

**UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**



**AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO
DE HEMODIÁLISIS**

TESIS

**Que para obtener el grado de
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

PRESENTA

Lic. Enf. Teresita de Jesús Romo Morales

DIRECTOR

Dra. Rosa Elena Salazar Ruibal

ASESORES

**Dra. Rosa María Tinajero González
M.C. María de Lourdes Gaxiola Astiazarán**

Hermosillo, Sonora, México

Abril, 2019

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

Dra. Rosa Elena Salazar Ruibal
Director

Dra. Rosa María Tinajero González
Asesor

M.C. María de Lourdes Gaxiola Astiazarán
Asesor

Dra. Sandra Lidia Peralta Peña
Coordinador de Posgrado

AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a Dios por el regalo de la vida y la fortaleza que me da para seguir adelante. Por ser la luz en mí camino en los momentos difíciles y guiarme durante mi recorrido en este viaje llamado “vida”.

También agradezco a la máxima casa de estudios la Universidad de Sonora, especialmente al Departamento de Enfermería por la oportunidad otorgada para ser partícipe de ella, a la jefa del Departamento Dra. María Olga Quintana, a la Coordinadora Dra. Sandra Lidia Peralta y a la planta docente de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos por la gran disponibilidad de apoyo para el logro de mis metas, gracias a cada uno de los docentes que formó parte de este recorrido, por su experiencia y sabiduría brindada.

De la misma forma agradezco al Dr. Jesús Antonio Sánchez director médico del Centro Internacional de Medicina (CIMA), La jefa de enseñanza Patricia, la jefa de enfermería del servicio de Hemodiálisis, a las y los compañeros enfermeros que mostraron siempre su apoyo y disposición en la realización de mi investigación.

Sencillo no ha sido el proceso, pero gracias a las ganas, dedicación, tiempo y esfuerzo de la Dra. Rosa Elena Salazar Ruibal y su atinada dirección he logrado culminar el desarrollo de mi tesis con éxito, le agradezco de corazón por su paciencia, motivación y apoyo constante en este proyecto, ha sido un privilegio coincidir con usted.

DEDICATORIAS

Con especial cariño dedico la tesis a mi padre Carlos y a la memoria de mi madre María Jesús personas excepcionales que me dieron los cimientos para salir adelante y siempre muestras de su amor incondicional. Dedico esta tesis, a quién fue una excelente enfermera siempre mostrando su don de servicio y amor hacia el prójimo, es un honor ser su hija.

A mis hermanos Conrado y Bárbara, que han sido el apoyo fundamental para lograr los objetivos propuestos, siempre me dieron esperanzas y tuvieron fe en mí.

A mi esposo Jorge por siempre estar a mi lado, hombro a hombro apoyándome y animándome en los momentos difíciles, y también celebrando en los momentos de gloria.

RESUMEN

AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

La hemodiálisis (HD) permite vivir a un número importante de personas en el mundo con enfermedad renal crónica (ERC), pero, no resuelve todos los problemas derivados de la enfermedad. El propósito fue determinar la agencia de autocuidado en pacientes sometidos a HD en un hospital privado. El diseño fue descriptivo, transversal, muestreo tipo censo. Se aplicó cédula con datos socio demográficos y el instrumento de ASA (alpha cronbach 0.77) para valorar la agencia de autocuidado. Resultados: La agencia de autocuidado en 13 pacientes fueron puntajes variables (78 - 109 puntos) con puntuación máxima posible de obtener de 120 puntos, por lo que considera un nivel medio. Las preguntas referentes a los cambios en los hábitos especialmente la práctica de ejercicio, mantener el peso corporal, hacer cambios en alimentación, modificar la frecuencia del baño para mantenerse limpio y conservar limpio el ambiente donde viven, reportaron porcentajes elevados 69.3% , 46.2 % y 38.5%, respectivamente sobre la opción en desacuerdo. Existe alta prevalencia de hipertensión arterial (76.9%) en pacientes hombres (84.6%). La edad media fue 54.46 años con DE 16.16 años, la mayoría de los pacientes tienen ingreso fijo y nivel educativo de licenciatura. Lo anterior, constituyen fortalezas para que enfermería proporcione de manera individualizada el cuidado a través de los diferentes métodos de ayuda propuestos por Orem.

Palabras clave: Agencia de autocuidado, Déficit de autocuidado, Factores Condicionantes Básicos.

ÍNDICE

Contenido	Página
AGRADECIMIENTOS	i
DEDICATORIAS	ii
RESUMEN	iii
ÍNDICE	iv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1 Justificación	2
CAPÍTULO II. OBJETIVOS	5
2.1 Objetivo general	5
2.2 Objetivos específicos	5
CAPÍTULO III. MARCO TEÓRICO- REFERENCIAL	6
3.1 Marco teórico	6
3.2 Marco conceptual	9
3.3 Marco empírico	10
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA	14
4.1 Tipo y diseño del estudio	14
4.2 Población	14
4.3 Criterios de selección	14
4.4 Variables	15
4.5 Instrumento	15
4.6 Procedimiento para la recolección de la información	16
4.7 Plan de análisis	17

4.8 Limitación del estudio	18
4.9 Consideraciones éticas	18
CAPÍTULO V. RESULTADOS	19
CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN	22
CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES	26
CAPÍTULO VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27
ANEXOS	31
Operacionalización de variables	32
Instrumento	34
Carta consentimiento informado	37
Dictamen CEI- Enfermería	39
Autorización del CIMA	40
Cronograma	41
GRÁFICAS	43
Gráfica 1 Sexo de los pacientes	43
Gráfica 2 Ocupación	43
Gráfica 3 Último grado académico obtenido	44
Gráfica 4 Estado civil	44
Gráfica 5 Antecedentes personales de HTA	45
Gráfica 6 Antecedentes personales de DM	45
Gráfica 7 Antecedentes personales cardiopatías	46
Gráfica 8 Antecedentes personales de triglicéridos y colesterol elevados	46
Gráfica 9 Antecedentes personales de Obesidad	47
TABLAS	
Tabla 1 Edad de los pacientes	48
Tabla 2 Meses en tratamiento de HD	48
Tabla 3 Preg.1 A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.	48
Tabla 4 Preg.2 Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas	48
Tabla 5 Preg.3 Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda	49

Tabla 6 Preg.4 Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo	49
Tabla 7 Preg.5 Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.	49
Tabla 8 Preg.6 Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo	50
Tabla 9 Preg.7 Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que hago ahora.	50
Tabla 10 Preg.8 Cambio la frecuencia con la que me baño para mantenerme limpio	50
Tabla 11 Preg.9 Para mantener el peso que me corresponde hago cambio en mis hábitos alimenticios.	50
Tabla 12 Preg.10 Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de la manera que pueda mantener mi forma de ser.	51
Tabla 13 Preg.11 Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo.	51
Tabla 14 Preg.12 Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.	51
Tabla 15 Preg.13 Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado	51
Tabla 16 Preg.14 Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	52
Tabla 17 Preg.15 Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	52
Tabla 18 Preg.16 He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	52
Tabla 19 Preg.17 Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	53
Tabla 20 Preg.18 Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.	53
Tabla 21 Preg.19 Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	53
Tabla 22 Preg.20 Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme	53
Tabla 23 Preg.21 Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	54
Tabla 24 Preg.22 Si no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.	54
Tabla 25 Preg.23 Puedo hacer tiempo para mí.	54
Tabla 26 Preg.24 A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	54

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia renal crónica (IRC), es considerada una enfermedad de alto costo por sus efectos sobre la calidad de vida del paciente, la familia y el impacto en los servicios de salud, aspectos posibles de mitigar fortaleciendo el autocuidado¹. Actualmente los tratamientos para la supervivencia de esta enfermedad son en base a la gravedad del padecimiento mismos que van desde la diálisis peritoneal (DP), la hemodiálisis (HD) y el trasplante renal.

La hemodiálisis (HD) permite vivir a un número importante de personas en el mundo con ERC, sin embargo, no resuelve todos los problemas derivados de la enfermedad pues es común que se presenten una serie de complicaciones y síntomas físicos entre los que destacan: desnutrición debida a la eliminación de nutrientes, insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, entre otros. Además de la dependencia vital que crea en el paciente, pues necesita una máquina para vivir, en virtud de que debe asistir al menos tres veces por semana al centro asistencial y permanecer allí de tres a cuatro horas, según de las necesidades de cada paciente². Por otro lado, debido fundamentalmente a la mayor supervivencia del paciente en tratamiento de hemodiálisis, estos presentan mayor comorbilidad asociada.

Además de los síntomas físicos antes señalados, el paciente en HD experimenta grandes cambios en su vida personal, derivados de las restricciones que impone vivir dependiente de una máquina y las implicaciones que ésta va a tener en todos los ámbitos de su vida. Afrontar una enfermedad crónica y progresiva, altamente demandante, cuyo tratamiento es invasivo y continuado, produce de manera permanente importantes cambios de vida en los ámbitos físico, psicológico y social tanto para el paciente y como para su familia.

Al tomar en cuenta los determinantes anteriormente citados: edad, comorbilidad asociada, limitaciones físicas, es frecuente que los pacientes en HD presenten algún grado de discapacidad o dependencia, lo que los hace especialmente dependientes del sistema formal e informal de cuidados para satisfacer sus necesidades en base a la agencia de autocuidado del individuo.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial. Se puede definir como la presencia durante al menos tres meses de filtrado glomerular (FG) inferior a $60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ o lesión renal. La lesión renal se pone de manifiesto directamente a partir de alteraciones histológicas en la biopsia renal o indirectamente por la presencia de albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario, cambios hidroelectrolíticos o de otro tipo secundarios a patología tubular o a través de técnicas de imagen³.

Los principales factores de riesgo para desarrollar la ERC son presencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus añadida al envejecimiento de la población a nivel mundial. La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), llaman a prevenir esta enfermedad y a mejorar el acceso a su tratamiento, afirman que ERC afecta a cerca del 10% de la población mundial⁴.

En el mismo sentido, en México la ERC constituye una de las principales causas de atención en hospitalización y en los servicios de urgencias^{5,6}. Así en el año 2013 se reportaron 11,983 defunciones por insuficiencia renal⁷. De acuerdo con las cifras obtenidas por la Fundación Mexicana del Riñón, existen actualmente en México 8.3 millones de personas con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en sus estadios tempranos, 10,2000 personas con IRC (estadio 5), cerca de 6,0000 personas con tratamiento sustitutivo de la función renal (ya sea diálisis peritoneal o hemodiálisis) y un número alto de enfermos que no llegan a recibir diálisis o trasplantarse. En otros países el promedio de enfermos renales oficialmente censados es del 0.1% de la población total⁸.

1.1 Justificación

La rehabilitación de los pacientes con IRC en tratamiento de HD es un objetivo fundamental que se pretende lograr con la atención de enfermería, a través del autocuidado a su salud supliendo el déficit de autocuidado por educación y apoyo asistencial. Los parámetros

fisiológicos y bioquímicos suministran información muy valiosa, pero lo que realmente interesa a los pacientes es la manera como la enfermedad y los tratamientos que reciben afectan su capacidad funcional y su autocuidado.

