

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FILIAL ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**FACTORES SOCIOCULTURALES Y AUTOCUIDADO
EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA EN EL HOSPITAL AUGUSTO**

HERNÁNDEZ MENDOZA ICA,

NOVIEMBRE 2016

TESIS

PRESENTADO POR BACHILLER

CABRERA ESPAÑA TATIANA GISELLA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ICA – PERÚ

2017

ASESOR DE TESIS

Lic. Victoria Ponce Pio

AGRADECIMIENTO

A Dios por estar a mi lado y acompañarme en mi vida, especialmente en los momentos más difíciles.

A la Universidad San Juan Bautista por brindarme la oportunidad ser una profesional.

A mis padres que dan todo el esfuerzo para que yo pueda culminar esta etapa de mi vida, darles las gracias infinitamente por estar siempre a mi lado en todos los momentos de mi vida.

A la directora del Hospital III Augusto Hernández Mendoza de Ica por colaborar con la realización de la investigación, así como a todo el personal de la institución.

A los pacientes que participaron de la investigación de forma activa.

DEDICATORIA

A mis padres, amigos y familiares que me brindaron su apoyo durante el transcurso de mi vida profesional, a las licenciadas que me supieron guiar a lo largo de este camino.

RESÚMEN

La insuficiencia renal crónica es un mal que cada vez más está afectando a la población, en especial a los adultos de 45 años, existen diversos factores que favorecen su aparición y a la vez la presencia de complicaciones, además del déficit de autocuidado en los pacientes es cada vez más evidente. La investigación tiene como objetivo determinar los factores socioculturales y autocuidado en los pacientes con insuficiencia renal crónica Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica, Mayo 2016. La investigación es de tipo no experimental cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. La población fue un total de 124 pacientes, la muestra la conformaron 75 pacientes. Resultados: con respecto a la edad fueron predominantes los correspondientes a los que tienen de 64 a más años con un 57.4%(43), el 53.4%(40) son de sexo masculino, el 92%(69) son de zona urbana y el 61.3%(46) recibieron información sobre la enfermedad, con respecto a los factores socioculturales se encontró que el 66.6%(50) es favorable y el 33.4%(25) es desfavorable. Con respecto al autocuidado se encontró que con el 72%(54) fue adecuado y el 28%(21) fue inadecuado. Conclusiones: Los factores socioculturales, según factores sociales y factores culturales en insuficiencia renal crónica son favorables. El autocuidado según hábitos y tratamiento en los pacientes con insuficiencia renal crónica es adecuado. y según dieta fue inadecuado.

Palabras claves: Factores socioculturales, autocuidado, enfermedad renal crónica.

ABSTRACT

The renal chronic insufficiency is an evil that increasingly is affecting the population, especially to the 45 year adults, there exist diverse factors that favor his appearance and simultaneously the presence of complications, besides the deficit of autocare in the patients it is increasingly evident. The investigation there has as aim determine the factors sociocultural and autocare in the patients with renal chronic insufficiency Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica, In november, 2016. The investigation is of not experimental quantitative, descriptive type and of transverse court. The population was a total of 124 patients, 75 patients shaped the sample. Results: with regard to the age the correspondents were predominant to those who have of 64 to more years with 57.4 % (43), 53.4 % (40) is of masculine sex, 92 % (69) is of urban zone and 61.3 % (46) received information about the disease, with regard to the sociocultural factors one thought that 66.6 % (50) is favorable and 33.4 % (25) is unfavorable. With regard to the autocare one thought that with 72 % (54) it was adapted and 28 % (21) was inadequate. Conclusions: The sociocultural factors, according to social factors and cultural factors in renal chronic insufficiency they are favorable. By what there is rejected the hypothesis raised for both dimensions. The autocare according to habits and treatment in the patients with renal chronic insufficiency is suitable. **By what the hypothesis is rejected for these dimensions** and according to diet it was inadequate. **By what the hypothesis is accepted for this dimension.**

Key words: sociocultural Factors, autocare, renal chronic disease.

PRESENTACIÓN

Las enfermedades crónicas constituyen a nivel mundial y en nuestro país uno de los mayores problemas de salud cuya incidencia y prevalencia está aumentando en los últimos años debido al crecimiento acelerado de la población adulta. Las enfermedades crónicas son causadas por alteraciones patológicas irreversibles, producen compromiso permanente y requieren tratamiento a largo plazo, además puede alterar la vida familia. Esta investigación tiene como objetivo determinar Cuáles son los factores socioculturales y autocuidado en los pacientes con insuficiencia renal crónica Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica noviembre 2016.

La importancia de la investigación radica en que al ser esta una enfermedad degenerativa y crónica, es una causa de muerte temprana e incapacidad en aquellas personas que han sufrido alguna complicación, por lo tanto, se debe dar énfasis al control de la enfermedad y a la prevención de posibles daños, pues cada día va afectando a una gran parte de la población. El tipo de investigación es no experimental, cuantitativa, descriptiva y de corte transversal.

CAPÍTULO I: Comprende planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, justificación el problema y delimitación del área de estudio.

CAPÍTULO II: Marco teórico en el que se incluyen antecedentes de estudio, base teórica y definición de conceptos operacionales.

CAPÍTULO III: Hipótesis global, hipótesis derivadas y variables.

CAPÍTULO IV: Tipo de investigación, método de investigación, población y muestra, técnicas de recolección de datos, técnicas de procesamiento de datos y análisis de resultado.

CAPÍTULO V: Recursos humanos, recursos materiales, presupuesto y cronograma de actividades. Bibliografía y anexos.

ÍNDICE

	Pág.
CARATULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
PRESENTACIÓN	vii
ÍNDICE	viii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	13
I.a. Planteamiento del problema	13
I.b. Formulación del problema	14
I.c. Objetivos: I.d.1. Objetivo general	15
I.d.2. Objetivos específicos	15
I.d. Justificación	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	17
II.a. Antecedentes bibliográficos	17
II.b. Base teórica	21
II.c. Hipótesis	37
II.d. Variables	37
II.e. Definición operacional de variables	38

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	39
III.a. Tipo de estudio	39
III.b. Área de estudio	39
III.c. Poblacion y muestra	39
III.d. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	40
III.e. Diseño de recolección de datos	40
III.f. Procesamiento y análisis de datos	41
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	43
IV.a. Resultados	43
IV.b. Discusión	51
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
V.a. Conclusiones	55
V.b. Recomendaciones	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	64

LISTA DE TABLAS

N°	TÍTULO	Pág.
1	DATOS GENERALES PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA DE ICA, NOVIEMBRE 2016	43
2	FACTORES SOCIOCULTURALES SEGÚN FACTORES SOCIALES EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, NOVIEMBRE 2016	88
3	FACTORES SOCIOCULTURALES SEGÚN FACTORES CULTURALES EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, NOVIEMBRE 2016	88
4	FACTORES SOCIOCULTURALES EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, NOVIEMBRE 2016	89
5	AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN HÁBITOS EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, NOVIEMBRE 2016	89
6	AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN DIETA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, NOVIEMBRE 2016	90
7	AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, NOVIEMBRE 2016	90
8	AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, NOVIEMBRE 2016	91

LISTA DE GRÁFICOS

N°	TÍTULO	Pág.
1	FACTORES SOCIOCULTURALES SEGÚN FACTORES SOCIALES EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, NOVIEMBRE 2016	44
2	FACTORES SOCIOCULTURALES SEGÚN FACTORES CULTURALES EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, NOVIEMBRE 2016	45
3	FACTORES SOCIOCULTURALES EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, NOVIEMBRE 2016	46
4	AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN HÁBITOS EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, NOVIEMBRE 2016	47
5	AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN DIETA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, NOVIEMBRE 2016	48
6	AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, NOVIEMBRE 2016	49
7	AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, NOVIEMBRE 2016	50

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
ANEXO N°1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	65
ANEXO N°2A	INSTRUMENTO PRIMERA VARIABLE	67
ANEXO N° 2B	INSTRUMENTO SEGUNDO VARIABLE	71
ANEXO N°3	CODIFICACION DE DATOS	73
ANEXO N° 4	PRUEBA BINOMIAL	76
ANEXO N° 5	PRUEBA DE CONFIABILIDAD	77
ANEXO N°6	TABLA MATRIZ	78
ANEXO N°7	LISTA DE TABLAS	88

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermedad renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial. Se puede prevenir, pero no tiene cura, suele ser progresiva, silenciosa y no presentar síntomas hasta etapas avanzadas, cuando las ya son altamente invasivas y costosas. *“Muchos países carecen de recursos suficientes para adquirir los equipos necesarios o cubrir estos tratamientos para todas las personas que los necesitan. La cantidad de especialistas disponibles también resultan insuficientes”*.¹

“Aproximadamente 4 millones de personas padecen enfermedad renal crónica (ERC) en España. La prevalencia de la ERC está aumentando en los últimos años de forma progresiva, principalmente relacionada con el envejecimiento (el 22% en mayores de 64 años y el 40% en mayores de 80 años) y con otras enfermedades como la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y la arterioesclerosis”.² La ERC se presenta habitualmente asociada a otras patologías crónicas de alta prevalencia y casi todas con altas complicaciones; como son la diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica, según evidencia el registro oficial de Diálisis y Trasplante de la Sociedad Española de Nefrología de 2013.

“La epidemia global de ERC en todos sus estadios tiene una prevalencia entre el 10% y el 16% y en los estadios de insuficiencia renal crónica (IRC) entre el 1.4% y el 6.3% en la población adulta, una incidencia en diálisis de 285 a 415 pacientes por millón de población”.³

Las estadísticas demuestran que en todos los países que la incidencia de la diálisis renal va en aumento, como consecuencia del incremento de la insuficiencia renal crónica. *“Así también, encontraron que “el nivel de adhesión al régimen terapéutico es muy bajo, sólo el 25%, excluyendo la no adhesión a los líquidos, a la alimentación y a la terapéutica”*.⁴

Esta patología implica el cuidado de sí mismo, aspecto que ha sido considerada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano como una enfermedad de alto costo por generar un fuerte impacto económico y causar un efecto nocivo para la calidad de vida del paciente y su familia, incluidas las repercusiones laborales; "se estima que su manejo ha comprometido en los últimos años aproximadamente el 2 % del gasto en salud del país y el 4 % del gasto en seguridad social en salud. Según datos del Ministerio de la Protección social, en la cuenta de alto costo para el 2011, se reportaron 640.492 personas afectadas por esta enfermedad, con una tasa de mortalidad del 10.63 % por 100.000 afiliados"⁵

Partiendo de las estimaciones de población para el año 2013 (INEI 2013), tomando en cuenta la población cubierta por el Seguro Integral de Salud (SIS) del MINSA, "se estima que existirían 9490 pacientes con ERC en estadio 5 y sólo aproximadamente 1500 pacientes en estadio 5 o fase terminal estarían recibiendo alguna Terapia de Reemplazo Renal (TRR) siendo la brecha estimada de 7990 pacientes que no tienen acceso a cualquier modalidad de terapia dialítica". ⁶

Durante las practicas realizadas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza en el servicio de medicina y especialidades se observó en el servicio de hemodiálisis la presencia de los pacientes con enfermedad renal, quienes se dializaban para mantener su función renal por ello se visitó el servicio de hemodiálisis, donde se observó la situación de estos pacientes y de sus problemas de autocuidado.

En vista de lo antes planteado, se formula el siguiente problema de investigación:

I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores socioculturales y el nivel de autocuidado en los pacientes con insuficiencia renal crónica Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica noviembre 2016?

I.c. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores socioculturales y autocuidado en los pacientes con insuficiencia renal crónica Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica, noviembre 2016.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **OE1.-** Identificar los factores socioculturales de los pacientes con insuficiencia renal crónica según sea:
 - Factores sociales
 - Factores culturales
- **OE2.-** Identificar el nivel de autocuidado en los pacientes con insuficiencia renal crónica según sea:
 - Hábitos
 - Dieta
 - Tratamiento

I.d. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La importancia de la investigación radica en que la insuficiencia renal crónica es un problema de salud pública a nivel mundial, no primordialmente por tener tasas altas de incidencia en la población, sino por la magnitud de sus efectos socioeconómicos y culturales. Lamentablemente en el país esta situación no ha sido reconocida aun por las autoridades gubernamentales y del sector salud como una enfermedad que causa complicaciones que difícilmente pueden ser sobrellevadas por los pacientes. Sin embargo, estudios de prevalencia o

incidencia de insuficiencia renal crónica que incluya todas sus etapas no es conocida en la mayoría de países subdesarrollados e incluso desarrollados, por lo tanto, se subestima el impacto que tiene la enfermedad sobre los pacientes y su entorno.

I.e. PROPÓSITO

Esta investigación tiene como propósito, conocer los factores socioculturales que intervienen en el autocuidado de los pacientes con insuficiencia renal crónica, la situación actual sobre su estado de salud y las deficiencias que existen en su autocuidado para promover la elaboración de estrategias educativas y motivacionales por parte de los profesionales de salud que laboran en las diversas áreas donde se atienden estos pacientes, desde los consultorios externos, hospitalización y diálisis en busca de una mejora en sus actividades de autocuidado y así evitar la presencia de complicaciones en los pacientes. Además, la búsqueda de sensibilización de los pacientes y familia para obtener un mejor comportamiento y cambio en los hábitos que presentan, ya que muchos de estos favorecen la aparición de complicaciones en los pacientes.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

II.a. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Gómez D. En el 2014 realizó una investigación de tipo descriptivo y de corte transversal cuyo objetivo fue conocer las **“CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS CON TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS, EL CONOCIMIENTO QUE TIENEN SOBRE LA ENFERMEDAD, LAS ACCIONES DE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE ASISTEN A TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL EN TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS. MEXICO.** “La media de edad de los 54 participantes fue de 55.02 años. El 51.9% fue del sexo masculino, el tiempo promedio de tratamiento de hemodiálisis fue de 3.85 años. El 74.1% de los participantes refirieron como factor de riesgo principal de la IRC la hipertensión arterial. En el modelo de regresión con colesterol total, sexo, conductas de autocuidado, conocimiento de la enfermedad como variables independientes y la calidad de vida como variable dependiente resultó significativo, sin embargo, solamente el colesterol total contribuyó al 20% de la varianza explicada. 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 IRC y la hemodiálisis”⁷.

