



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y PROCESO DE
AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO DE
HEMODIÁLISIS POR CATÉTER VENOSO CENTRAL EN LA
CLÍNICA BENEDICTO 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

Presentado por:

Bachilleres:

**ESCOBAR PALOMINO, JOANY JACQUELINE
MANHUALAYA TAPIA, NAYDA**

LIMA - PERÚ

2017

DEDICATORIA

Gracias Dios por guiarnos, por darnos la fortaleza, perseverancia y responsabilidad para su desarrollo, ejecución y culminación de este trabajo a nuestros padres por darnos amor, apoyo, tolerancia y comprensión.

AGRADECIMIENTO

Le agradecemos a nuestra alma mater la Universidad Norbert Wiener, a nuestro docente Mg. Erik Mario Chávez Flores por sus enseñanzas, constante apoyo y dedicación en la culminación de este trabajo.

ASESOR DE TESIS:

Mg. Erik Mario Chávez Flores

JURADO:

Presidente: Dra. Rosa Eva Pérez Siguas

Secretario: Dr. Patrik Palmieri Albert

Vocal: Mg. Wilmer Calsin Pacompia

ÍNDICE

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS

RESUMEN

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	14
1.1. Planteamiento del problema	14
1.2. Formulación del problema	17
1.3. Justificación	18
1.4. Objetivo	18
1.4.1. Objetivo General	18
1.4.2. Objetivo Específicos	18
	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	20
2.1. Antecedentes	20
2.2. Base teórica	28
2.2.1 Insuficiencia renal	28
2.2.2 Hemodiálisis	28
2.2.3 Catéter venoso central	28
2.2.3.1 Tipos de catéteres	28
2.2.4.2 Complicaciones de los catéteres venoso central	29
2.2.4.3 Factores de riesgo en el desarrollo de la infección	29
2.2.4 El paciente y la enfermedad renal crónica	30
2.2.5 La teoría general del autocuidado	31
2.2.6 El autocuidado en el paciente en tratamiento de hemodiálisis	35
2.2.7 Capacidad de autocuidado	40
2.2.8 Indicadores del autocuidado	40
2.2.9 Afrontamiento	42
2.2.9.1 Estrategias de afrontamiento	42
2.2.9.2 Afrontamiento en la enfermedad crónica	43
2.2.9.3 Dimensiones del afrontamiento	46

2.3. Terminología básica	48
2.4. Hipótesis	50
2.5. Variables	51
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	56
3.1. Tipo y nivel de investigación	56
3.2. Población y muestra	56
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	57
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico	61
3.5. Aspectos éticos	62
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	63
4.1. Resultados	63
4.2. Discusión	76
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	79
5.1. Conclusiones	79
5.2. Recomendaciones	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	89

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico		Página
Gráfico 1	Autocuidado en pacientes que reciben hemodiálisis por catéter venoso central en la Clínica Benedicto – 2017	63
Gráfico 2	Afrontamiento en pacientes que reciben hemodiálisis por catéter venoso central en la Clínica Benedicto – 2017	64
Gráfico 3	Autocuidado en su dimensión interacción social en pacientes que reciben hemodiálisis por catéter venoso central en la Clínica Benedicto – 2017	66
Gráfico 4	Autocuidado en su dimensión bienestar personal en pacientes que reciben hemodiálisis por catéter venoso central en la Clínica Benedicto – 2017	67
Gráfico 5	Autocuidado en su dimensión actividad y reposo en pacientes que reciben hemodiálisis por catéter venoso central en la Clínica Benedicto – 2017	68
Gráfico 6	Autocuidado en su dimensión consumo suficiente de alimentos en pacientes que reciben hemodiálisis por catéter venoso central en la Clínica Benedicto – 2017	69

Gráfico 7	Autocuidado en su dimensión promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro del grupo en pacientes que reciben hemodiálisis por catéter venoso central en la Clínica Benedicto – 2017	70
Gráfico 8	Afrontamiento en su dimensión recursivo y centrado en pacientes que reciben hemodiálisis por catéter venoso central en la Clínica Benedicto – 2017	71
Gráfico 9	Afrontamiento en su dimensión reacciones enfocadas en pacientes que reciben hemodiálisis por catéter venoso central en la Clínica Benedicto – 2017	72
Gráfico 10	Afrontamiento en su dimensión proceso de alerta en pacientes que reciben hemodiálisis por catéter venoso central en la Clínica Benedicto – 2017	73
Gráfico 11	Afrontamiento en su dimensión procesamiento sistemático en pacientes que reciben hemodiálisis por catéter venoso central en la Clínica Benedicto – 2017	74
Gráfico 12	Afrontamiento en su dimensión conocer y relacionar en pacientes que reciben hemodiálisis por catéter venoso central en la Clínica Benedicto – 2017	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla		Página
Tabla 1	Relación entre capacidad de autocuidado y proceso de afrontamiento en pacientes que reciben hemodiálisis por catéter venoso central Clínica Benedicto xvi 2017	66

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la Capacidad de autocuidado y el Proceso de afrontamiento de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis por catéter venoso central (CVC), atendidos en la Clínica Benedicto XVI, 2017.

Material y métodos: El estudio que se realizó, es de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal, la población estuvo constituida por 34 pacientes que portan catéter venoso central y reciben hemodiálisis periódica en la clínica Benedicto XVI 3 veces por semana. Para la recolección de datos se utilizó como técnica la encuesta y el instrumento la escala para ambas variables. El instrumento que se usó para la variable Autocuidado fue validado por Esther Gallegos denominada Agencia de Autocuidado (ASA) y para la variable Afrontamiento el instrumento fue validado y diseñado por Calixta Roy, Coping Adaptation Processing Scale (CAPS).

Resultados: Mostraron que del total de participantes (N=34), el 68%(23) de pacientes tienen una mediana capacidad de autocuidado, 23%(8) tienen alta capacidad de autocuidado y el 9%(3) tienen baja capacidad de autocuidado. El proceso de afrontamiento: El 62%(21) tiene alta capacidad de afrontamiento, 38%(9) tienen mediana capacidad de afrontamiento. Del análisis de los resultados y la comprobación de la hipótesis a través de la prueba estadística de correlación de Spearman donde el P valor es 0,000.

Conclusión: Se concluye que hay una relación entre capacidad de autocuidado y el proceso de afrontamiento a mayor capacidad de autocuidado mejor proceso de afrontamiento

Palabras clave: “Autocuidado”, “afrontamiento”, “pacientes con Insuficiencia” Renal Crónica, Hemodiálisis.

SUMMARY

Objective: To determine the relationship between self-care capacity and the coping process of patients undergoing central venous catheter (CVC) hemodialysis treatment, assisted at the Benedict XVI Clinic, 2017.

Material and methods: The study that was carried out, is descriptive and correlational cross-sectional, the population consisted of 34 patients who carry a central venous catheter and receive periodic hemodialysis in the clinic Benedict XVI 3 times a week. For data collection, the survey was used as a technique and the scale was used for both variables. The instrument used for the self-care variable was validated by Esther Gallegos called Self-care Agency (ASA) and for the variable Coping the instrument was validated and designed by Calixta Roy, Coping Adaptation Processing Scale (CAPS).

Results: They showed that of the total number of participants (N = 34), 68% (23) of patients have a medium capacity of self-care, 23% (8) have a high capacity of self-care and 9% (3) have a low capacity of self-care. self-care The coping process: 62% (21) have a high coping capacity, 38% (9) have a medium coping capacity. From the analysis of the results and the verification of the hypothesis through the Spearman statistical correlation test where the P value is 0.000

Conclusion: It is concluded that there is a relationship between self-care capacity and the coping process to a greater self-care capacity, better coping process.

Key words: "Self-care", "coping", "patients with Insufficiency" Renal Chronic, Hemodialysis.

CAPITULO I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema.

La enfermedad renal crónica (ERC) es una patología caracterizada por una pérdida progresiva e irreversible de las funciones renales. El paciente con ERC presenta deterioro de su capacidad funcional de conservar el equilibrio entre los líquidos, electrolitos y solutos orgánicos condicionando la necesidad de un tratamiento sustitutorio (diálisis y/o trasplante renal). Los pacientes suelen presentar alteraciones y/o cambios en las diferentes esferas de su vida: física, biológica, psicológica y social, que requieren ser evaluadas e identificadas oportunamente a fin de poder ayudarlos para que alcancen una mejor condición de salud, preparándolos para lograr que sean los mejores cuidadores de sí mismos (1).

Todos los pacientes deben aprender y realizar alguna actividad para cuidar de sí mismo; lo más importante es que las efectúe con las modificaciones que le impone la enfermedad, lo que permitirá sentirse mejor y ser más independiente, le producirá más seguridad al proporcionarse su propio cuidado y en última instancia le ayudará a prevenir complicaciones que a la larga repercutirán sobre el pronóstico de su enfermedad.

El catéter Venoso Central (CVC) constituye un sistema rápido que permite iniciar en el paciente de reciente diagnóstico el tratamiento sustitutorio de

hemodiálisis, debido a su principal ventaja referida a su fácil acceso, mientras se logre en etapas posteriores la creación de una fístula arterio-venosa interna cuando así se requiera para el tratamiento del paciente con ERC.

En este contexto, el paciente con ERC requiere ser capacitado para su autocuidado así como para afrontar la enfermedad y sus efectos. Si bien es cierto, la diálisis como modalidad de tratamiento sustitutivo suple parcialmente algunas funciones del riñón, ésta se debe realizar en forma continua y permanente; lo cual significa utilizar de doce a quince horas por semana para las sesiones de diálisis, antes ocupadas por otras actividades, además de llevar una dieta restrictiva, ingesta limitada de líquido, seguir un régimen terapéutico de medicamentos, asumir cuidados físicos y asumir limitaciones al realizar ciertas actividades. Estos aspectos constituyen parte de los cuidados necesarios que el paciente con esta enfermedad debe enfrentar, siendo necesario un régimen de vida bastante restrictivo donde existirán modificaciones estrictas del estilo de vida y cumplimiento de indicaciones dadas por el equipo de salud, que deberán formar parte de su propio autocuidado. Los descuidos en el cumplimiento y seguimiento del tratamiento pueden ocasionar graves alteraciones físicas de fatales consecuencias.