La Enfermera (o) que brinda cuidado a pacientes que reciben hemodiálisis, debe valorar frecuentemente los parámetros de capacidad funcional y la habilidad que presenten frente a la enfermedad que padece, a fin de realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando cada paciente, contribuyendo a que el cuidado de enfermería se centre en ayudar a los pacientes a satisfacer más plenamente sus necesidades de autocuidado, mediante la ampliación de sus conocimientos sobre las distintas alternativas que se ofrecen en relación con su salud.

El conocimiento de las esferas acerca de la agencia de autocuidado en los pacientes en tratamiento de hemodiálisis permitirá determinar sus capacidades frente al desarrollo en su vida cotidiana, así como enfrentar su enfermedad e identificar su déficit, lo que permitirá establecer un plan de cuidado de enfermería integral con diagnóstico y objetivos de acuerdo a las necesidades reales y potenciales del paciente con respecto al autocuidado frente a su enfermedad.

Por otra parte, la falta de autonomía personal en el paciente con ERC conlleva a situaciones de dependencia, que es uno de los problemas que frecuentemente se enfrenta el paciente con HD. La dependencia según el Consejo de Europa la definen como “Un estado en el que las personas, debido a una pérdida física, psíquica o en su autonomía intelectual, necesitan asistencia o ayuda significativa para manejarse en las actividades diarias⁹.”

Es necesario que en la planificación del trabajo en las unidades de hemodiálisis se tenga en cuenta que el perfil del paciente sometido a este tratamiento es cada vez más complejo y que la dependencia ocasiona mayor carga de trabajo al personal de enfermería que en general no se consideran y por tanto no se valoran ni se tiene en cuenta a la hora de dotar de recursos a esas unidades¹⁰. Por ejemplo la enfermera que debe trasladar a un paciente en silla de ruedas, ayudarse por otra o más personas para movilizarlo, darle de comer en la boca y vigilarlo constantemente para que no se autolesione en una sesión de HD que suelen ser tormentosa por las incidencias que en ocasiones se producen (hipotensión arterial, falta de flujo),

probablemente no podrá reflejar en la documentación clínica ni una pequeña parte de sus cuidados.¹¹ Por tanto, la adaptación de los pacientes a cuidarse por sí solos es de vital importancia para enfermería, quien es la responsable de promover en el paciente el desarrollo de su agencia de autocuidado.

Por otra parte, Dorothea E. Orem (1991), acepta la existencia de factores que influyen en la agencia de autocuidado del individuo, los categoriza en (a) edad, (b) sexo, (c) etapa de desarrollo (d) factores ambientales, (e) condiciones del sistema familiar, (f) orientación sociocultural, (g) patrones de vida, (h) condición de salud, (i) la adecuación y disponibilidad de recursos, (j) los elementos del sistema de cuidado a la salud. La autora llama a este conjunto factores condicionantes básicos, que como entidad conceptual se relaciona con la agencia de autocuidado, el autocuidado así como con los requisitos de autocuidado derivados de la desviación de la salud¹². Para efectos de la presente investigación se estudiarán los factores condicionantes básicos siguientes: edad, sexo, escolaridad y condición de salud antecedentes personales de Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Enfermedades del corazón, obesidad, colesterol y triglicéridos elevados.

Por lo anterior, se planteó la pregunta de investigación siguiente:

¿Cuál es la agencia de autocuidado en pacientes sometidos a hemodiálisis en institución privada de segundo nivel de atención en Hermosillo, Sonora?

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

2.1. General

Determinar la agencia de autocuidado en pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis (HD).

2.2. Específicos:

- Caracterizar socio demográficamente a la población de pacientes participantes.
- Detectar las actividades que reportan puntaje más bajo en la agencia de autocuidado.
- Identificar la prevalencia entre los factores condicionantes básicos seleccionados: condición de salud (antecedentes personales: Hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades del corazón, obesidad, colesterol y triglicéridos elevados) con sexo, edad y escolaridad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO- REFERENCIAL

3.1. Marco teórico

La Teoría de Déficit de Autocuidado (TEDA) de Dorothea E. Orem es una teoría general compuesta por cuatro subteorías relacionadas:

- La teoría de autocuidado, describe el por qué y cómo las personas cuidan de sí mismas.
- La teoría del cuidado dependiente, explica el modo de cómo la familia y amigos brindan cuidados dependientes a una persona socialmente dependiente.
- La teoría de sistemas de enfermería, describe y explica las relaciones que el personal de enfermería debe mantener para que se dé el cuidado enfermero.
- La teoría del déficit de autocuidado, describe y explica cómo el personal de enfermería puede ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades de autocuidado.

La teoría del déficit de autocuidado señala como concepto central “autocuidado” se define como la acción empleada por la persona para el mantenimiento y conservación de la salud y el bienestar, considerándose una acción totalmente deliberada. Etimológicamente el autocuidado está conformado por las palabras: *auto* del griego *αὐτο* que significa "por uno mismo", y *cuidado* del latín *cogitātus* que significa "pensamiento", lo que sería entonces *el cuidado propio*. Este término es muy utilizado en la disciplina enfermera, desde que Orem lo conceptualizó. La teorista Orem afirmó que autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o en proceso de maduración, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte con el fin de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos de autocuidado universales y de desarrollo¹³.

Orem establece otro tipo de cuidado, el dependiente se refiere al cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable y/o el bienestar como son los recién nacidos, los niños en edad preescolar, las personas en estado inconsciente, los enfermos

graves, las personas con alguna patología que limite su capacidad de autocuidado como cáncer, diabetes mellitus que requiera la aplicación de insulina, fractura de pelvis entre otros.

La teórica también afirmó que se necesitan requisitos de autocuidado, expresados sobre las acciones que se deben de llevar a cabo por que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano.

Los requisitos de autocuidado que deben satisfacer las necesidades de los individuos Orem los clasificó en 3 tipos: Requisitos de autocuidado universales, requisitos de autocuidado de desarrollo y requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud¹³.

Los requisitos de autocuidado universales son definidos como los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente, tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida, o lo que está en proceso de ser validado, sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital, entre los que se encuentran: a) Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire, agua y comida, b) mantenimiento de un balance entre la actividad, el descanso y entre la soledad y la interacción social entre otros ^{13,14}.

Los requisitos de autocuidado del desarrollo. Son aquello que se precisan de acuerdo a las diferentes etapas del ciclo vital de cada una de las personas. Hay tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo: 1) Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo. 2) Implicación en el autodesarrollo. 3) Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.

Finalmente, los requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud son propuestos para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo, determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran.

Orem afirma que la enfermedad o lesión no solo afecta a la estructura específica sino al funcionamiento humano integral. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado

surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento. Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud, tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad de autocuidado o del cuidado dependiente, aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

Se puede afirmar que el ser humano tiene la capacidad para cuidarse y este autocuidado se aprende a lo largo de la vida, principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. Es por ello, que no es extraño reconocer en los seres humanos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades.

Otro concepto central son las necesidades de autocuidado terapéutico; Orem expone que estas necesidades están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos, durante un cierto tiempo, para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para: 1) Controlar o dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores del funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida). 2) Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión) ^{13, 14}.

El autocuidado guarda relación con la agencia de autocuidado y la demanda terapéutica de autocuidado. Cuando los individuos realizan acciones deliberadas de autocuidado están haciendo uso de su agencia de autocuidado con el fin de satisfacer sus propias demandas de autocuidado terapéutico.

La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. La agencia de enfermería incorpora las capacidades de los profesionales de enfermería para ayudar a personas que proporcionan cuidado dependiente a regular el desarrollo o el ejercicio de su agencia de cuidado dependiente.

Dentro de su teoría Orem menciona que las personas pueden beneficiarse de la enfermería porque están sujetas a limitaciones asociadas o derivadas de la salud, las cuales las hacen incapaces de mantener un autocuidado continuo o un cuidado en dependencia^{11, 15}. El cuidado de enfermería se requiere siempre en el mantenimiento de autocuidado continuo, necesita recurrir a técnicas especiales y a la aplicación del conocimiento científico para la provisión de los cuidados o el diseño. Las deficiencias del autocuidado se presentan cuando la agencia de autocuidado o la habilidad de una persona para cubrir la necesidad quedan rebasadas por la demanda de autocuidado¹¹.

Orem acepta la existencia de factores que influyen en la agencia de autocuidado del individuo para realizar su autocuidado. Los categoriza en: (a) edad, (b) sexo, (c) la etapa de desarrollo, (d) factores ambientales, (e) condiciones del sistema familiar, (f) orientación sociocultural, (g) patrones de vida, (h) condición de salud, (i) adecuación y disponibilidad de recursos y (j) los elementos del sistema de cuidado a la salud. La autora llamó a este conjunto factores condicionantes básicos, que como entidad conceptual se relaciona con la agencia de autocuidado y el autocuidado, así como con los requisitos de desviación de la salud¹⁴.

La agencia de autocuidado es descrita como una estructura compleja de capacidades fundamentales que agrupa las habilidades básicas del individuo (sensación, percepción, memoria y orientación), los componentes de poder (capacidades específicas relacionadas con la habilidad del individuo para comprometerse en el autocuidado) y las capacidades para operaciones de autocuidado¹⁶. Las operaciones de esta última capacidad, Gast las subdivide en tres tipos: 1) estimativas: se evalúan las condiciones y factores individuales y del medio ambiente que son importantes para su autocuidado; 2) transicionales, se toman decisiones sobre lo que se debe y puede hacer para mejorarlo; y 3) productivas: se realizan las medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado¹⁶.

3.2. Marco conceptual

Este apartado incluye los conceptos relevantes utilizados en el paciente con ERC que requiere tratamiento con HD entre los que se encuentren los siguientes:

La ERC se puede definir como la presencia durante al menos tres meses de filtrado glomerular (FG) inferior a 60 ml/min/1,73 m² o lesión renal (definida por la presencia de anomalías estructurales o funcionales del riñón, que puedan provocar potencialmente un descenso del

FG). La lesión renal se pone de manifiesto directamente a partir de alteraciones histológicas en la biopsia renal (enfermedades glomerulares, vasculares, túbulo-intersticiales) o indirectamente por la presencia de albuminuria, alteraciones en el sedimento urinario, alteraciones hidroelectrolíticas o de otro tipo secundarias a patología tubular o a través de técnicas de imagen³.

Enfermedad renal crónica terminal: pérdida irreversible de la función renal, documentado con una tasa de filtrado glomerular < 15 ml/min. Es propiamente la etapa KDOQI 5, donde se requiere empleo de alguna terapia sustitutiva de la función renal³.

Terapia sustitutiva renal: recurso terapéutico de soporte renal en cualquiera de las modalidades: diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal³.

Hemodiálisis es una técnica de depuración sanguínea extracorpórea, que va a suplir parcialmente las funciones renales de excreción de solutos, regulación del equilibrio ácido base y electrolítico, y eliminación de líquido retenido. Estos objetivos se consiguen poniendo en contacto la sangre del paciente con un líquido de características predeterminadas a través de una membrana semipermeable, instalada en un filtro llamado dializador¹⁷.