García de López A, Laínez C, Olivares J, Mirón de Rendón M. En el 2013 realizaron una investigación de tipo descriptiva, cuantitativa y transversal, cuyo objetivo fue determinar el **“AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN EL PROGRAMA DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL REGIONAL DEL INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL DE SANTA ANA, EN EL PERIODO DE FEBRERO A SEPTIEMBRE. EL SALVADOR.** El tipo de muestra fue no probabilística por conveniencia, el tamaño de la muestra está conformado por 98 pacientes y 11 enfermeras; concluyendo.

“Con respecto a la dieta se obtuvo que el 62% consume todo tipo de alimentos, el 30% consume alimentos de acuerdo a la indicación y el 8% alimentos ricos en carnes; el 80% ingiere alimentos de acuerdo a la indicación médica y el 13% no lo hace, el 46% no realiza actividad física, el 34% no acude a sus citas. Conclusiones: al analizar las prácticas de autocuidado que el paciente del programa de hemodiálisis debe llevar a cabo, se encontró cierto grado de déficit en relación al tipo de alimentación que deben ingerir, la restricción en los líquidos, cuidados específicos con el acceso vascular ya que algunos de ellos no acuden a consultar de inmediato en caso de presentar algún tipo de complicación”.⁸

Carrillo A, Díaz F. En el 2013 realizaron una investigación de tipo descriptivo, transversal cuyo objetivo fue medir la **“CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y SU RELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS EN UN GRUPO DE PACIENTES DEL PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL DE ACUERDO CON SU CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO. BOGOTA.** Estudio cuantitativo descriptivo transversal, población: 915 pacientes mayores de 18 años en diálisis peritoneal; se realizó muestreo probabilístico estratificado, se seleccionaron 105 pacientes en diálisis peritoneal automatizada y 174 en manual”. Resultados: El promedio de la capacidad de autocuidado es de 78.7, desviación estándar 16.5, el 72% de los pacientes obtuvo puntuaciones superiores al mismo. El 77.42% de los participantes se clasificó en el rango de operatividad de la capacidad de agencia de autocuidado alta, el 9.32% media y el 13.98% baja. La mediana se ubicó en 78 puntos, rango intercuartílico de 77-88, y la moda fue de 86 puntos. La puntuación máxima fue de 96 reportado por tres pacientes y la mínima fue 27. En conclusión, el 22.30% de los participantes requiere que el personal de salud diseñe estrategias que fortalezcan la operatividad de agencia de autocuidado.⁶

López J, Crespo J, Liebana A. En el 2013 realizaron una investigación de tipo descriptiva y analítica cuyo objetivo fue identificar la **“SITUACION Y NECESIDADES DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN JAEN Y PROVINCIAS. ESPAÑA.** La población estuvo conformada por un 39.1% de mujeres y un 60.9% de varones; el 49% tiene más de 60 años, el 20.5% tiene de 51 a 60 años; el 40.8% realiza hemodiálisis, el 7.3% realiza diálisis peritoneal; el 8.4% es analfabeto, el 28.5% fue menos de 5 años a la escuela, el 20.5% tiene estudios de bachiller y el 2.2% es profesional; el 67.5% es jubilado, el 16.8% es ama de casa, el 8.6% trabaja y el 4% es desempleado; el 36.6% vive con su pareja, el 31.8% vive con su pareja e hijos, el 9.5% vive solo; el 77.7% tiene otra enfermedad agregada; la información obtenida sobre su enfermedad fue de los médicos con un 91.3%, el 8.2% de la enfermera, el 0.13% lo obtuvo de amigos o familiares; con respecto a los cuidados el 95.6% tiene cuidados adecuados en relación a la dieta, el 91.7% tiene cuidados adecuados de los accesos vasculares; el 32.2% casi nunca cumple con las indicaciones médicas, el 26.5% casi nunca cumple con el tratamiento; en conclusión los pacientes tienen buena información sobre su enfermedad pero no cumplen con los cuidados adecuados”.⁹

Acuña P, Kugkumas J. En el 2012 realizaron una investigación cuantitativa, descriptiva y transversal cuyo objetivo fue determinar la **CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES QUE RECIBEN DIÁLISIS PERITONEAL. TARAPOTO.”** Se tabularon los datos utilizando el programa Excel 2010 y para el análisis se hizo uso del software SPSS versión 15.0. Los resultados fueron: En la capacidad de autocuidado el 50% muestra nivel alto, el 37.5 % presenta nivel medio y el 12.5 % presenta nivel bajo, en las habilidades para realizar las actividades de la vida diaria el 69 % muestra un nivel alto, el 19 % presenta un nivel medio y el 12% un nivel bajo y en conocimientos para realizar actividades de autocuidado frente a la enfermedad el 47 % muestra nivel alto, el 28 % un nivel bajo, y el 25 % un nivel medio, concluyéndose que los pacientes evidenciaron un alto nivel de capacidad de autocuidado; frente a las

actividades de la vida diaria y en conocimientos para hacer frente a la enfermedad. ¹⁰

Del Rio R. En el 2015 realizo una investigación de tipo descriptivo y transversal, cuyo objetivo fue determinar los **“ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA CON TRATAMIENTO DE HEMODIALISIS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO. LIMA.** La población estuvo conformada por 100 pacientes de 18 a 75 años de edad que respondieron a criterios de inclusión y exclusión. La muestra estuvo conformada por 67 pacientes de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo. La técnica fue la encuesta - entrevista, el instrumento el cuestionario. Los resultados fueron de 67 (100%) pacientes encuestados, 36 (54%) presentan estilos de vida no saludable y 31 (46%) tienen estilos de vida saludable. En la dimensión física 37 (55%) pacientes presentan estilos de vida saludable y 30 (45%) presentan estilos de vida no saludable. En la dimensión psicológica 41 (61%) pacientes presentan estilos de vida no saludable y 26 (39%) presentan estilos de vida saludable. En la dimensión social 49 (73%) pacientes presentan estilos de vida no saludable y 18 (27%) presentan estilos de vida saludable. Las conclusiones derivadas del presente estudio son que los Estilos de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica con Tratamiento de Hemodiálisis son parcialmente saludables tanto en la dimensión física como en las dimensiones psicológica y social de manera que podría afectar su calidad de vida”. ¹¹

Los antecedentes empleados en la investigación muestran la realidad actual acerca de la problemática sobre el autocuidado en los pacientes con insuficiencia renal crónica y de los factores socioculturales que intervienen en ellos a nivel internacional, nacional y local, asimismo sirve como guía metodológica en los diversos aspectos de la investigación, además de formar parte de la discusión de la misma.

II.b. BASES TEORICAS

FACTORES

Se entiende por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación de salud, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios. ¹²

FACTORES SOCIOCULTURALES:

Se utiliza el término sociocultural para hacer referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una comunidad o sociedad. De tal modo, un elemento sociocultural tendrá que ver exclusivamente con las realizaciones humanas que puedan servir tanto para organizar la vida comunitaria como para darle significado a la misma. Cuando se aplica el adjetivo de sociocultural a algún fenómeno o proceso se hace referencia a una realidad construida por el hombre que puede tener que ver con cómo interactúan las personas entre sí mismas, con el medio ambiente y con otras sociedades.

“En este sentido, avances o creaciones socioculturales del hombre, desde los primeros días de su existencia, pueden ser las diferentes formas de organización y jerarquización social, las diversas expresiones artísticas, la creación de instituciones que tuvieran por objetivo ordenar la vida en comunidad, la instauración de pautas morales de comportamiento, el desarrollo de las religiones y estructuras de pensamiento, la creación de sistemas educativos.” ¹³

Factores sociales: Son aspectos que afectan o favorecen al ser humano en un lugar y tiempo determinado, entre los que consideran los tomados en cuenta para este estudio:

Convivencia Familiar: En todo el proceso de enfermarse, influye de manera importante la familia, pues como principal ente socializador del individuo, transmite hábitos, actitudes, costumbres, creencias y conductas vinculadas a la percepción del fenómeno salud-enfermedad. Definitivamente este grupo social cumple con una serie de funciones que garantizan la supervivencia, el cuidado y la estabilidad psicológica de sus integrantes. En el caso de los pacientes con insuficiencia renal crónica (en lo adelante IRC), los estudios de familia son escasos, de manera que se cuenta con muy pocas referencias bibliográficas sobre su repercusión en el estado de salud de dichos enfermos y viceversa; situación que viene dada por la falta de visión científica y el empeño de realizar un trabajo serio, que trascienda su utilidad práctica y aporte las herramientas teóricas para la atención e intervención de los afectados. La familia es un pilar donde los enfermos crónicos se apoyan, y es claro que aquellos pacientes que tienen un ambiente familiar adecuado responden mejor a los tratamientos y terapias, siguen mejor las dietas y sus relaciones sociales son óptimas. ¹⁴

Comunicación familiar

La familia como fuente de apoyo es fundamental en la adherencia al tratamiento de hemodiálisis puesto que impulsan la creación de ambientes afectivos seguros que refuerzan los lazos de amor y comunicación que ayudan a los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica a sobrellevar la enfermedad; lamentablemente, este apoyo se encuentra muy fragmentado debido a que los pacientes experimentan alteraciones en su vida diaria que condicionan el entorno familiar ya que modifican el tipo de vida que la familia estuvo acostumbrada a llevar, lo cual los induce a terminar sus días desamparado. La comunicación entre los miembros de la familia sirve como apoyo emocional para los pacientes que pasan por momentos difíciles de afrontar. ¹⁵

Ocupación e Ingresos económicos: Los pacientes diagnosticados con enfermedad renal crónica sufren limitaciones en la actividad laboral

agravándose esta situación con su entrada en diálisis y en la mayoría de los casos pérdida de su puesto de trabajo debido a las ausencias laborales tanto de forma esporádica como periódica. La enfermedad no es sólo la causante de la pérdida de trabajo, sino cómo está montada la trama laboral para que haya mayor rentabilidad en la empresa. El paciente con enfermedad renal crónica supone una baja rentabilidad en su trabajo lo que dificulta las relaciones laborales.

La dificultad de la adaptación del puesto de trabajo unido a las presiones laborales incide en la solicitud de su pensión de invalidez produciéndose una desvinculación laboral con pérdida de empleo, produciendo estas dos consecuencias inmediatas: disminución de ingresos económicos y sentimiento de no ser útil a sí mismo ni a su familia.

La calidad de vida en el paciente renal crónico es una variable que habitualmente se mide en relación con los trastornos del sistema renal y, dentro de ella, existen varios factores a determinar. Uno de ellos es la situación laboral del paciente, que además constituye un importante parámetro de rehabilitación de éste. La actividad laboral conlleva, además, que la persona disfrute de una mayor estabilidad económica y de un mejor estado emocional, al recuperar en muchos casos la autoestima y las capacidades que en un principio pierde.

El problema económico viene dado por no poder seguir desempeñando su actividad laboral. Todo esto lleva consigo la búsqueda de alternativas con prestaciones económicas de menor cuantía no pudiendo mantener el nivel de ingresos y generando la aparición de una serie de desequilibrios personales y familiares, sobre todo cuando los miembros de la familia son menores de edad o están estudiando no teniendo por ello la cualificación y preparación suficiente para desarrollar una actividad laboral, añadiéndose la dificultad actual de encontrar empleo.

El paciente con enfermedad renal crónica padece un déficit en su economía en uno de los momentos de su vida que más necesita el aporte económico. Hay un aumento de los gastos extra generados por su propia

patología como pueden ser: Dieta alimenticia, tratamiento de fármacos, desplazamientos a tratamiento y en ocasiones cambio de domicilio por aproximación al centro de tratamiento. Hay una preocupación clara del paciente de carácter económico que le hace dudar en el poder adquisitivo de su futura pensión, debido a la falta de incremento de la misma en relación con el Aumento del coste de la vida y los gastos que genera la propia enfermedad. ¹⁶

Servicios Básicos

La salud comprende muchas dimensiones, que van desde los aspectos valorados más positivos, como la felicidad o el máximo bienestar. El concepto de calidad de vida relacionada con la salud incluye todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de ella, aunque puedan interaccionar.

La calidad de vida recibe la influencia de factores como el empleo, vivienda, el acceso a servicios públicos, las comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que a su vez influyen en el desarrollo humano de una comunidad. Además, se debe tener en cuenta que uno de los indicadores de la calidad de vida son los servicios básicos como el agua y desagüe, así como eliminación de excretas. ¹⁷

FACTORES CULTURALES

Los factores culturales facilitan no sólo conocer los rasgos distintivos que hacen diferentes a grupos humanos y asentamientos poblacionales dentro de un mismo espacio geográfico y social, sino, además, comprender, a través de ellos, cómo se ha producido el desarrollo histórico, sus tendencias más significativas, ello posibilita explicar los nexos que se

establecen entre las actuaciones de individuos y grupos y las dinámicas sociales. Los factores culturales no son dimensiones, ni elementos, son condiciones determinantes en tanto reportan esencialidades de los comportamientos humanos. Aspectos como la religiosidad, costumbres y tradiciones aportan un conjunto de significados que no se pueden soslayar en los estudios de las comunidades. Un estudio más profundo de los mismos, conducen a vislumbrar cuáles son los factores dinámicos y cuáles los factores estáticos, tomando como criterios la estabilidad, permanencia en el tiempo y ruptura. Así, el lenguaje y las costumbres se enmarcan dentro del primer grupo; las comunicaciones y las tecnologías, en el segundo.

En la literatura se comprende como factores aquellos aspectos o condiciones que están presentes e influyen en la acción de los hombres en el contexto de su actividad, como factores culturales puede entonces comprenderse como el conjunto de condiciones o aspectos culturales presentes en el proceso de desarrollo cultural de los individuos, grupos, colectivos, comunidades, naciones, países, que influyen positiva o negativamente en el desarrollo cultural.

