi todos los contextos de la vida, depende sobre todo de dos aspectos:

- 1.1.1.1. De la representación inicial que se tiene de la nueva información.
- 1.1.1.2. De la actividad externa o interna que se desarrolla al respecto.

En definitiva todo aprendizaje constructivo supone una construcción que se realiza a través de un proceso mental que conlleva a la adquisición de un conocimiento nuevo. Pero en este proceso no es solo el nuevo conocimiento que se ha adquirido sino, sobre todo la posibilidad de construirlo y adquirir una nueva competencia que le permitirá generalizar, Es decir aplicar lo ya conocido a una situación nueva.

El modelo constructivista está centrado en la persona, en sus experiencias previas de las que realiza nuevas construcciones mentales, considera que la construcción se produce:

- a) Cuando el sujeto interactúa con el objeto del conocimiento (Piaget).
- b) Cuando esto lo realiza en interacción con otros (Vygotsky)
- c) Cuando es significativo para el sujeto (Ausubel)

Principales representantes del constructivismo

JEAN PIAGET (1896-1980) Plantea que el aprendizaje es evolutivo. El aprendizaje es una reestructuración de estructuras cognitivas. Las personas asimilan lo que están aprendiendo interpretándolo bajo el prisma de los conocimientos previos que tienen en sus estructuras cognitivas.

De esta manera se consigue:

- Mantener la estructura cognitiva
- Ampliar la estructura cognitiva
- Modificar la estructura cognitiva

El docente sabe que la persona está aprendiendo si es capaz de explicar el nuevo conocimiento adquirido.

LEV VIGOTSKY (1896-1934) Afirma que el aprendizaje está condicionado por la sociedad en la que nacemos y nos desarrollamos.

La cultura juega un papel importante en el desarrollo de la inteligencia. De ahí que en cada cultura las maneras de aprender sean diferentes. Tiene que ver con el cognoscitivismo ya que, en la comunicación con el entorno, moldea su conocimiento y comportamiento.

El aprendizaje guiado se relaciona con la posibilidad de aprender con la ayuda de personas más hábiles.

DAVID AUSUBEL (1918-2008)

El punto de partida de todo aprendizaje son los conocimientos y experiencias previas. En palabras del propio Ausubel “el factor más

importante que influye en el aprendizaje es lo que el alumno ya sabe”. El aprendizaje adquiere significado si se relaciona con el conocimiento previo.

El alumno construye sus propios esquemas de conocimiento.

Relaciona los nuevos conocimientos con los conocimientos previos. Para ello el material nuevo tiene que estar organizado en una secuencia lógica de conceptos. De lo general a lo específico.

El alumno debe relacionar conscientemente las nuevas ideas con las estructuras cognitivas previas. Cuando el alumno no tiene desarrolladas esas estructuras previas, como en el caso de muchas disciplinas escolares, solo puede incorporar el nuevo material de manera memorística. Como resulta imposible aplicarlo a la práctica, se olvida con facilidad. El aprendizaje no se produce si no hay interés por parte del alumno.

Jerome Bruner (1915-2016)

La teoría acerca del constructivismo de Bruner abarca la idea del aprendizaje como un proceso activo en el que se forman nuevas ideas basadas en el conocimiento tanto actual como pasado. Una estructura cognitiva, en la teoría de Bruner, se define como el proceso mental que ofrece al aprendiz la habilidad de organizar experiencias y derivar significado de ellas.

La teoría de Bruner da mucho énfasis a la significación de la categorización en el aprendizaje. “Percibir es categorizar, conceptualizar es categorizar, aprender es formar categorías, tomar decisiones es categorizar”. La interpretación de la información y las experiencias según las similitudes y diferencias entre ellas es un concepto clave en su teoría.

Bruner recibió influencias de las ideas de Piaget acerca del desarrollo cognitivo en los niños. Durante la década de 1940, sus

investigaciones más tempranas se centraron en el impacto de las necesidades, motivaciones y expectativas (constructos mentales) y en su influencia en la percepción.

Bruner creía que el pensamiento intuitivo y analítico debería ser promovido y recompensados. Pensaba que las habilidades intuitivas estaban infravaloradas. Para Bruner, la comprensión de la estructura fundamental de un tema era indispensable para el aprendizaje. Veía la categorización como un proceso fundamental en la estructuración del conocimiento. Los detalles, según él, se retienen mejor si se localizan dentro del contexto del que provienen.

Por último, es necesario mencionar los aportes que hizo Bruner a la pedagogía, puesto que es este autor quien manifiesta que los aprendizajes estarán determinados por la cultura, por el lenguaje, por la biología humana, así como también por la interacción sociohistórica-cultural (Este autor toma elementos de la teoría de Piaget, y elementos de la teoría de Vygotsky y los une para formar su propia teoría). Por otro lado, nos hace reflexionar acerca de los aprendizajes significativos, puesto que es nuestra tarea lograr generar que nuestros estudiantes construyan aprendizajes que perduren a través del tiempo y no sean solamente aprendizajes memorísticos.

La pedagogía es una labor realmente maravillosa, sólo nos falta entender que nosotros los docentes no somos los transmisores de conocimientos, sino que somos un puente que comunica los aprendizajes o conocimientos con el estudiante. Debemos ser los mediadores de éstos cuando el estudiante no logra por sí mismo aprender o realizar ciertas acciones.

CAPITULO II: DISEÑO METODOLOGICO

2.1. METODOLOGÍA.

El presente estudio de investigación es de un diseño cuasi experimental (un solo grupo de estudio) de corte longitudinal Prospectivo-Aplicativo porque permitió realizar el estudio del fenómeno en una realidad concreta;cuantitativo porque de alguna manera se ha asignado puntajes para poder medir la variable dependiente (conocimiento), se hizo uso de la estadística y de instrumentos válidos y confiables.

Es Cuasi experimental porque se manipulará una variable independiente que será introducida en un solo grupo de estudio obteniendo información antes y después de la aplicación de la Intervención Educativa.

Se trata de un estudio cuasi-experimental el diseño pre y post test con un solo grupo de estudio, por lo tanto, el esquema a utilizar es el siguiente:

$$\text{RG=} \quad \text{O1} \longrightarrow \text{X} \longrightarrow \text{O2}$$

R= Asignación al azar

G= Grupo de sujetos

X= Tratamiento o estímulo del programa educativo (variable independiente)

O1= Pretest sobre el conocimiento del paciente sobre la insuficiencia renal crónica antes de la aplicación del programa educativo

O2= Post test sobre el conocimiento del paciente sobre la insuficiencia renal crónica después de la aplicación del programa educativo

Es de corte longitudinal por que el tiempo es importante para medir los efectos en la variable dependiente en un antes y un después; y por otro lado prospectivo porque se recogieron datos en el presente con un seguimiento hacia el futuro observando modificaciones en las variables de estudio

El estudio se desarrolló en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo de ESSALUD ubicado en la plaza de la seguridad s/n, la cual es una institución que brinda atención básica y especializada a pacientes asegurados, según áreas o servicios que cada usuario solicita.

La población corresponderá a todos los pacientes con enfermedad renal crónica que son atendidos en el consultorio externo de nefrología del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” con el diagnóstico de

insuficiencia renal crónica sin terapia dialítica, según los datos estadísticos de la GRALA se obtiene en el año 2017 un total de 1027 pacientes atendidos con el diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal siendo un promedio en estadios 1, 2 y 3 que son los que no se dializan y forman el 35 % de la población atendida. (Med. César Antonio Loza Munarriz, 2016)

La muestra seleccionada será elegida al azar en la población mayor de 20 años y menores de 70 años que serán derivados para la consulta de enfermería en donde se aplicará el programa de autocuidado diseñado para la investigación objeto de estudio considerando un número aceptable de 25 consultantes

CAPITULO III: DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA Y DISEÑO DE LA PROPUESTA

3.1. DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

Al aplicaron un número de 50 encuestas a los pacientes que acuden al control de consulta externa se obtiene:

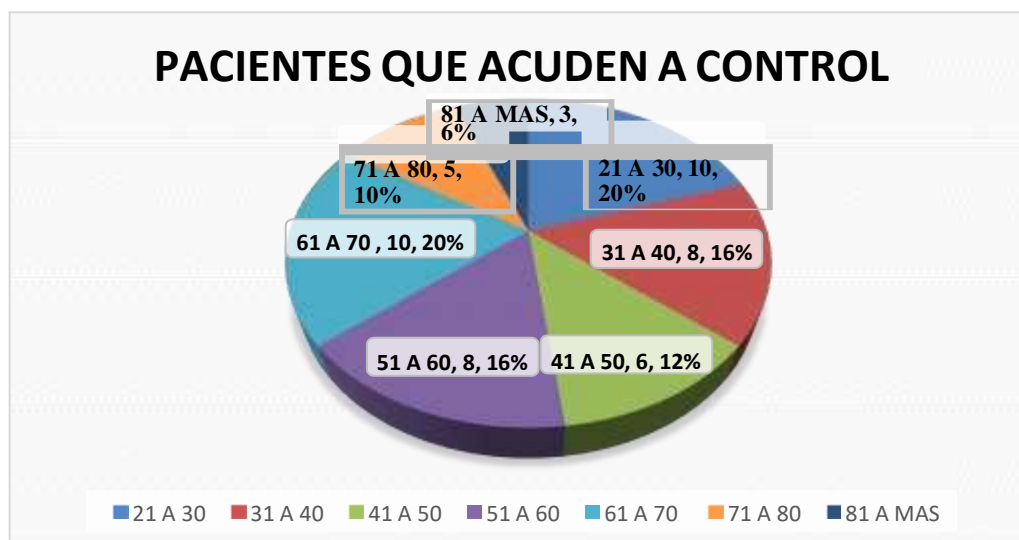
Tabla N° 1

GRUPO POR EDADES DE ENCUESTADOS:

EDADES	CANTIDAD	%
21 A 30	10	20
31 A 40	8	16
41 A 50	6	12
51 A 60	8	16
61 A 70	10	20
71 A 80	5	10
81 A MAS	3	6
TOTAL	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de EsSalud

Gráfico N° 01



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de EsSalud

En la Tabla y Gráfico N° 1: Según la distribución de grupos por edades de los encuestados encontramos que entre los 21 y 30 años y los 60 a 70 años son los de mayor porcentaje con 20% cada grupo.

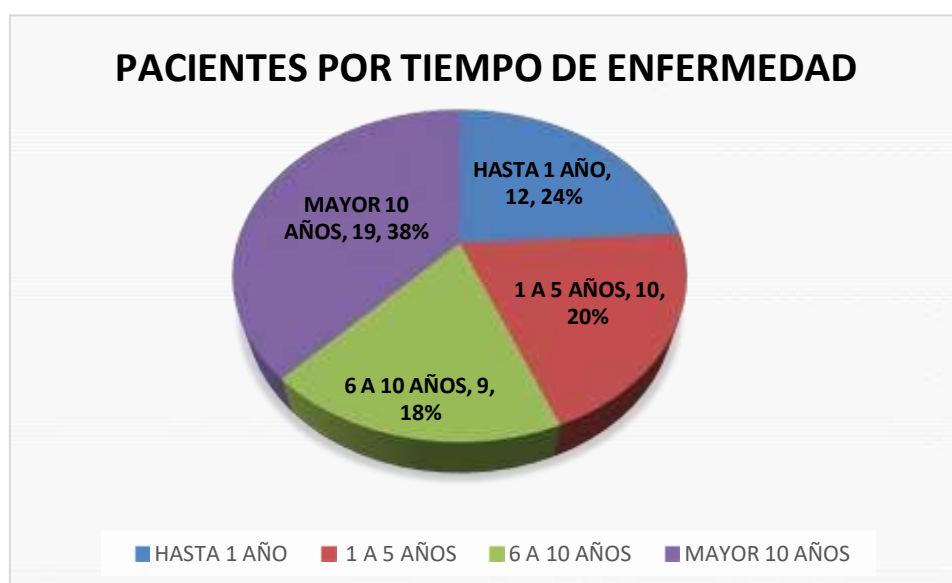
Tabla N° 02

Tiempo de enfermedad:

EDADES	PACIENTES	%
HASTA 1 AÑO	12	24
1 A 5 AÑOS	10	20
6 A 10 AÑOS	9	18
MAYOR 10 AÑOS	19	38
TOTAL	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de EsSalud

Gráfico N° 02



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de EsSalud

En la Tabla y Gráfico N° 2 En el tiempo de enfermedad se encuentra que los demás de 10 años tienen el 38% y los de 6 a 10 años tienen el 18 %.

Tabla N° 3

Conocen las complicaciones:

RESPUESTA	CANTIDAD	%
SI	21	42
NO	29	58
TOTAL	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de EsSalud

Gráfico N° 3



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de EsSalud

En la Tabla y Gráfico N° 3 Encontramos que un 58 % de encuestados que padecen la enfermedad desconocen las complicaciones que acarrea dicha patología.