Factores condicionantes básicos: Orem acepta la existencia de factores que influyen en la agencia de autocuidado del individuo para realizar acciones de autocuidado. Los categoriza en edad, sexo, etapa de desarrollo, factores ambientales, condiciones del sistema familiar, orientación sociocultural, patrones de vida, condición de salud, la adecuación y disponibilidad de recursos y los elementos del sistema de cuidado a la salud¹⁴. Para efectos del presente trabajo se consideraron los siguientes: Edad, sexo, escolaridad, condición de salud (antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, hipercolesteronemia, obesidad).

Agencia de Autocuidado: Capacidad adquirida de satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humanos y promueven el bienestar.

3.3. Marco empírico

Se presentan algunas evidencias de investigaciones científicas realizadas en relación con la variable de estudio: agencia de autocuidado, aunque cabe aclarar que son escasas las investigaciones encontradas sobre agencia de autocuidado.

Un estudio documental realizado del periodo 2006-2013 sobre el autocuidado en el día a día del paciente con enfermedad renal crónica (ERC) se analizaron ocho artículos que respondieron al objetivo del estudio que fue describir las actividades de autocuidado realizadas por los pacientes con ERC que se encuentran en los diferentes tratamientos sustitutivos, reportadas en la literatura científica durante el periodo 2006 a 2013, siete realizados en Brasil y uno en Canadá. Seis fueron cualitativos. Todos realizados por Enfermeras, dos de ellos presentan explícitamente orientación teórica disciplinar. De los cuales emergieron seis categorías: Mantenimiento y mejora de la aptitud/condición física; Mantenimiento y mejora del estado nutricional: comportamiento alimentario, Recreación como medida de autocuidado, Protección y mantenimiento de la función de la fístula arteriovenosa, Uso de terapia farmacológica como medida de autocuidado y desde la experiencia y la construcción del conocimiento: algunas prácticas de autocuidado. Dentro de las conclusiones se destacan el mantenimiento de la condición física y del estado nutricional fueron las actividades de autocuidado que emergieron con mayor relevancia. En la producción científica del autocuidado en pacientes con ERC en tratamientos sustitutivos, se resalta el liderazgo enfermero, pero se evidencia baja producción, especialmente en países en vía de desarrollo¹⁸.

Otro estudio realizado en Canadá en el año 2010, evaluó la relación entre la percepción del tratamiento de hemodiálisis en el hogar y la capacidad de autocuidado. La investigación fue descriptiva, transversal, la muestra estuvo conformada por 49 pacientes, se recolectaron datos demográficos, cuestionario de opinión sobre su percepción del tratamiento y la escala de Jo Pre- Training Assessment Tool (JPAT) clasificándolo en bueno, medio e inadecuado para evaluar la capacidad de autocuidado, los criterios de inclusión fueron: estar en el programa de hemodiálisis, mayor de 18 años, nivel de agudeza visual suficiente para responder a las preguntas y sin déficit de atención. Se encontró que el 51% correspondió al sexo femenino, el 36.7% se ubicó entre 41-60 años, 53.1% reportó nivel de escolaridad medio, en las sub-escalas de JPAT, el 67.3% en el aspecto físico obtuvo el nivel medio, 79.6% con buena comunicación, 61.2% buena capacidad de mantener el autocuidado, 57.1% con apoyo social y el 100% con

buen estado nutricional. El 53.1% refirió tener disponibilidad para asistir a su tratamiento de hemodiálisis en los hospitales, el 16% eran plenamente capaces de realizarse la hemodiálisis en su casa¹⁹.

La investigación sobre autocuidado y calidad de vida en personas mexicanas con hemodiálisis señaló que algunos factores condicionantes básicos como la edad y la educación influyeron en las capacidades de autocuidado debido a que mayor edad de los participantes poseían menor conocimiento de la Enfermedad Renal Crónica y la hemodiálisis. En cuanto a la calidad de vida más del 95% de los participantes presentaron bajos puntajes en la percepción de su calidad de vida incluyendo las dimensiones: física y de síntomas de la enfermedad, además menciona que los participantes presentaron hipertensión como una de las complicaciones más frecuentes, afectando el requisito correspondiente a la desviación de la salud, y limitaba la realización de las actividades para la satisfacción de las necesidades, coadyuvando más al déficit de autocuidado²⁰.

La capacidad de agencia de autocuidado de las personas en diálisis se caracterizó por estar entre los niveles de alta y media capacidad, se evidenció relación de la capacidad de autocuidado con las variables edad y percepción del estado de salud; ratificando lo planteado sobre los factores básicos que condicionan o alteran la actividad de autocuidado de un individuo²¹.

Por otra parte, la literatura señala algunos factores de riesgo para el desarrollo de ERC, mismos que se mencionan a continuación:

Un promedio de 15 millones de adultos mayores de 70 años de edad, y con una mayor incidencia en hombres (32.6%) que en mujeres (29%), serán diagnosticados con este padecimiento²².

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal, que son importantes causas de mortalidad en México²³.

Edad. La tasa de progresión de la ERC es influenciada por el incremento progresivo de la edad^{24, 25}.

Uno de cada 4 adultos en México padecen hipertensión arterial (25.5%) de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Para clasificar a un individuo como hipertenso, debe tener una presión arterial mayor a 140/90 mmHg²⁶.

De acuerdo a la ENSANUT 2016 la *hipertensión* se presenta ligeramente más en mujeres (26.1%) que en hombres (24.9%). El grupo de edad menos afectado es el de 20 a 29 años, mientras que la prevalencia más alta está en el grupo de 70 a 79 años²⁶.

Factores de riesgo modificables

La elevación de las cifras de PA elevada a nivel sistémico, se han relacionado con un aumento de la presión a nivel del glomérulo, ocasionando alteraciones crónicas hemodinámicas de la arteriola aferente y llevando a un fenómeno conocido como hiperfiltración adaptativa. Esta es posiblemente la fase inicial de la ERC²⁴.

Obesidad. La obesidad ha sido determinada en varios estudios como un factor de riesgo para el desarrollo de ERC y progresión de la misma²⁴.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Tipo y diseño del estudio.

Se trata de una investigación descriptiva de corte transversal²⁹.

4.2 Población.

La población de estudio estuvo conformada por 13 (100%) pacientes en tratamiento de hemodiálisis registrados durante los tres turnos, en una institución privada de segundo nivel de atención de Hermosillo, Sonora, México.

4.3 Criterios de selección.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con ERC que reciban tratamiento de hemodiálisis en la institución seleccionada.
- Que posean al menos 1 mes de haber comenzado las sesiones de HD.
- Personas >18 años de edad y menor de <90 años.
- Pacientes que acepten participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con ERC que no estén en tratamiento de hemodiálisis.
- Menores de 18 años y mayores de 90 años cumplidos.
- Pacientes que no acepten participar voluntariamente en el estudio.
- Pacientes que reciban tratamiento de HD en otras instituciones de salud públicas o privadas

Criterios de Eliminación:

- Pacientes que presenten deterioro cognoscitivo al momento de la aplicación del instrumento.
- Pacientes que en el momento de la recolección de datos presenten alguna complicación en su salud.
- Instrumentos que se encuentren incompletos

4.4 Variables.

Independiente.

Factores condicionantes básicos: Edad, sexo, escolaridad, condición de salud (antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, hipercolesteronemia, obesidad).

Dependiente.

Agencia de Autocuidado: Capacidad adquirida de satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura y el funcionamiento y desarrollo humanos y promueven el bienestar ⁽²¹⁾.

4.5 Instrumento.

El instrumento de medición utilizado para esta investigación fue la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA por denominación en inglés Appraisal of Self-care Agency Scale)²⁷, la cual fue desarrollada por G. Evers Van Gorcum y traducida al español en el año 1998 por dos estudiantes del doctorado en Enfermería y tres traductores profesionales. ASA fue desarrollada para medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.

Las cinco traducciones se analizaron y compararon por las estudiantes de doctorado a fin de construir un solo cuestionario. Como resultado de esta revisión, los ítems no. 4, 6, 13 y 16 fueron reescritos en forma más simple, discreta y gramaticalmente correcta. Las instrucciones también sufrieron modificaciones para hacerlas comprensibles. La traducción en español se entregó a tres traductores profesionales para su traducción al idioma inglés, donde se consolidó una sola, misma que fue puesta a consideración de una de las autoras de la escala para su evaluación en función de la forma original. La conclusión de la autora fue que la escala ASA en versión en inglés es equivalente a la escala ASA en versión en español.

La escala está compuesta por veinticuatro reactivos con respuesta de cinco alternativas tipo Likert, donde el 1 (totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de capacidad de autocuidado, 2 (en desacuerdo), 3 (ni de acuerdo ni en desacuerdo), 4 (de acuerdo) y el 5 (totalmente de acuerdo) siendo este último el valor más alto. Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos. Se clasifica en alta capacidad de autocuidado con un puntaje de 97 a 120, media capacidad de autocuidado con un puntaje de 49 a 96 y baja

capacidad de autocuidado de 1 a 48 puntos, con una confiabilidad por alfa de Cronbach de 0.77 para su uso en la población mexicana²⁸.

Para confirmar validez y confiabilidad de la escala en español, Esther C. Gallegos Cabriales, empleó esta escala versión español en un grupo de adultos con diabetes mellitus mediante una investigación de tipo descriptivo, correlacional y transversal en una muestra de 192 adultos diagnosticados médicamente con esta enfermedad²⁸. De éstos, 120 pacientes estuvieron hospitalizados y 72 recibieron atención ambulatoria. Se Confirmó la relación teórica entre los conceptos factores condicionantes básicos (estado de salud) y capacidad de agencia de autocuidado. En la misma investigación Gallegos Cabriales determinó la validez conceptual y confiabilidad de la escala, versión en español con un valor alfa de Cronbach de 0,77, lo que significa que los ítems de la escala miden un mismo concepto (consistencia interna), y se confirmó la validez conceptual de la escala al discriminar el grupo de pacientes con diabetes hospitalizados, de los ambulatorios, por una diferencia de medias a favor de los segundos. Además, el efecto significativo de los factores condicionantes básicos sobre las capacidades de autocuidado de los adultos con diabetes reafirmó la validez conceptual de la escala²⁸.

4.6 Procedimiento para la recolección de la información.

Una vez aceptada la propuesta investigación ante el Comité de Ética de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora, (en anexos se encuentra el dictamen de aprobación) se realizaron los trámites para los permisos correspondientes en la institución de segundo nivel de atención a la salud que ofrece el servicio de hemodiálisis en Hermosillo, Sonora. Posterior a la aprobación de la investigación por las autoridades correspondientes del Hospital seleccionado, se procedió a la aplicación del instrumento mediante la autorización por escrito de cada uno de los pacientes sometidos a hemodiálisis. La recopilación de información se llevó a cabo en varias sesiones incluyéndose los turnos matutino y vespertino hasta completar el censo de pacientes registrados con HD.