La cultura es una unidad integrada y funcional que puede ser observada y analizada como un todo o en sus partes constitutivas. Por lo que se señalan en este espacio los factores culturales que se consideran relevantes a tomar en cuenta en el desarrollo comunitario, para definir la visión totalizada de la cultura.¹⁸

Nivel educativo: es un factor primordial en relación al autocuidado ya que las investigaciones previas han demostrado que existe relación entre el nivel educativo, conocimiento y práctica de los cuidados que debe tener el paciente con insuficiencia renal crónica, la capacidad cognitiva favorece o perjudica el entendimiento de las situaciones de cuidado que debe tener el paciente.¹⁹

Creencias y costumbres: Las costumbres, creencias, representaciones sociales, actitudes, sistemas de relaciones y apoyo social, al igual que los modos y estilos de vida, influyen en el pensar, sentir y actuar de los sujetos, expresándose en el contexto de su ambiente físico, social y cultural. Esto influye no sólo en la concepción del mundo de los individuos, sino en la percepción y vivencia que pueden llegar a tener en un momento determinado sobre la relación salud – enfermedad.

La enfermedad renal crónica es considerada como una enfermedad catastrófica por el sufrimiento humano que provoca en los pacientes y en la familia, por el riesgo incrementado de complicaciones médicas, hospitalizaciones, mortalidad y también por la importante repercusión económica a nivel individual y social.²⁰

El concepto de representación incluye síntomas y creencias. Los síntomas preceden en realidad a la representación de la enfermedad y activan la respuesta del paciente. Estas reacciones pueden ser muy variables. En ocasiones síntomas triviales son tenidos en cuenta mientras síntomas más serios son ignorados. Esta respuesta variable está influida por la cultura y los subgrupos. La actitud del rol de enfermo difiere entre grupos sociales/culturales y conduce a diferentes tasas de información o registro de enfermedades. La percepción de los síntomas está influida por varios factores incluyendo la frecuencia de los síntomas, su familiaridad, la predicción de los resultados, la amenaza de la enfermedad, y las pérdidas potenciales de la enfermedad. Sólo los síntomas parecen estimular las creencias sobre la enfermedad. Si un síntoma se interpreta como un signo definitivo de enfermedad, entonces se buscará el diagnóstico y el tratamiento. Dentro de las creencias de los pacientes en pos de la búsqueda de la cura para su enfermedad se llega a utilizar la medicina tradicional o natural, el uso de plantas e hierbas es muy común en este tipo de pacientes. Otro factor dentro de las creencias se encuentra la religión y la fe que cada uno de ellos presentan ante su religión.²¹

Información respecto a la enfermedad

El diagnóstico de enfermedad renal crónica afecta intensamente al enfermo y a su familia. Al malestar físico se suman el desconocimiento inicial respecto a la enfermedad y la incertidumbre por su evolución, así como las exigencias de cuidados rigurosos, los cambios en los hábitos cotidianos (desde la dieta hasta la actividad laboral), la disfunción sexual y, frecuentemente, los entornos cognitivos y el miedo a la diálisis. Es recomendable que un equipo multidisciplinario intervenga, desde meses antes del inicio de la diálisis, para preparar el ingreso del paciente, ayudándole con información y seguimiento personalizado en sus temores a la enfermedad, la cirugía del acceso vascular y la diálisis. Óptimamente, la preparación debería incluir visitas a los centros de diálisis y presentación de distintas modalidades dialíticas.²²

Plan Alimenticio: El paciente con insuficiencia renal crónica puede necesitar hacer cambios en su alimentación. Estos cambios incluyen limitar los líquidos, consumir una dieta baja en proteína, reducir el consumo de sal, potasio, fósforo y otros electrolitos, y obtener suficientes calorías si está bajando de peso. Es posible que deba alterar más su dieta si su enfermedad renal empeora, o si necesita diálisis. En líneas generales, si se padece de insuficiencia renal es mejor evitar o limitar los fritos y que los alimentos se cocinen hervidos, al vapor, a la plancha o asados. Estas son otras recomendaciones dietéticas para controlar tu patología.²³

AUTOCUIDADO

El auto-cuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar. Es el poder de un individuo para dedicarse a actividades estimativas y de producción esenciales para el autocuidado. Al aumentar la capacidad de autocuidado aumenta la autoestimación. Cuidar es una interacción humana de carácter interpersonal, intencional, único, que se sucede en un contexto sociocultural, tiene un fin determinado y que refuerza o reafirma la dignidad humana. Es decir; es un proceso intersubjetivo y simétrico, en el cual ambos, quien es cuidado y su cuidador, establecen una relación de doble vía que parte del reconocimiento del otro como ser humano pero diferente, e implica 'estar con' la persona (s) a quien (es) se cuida. Es esto lo que hace del cuidado una experiencia energizante y de mutuo beneficio. Ahora bien, la prevención de la autonomía y la relación de cuidado, nos lleva a un término que adquiere los componentes y la envergadura de los conceptos que le preceden, al “autocuidado”, en este caso, de los pacientes con su salud y su tratamiento. ²⁴

Brunner y Suddarth *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. Es por ello que, si bien es cierto que la participación del equipo de salud se orienta más hacia la acción de tipo asistencial, no deben descuidarse los aspectos de índole educativo, ya que sobre estos se fundamenta la promoción de los autocuidados. ²⁵

Siendo la enfermera parte del equipo de salud, esta juega un rol relevante en el campo de la educación para la salud. 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.²⁶

Hábitos saludables

Actividad física: Muchos pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) creen que no deben realizar ejercicio físico y mantener un cierto reposo, pero esto es debido al desconocimiento con respecto a qué tipo de ejercicio deberían hacer, como realizarlo y con qué frecuencia realizarlo. Sin embargo, es importante que sepan que el ejercicio moderado no solo va a ayudarles a eliminar factores de riesgo que pueden ir unidos con el tiempo a la enfermedad si no que les va a hacer sentirse más fuertes en su día a día y con un mejor estado de ánimo para enfrentarse a las limitaciones y los tratamientos que exige la enfermedad.

Llevar una vida lo más completa posible y normalizar el día a día es importante para sentirse más fuerte física y psicológicamente y si incluimos el ejercicio en ella esto resultará más fácil. La inactividad física en estos pacientes tiene una causa multifactorial, desde los factores puramente biológicos a los sociales o psicológicos. Por tal motivo, pretendemos ver si una actividad física moderada, pero constante, tiene influencia en las complicaciones que nos pueden surgir o si, por el contrario, retrasan su aparición. En estos casos es importante la participación del cuidador o familiares ya que la independencia del paciente puede ser negativa.²⁷

Respecto a los controles; El seguimiento y tratamiento del paciente con insuficiencia renal crónica es fundamental para prevenir las complicaciones propias de la patología; las intervenciones preventivas son fundamentales y dentro de ellas tenemos los controles mensuales que se deben de realizar ya sea con el médico o el profesional de enfermería, además del control del peso y de la glicemia en sangre, además de la tolerancia de glucosa.²⁸

El consumo de tabaco y alcohol: Hay dos mecanismos del daño renal inducido, por tabaco en hemodinámicos y no hemodinámicos. Dentro de los primeros debemos considerar los cambios en la hemodinámica sistémica y en la hemodinámica renal. Aún los pacientes que han alcanzado la etapa final de su enfermedad renal se beneficiarán con el abandono del tabaco al reducir el riesgo de muerte y complicaciones cardiovasculares como fibrilación auricular, trombosis de las fístulas de diálisis, infarto agudo de miocardio y enfermedad cardiovascular. “Al dejar de fumar, el riesgo de infarto agudo de miocardio se reduce entre un 50 y un 70% independientemente de la cantidad y el tiempo que se haya fumado. Por el contrario, el tratamiento de la hipertensión arterial reduce el riesgo de infarto agudo de miocardio en “solo” un 2-3% por cada mm de Hg de descenso de la presión arterial diastólica”.²⁹

El tabaco y el alcohol influyen sobre el desarrollo de una insuficiencia renal crónica. Aunque el control de la proteinuria y de la presión arterial son los pilares fundamentales del tratamiento de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada y Pre-Diálisis no se debe olvidar otras medidas terapéuticas destinadas a prevenir tanto el riesgo cardiovascular como renal y entre ellas: modificar los hábitos de vida poco saludables, corregir el sedentarismo y la obesidad, evitar el consumo de tabaco y moderar el de alcohol, mejorar el control de la glucemia en diabéticos, controlar el metabolismo mineral y del ácido úrico, tratar la dislipidemia y la anemia.³⁰

La dieta es una de las exigencias más complicadas de respetar en los pacientes que sufren Enfermedad Renal Crónica (ERC) es la de seguir, como parte fundamental de su tratamiento, una dieta extremadamente estricta que, además, debe proporcionar los nutrientes mínimos necesarios para que su salud no se vea más dañada. Porque uno de los riesgos más importantes en estos pacientes es la desnutrición, que se ve

potenciada no sólo por la cantidad de alimentos que no pueden tomar, sino porque en su preparación se pierden gran cantidad de nutrientes y lo reiterativo de los platos convierten la dieta en monótona y aburrida³¹.

El paciente de enfermedad renal crónica, en cuanto es diagnosticado, debe aprender lo más rápidamente posible lo que son las proteínas, el potasio, el fósforo, el sodio, la creatinina, elementos y componentes de los alimentos que resultan totalmente desconocidos para muchas personas, pero que son potencialmente nocivos para un paciente renal si se ingieren sin control. Por ello, una de las primeras tareas que un paciente de enfermedad renal crónica pone en práctica en el tratamiento de su enfermedad, es controlar la ingesta de ciertos componentes de la alimentación o eliminarlos de la dieta; eso sí, muchas veces no saben qué son y para qué sirven, es decir, cuál es su función en el organismo y para qué es tan importante su restricción.

Composición de los alimentos y los nutrientes

Es importante considerar los tres elementos básicos que encontramos en todos los alimentos, repartidos en diferentes proporciones; son los hidratos de carbono, las proteínas y las grasas, Los hidratos de carbono tienen como función principal aportar energía. Su elemento más básico y fundamental para el organismo es la glucosa, porque las células sólo se alimentan de glucosa. En los pacientes con Enfermedad Renal Crónica no existe restricción con este nutriente.

Las proteínas tienen como función principal fabricar tejidos y reparar los que se dañan. También sirven para transportar ciertas sustancias en la sangre y mantener el equilibrio oncótico (presiones de agua/solutos) en el cuerpo. Su metabolismo produce una serie de sustancias de desecho de las que vamos a destacar dos: la urea; y del metabolismo de las proteínas del músculo se produce otra sustancia llamada creatinina. Ambas, urea y creatinina, se eliminan en condiciones normales por los riñones en la orina. Por lo que, cuando los riñones no funcionan bien, se acumulan

ambas en la sangre, pudiendo producir cierto tipo de intoxicación (uremia).

Las grasas o lípidos, tienen como función una acción energética y algunas vitaminas tienen forma de lípidos, existen dos tipos fundamentales: triglicéridos y colesterol. Los primeros vienen en los alimentos, fundamentalmente; el colesterol nos llega en ciertos alimentos, pero, sobre todo, es una grasa de fabricación interna en el organismo, existen varios subtipos de colesterol.

Las vitaminas, se dividen en dos grandes grupos: hidrosolubles y liposolubles. Hidrosolubles: todas las vitaminas del grupo B, la vitamina C, el ácido fólico. Liposolubles: son las que tienen composición grasa y son: A, D, K y E. Todas las vitaminas tienen una función reguladora, es decir, actúan en diversos puntos del organismo y se encargan de ayudar a que esos órganos o tejidos funcionen bien o ayudan a absorber ciertas sustancias en el tracto digestivo o que ciertos minerales puedan tener una función correcta. Importante destacar que casi todas ellas son sensibles a la luz y/o calor, de tal forma que sólo la ingesta de ciertos alimentos crudos y frescos aseguran su asimilación correcta y en toda su plenitud de todas las vitaminas. De todas, destacar para el paciente con Enfermedad Renal Crónica: la vitamina D: se encarga de facilitar la absorción del Calcio.

Los minerales, se necesitan en muy poca cantidad, pero son imprescindibles para la vida y para que el organismo funcione correctamente. Indicar que su rango es muy estrecho, de tal forma que pequeñas variaciones en la cantidad que exista en el organismo, tanto por exceso como por defecto, pueden desencadenar grandes trastornos o incluso poner en riesgo la vida. Todos se excretan por las heces y sobre todo, por la orina. Por ello los pacientes con Enfermedad Renal Crónica deben prestar una especial atención en la ingesta de ciertos de ellos.

Existen muchísimos minerales, algunos son necesarios en cantidades ínfimas en la dieta (como el Cinc, el Cobre, Cobalto, Selenio, Manganeso,

Cloro), por lo que no hay que prestar más atención en las cantidades a ingerir si se lleva una dieta variada. Veamos los que sí son fundamentales en la dieta en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica:

El sodio, suele encontrarse en la sal y en todos los alimentos. Una de sus funciones es retener agua en el organismo, por lo que un exceso de sodio produce retención de líquidos. Un paciente con Enfermedad Renal Crónica debe eliminar el exceso de sodio de su dieta y comer sin nada de sal, por razones obvias. El potasio: suele encontrarse en todos los alimentos en mayor o menor medida. Es un ión intracelular, es decir, predomina dentro de las células y se elimina en equilibrio con el sodio en la orina. El aumento de sus niveles en sangre (por no eliminación en la orina, en el caso de pacientes con Enfermedad Renal Crónica) es muy peligroso y lesivo para el organismo. Debe ser reducido al máximo de la dieta en pacientes con Enfermedad Renal Crónica.

El calcio y fósforo: suelen encontrarse de forma muy repartida en todos los alimentos, predominando los de origen lácteo y los pescados. Forman parte de los huesos y se encuentra en equilibrio. Ambos forman la estructura ósea normal de un adulto. El calcio se absorbe gracias a la acción de la Vitamina D, que en los pacientes con enfermedad renal crónica está deficitaria. El resultado: aumenta el fosforo, disminuye el calcio y la hormona que regula el nivel normal del Calcio, la PTH (Hormona Paratiroidea) se ve elevada, en un intento desesperado por aumentar los niveles de calcio y lo hace a costa de sacarlo de los huesos. Es por ello que, en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica se deben disminuir al mínimo los aportes en la dieta de fosforo; a veces, en los casos más alterados del metabolismo del calcio fosforo también se debe disminuir el aporte del Calcio.