En 1982, la OMS definió el autocuidado como las actividades de salud no organizadas y a las decisiones de la salud tomadas por individuos, familia, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc. Comprende la automedicación, el auto tratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un “entorno natural”, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud (2).

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en el año 2015 dice que la enfermedad renal crónica afecta a cerca del 10% de la población mundial y llaman a prevenir la enfermedad renal crónica y a mejorar el acceso a su tratamiento, quienes si

no reciben un autocuidado estricto de su padecimiento estarán llenando las unidades nefrológicas, que en la actualidad son insuficientes para la demanda de atención de pacientes con esta patología (3).

Por lo general en nuestro país, la hemodiálisis aún es la primera elección de tratamiento de sustitución de la función renal, el cual se debe realizar en forma continua, para permitir que el individuo pueda seguir viviendo integrado dentro de su entorno familiar, laboral y social de la forma más natural como cualquier individuo sano. Por la característica de la enfermedad y las alternativas de tratamiento llevadas actualmente en nuestro país en los diferentes centros asistenciales, los pacientes renales deben enfrentar dos situaciones: la primera, que deben recibir parte del tratamiento en las diferentes unidades de diálisis en forma ambulatoria, en donde el tratamiento de hemodiálisis realizado sustituye parcialmente la función renal, debiendo el paciente continuar realizando otros cuidados que son orientados a seguir en beneficio de sí mismo como son: el cumplimiento y la modificación de la dieta, la administración de la medicación, el control médico periódico, cuidados del acceso vascular, cuidados a tener en situaciones de urgencias, mantener una asistencia regular a su tratamiento dialítico, asistir puntualmente a sus controles médicos; siendo los propios pacientes responsables de su propio autocuidado (4).

La segunda es enfrentar los cambios y/o alteraciones en su salud como resultados de las diversas complicaciones crónicas y clínicas propias de la enfermedad y que afectan a la mayor parte de los órganos y sistemas del paciente, repercutiendo sobre sus capacidades físicas y cognitivas necesarias para realizar acciones de autocuidado durante las actividades de la vida cotidiana, para satisfacer sus necesidades básicas y para hacer frente a la enfermedad (5).

Los pacientes de hemodiálisis deben cumplir un régimen de vida bastante restrictivo, que en ocasiones condiciona fracaso en el proceso de aceptación o adaptación a la enfermedad y tratamiento instaurado (6).

La Clínica Benedicto XVI es un centro asistencial de carácter privado que brinda atención a los pacientes derivados del Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud) que requieren tratamiento especializado de hemodiálisis. Tiene una capacidad de atención de 45 pacientes distribuidos en los turnos diarios establecidos, de los cuales aproximadamente el 50% de ellos tienen instaurado un catéter venoso central (CVC) como vía de acceso para el tratamiento de la hemodiálisis.

Los resultados de observaciones no sistematizadas y entrevistas no estructuradas efectuadas en la clínica, evidencian que los pacientes tienen muchas dudas y dificultades sobre su autocuidado y el afrontamiento y adaptación a su tratamiento, las que se manifiestan mediante interrogantes como las siguientes: ¿cómo debo cuidar mi catéter en casa? ¿Qué alimentos debo consumir? ¿Cómo debe ser mi baño diario? ¿Cuánto de líquido debo consumir diario? ¿Cuánto tiempo viviré con esta enfermedad?

Del análisis de la situación problemática descrita surgen algunas interrogantes que ameritan ser analizadas cuidadosamente, tales como: ¿Cuál es la capacidad de autocuidado de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis mediante catéter venoso central? ¿Cómo afrontan y se adaptan a su tratamiento estos pacientes? ¿Existe relación entre estas variables?

Del sistema problemático señalado se decidió formular el problema de investigación que a continuación se presenta.

1.2. Formulación del problema

¿Qué relación existe entre la capacidad de autocuidado y el proceso de afrontamiento de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis por catéter Venoso central (CVC) atendidos en la clínica Benedicto XVI, 2017?

1.3. Justificación

El presente trabajo se justifica por el escaso de números de trabajos similares y debido a la gran incidencia y prevalencia de patologías crónicas, entre ellas, la insuficiencia renal crónica, la cual representa uno de los principales problemas de salud pública; por su importante morbimortalidad, con todos los costos sociales y económicos que esto implica (7).

La hemodiálisis como tratamiento que ayuda a reemplazar el trabajo del riñón trae como consecuencia una serie de cambios emocionales y físicos, que requieren de adecuados estilos y estrategias de afrontamiento que el paciente debe emplear para poder regular su perturbación a causa de estresores. A partir de estos estilos de afrontamiento puede identificarse como el paciente maneja, reduce, minimiza, domina y tolera demandas externas e internas que le generan estrés a causa de su enfermedad (8).

Las personas que se beneficiarán con los resultados de este trabajo de investigación son los propios pacientes ya que puede servir para que el personal de enfermería proporcione el apoyo emocional y ayuda específica que los pacientes requieren, dentro de la praxis del cuidado holístico que engloba la dimensión espiritual, física, emocional y psicológica del paciente.

1.4. Objetivo:

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación entre la Capacidad de autocuidado y el Proceso de afrontamiento de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis por catéter venoso central (CVC), atendidos en la Clínica Benedicto XVI, 2017.

1.4.2. Objetivo Especifico

- Identificar la capacidad de autocuidado, en pacientes con tratamiento de hemodiálisis por catéter venoso central, según dimensiones establecidas: interacción social, bienestar personal, actividad y reposo, consumo suficiente de alimentos y promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro del grupo social.
- Identificar el proceso de afrontamiento, en pacientes con tratamiento de hemodiálisis por catéter venoso central, según dimensiones establecidas: afrontamiento recursivo y centrado, reacciones físicas y enfocadas, proceso de alerta, procesamiento sistemático, conocer y relacionar.

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. INTERNACIONALES

Aldana Erika A, Barrera Sandra Y, Rodríguez Konniev A, Gómez Olga J, Carrillo Gloria M, en el año 2015, realizaron un estudio sobre “Competencia para el cuidado (CUIDAR) en el hogar de personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis” cuyo objetivo fue describir la competencia para el cuidado en el hogar (CUIDAR) de personas con enfermedad crónica que se encuentran en hemodiálisis. El estudio fue cuantitativo, descriptivo, prospectivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 131 pacientes con pacientes en hemodiálisis que asisten a un centro de atención en terapia renal de la ciudad de Bogotá. Se emplearon los instrumentos "Encuesta de caracterización para el cuidado de una persona con enfermedad crónica" y "Competencia para cuidar en el hogar GCPC-UN-CPC, versión paciente". Se utilizó estadística descriptiva para analizar la competencia para cuidar en el hogar y sus dimensiones a partir de los niveles de estratificación alto medio y bajo. Siendo los resultados: Las personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis presentan niveles bajos y medios de competencia para cuidar en el hogar. Las dimensiones unicidad y disfrutar reportan los niveles más bajos, en contraste, el

componente de relación e interacción social está dentro de los niveles más altos y las conclusiones: La competencia para cuidar en el hogar de personas en hemodiálisis en el hogar se encuentra en niveles desiguales que pueden afectar la continuidad y seguridad, es necesario fortalecer dicha competencia en cada uno de sus componentes como beneficio concreto en la promoción de la salud en este grupo de personas (9).

Riviera Ayala L, en el año 2010 realizó un estudio sobre “Nivel de conocimiento del paciente de hemodiálisis sobre autocuidado del acceso vascular en la unidad de hemodiálisis de un hospital de seguridad social de México”. El estudio fue de corte transversal comparativo identificaron el La muestra estuvo conformada por 36 pacientes, se utilizaron dos instrumentos de medición; un cuestionario para pacientes con catéter y otro para pacientes con fistula arteria venosa interna, en el que se incluyen aspectos generales del autocuidado, acciones para mantener el acceso vascular en óptimas condiciones y medidas generales de aplicación en caso de emergencia. El 52.8% correspondió al sexo masculino, el nivel de escolaridad predominante fue escolaridad primaria en 33.3%, la edad y el tipo de acceso vascular no representaron significancia ($p= .062$), sin embargo, el tiempo de permanencia en hemodiálisis ($p= .001$) y el tiempo transcurrido de la instalación del acceso vascular fueron significativo ($p= .018$). Se encontró un nivel de conocimiento muy bajo en los dos grupos de pacientes, personas con catéter 45.8% y personas con fistula arterio venosa con un 83.4% (10).

Urzúa Morales A y Jarne Esparcia A, en el año 2008 realizó un estudio llamado “Calidad de Vida y Estilos de Afrontamiento en Personas con Patologías Crónica”, en Antofagasta – Chile; el objetivo fue evaluar la relación existente entre el estilo de afrontamiento y la calidad de vida en Personas con Patologías Crónica. La población estuvo conformada por 440 participantes, 220 de las cuales viven con una patología física crónica y son usuarios de Servicios de Atención Primaria en Salud en España y Chile y 220 personas sin la condición de cronicidad. La técnica fue la encuesta y el instrumento utilizando fue la Escala WHOQoL-Bref de la Organización

Mundial de la Salud y la Escala de Estilos de Afrontamiento de Páez et, llegando a la siguiente conclusión entre otras: El 54% de los participantes fueron mujeres (52% en crónicos y 56% en no crónicos). La media de edad fue de 52 (56 Crónicos; 48 no crónicos). El tiempo promedio viviendo con la enfermedad fue de 8 años. Se observan diferencias tanto a nivel de calidad de vida como en estilos de afrontamiento, siendo el nivel de la primera superior en España que en Chile y mayor en no crónicos que crónicos, predominando estilos de tipo activo en España y estilos de tipo evocativos en Chile. Existen diferencias culturales en la relación entre Calidad de Vida y afrontamiento, vinculándose los estilos conductuales en Chile a la Calidad de Vida, mientras que en los participantes españoles se relaciona con estilos de tipo cognitivo (11).