Previo al inicio de la aplicación del instrumento, el investigador responsable se presentó con los pacientes en el servicio de HD solicitándoles la participación voluntaria en el estudio, explicándoles el objetivo del mismo. Una vez obtenida la anuencia de cada paciente, se le

otorgó la hoja de consentimiento informado para que posterior a su lectura fuese firmado por el mismo paciente haciéndoseles hincapié que si no estaban de acuerdo tenían la libertad de negarse a participar en la investigación.

Posterior a ello, se entregó el instrumento para la recolección de datos, explicándoseles la forma en que debía ser contestado. El tiempo destinado a dar respuesta al instrumento fue antes o posterior a la sesión de hemodiálisis, otorgándoseles un tiempo estimado para responder de 15-20 minutos. Durante este tiempo el investigador responsable permaneció con el paciente con el propósito de aclarar dudas en caso de que hubiese.

4.7 Plan de análisis.

El análisis se realizó a través del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 24. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos mediante la realización de gráficos y tablas de frecuencia, medidas de tendencia central.

4.8 Limitación del estudio.

Disminución del número de pacientes registrados en el servicio de hemodiálisis.

4.9 Consideraciones éticas.

El presente proyecto cuenta con la autorización del comité de Ética del Departamento de Enfermería de UNISON, así como de la instancia correspondiente de la Institución de segundo nivel de atención de Hermosillo, Sonora. De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, específicamente el artículo 13, mismo que hace alusión a prevalecer el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas.

Artículo 14. Se contará con el consentimiento informado por escrito de los participantes (personas en tratamiento de HD) en la investigación (Fracción I). Finalmente, de acuerdo a la Fracción VIII se solicitará la autorización de la institución de segundo nivel donde se llevó a cabo la investigación.

De acuerdo al artículo 17. El estudio se considera una investigación Sin Riesgo dado que solamente se aplicarán cuestionarios La investigación se considera Sin riesgo: “Son estudios

que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

Se protegerá la privacidad del participante de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 16, mediante la utilización de códigos en lugar de los nombres de los participantes. De acuerdo al Artículo 21 se brindó una explicación de forma clara y completa a los participantes acerca de la justificación y objetivos de la investigación (Fracción I), los procedimientos que se emplearon (Fracción II), las molestias o riesgos esperados (Fracción III), la garantía de recibir respuesta a cualquier duda o pregunta (Fracción VI), así como también la libertad de retirarse en el momento que ellos desearan (Fracción VII).. En caso que los participantes refirieran sentirse incómodos sobre las preguntas, podrán desistir de la investigación si así lo desean.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

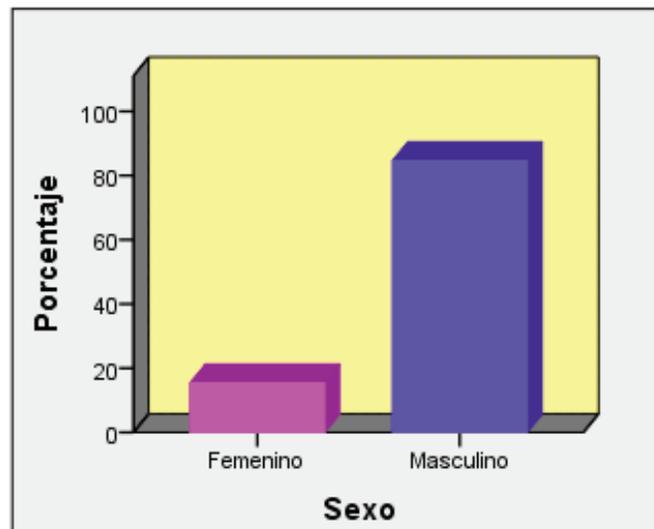
Se presentan los resultados obtenidos referentes a 13 pacientes participantes de acuerdo a las tres partes de que consta la escala agencia de autocuidado aplicada a saber: 1) Datos de identificación, II) Antecedentes personales (condición de salud), III) Agencia de autocuidado.

1.-Datos de identificación:

La edad de los pacientes fluctuó entre 22 a 86 años. Sin embargo, el mayor porcentaje de pacientes se ubicó entre los 37 a 54 años con 46.2% (6), seguido del grupo de edad comprendido entre los 57 a 72 años 30.8% (4) como se puede observar en tabla 1. La media de edad fue 54.46 años cumplidos con desviación estándar de 16.16 años.

En cuanto al sexo de los pacientes encuestados, el porcentaje mayor correspondió al sexo masculino 84.6% (11), como se muestra en la gráfica no.1.

Gráfica 1. **Sexo de los pacientes**

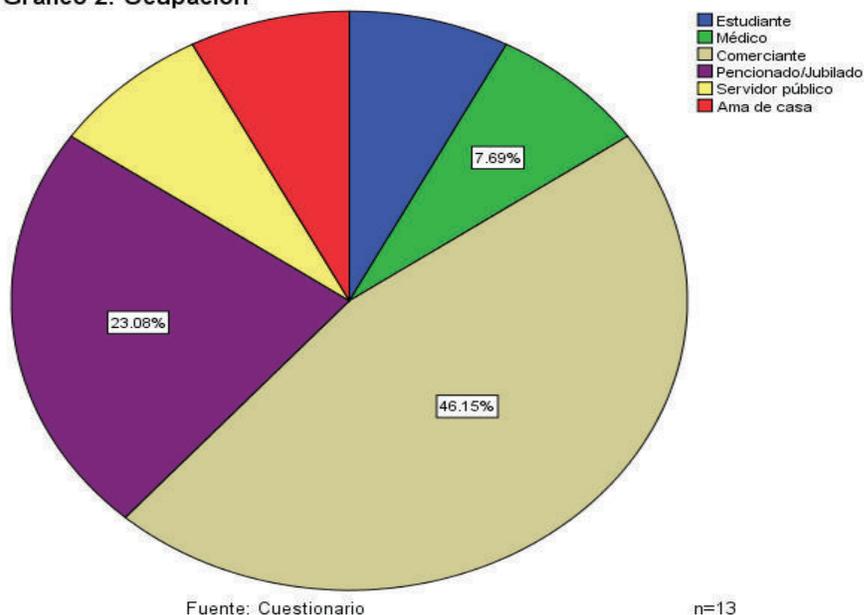


Fuente: cuestionario

n=13

En relación a la ocupación a continuación se presenta la gráfica 2 donde se observa: El mayor porcentaje son comerciantes 46.2% (6), 23.1% (3) pensionados o jubilados, 7.7% (4) estudiante, médico, ama de casa y servidor público respectivamente.

Gráfico 2. Ocupación



Referente a la escolaridad, la cual se proyecta en el gráfico 3, el porcentaje mayor correspondió a estudios de Licenciatura 61.5% (8), seguido de pacientes con estudios de nivel técnico, 15.4% (2) y 7.7% (3) concluyeron estudios de posgrado, preparatoria y primaria respectivamente. Tocante al estado civil (gráfica 4) el 76.9% (10) se encuentran casados y el resto son solteros 23.1% (3).

En lo que concierne al tiempo de tratamiento con hemodiálisis los pacientes refirieron que tienen 6 meses el mínimo de tiempo y 186 meses equivalentes a 15 años con 6 meses como tiempo máximo, con una media de 48.46 meses. Tabla 2

Tabla 2. Meses en tratamiento de HD

Media	48.4615
Desviación estándar	55.09782
Mínimo	6.00
Máximo	186.00
Fuente: Cuestionario	n=13

II.- Antecedentes personales:

Las diferentes enfermedades relativas a su condición de salud que señalaron presentar los pacientes fueron las siguientes: Hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, hipercolesteronemia y obesidad. Cabe destacar, que la hipertensión arterial ocupó el porcentaje más elevado con 76.9% (10), el resto de las enfermedades señaladas obtuvieron cada una un porcentaje de 46.2% (6), excepto la obesidad ocupó el porcentaje más bajo con 15.4% (2).

III.- Agencia de Autocuidado:

La escala utilizada para medir la agencia de autocuidado, la puntuación máxima posible de obtener son 120 puntos y la mínima 24. Al respecto, los puntajes alcanzados en los pacientes participantes fueron variables, ya que fluctuaron entre 78 a 109 puntos, donde el puntaje más bajo correspondió a 78 puntos en dos pacientes en tanto que el más alto fue de 109 puntos en un paciente. La media obtenida en la agencia de autocuidado fue 87.46 puntos (Tabla 27).

Las tablas del 4 al 28 muestran los resultados de cada uno de los ítems del instrumento.

Tabla 27. **Sumatoria Agencia de Autocuidado.**

n	Sumatoria		
1	95	Media	87.46
2	109	Mediana	84
3	81	Moda	81
4	82	DE	9.20
5	81	Min.	78
6	97	Max.	109
7	78		
8	78		
9	84		
10	93		
11	88		
12	91		
13	80		

Fuente: Cuestionario n=13

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos referentes a los datos de identificación en el presente estudio son similares a los reportados en otras investigaciones así la edad de los pacientes el mayor porcentaje (46%) se ubicó en la etapa productiva de su vida (37-57 años) dato que coincide con el estudio realizado Canadá (2010) donde el 31.7% de los pacientes se ubicaron en edades de 41-60 años¹⁹. Lo anterior es relevante en virtud de que la ERC y la persona que recibe HD se ven afectadas en todas las esferas de su vida a consecuencia de su enfermedad, así como el tratamiento que en la mayoría de los casos es prolongado. También, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición señala que uno de cada 4 adultos en México padecen hipertensión arterial (25.5%). El grupo de edad menos afectado es el de 20 a 29 años, mientras que la prevalencia más alta está en el grupo de 70 a 79 años²⁶. En este mismo sentido, la tasa de progresión de la ERC es influenciada por el incremento progresivo de la edad²⁴.

En apoyo a lo antes señalado, la mayor prevalencia de ERC en la presente investigación se presentó en las edades de los pacientes de 37-57 años (46%) y 57 a 72 años (30.8%) respectivamente.

Tocante al sexo, 84.6% (11) fueron hombres, información que coincide con la publicación realizada por la Federación Mexicana de Diabetes 2016 donde señala una mayor incidencia de hipertensión arterial se presenta en hombres (32.6%) que en mujeres (29%). En contraste, ENSANUT 2016, reportó que la hipertensión arterial se presenta ligeramente más en mujeres (26.1%) que en hombres (24.9%)²⁶.

En cuanto al nivel de escolaridad obtenido, en general fue aceptable ya que más del 61% (8) cuenta con estudios de licenciatura incluso uno de ellos tiene estudios de posgrado. Lo anterior, influye en la operatividad de la agencia de autocuidado pues el nivel educativo de acuerdo a Orem es un factor condicionante básico importante para el autocuidado de los pacientes¹⁴.

Referente a la ocupación de los pacientes, 61.6 % (8) tienen ingreso económico fijo ya que son comerciantes y un profesionista del área de la salud. Lo anterior, constituye una gran ventaja ya que el ingreso económico es otro factor condicionante básico relevante según Orem para

atender la salud¹⁴. Cabe recordar que la investigación se realizó en una institución de salud privada, lo que de alguna manera se refleja en el mayor ingreso económico de los pacientes.