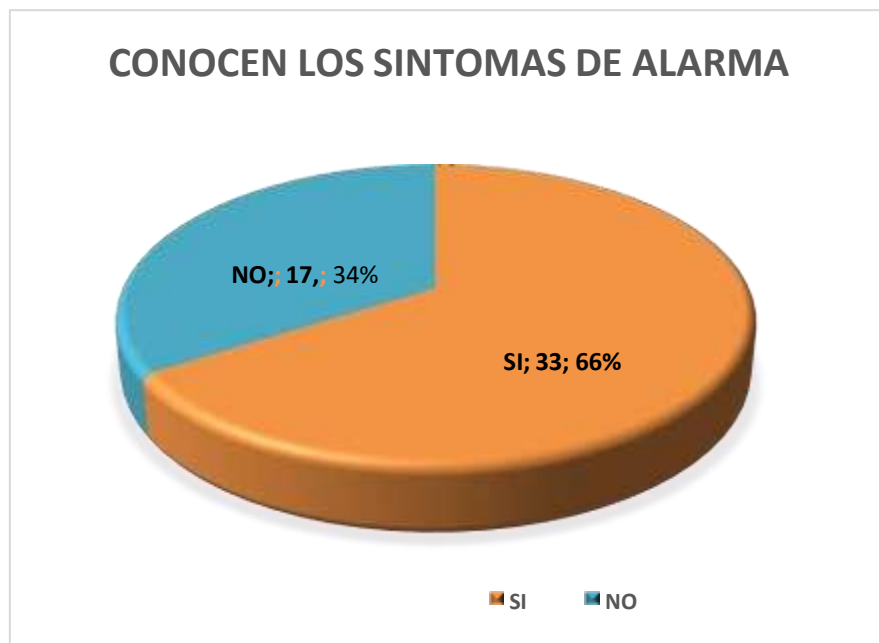
Tabla N° 4

Conocen los síntomas de alarma:

RESPUESTA	CANTIDAD	%
SI	33	66
NO	17	34
TOTAL	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de Es Salud

Gráfico N° 04



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de Es Salud

En la Tabla y Gráfico N° 4 Del total de encuestados el 66% dice conocer los síntomas de alarma de la enfermedad, mientras que un 34 % responde que desconoce los síntomas de alarma de la enfermedad.

Tabla N° 5

Conocen el tratamiento y cuidados que debe tener

RESPUES TA	CANTIDA D	%
SI	28	56
NO	22	44
TOTAL	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de Es Salud

Grafico N° 05



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de Es Salud

En la Tabla y Gráfico N° 5 Un 56% de los encuestados responde que si los conoce mientras un 44% responde que los desconoce.

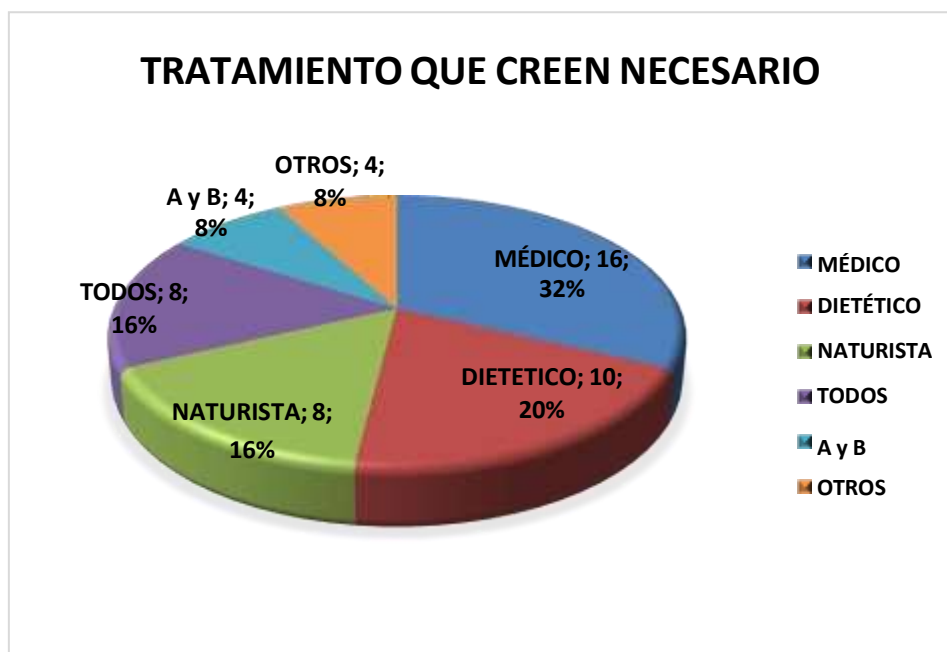
Tabla N° 6

¿Qué tratamiento cree usted que necesita?

TRATAMIENTO	CANTIDAD	%
MÉDICO	16	32
DIETÉTICO	10	20
NATURISTA	8	16
TODOS	8	16
A y B	4	8
OTROS	4	8
TOTAL	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de Es Salud

Gráfico N° 6



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de Es Salud

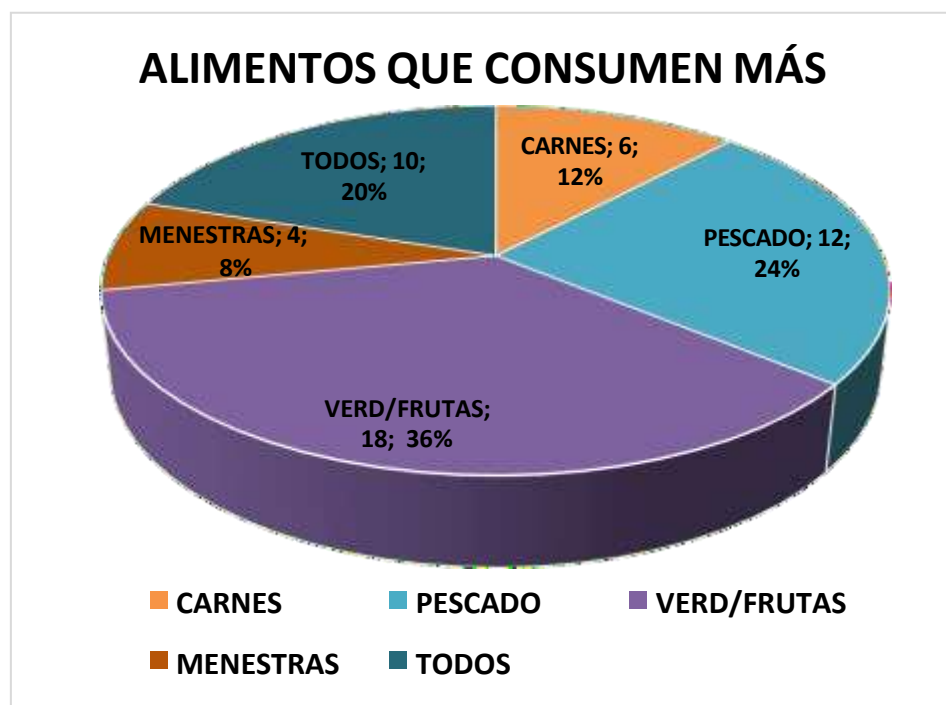
En la tabla y Gráfico N° 6 Se observa que el mayor porcentaje (32%) se inclina por el tratamiento médico, un empate (16%) de porcentajes de quienes optan por el tratamiento naturista o todos los tratamientos posibles y de igual manera quienes optan por dos alternativas de tratamiento u otro tipo de tratamiento (8%)

Tabla N° 7

¿Qué alimentos consume más?

ALIMENTOS	CANTIDAD	%
CARNES	6	12
PESCADO	12	24
VERD/FRUTAS	18	36
MENESTRAS	4	8
TODOS	10	20
TOTAL	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de Es Salud



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de Es Salud

En la Tabla y Gráfico N° 7 Según la encuesta un buen porcentaje (36%) prefiere consumir frutas y verduras, mientras un menor porcentaje (8%) considera el consumo de menestras dentro de su régimen dietético.

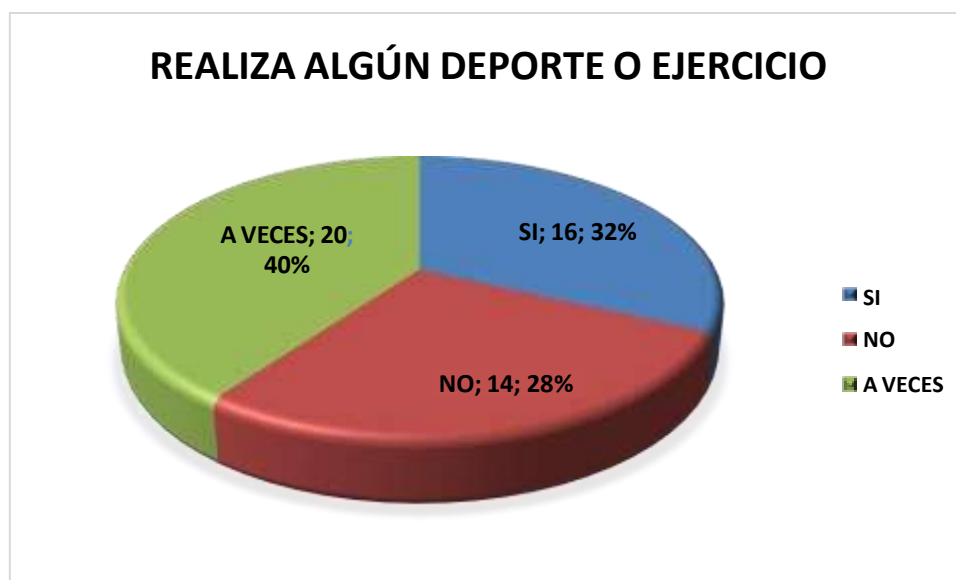
Tabla N° 8

Realiza algún deporte o ejercicio:

RESPUESTA	CANTIDAD	%
SI	16	32
NO	14	28
A VECES	20	40
TOTAL	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de Es Salud

Gráfico N° 8



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de Es Salud

En la Tabla y Gráfico N° 8 Se aprecia que existe un mayor porcentaje de encuestados que a veces realizan ejercicios (40%), mientras un 28% dice no realizar ningún tipo de ejercicio.

En términos generales la mayoría de pacientes no realizan ningún tipo de actividad física, no porque no quisieran sino porque no saben cuál es el ejercicio adecuado que deben realizar, debido a este problema encontrado se educó al paciente el tipo de ejercicio, la frecuencia y el tiempo que deben realizar, con la finalidad de mejorar su régimen de vida

Tabla N° 9

Le gustaría participar en un programa educativo de autocuidado:

RESPUESTA	CANTIDAD	%
SI	44	88
NO	6	12
TOTAL	50	100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de Es Salud.

Gráfico N° 9



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de Es Salud

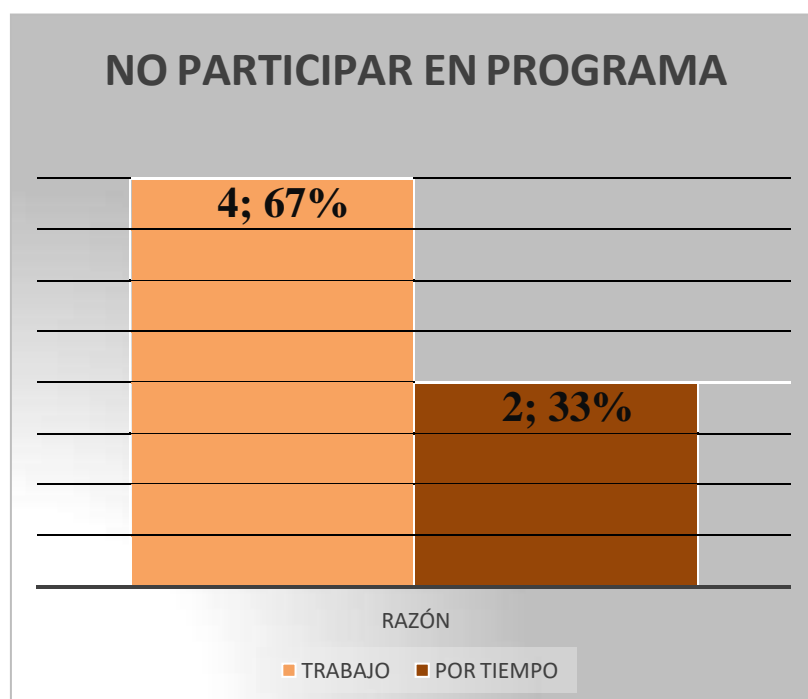
En la Tabla y Gráfico N° 9 parece dar una información positiva y es que el 88% de los pacientes entrevistados se sienten motivados para participar en el programa por el mejoramiento de su salud, pues pareciera que las personas tienen un alto grado de motivación por conocer cómo atender su enfermedad.

TABLA N° 10
POR QUE NO PARTICIPA EN EL PROGRAMA

NO	RAZÓN	%
4	TRABAJO	67
2	POR TIEMPO	33
6		100

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de Es Salud

Gráfico N° 10



Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología del Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de Es Salud

En la Tabla y Gráfico N° 10 muestra un complemento de la anterior en el que 6pacientes no participan en el programa, el 67% (4) de ellos por motivo de trabajoy un 33% (2) porque no dispone de tiempo evidenciándose de una desmotivaciónpara mejorar su salud.