Rivera Álvarez L, en el año 2006 realizó un estudio titulado “Capacidad de Agencia de Autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas” Bogotá-Colombia. El objetivo del trabajo fue describir la capacidad que tiene la persona hospitalizada con HTA para realizar actividades de cuidados hacia sí mismo; utilizó el diseño descriptivo, con abordaje cuantitativo que le permitió evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en 90 personas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial en una Clínica de Bogotá, mediante el empleo de la escala ASA “Apreciación de la agencia de Autocuidado” de Evers e Isenberg. Sus resultados demostraron que el 53% de los pacientes tuvieron deficiente capacidad de agencia de autocuidado en tanto el 47% presentaron suficiente capacidad de agencia de autocuidado. En cuanto a los ítems del instrumento de ASA que obtuvieron más altos puntajes se encontró que los participantes presentaron capacidades para: máxima atención y vigilancia, motivación o metas orientadas al autocuidado. Las conclusiones a que llegó fueron que el cuidado de las personas hipertensas es un reto para el personal de salud y la comunidad; los cuidados de enfermería deben estar enfocados a ayudar al individuo a llevar a cabo y mantenerse por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.” El presente estudio aporta

fundamentos que refuerzan la investigación realizada, considerando que es necesario evaluar la capacidad que tiene el individuo para afrontar y tomar decisiones sobre su salud en su cuidado. Esto implica la necesidad de la creación de programas que promuevan el autocuidado en las personas basados en la teoría del déficit de autocuidado de Orem (12).

Landeros Olvera A y Gallegos Cabriales E, en el año 2005 realizó un estudio llamado: "Capacidades de Autocuidado y Percepción de Salud en Adultos con y sin Obesidad" en México, publica un estudio, tuvo como propósito identificar si las capacidades de autocuidado y la percepción del estado de salud eran diferentes en dos subgrupos uno con sobrepeso u obesidad y otro con peso normal. El tipo de estudio fue descriptivo, correlacional, transversal, de muestreo aleatorio; los instrumentos utilizados fueron dos escalas existentes, la primera que midió capacidad de autocuidado (instrumento fue tomado de una investigación inédita por el autor Gallegos E. Validación de la escala: capacidades de autocuidado con población mexicana; 1999). La población de estudio estuvo constituida por 128 sujetos (poblaciones con padecimientos crónicos y personas sanas), mayores de 18 años, de ambos sexos con residencia en el área geográfica económica B, perteneciente a la ciudad de México. Los hallazgos más relevantes evidenciaron que las capacidades de autocuidado y la percepción del estado de salud, no son diferentes en personas adultas con y sin obesidad. Este resultado ha confirmado la relación sustentada teóricamente por Orem de que los factores condicionantes básicos influyen en el desarrollo y operación de las capacidades de autocuidado a la salud de las personas. Otro aspecto que rescatamos del presente estudio, es que ha sido realizado en poblaciones con padecimientos crónicos y sanos. Esta investigación buscó la explicación del porque las personas no modifican su forma de vida, se basó en los conceptos de capacidades de autocuidado y factores condicionantes básicos de la teoría del déficit de autocuidado de Orem (13). Este trabajo fue importante para el estudio porque se relaciona con la misma variable de estudio, orientando y afirmando la importancia de la evaluación de la capacidad de autocuidado de los individuos como agentes de

autocuidado para atender diferentes requisitos necesarios para mantener la vida, la salud y el bienestar basados en la teoría de Orem (13).

2.1.2. NACIONALES

Peña Lurita, Jesica, en el año 2015 realizó un estudio sobre Autocuidado de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis “Nuestra Señora del Carmen”, Cañete, El estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por 60 pacientes adultos con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis. La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un cuestionario estructurado. Los principales resultados fueron: El 45% (27) de pacientes tienen un autocuidado poco adecuado, el 40% (24) presentan un autocuidado adecuado, y el 15% (09) poseen un autocuidado inadecuado. Autocuidado en la alimentación y control de líquidos en pacientes observamos que el 46.7% (28) de pacientes tienen un autocuidado poco adecuado, evidenciándose que consumen alimentos cítricos, con aporte de sal normal, sólo a veces consumen sus alimentos en horarios establecidos. El autocuidado en la higiene personal y cuidados de la piel es poco adecuado en el 53.3% (32), ya que se exponen al sol sin utilizar protector. El autocuidado en el tratamiento y cuidado del acceso vascular es adecuado en el 75% (45), encontrándose que evitan levantar peso con el brazo donde se encuentra la FAV, que acuden a sus controles médicos y cumplen con el tratamiento médico. El autocuidado en el descanso, sueño y recreación es poco adecuado en el 56.7% (34), dado que a veces cumplen los horarios regulares de descanso y sueño. El autocuidado en las relaciones interpersonales es poco adecuado en el 51.7% (31), debido a que se estresan siempre ante situaciones difíciles. En relación al objetivo general, se encontró que el 45% de pacientes tienen un autocuidado poco adecuado el mayor porcentaje de pacientes sometidos a hemodiálisis en el centro de diálisis nuestra señora del Carmen tienen un autocuidado poco adecuado. Se concluye que el autocuidado en los pacientes con insuficiencia

renal crónica es poco adecuado en alimentación y control de líquidos, higiene personal y cuidados de la piel, descanso y sueño, relaciones interpersonales; siendo adecuado en el tratamiento y acceso vascular (14).

Alarcón Núñez, en el año 2015, elaboró un estudio titulado Calidad de vida del paciente renal en el servicio de hemodiálisis del hospital Arzobispo Loayza. Lima. El estudio lo realizaron a nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, así mismo la población en estudio estuvo conformada por 50 pacientes, teniendo como resultados que del 100%, 56% refirió un nivel de calidad de vida regular, 26% deficiente y 18% bueno. Respecto a la dimensión física, 52% regular, 36% deficiente y 12% bueno. En la dimensión rol físico, 54% regular, 24% deficiente y 22% bueno. En la dimensión dolor corporal, 56% deficiente, 24% regular y 20% bueno. En la dimensión salud general, 60% deficiente, 28% regular y 12% bueno. En la dimensión vitalidad, 54% regular, 28% deficiente y 18% bueno. En la dimensión rol emocional, 40% regular, 32% deficiente y 28% bueno. En la dimensión salud mental, 56% regular, 28% deficiente y 16% bueno. En la Dimensión función física, 44% regular, 36% deficiente y el 20% bueno. Por lo tanto concluyeron que la calidad de vida de los pacientes con enfermedades renales en el servicio de hemodiálisis en su mayoría es de regular a deficiente. Este antecedente de investigación se utilizó para describir la problemática y la justificación de la investigación (15).

Perales M, García L, Reyes G, en el año 2012. Elaboraron el estudio titulado Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis - Jaén. Cuyo objetivo fue valorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis, así como evaluar la capacidad predictiva de algunas variables psicosociales (apoyo social, autoeficacia, depresión, ansiedad y estrategias de afrontamiento) sobre los niveles de calidad de vida. Desarrollaron un estudio descriptivo en donde la muestra estuvo conformada por 39 pacientes en tratamiento de hemodiálisis, aplicándose el instrumento SF-36. Los resultados mostraron niveles de calidad de vida inferiores; siendo la depresión el principal factor de esta

disminución, además se observó que la preocupación y la ansiedad, también se asocian a menores niveles de calidad de vida. Por el contrario el optimismo, el apoyo familiar y social se asociaron a mayores niveles de calidad de vida; por último se concluyó que los pacientes renales crónicos en tratamiento de hemodiálisis presentaron una baja calidad de vida. Este antecedente de investigación, presenta proximidad con el estudio que se desarrolló (16).

Arquinigo Jaimes, G, en el año 2007 realizó un estudio sobre Capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis periódica del Centro de Hemodiálisis de EsSalud. El estudio es descriptivo de corte transversal, realizado en 218 pacientes que recibían hemodiálisis en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud, seleccionados por muestreo probabilístico. Se utilizó como instrumento: La Valoración de Capacidad de autocuidado. La cual fue clasificada en: alto, medio y bajo. Se hizo uso del software SPSS versión 13.0 y la prueba estadística no paramétrica del Chi cuadrado. Los resultados fueron: La Capacidad de Autocuidado (CA) del paciente con ERC en Hemodiálisis encontrada demuestra que del 100% (218) pacientes evaluados, el 59% (129) presentan CA alta, mientras que el 40% (88) alcanzan una CA media y sólo el 1% (1) presentó CA baja. Se concluyó que la capacidad de Autocuidado de los pacientes con enfermedad renal crónica que reciben hemodiálisis periódica en el Centro de Hemodiálisis de EsSalud es de nivel alto. Lo que demuestra que los pacientes en su mayoría presentan habilidades y conocimientos para realizar acciones de autocuidado en sus actividades de la vida cotidiana y al hacer frente a la enfermedad (17).