Tocante a los antecedentes personales de enfermedad (condición de salud) destaca la presencia de HTA en el 76% (10) de los participantes, así como la existencia de otras patologías tales como diabetes mellitus, cardiopatías e hipercolesteronemia con porcentajes menores 46.6% (6), pero relevantes para el desarrollo de ERC. Tal información es similar a la investigación realizada por García en población mexicana sometida a hemodiálisis donde se reportó la hipertensión arterial como complicación frecuente en los pacientes. Además, La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal de acuerdo a Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012²³.

En este mismo sentido, la elevación de las cifras de PA elevada a nivel sistémico, se han relacionado con un aumento de la presión a nivel del glomérulo, ocasionando alteraciones crónicas hemodinámicas de la arteriola aferente y llevando a un fenómeno conocido como hiperfiltración adaptativa. Esta es posiblemente la fase inicial de la ERC. Por otra parte, la obesidad ha sido identificada en varios estudios como un factor de riesgo para el desarrollo de ERC y progresión de la misma²⁴.

Agencia de AC:

Los puntajes obtenidos para determinar la agencia de autocuidado de los pacientes, revelaron una puntuación promedio de 72.5% tomando como base el máximo (120) en la escala original según la investigación realizada por Gallegos²⁸. El puntaje mayor obtenido en un paciente fue 109 puntos equivalentes a 90.83% en contraste, el menor puntaje fue 78 lo que equivale a 65% de la agencia de autocuidado en dos pacientes.

De los 24 aspectos contenidos en la escala para medir la agencia de autocuidado, llama la atención que las preguntas referentes a los cambios en los hábitos de los pacientes especialmente los referentes a la práctica de ejercicio (#11), mantener el peso corporal haciendo cambios en alimentación (#9), cambiar la frecuencia del baño para mantenerse

limpio (#8) y mantener limpio el ambiente donde viven,(#4) reportaron porcentajes elevados 69.3% (9) % y 46.2 (6)y 38.5 (5), respectivamente sobre la opción en desacuerdo

Los resultados anteriores, son coincidentes con la investigación documental longitudinal realizada del periodo 2006-2013 sobre el autocuidado en el día a día del paciente con enfermedad renal crónica (ERC)¹⁸, se destacan el mantenimiento de la condición física y del estado nutricional fueron las actividades de autocuidado que emergieron con mayor relevancia. En ese sentido, Orem señala que en estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento¹⁴. En consecuencia, los requisitos de autocuidado que requiere cumplir el paciente con ERC tales como mantener el peso corporal, hacer cambios en la alimentación, práctica de ejercicio, modificar hábitos de higiene personal (baño) y limpieza del ambiente donde vive, son más difíciles de cumplir en virtud de que son impuestos por la ERC y como parte del tratamiento, el paciente no está acostumbrado a realizar esas modificaciones de manera repentina por lo que requiere un proceso de educación a la salud que le permita comprender, asimilar y realizar esos cambios tan relevantes en su vida de manera permanente. De acuerdo a Orem, los individuos pueden ser capaces de iniciar y perseverar en la acción de autocuidado para satisfacer requisitos universales si siguen prácticas rutinarias, pero al cambiar a nuevas prácticas pueden ser incapaces¹⁴. Así conocimientos y habilidades específicos basadas en la ciencia médica y en la tecnología son necesarios para el autocuidado en los requisitos por desviación de la salud¹¹.

Por otra parte, Orem menciona que las personas pueden beneficiarse de la enfermería porque están sujetas a limitaciones asociadas o derivadas de la salud, las cuales las hacen incapaces de mantener un autocuidado continuo o un cuidado en dependencia^{11,15}.

El cuidado de enfermería se requiere siempre en el mantenimiento de autocuidado continuo, necesita recurrir a técnicas especiales y a la aplicación del conocimiento científico para la provisión de los cuidados o el diseño. Las deficiencias del autocuidado se presentan cuando la agencia de autocuidado o la habilidad de una persona para cubrir la necesidad quedan rebasadas por la demanda de autocuidado¹¹.

Desde la perspectiva de enfermería, Orem define los métodos de ayuda como una serie secuencial de acciones que, si se llevan a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su

propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes. Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y combinan de acuerdo con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud. Los diferentes métodos de ayuda son:

- Actuar o hacer por cuenta de otro.
- Guiar y dirigir.
- Ofrecer apoyo físico o psicológico.
- Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.
- Enseñar¹¹.

En apoyo a los anterior, los pacientes participantes en el presente estudio, es posible que mejoren su agencia de autocuidado en los aspectos donde obtuvieron los puntajes más bajos mediante la aplicación de los diferentes métodos de ayuda referidos por Orem tomando en consideración algunos factores condicionantes básicos que resultaron favorables en ellos tales como edad (personas adultas con capacidad para tomar decisiones), nivel educativo alto e ingreso económico fijo.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

La presente investigación permitió determinar la agencia de autocuidado del paciente con ERC en tratamiento de hemodiálisis en una institución de salud privada, obteniéndose puntajes variables entre 78 a 109 puntos. La media obtenida en la agencia de autocuidado fue 87.46 puntos por lo que considera un nivel medio.

Tocante a los factores condicionantes básicos, específicamente la condición de salud existe alta prevalencia de hipertensión arterial (76.9%-10) en los pacientes principalmente del sexo masculino y en menor frecuencia presencia de otras enfermedades como diabetes mellitus, hipercolesteronemia, y obesidad.

La edad prevalente correspondió a la etapa adulta, donde la persona se encuentra en la etapa productiva de la vida aunado a que la mayoría de los pacientes tienen ingreso fijo y nivel educativo de licenciatura. Los factores condicionantes anteriores (edad, nivel educativo e ingreso), constituyen una fortaleza para que enfermería proporcione de manera individualizada el cuidado a través de los diferentes métodos de ayuda propuestos por Orem con el objetivo de mejorar la agencia de autocuidado en cada uno de los pacientes a su cuidado.

CAPÍTULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Carrillo A. Análisis de la capacidad de autocuidado en pacientes en diálisis peritoneal. *EnfermNefrol* [Internet]. 2015 Mar [citado 2016 Mayo 08]; 18(1): 31-40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S225428842015000100005&lng=es.
- 2.-Albañil T, Ramírez M, Crespo R. Análisis de la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis ambulatoria y su relación con el nivel de dependencia. *EnfermNefrol* [Internet]. 2014 Sep [citado 2016 Abril 28]; 17(3): 167-174. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842014000300002>
- 3.- Gándara M, Menezo R, Cobo J, Pelayo R, García M, Aja A. Valoración de necesidades de las personas con enfermedad renal en hemodiálisis en Cantabria. *NuberCientíf.* [Internet]. 2011[citado 2016 Mayo 01]; 1 (5): 12-17. Disponible en: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/82>
- 4.- Méndez A, Méndez J F, Tapia T, Muñoz A, Aguilar L. Epidemiología de la insuficiencia renal crónica en México *Dialnet* [internet]. 2010 [citado 2016 abril 22]; 31(1):7-11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3257220>
- 5.- Fernández-Cantón S. El IMSS en cifras: la mortalidad en la población derechohabiente. 2003. *RevMed IMSS* [internet]. 2004; [citado 2016 abril] 42:353-64. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im044m.pdf>
- 6.- Treviño BA. Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. *CirCiruj.* [Internet] 2004; [citado 2016 abril] 72:3-4. Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=21163&id_seccion=179&id_ejemplar=2179&id_revista=38
- 7.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [homepage on the internet]. México: INEGI; c2016 [actualizada 16 Abril 2016; consultado 16 Abril 2016]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>

- 8.- Fundación mexicana del riñón [homepage on the internet]. México: Allright; c2012 [actualizada 16 Abril 2016; consultado 23 Abril 2016]. Disponible en: <http://www.fundrenal.org.mx>
- 9.- Querejeta González, Miguel. Discapacidad-dependencia: Unificación de criterio de valoración y calificación. Madrid: IMSERSO; 2004 [citado 2016 abril 27]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0181.pdf>
- 10.- Andreu, L., Moreno, C., Julve, M. Valoración de pacientes tratados con hemodiálisis según la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Rev Soc Esp Enferm Nefrol [Internet]. 2010 Dic [citado 2016 Nov 10]; 13(4): 252-257. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752010004400007&lng=es
- 11.- Cutcliffe, J., McKenna, H., Hyrkäs, K. Modelos de enfermería: Aplicación a la práctica. México, D.F.: Manuel Moderno; 2011.
- 12.- Salazar, R. Capacidades y Actividades de Autocuidado en Adultos con Diabetes Mellitus tipo II. "master's thesis". Nuevo León: UANL; 1995. 54p.
- 13.- Orem, D. E. & Taylor, S.G. Orem's general theory of nursing. Case studies in nursing theory, 15; 1986: 37-71p.
- 14.- Orem, D.E. Concepts of practice. 4ta ed. St. Louis, Mo: McGraw-Hill. 1991.
- 15.- Donohue. J. Teoría del Déficit de autocuidado, en Marriner A, Raite M. Modelos y Teorías. Pp 176-80:2006.
- 16.- Gast HL, Denyes MJ, Campbell JC, Hartweg DL, Schott-Baer D, Isenberg M. Selfcare agency: conceptualizations and operationalizations. Adv Nurs Sci. 1989; 12 (1):26- 38. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2506797>
- 17.-Aljama P. y Cols. Nefrología Clínica. Ed. Médica Panamericana. 2ª edición. España, 2003. Cáp. 19, pp: 775-797
- 18.- Carrillo Algarra Ana Julia, Laza Vásquez Celmira, Molina Jerena José Ángel. Estudio documental (2006-2013) sobre el autocuidado en el día a día del paciente con enfermedad

renal crónica. *EnfermNefrol* [Internet]. 2013 Sep [citado 2016 Mayo 18]; 16(3): 185-192. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842013000300007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842013000300007>

19.- Manrique-Abril F, Velandia A, Fernández A, Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. *Aquichan* 20099222-235. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112147003>. Fecha de consulta: 16 de mayo de 2016.

20.- Orem D. *Nursing. Concepts of Practice*, 6.a ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2001.

21.- CANTILLO-MEDINA, C. y BLANCO-OCHOA, J. Agencia de autocuidado de la persona con enfermedad renal crónica en diálisis. *Enferm Nefrol* [online]. 2017, vol.20, n.4 [citado 2018-12-03], pp.330-341. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000400330&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2255-3517. <http://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842017000400007>.

22.- Federación Mexicana de Diabetes. “Hipertensión arterial, un grave problema de salud en México” [online] Mayo 13, 2016. Disponible en: <http://fmdiabetes.org/hipertension-arterial-mexico/>.