:

3.1.2. RESULTADOS DE PRE Y POST TEST

**Tabla N° 11 Participantes
del Programa por Sexo**

Sexo	Cantidad	%
Hombres	6	24
Mujeres	19	76
Total	25	100

Fuente: Lista de pacientes de la consulta externa de nefrología participantes del Programa

Gráfico N° 11



Fuente: Lista de pacientes de la consulta externa de nefrología participantes del Programa

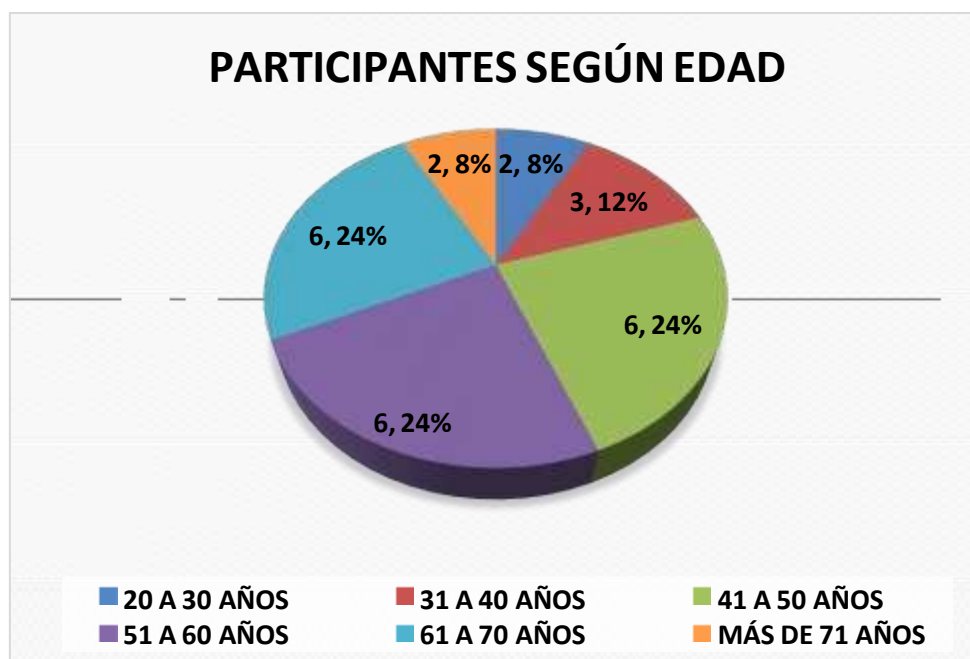
Según la tabla y gráfico N° 11 son veinticinco (25) pacientes que han participado del programa de ellos el 76% son mujeres y el 24% son hombres.

Tabla N° 12
Asistentes por Edad

ASISTENTES	EDAD	%
20 A 30 AÑOS	2	8
31 A 40 AÑOS	3	12
41 A 50 AÑOS	6	24
51 A 60 AÑOS	6	24
61 A 70 AÑOS	6	24
MÁS DE 71 AÑOS	2	8
TOTAL	25	100

Fuente: Lista de pacientes de la consulta externa de nefrología participantes del Programa

Gráfico N° 12



Lista de pacientes de la consulta externa de nefrología participantes del Programa

En la tabla y gráfico N° 12, se presentan las edades de los pacientes que participan del programa, en donde dos grupos son mayoritarios uno de 51 a 60 años y otro 41 a 50 años, ambos representan un 24% cada uno.

EN CUANTO A LAS PREGUNTAS FORMULADAS SE OBTIENE LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

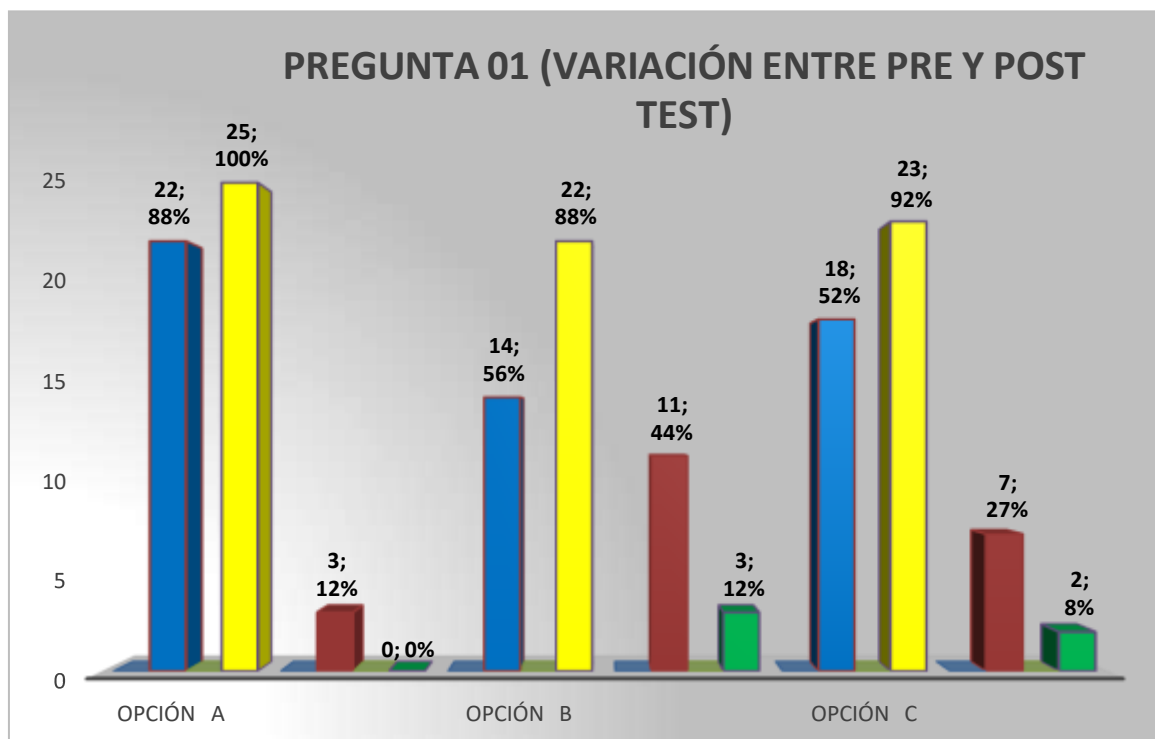
Tabla N° 13

¿Sabe cuáles son las funciones del riñón?

	OPCIÓN A		OPCIÓN B		OPCIÓN C	
PRE TEST	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS
PREGUNTA 1	22	3	14	11	18	7
POST TEST	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS
PREGUNTA 1	25	0	22	3	23	2

Fuente: Pre Test y Post Test aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología participantes del Programa en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de EsSalud.

Gráfico N° 13



Fuente: Pre Test y Post Test aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología participantes del Programa en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de EsSalud.

En la tabla y gráfico N° 13 Encontramos resultados satisfactorios al observarse valores de incremento favorable

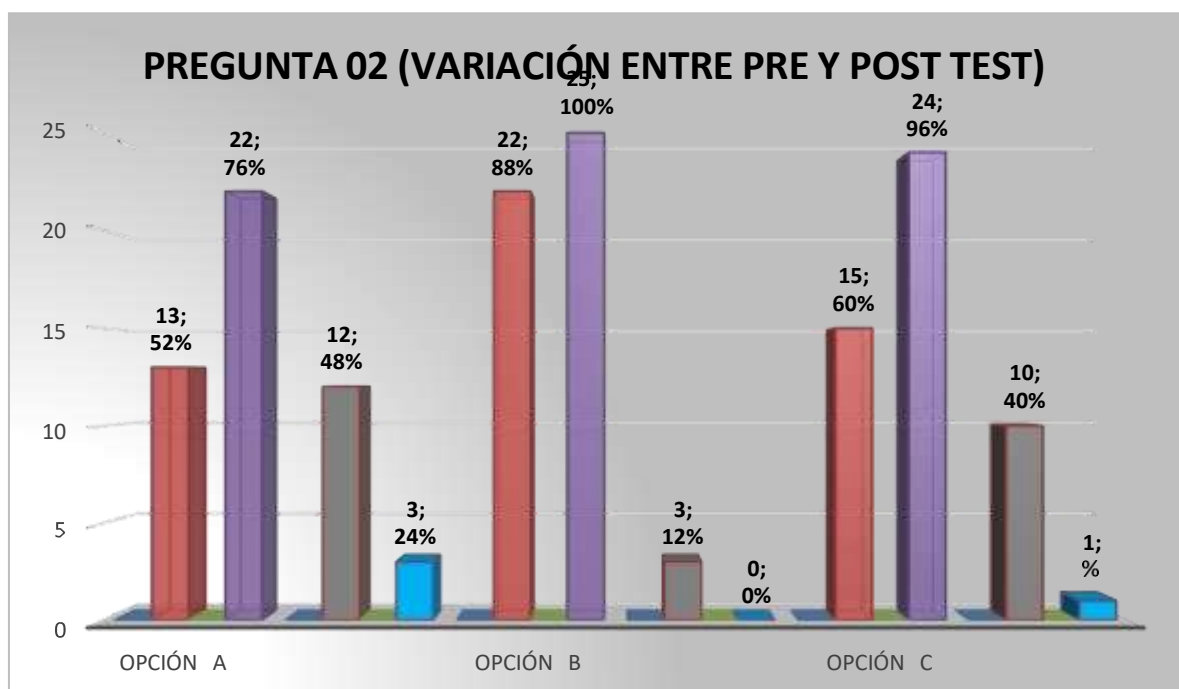
Tabla N° 14

¿Sabe que es la Insuficiencia o Enfermedad Renal Crónica?

	OPCIÓN A		OPCIÓN B		OPCIÓN C	
PRE TEST	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS
PREGUNTA 2	13	12	22	3	15	10
POST TEST	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS
PREGUNTA 2	22	3	25	0	24	1

Fuente: Pre Test y Post Test aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología participantes del Programa en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de EsSalud.

Gráfico N° 14



Fuente: Pre Test y Post Test aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología participantes del Programa en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de EsSalud.

En la Tabla y Gráfico N° 14 Encontramos que existe altos porcentajes que tienen conocimiento al respecto el cual después del pos-test se mejora este conocimiento sobre todo lo centrado a la alternativa b que corresponde a que se pierde la función renal por esta enfermedad.

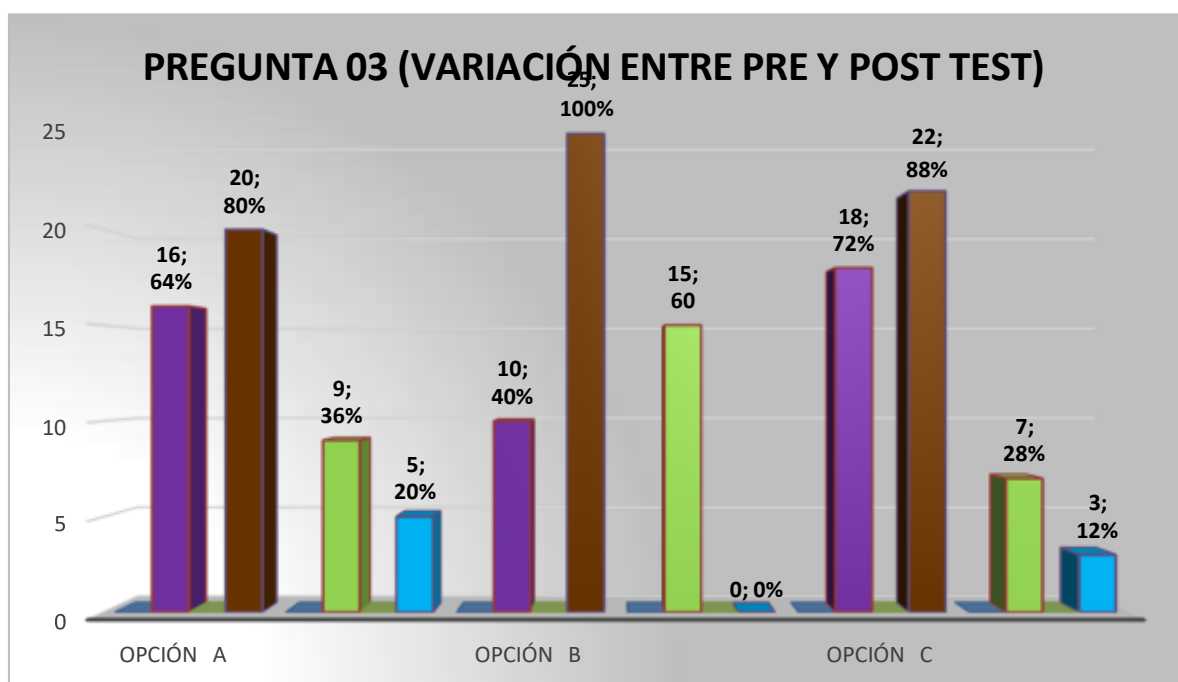
Tabla N° 15

¿Cuáles son las causas que conducen a la aparición de insuficiencia o Enfermedad Renal Crónica?

	OPCIÓN A		OPCIÓN B		OPCIÓN C	
PRE TEST	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS
PREGUNTA 3	16	9	10	15	18	7
POST TEST						
PREGUNTA 3	20	5	25	0	22	3

Fuente: Pre-Test y Post Test aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología participantes del Programa en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de EsSalud.

Gráfico N° 15



Fuente: Pre-Test y Post Test aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología participantes del Programa en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de EsSalud.

En Tabla y Gráfico N° 14 Se encuentra que mejora considerablemente el conocimiento al respecto logrando que tomen conciencia de las causas que conducen a esta enfermedad.