Paredes Carrión R, en el año 2005 realizó un estudio sobre el “Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal”, en Lima. El método fue descriptivo correlacionar de corte transversal. La población estuvo compuesta por 40 sujetos mayores de 18 años con diagnóstico de IRCT en tratamiento de hemodiálisis que se atienden en un hospital del seguro social peruano. Se aplicó una encuesta personal y el cuestionario de estimación de Afrontamiento (COPE), llegando

a la siguiente conclusión entre otras fue que: Los resultados obtenidos identificaron la existencia de correlaciones moderadas entre estas variables, las cuales incluyeron a los otros estilos de afrontamiento y a las estrategias de reinterpretación positiva, negación, enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual, afrontamiento activo, planificación, acudir a la religión, aceptación, postergación del afrontamiento, y búsqueda del soporte social por razones instrumentales y por razones emocionales. Igualmente, incluyeron el tamaño de la red percibida y efectiva, el nivel general de satisfacción del soporte social y las funciones de interacción íntima, participación social, información positiva, asistencia, interacción negativa, ayuda material y consejo e información. Por otro lado, se encontró que el estilo de afrontamiento enfocado en la emoción fue el estilo de mayor uso por la mayoría de los participantes. Asimismo, indicaron una mayor ocurrencia del soporte social percibido que efectivo, y mencionaron tener mayor necesidad que satisfacción con su soporte social. Por último, se identificaron diferencias significativas en el estilo y las estrategias de afrontamiento, y en los índices y las funciones del soporte social según las variables socio demográficas de sexo, lugar de procedencia, lugar de residencia, cambio de tratamiento, comorbilidad y tiempo de diagnóstico. La siguiente descripción de resultados incluirá en primer lugar los resultados encontrados para las estrategias y los estilos de afrontamiento así como los resultados encontrados para los índices y funciones del soporte social. En segundo lugar, se presentarán los resultados obtenidos para las correlaciones entre las estrategias y los estilos del soporte social y los índices y las funciones del soporte social. Por último, se expondrán los resultados hallados para las diferencias significativas de las estrategias y los estilos de afrontamiento y de los índices y funciones del soporte social según ciertas variables sociodemográficas. El análisis de los estilos de afrontamiento se llevó a cabo mediante el cálculo inicial de la media y la desviación estándar para cada una de ellos. Sin embargo, dado que los otros estilos de afrontamiento tienen menor cantidad de ítems que los estilos enfocados en el problema y los enfocados en la emoción, se decidió calcular

una media y una desviación estándar en base a los resultados originales sobre el número total de ítems que componen cada estilo, para así comparar los resultados de una manera más exacta, los estilos enfocados en la emoción fueron utilizados en mayor frecuencia por los participantes, seguidos por los estilos enfocados en el problema y por los otros estilos de afrontamiento (18).

2.2. Base teórica

2.2.1 Insuficiencia Renal (IR)

La insuficiencia renal es el daño transitorio o permanente de los riñones, que consiste en la incapacidad para excretar los productos metabólicos residuales y líquidos del organismo, apareciendo un trastorno funcional de todos los órganos y sistemas. Existen dos tipos de insuficiencia renal: aguda o crónica (19).

2.2.2 Hemodiálisis

Es un procedimiento invasivo, que sustituye la función renal a través de un sistema extracorpóreo, permitiendo extraer a través de una máquina y filtro de diálisis los productos tóxicos y excesos de líquidos generados por el organismo, que se han acumulado en la sangre como consecuencia de una insuficiencia renal. Este tratamiento se realiza si sólo queda un 10 a 15 % de la función renal (20).

2.2.3 Catéter venoso central

Es un tubo de material plástico, flexible y estéril, que se coloca en una vena de gran calibre, habitualmente en venas yugulares, subclavias o femorales, lo que nos permite extraer la sangre para poder realizar el procedimiento de hemodiálisis y luego devolverla

al organismo. Este tubo sobresale al exterior, a través de un orificio de salida cubierto por un apósito, se aprecian dos ramas las que siempre están cubiertas por gasas estériles. Se utilizan en situaciones de emergencia como:

- Insuficiencia renal aguda
- Insuficiencia renal terminal
- Por intoxicación o sobre dosis de medicamentos
- Pacientes con IRC que necesitan de diálisis y no disponen de un acceso permanente.
- Deben ser implantados ante la posibilidad de reparación precoz del acceso vascular definitivo; o bien cuando la reparación del acceso ha fracasado y se está a la espera de la creación de un acceso vascular nuevo y su posterior maduración.
- En pacientes que han presentado una evolución muy rápida de la insuficiencia renal y el equipo multidisciplinario no ha podido derivarlos al cirujano vascular con el tiempo suficiente.
- En pacientes no conocidos por los servicios de nefrología y que se presenta con una insuficiencia renal crónica terminal, con necesidad de diálisis urgente (21).

2.2.3.1 Tipos de Catéter

- **Catéter de larga permanencia.** Se utilizan en casos crónicos y su duración es de 1-3 años en los que se accede a una vena principal especialmente la subclavia.
- **Catéter de corta permanencia.** Se utiliza con mayor frecuencia en insuficiencia renal aguda, no recomendable por más de 3-4 semanas ya que presentan un mayor número de complicaciones como son las infecciosas (22).

2.2.3.2 Complicaciones del catéter venoso central

La complicación más grave es la infección asociada a catéter

- **La infección:** del orificio de entrada del catéter y/o bacteriemia.
- **Sangrado:** Éste puede ser debido a desconexiones accidentales, pérdida de los sistemas de taponamiento, rotura o laceraciones del catéter y heparinización excesiva para su anti coagulación.
- **Estenosis venosa central.** Esta complicación aparece con más frecuencia en la inserción de la vena subclavia 40-50% y en la vena yugular (10%).
- **Trombos** situados alrededor del catéter, que pueden llegar a embolizar distalmente, produciendo infartos cerebral (23).

2.2.3.3 Factores de riesgo en el desarrollo de infección del catéter

venoso central: El origen de la infección puede ser extraluminal a partir de microorganismos de la piel, intraluminal por contaminación de la conexión, hematógeno a partir de la diseminación desde otro foco infeccioso a través del torrente circulatorio.

- Sitio de implantación del catéter venoso central
- Tiempo de permanencia
- Higiene personal
- Falta de cuidados en el sitio de salida del catéter
- Contaminación por bacterias
- Disminución de las defensas
- Diabetes mellitus
- Anemia
- Falta de conocimientos del paciente y familia (24).

2.2.3.4 Recomendaciones generales para el paciente y familia en el cuidado del catéter venoso central

- Limpieza personal escrupulosa
- Mantener la zona de implantación y el catéter protegidos con apósito impermeable.
- Bañarse con precaución y prontitud y el lavado de cabeza por separado

- Para lavar el cabello es ideal contar con regadera de teléfono o una bandeja, evitando la humedad del parche.
- Cambio de apósito y curación del orificio de salida debe ser realizado por el personal capacitado.
- Ponerse en contacto con su centro en caso de dolor en la zona de inserción o fiebre presencia de cualquier duda o complicación relacionada con el catéter.
- Si se produce por accidente una descolocación o salida del catéter, lo inmovilizará de la manera más limpia que pueda con la ayuda de otra persona si es posible y acudirá a su centro hospitalario.
- Información para prevenir infecciones del catéter
- En el caso de pacientes portadores de catéter femoral, se recomendará caminar diariamente para prevenir la aparición de trombosis venosa profunda.
- Presenta fiebre y escalofríos sin estar padeciendo otra enfermedad, y nota molestias o supuración en la zona de inserción del catéter se pondrá en contacto con el servicio de hemodiálisis (25).

2.2.3.5 Medidas a seguir en caso de hemorragia

En caso de rotura, se deberá pinzar el catéter y ponerse en contacto con la unidad de hemodiálisis, acudir de inmediato a emergencia. En caso de salida del catéter deberá hacer presión sobre el sitio de inserción, apretar el orificio de inserción con una gasa estéril y las manos limpias, avisar de inmediato a la unidad de hemodiálisis o acudir al servicio de emergencia (26).

2.2.4 El paciente y la Enfermedad Renal Crónica (ERC)

Aljama y Cols (27) refieren que los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) presentan un perfil clínico general con edades comprendidas entre 50-70 años de edad, con múltiples patologías asociadas a su enfermedad, con afectación de su estado general y

con unas manifestaciones clínicas que se pueden agrupar por sistemas o aparatos, de tal manera que aparecen alteraciones en los sistemas hematológico, nervioso, endocrino, cardiovascular, aparato digestivo y óseo.

También hay que tener en cuenta los trastornos bioquímicos y problemas psicosociales, derivados tanto de los trastornos físicos, como de la dependencia que estos enfermos tienen al estar sometidos a tratamiento de diálisis éste tratamiento en sus dos modalidades, hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal, y el trasplante (27).

La persona con ERC pierde la capacidad de funcionamiento renal, entonces hablamos que se ha producido un daño renal con pérdida de la integridad del riñón, así como de su función depuradora y reguladora del medio interno del paciente. Avendaño (28) señala que las causas más frecuentes de la ERC puede ser provocadas por una gran variedad de patologías, como: glomerulonefritis, pielonefritis, neuropatías por fármacos, enfermedad quística, enfermedad vascular renal, nefritis hereditarias, diabetes, mielomatosis, tuberculosis, tumor renal, pérdida traumática o quirúrgica, otras causas de etiología incierta. Cuando el paciente presenta la falla renal puede ser agudo o crónico; la diferencia entre ambos se establece atendiendo a las causas que generan la falla y a su duración. La falla renal aguda es súbita que puede ser de causa secundaria a complicaciones multiorgánicas, por cuadros quirúrgicos, sepsis, intoxicaciones, etc. esto va exigir una tratamiento de hemodiálisis hasta que se solucione la causa primaria y el riñón recupere su función normal o de manera continua si no se revierte el daño hasta el punto de que el paciente no podrá dejar de recibir el tratamiento dialítico. Cuando el paciente presenta falla renal crónico, la función de los riñones va disminuyendo de manera progresiva e irreversible, hasta el punto de requerir de por vida un tratamiento de sustitución de la función renal para poder seguir viviendo, entonces

se produce la Enfermedad renal crónica terminal, de manera irreversible. Todos los sistemas del organismo pueden verse afectados por este cuadro, denominado síndrome urémico o uremia, cuyos síntomas y signos son: náuseas, vómitos, gastritis, hemorragias digestivas, halitosis, hipertensión, dolor de cabeza, fatiga, pericarditis, anemia, edema, prurito, problemas óseos, temblores, etc. Este deterioro biológico y físico de la función depuradora y reguladora en el paciente origina que presente retención de productos metabólicos tóxicos y alteración en el volumen, concentración de solutos y equilibrio ácido-base de los distintos compartimentos corporales, poniendo en peligro su vida hasta acabar con ella, a menos que se establezca una sustitución de estas funciones. La disminución de las funciones endocrino-metabólicas origina alteraciones notables en el organismo, sin embargo, no compromete la vida del paciente, aunque alteran la calidad de vida del mismo (28).