23.-Instituto Nacional para la Salud Pública. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: importancia de mejorar el diagnóstico oportuno y el control. México. 2012. [Online] Disponible en: <https://studylib.es/doc/6633615/hipertensi%C3%B3n-arterial-en-adultos-mexicanos--importancia-d>

24.- D’Achiardi,R., Vargas,J.,Echeverri, J., Moreno, M. y Quiroz G. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. - *Revista Med.* [Online] 2011.Vol.19 (2) [citado: 25 de noviembre 2018]. pp. 226-231. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v19n2/v19n2a09.pdf>

25.- Stevens G, Dias RH, Thomas KJA, Rivera JA, Carvalho N, Barquera S, et al. Caracterización de la transición epidemiológica en México: la carga nacional y subnacional de enfermedades, lesiones y factores de riesgo. *PLoS Med* [online] vol.5 (6): e125. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050125>

26.- Instituto Nacional para la Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Informe general ENSANUT. México. 2016. [Online] Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/ensanut2016/index.phpcional>.

27.- Evers GC, Isenberg MA, Philipsen H, Brouns G, Halfens R, Smeets H. La evaluación de la escala ASA de la agencia de autocuidado: programa de investigación para evaluar la confiabilidad y la validez. En: Actas de la Conferencia Internacional de Investigación en Enfermería "Nuevas fronteras en la investigación en enfermería". Edmond: Universidad de Alberta, Canadá; 1986.

28.- Gallegos Cabriales EC. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala: Valoración de las capacidades de autocuidado, en versión español. Desarrollo Científico de Enfermería 1998; 6(9):260-266; 1998.

29.- Hernández, R., Fernandez, C. Baptista, P. Metodología de la investigación. 6ta edición. México, D.F; McGrawHill. 2014.

ANEXOS

Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Escala	Dimensiones	Medición	Indicadores
Edad	Tiempo que ha vivido una persona en años cumplidos.	Cuantitativo Discreto	18 a 36 37 a 54 55 a 72 73 a 90	Media Moda, Desviación estándar, Rangos.	Años cumplidos
Género	Contempla el sexo masculino y femenino.	Cualitativo Nominal	Femenino o Masculino	Frecuencias y Porcentajes.	
Escolaridad	Es el número de años cursados en el sistema de educación formal.	Cualitativo Nominal	Primaria, secundaria, técnico, preparatoria, licenciatura, posgrado.	frecuencias y porcentajes.	
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Cualitativo Nominal	Soltero Casado Viudo Unión libre Divorciado	Frecuencias y Porcentajes.	
Agencia de autocuidado	Capacidad adquirida de satisfacer los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura y el desarrollo humanos	Cualitativo o Nominal Escala tipo Likert	Totalmente en desacuerdo (1) En desacuerdo(2) Indeciso(3) De acuerdo(4) Totalmente de acuerdo(5)	Frecuencia simple y porcentajes	Se clasifica en alta capacidad de autocuidado con un puntaje de 97 a 120, media capacidad de autocuidado con un puntaje de 49 a 96 y baja capacidad de autocuidado

	funcionamiento y, promueven el bienestar				de 1 a 48 puntos.
--	---	--	--	--	----------------------



Universidad de Sonora
División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento de Enfermería
2018



Fecha de Aplicación: _____

No. Folio: _____

Instrucciones: Favor de completar o marcar con una (X) los siguientes datos según corresponda

1) Datos de identificación:

Edad: _____ Sexo: M___ F___ Ocupación: _____

Escolaridad: Primaria___ Secundaria___ Técnico___ Preparatoria___

Licenciatura___ Posgrado___

Estado civil: Soltero___ Casado___ Divorciado___ Viudo___ Unión libre___

¿Cuánto tiempo tiene con tratamiento de hemodiálisis? _____

II) Antecedentes personales:

a) Presión arterial alta: _____ b) Diabetes Mellitus (azúcar alta): _____

c) Enfermedades del corazón: _____

d) Colesterol y Triglicéridos elevados: _____ e) Obesidad: _____ f) Otros:

Instrucciones: Favor de seleccionar con una (X) la opción con la que más se identifique.

No.		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.					
2	Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con					

	salud son buenas.					
3	Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.					
4	Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.					
5	Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.					
6	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.					
7	Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que hago ahora.					
8	Cambio la frecuencia con la que me baño para mantenerme limpio.					
9	Para mantener el peso que me corresponde hago cambio en mis hábitos alimenticios.					
10	Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de la manera que pueda mantener mi forma de ser.					
11	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo.					
12	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.					
13	Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.					
14	Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.					
15	Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.					
16	He sido capaz de					

	cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.					
17	Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.					
18	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.					
19	Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.					
20	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.					
21	Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.					
22	Si no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.					
23	Puedo hacer tiempo para mí.					
24	A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.					

¡MUCHAS GRACIAS POR SU VALIOSA PARTICIPACIÓN!

LEN. Teresita de Jesús Romo Morales



Universidad de Sonora
División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento de Enfermería
2018



CARTA CONSENTIMIENTO

AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE CON TRATAMIENTO DE HEMÓDIALISIS

A _____ de _____ 2018, Hermosillo, Sonora, México

Prólogo: Estimado participante, actualmente existe un alto número de personas que están en tratamiento de hemodiálisis como usted, por lo que estamos interesados en conocer la capacidad que tienen para cuidar de sí mismos.

Por lo anterior, Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación como parte del proceso para obtención del Grado de Especialista de Enfermería en Cuidados Intensivos.

El objetivo de la investigación es:

Determinar la agencia de autocuidado en pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis.

Descripción del estudio:

Si usted accede a participar en este estudio, se le solicitará firmar el presente consentimiento informado y responder algunas preguntas relacionadas al autocuidado que realiza así como también datos socio- demográficos. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo.

El cuestionario será aplicado dentro del hospital en los días que le corresponde recibir su tratamiento.

Posibles riesgos y molestias:

Esta investigación se considera **SIN RIESGO**, ya que sólo se le harán preguntas, en caso de que alguna pregunta le haga sentir incómodo (a) tendré la oportunidad de considerar si continua participando en el estudio o decido retirarme.

Privacidad y confidencialidad:

La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con usted. Su identidad no será publicada durante la realización del estudio,

ni una vez que haya sido terminado, la información que proporcione se dará de forma general.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse con: Teresita de Jesús Romo Morales, Teléfono celular (662) 2959010, Correo electrónico: atiseret_ureson_91@hotmail.com y con la Dra. María Olga Quintana Zavala, tel. 2-59-21-65, correo: Olga_quintana@enfermeria.uson.mx

Consentimiento:

La Lic. **Teresita de Jesús Romo Morales**, me ha explicado y dado a conocer en que consiste el estudio, así como puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Nombre y firma del usuario

Nombre y firma del investigador

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma



UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Hermosillo, Sonora, a 25 de enero de 2017.

Oficio CEI-ENFERMERÍA 05/2017

Lic. Teresita de Jesús Romo Morales
Estudiante de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos
Departamento de Enfermería
Presente.

Asunto: Dictamen CEI-ENFERMERÍA

Por este medio, me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación del Departamento de Enfermería (CEI-ENFERMERIA) ha concluido la revisión del proyecto de investigación intitulado "Agencia de Autocuidado en pacientes con tratamiento de hemodiálisis" que usted envió solicitando la evaluación ética correspondiente, en el que participan como director la Dra. Rosa Elena Salazar Ruibal, y como asesores la Dra. Rosa María Tinajero González y la MC. María de Lourdes Gaxiola Astiazarán.

El CEI-ENFERMERÍA ha emitido un **DICTAMEN APROBADO** al proyecto antes citado, así mismo se le notifica que, como consta en los archivos correspondientes, al protocolo se le ha asignado el siguiente registro: **CEI-ENFERMERIA-EPE-22/2017**.

ATENTAMENTE

Por el Comité de Ética en Investigación del Departamento de Enfermería

Dra. María Olga Quintana Zavala

Presidente



"COMITE DE ETICA
EN INVESTIGACIÓN"

C.c.p. Archivo CEI-ENFERMERIA.

Hermosillo, Sonora a 02 de mayo de 2018

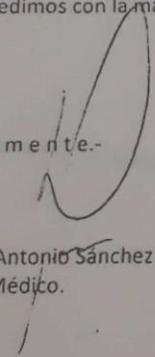
Dra. Rosa Elena Salazar Ruibal
Directora de Proyecto
Universidad de Sonora
Presente.-

En atención a su misiva recibida el día de hoy, respecto a la solicitud de la Lic. Teresita de Jesús Romo Morales, donde se muestra su interés por realizar trabajo en el servicio de Hemodialisis de nuestro hospital.

Nos es grato informarle que nuestro personal que labora en dicho servicio, se encuentra en la mejor disposición de aportar sus conocimientos que favorezcan al trabajo que se pretende desarrollar por parte de su alumna.

Sin más por el momento y en espera de las fechas programadas para acudir a nuestra institución, nos despedimos con la más alta de nuestras distinguidas consideraciones.

Atentamente.-


Dr. Jesús Antonio Sánchez Lucero.
Director Médico.



Scanned with
CamScanner

Paseo Rio San Miguel No. 35
Col. Proyecto Rio Sonora
C.P. 83280 Hermosillo, Son.
Tel. (662) 259-0900

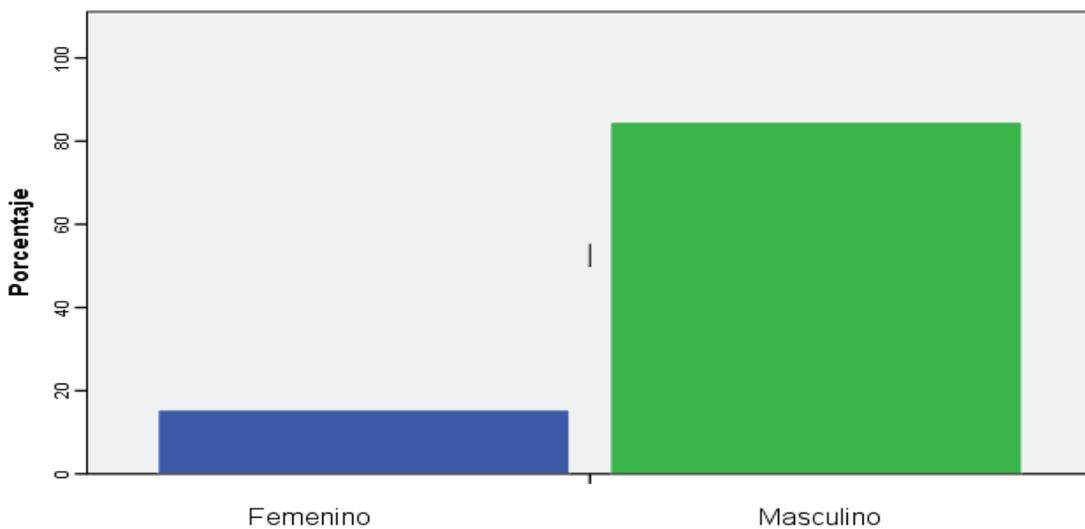
URGENCIAS
(662) 259 0911
www.cimahermos

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2016-2018

ACTIVIDADES MES	2016												2017												2018											
	E	F	M	A	M	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	A	S	O	N	D			
Elaboración de pregunta de investigación	X	X																																		
Investigación relacionada con el tema			X	X	X																															
Elaboración del protocolo de investigación				X	X																															
Revisión y entrega del protocolo de investigación en plenaria						X																														
Presentación en plenaria del trabajo de investigación							X																													
Realizar correcciones								X	X																											
Entrega de trabajo de investigación										X																										
Finalizar protocolo										X																										
Contactar con otra institución de											X																									