El hierro es un mineral imprescindible para la fabricación de los glóbulos rojos o Hematíes en la médula ósea; el hierro forma parte de la sustancia que encuentra dentro de los glóbulos rojos, llamada Hemoglobina. Los

pacientes con Enfermedad Renal Crónica sufren Anemia (disminución del número normal de glóbulos rojos en la sangre) de forma habitual porque en los riñones se fabrica una sustancia que estimula a la médula ósea para que fabrique hematíes; esta sustancia se llama eritropoyetina y es una hormona. Al dañarse el tejido renal, esta hormona deja de sintetizarse por lo que, por regla general, se debe administrar en forma de inyecciones subcutáneas o intravenosas, se debe que vigilar que el aporte de hierro en la dieta sea adecuado, evitando aquellos alimentos que dificultan su absorción en el intestino.

El agua: Las frutas, pescados y los vegetales tienen mayor proporción de agua que el pan, las legumbres, pastas. Los pacientes con enfermedad renal crónica deben controlar la ingesta de líquidos en general y deben calcular su dieta considerando siempre la cantidad de agua que pueden ingerir al día. Pacientes enfermedad renal crónica en pre-diálisis: suelen conservar cierta capacidad de eliminar orina. La ingesta de agua neta estará en relación a su diuresis al día, es decir, la cantidad total de orina que elimina en 24 horas. Pacientes enfermedad renal crónica en diálisis: dependerá de si llevan a cabo diálisis peritoneal o hemodiálisis y la frecuencia de cada sesión, si es diaria o es cada dos-tres días. En base a ello y de la capacidad total de eliminación de agua en cada sesión se calculará la cantidad de líquido neto que pueden ingerir al día. Lo importante en estos pacientes es cómo seleccionar los alimentos en base a su composición para conseguir una dieta saludable y lo más completa posible, cómo preparar los alimentos antes de cocinarlos para reducir al mínimo los elementos potencialmente nocivos como hemos como ocurre con los minerales. Preparar salsas, aliños y aditivos saludables para los pacientes con enfermedad renal crónica de tal forma que ayuden a que sus platos sean variados, apetecibles y gustosos ³².

El tratamiento debe ser siempre de acuerdo a la causa si ésta se conoce, corrigiendo las alteraciones diabéticas, hipertensivas o de otras causas reconocibles. El tratamiento conservador debe basarse en la restricción

proteica y calórica, en la disminución del aporte de líquidos y sodio para mejorar los edemas, y en fases avanzadas, en la restricción del consumo de potasio y fósforo. El control de la presión arterial retrasará un mayor daño al riñón. Hacer cambios al estilo de vida puede ayudar a proteger los riñones y prevenir cardiopatía y ataque cerebral (accidente cerebrovascular).

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Se habla de Insuficiencia renal crónica cuando los riñones son incapaces de cumplir las funciones de eliminar los desechos y el exceso de agua del cuerpo. La mayoría de las veces se presenta lentamente, no tiene cura y llega hasta una etapa terminal en la que el usuario necesita un tratamiento que realice algunas de esas funciones, utilizándose para ello un riñón artificial junto con la dieta y el tratamiento médico; existe además el trasplante renal. ³³

Teoría del autocuidado Dorothea Orem. “Teoría general de la Enfermería”.

Importante aporte que en este estudio permite enfocarla, para propiciar el autocuidado, tomando en cuenta la población de estudio. Está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería. Es importante resaltar, que el modelo de déficit de autocuidado se configura a partir de la suma de estas tres sub-teorías consideradas en su conjunto. La más general de ellas es la de los sistemas de enfermería, que incluye todos los términos esenciales manejados en las demás y describe la estructura y contenido de la profesión de enfermería. La teoría de los sistemas de enfermería comprende la de autocuidado y la del déficit del mismo. Esta última desarrolla las razones por las que una persona puede beneficiarse de la enfermería; en cambio la de autocuidado es la que fundamenta el modelo.

Teoría de los sistemas de enfermería: Esta teoría sugiere que la enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras, a través del ejercicio de su actividad profesional ante personas con limitaciones de la salud o relacionadas con ella, que plantean problemas de autocuidado o de cuidado dependiente. La actividad de la enfermera se aplica a iniciativas de acción deliberada, entre ellas la intencionalidad y las operaciones de diagnóstico, prescripción y regulación.

Teoría del déficit de autocuidado aporta sobre la necesidad del servicio de enfermería se asocia con factores subjetivos que afectan a personas jóvenes o maduras, cuyas acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que les hace total o parcialmente incapaces de descubrir los requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo.

Teoría del autocuidado, es el medio que fomenta al máximo el que las personas asuman la responsabilidad de su propio cuidado para alcanzar y mantener un estado adecuado de salud y bienestar. Según Rivera Álvarez en su estudio realizado sobre Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado, refiere: El ser humano debe estar en capacidad de comprender la importancia del autocuidado para el mantenimiento de su salud; él es quien elige si desea autocuidarse y tomar las respectivas decisiones para realizar acciones que contribuyan al bienestar consigo mismo, por ende la enfermera debe comprender que el autocuidado es un derecho humano y que debe proporcionarle las herramientas necesarias para poder realizarlo, Los adultos mayores a esta edad requieren de los consejos de las personas que se preocupan por ellos. Es importante tomar en cuenta a Orem sobre la capacidad de agencia de autocuidado ya que es una herramienta para la enfermera, que le permite personalizar la intervención de acuerdo con la necesidad del paciente, fomentando un diálogo participativo para la toma de decisiones en la prevención mediante la educación sobre el autocuidado en hipertensión arterial.³⁴

La teoría se relaciona directamente con la investigación ya que la existencia de un déficit en el autocuidado de los pacientes produce la aparición de complicaciones, por lo que las intervenciones de enfermería para fomentar un cambio y adaptación de los pacientes teniendo en cuenta sus costumbres, entorno y familia es fundamental, por lo que el autocuidado es innato en el paciente, pero la intervención de enfermería toma importancia a raíz del déficit de autocuidado que presenta el paciente.

II.c. HIPÓTESIS

II.c.1. HIPÓTESIS GLOBAL

Los factores socioculturales son desfavorables y el autocuidado en los pacientes con insuficiencia renal crónica es inadecuado Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica Noviembre 2016

II.c.2. HIPÓTESIS DERIVADAS

HD1.- Los factores sociales y culturales en pacientes con insuficiencia renal crónica son desfavorables.

HD2.- El autocuidado según hábitos, dieta y tratamiento en los pacientes con insuficiencia renal crónica es inadecuado.

II.d. VARIABLES

V. 1: Factores socioculturales

V. 2: Autocuidado

II.e. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

FACTORES SOCIOCULTURALES

Lo que es normal en el medio ambiente en que vive el enfermo y le crea unos hábitos y una forma de pensar y actuar que él considera normales. Esto cambia de una cultura a otra y de un nivel social a otro (vestirse, comer o actuar en público, relacionarse con los demás).

AUTOCUIDADO

Hace referencia al cuidado personal que se realiza a persona a sí misma, entendido como lavarse y secarse, el cuidado del cuerpo y partes del cuerpo, vestirse, comer y beber, y cuidar de la propia salud.

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Es la pérdida lenta de la función de los riñones con el tiempo. El principal trabajo de estos órganos es eliminar los desechos y el exceso de agua del cuerpo.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

III.a. TIPOS DE INVESTIGACIÓN

El estudio es una investigación de tipo no experimental cuantitativo, descriptivo y de corte transversal; no experimental porque no se alteraron las variables de estudio, es de tipo cuantitativo puesto que las variables fueron cuantificadas y reflejadas en tablas y gráficos. El método de estudio es de tipo descriptivo, porque se describe la presencia de dos variables de estudio y transversal porque se trabaja con datos recolectados en un determinado momento o corte en el tiempo.

III.b. ÁREA DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, se encuentra ubicado, en la AV. Matías manzanilla, distrito y provincia de Ica. La investigación se realizó en el servicio de hemodiálisis que cuenta con un tópico para procedimientos, un tópico para procedimientos de Dipac, la jefatura del servicio, almacén de servicio, sala de tratamiento de agua, vestidor y sala de espera, además cuenta con un total de 17 licenciadas de enfermería.

III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población está conformada por los pacientes con insuficiencia renal crónica que acuden al servicio de hemodiálisis, siendo un total de 124, la muestra la conforman 75 pacientes, el proceso de selección de muestra se realizó a través del muestreo no probabilístico intencional considerando los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Pacientes adultos con diagnóstico de Insuficiencia renal crónica que deseen participar en la investigación.
- Pacientes que se encuentren orientados en tiempo, persona y espacio.
- Pacientes que asistan al servicio de hemodiálisis al menos 1 vez por semana

Criterios de exclusión

- Pacientes que presenten algún deterioro neurosensorial.
- Pacientes dependientes de cuidado.
- Pacientes que sean derivados del servicio de emergencia o que sean de otras jurisdicciones

III.d. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica para la recolección de datos de la investigación se utilizó para ambas variables como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario estructurado con preguntas claras y concisas adecuadas para el buen entendimiento de los pacientes que acuden al Hospital IV Augusto Hernández Mendoza. El cual está compuesto por 28 preguntas, 4 preguntas generales. El instrumento paso por juicio de expertos para su validación y para la confiabilidad se aplicó la prueba estadística de Crombach.

III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El diseño de recolección de datos se inició de la siguiente manera: el permiso se gestionó a través de una solicitud dirigida a la directora del Hospital IV Augusto Hernández Mendoza, Adjuntando el resumen del trabajo de investigación. Luego de la autorización se pidió permiso a la enfermera jefe de Hemodiálisis, quien facilitó la aplicación del instrumento. Para el cual se tuvo en cuenta las consideraciones éticas de la beneficencia, no maleficencia su privacidad, confidencialidad, autonomía y justicia.

III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Las acciones que se realizaron para el procedimiento y el análisis de datos fueron; ordenamiento de información recolectada, codificación del instrumento. El procesamiento de datos se realizó mediante el programa Excel, previa elaboración de libro o tabla de códigos y de la tabla matriz de datos a fin de que luego los resultados se presenten en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico. Los valores que se tomaron en cuenta para la elaboración de los gráficos fueron:

VARIABLE FACTORES SOCIOCULTURALES

Dimensión: Factores sociales

- Favorable : 10 - 18
- Desfavorable : 0 - 9

Dimensión: Factores culturales

- Favorable : 9 - 16
- Desfavorable : 0 - 8

Consolidado de Factores socioculturales

- Favorable : 18 - 34

- Desfavorable : 0 - 17

VARIABLE AUTOUIDADO

Dimensión hábitos saludables

- Adecuado : 5 – 8
- Inadecuado : 0 – 4

Dimensión dieta

- Adecuado : 4 – 6
- Inadecuado : 0 – 3

Dimensión tratamiento

- Adecuado : 6 – 10
- Inadecuado : 0 – 5

Consolidado Autocuidado

- Adecuado : 13 – 24
- Inadecuado : 0 – 12

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

IV.a. RESULTADOS

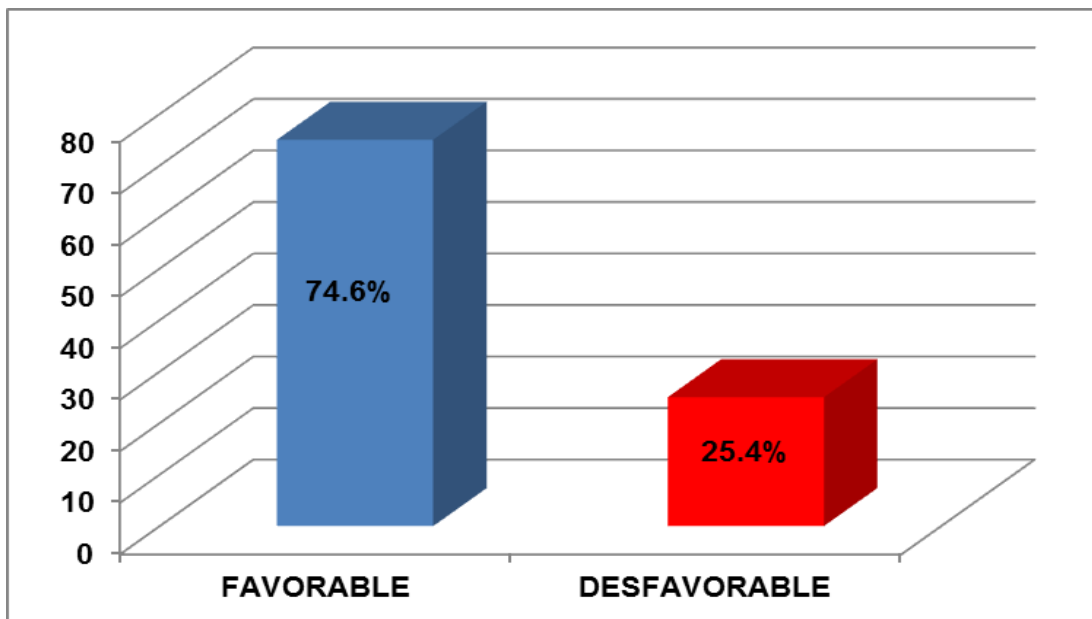
TABLA 1

**DATOS GENERALES PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA DEL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA DE ICA, NOVIEMBRE 2016**

DATOS GENERALES	CATEGORÍAS	Fr	%
EDAD	De 18 a 40 años	2	2.6
	De 41 a 63 años	30	40
	De 64 a más años	43	57.4
SEXO	Masculino	40	53.4
	Femenino	35	46.6
PROCEDENCIA	Urbana	69	92
	Rural	5	6.7
	Urbano-marginal	1	1.3
RECIBIÓ INFORMACIÓN	Si	46	61.3
	No	11	14.7
	A veces	18	24
Total		75	100

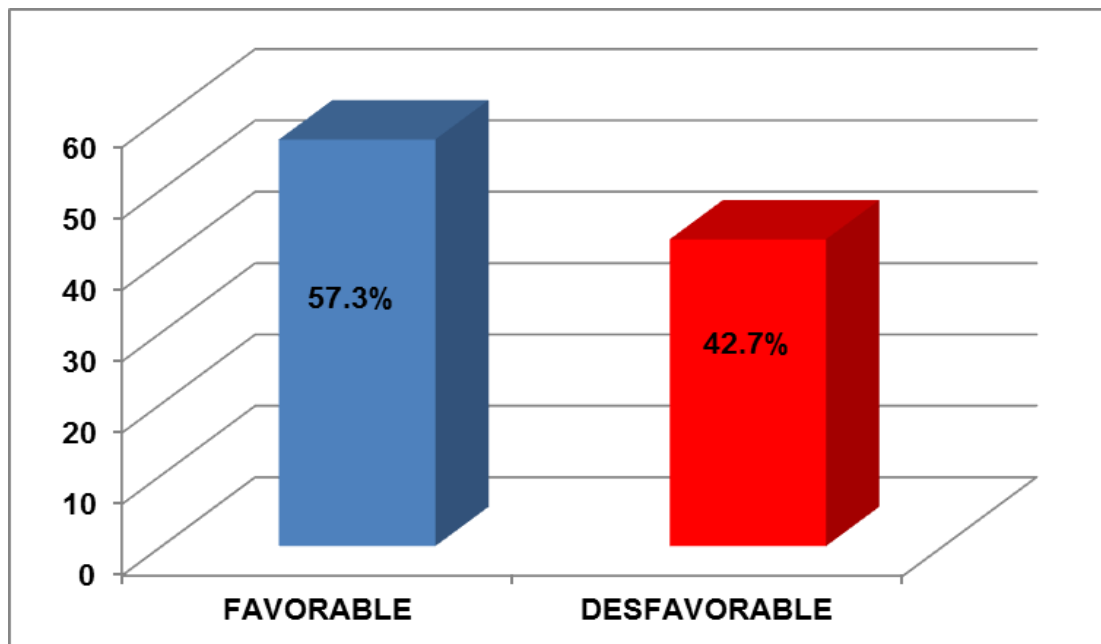
La tabla 1, muestra que la edad predominante fue los que tienen de 64 años con un 57.4%(43), el 53.4%(40) son de sexo masculino, el 92%(69) son de zona urbana y el 61.3%(46) recibieron información sobre la enfermedad.