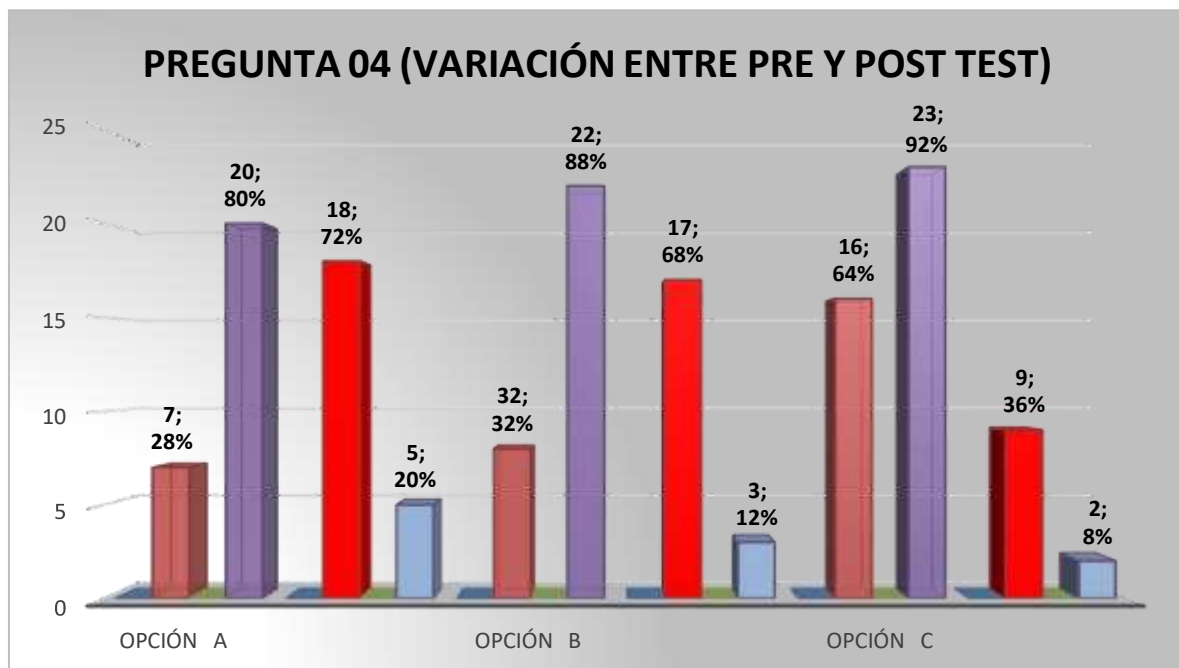
Tabla N° 16

¿Cuáles son los síntomas generales de la Insuficiencia Renal Crónica?

	OPCIÓN A		OPCIÓN B		OPCIÓN C	
PRE TEST	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS
PREGUNTA 4	7	18	8	17	16	9
POST TEST	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS
PREGUNTA 4	20	5	22	3	23	2

Fuente: Pre-Test y Post Test aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología participantes del Programa en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de EsSalud.

Gráfico N° 16



Fuente: Pre-Test y Post Test aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología participantes del Programa en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de EsSalud.

Tabla y Gráfico N° 16 Se mejora notablemente los porcentajes de conocimiento al respecto, quedando un porcentaje bajo que aun necesitan refuerzo al respecto.

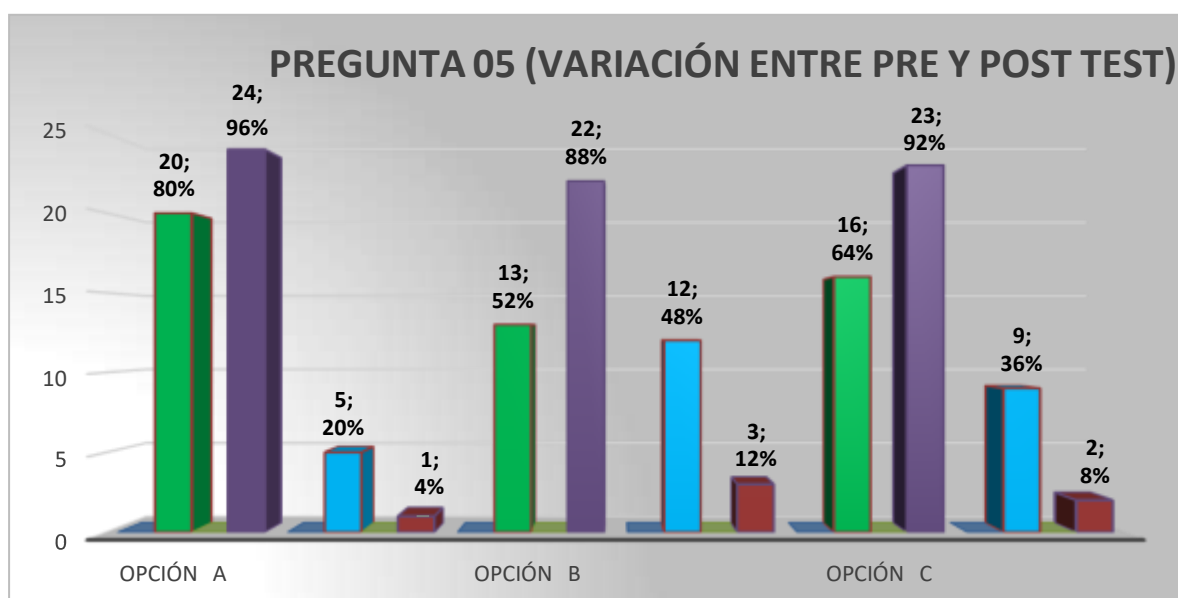
Tabla N° 17

¿Qué alimentos no debe consumir para evitar que avance la insuficiencia o Enfermedad Renal Crónica a etapa terminal?

	OPCIÓN A		OPCIÓN B		OPCIÓN C	
PRE TEST	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS
PREGUNTA 5	20	5	13	12	16	9
POST TEST	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS
PREGUNTA 5	24	1	22	3	23	2

Fuente: Pre Test y Post Test aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología participantes del Programa en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de EsSalud.

Gráfico N° 17



Fuente: Pre-Test y Post Test aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología participantes del Programa en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de EsSalud.

Según la Tabla y Gráfico N° 17 Se observa en las respuestas del pretest que existe un buen grupo que si tiene conocimiento al respecto y siendo el resultado en el post test satisfactoria logrando que se aumente el número de pacientes que conocen los medicamentos que deben evitar consumir.

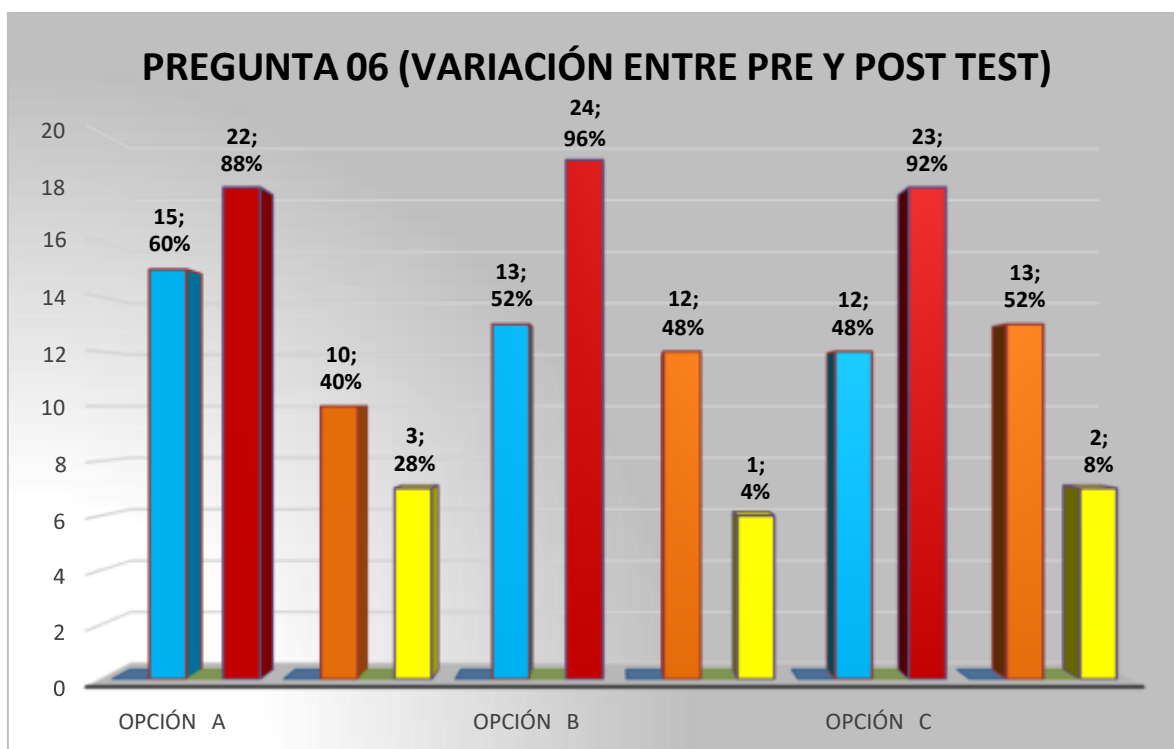
Tabla N° 18

¿Qué medicamentos debe evitar para cuidar sus riñones y evitar que avance la enfermedad?

	OPCIÓN A		OPCIÓN B		OPCIÓN C	
PRE TEST	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS
PREGUNTA 6	15	10	13	12	12	13
POST TEST	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS
PREGUNTA 6	22	3	24	1	23	2

Fuente: Pre-Test y Post Test aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología participantes del Programa en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de EsSalud.

Gráfico N° 18



Fuente: Pre-Test y Post Test aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología participantes del Programa en el Hospital Nacional “Almanzor AguinagaAsenjo” de EsSalud.

En la Tabla y Gráfico N° 18 Se encuentra resultados de mejoría frente al pretest, pero aún falta reforzar esta temático con los pacientes.

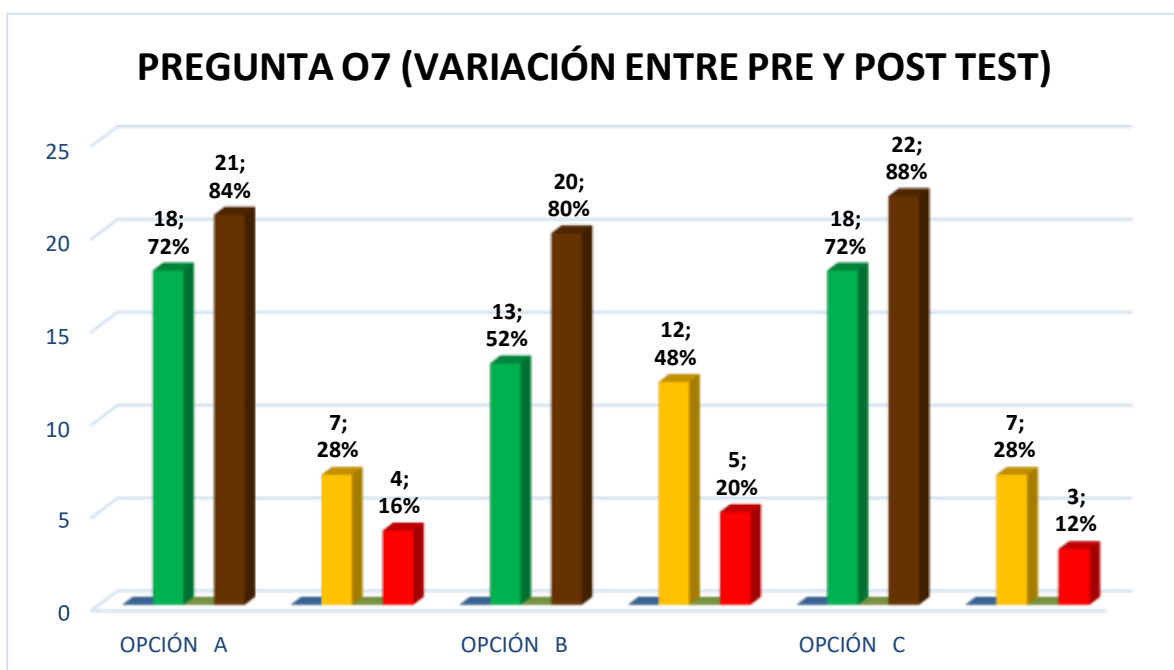
Tabla N° 19

¿Qué signos de alarma que puede presentar si no cumple con su tratamiento?

	OPCIÓN A		OPCIÓN B		OPCIÓN C	
PRE TEST	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS
PREGUNTA 7	18	7	13	12	18	7
POST TEST	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS
PREGUNTA 7	21	4	20	5	22	3

Fuente: Pre-Test y Post Test aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología participantes del Programa en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de EsSalud.

Gráfico N° 19



Fuente: Pre-Test y Post Test aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología participantes del Programa en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de EsSalud.

En la Tabla y Gráfico N° 19 Se logra incrementar este conocimiento, pero también falta reforzarlo.