GRÁFICAS DE RESULTADOS

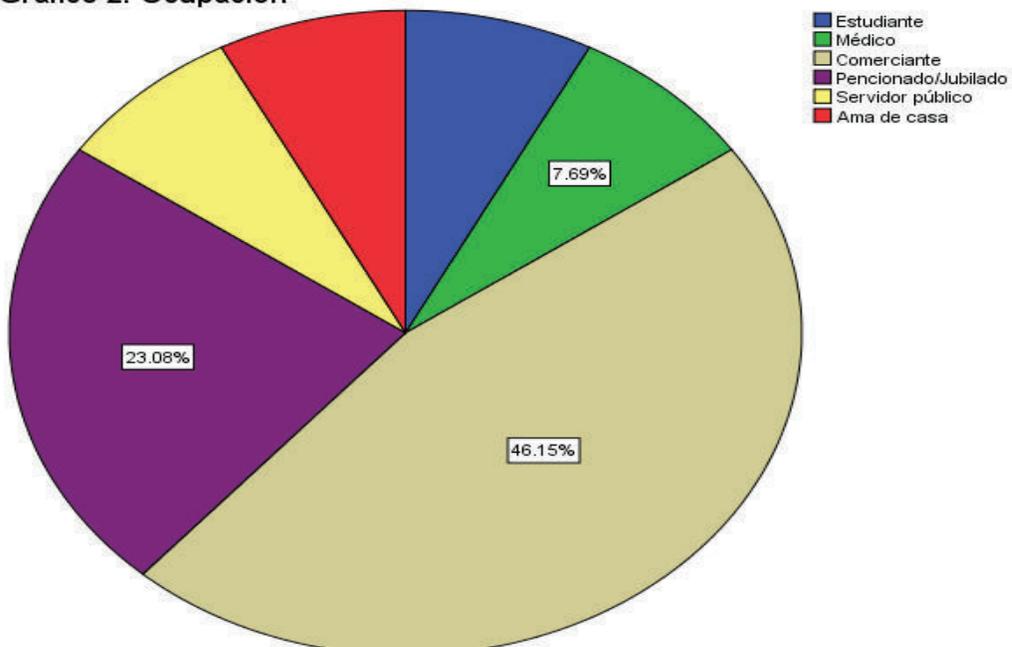
Gráfica 1. Sexo de los pacientes



Fuente: Cuestionario

n=13

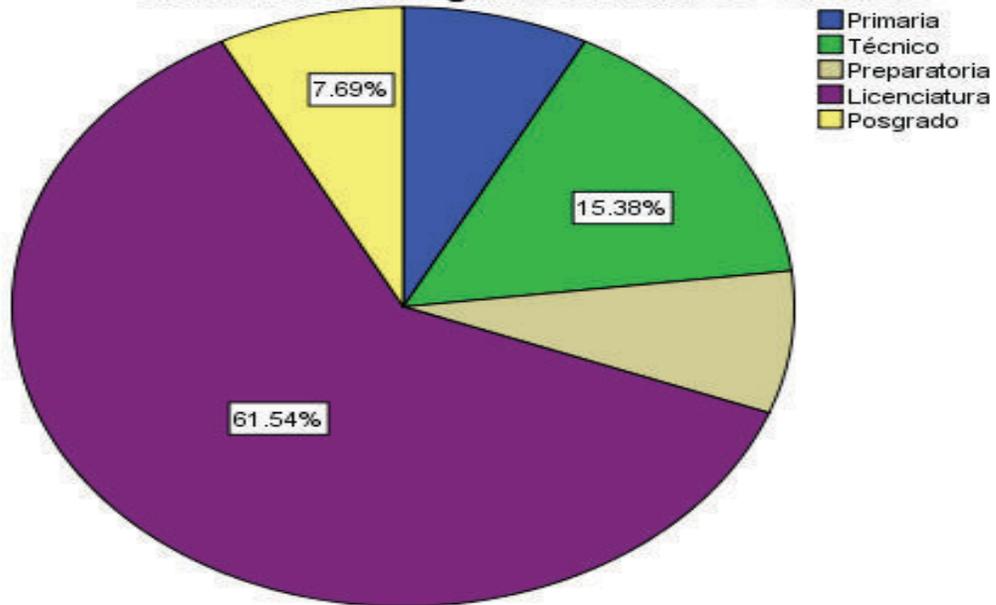
Gráfico 2. Ocupación



Fuente: Cuestionario

n=13

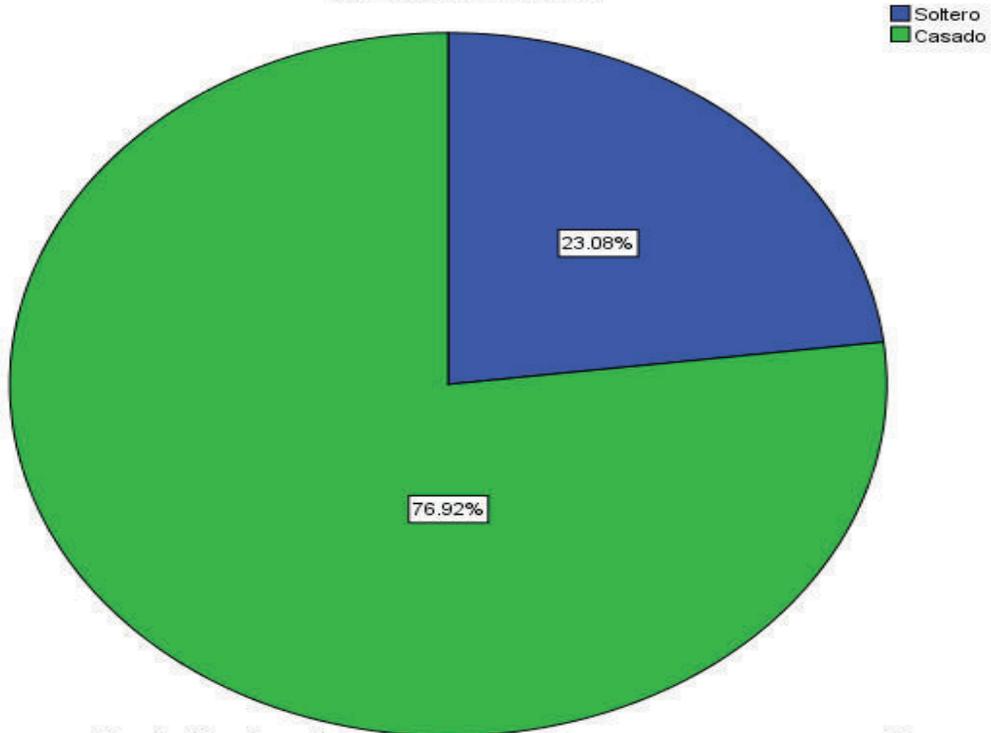
Gráfica 3. Último grado académico obtenido



Fuente: Cuestionario

n=13

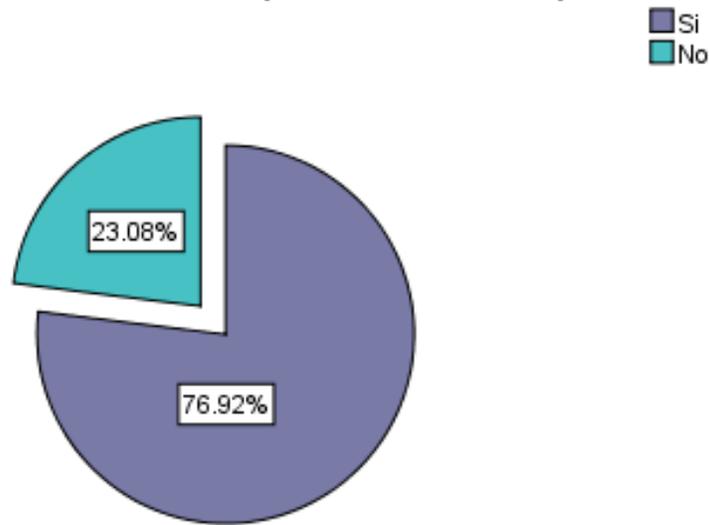
Gráfica 4. Estado civil



Fuente: Cuestionario

n=13

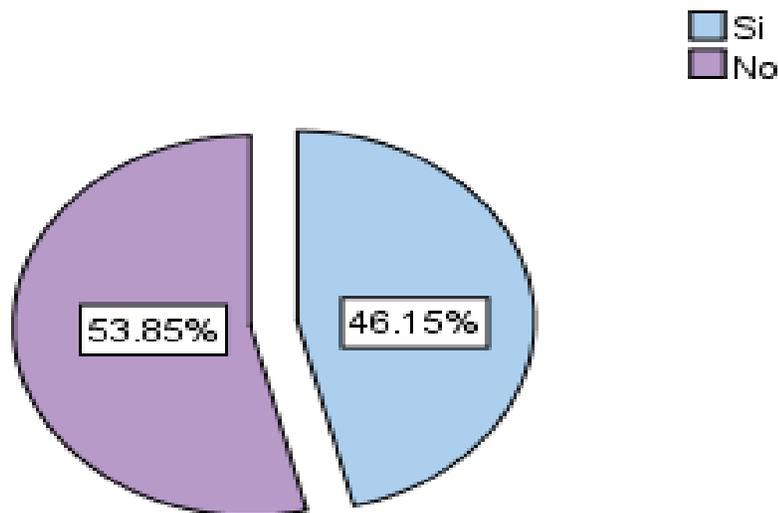
Gráfico 5. Antecedentes personales de hipertensión arterial



Fuente: Cuestionario

n=13

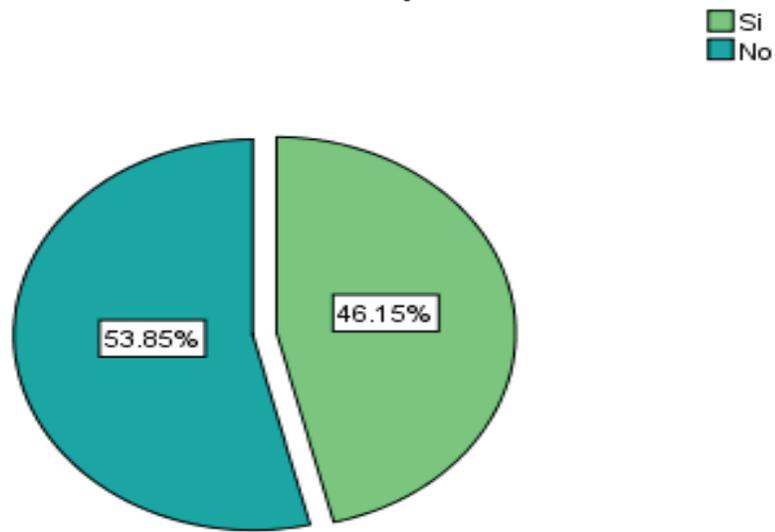
Gráfico 6. Antecedentes personales de diabetes mellitus