Sellares y Avendaño (29) sostienen que como consecuencia de ERC con pérdida de la función renal inferior al 10% (estadio V) el paciente presenta trastornos hidroelectrolíticos y de ácido – base que le generan sobrecarga de agua por no poder eliminarla dando lugar a lo que se conoce como intoxicación acuosa, el paciente gana peso, esta edematoso, con una marcada alteración de los elementos electrolíticos más importantes como son el sodio, potasio que los conlleva a frecuentes trastornos digestivos como náuseas, vómitos, etc., que va estar relacionado de acuerdo a la ingesta dietética. El potasio sérico suele mantenerse en límites aceptables mientras el enfermo con IRC mantenga un control estricto en la ingesta de alimentos permitidos, el consumo de alimentos de alta composición de este electrolito como el potasio puede llevar a cuadros de hiperkalemia con consecuencias fatales hacia un paro cardíaco. Así también se presentan trastornos metabólicos como: La Retención

nitrogenada, la cantidad de estos componentes va a depender del aporte proteico en la dieta y el catabolismo de cada enfermo.

Las alteraciones cardiovasculares e insuficiencia cardiaca, provocadas por la hipertensión arterial a veces producida por la misma enfermedad renal y otras expresiones de la hipervolemia. Así como desarrollo de arritmias en relación con trastornos electrolíticos (sobre todo por alteraciones del potasio).

Alteraciones digestivas, son frecuentes que el paciente perciba la anorexia, las náuseas, los vómitos, el factor urémico y la tendencia al desarrollo de gastritis erosiva. Alteraciones hematológicas, los pacientes suelen presentar ésta alteración a consecuencia de la anemia por el déficit de eritropoyetina y el aumento de la hemólisis. Así mismo, tendencia a trastornos de la coagulación generalmente relacionados con las alteraciones plaquetarias.

Trastornos neuromusculares, con síntomas variados desde alteraciones de la memoria, irritabilidad, polineuritis urémica que afecta sobre todo las extremidades inferiores donde se manifiesta como sensación de piernas inquietas, parestesias, dolor quemante en los pies y a veces inestabilidad en la marcha. También existen trastornos musculares de contracturas y calambres. Trastornos endocrinos metabólicos, con intolerancias a los hidratos de carbono, tendencia a la hiperglicemia y la retención nitrogenada. Igualmente los trastornos endocrinos: amenorrea, infertilidad, impotencia y trastornos del crecimiento y desarrollo.

Trastornos dermatológicos, es típica la coloración amarillenta pálida, por la anemia y por la retención de pigmentos (urocromos). Con frecuencia aparecen equimosis y hematomas como expresión de trastornos de la coagulación. Por último el prurito urémico, por el depósito en la piel de sales cálcicas en el curso del hiperparatiroidismo secundario.

Estos son los problemas más habituales de la ERC. El grado en que aparezcan dependerá en gran magnitud al control y seguimiento que reciban estos pacientes renales y sobre todos al autocuidado que ellos presten a su salud. Así mismo a la adecuación de diálisis que reciban (29).

2.2.5 La Teoría General del Autocuidado

La Teoría General del Autocuidado de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

2.2.5.1 Teoría del Autocuidado

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado siendo estos los siguientes:

- **Requisitos de autocuidado universal:** Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. Estos requisitos universales son inherentes a todos los individuos, este autocuidado universal está relacionada a las actividades de la vida cotidiana para satisfacer las necesidades básicas humanas que son inherentes a todos los individuos.
- **Requisitos de autocuidado del desarrollo.** Son: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la

aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud**, que surgen o están vinculados a los estados de salud, en relación con la desviación del estado de salud, es decir cuando el individuo tiene una alteración del estado de salud o enfermedad, y en donde por causa de esta enfermedad debe aplicar medidas de autocuidado, para lo que es necesario que este cuente con una serie de conocimientos, habilidades para hacer frente la enfermedad, y estas se dan en el transcurso de la vida y con educación sanitaria que le proporcione el equipo de salud.

2.2.5.2 Teoría del déficit de autocuidado

Es el elemento crítico de la teoría, tiene su origen en la finalidad propia de saber cómo los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionada con ella, pueden ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente (30).

La teoría del déficit de autocuidado desarrolla las razones por las que una persona requiere de ayuda y apoyo de otra persona debido a que sus acciones están limitadas por problemas de salud que los limita, y lo que les hace total o parcialmente incapaces de realizar acciones en beneficio del cuidado de su salud. Así mismo describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit de autocuidado, entendido como la falta de capacidad del individuo para realizar todas las actividades necesarias que garanticen un funcionamiento saludable.

El término de déficit de autocuidado se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en quienes las capacidades de autocuidado, debido a sus limitaciones, no están a la altura suficiente para satisfacer

todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. La teoría del déficit del autocuidado resulta de poner en una balanza por un lado, capacidad; y en el otro lado de la balanza, demanda, donde el resultado será el Déficit de Autocuidado.

Una vez valorados los requisitos anteriores se identifica el déficit de autocuidado para ello deben considerarse tres elementos:

Agente o agencia de autocuidado.- Es uno mismo, porque cada individuo lleva a cabo los cuidados elementales, como bañarse, vestirse, comer, entre otros.

Autocuidado dependiente.- Es una persona madura que reconoce requisitos de autocuidado a los que no puede responder por sí mismo, por ejemplo un hijo es dependiente de sus padres.

Agencia de autocuidado.- Se refiere al acto de conocer y realizar acciones para el cuidado de la salud de forma deliberadas. Esto lo llevan a cabo tanto el agente de cuidado dependiente como el agente de autocuidado.

2.2.5.3 Teoría de los sistemas de enfermería

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadora: La enfermera suplente al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

El referencial teórico del presente estudio está centrado en el sistema de enfermería de apoyo- educación.

Rivera (30) señala, que Orem define dentro de su teoría que el objetivo de enfermería es: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo. (30)

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

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

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

enfermo inconsciente, ayudar u orientar a la persona asistida, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas, apoyar física y psicológicamente a la persona. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito, promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene

en las escuelas, enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar. Orem, considera que la enfermera es clave fundamental para lograr el éxito de los objetivos planteados en la recuperación del paciente o en la aplicación de su propio autocuidado, así mismo señala que el agente de autocuidado o proveedor de autocuidado tiene que aprender a participar en el autocuidado y hacerlo de modo continuo, lo que constituye una característica humana fundamentalmente, la autora plantea como requisitos fundamentales para el autocuidado el aprendizaje y el uso de conocimientos para llevar a cabo acciones que tienen comportamientos de orientación interna y externa; así mismo basa su teoría considerando el concepto de persona, salud, y de enfermería.

Dorotea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

- **Persona:** ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.
- **Salud:** la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la persecución del bienestar.
- **Enfermería:** servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales (31).

El estudio toma de los conceptos de la Teoría general del autocuidado que contempla: La teoría del autocuidado que considera a los requisitos universales relacionado a las actividades de la vida cotidiana para satisfacer la demanda de las necesidades básicas humanas, a los requisitos relacionados con la desviación o alteración de salud cuando por causa de la ERC debe aplicar medidas de autocuidado, y de la Teoría de sistemas de enfermería de: apoyo y educación del paciente, para lo que es necesario que se le agencie con una serie de conocimientos, habilidades para hacer frente la enfermedad.

En la etapa de valoración del paciente renal en hemodiálisis es necesario conocer sus capacidades, conocimientos y establecer un diagnostico real de las potencialidades y del déficit que evidencia el paciente y así establecer un plan de cuidados de enfermería basado en las necesidades reales y potenciales del paciente en donde es necesario que la enfermera valore los requisitos de autocuidado universal y de la desviación del estado de salud.

2.2.6 El Autocuidado en el Paciente con tratamiento sustitutivo de Hemodiálisis periódica

El autocuidado es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Cuidar de sí mismo es muy importante cuando se refiere a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (32).

Aunque el tratamiento de hemodiálisis es indispensable para la supervivencia del paciente, produce efectos físicos adversos en él, entre ellos, desnutrición debida a la eliminación de nutrientes, insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, hinchazón en los pies y tobillos, así como mal sabor en la boca producto de la no eliminación de desechos.

Todo lo anterior puede tener serias implicaciones en la vida del paciente porque el hacer frente a una enfermedad crónica y progresiva, altamente demandante, cuyo tratamiento es invasivo y continuado, produce de manera permanente importantes cambios en los estilos y hábitos de vida. Álvarez (33) en el 2001, sostienen que las limitaciones en la dieta, los cambios en las relaciones sociales, familiares, laborales e incluso en el aspecto físico, están estrechamente relacionados con la aparición de trastornos emocionales en estos pacientes, lo que afecta seguramente la calidad de vida relacionada con la salud, aspecto importante que ha adquirido un interés relevante para ser estudiado, debido a la creciente incidencia y prevalencia de las enfermedades de este tipo (33).

- **Cuidado del Acceso Vascular**

Para poder realizar la hemodiálisis se necesita un acceso vascular a través del cual llevaremos la sangre del paciente a la máquina de diálisis. Este acceso vascular puede ser temporal catéter en una vena central yugular, subclavía o femoral o definitivo llamada fístula arterio venosa (FAV).

Cuidados del acceso vascular temporal: el paciente tendrá en cuenta los siguientes cuidados con el catéter:

- Deberá mantener una higiene personal escrupulosa para evitar posibles infecciones, puede ducharse con precaución, manteniendo la zona de implantación y el catéter protegidos con un apósito impermeable.
- Mantendrá siempre tapado el orificio de inserción del catéter.
- Comunicará a las enfermeras que le atienden la aparición de dolor o calor en la zona de inserción y/o fiebre.
- Comunicará igualmente la aparición de dolor, hinchazón o cambio de color en el miembro donde tiene colocado el catéter.

- En caso de salida de catéter deberá apretar el orificio de inserción y acercarse a su unidad de atención (34).

2.2.7 Capacidad de Autocuidado en el Paciente con Tratamiento Sustitutivo de Hemodiálisis Periódica

Dorotea Orem, señala, que “el autocuidado, está relacionado con actividades deliberadas que el individuo debe realizar para alcanzar el mejor estado de salud y bienestar. Las capacidades de autocuidado son habilidades especializadas que se desarrollan a lo largo de la vida de las personas y son indispensables para realizar cualquier acción de autocuidado, especialmente cuando existe un problema de salud, siendo así importante, el contar con capacidades para manejar una enfermedad crónica, como habilidades para tomar decisiones, además de las capacidades físicas con las que las personas pueden hacer frente a la enfermedad, siendo básicas para enfrentar la cronicidad, señalando que los pacientes deben contar con un repertorio de conocimientos y habilidades que les permitirá modificar su estilo de vida con el menor costo emocional y físico.