GRÁFICO 1
FACTORES SOCIOCULTURALES SEGÚN DIMENSION SOCIAL
EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNAÁNDEZ MENDOZA
ICA, NOVIEMBRE 2016



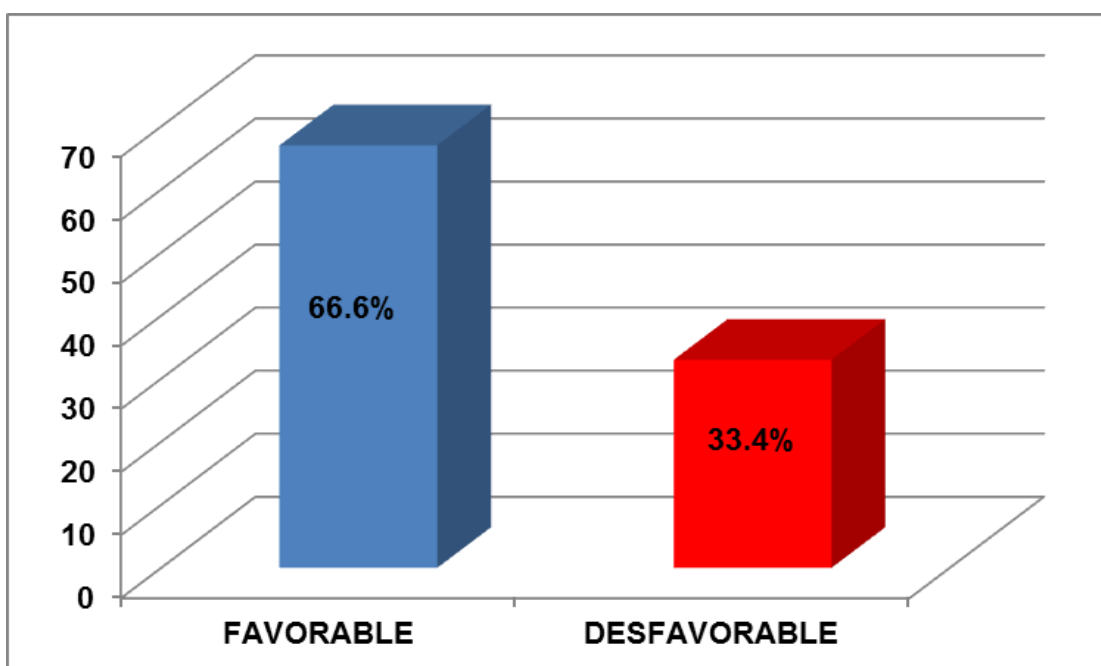
En el grafico 1 con respecto a los factores sociales se encontró que el 74.6%(55) fue favorable y el 25.4%(20) son desfavorables.

GRÁFICO 2
FACTORES SOCIOCULTURALES SEGÚN DIMENSION CULTURAL
EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA
ICA, NOVIEMBRE 2016



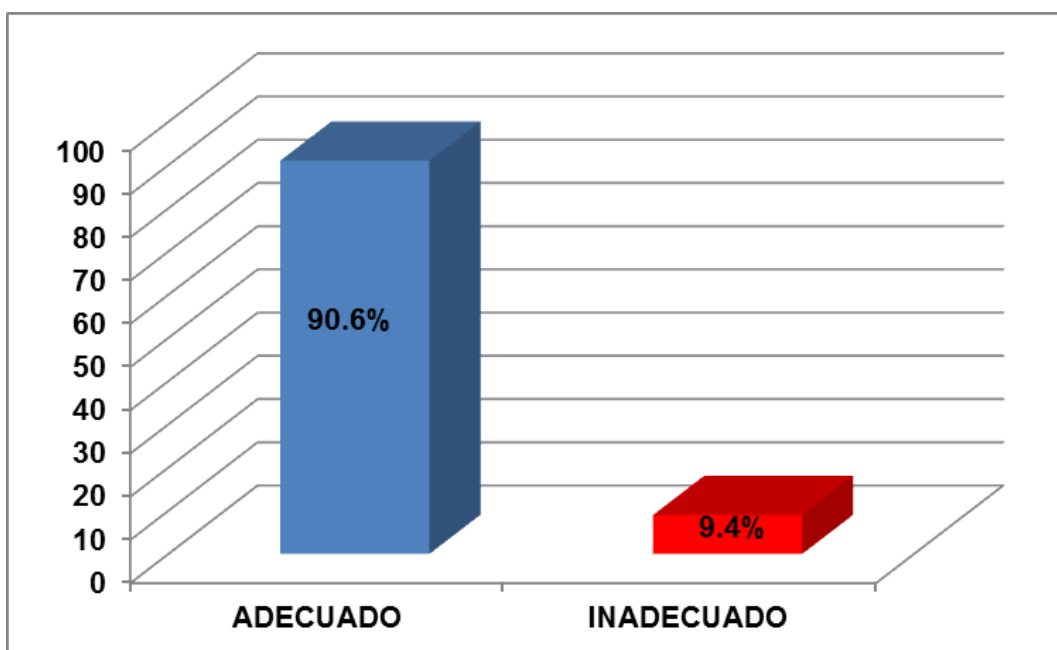
En el grafico 2 con respecto a los factores culturales se encontró que el 57.3%(43) fue favorable y el 42.7%(32) son desfavorables.

GRÁFICO 3
FACTORES SOCIOCULTURALES EN LOS PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL
AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA
ICA, NOVIEMBRE 2016



En el grafico 3 se encontró que en relación a los factores socioculturales el 66.6%(50) es favorable y el 33.4%(25) es desfavorable.

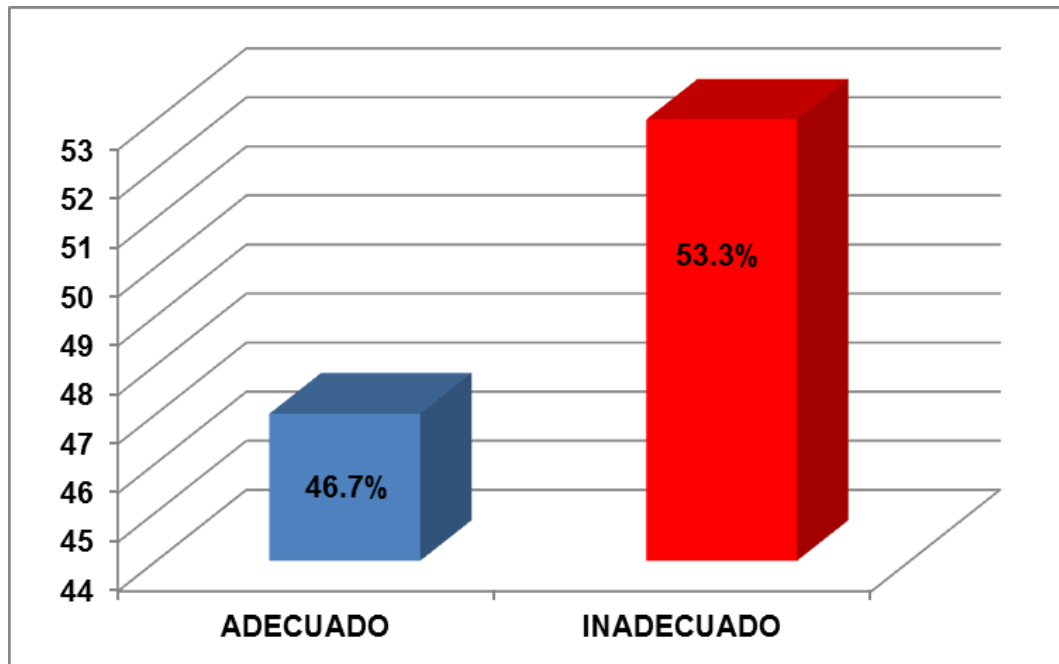
GRÁFICO 4
AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN HÁBITOS EN LOS PACIENTES
CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL
AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA,
NOVIEMBRE 2016



En el gráfico 4 se muestra que los hábitos de autocuidado que tienen los pacientes, en el 90.6%(68) fue adecuado y solo en el 9.4%(7) fue inadecuado.

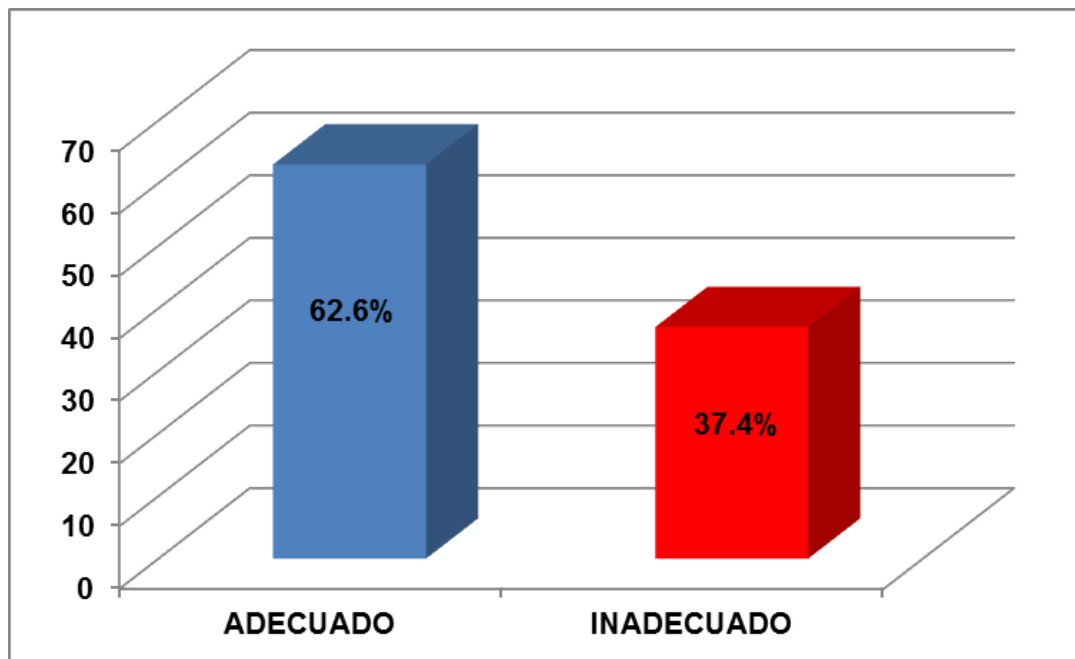
GRÁFICO 5

AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN DIETA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, NOVIEMBRE 2016



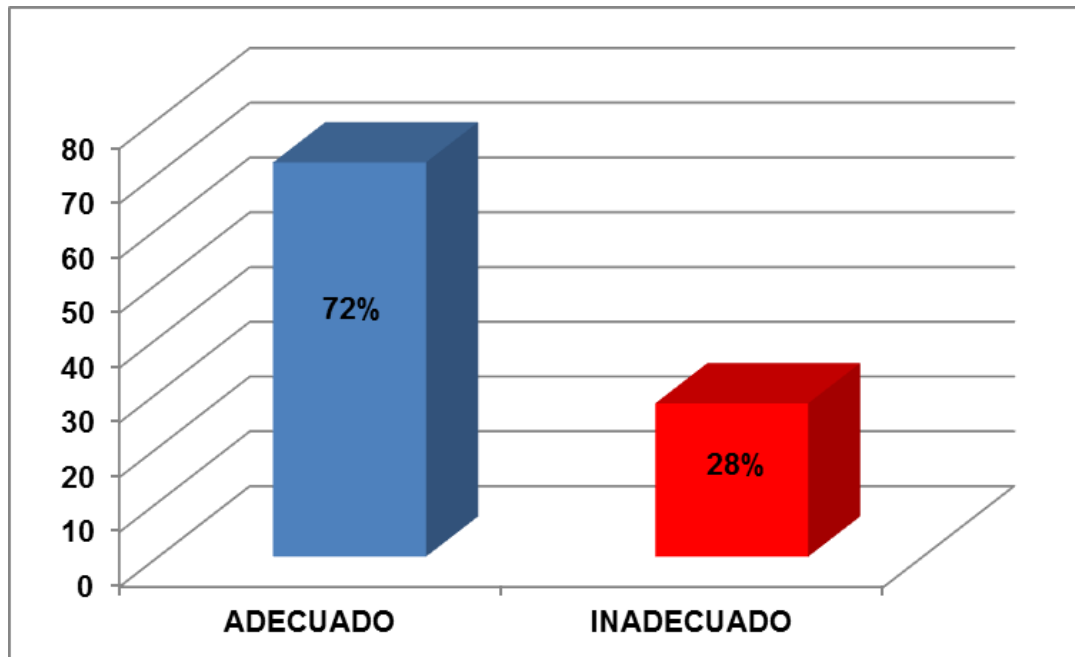
Este gráfico muestra el autocuidado que realizan los pacientes respecto a la dieta, donde en el 53.3%(40) fue inadecuado y en el 46.7%(35) fue adecuado.