Fuente: Cuestionario

n=13

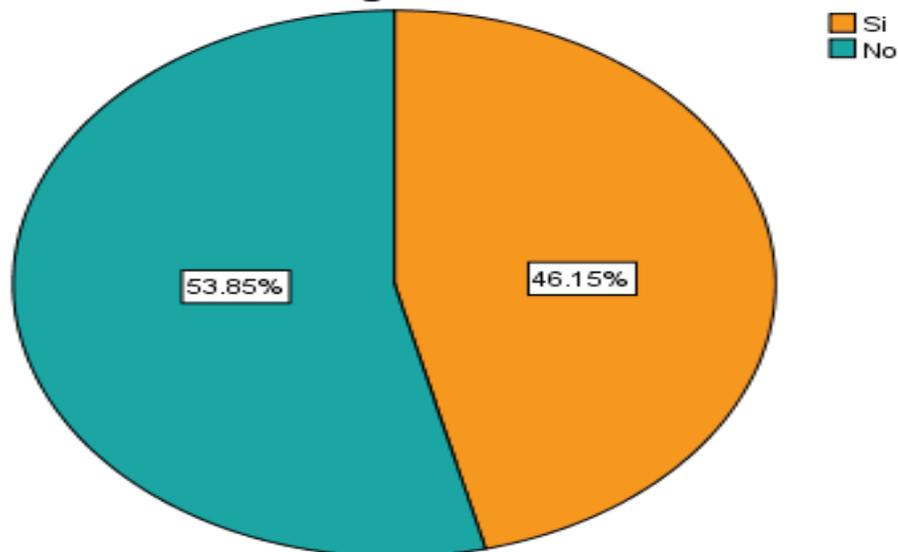
Gráfico 7. Antecedentes personales de cardiopatías



Fuente: Cuestionario

n=13

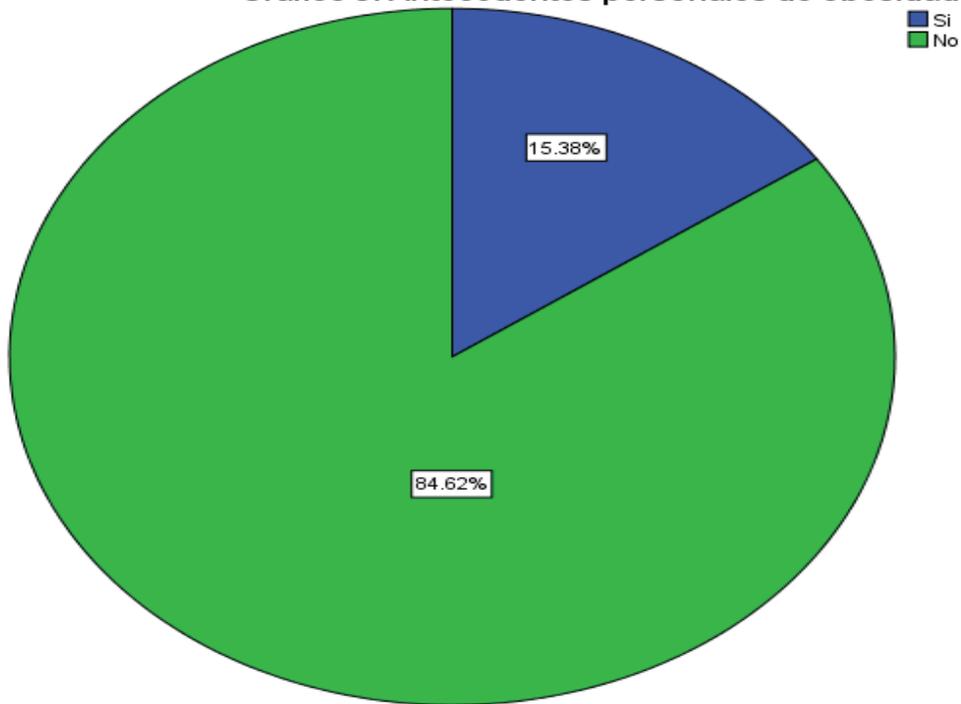
Gráfico 8. Antecedentes personales de colesterol y triglicéridos elevados



Fuente: Cuestionario

n=13

Gráfico 9. Antecedentes personales de obesidad



Fuente: Cuestionario

n=13

TABLAS DE RESULTADOS

Tabla 1. **Edad del paciente**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18-36	1	7.7	7.7	7.7
	37-54	6	46.2	46.2	53.8
	55-72	4	30.8	30.8	84.6
	73-90	2	15.4	15.4	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 2. **Meses en tratamiento de HD**

Media	48.4615
Desviación estándar	55.09782
Mínimo	6.00
Máximo	186.00

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 3. **Preg1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En desacuerdo	2	15.4	15.4	15.4
De acuerdo	7	53.8	53.8	69.2
Totalmente de acuerdo	4	30.8	30.8	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 4. **Preg. 2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En desacuerdo	3	23.1	23.1	23.1

Indeciso	1	7.7	7.7	30.8
De acuerdo	7	53.8	53.8	84.6
Totalmente de acuerdo	2	15.4	15.4	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 5. Preg. 3 Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	3	23.1	23.1	23.1
En desacuerdo	3	23.1	23.1	46.2
Indeciso	1	7.7	7.7	53.8
De acuerdo	4	30.8	30.8	84.6
Totalmente de acuerdo	2	15.4	15.4	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 6. Preg. 4 Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	3	23.1	23.1	23.1
En desacuerdo	1	7.7	7.7	30.8
Indeciso	1	7.7	7.7	38.5
De acuerdo	6	46.2	46.2	84.6
Totalmente de acuerdo	2	15.4	15.4	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 7. Preg. 5 Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En desacuerdo	1	7.7	7.7	7.7
Indeciso	2	15.4	15.4	23.1
De acuerdo	7	53.8	53.8	76.9
Totalmente de acuerdo	3	23.1	23.1	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 8. Preg. 6 Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	3	23.1	23.1	23.1
En desacuerdo	7	53.8	53.8	76.9
De acuerdo	2	15.4	15.4	92.3
Totalmente de acuerdo	1	7.7	7.7	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 9. Preg. 7 Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que hago ahora

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En desacuerdo	5	38.5	38.5	38.5
De acuerdo	5	38.5	38.5	76.9
Totalmente de acuerdo	3	23.1	23.1	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 10. Preg.8 Cambio la frecuencia con la que me baño para mantenerme limpio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En desacuerdo	5	38.5	38.5	38.5
De acuerdo	4	30.8	30.8	69.2
Totalmente de acuerdo	4	30.8	30.8	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 11. Preg. 9 Para mantener el peso que me corresponde hago cambio en mis hábitos alimenticios

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En desacuerdo	5	38.5	38.5	38.5
Indeciso	1	7.7	7.7	46.2
De acuerdo	4	30.8	30.8	76.9
Totalmente de acuerdo	3	23.1	23.1	100.0

Tabla 12. Preg. 10 Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de la manera qe pueda mantener mi forma de ser

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	2	15.4	15.4	15.4
En desacuerdo	1	7.7	7.7	23.1
De acuerdo	8	61.5	61.5	84.6
Totalmente de acuerdo	2	15.4	15.4	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 13. Preg. 11 Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	3	23.1	23.1	23.1
En desacuerdo	1	7.7	7.7	30.8
Indeciso	1	7.7	7.7	38.5
De acuerdo	6	46.2	46.2	84.6
Totalmente de acuerdo	2	15.4	15.4	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 14. Preg. 12 Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Totalmente en desacuerdo	1	7.7	7.7	7.7
En desacuerdo	4	30.8	30.8	38.5
Indeciso	1	7.7	7.7	46.2
De acuerdo	4	30.8	30.8	76.9
Totalmente de acuerdo	3	23.1	23.1	100.0
Total	13	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 15. Preg. 13 Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	------------	------------	-------------------	----------------------

Totalmente en desacuerdo	1	7.7	8.3	8.3
En desacuerdo	2	15.4	16.7	25.0
Indeciso	1	7.7	8.3	33.3
De acuerdo	7	53.8	58.3	91.7
Totalmente de acuerdo	1	7.7	8.3	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 16. Preg. 14 Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De acuerdo	7	53.8	53.8	53.8
	Totalmente de acuerdo	6	46.2	46.2	100.0
	Total	13	100.0	100.0	

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 17. Preg. 15 Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	En desacuerdo	3	23.1	23.1	23.1
	De acuerdo	6	46.2	46.2	69.2
	Totalmente de acuerdo	4	30.8	30.8	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 18. Preg. 16 He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	En desacuerdo	1	7.7	7.7	7.7
	Indeciso	1	7.7	7.7	15.4
	De acuerdo	8	61.5	61.5	76.9
	Totalmente de acuerdo	3	23.1	23.1	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 19. Preg. 17 Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	1	7.7	7.7	7.7
Indeciso	1	7.7	7.7	15.4
De acuerdo	9	69.2	69.2	84.6
Totalmente de acuerdo	2	15.4	15.4	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 20. Preg. 18 Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En desacuerdo	1	7.7	7.7	7.7
De acuerdo	7	53.8	53.8	61.5
Totalmente de acuerdo	5	38.5	38.5	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 21. Preg.19 Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	1	7.7	7.7	7.7
En desacuerdo	1	7.7	7.7	15.4
Indeciso	1	7.7	7.7	23.1
De acuerdo	6	46.2	46.2	69.2
Totalmente de acuerdo	4	30.8	30.8	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 22. Preg. 20 Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	2	15.4	15.4	15.4

En desacuerdo	9	69.2	69.2	84.6
De acuerdo	1	7.7	7.7	92.3
Totalmente de acuerdo	1	7.7	7.7	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 23. Preg. 21 Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En desacuerdo	1	7.7	7.7	7.7
De acuerdo	7	53.8	53.8	61.5
Totalmente de acuerdo	5	38.5	38.5	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 24. Preg. 22 Si no puedo cuidarme puedo buscar ayuda

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Indeciso	1	7.7	7.7	7.7
De acuerdo	6	46.2	46.2	53.8
Totalmente de acuerdo	6	46.2	46.2	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 25. Preg. 23 Puedo hacer tiempo para mi

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En desacuerdo	1	7.7	7.7	7.7
De acuerdo	7	53.8	53.8	61.5
Totalmente de acuerdo	5	38.5	38.5	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 26. Preg. 24 A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Totalmente en desacuerdo	2	15.4	15.4	15.4

En desacuerdo	1	7.7	7.7	23.1
De acuerdo	5	38.5	38.5	61.5
Totalmente de acuerdo	5	38.5	38.5	100.0

Fuente: Cuestionario

n=13

Tabla 27. Sumatoria Agencia de Autocuidado.

n	Sumatoria		
1	95	Media	87.46
2	109	Mediana	84
3	81	Moda	81
4	82	DE	9.20
5	81	Min.	78
6	97	Max.	109
7	78		
8	78		
9	84		
10	93		
11	88		
12	91		
13	80		

Fuente: Cuestionario

n=13