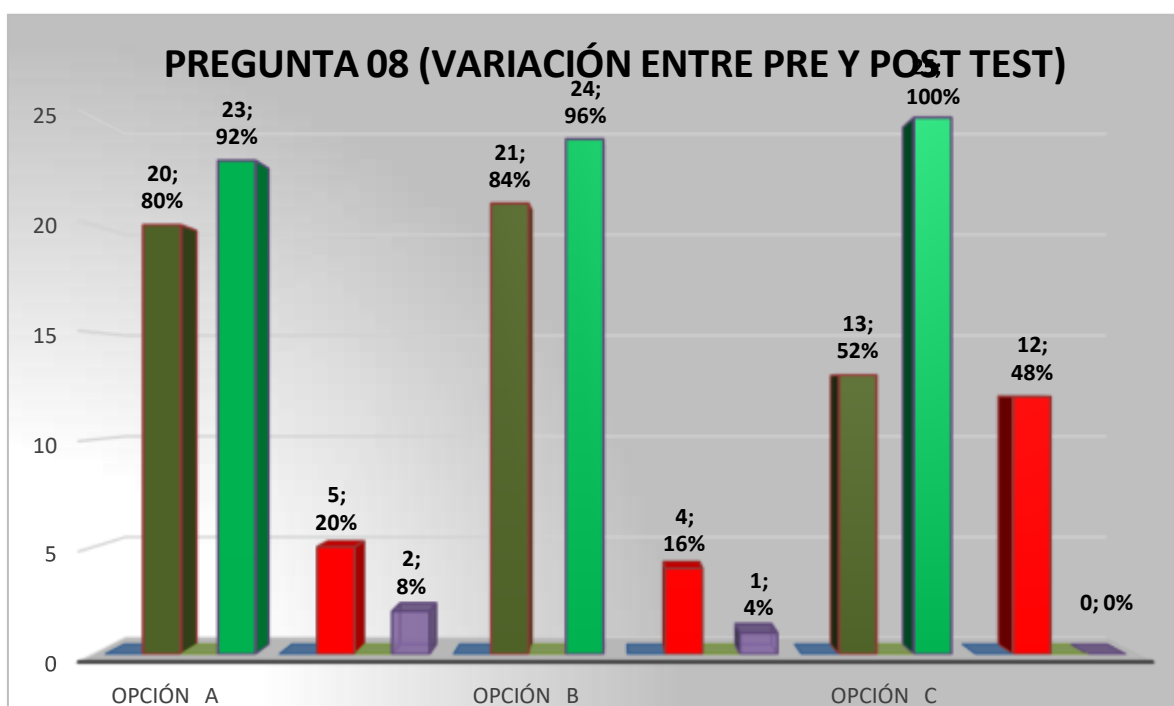
Tabla N° 20

¿Sabe cuál es el tratamiento en la fase final de la Insuficiencia o Enfermedad Renal Crónica?

	OPCIÓN A		OPCIÓN B		OPCIÓN C	
PRE-TEST	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS
PREGUNTA 8	20	5	21	4	13	12
POST TEST	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS
PREGUNTA 8	23	2	24	1	25	0

Fuente: Pre-Test y Post Test aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología participantes del Programa en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de EsSalud.

Gráfico N° 20



En la Tabla y Gráfico N° 20 se obtienen resultados satisfactorios después del post test lo que significa que los participantes si obtuvieron el conocimiento necesario del tratamiento final de la enfermedad

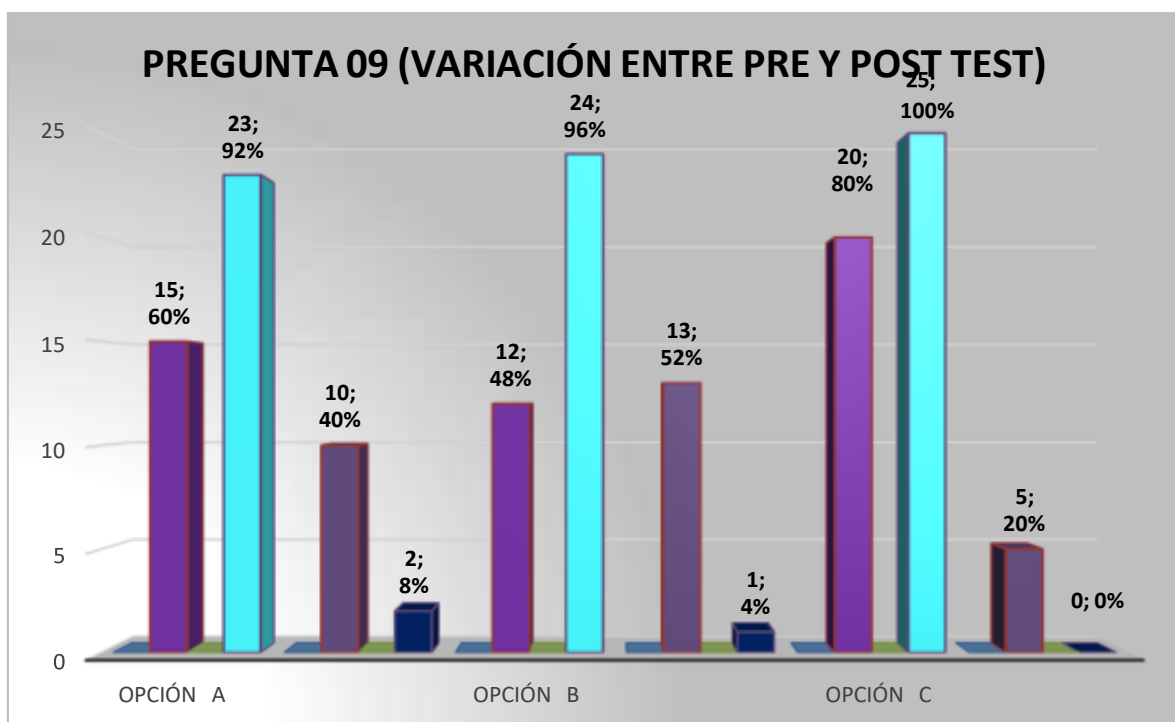
Tabla N° 21

¿Cómo mantiene el control de insuficiencia o Enfermedad renal crónica?

	OPCIÓN A		OPCIÓN B		OPCIÓN C	
PRE-TEST	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS
PREGUNTA 9	15	10	12	13	20	5
POST TEST	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS	CORRECTAS	INCORRECTAS
PREGUNTA 9	23	2	24	1	25	0

Fuente: Pre-Test y Post Test aplicado a pacientes de la consulta externa de nefrología participantes del Programa en el Hospital Nacional “Almanzor Aguinaga Asenjo” de EsSalud.

Gráfico N° 21



En la Tabla y Gráfico N° 21 Se logra que casi que el 100 % tome conciencia de mantener un control de la enfermedad y evitar llegar a estadios más graves.

3.2.- DISEÑO DE LA PROPUESTA

“PROGRAMA EDUCATIVO DE AUTOCUIDADO PARA MEJORAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SIN TRATAMIENTO DIALÍTICO, QUE ASISTEN A LA CONSULTA DE CHICLAYO”

3.2.1. Realidad Problemática.

La presente investigación se realizó en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo específicamente en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal de consulta externa de nefrología, el problema que encontramos que en la consulta de Enfermería del Programa de Diálisis durante la atención que se brinda diariamente se ha observado que existe gran demanda de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, en su gran mayoría a la entrevista manifiestan que no recibieron orientaciones específicas de auto cuidados por parte de algún profesional de la salud, que retarde el inicio de la complicación actual durante el tratamiento de su enfermedad y que en muchas ocasiones son la causa de muerte precoz o de mala calidad de vida por las secuelas o invalidez en que terminan.

3.2.2. Diseño de la Propuesta.

La enseñanza es un proceso que pretende apoyar el logro de aprendizajes significativos. Expresado por (Díaz Barriga, 2002) El papel del enfermero, es la clave para diseñar y seleccionar estrategias de enseñanza, para propiciar la autoconstrucción del conocimiento a partir de los contenidos y actividades seleccionadas para tal efecto.

El término estrategia es definido como los procedimientos flexibles heurísticos que permiten potenciar el aprendizaje; son medios o recursos para prestar ayuda pedagógica, psicológica y promover aprendizajes. En tal sentido deben tenerse en presente cuatro aspectos esenciales para

considerar que tipo de procedimientos son los indicados para utilizarse en el diseño de una estrategia terapéutica.

- Consideración de las características generales de los aprendices (nivel de desarrollo cognitivo, conocimientos previos, factores motivacionales).
- Tipo de dominio del conocimiento en general y del contenido en particular del que se va a abordar.
- La intencionalidad y meta.
- Que se desea lograr y las actividades cognitivas y pedagógicas que debe realizar el participante para conseguirla.
- Vigilancia constante del proceso de asesoramiento, así como del progreso y aprendizaje de los participantes.
- Asesoramiento psicológico

La propuesta de un programa educativo de auto cuidado va dirigido a los pacientes que presentan IRCT sin terapia dialítica, por lo que la enfermería debe promover una relación terapéutica o de ayuda que se ajuste a sus necesidades, con una adecuada comunicación, apoyo emocional y sobre todo participación en su autocuidado poniendo en práctica criterios básicos como: confianza, empatía, el saber escuchar, ser auténtico; que permita una interacción flexible, centrada en el paciente con bajo nivel de comunicación y escaso o nulo nivel de participación familiar. Esta estrategia, se fundamenta en teorías analizadas anteriormente, las mismas que han sido adecuadas con el propósito de optimizar nuestra atención de enfermería, a fin de mejorar el nivel de percepción del paciente respecto a la atención recibida.

3.2.3. Fundamentación.

➤ Fundamento Teórico

MODELO DE ENFERMERÍA DE AUTOCUIDADO (DOROTHEA OREM)

Dorothea Orem nació en Baltimore, Maryland en 1914 y falleció un 22 de junio del 2007, alrededor de los 94 años.

Dorothea tuvo varios agentes relacionados con la enfermería como Nigthingale, Peplao, Rogers, entre otros que inspiraron su modelo en la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia, “el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos orientada hacia un objetivo, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre si mismas hacia los demás o sobre su entorno para regular los factores que alteran su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos incluyen la conservación del agua, aire, eliminación, actividad, descanso, soledad, interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado de desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones en los distintos momentos del proceso evolutivo o de desarrollo del ser humano (infancia, niñez, adolescencia, adulto y vejez).
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

NATURALEZA DEL AUTOCUIDADO

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Orem contempla el concepto “auto” como la totalidad de un individuo incluyendo las necesidades físicas, psicológicas y espirituales y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo realiza para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si puede realizar efectivamente las siguientes actividades:

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de enfermedades o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.
- Promoción del bienestar.

El autocuidado se inicia voluntaria e intencionalmente por los individuos, es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo

a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. (MARRINEY, 2007)

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.

4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en el hogar, las escuelas, trabajo, etc.

5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo con colostomía en cuanto a la higiene que debe realizar.

En otras palabras, el autocuidado es un acto individual que cada persona realiza cuando adquiere autonomía, pero a la vez es un actoreciproco que tiende a darse a cualquier persona que temporal o definitivamente no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere ayuda.

Para que las personas asuman el autocuidado como una práctica cotidiana de vida y salud, es necesario incluir en su promoción las siguientes estrategias:

1. Desarrollar en las personas autoestima y generar niveles de fortalecimiento o empoderamiento, como estrategias que reviertan la internalización de la impotencia, favorezcan el sentido de control personal y desarrollen habilidades de movilización personal y colectiva para cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud. Por otro lado, al potenciar la autoestima se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral.
2. Involucrar el diálogo de saberes, el cual permite identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica del mundo de la vida de las personas mediante el descubrimiento y entendimiento de su racionalidad, sentido y significado, para poder articularlo con la lógica científica y recomponer una visión esclarecida de la enfermedad y de la salud que se traduzca en comportamientos saludables.

3. Los agentes de salud deben asumir el autocuidado como una vivencia cotidiana, pues al vivir saludablemente, la promoción del autocuidado sería el compartir de sus propias vivencias. En la medida que el personal de salud viva con bienestar se estará en condiciones de promocionar la salud de los demás.
4. Contextualizar el autocuidado, es decir una dirección de acuerdo con las características de género, etnia y ciclo vital humano. Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida, con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes.
5. Generar procesos participativos; la promoción del autocuidado debe incluir participación más activa e informada de las personas en el cuidado de su propia salud, entendida la participación como el proceso mediante el cual la comunidad asume como propio el cuidado de sí misma y del ambiente que la rodea, dirigiendo la sensibilización a aumentar el grado de control y compromiso mutuo sobre su propia salud de las personas que ofrecen los servicios de salud y quienes lo reciben.
6. El autocuidado significa aprender a participar de la sociedad, de su dinámica, de sus características y condiciones específicas en un momento determinado, y a tomar posiciones frente a las demandas sociales. Los conocimientos aprendidos a través de la socialización sustentan el pensamiento cotidiano, la construcción de alternativas, las motivaciones, las acciones y decisiones del diario vivir.
7. El agente de salud debe buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente de las diferentes situaciones de la vida y la salud con lo cual identificará prácticas de autocuidado favorables, desfavorables e inocuas y promover, mediante un proceso educativo de reflexión-acción, un regreso a la práctica para transformarla. (MARRINEY, 2007)

➤ **Teoría del logro de Metas de Imonege King**

Su visión del proceso de enfermería hace especial hincapié en los procesos interpersonales basando su teoría en la teoría general de sistemas, ciencias de la conducta y del razonamiento inductivo y deductivo, considera a la persona como un ser social, emocional y racional que participa en las decisiones que afectan su vida y su salud y acepta o rechaza el cuidado de salud, menciona que la persona tiene tres necesidades de salud fundamentales: Información sanitaria útil y oportuna, cuidados para prevenir enfermedades y ayuda cuando las demandas de autocuidado no pueden ser satisfechas.

Considera a la enfermería como un proceso interpersonal de acción, reacción, interacción y transacción, por ello es importante considerar que si existen imperfecciones o alteraciones en la enfermera, paciente y/o familiar entonces se verá afectada la relación. La enfermera promueve, mantiene, restaura y cuida la salud en una enfermedad, lesión o a un cliente moribundo considerándose como una profesión de servicio: Planifica, aplica y evalúa los cuidados. Utiliza un enfoque orientado hacia una meta en el que los individuos interactúan dentro de un sistema social, la enfermera aporta conocimientos y habilidades específicas para el proceso de enfermería y el paciente o familiar aporta su autoconocimiento y sus percepciones. (LEDDY, 1999)

➤ **Teoría Humanista de Carl Rogers**

Un gran aporte de su teoría fue ofrecer un mejor conocimiento del tratamiento de los problemas psicológicos insistió en los aspectos personales, subjetivos y experienciales de la existencia humana, Rogers manifiesta que es a partir de la experiencia que el ser humano va acumulando conocimientos es decir a partir de ello se da

el aprendizaje significativo así lo podemos apreciar en un paciente crítico o su familiar deben tratar de serenarse y mostrar fortaleza frente a esta situación, cuando interactúa con el personal de enfermería espera encontrar soporte emocional, comunicación adecuada, relación terapéutica de ayuda si esto no ocurre percibirá su experiencia como desagradable.