2.2.8 Dimensiones del autocuidado

- **Interacción social:** Es el respaldo, motivación y apoyo que cuentan las personas de otras personas que les estimulan a iniciar o mantener la intención de cambio a través de diferentes formas: llamado de atención, guía, acompañamiento, sugerencia o estímulo para comprometerse con su propio cuidado, que contribuye a minimizar el estrés y la ansiedad.
- **Bienestar personal:** Es el estado que permite a las personas a desenvolverse de manera segura, eficaz y cómodas en todas sus actividades diarias. Para lograrlo es necesario tener orden y limpieza tanto física y mental.
- **Actividad y reposo:** son movimientos vitales del organismo y la capacidad de la persona de moverse. El reposo es la acción que evita el agotamiento, el estrés y que proporcionan salud mental.

- **Consumo suficiente de alimentos:** Es la alimentación equilibrada, completa y suficiente que deben tener las personas adultas para mantener un peso adecuado.
- **Desarrollo personal:** Es el proceso de transformación mediante el cual la persona adopta nuevas ideas o formas de pensamiento, que le permiten generar nuevos comportamientos y actitudes, que dan como resultado un mejoramiento de su calidad de vida (35).

2.2.9 Afrontamiento

La palabra “Afrontamiento” es la traducción al español del término “Coping” utilizado ampliamente en estudios psicológicos referidos al estrés y la respuesta que damos los seres humanos ante éste. Lazarus y Folkman en 1986 Estos autores definieron el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de la persona (36).

El afrontamiento es considerado como un factor estabilizador, de manera que facilita el ajuste individual y la adaptación cuando se está ante situaciones estresantes. El afrontamiento es cualquier esfuerzo para manejar el estrés, son las cosas que las personas hacen para evitar ser dañadas por las adversidades de la vida.

Son muchas las situaciones estresantes y muchas las formas de afrontarlas. Ante fuentes similares de estrés, unas personas se ponen en alerta y vigilantes, mientras que otras intentan negar la situación, distraerse u olvidar, o por el contrario actúan de forma directa y activa para cambiar la situación, o tratan de aceptarla con resignación. Lazarus en 2000 sostiene que lo que hace la persona como afrontamiento depende de la situación a la que se enfrenta y del tipo de persona de que se trata, y por lo tanto, el afrontamiento debe ser flexible y adaptarse a las necesidades de la situación y, por

su parte, la persona tiene que aprender cómo ajustarse a la nueva situación.

Es un conjunto de acciones encubiertas o manifestadas que el sujeto pone en marcha para contrarrestar los efectos de las situaciones que valora como amenazantes y mediante las cuales trata de restablecer el equilibrio roto en la transacción persona-ambiente. Son los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés.

Para la conceptualización de afrontamiento, resulta importante considerar tres conceptos claves: (a) no necesita ser una conducta llevada a cabo completamente, sino que también puede considerarse como afrontamiento al intento o esfuerzo realizado; (b) este esfuerzo no necesita ser expresado en conductas visibles, sino que también puede consistir en cogniciones; y (c) la valoración cognitiva de la situación como desafiante o amenazante es un prerrequisito para iniciar los intentos de afrontamiento.

El estrés se conceptualiza como un estado de activación orgánica y conductual en el que entra una persona cuando se enfrenta a situaciones que le demandan una movilización de recursos para afrontarlas adecuadamente. Esta activación orgánica y conductual no es una consecuencia inmediata y directa de la exposición a situaciones estresantes, sino un proceso en el que intervienen otros factores relevantes como son (Lazarus y Folkman, 1986):

- 1) La evaluación cognitiva que la persona hace acerca de las demandas, peligros o amenazas involucradas en la situación (evaluación primaria); la evaluación acerca de sus propias potencialidades para afrontar adecuadamente la situación (evaluación secundaria), y las reevaluaciones que hace durante el proceso real de afrontamiento de la situación.

- 2) Características de personalidad, tales como determinados rasgos más o menos estables de comportamiento, o bien algunas

tendencias consistentes que influyen de manera determinante sobre su conducta (37).

Por lo tanto, el afrontamiento está estrechamente relacionado con la evaluación previa realizada por el sujeto, ya que, por ejemplo, si se evalúa una determinada situación como “reto”, es más probable que el sujeto responda de forma directa, y no evitando la situación. Lazarus en 1966 en sus iniciales estudios, realizó una distinción entre aquellas respuestas de afrontamiento dirigidas a modificar la situación estresante, es decir, una respuesta activa, y aquellas otras respuestas que simplemente implican aceptar la situación y tratar de adaptarse a ella con el menor sentimiento de estrés posible, es decir, una respuesta más pasiva o acomodaticia.

Posteriormente, se realizó otra distinción entre aquellas respuestas de afrontamiento centradas en el problema y aquellas centradas en la emoción. Folkman y Lazarus, en el año 1980. El afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción, por su parte, tratará de controlar la emoción causada por el estrés (por ejemplo, mediante técnicas de relajación).

- El afrontamiento es un proceso complejo. Cada persona utilizamos todo tipo de estrategias de afrontamiento, aunque algunos en mayor medida que otros.
- El afrontamiento y la valoración de la situación están íntimamente ligados. Cuando la valoración es positiva predominan las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, mientras que si la valoración es negativa predominan las estrategias centradas en la emoción.
- El afrontamiento es un mediador importante de las respuestas emocionales. Las emociones positivas se asocian a determinadas estrategias, mientras que las emociones negativas van asociadas a otras estrategias distintas.

- La utilidad de una estrategia de afrontamiento variará en función de la situación concreta o de la personalidad del individuo.
- Generalmente, los afrontamientos poco efectivos están relacionados con estrategias como la evitación, confrontación, auto-inculpación, mientras que las estrategias como la planificación de resolución de problemas suele tener efectos más satisfactorios (38).

2.2.9.1 Estrategia de afrontamiento

Las Estrategias de Afrontamiento hacen referencia a los mecanismos habituales que utiliza el individuo para enfrentarse al estrés y los problemas cotidianos. Estas estrategias concretas se usan en diferentes contextos y pueden cambiar en función de la situación presente en cada momento. En pacientes renales el afrontamiento interviene en la adaptación a la enfermedad y en la adherencia al tratamiento (39).

2.2.9.1.1 Estrategias de afrontamiento centradas en el problema

Se manifiesta cuando el individuo busca modificar la situación existente, ya sea alejando o disminuyendo el impacto de la amenaza, tratará de confrontarse directamente al problema que causa el estrés mediante una adecuada toma de decisiones, solución de problemas o la acción directa sobre la fuente de estrés, son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar. Las estrategias de afrontamiento dirigidos al problema tienen mayor probabilidad de aparecer cuando estas condiciones son evaluadas como susceptibles de cambio. Estas son acciones dirigidas a manejar o alterar la situación que causa el malestar, incluyen respuestas de búsqueda de información y resolución de problemas y acciones para cambiar las circunstancias que crean el estrés.³⁹

Se presenta cuando la persona busca cambiar la relación existente, ya sea alejando o disminuyendo el impacto de la amenaza; predomina la acción que trata de manejar o controlar la fuente generadora de estrés. Entre ellas tenemos:

- **Afrontamiento activo:** que implica la supresión del evento estresante y/o la disminución de sus efectos mediante la acción directa.
- **Planificación de actividades:** que implica pensar sobre el modo en que se debe afrontar al evento estresante, es decir en los pasos a seguir para afrontar exitosamente al problema.
- **Supresión de actividades distractoras:** que implica la postergación de otros proyectos, dejando de lado otras actividades para concentrarse en el evento estresante.
- **Postergación del afrontamiento:** Se define como la capacidad de esperar o postergar el afronte al estresor hasta que se presente la oportunidad apropiada para actuar sobre el problema, impidiendo realizar alguna acción prematuramente.
- **Búsqueda de soporte social por razones instrumentales:** Significa buscar en las otras personas consejo, asistencia, información y orientación con el fin de solucionar el problema.

2.2.9.1.2 Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción:

Se dirigen a disminuir o eliminar reacciones emocionales desencadenantes por la fuente estresante, ésta asume que la situación tiene una condición estresante que es inmodificable y por ello centra toda su atención en disminuir el malestar emocional que se va a generar. Por su parte, tratará de controlar la emoción causada por el estrés, son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema (por ejemplo, mediante técnicas de relajación). Estas estrategias de afrontamiento surgen en su mayoría cuando el sujeto evalúa que no puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas. Estas procuran manejar el malestar emocional y comprenden la expresión de emociones, buscando consuelo y soporte en otros. (40)Entre ellas tenemos:

- **Búsqueda de soporte social por razones emocionales:** Consiste en la búsqueda de apoyo moral, empatía y comprensión en las demás personas, con la finalidad de disminuir la reacción emocional negativa.

- **Reinterpretación positiva y crecimiento:** que implica el enfoque en las emociones displacenteras que provoca el evento estresante más que en el mismo.
- **Aceptación:** que implica la aceptación de la ocurrencia del evento estresante y de sus consecuencias.
- **Acudir a la religión:** que implica el vuelco a la religión que se profesa como alternativa para encarar al evento estresante
- **Negación:** Se define como rehusarse a creer que el estresor existe o comportarse y pensar como si el estresor fuera irreal o sencillamente no existente.

2.2.9.2 Afrontamiento en la enfermedad crónica

En la actualidad, la incidencia de las enfermedades crónicas no sólo es percibida como una amenaza o pérdida de las funciones importantes para el bienestar personal (autoimagen, autoconcepto, integridad corporal, funciones cognitivas, independencia, autonomía y equilibrio emocional), sino también como un desafío dada las nuevas condiciones bajo las que se debe seguir viviendo, las mismas que implican la introducción de tratamientos y nuevos regímenes alimenticios, la modificación de actividades laborales y sociales y la alteración de las relaciones interpersonales con seres significativos (40).