GRÁFICO 6
AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN TRATAMIENTO EN LOS
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA ICA, NOVIEMBRE 2016



En el grafico 6 se encontró que con respecto a la dimensión tratamiento se encontró que el 62.6%(47) fue adecuado y el 37.4%(28) fue inadecuado.

GRÁFICO 7
AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA ICA, NOVIEMBRE 2016



En el grafico 7, en forma global se encontró que el autocuidado fue adecuado en el 72%(54) y en el 28%(21) fue inadecuado.

IV.b. DISCUSIÓN

En la **tabla 1** con respecto a la edad que predominó fueron los que tienen de 64 a más años con un 57.4%, el 53.4% son de sexo masculino, el 92% son de zona urbana y el 61.3% recibieron información sobre la enfermedad. Según Gómez D.⁷ La media de edad de los 54 participantes fue de 55.02 años. El 51.9% fue del sexo masculino. Según López J, Crespo J, Liebana A.⁹ La población estuvo conformada por un 39.1% de mujeres y un 60.9% de varones; el 49% tiene más de 60 años, el 20.5% tiene de 51 a 60 años; la información obtenida sobre su enfermedad fue de los médicos con un 91.3%, el 8.2% de la enfermera, el 0.13% lo obtuvo de amigos o familiares. Los resultados analizados coinciden parcialmente con los de la investigación, con respecto al sexo se puede apreciar que la mayoría son de sexo masculino, lo que nos indica que los varones presentan mayormente la enfermedad por los hábitos inadecuados que practican y la dieta abundante en grasa o carnes rojas, la edad es un indicador para realizar un chequeo control, se evidencia que pasados los 45 años se presentan la mayoría de casos de Insuficiencia Renal por lo que es importante corregir los hábitos que presentan. La población urbana es más propensa por el estilo de vida rutinario y con horarios laborales que no permiten alimentarse a sus horas y mayormente con acceso a comidas rápidas que son factores desencadenantes. El hecho de no recibir educación o información sobre su estado de salud también influye ya que por desconocimiento mantienen hábitos alimentarios y físicos inadecuados.

En el **gráfico 1** con respecto a los factores sociales se encontró que el 74.6% fue favorable y el 25.4% son desfavorables. Según López J, Crespo J, Liebana A.⁹ el 36.6% vive con su pareja, el 31.8% vive con su pareja e hijos, el 9.5% vive solo. Los pacientes viven con al menos un familiar y la mayoría se preocupa por su enfermedad brindándole ayuda, el problema radica que solo un porcentaje de familiares brinda ayuda puntual en sus necesidades, una cantidad de pacientes considerable son

cuidados por personas ajenas a su familia, aquí no existe un vínculo y muchas veces el cuidado no es a conciencia, de estos la mayoría trabajan de forma independiente y perciben en 400 y 650 soles, monto que es insuficiente para sus cuidados, pasajes y satisfacción de necesidades, algunos reciben apoyo económico de sus familiares pero no les es suficiente.

En el **gráfico 2** con respecto a los factores culturales se encontró que el 57.3% fue favorable y el 42.7% son desfavorables. Según López J, Crespo J, Liebana A. ⁹ el 8.4% es analfabeto, el 28.5% fue menos de 5 años a la escuela, el 20.5% tiene estudios de bachiller. Según García de López A, Laínez C, Olivares J, Mirón de Rendón M.⁸ Con respecto a la dieta se obtuvo que el 62% consume todo tipo de alimentos, el 30% consume alimentos de acuerdo a la indicación y el 8% alimentos ricos en carnes; el 80% ingiere alimentos de acuerdo a la indicación médica y el 13% no lo hace, el 46% no realiza actividad física, el 34% no acude a sus citas. El nivel educativo tiene relación con la captación y entendimiento de la información y educación que reciben los pacientes con respecto a la prevención de factores que favorecen a la aparición de complicaciones de la enfermedad, la mayoría al ver que la medicación recibida no da buenos resultados inicia consumo de plantas medicinales que consume con regularidad, además de esto se observa que muchos tienen un desconocimiento de lo que es su enfermedad, sintomatología y tratamiento, por ello no lo cumplen, además de las recomendaciones en su cambio de hábitos alimentarios.

En el **gráfico 3** se encontró que en relación a los factores socioculturales el 66.6% es favorable y el 33.4% es desfavorable. Según Del Rio D. ¹¹ En la dimensión social 49 pacientes presentan estilos de vida no saludable y 18 presentan estilos de vida saludable. Dentro de los factores socioculturales si bien es cierto la mayoría tiene factores favorables para evitar las complicaciones de la enfermedad, aún existe un porcentaje

considerable de pacientes que presentan factores desfavorables y principalmente radican en la ausencia de cuidador que sea familiar, el poco interés de los familiares en su enfermedad y cuidados, además de presentar poca información sobre su enfermedad y cuidados por lo que no cumplen estrictamente su tratamiento médico y acuden a la medicina alternativa sin ningún control, el ingreso económico bajo y el poco apoyo de sus familiares también influyen en la falta de satisfacción de sus necesidades relacionadas al consumo económico.

En el **gráfico 4** se encontró que con respecto a la dimensión hábitos se encontró que el 90.6% fue adecuado y solo el 9.4% fue inadecuado. Según García de López A, Laínez C, Olivares J, Mirón de Rendón M. ⁸ el 46% no realiza actividad física. Según Acuña P, Kugkumas J. ¹⁰ en las habilidades para realizar las actividades de la vida diaria el 69 % muestra un nivel alto, el 19 % presenta un nivel medio y el 12% un nivel bajo. Los pacientes presentan problemas generalmente a la hora de realizar actividades físicas, a veces porque no tienen apoyo, la falta de control de su peso también es un problema ya que no lo practican, favorable para ellos es que casi nunca consumen alcohol o tabaco.

En el **gráfico 5** se encontró que con respecto a la dimensión dieta se encontró que el 53.3% fue inadecuado y el 46.7% fue adecuado. Según García de López A, Laínez C, Olivares J, Mirón de Rendón M. ⁸ Con respecto a la dieta se obtuvo que el 62% consume todo tipo de alimentos, el 30% consume alimentos de acuerdo a la indicación y el 8% alimentos ricos en carnes; el 80% ingiere alimentos de acuerdo a la indicación médica y el 13% no lo hace. Los pacientes solo cumplen parcialmente las recomendaciones con respecto a la nutrición, los alimentos consumidos no ayudan a prevenir las complicaciones de su enfermedad, el consumo de sal y el bajo consumo de agua es un factor que ayuda a la evolución de la enfermedad.

En el **gráfico 6** se encontró que con respecto a la dimensión tratamiento se encontró que el 62.6% fue adecuado y el 37.4% fue inadecuado. Según García de López A, Laínez C, Olivares J, Mirón de Rendón M. ⁸ el 34% no acude a sus citas. Según López J, Crespo J, Liebana A. ⁹ el 32.2% casi nunca cumple con las indicaciones médicas, el 26.5% casi nunca cumple con el tratamiento. En relación al tratamiento los pacientes en un porcentaje considerable no cumplen con el tratamiento, no cumplen con las recomendaciones del médico y a veces faltan a sus controles médicos. Estos factores contribuyen con las complicaciones en su enfermedad. Considerando que el paciente tiene que cumplir el tratamiento se le debe educar y hacer seguimiento.

En el **gráfico 7** muestra resultados respecto al autocuidado en forma global, y se encontró que en el 72% fue adecuado y en el 28% fue inadecuado. Según Carrillo A, Díaz F. ⁶ El promedio de la capacidad de autocuidado es de 78.7, desviación estándar 16.5, el 72% de los pacientes obtuvo puntuaciones superiores al mismo. La investigación con respecto a los cuidados realizados por López J, Crespo J, Liebana A⁹, encontró que el 95.6% tiene cuidados adecuados en relación a la dieta, el 91.7% tiene cuidados adecuados de los accesos vasculares; sin embargo los cuidados en menor porcentaje fueron en el cumplimiento del tratamiento y refiere que el 32.2% casi nunca cumple con las indicaciones médicas, el 26.5% casi nunca cumple con el tratamiento.

De acuerdo a los resultados de esta investigación los pacientes presentan un autocuidado adecuado, sin embargo un porcentaje considerable tiene problemas con el autocuidado, lo cual es preocupante, especialmente referente a la nutrición y al tratamiento. Por tanto es necesario que el profesional de enfermería adopte estrategias de monitoreo y educación a la familia, para ayudar a cumplir con las recomendaciones y evitar descompensaciones en el paciente.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.a. CONCLUSIONES

- Los factores socioculturales, en insuficiencia renal crónica son favorables. Por lo que se rechaza la hipótesis planteada para esta dimensión.
- El autocuidado según hábitos y tratamiento en los pacientes con insuficiencia renal crónica es adecuado. Por lo que se rechaza la hipótesis para estas dimensiones y según dieta fue inadecuado. Por lo que se acepta la hipótesis para esta dimensión.

V.b. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda reforzar las actividades y medidas preventivas que se practican en los pacientes y familiares, además brindar información sobre las medidas preventivas para evitar enfermedad renal, teniendo en cuenta las creencias y costumbres en los pacientes y entorno, a través de talleres vivenciales en la comunidad y consejerías integrales brindadas por el equipo multidisciplinario encabezado por el profesional de enfermería
2. Se debe brindar educación continua y un reforzamiento tanto en el paciente como a la familia para que realicen un autocuidado adecuado, especialmente a lo relacionado con la actividad física, dieta y cumplimiento del tratamiento ya que existe un déficit, además de sensibilizar al paciente y familiares, acerca de la importancia que tiene el autocuidado para evitar las complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y mejorar el acceso al tratamiento. USA. 2015. [Fecha de acceso el 23 de marzo del 2016]. URL disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542%3A2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es
2. Ruiz J. Situación de la enfermedad renal crónica. España. 2016. [Fecha de acceso el 23 de marzo del 2016]. URL disponible en:
<http://www.policlinicagalileo.es/situacion-actual-de-la-enfermedad-renal-cronica-15012016/>
3. Orantes N. Enfermedad Renal Crónica: Estrategias para su abordaje. Ministerio de Salud. El Salvador. 2013. [Fecha de acceso 28 de marzo del 2016]. URL disponible en:
<http://www.ins.salud.gob.sv/index.php/temas/investigacion/investigacionensaludrenal>
4. García E, Vicente F. Adhesión de los pacientes con insuficiencia renal crónica a la dieta. España. 2013. [Fecha de acceso 28 de marzo del 2016]. URL disponible en:
http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n2/volumen1/INFAD_020123_9-20.pdf
5. Flores J. Enfermedad Renal Crónica: Epidemiología y factores de riesgo. Rev. Med. Clin. Condes. Vol 21. N° 4. Chile. 2012. [Fecha de acceso 02 de abril del 2016]. URL disponible en:
http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_21_4/01_Dr_Flores.pdf
6. Carrillo A, Díaz J. Capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal: Un estudio piloto en Bogotá. Colombia. 2013. [Fecha de acceso 03 de abril del 2016]. URL disponible en:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/163461/147111>

7. Gómez D. Autocuidado y calidad de vida en personas con hemodiálisis. [Tesis para obtener el grado de Magister]. México. 2014. [Tesis de licenciatura]. [Fecha de acceso 04 de abril del 2016]. URL disponible en: <http://eprints.uanl.mx/4147/1/1080253767.pdf>
8. García de López A, Laínez C, Olivares J, Mirón de Rendón M. Autocuidado en el paciente con diagnóstico de insuficiencia renal crónica en el programa de hemodiálisis del Hospital Regional del Instituto Salvadoreño del Seguro Social de Santa Ana. Tesis de licenciatura]. El Salvador. 2013. [Fecha de acceso 04 de abril del 2016]. URL disponible en:
http://www.academia.edu/9390508/_AUTOCUIDADO_EN_EL_PACIENTE_CON_DIAGNOSTICO_DE_INSUFICIENCIA_RENAL_CRONICA_EN_EL_PROGRAMA_DE_HEMODIALISIS_DEL_HOSPITAL_REGIONAL_DEL_INSTITUTO_SALVADORENO
9. López J, Crespo J, Liebana A. Situación y necesidades de los pacientes con insuficiencia renal crónica en Jaén y provincias. España. 2013. [Fecha de acceso 04 de abril del 2016]. URL disponible en: <file:///C:/Users/Roberto/Downloads/jaen.pdf>
10. Acuña P, Kugkumas J. Capacidad de autocuidado en pacientes que asisten al Programa de Diálisis Peritoneal ambulatoria continua del Hospital II Essalud Tarapoto, Junio – Setiembre del 2012. [Tesis para obtener la licenciatura en enfermería]. Tarapoto. 2012. [Fecha de acceso 04 de abril del 2016]. URL disponible en: http://tesis.unsm.edu.pe/jspui/bitstream/11458/516/1/Paolo%20Cesar%20Acu%20B1a%20Garc%20ADa_Jes%20BAs%20Never%20Kugkumas%20Katip.pdf
11. Del Rio R. Estilos de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica con tratamiento de hemodiálisis en un Hospital Nacional. [Tesis para obtener la licenciatura en enfermería]. Universidad Mayor de San Marcos. Lima. 2015. [Fecha de acceso 04 de abril del 2016]. URL disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/4695/Del%20Rio_sr.pdf?sequence=1

12. Definición de factores. [En línea]. [Fecha de acceso 06 de abril del 2016]. URL disponible en:
<http://www.definicionabc.com/general/factores.php>
13. Definición sociocultural. [En línea]. [Fecha de acceso el 07 de abril del 2016]. URL disponible en:
<http://www.definicionabc.com/social/sociocultural.php>
14. Reyes A, Castañeda V. Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal terminal. Cuba. 2010. [Fecha de acceso el 07 de abril del 2016]. URL disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_04_06/san05406.pdf
15. Naranjo V, Barragán T. El apoyo familiar a los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de Hemodiálisis del centro "Contigo da Vida " en la Provincia de Tungurahua Cantón Ambato. [Tesis para obtener la licenciatura en enfermería]. Ecuador. 2015. [Fecha de acceso el 07 de abril del 2016]. URL disponible en:
<http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/9908>
16. Julián J, Molinuevo J, Sánchez J. La Situación laboral del paciente con enfermedad renal crónica en función al tratamiento sustitutivo renal. España. 2012. [Tesis para obtener la licenciatura en enfermería]. Ecuador. 2015. [Fecha de acceso el 07 de abril del 2016]. URL disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952012000600004
17. Rodríguez E, Avilés M. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia. México. 2011. [Fecha de acceso el 10 de abril del 2016]. URL disponible en:
<http://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/Calidad-de-vida.pdf>
18. El paciente crónico.com. Una mirada biopsicosocial en el paciente renal crónico. [En línea]. [Fecha de acceso el 10 de abril del 2016].