Rogers menciona que durante la asistencia a las personas deben existir ciertas condiciones que deben ser puestas en práctica para lograr una adecuada relación interpersonal, dentro de ellas menciona: Saber escuchar, ser escuchado, ser auténtico, despertar la libertad en los demás, aceptar y dar amor y por último valorar la comunicación y las relaciones interpersonales.

Nos menciona que cuando el enfermero cumple su rol de educador, debe poseer ciertas cualidades indispensables que faciliten el aprendizaje como son: La autenticidad, el aprecio-aceptación y confianza, la comprensión empática; solo así se facilitará y promoverá el crecimiento personal y una mejor aceptación a la situación o experiencia que le toca vivir.

Cada uno de los factores y su posible interacción constituyen un importante argumento para decidir, porque utilizar alguna estrategia y el modo de hacer uso de ella. Pero desde la óptica humanista vemos la interrelación de características que saltan a simple vista; pero que en muchas e incontables ocasiones no se consideran en la práctica educativa.

Algunas características a considerar en el modelo

- Un participante activo mentalmente.
- Lecciones diseñadas con un esquema estratégico.
- Utilizar estrategias que estimulen y/o generen estructuras mentales.

- Una participación del enfermero en su rol docente jugando el papel de mediador más que de informador.
- Uso de estímulos que inviten a pensar.
- Una reorganización previa del contenido que permita generar estructuras con base en distintos tipos de razonamiento, (inductivo y deductivo).
- Técnicas de demostración y redemonstración para facilitar el aprendizaje (MARRINEY, 2007)

3.2.4. ESQUEMA DEL PROGRAMA DE AUTOCUIDADO

Aportación propia.

Los hospitales deben desarrollar estrategias que faciliten la relación de ayuda o relación terapéutica, que debe estar dada básicamente por una buena comunicación, que consiste en el contenido o la información que se envía o recibe, en la transmisión de hechos, sentimientos, significados a través del lenguaje verbal y no verbal.

La Relación Terapéutica o de Ayuda es conceptualizada como aquella en la que una persona (personal de salud), facilita a otra (persona o paciente) medios para alcanzar su desarrollo personal, le apoya a madurar e integrarse y adaptarse a sitios, situaciones especiales, como el hecho de tener que aceptar una enfermedad crónica así mismo lo ayuda a descubrir sus propias experiencias.

Siendo la relación terapéutica un tema antiguo no ha perdido vigencia, por el contrario cada día adquiere mayor importancia en los diversos campos de la actividad humana.

Si la relación terapéutica o la relación de ayuda como se llamaba antiguamente es la acción el proceso de facilitar el crecimiento, entonces debemos guiar nuestra atención de enfermería a fin de

poder conseguir dos objetivos básicos en la persona que es ayudar a controlar sus problemas para vivir con efectividad y aprovechar más las oportunidades para educarlos, ayudarlos a vivir mejor cada día.

OBJETIVOS

- Mejorar el nivel de conocimiento con respecto a la enfermedad y el autocuidado que debe tener cada uno de los participantes
- Mantener una buena comunicación entre personal de salud-paciente durante el proceso de interacción educativa
- Ofrecer información y estrategias que faciliten el autocuidado en cada uno de los participantes
- Propiciar un espacio donde el participante pueda disipar sus dudas y expresar sus sentimientos
- Fomentar su preparación y participación en el programa educativo

CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA EDUCATIVO

Está estructurado en 2 etapas, la terapeuta encargada del grupo es la enfermera con el apoyo de otros profesionales, donde se desarrollarán sesiones de enseñanza aprendizaje, con diferentes temas que se detallan a continuación, utilizando diferentes técnicas ilustrativas que faciliten el aprendizaje y colaboración de los participantes.

El programa se desarrollará en forma continua en tres sesiones diarias, con un tiempo de duración de 60 minutos cada una en horario de 4 pm a 5 pm en el auditorio del establecimiento en estudio.

El manejo grupal presenta ventajas en relación al manejo individual ya que favorece la alianza terapéutica e incrementa el compromiso y la participación activa de los pacientes, además se produce un proceso de identificación e intercambio de experiencias e inquietudes comunes, lo que ayuda a los participantes a sentirse comprendidos y tomados en cuenta.

3.2.5. DESCRIPCION DETALLADA

La estrategia propuesta se ha estructurado en 2 etapas de acción y cada una de las cuales busca integrar y concientizar al paciente en las acciones de autocuidado que debe tener para evitar que la enfermedad avance a estadios de mayor riesgo o complejidad.

1.- FASE DE SENSIBILIZACION

Busca generar confianza en los pacientes con el único propósito de romper temores y/o esquemas que dificulten el acercamiento.

Temas a tratar en esta etapa:

3.2.5.1. Concientizar por qué las personas requieren tener conocimientos básicos de su enfermedad.

3.2.5.2. Derechos y deberes del paciente y familiar

PLAN DE ACCION: FASE DE SENSIBILIZACION
PROGRAMACION DE LA ESTRATEGIA: “INDUCCION TEMPRANA”

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD		TECNICA	RECURSOS	RESPONSIBLE
1	Planeamiento de la estrategia a realizar	Lectura, análisis y organización	Humanos Enfermera Materiales: Bibliografía Papelería Internet	Lic. Enfermería
2	Presentación del programa y dar a conocer la cartilla informativa donde queden plasmados conceptos básicos deberes y derechos de los usuarios etc.	Exposición Dialogo	R. Humanos Enfermera R. Materiales Fotocopias, Equipo multimedia	Lic. Enfermería
3	Aplicación del pretest al paciente de sobre conceptos básicos sobre la enfermedad que tienen	Aplicación de encuesta	R. Humanos Enfermera R. Materiales Útiles de escritorio Formato de encuesta	Lic. Enfermería
4	Evaluación de la participación y efectividad de la estrategia mediante un pretest	Aplicación de Encuesta	R. Humano • Enfermera R. Materiales • Ficha de encuesta • Útiles de escritorio	Lic. Enfermería

2.- FASE DE ACCION PARTICIPACION

Se promueve el acercamiento y participación del paciente al cuidado que seofrece, en busca de fomentar su participación y adaptación a este ámbito.

Actividades y temática a desarrollar en esta etapa:

- Conocimientos de autocuidado del paciente renal sin terapia dialítica
- Medidas de bioseguridad que debe tener en cuenta el paciente
- Movilización, ejercicios pasivos y masajes dentro de la unidad
- Medidas esenciales para fomentar la participación activa del paciente

PROGRAMACION DE LA ESTRATEGIA: “Impulsando la participación del paciente en su autocuidado”

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD		TECNICAS	RECURSOS	RESPONSABLES
1	Planificación de la estrategia	Lectura Análisis situacional	R. Humanos Enfermera Fisioterapista	Lic. Enfermería
2	Desarrollo Teórico practico: “Medidas básicas de autocuidado para el paciente con enfermedad renal sin terapia dialítica”	Exposición Dialogo Demostración Redemonstración	R. Humanos • Enfermera R. Materiales • Equipo multimedia • Equipo básico de bioseguridad • Equipo básico para el lavado de manos	Lic. Enfermería
3	Desarrollo Teórico practico : “Terapia física básica para el paciente con enfermedad renal sin terapia dialítica”	Taller Exposición dialogo Demostración Redemonstración	R. Humanos • Enfermera • Fisioterapista R. Materiales • Equipo multimedia • Equipo para la realización de la técnica	Lic. Enfermería Terapeuta en fisioterapia y rehabilitación
4	Evaluación de la participación y efectividad de la estrategia	Aplicación de post test Redemonstración de la técnica y uso correcto de medidas de protección Redemonstración de ejercicios básicos en terapia física	R. Humanos Enfermera R. Materiales • Equipo necesario para el Lavado de manos • Equipo de protección básico • Equipo para la terapia física • Útiles de escritorio	Lic. Enfermería Terapeuta en fisioterapia y rehabilitación

3.- FASE DE EVALUACION

La evaluación se realizó constantemente durante las sesiones, además se aplicó un pre y post test, demostrando el aumento del nivel de conocimiento de los participantes y efectividad del programa educativo.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN Y PROPUESTA

Una vez validados los instrumentos, se coordinó con la unidad de capacitación para la aplicación y recoger los datos.

Se aplicó a 50 pacientes consultantes a la especialidad de nefrología una encuesta en donde se formularon preguntas concernientes a la enfermedad según las edades de los encuestados oscilaban entre los 21 años a más de 80 años encontrando mayor porcentaje de encuestados entre los 61 años a 70 años, seguidos de los de 21 a 30 años y siendo el menor porcentaje el grupo de más de 80 años. (Tabla N° 1).

En cuanto a las preguntas de la encuesta se obtuvieron resultados que indicaban que el conocimiento de la enfermedad era relativo y poco claro tal como se aprecia en las tablas y gráficos del anexo N° 1

En cuanto al tiempo de enfermedad se encuentra que el mayor porcentaje está ubicado con un tiempo de enfermedad mayor de 10 años, seguido de los que tienen de 1 año a menos de enfermedad lo que refleja que cuando mayor tiempo de enfermedad se presentan mayores necesidades de atención y probablemente mayores complicaciones que hacen necesaria más controles y medicación por consulta externa. (Tabla y Grafico N° 2).

En cuanto a la pregunta de conocimiento de las complicaciones del total de encuestados existe un 58% que las desconoce (grafica N° 3), este resultado contrasta con las respuestas a la pregunta si conocen los síntomas de alarma de

la enfermedad donde el 66 % responde que si los conoce (Tabla y grafico N° 4)y a la pregunta si conoce el tratamiento y cuidados de la enfermedad el 56% responde que si los conoce (Tabla y Grafico N° 5) pero este conocimiento que dicen tener no se refleja en las respuestas que dan en cuanto a la pregunta sobre el tipo de tratamiento que creen que necesitan ya que incluso encontramos respuestas de quienes optan por otros tipos de tratamientos (8%)que no incluye el tratamiento médico (tabla y gráfico N° 6) y redonda este conocimiento un tanto irregular cuando existe un porcentaje mayor que consumen frutas y verduras y un menor porcentaje aún consume carnes y menestras (tabla y grafico N° 7). Llama la atención que existe un alto porcentaje de consultantes encuestados que no realizan ningún tipo de ejercicio físico (56%) lo que refleja que no reciben orientación para que tengan este tipo de cuidado que ayudaría a su tratamiento, también se debe tener en cuenta que debido a la enfermedad ellos presentan dificultad y limitación para realizar actividades que impliquen esfuerzo.

Finalmente, al preguntarles sobre si desea participar en un programa educativo se obtiene amplia apertura por los encuestados a excepción de un pequeño porcentaje que no pueden participar por cuestiones de trabajo o tiempo. (Tabla y grafico N° 8)

Por otro lado, se sostuvieron reuniones con los pacientes implicados en la muestra. Evidentemente se instruyó, a todos ellos, sobre el pretest y el pos test. Como producto de ello se ha logrado la siguiente información:

Haciendo los comparativos del antes y después del programa educativo brindado a los pacientes se obtiene una relevante mejoría en la adquisición de conocimientos.

Se obtiene que del total de asistentes al programa educativo el mayor porcentaje corresponden a las edades de 41 a 70 años y el menor porcentaje corresponde a las edades de los extremos de los participantes correspondiendo los de 20 a 30 años en donde la enfermedad quizá se encuentra en el primer estadio y la sintomatología es mínima y los participantes de 71 a más años, siendo estas edades en donde el consultante ya presenta las complicaciones de la

enfermedad por estar en estadios avanzados e incluso presenta dificultad de desplazamiento y necesita compañía para movilizarse (tabla y gráfico N° 10).

Se hizo el comparativo del pre test y post testen lo concerniente a las preguntas planteadas (Anexo 1) y encontramos que en el pre test el porcentaje de respuestas incorrectas varían entre 88% a 12% de los asistentes siendo mayor el número de asistentes que tenían desconocimiento en lo referente a las causas, síntomas, tratamiento y como debe controlar la enfermedad renal crónica terminal (IRCT) cifras que fueron modificadas en forma positiva después del programa educativo obteniendo resultados que mejoraron sus conocimientos entre un 80% hasta en un 100% de los asistentes lo que se considera adecuado teniendo en cuenta la calidad de paciente que a pesar de tener múltiples molestias se dio un tiempo para poder acudir a este programa educativo y participó en forma activa y con mucho interés.

CAPITULO IV: CONCLUSIONES

- La propuesta de un programa educativo de auto cuidado va dirigido a los pacientes que presentan IRCT sin terapia dialítica, por lo que se debe promover una relación terapéutica o de ayuda que se ajuste a sus necesidades y sobre todo participación en su auto cuidado poniendo en práctica criterios básicos como: confianza, empatía, el saber escuchar, ser autentico; que permita una interacción flexible.
- Esta estrategia se fundamenta en teorías pedagógicas del cognitivismo y constructivismo y se apoya en las teorías de Dorothea Orem de autocuidado, la teoría del logro de Metas de Imonege King, las teorías han sido adecuadas con el propósito de optimizar nuestra atención de enfermería.
- Se aplicó una encuesta a 50 pacientes consultantes a la especialidad de nefrología una encuesta, se obtuvieron resultados que indicaban que el conocimiento de la enfermedad era relativo y poco claro tal como se aprecia en las tablas y gráficos.
- Se hizo el comparativo del pre test y post testen lo concerniente a las preguntas planteadas y encontramos que en el pre test el porcentaje de respuestas incorrectas varían entre 88% a 12% de los asistentes, cifras que fueron modificadas en forma positiva después del programa educativo obteniendo resultados que mejoraron sus conocimientos entre un 80% hasta en un 100% de los asistentes.