Si bien podría pensarse que las enfermedades crónicas se afrontan de la misma manera que se afronta cualquier otro evento severamente estresante, las características y el contexto en el que se desenvuelven originan exigencias de adaptación y ajuste que no pueden ser fácilmente satisfechas por el modo habitual de afrontar el estrés.

De esta manera, diferentes estudios sobre el tema han encontrado a los siguientes como las estrategias y los estilos de afrontamiento de mayor ocurrencia en las enfermedades crónicas: afrontamiento por

evitación cognitiva o conductual, ya sea negando, minimizando, distanciándose, escapando o racionalizando la enfermedad crónica y sus efectos; búsqueda de información, sobretodo de la enfermedad crónica para tener un mejor entendimiento de su accionar y sus efectos; afrontamiento activo, que permite ejecutar acciones en beneficio de la calidad de vida de la persona; afrontamiento por inhibición, en el que se reprime la experiencia emocional provocada por la enfermedad crónica; afrontamiento pasivo, al no percatarse de la enfermedad crónica ni de sus efectos; afrontamiento por confrontación, al comparar el antes y el después de la enfermedad crónica para tratar de encontrar un sentido a su enfermedad, lo que puede influir en su resignación o aceptación de la misma; afrontamiento enfocado en la emoción, especialmente útil en las primeras facetas de la enfermedad dada la carencia de control; afrontamiento centrado en el problema; búsqueda de soporte social; distanciamiento y planificación de actividades.

El afrontamiento enfocado en el problema presenta mayores resultados positivos cuando la enfermedad es percibida como un evento que puede ser controlado por quien la padece; en cambio el afrontamiento enfocado en la emoción presenta mayores resultados positivos cuando la enfermedad es percibida como incontrolable. La efectividad del afrontamiento en la enfermedad crónica se logra al aceptar las limitaciones y pérdidas que ésta impone y al mantener un balance entre sentimientos positivos y negativos sobre la vida y el sentido de uno mismo. Por otro lado, también señalan la necesidad de contar con un repertorio amplio de estrategias y estilos de afrontamiento que procuren una mejor adaptación y asimilación de la enfermedad crónica en la existencia personal, pues no todas son útiles en todo momento ni para todo tipo de enfermedad.

2.2.9.3 Dimensiones de afrontamiento

- Factor 1: Refleja los comportamientos personales y los recursos, se concentra en la expansión del nivel de entrada del sistema cognitivo de la información; considerando actitudes con respecto a la solución de problemas como es ser creativo y buscar resultados. Siendo recursivo el “estilo” y “centrado.”
- Factor 2: reacciones físicas y enfocadas: salida durante el manejo de las situaciones. El estilo es “reacciones físicas” y la estrategia es “enfocado”
- Factor 3: proceso de alerta: representa los comportamientos del yo personal y físico y se enfoca en los tres niveles de procesamiento de la información: entradas, procesos centrales y salidas, manteniendo la combinación de estilos y estrategias.
- Factor 4: procesamiento sistemático: describe las estrategias personales y físicas para hacerse cargo de las situaciones y manejarlas metódicamente.
- Factor 5: conocer y relacionar: describe las estrategias que la persona para recurrir a sí misma y a otros, usando la memoria y la investigación. El estilo es “conociendo” y la estrategia es “relacionando” (41).

2.3. Terminología Básica

- **Dimensión:** Se refiere a todas aquellas características observables de una variable.
- **Instrumento de recolección de datos:** Es cualquier recurso de que se vale el investigador para acercarse a los fenómenos y extraer de ellos información.
- **Teoría:** Conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones relacionados entre sí, que presentan un punto de vista sistemático de fenómenos especificando relaciones entre variables con el objetivo de explicar y predecir fenómenos.

2.4. Hipótesis

2.4.1 Hipótesis General

Existe relación entre la capacidad de autocuidado y el proceso de afrontamiento en el paciente que recibe hemodiálisis por catéter venoso central.

2.4.2 Hipótesis Estadísticos:

H₁: La capacidad de autocuidado se relaciona con el proceso de afrontamiento de los pacientes que reciben hemodiálisis por catéter venoso central de la Clínica Benedicto durante el mes de febrero - marzo 2017.

H₀: La capacidad de autocuidado no se relaciona con el proceso de afrontamiento de los pacientes que reciben hemodiálisis por catéter venoso central de la Clínica Benedicto durante el mes de febrero - marzo 2017.

2.5. Variables

Capacidad de autocuidado: Conjunto de habilidades y conocimientos de autocuidado que presenta el paciente que recibe tratamiento de hemodiálisis periódica para realizar actividades de la vida cotidiana en busca de satisfacer sus necesidades básicas y de salud.

Proceso de afrontamiento: Conjunto de estrategias que utiliza el paciente para responder a las influencias y cambios ambientales derivadas de su patología, para crear una integración humana-ambiental que responda a un modelo conceptual de vida equilibrada a las exigencias del entorno inmediato del paciente.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Definición conceptual. Conjunto de recursos y aptitudes de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado y el mantenimiento de su salud así como prevenir	Cualitativa	1. Interacción social Ítems: 12,22.	<ul style="list-style-type: none"> Las relaciones interpersonales con los miembros de su familia son positivas. Rápido siente que se estresa ante situaciones difíciles. 	Ordinal	RESULTADOS GLOBALES Alta (97-120) Mediana (49-96) Baja (24-48)
		2. Bienestar personal Ítems: 2,4,5,7,8,14, 15,16,17,19, 21,23.	<ul style="list-style-type: none"> Autoevaluación y priorización de prácticas habituales del cuidado. Higiene corporal y limpieza del ambiente. Búsqueda de información sobre su salud, tratamiento y autoexamen corporal. Disponibilidad de tiempo para el autocuidado. Ajustes necesarios para mantener el estado de salud. 	Ordinal	RESULTADOS POR DIMENSIONES Dimensión 1 Bajo (2 – 4) Medio (5 - 7) Alto (8 – 10)

<p>enfermedades mediante el conocimiento y prácticas que les permitan vivir activos y saludables.</p>	<p>3. Actividad y reposo</p> <p>Ítems: 3,6,11,13,20</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ejercicio • Apoyo social • Sueño • descanso 	Ordinal	<p>Dimensión 2</p> <p>Bajo (12 – 37)</p> <p>Medio (38 - 50)</p> <p>Alto (51 – 60)</p>
	<p>4. Consumo suficiente de alimentos</p> <p>ítems:9</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en los hábitos de alimenticios. 	Ordinal	<p>Dimensión 3</p> <p>Bajo (5-12)</p> <p>Medio (13- 16)</p> <p>Alto (17- 25)</p>
	<p>5. Promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro del grupo social.</p> <p>Ítems: 1,10,18,24</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para tomar medidas que disminuyan riesgos personales y de la familia. • Capacidad para movilizarse y cuidarse de sí mismo. • capacidad para pedir ayuda cuando hay problema de movilización o desplazamiento. 	Ordinal	<p>Dimensión 4</p> <p>Bajo (1- 2)</p> <p>Medio (3 – 4)</p> <p>Alto (5)</p> <p>Dimensión 5</p> <p>Bajo (4- 13)</p> <p>Medio (12 – 17)</p> <p>Alto (18 – 20)</p>

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
PROCESO DE AFRONTAMIENTO		Factor 1: Recursivo y centrado	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de información y soluciones creativas para problemas nuevos. 	Ordinal	RESULTADOS GLOBALES
					Bajo 47-82 Mediana 83-118 Alta 119-153 Muy Alta 154-188
Definición conceptual	Cualitativa	11 ítems: 2,4,7,8,10,16, 19,26,29,34,46	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque instructivo para solución de problema. • Modificación de estilo de vida. 		
Conjunto de estrategias que utiliza el paciente para responder a las influencias y cambios ambientales derivadas de su patología y		Factor 2: Reacciones físicas y enfocadas 13 ítems:5,13,15, 20,23,24,33,35, 39,42,43,45,47	<ul style="list-style-type: none"> • Planificaciones para enfrentar sus problemas. • Dificultades para enfrentar tarea complejas • Sentimiento de culpa por dificultades. • Cambios en la actividad • Inadecuado usos de experiencias pasadas. 	Ordinal	RESULTADOS POR DIMENSIONES
		Factor 3: Proceso de alerta.	<ul style="list-style-type: none"> • Falsas expectativas sobre resultado. • Manejo adecuado del estrés para 		Factor1 Baja 11-19 Mediana 20-28 Alta 29-36 Muy Alta 37-44
					Factor 2 Baja 13-23 Mediana 24-33

tratamiento (hemodiálisis), para crear una integración humana-ambiental que responda a un modelo conceptual de vida equilibrada a las exigencias del entorno inmediato del paciente.	9 ítems:	enfrentar problemas	Ordinal	Alta	34-42
	1,11,17,18,25,27,31,40,44	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para efectuar diversas situaciones simultáneamente. • Objetividad para enfrentar problemas y situaciones desconocidas. 		Muy Alta	43-52
	Factor 4:			Factor 3	
	Procesamiento sistemático.	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de analizar • Comprensión total de la situación problemática 	Ordinal	Baja	9-16
	6 ítems:	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de analizar para identificar el problema 		Muy Alta	30-36
	3,12,14,22,30,41	<ul style="list-style-type: none"> • Equilibrio entre actividad y descanso • Aclaración de dudas antes de actuar. • Uso de estrategias utilizadas anteriormente en situaciones similares. 	Ordinal	Baja	6-11
	Factor 5:			Factor 4	
	conocer y relacionar.	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento positivo y uso del humor al manejar situaciones problemáticas • Capacidad para plantear soluciones creativas aunque parezcan difíciles de alcanzar. 		Mediana	12-15
	8 ítems:			Alta	16-20
	6,9,21,28,32,36,37,38			Muy Alta	21-24
			Factor 5		
			Baja	8-14	
			Mediana	15-20	
			Alta	21-26	
			Muy Alta	27-32	

CAPÍTULO III: DISEÑO Y MÉTODO

3.1. Tipo de Investigación

La investigación es un conjunto de procesos sistemáticos que se aplican al estudio de un fenómeno o problema según Sampieri, R. en el año 2010, pueden dividirse: “enfoque cuantitativo, enfoque cualitativo, enfoque mixto” entendiéndose como enfoque cuantitativo “al enfoque de recolección de datos que se usa para probar una hipótesis en base a una medición numérica y el análisis estadístico” (42).