URL disponible en: <http://elpacientecronico.blogspot.pe/2012/11/otro-aspecto-biologico.html>

19. Seguí A, Amador P, Ramos A. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento con diálisis. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. Vol. 13. N° 3. España. 2010. [Fecha de acceso el 10 de abril del 2016]. URL disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752010000300002
20. Reyes A. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Santiago de Cuba. 2003. [Fecha de acceso el 11 de abril del 2016]. URL disponible en:
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/aymara.pdf>
21. Malheiro P, Arruda D. Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. Enferm. Glob. Vol. 11. N° 28. Brasil. 2012. [Fecha de acceso el 11 de abril del 2016]. URL disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400014
22. Domínguez M, Pacheco M, Regla B, Rodríguez M, Rodríguez J. Conocimientos sobre la enfermedad renal crónica y el proceder de hemodiálisis. Rev. Ciencias Médicas. Vol. 18. N° 3. Cuba. 2014. Pág. 463 – 472.
23. MedlinePlus. Dieta para la enfermedad renal crónica. [En línea]. [Fecha de acceso el 15 de abril del 2016]. URL disponible en:
<https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002442.htm>
24. Ministerio de Salud. Ilustrar al paciente en el autocuidado de su seguridad. Ministerio de la protección social. Colombia. 2013. [Fecha de acceso el 15 de abril del 2016]. URL disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/Observatorio/AUTOCUIDADO.pdf>
25. Brunner L, Suddarth D. Manual de la enfermera. 4ª edición. Editorial Interamericana Mc. Graw – Hill. México. 1991.

26. Sevilla L. Educación para la salud: Roles de los miembros del equipo de salud. Perú. 2013. [Fecha de acceso el 15 de abril del 2016]. URL disponible en: <http://educasaludley.blogspot.pe/2013/07/educacionpara-la-salud.html>
27. Peña P, García J, Zagalaz M, Jimeno R, Expósito A. El ejercicio físico en pacientes en insuficiencia renal crónica terminal y programa de hemodiálisis. España. 2010. [Fecha de acceso el 15 de abril del 2016]. URL disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-dialisis-trasplante-275-articulo-el-ejercicio-fisico-pacientes-insuficiencia-13142915>
28. Flores J, Alvo M, Borja H, Morales J, Vega J, Zúñiga C, Müller H, Munzenmayer J. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. Rev. Med. Chile. Vol 137. N° 1. Santiago de Chile. 2009. Pág. 137 – 177
29. ProNefro on line. Tabaquismo y enfermedad renal. [En línea]. [Fecha de acceso el 18 de abril del 2016]. URL disponible en: http://san.org.ar/pronefro_3/mod_1/clase_X/pronefro_3_clase10.pdf
30. García S. Factores de progresión de la enfermedad renal. Guías S.E.N. Rev. Esp. Nefrol. Supl. 3. España. 2008. Pág. 17 – 21.
31. García S. Factores de progresión de la enfermedad renal crónica. Prevención secundaria. Guías Sociedad Española de Nefrología. España. 2008. [Fecha de acceso el 18 de abril del 2016]. URL disponible en: file:///C:/Users/Roberto/Downloads/X0211699508032352_S300_es.pdf
32. Montalvo L, Hidalgo A. Alimentación saludable en los pacientes con ERC. España. 2011. [Fecha de acceso el 18 de abril del 2016]. URL disponible en: <http://www.vivirconinsuficienciarenal.com/2011/12/alimentacion-saludable-en-los-pacientes.html>
33. Mapfre.es. Nefrología y Urología: Insuficiencia renal crónica. [En línea]. [Fecha de acceso el 07 de octubre del 2015]. URL disponible en: <http://www.mapfre.es/salud/es/cinformativo/insuficiencia-renal-cronica.shtml>

34. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: El Sevier Science; 2003.

BIBLIOGRAFIA

1. Brunner L, Suddarth D. Manual de la enfermera. 4ª edición. Editorial Interamericana Mc. Graw – Hill. México. 1991.
2. Domínguez M, Pacheco M, Regla B, Rodríguez M, Rodríguez J. Conocimientos sobre la enfermedad renal crónica y el proceder de hemodiálisis. Rev. Ciencias Médicas. Vol. 18. N° 3. Cuba. 2014. Pág. 463 – 472.
3. Dorotea Orem "Teoría del Autocuidado". Edit. España; 1980.
4. Flores J, Alvo M, Borja H, Morales J, Vega J, Zúñiga C, Müller H, Munzenmayer J. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones. Rev. Med. Chile. Vol 137. N° 1. Santiago de Chile. 2009. Pág. 137 – 177
5. García S. Factores de progresión de la enfermedad renal. Guías S.E.N. Rev. Esp. Nefrol. Supl. 3. España. 2008. Pág. 17 – 21.
6. Gorgas J, Cardiel N, Zamorano J. Estadística Básica para estudiantes de ciencias. Editorial de la Universidad de Complutense de Madrid. 1era edición. España. 2011.
7. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Editorial McGraw Hill. 4ta edición. México. 2006.
8. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: El Sevier Science; 2003.

ANEXOS

ANEXO N° 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
VARIABLE 1 Factores socioculturales	Son situaciones de índole social y cultural que favorecen o limitan el cumplimiento del cuidado de los pacientes con insuficiencia renal crónica que pueden ser tales como estado civil, ocupación, ingreso económico, y familia creencias y conocimientos aprendidos transmitidos y compartidos dentro de un grupo determinado	Son todas aquellas situaciones sociales, y culturales; de los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica que favorecen o limitan el cumplimiento del cuidado; estas serán recolectadas mediante una encuesta; teniendo en cuenta como valor final: favorables y desfavorables.	Factores sociales Factores culturales	<ul style="list-style-type: none"> • Convivencia familiar • Comunicación familiar • Presencia de cuidador familiar • Ocupación • Ingreso económico familiar • Servicios básicos en la vivienda. ○ Nivel educativo ○ Creencias ○ Información respecto a su enfermedad ○ Plan alimenticio

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
VARIABLE 2 Autocuidado	Acciones tales como hábitos de cuidado dietéticos y farmacológicos que permitan al paciente con insuficiencia renal crónica mantener su bienestar.	Son todas las acciones tales como cuidado de la fistula, cuidado dietético y farmacológico, que los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica refieren realizar para mejorar su salud y que será medido a través de una encuesta que dará como resultado adecuado o inadecuado	Hábitos Dieta Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza actividades sin ayuda • Frecuencia de control de peso • Consumo de tabaco y bebidas alcohólicas ○ Consumo de dieta baja en sal y condimentos ○ Consumo de lácteos • Tratamiento • Control establecido • Acude a su cita • Cambios respecto a la enfermedad

ANEXO N°2

FACTORES SOCIOCULTURALES Y AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Introducción:

Tenga Ud. buen día mi nombre es Tatiana Cabrera España, Bachiller de la escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Privada San Juan Bautista, a continuación, se le presenta un cuestionario cuyo objetivo es recopilar datos sobre **FACTORES SOCIOCULTURALES Y AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA** lo cual será exclusivamente para fines de investigación, es de carácter anónimo y confidencial.

INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se les presenta, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (x) la respuesta que estime verdadera. En algunas preguntas deberá escribir sus respuestas.

III. DATOS GENERALES:

1.- Edad:

- a) De 18 a 40 años
- b) De 41 a 63 años
- c) De 64 a más años

2.- Sexo:

- a) Femenino
- b) Masculino

3.- Procedencia:

- a) Urbana
- b) Rural
- c) Urbana marginal

4.- ¿Ha recibido información respecto a los cuidados que debe tener en su vida diaria?

- a) Si
- b) No
- c) A veces

IV. CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO:

FACTORES SOCIOCULTURALES

DIMENSIÓN FACTORES SOCIALES

1. Su familia está compuesta por:

- a. Su esposa (o) y/o pareja
- b. Ud. Esposa(o) e hijos
- c. Ud. Esposa (o) hijos y otros familiares

2. Su familia se preocupa por su enfermedad

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca

3. ¿Existe buena relación con su familia?

- a. Siempre
- b. A veces
- c. Nunca

4. ¿Ud. Cuenta con una persona que le ayude en su cuidado?

- a. En todo momento
- b. Algunas veces
- c. No

- 5. La persona que le ayuda en su cuidado es:**
- a. Parte de su familia
 - b. No es una persona de la familia
 - c. No tiene a nadie
- 6. ¿A qué se dedica actualmente?**
- a. Solo su casa
 - b. Trabaja de forma independiente fuera de casa
 - c. Trabaja dependiente fuera de casa
- 7. ¿Cuánto es su ingreso económico mensual/ familiar?**
- a) Menor de S/. 400
 - b) S/. 400- S/.650
 - c) S/.650 a mas
- 8. ¿Recibe apoyo económico por parte de algún familiar para cubrir con los gastos de usted y su tratamiento?**
- a. Siempre
 - b. A veces
 - c. Nunca
- 9. ¿Su vivienda cuenta con servicios básicos: agua desagüe y luz?**
- a. Solo con luz
 - b. Con agua, desagüe y luz
 - c. Con ninguno

DIMENSIÓN FACTORES CULTURALES

- 10. ¿Cuál es su nivel educativo?**
- a. Primaria
 - b. Secundaria superior
 - c. Superior

- 11. ¿Cree usted que los usos de plantas medicinales son recomendables para el manejo de su enfermedad?**
- a) Si
 - b) No
 - c) A veces
- 12. ¿Utiliza alguna planta medicinal para su tratamiento?**
- a) Si
 - b) No
 - c) A veces
- 13. ¿Qué significado tiene para Ud. su enfermedad?**
- a) Es un castigo de dios
 - b) Es una enfermedad crónica
 - c) Es una enfermedad curable
- 14. ¿Usted considera que conoce todo respecto a su enfermedad?**
- a) Si
 - b) No
- 15. ¿Cree Ud. ¿Que el plan alimenticio favorece el control de su enfermedad?**
- a) Si
 - b) No
- 16. ¿Para Ud. Cree que es importante consumir?**
- a) Verduras
 - b) Menestras y harinas
 - c) De todo
- 17. ¿Tiene conocimiento que alimentos debe consumir en menor cantidad?**
- a) Azúcar y sal
 - b) Harinas y grasas
 - c) Todas las anteriores

AUTOCUIDADO

DIMENSIÓN HÁBITOS

1. Ud. ¿Es habitual que realice sus actividades sin ayuda?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

2. Controla su peso de manera semanal

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

3. ¿Ud. Consume cigarrillos?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

4. ¿Ud. Toma bebidas alcohólicas?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

DIMENSIÓN DIETA

5. ¿Consume Ud. una dieta baja en sal y sin condimentos?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

6. ¿Consume vegetales, frutas, yogurt, leche a diario?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

7. ¿Su consumo de agua es moderado

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

DIMENSIÓN TRATAMIENTO

8. ¿Cumple con su tratamiento indicado?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

9. ¿Pone en práctica los consejos y enseñanzas que le da el personal de enfermería?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

10. ¿Ud. Espera que le recuerden la fecha de cita a sus controles

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

11. ¿Acude a su cita en la fecha indicada?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

12. ¿Realiza cambios o ajustes respecto a las recomendaciones que recibe para mejorar su salud?

- a) Siempre b) A veces c) Nunca

ANEXO 3
CODIFICACIÓN DE ÍTEMS

DATOS GENERALES			
ÍTEM	A	b	c
1	1	2	3
2	1	2	
3	1	2	3
4	1	2	3

CODIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO

ITEMS	A	b	c
FACTORES SOCIOCULTURALES			
DIMENSIÓN FACTORES SOCIALES			
1	0	1	2
2	2	1	0
3	2	1	0
4	2	1	0
5	2	1	0
6	0	1	2
7	0	1	2
8	2	1	0
9	1	2	0

DIMENSIÓN FACTORES CULTURALES			
ITEM	A	b	c
10	0	1	2
11	2	1	0
12	2	1	0
13	0	2	1
14	2	0	1
15	2	0	1
16	2	0	1
17	0	1	2
AUTOCUIDADO			
DIMENSIÓN HABITOS SALUDABLES			
1	2	1	0
2	2	1	0
3	0	1	2
4	0	1	2
DIMENSIÓN DIETA			
5	2	1	0
6	1	2	0
7	2	1	0
DIMENSIÓN TRATAMIENTO			
8	2	1	0
9	2	1	0

10	0	1	2
11	2	1	0
12	2	1	0

ANEXO 4

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	EXPERTO N°1	EXPERTO N°2	EXPERTO N°3	EXPERTO N°4	EXPERTO N° 5	P
1	1	1	1	1	1	0.031
2	1	1	1	1	1	0.031
3	1	1	1	1	0	0.062
4	1	1	1	1	1	0.031
5	1	1	1	1	1	0.031
6	1	1	1	1	1	0.031
7	1	1	1	1	1	0.031
					ΣP	0.248

Se ha considerado:

0 = Si la respuesta es negativa.

1 = Si la respuesta es positiva.

N = Número de jueces expertos.

$$P = \frac{\Sigma P}{N^{\circ} \text{ de Ítems}}$$

$$P = \frac{0.248}{7}$$

$$P = 0.036$$

Si $P \leq 0.5$, el grado de concordancia es significativo, y el instrumento es válido. Por lo tanto, al obtener 0.036 el instrumento planteado es válido.