CAPITULO V: RECOMENDACIONES

- El personal del equipo de salud cumple un rol docente y debe tener programas educativos de orientación y autocuidado para ayudar a los pacientes con enfermedad renal crónica terminal a que eviten las complicaciones inherentes a la enfermedad y postergar su evolución a mayor plazo posible
- Es importante la participación de la familia como apoyo tanto emocional como de compañía y cooperación para que se cumplan los programas educativos que se brindan al paciente.
- Mantener líneas de comunicación permanente con los pacientes para detectar complicaciones en forma precoz.
- Que el presente trabajo de investigación sirva de estímulo para continuar con estudios de investigación haciendo uso de la aplicación de programas educativos de prevención y/o retraso de la Enfermedad Renal Crónica en pacientes con enfermedades crónicas, así como en los diferentes estadios de esta enfermedad

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) ALMAGUER M, MAGRANS C, HERRERA R.- 2010 “*Definición y Estratificación de la Enfermedad Renal Crónica, medición de la función renal, epidemiología clínica, prevención y tratamiento. Avances en Enfermedad Renal Crónica*” Disponible en:
http://www.sld.cu/sitios/nefrologia/avances_en_enfermedad_renal_cronica_1_2.pdfALMARAZ CARRETERO, J. (1995). “*Prácticas de psicología cognitiva*”. Venezuela: MacGraw-Hill.
- 2) APARICIO, J. J., RODRÍGUEZ MONEO, M. (2003). “*Aprendizaje Significativo y Aprendizaje con Sentido. Postgrado en Constructivismo y Educación*”. Buenos Aires FLACSO. Disponible en www.ebar.net/campusflacso/html/site/clase_9_01.asp
- 3) ARQUINIGO G, “*Capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis periódica del Centro de Hemodiálisis de EsSalud,*” Lima 2008; pág. 4:
<http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2008/F>
- 4) BEVERLY W, Du Gas. 2013. “*Tratado de Enfermería Practica*” México D.F. Nueva Editorial Interamericana. Sexta edición.
- 5) BONILLA LEÓN. Francisco Javier (2014) “*Educación sanitaria al paciente con enfermedad renal crónica avanzada. ¿Existe evidencia de su utilidad?*”, Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba, Pg. 1 – 12
- 6) BREILH, J. 1995. “*Nuevos Conceptos Y Técnicas de Investigación*” Quito Ecuador. Centro de estudios y asesores en salud. Segunda edición.
- 7) CALERO PÉREZ, M. 1999. “*Técnicas de Estudio Investigación*”. Editorial San Marcos. Lima- Perú.
- 8) CANALES, F. y Otros. - 1995 - “*Metodología de la Investigación*” México O. P. S. Segunda edición.
- 9) CARRILLO A, J, (2015). Tesis: “*Análisis de la capacidad de autocuidados en pacientes en diálisis peritoneal*”, Enfermería Nefrológica: Enero-Marzo.
- 10) CARRILLO Algarra, A; Laza Vásquez, C; Molina Jerena, J; Estudi documental (2006-2013) *Sobre El Autocuidado En El Día a Día Del Paciente Con Enfermedad Renal Crónica*, Enfermería Nefrológica 2013: Julio- Septiembre; 16: 185 – 192 (DÍAZ BARRIGA, 2002)

- 11) COVARRUBIAS VILLA, F. - 2000 - *“Manual de Técnica y Procedimientos de Investigación Social desde la Epistemología Dialéctica Crítica”* México.
- 12) DIAZ Barriga, F- HERNANDEZ Rojas, G. (2002) *“Estrategias Docentes para un Aprendizaje Significativo”* Mc Graw Hill Interamericana México segunda edición
- 13) Diccionario Ilustrado de la Lengua Española Larousse - 2005-- EDITORIAL VOX - 1230 pág.
- 14) FALIERES, Nancy- ANTOLIN, Marcela (2003) *“Como Mejorar El Aprendizaje En El Aula Y Poder Evaluarlo”* Buenos Aires, Rep. Argentina. Circulo Latino Austral S.A. 384 pág.
- 15) FLORES JC, ALVO M, BORJA H, MORALES J, VEGA J, ZÚÑIGA. (2009) *Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones.* Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. Ene [citado 2018 Feb. 23]; 137(1):137-177.
- 16) GAMARRA SAMANIEGO, M. (1998). *“Aprendiendo a Vivir Mejor”* Chiclayo- Perú Impresiones del Castillo S.A. Primera edición.
- 17) (BEVERLY W, 2013) HALL, JOANNE - REDDING, BÁRBARA. (1998). *“Enfermería en Salud Comunitaria: Un Enfoque de Sistemas”* Washington. Copyright- OPS. Segunda edición.
- 18) HERNANDEZ SAMPIERI, R -FERNANDEZ COLLADO, C – BAPTISTA L, (2003). *“Metodología de la Investigación”* Editorial McGraw-Hill INTERERICANA. Tercera edición.
- 19) HURTADO, Abdías A, 1ra Conferencia sobre la Enfermedad Renal en Poblaciones en Desventaja en el Cono Sur Latinoamericano Programa de prevención y detección temprana de enfermedad renal crónica en Perú Servicio de Nefrología, Hospital Arzobispo Loayza Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima – Perú [fecha de acceso 20 marzo 2018]
- 20) JUSTIN L. Kaplan R, S. Porter (2014) El Manual Merck 19 ED. Editorial: PANAMERICANA N.º de páginas: 2368 págs.
- 21) LEDDY, S – MAC PEPPER, J. 1999 *“Bases Conceptuales de la Enfermera Profesional”* Filadelfia. Lippincott Company. Segunda edición

- 22) MARRINEY, A – TOMEY, S. 2007. “*Modelos y Teorías de Enfermería*” México- Mosby/ Doyma Libros. Tercera edición.
- 23) Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. “*La Enfermedad Renal Crónica en el Perú, Epidemiología e Impacto De La Salud Pública*”. Volumen 23- Semana Epidemiológica N°3- 2014(Del 12 al 18 de enero de 2014). Pág. 36-30. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>
- 24) MONTALVO ROE, Isabel. (2012.) “*Estado Situacional de los Pacientes con Enfermedad Renal Crónica y la Aplicación de Diálisis como tratamiento en el Perú*”. Informe Temático N°07/2012-2013, Área de Servicios de Investigación. Departamento de Investigación y Documentación Parlamentaria. Lima.
- 25) NACIONAL, F. D. (16 de Febrero de 2016). *Factográfico de Salud feb 2016: Enfermedades renales. Estadísticas ...* Obtenido de Factográfico de Salud feb 2016: Enfermedades renales. Estadísticas.
<http://www.sld.cu/anuncio/2016/02/16/factografico-de-salud-feb-2016-enfermedades-renales-estadisticas-mundiales>
- 26) Organización Mundial de la Salud (OMS).” *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud: La Actividad Física en los Adultos*”. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/es/
- 27) Organización M (Ángel, 2008) “*Un dial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una Generación*”, editorial; 2008.
http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/167/VARELA_PERALTA_%20MIGUEL_ANGEL_DETERMINANTES_SALUD_ADULTO_MAYOR.pdf?sequence=1&isAllo wed=y
- 28) SMITH, D. – MANLEY Germain, C. (1997). “*Enfermería Medico Quirúrgica*” México D.F. Nueva Editorial Interamericana.

- 29) SCHWEDT, E.; SOLÁ, L.; RÍOS, P.; MAZZUCHI, N. (2006). *“Identificación, Evaluación y Manejo del Paciente con Enfermedad Renal Crónica en el Primer Nivel de Atención”*. Revista Tendencias en Medicina 4(29): pp. 14-22
- 30) ZÚÑIGA, Carlos, DAPUETO Juan, MÜLLER Hans, KIRSTEN Lilian, Raquel Alid, ORTIZ Liliana (2009), *“Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes en Hemodiálisis Crónica”*, Revista Médica. Chile, 137; 200 – 207

ANEXOS

ANEXO N° 1: ENCUESTA DIRIGIDA AL PACIENTE

NOMBRE _____
EDAD _____ SEXO M () F ()
DIRECCION _____ TELEFONO _____
PROCEDENCIA _____ OCUPACION _____

OBJETIVO: DETERMINAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS PACIENTES SOBRE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Cuánto tiempo de enfermedad tiene?

a) Menos de 1 año b) 1 año a 5 años c) 5 años a 10 años d) mas de 10 años

2. ¿Conoce las complicaciones que puede presentar por su enfermedad?SI

☐

NO

☐

Especifique _____

3. ¿Identifica los síntomas de alarma que puede presentar por su enfermedad?SI

☐

NO

☐

Especifique _____

4. ¿Sabe Ud. cuál es el tratamiento y cuidados que requiere por su enfermedad?SI

☐

NO

☐

5. ¿Cree que para el tratamiento de su enfermedad necesita solo:

- Tratamiento médico
- Tratamiento dietético
- Tratamiento naturista
- otros

Especifique _____

6. ¿Qué alimentos consume de preferencia?

7. ¿Realiza algún deporte o ejercicios en sus actividades diarias?

SI

☐

NO

☐

A VECES

☐

8. ¿Le gustaría participar de un programa de autocuidado relacionado a su enfermedad?

SI

☐

NO

☐

ANEXO N° 2 PRE TEST Y POST TEST

NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO _____ PESO ACTUAL: _____

Responda si es correcta la premisa con verdadero (V) y si es incorrecta con falso (F)

1.- ¿Sabe cuáles son las funciones del riñón?

- a) Limpia la sangre de desechos tóxicos. ()
- b) Regula el ingreso y salida de agua de nuestro cuerpo ()
- c) Permite digerir las grasas y azúcares de cuerpo ()

2.- ¿Sabe que es la Insuficiencia o Enfermedad Renal Crónica?

- a) Orinar mucha cantidad ()
- b) Pérdida lenta de la función de los riñones ()
- c) Orinar sólo por la noche ()

3.- ¿Cuáles son las causas que conducen a la aparición de insuficiencia o Enfermedad Renal Crónica?

- a) Diabetes ()
- b) Hipertensión ()
- c) Infecciones urinarias severas y frecuentes ()

4.- ¿Cuáles son los síntomas generales de la Insuficiencia Renal Crónica?

- a) Anemia, déficit de calcio, sangrado y malestar ()
- b) Insomnio, fatiga extrema, palidez, desnutrición ()
- c) Hinchazón en los pies, desnutrición, náuseas y vómito ()

5.- ¿Qué alimentos no debe consumir para evitar que avance la insuficiencia o Enfermedad Renal Crónica a etapa terminal?

- a) Carnes rojas y sal ()
- b) Verduras y frutas ()
- c) Harinas y frituras ()

6.- ¿Qué medicamentos debe evitar para cuidar sus riñones y evitar que avance la enfermedad?

- a) Antibióticos ()
- b) Vitaminas ()
- c) Antiinflamatorios ()

7.-¿Que signos de alarma que puede presentar si no cumple con su tratamiento?

- a) Erupciones en la piel y picazón excesivo ()
- b) náuseas y vómitos ()
- c) Dificultad para respirar ()

8.-¿Sabe cuál es el tratamiento en la fase final de la Insuficiencia o Enfermedad Renal Crónica?

- a) Diálisis peritoneal o Hemodiálisis ()
- b) Trasplante renal ()
- c) Terapia Dietética ()

9.-¿Cómo mantiene el control de insuficiencia o Enfermedad renal crónica?

- a) Manteniendo controlada la diabetes ()
- b) manteniendo controlada la presión arterial ()
- c) Cumpliendo con el tratamiento médico ()

ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Don/Doña.....

EXPONGO:

*Que he sido debidamente **INFORMADO** acerca de los objetivos, procedimientos, tiempo requerido para mi participación en la aplicación de un cuestionario, que se realizará previas coordinaciones con él entrevistador.*

Que he recibido explicaciones verbales, sobre la naturaleza y propósitos de la investigación que participaré, beneficios y riesgos, habiendo tenido ocasión de aclarar dudas que me han surgido.

MANIFIESTO

*Que he entendido y estoy satisfecho (a) de todas las explicaciones yaclaraciones recibidas sobre el proceso de mi participación en la investigación: “**PROGRAMA EDUCATIVO Y CONOCIMIENTO EN MEDIDAS DE AUTOCAUIDADOSOBRE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA**”, a la cual voy a ser partícipe.*

YO OTORGO MI CONSENTIMIENTO voluntario para que se me aplique el cuestionario.

Y para que así conste, firmo el presente documento.

Chiclayo,del

2018

.

Firma del usuario y DNI Firma del entrevistado o representante

SÍNTOMAS DE ALARMA

- Cambios en la función urinaria
- Sangre en la orina
- Excesiva sed
- Hinchazón en párpados y extremidades
- Excesivo cansancio, somnolencia
- Mareos y desorientación
- Erupciones y picazón en la piel
- Aliento amoniacal y sabor metálico
- Dolor en la espalda o costado
- Dificultad para respirar
- Náuseas y vómitos

¿CUAL ES EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRONICA?

FASE INICIAL:
TERAPIA DIETETICA
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

FASE AVANZADA:
DIALISIS PERITONEAL
HEMODIALISIS
TRANSPLANTE RENAL

10 CONSEJOS PARA PREVENIR TU RIESGO RENAL

1. Mantener un nivel adecuado de azúcar en la sangre.
2. Vigilar la tensión arterial.
3. Alimentación saludable.
4. Evitar la obesidad.
5. Mantener una ingesta de líquidos adecuada.
6. No fumar.
7. No automedicarse.
8. Llevar una vida activa.
9. Hacer ejercicio físico.
10. Controlar el estado de tu función renal.

¿Cómo funcionan sus riñones?

RESULTADO
0 a 3 puntos
4 o más puntos
Es poco probable que tenga enfermedad renal
20 % de probabilidad de tener enfermedad renal
Consulte con su médico

PUNTAJE TOTAL

Marca X

Puntos

Tengo problemas en mi orina ☐ 3

Soy diabético ☐ 2

Tengo presión arterial alta ☐ 1

Tuve / tengo un familiar con insuficiencia renal en dialisis o con trasplante de riñón ☐ 1

Tuve / tengo antecedentes de diabetes, accidente cerebrovascular o enfermedad vascular en las piernas ☐ 1

Tengo antecedentes de insuficiencia cardíaca ☐ 1

Tuve / tengo anemia ☐ 1

AUTOCUIDADO

YO

CUIDO MIS RIÑONES

Lic. Enf. Felicitia Victoria Salazar Piscoya

FUNCIONES

- Los riñones son órganos vitales que realizan funciones de limpieza, equilibrio químico de la sangre y producción de hormonas.
- Contribuir de manera decisiva en el control de la presión arterial y son los responsables del metabolismo del Calcio y Fósforo, así como de la vitamina D.
- Producir hormonas como la eritropoyetina (esencial para la formación de los glóbulos rojos), Renina y Calcitriol.
- Regular el equilibrio ácido-base, regular el metabolismo óseo.



No te olvides de iniciar el día con un vaso de agua y durante el mismo llegar a beber 6 vasos de agua

¿QUÉ ES LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA?

- Casi todas las enfermedades de los riñones atacan las nefronas y les hacen perder su capacidad de filtración y/o reabsorción, lo que conduce a alteraciones de las concentraciones de los diferentes productos en sangre y en la orina.
- Es la pérdida lenta de la función de los riñones con el tiempo. Es posible que no note ningún síntoma. La pérdida de la función puede ser tan lenta que usted no presentará síntomas hasta que los riñones casi hayan dejado de trabajar.
- Es la causa de muerte prematura que más ha aumentado en los últimos 20 años
- La diabetes y la hipertensión arterial son las 2 causas más comunes y son responsables de la mayoría de los casos.



Insuficiencia renal aguda **Normal** **Insuficiencia renal crónica**

¿COMO DETECTAR LA ERC?

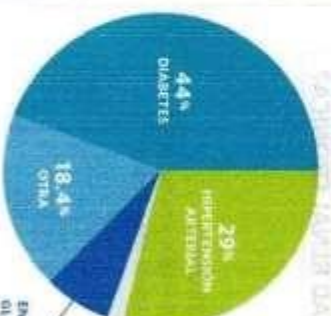
- La ERC en etapas tempranas no presenta signos o síntomas. Una persona puede llegar a perder 90% de su función renal antes de llegar a notar algún signo de esta enfermedad.
- Pero puede ser detectada por unos simples exámenes: Un examen de orina que detecte si hay proteínas en la orina o de sangre para medir el nivel de creatina en sangre.
- Los signos de ERC incluyen: Tobillos hinchados, fatiga, dificultad de concentración, disminución del apetito, orina espumosa.

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

FACTORES DE RIESGO PARA LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA



CAUSAS



ANEXO N° 5

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



INVITANDO A LOS PACIENTES DE NEFROLOGÍA A PARTICIPAR DE LA CAPACITACIÓN



APLICANDO LA ENCUESTA A LOS PACIENTES DE NEFROLOGÍA



APLICANDO LA ENCUESTA A LOS PACIENTES DE NEFROLOGÍA



TALLER DE CAPACITACIÓN A LOS PACIENTES DE NEFROLOGÍA



TALLER DE CAPACITACIÓN A LOS PACIENTES DE NEFROLOGÍA





TALLER DE CAPACITACIÓN A LOS PACIENTES DE NEFROLOGÍA



TALLER DE EJERCICIOS A LOS PACIENTES DE NEFROLOGÍA





Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Felicita Victoria Salazar Piscoya
Título del ejercicio:	Gestión financiera
Título de la entrega:	"PROGRAMA EDUCATIVO DE AUTOCUIDADO PARA MEJORAR ...
Nombre del archivo:	TESIS-FELICITA_VICTORIA_SALAZAR_PISCOYA.DOCX..docx
Tamaño del archivo:	8.2M
Total páginas:	98
Total de palabras:	16,695
Total de caracteres:	90,833
Fecha de entrega:	19-may.-2023 11:22p. m. (UTC-0400)
Identificador de la entre...	2097569300

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICAS SOCIALES Y EDUCACIÓN
UNIDAD DE POSGRADO
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN CON MENCIÓN



TESIS

"PROGRAMA EDUCATIVO DE AUTOCUIDADO PARA MEJORAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SIN TRATAMIENTO DIALÍTICO, QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE UN HOSPITAL DE ESSALUD EN LA CIUDAD DE CHICLAYO"

Presentada para obtener el grado académico de Maestría en Ciencias de la Educación con Mención en Investigación y Docencia.

INVESTIGADORA: FELICITA VICTORIA SALAZAR PISCOYA

ASESOR: DR. JULIO CÉSAR SEVILLA CEBALDO

LAMBAVEQUE - PIHU

2023


SEVILLA EXEBIO, Julio César
Asesor

"PROGRAMA EDUCATIVO DE AUTOCUIDADO PARA MEJORAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SIN TRATAMIENTO DIALÍTICO, QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE UN HOSPITAL DE

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%	18%	5%	%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.puce.edu.ec Fuente de Internet	6%
2	repositorioslatinoamericanos.uchile.cl Fuente de Internet	3%
3	saludyvidaparasiempre.blogspot.com Fuente de Internet	2%
4	centroeducativocaicedo.co Fuente de Internet	2%
5	archivos.famfyg.org Fuente de Internet	<1%
6	cognocitivismo-docencia-upch-2008.blogspot.com Fuente de Internet	<1%
7	news.jevtonline.org Fuente de Internet	<1%

javierhega.blogspot.com


SEVILLA EXEBIO, Julio César
Asesor

8	Fuente de Internet	<1 %
9	vrinv.unprg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
10	Cruz Álvarez María Fernanda. "Proceso de atención de enfermería en adolescente temprana, basado en el Modelo de Imógene M. King enfocado al sistema personal", TESIUNAM, 2008 Publicación	<1 %
11	www.biblioteca.usac.edu.gt Fuente de Internet	<1 %
12	Alcocer Villanueva Audrey Jazmin. "El autocuidado que tienen las embarazadas del Hospital Materno-Pediatrico de Xochimilco, en Mexico D.F.", TESIUNAM, 2007 Publicación	<1 %
13	Gasca Loredó Claudia Denisse. "Proceso atención enfermería aplicado a un adulto con alteración renal, valorado de acuerdo con los patrones funcionales de Margory Gordon", TESIUNAM, 2019 Publicación	<1 %
14	pedagogiadedson.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %


 SEVILLA EXEBIO, Julio César
 Asesor

15	Leyva Hernández Edith Adeyanira. "El acoso laboral en las empresas mexicanas", TESIUNAM, 2022 Publicación	<1 %
16	idus.us.es Fuente de Internet	<1 %
17	Álvarez Villavicencio Marisol. "Las enfermedades sistémicas y su relación con la ortodoncia", TESIUNAM, 2014 Publicación	<1 %
18	Castro Romero Guadalupe. "Los resultados del tratamiento periodontal, en la mejoría del paciente con enfermedad sistémica", TESIUNAM, 2011 Publicación	<1 %
19	Renteria Martínez Sandra. "Insuficiencia renal crónica", TESIUNAM, 2007 Publicación	<1 %
20	aencompetencias.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
21	yoamoenfermeriablog.com Fuente de Internet	<1 %
22	cronica.diputados.gob.mx Fuente de Internet	<1 %
23	Olvera Orizaba Lorena Jazmín. "Principales microorganismos causantes de peritonitis en	<1 %

pacientes que se encuentran en diálisis
peritoneal en el Hospital General Dr. Gonzalo
Castañeda del ISSSTE", TESIUNAM, 2011

Publicación

24

docshare.tips

Fuente de Internet

<1 %

25

Mora Baltazar Lourdes Montserrat. "Proceso
atención de enfermería elaborado a una
adulto joven durante la fase preoperatoria y
postoperatoria sometida a trasplante renal en
el Hospital General de México "Dr. Eduardo
Liceaga" de la Secretaría de Salud",
TESIUNAM, 2016

Publicación

<1 %

26

Cardoso Carpio Maribel. "Incidencia de cáncer
medular de tiroides en el C.M.N. 20 de
Noviembre, en el periodo de enero de 1981 a
enero del 2007", TESIUNAM, 2008

Publicación

<1 %

27

cienciaabierta.unison.mx

Fuente de Internet

<1 %

28

archive.org

Fuente de Internet

<1 %

29

vaska-frankrike.icu

Fuente de Internet

<1 %

30

Artiga López Adán. "Factores pronóstico para
función retardada del riñón trasplantado

<1 %

procedente de donador vivo/cadavérico
asociados al acto anestésico", TESIUNAM,
2017

Publicación

-
- 31 J. Rojas-Rivera, A. Barat, J. Egido. <1 %
"Glomerulopatías secundarias a
enfermedades sistémicas", Medicine -
Programa de Formación Médica Continuada
Acreditado, 2011

Publicación

-
- 32 mafiadoc.com <1 %
Fuente de Internet

-
- 33 patents.google.com <1 %
Fuente de Internet

-
- 34 www.msd.es <1 %
Fuente de Internet

-
- 35 Arellano Dorado Raquel. "Concepcion e <1 %
influencia del medio ambiente social en los
niños que presentan problemas de
aprendizaje (de 6 a 8 años)", TESIUNAM, 2003

Publicación

-
- 36 Ceballos Hernández Dalila. "Asociación entre <1 %
cefalea tensional y manifestaciones
vestibulares en pacientes que acuden a
consulta externa del servicio de audiolología y
otoneurología del Hospital General Gaudencio
González Garza", TESIUNAM, 2009

Publicación

37	Rafael Golpe, Luis A. Pérez-de-Llano, David Dacal, Hector Guerrero-Sande, Beatriz Pombo-Vide, Pablo Ventura-Valcárcel. "Risk of severe COVID-19 in hypertensive patients treated with renin-angiotensin-aldosterone system inhibitors", Medicina Clínica (English Edition), 2020 Publicación	<1 %
38	tesisenred.net Fuente de Internet	<1 %
39	www.esrdny.org Fuente de Internet	<1 %
40	Camacho Mendoza Catalina. "Proceso atención de enfermería aplicado a un adulto mayor con enfermedad crónico degenerativa bajo el enfoque teórico de Virginia Henderson", TESIUNAM, 2010 Publicación	<1 %
41	catalogoinsp.mx Fuente de Internet	<1 %
42	centrodeconocimiento.ccb.org.co Fuente de Internet	<1 %
43	corrientesdejuanita.blogspot.com Fuente de Internet	<1 %
44	sourceforge.net Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Activo

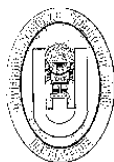
Excluir coincidencias < 15 words

Excluir bibliografía

Activo



SEVILLA EXEBIO, Julio César
Asesor



CONSTANCIA

LA DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y EDUCACIÓN DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”

HACE CONSTAR QUE:





Bach. SALAZAR PISCOYA FELICITA VICTORIA

Ha(n) cumplido con adjuntar dentro de su Informe final de Investigación titulado “**PROGRAMA EDUCATIVO DE AUTOCUIDADO PARA MEJORAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA SIN TRATAMIENTO DIALÍTICO, QUE ASISTEN A LA CONSULTA EXTERNA DE UN HOSPITAL DE ESSALUD EN LA CIUDAD DE CHICLAYO**” (expediente N°4856 - 24/05/2023-VIRTUAL-U.I-FACHSE), presentado para la obtención del **Grado de Maestro (a) en Ciencias de la Educación, mención: Investigación y Docencia**. la **CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE SIMILITUD** expedida por el **software de reporte de similitud del TURNITIN** el cual reporta un **índice de similitud del 20 %**, el mismo que ha sido revisado y constatado por el(a) **Dra. Sevilla Exebio Julio Cesar** y por los miembros del jurado según se determina en el Reglamento General del Vicerrectorado de Investigación (aprobado con Resolución N° 184-2023-CU de fecha 24 de abril de 2023) y la Resolución N° 659-2020-R de fecha 08 de setiembre de 2020 que ratifica la Resolución N° 012-2020-VIRTUAL-VRINV, mediante la cual se aprueba la Directiva para la evaluación de originalidad de los documentos académicos, de investigación formativa y para la obtención de Grados y títulos de la UNPRG - Guía de uso del Software de reporte de similitud -TURNITIN.

Se otorga la presente constancia a solicitud de la parte interesada, para los fines que considere pertinente.

Lambayeque, 24 de Mayo de 2023



• Dra. YVONNE DE FÁTIMA SEBASTIANI ELÍAS
DIRECTORA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FACHSE

YFSE/ECV.
C.c. Archivo.