ANEXO 5

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

COEFICIENTE DE ALFA DE CRONBACH (α)

Para determinar la confiabilidad del cuestionario de la investigación, se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, cuya fórmula es:

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Dónde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i ,
- S_t^2 es la varianza de la suma de todos los ítems y
- K es el número de preguntas o ítems.

Se obtuvo los siguientes resultados Estadísticos de confiabilidad:

VARIABLE	ALFA DE CROMBACH
VARIABLE 1	0.84
VARIABLE 2	0.83

Para que el Instrumento sea confiable α debe ser ≥ 0.5 y mientras más se acerque a 1 este será más confiable, por lo tanto, con los datos obtenidos podemos decir que el instrumento es altamente confiable.

ANEXO 6
TABLA MATRIZ FACTORES SOCIOCULTURALES

N°	DATOS GENERALES				VARIABLE FACTORES SOCIOCULTURALES																			TOTAL			
	1	2	3	4	FACTORES SOCIALES										FACTORES CULTURALES												
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	ST	10	11	12	13	14	15	16	17	ST				
1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
2	3	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	12	0	2	1	1	0	0	1	1	6	18			
3	2	1	1	3	2	1	1	2	2	0	0	0	1	9	0	0	1	1	1	1	1	1	6	15			
4	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	14	1	2	2	2	0	2	1	2	12	26			
5	3	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	0	2	12	0	1	1	1	0	0	1	2	6	18			
6	1	1	1	3	2	1	1	2	2	1	1	2	2	14	1	2	1	2	1	2	1	1	11	25			
7	3	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	15	2	2	2	2	0	2	2	2	14	29			
8	2	1	2	1	2	1	1	1	1	0	0	0	1	7	0	0	1	0	1	1	0	0	3	10			
9	3	2	1	1	2	2	2	2	2	0	1	2	2	15	1	1	1	2	2	2	1	1	11	26			
10	2	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2			
11	3	2	1	3	2	1	2	2	2	1	1	2	2	15	2	2	2	2	1	2	1	2	14	29			
12	3	1	1	2	2	1	1	1	1	0	1	0	1	8	0	0	1	0	0	1	0	1	3	11			

13	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	16	1	1	1	2	1	2	1	2	11	27
14	3	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	17	2	2	2	2	2	2	2	2	16	33
15	2	2	1	1	2	2	2	2	2	0	1	2	1	14	1	1	1	2	0	2	2	2	11	25
16	2	1	1	3	2	1	1	1	1	0	1	1	1	9	0	1	1	0	0	0	1	0	3	12
17	3	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	13	0	2	1	2	1	2	1	2	11	24
18	3	1	1	1	2	1	1	1	2	1	0	1	1	10	0	1	1	1	0	0	1	1	5	15
19	3	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	15	1	1	1	2	0	2	1	2	10	25
20	2	1	1	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	17	2	2	2	2	2	2	2	2	16	33
21	3	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	0	1	9	0	1	1	1	0	2	0	1	6	15
22	3	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0	1	0	1	1	4	6
23	3	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	12	1	1	1	1	0	2	1	2	9	21
24	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	17	2	2	2	2	0	2	2	2	14	31
25	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	14	1	1	1	1	0	2	0	2	8	22
26	3	2	1	3	1	2	1	2	2	1	1	1	1	12	0	2	1	2	1	2	1	2	11	23
27	2	1	2	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	3	0	0	1	0	0	0	1	1	3	6
28	3	1	1	1	2	1	1	1	1	0	0	1	1	8	0	2	1	1	0	1	1	0	6	14

29	3	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	15	1	2	1	1	1	2	1	2	11	26
30	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	17	2	2	2	2	2	2	2	2	16	33
31	3	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	1	13	1	2	1	2	0	2	1	2	11	24
32	2	2	1	3	2	1	1	1	2	0	1	1	1	10	0	1	1	1	1	2	1	2	9	19
33	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	17	2	2	2	2	0	2	1	2	13	30
34	2	2	1	1	2	1	1	1	1	0	0	1	1	8	0	0	1	0	0	0	1	0	2	10
35	3	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	13	1	2	1	2	1	2	1	2	12	25
36	3	2	1	3	1	2	1	2	2	1	1	1	2	13	1	2	2	2	0	2	1	2	12	25
37	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	16	1	2	1	2	2	2	2	2	14	30
38	3	1	1	1	2	1	1	1	1	0	1	1	1	9	0	1	1	1	1	0	1	1	6	15
39	2	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	5	0	0	1	0	1	1	1	1	5	10
40	3	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	13	1	2	2	2	1	2	1	2	13	26
41	3	2	1	3	2	1	1	2	2	0	1	1	2	12	0	1	1	1	0	2	1	2	8	20
42	3	1	1	1	0	2	1	1	1	0	1	1	1	8	0	2	1	2	0	0	0	1	6	14
43	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	17	2	2	2	2	0	2	2	2	14	31
44	3	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2	14	1	2	2	2	1	2	1	2	13	27

45	2	2	1	2	1	2	1	1	2	0	1	1	2	11	0	1	1	1	0	2	1	2	8	19
46	3	1	1	1	2	1	1	1	2	0	1	0	1	9	0	1	1	1	0	0	0	0	3	12
47	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	16	2	2	2	2	2	2	1	2	15	31
48	3	1	1	1	2	1	1	1	1	0	0	0	1	7	0	0	1	1	0	0	1	1	4	11
49	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	17	1	2	2	2	1	2	2	2	14	31
50	3	1	1	3	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	0	1	1	0	0	0	1	0	3	5
51	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	15	1	2	2	2	1	2	2	2	14	29
52	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0	1	1	1	0	0	1	2	6	16
53	3	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	17	1	2	2	2	1	2	2	2	14	31
54	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	14	0	2	2	2	0	2	2	2	12	26
55	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	11	0	2	1	2	1	2	1	2	11	22
56	3	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	10	0	1	1	1	1	0	0	2	6	16
57	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	17	2	2	2	2	0	2	2	2	14	31
58	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	11	0	2	1	1	0	2	1	1	8	19
59	3	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	14	1	2	2	2	1	2	1	2	13	27
60	3	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	0	2	11	0	2	1	1	1	2	1	2	10	21

TABLA MATRIZ AUTOCUIDADO

N°	AUTOCUIDADO															TOTAL
	DIMENSIÓN HABITOS					DIMENSIÓN DIETA				DIMENSIÓN TRATAMIENTO						
	1	2	3	4	ST	5	6	7	ST	8	9	10	11	12	ST	
1	0	2	2	2	6	1	1	1	3	1	1	0	0	0	2	11
2	1	0	1	1	3	0	0	1	1	1	1	1	1	1	5	9
3	2	2	2	2	8	2	2	2	6	2	2	2	2	2	10	24
4	2	2	2	2	8	2	2	2	6	2	2	2	2	2	10	24
5	1	2	2	2	7	2	2	1	5	2	2	2	2	1	9	21
6	2	2	2	2	8	2	2	2	6	2	2	2	2	2	10	24
7	2	2	2	2	8	2	2	2	6	2	2	2	2	1	9	23
8	1	2	2	2	7	2	2	2	6	2	2	2	2	2	10	23
9	1	2	2	2	7	2	1	1	4	1	2	1	1	1	6	17
10	2	1	2	2	7	2	2	2	1	2	2	2	1	2	9	22
11	1	2	2	2	7	1	1	1	3	1	1	0	1	1	4	14
12	0	2	1	2	5	0	0	1	1	1	1	1	1	1	5	11

13	1	2	2	2	7	2	2	2	6	2	2	2	2	2	10	23
14	2	2	2	2	8	2	2	2	6	2	2	2	1	2	9	23
15	1	2	2	2	7	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	15
16	2	1	2	2	7	2	1	1	4	1	2	1	1	1	6	17
17	1	2	2	2	7	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	15
18	2	2	2	2	8	2	2	2	6	2	2	2	2	2	10	24
19	1	0	1	1	3	0	0	1	1	1	1	1	1	1	5	9
20	1	2	2	2	7	2	1	2	5	2	2	2	2	2	10	22
21	2	1	2	2	7	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	15
22	2	2	2	2	8	2	2	2	6	2	2	2	1	1	8	22
23	1	2	2	2	7	2	2	1	5	2	2	2	1	1	8	20
24	1	2	2	2	7	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	15
25	2	2	2	2	8	2	1	1	4	1	2	2	2	2	9	21
26	1	1	1	1	4	0	0	1	1	1	1	1	1	1	5	10
27	2	2	2	2	8	1	2	1	4	1	2	2	2	2	9	21
28	0	1	1	1	3	0	0	1	1	1	1	1	1	1	5	9

29	1	1	2	2	6	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	14
30	2	2	2	2	8	2	2	2	6	2	2	2	2	1	9	23
31	2	1	2	2	7	2	2	2	6	2	2	2	2	2	10	23
32	1	2	2	2	7	1	1	1	3	1	2	1	1	1	6	16
33	2	1	2	2	7	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	15
34	1	2	2	2	7	2	1	1	4	1	2	2	2	1	8	19
35	2	1	2	2	7	1	1	1	3	1	1	0	1	0	3	13
36	2	2	2	2	8	2	2	2	6	2	2	2	2	2	10	24
37	1	1	2	2	6	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	14
38	1	2	2	2	7	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	15
39	2	1	2	2	7	2	1	2	5	2	2	2	2	2	10	22
40	2	1	2	2	7	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	15
41	1	2	2	2	7	2	1	1	4	1	2	2	2	1	8	19
42	0	1	1	1	3	0	0	1	1	1	1	1	1	1	5	9
43	1	1	2	2	6	1	1	1	3	2	2	2	2	1	9	18
44	0	1	2	2	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	13

45	2	2	2	2	8	2	2	2	6	2	2	2	2	2	10	24
46	1	2	2	2	7	1	1	1	3	1	1	0	0	1	3	13
47	2	1	2	2	7	2	1	2	5	2	2	2	1	2	9	21
48	2	1	2	2	7	2	1	1	4	2	2	0	1	1	6	17
49	1	2	2	2	7	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	15
50	2	1	2	2	7	2	2	1	5	2	2	2	2	2	10	22
51	2	1	2	2	7	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	15
52	1	2	2	2	7	2	1	2	5	2	2	2	2	2	10	22
53	2	1	2	2	7	1	1	1	3	2	2	2	2	2	10	20
54	1	1	2	1	5	1	0	1	2	1	1	1	1	1	5	12
55	1	1	2	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	13
56	1	2	2	2	7	2	2	2	6	2	2	2	2	2	10	23
57	1	2	2	2	7	1	1	1	3	2	2	2	2	1	9	19
58	1	1	2	1	5	1	1	1	3	1	1	1	1	1	5	13
59	2	1	2	2	7	2	2	2	6	2	2	2	2	2	10	23
60	1	2	2	2	7	1	1	1	3	2	2	1	2	1	8	18

61	1	1	1	1	4	1	1	1	3	2	2	1	1	1	7	14
62	2	2	2	2	8	2	2	2	6	2	2	2	2	2	10	24
63	1	1	2	1	5	1	1	1	3	2	2	1	2	1	8	16
64	1	1	2	2	6	1	1	1	3	2	2	1	1	1	7	16
65	1	1	2	1	5	1	1	1	3	2	2	1	1	1	7	15
66	1	2	2	2	7	2	1	2	5	2	2	2	2	1	9	21
67	2	2	2	2	8	2	2	2	6	2	2	2	2	2	10	24
68	1	1	2	1	5	1	0	1	2	1	1	1	1	0	4	11
69	1	1	2	2	6	1	1	1	3	2	2	2	2	2	10	19
70	2	2	2	2	8	2	2	1	5	2	2	2	2	2	10	23
71	2	2	2	2	8	2	1	2	5	2	2	2	2	1	9	22
72	1	0	1	1	3	1	1	1	3	2	2	1	1	1	7	13
73	2	2	2	2	8	2	2	2	6	2	2	2	2	2	10	24
74	1	1	2	1	5	2	1	1	4	2	1	2	2	2	10	19
75	2	1	2	2	7	2	2	2	6	2	2	2	2	1	9	22

ANEXO 7

TABLAS DE FRECUENCIA

TABLA 2

**FACTORES SOCIOCULTURALES SEGÚN FACTORES SOCIALES
EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA
ICA, NOVIEMBRE 2016**

FACTORES SOCIALES	Fr	%
FAVORABLES	55	74.6
DESFAVORABLES	20	25.4
TOTAL	75	100

TABLA 3

**FACTORES SOCIOCULTURALES SEGÚN FACTORES CULTURALES
EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA
ICA, NOVIEMBRE 2016**

FACTORES CULTURALES	Fr	%
FAVORABLE	43	57.3
DESFAVORABLE	32	42.7
TOTAL	75	100

TABLA 4
FACTORES SOCIOCULTURALES EN LOS PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL
AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA
ICA, NOVIEMBRE 2016

FACTORES SOCIOCULTURALES	Fr	%
FAVORABLE	50	66.6
DESFAVORABLE	25	33.4
TOTAL	75	100

TABLA 5
AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN HÁBITOS EN LOS PACIENTES
CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL
AUGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA,
NOVIEMBRE 2016

DIMENSIÓN HÁBITOS	Fr	%
ADECUDO	68	90.6
INADECUADO	07	9.4
TOTAL	75	100

TABLA 6
AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN DIETA EN LOS PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN EL HOSPITAL AUGUSTO
HERNÁNDEZ MENDOZA ICA, NOVIEMBRE 2016

DIMENSIÓN DIETA	Fr	%
ADECUADO	35	46.7
INADECUADO	40	53.3
TOTAL	75	100

TABLA 7
AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN TRATAMIENTO EN LOS
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA ICA, NOVIEMBRE 2016

DIMENSIÓN TRATAMIENTO	Fr	%
ADECUADO	47	62.6
INADECUADO	28	37.4
TOTAL	75	100

TABLA 8
AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA EN EL HOSPITAL AUGUSTO HERNÁNDEZ
MENDOZA ICA, NOVIEMBRE 2016

AUTOCUIDADO	Fr	%
ADECUADO	54	72
INADECUADO	21	28
TOTAL	75	100