La presente investigación fue de tipo descriptivo porque nos permitió obtener la información tal como se presentaba en la realidad; correlacional, porque se examinó la relación entre, capacidad de autocuidado y proceso de afrontamiento de los pacientes con hemodiálisis realizado en los meses de Febrero-Marzo del 2017, fue de corte transversal por que las mediciones se realizaron en un solo momento y tiempo real.

3.2. Población y Muestra

El total de pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica ERC que acuden a la clínica Benedicto XVI a recibir su tratamiento de hemodiálisis son 90 pacientes adultos de ambos sexos en la modalidad

de 3 veces por semana en ambas secuencias, una es de: lunes, miércoles y viernes y la otra secuencia es de martes, jueves y sábado. Dentro de ambas secuencias hubo pacientes portadores con catéter venoso central y portadores de fistula. Se contó con una lista de todos los pacientes que acuden en ambas secuencias a la clínica Benedicto XVI y se aplicó la presente investigación a pacientes portadores de catéter venoso central que fueron 34 pacientes. Esta investigación no requiere de muestra ya que nuestra población total fueron 34 pacientes con catéter venoso central.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizó para la variable Capacidad de Autocuidado fue la encuesta y el instrumento la Escala de apreciación de la Agencia de Autocuidado (ASA) basada en la teoría de Dorotea Orem. Desarrollada por isenberg y Everes en 1983, traducida y validada en español por Esther Gallegos en 1998. La escala se compone de 24 ítem con un formato de respuestas de 5 alternativas estilo Likert, donde el numero uno (nunca) significa el valor más bajo de capacidad de agencia de autocuidado y el cinco (siempre) el valor más alto. Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos, con el 70 % de confiabilidad del instrumento fue mayor de 0.70 en casi la totalidad de los estudios. Esther Gallegos confirmó los componentes de poder como habilidades específicas que se mueven para ejecutar operaciones de autocuidado y la relación teórica entre los factores condicionantes básicos y la capacidad de agencia de autocuidado, con una confiabilidad de 0,77 de la escala “apreciación de la agencia de autocuidado” ASA, aplicada está en una población mexicana en versión español; de igual manera, los resultados de esta investigación confirmaron la validez de constructo del instrumento. Los participantes en la investigación fueron 90 personas adultas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial confirmada (43).

El instrumento consta de 24 ítems positivos: (Del 1 al 5, del 7 al 10, del 12 al 19 y del 21 a 24) y 3 ítems negativos (6, 11 y 20), con 5 opciones de respuesta que se califican con los siguientes criterios:

Ítems positivos: Nunca (1) Rara vez (2) A veces (3) A menudo (4) Siempre (5)

Ítems negativos: Nunca (5) Rara vez (4) A veces (3) A menudo (2) Siempre (1)

La escala mide 5 dimensiones: Interacción social, Bienestar personal, Actividad y reposo, Consumo suficiente de alimentos, Promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro del grupo social. Los puntos de corte establecidos son:

Resultados globales:

- Baja capacidad de autocuidado: 24 – 48 puntos.
- Mediana capacidad de autocuidado: 49 - 96 puntos
- Alta capacidad de autocuidado: 97 - 120 puntos

Resultados según dimensiones:

Dimensión 1:

- Baja capacidad de autocuidado: 2 - 4 puntos
- Mediana capacidad de autocuidado: 5 - 7 puntos
- Alta capacidad de autocuidado: 8 - 10 puntos

Dimensión 2:

- Baja capacidad de autocuidado: 12 - 17 puntos
- Mediana capacidad de autocuidado: 38 - 50 puntos
- Alta capacidad de autocuidado: 51 - 60 puntos

Dimensión 3:

- Baja capacidad de autocuidado: 5 - 12 puntos

- Mediana capacidad de autocuidado: 13 - 16 puntos
- Alta capacidad de autocuidado: 17 - 25 puntos

Dimensión 4:

- Baja capacidad de autocuidado: 1 - 2 puntos
- Mediana capacidad de autocuidado: 3 - 4 puntos
- Alta capacidad de autocuidado: 5 puntos

Dimensión 5:

- Baja capacidad de autocuidado: 4 - 3 puntos
- Mediana capacidad de autocuidado: 12 - 17 puntos
- Alta capacidad de autocuidado: 18 - 20 puntos

Para el variable proceso de afrontamiento la técnica que se utilizo fue la encuesta y el instrumento es la Escala de Medición del Proceso de afrontamiento y Adaptación de Calixta Roy, denominada en inglés Coping Adaptation Processing Scale (CAPS), fue diseñada por Callista Roy en el año 2004, con el fin de identificar las estrategias de afrontamiento y adaptación que la persona utiliza para hacer frente a situaciones difíciles o críticas. Está integrada por 47 ítems agrupados en cinco factores, con una calificación Likert de cuatro puntos, el instrumento fue validado por dos métodos; el primero correspondió a un panel de expertos, quienes evaluaron el instrumento considerando tres criterios de calificación: claridad, precisión, comprensión; al respecto se encontró que 45 (96%) del total de los 47 ítems del instrumento cumplieron estos criterios. El segundo correspondió a cinco sujetos de estudio quienes evaluaron el instrumento en su totalidad, determinando su comprensión. De esta forma se estableció que el instrumento aparenta tener validez facial.

Para establecer la confiabilidad del instrumento, éste se aplicó a una muestra de 417 sujetos mayores de cincuenta años, con una función mental intacta, procedentes del municipio de Chía y la ciudad de Bogotá, durante el

periodo comprendido entre agosto de 2005 a marzo de 2006, quienes fueron escogidos mediante un muestreo aleatorio por conveniencia. La confiabilidad se evaluó a través de la consistencia interna, con un Alfa de Cronbach de 0,88, y la estabilidad se midió a través del coeficiente de correlación de Spearman ($r = 0,94$) para el total del instrumento y un Anova con un valor de probabilidad ($p=NS$) estadísticamente no significativo, confirmando la estabilidad de los puntajes obtenidos a través del tiempo. Los resultados confirman la validez facial y la confiabilidad de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Callista Roy, en su versión en español (44).

El instrumento Consta de 47 ítems: 32 Items positivos (Del 1 al 4,6,7,9,10,12,14, del 16 al 19,21 ,22 del 25 al 32,34, del 36 al 38,40,41, 44 y 46) y quince ítems negativos (5,8,11,13,15,20,23,24,33,35,39,42,43,45,47) con 5 opciones de respuesta que se califican con los siguientes criterios:

Ítems positivos: Nunca (1) Casi nunca (2) Casi siempre (3) Siempre (4)

Ítems negativos: Nunca (4) Casi nunca (3) Casi siempre (2) Siempre (1)

Los puntos de corte establecidos para resultados globales:

- Baja capacidad de autocuidado: 47 – 82 puntos.
- Mediana capacidad de autocuidado: 83 - 118 puntos
- Alta capacidad de autocuidado: 119 - 153 puntos
- Muy alta capacidad: 154 – 188 puntos

Resultados según dimensiones:

Dimensión 1:

- Baja capacidad de autocuidado: 11 - 19 puntos
- Mediana capacidad de autocuidado: 20 - 28 puntos
- Alta capacidad de autocuidado: 29 - 36 puntos
- Muy alta capacidad: 37 – 34 puntos

Dimensión 2:

- Baja capacidad de autocuidado: 13 - 23 puntos
- Mediana capacidad de autocuidado: 24 - 33 puntos
- Alta capacidad de autocuidado: 34 - 42 puntos
- Muy alta capacidad: 43 – 52 puntos

Dimensión 3:

- Baja capacidad de autocuidado: 9 - 16 puntos
- Mediana capacidad de autocuidado: 17 - 23 puntos
- Alta capacidad de autocuidado: 24 - 29 puntos
- Muy alta capacidad: 30 – 36 puntos

Dimensión 4:

- Baja capacidad de autocuidado: 6 - 11 puntos
- Mediana capacidad de autocuidado: 12 - 15 puntos
- Alta capacidad de autocuidado: 16 - 20 puntos
- Muy alta capacidad: 21 – 24 puntos

Dimensión 5:

- Baja capacidad de autocuidado: 8 - 14 puntos
- Mediana capacidad de autocuidado: 15 - 20 puntos
- Alta capacidad de autocuidado: 21 - 26 puntos
- Muy alta capacidad: 27 – 32 puntos

3.4. Procesamiento y análisis de datos

Los datos que se recolectaron a través de los instrumentos fueron ingresados a una base de datos, después fueron procesados de manera automatizada, utilizando el programa estadístico SPSS versión 21.0. En la cual para establecer la relación entre Capacidad de autocuidado y Proceso de afrontamiento del paciente en tratamiento de hemodiálisis por catéter venoso central se usó la prueba de significancia estadística: coeficiente correlacional de Spearman. Para la clasificación de dimensiones se utilizó la prueba de Estaninos; después se ingresaron los datos al programa de Excel 2013 para la realización de los gráficos. Para el análisis de los datos de Capacidad de autocuidado y Proceso de afrontamiento del paciente en tratamiento de hemodiálisis por catéter venoso central se hizo descriptivamente reportando porcentajes y resaltando los hallazgos más relevantes.

3.5. Aspectos éticos

A cada uno de los participantes se le trato de igual manera y con el mismo respeto sin distinción de cargo, etnia o raza. Se les explico que la finalidad del estudio es de beneficio tanto para el personal como para el paciente, informándoseles que su participación es voluntaria y se mantendrá el anonimato.

- **Autonomía:** Este principio nos pide ver a los individuos como agentes con la capacidad de tomar sus propias decisiones cuando cuenten con la información necesaria sobre los procedimientos a los que se les va a someter, su propósito, y sus posibles riesgos y beneficios, así como las alternativas que tienen. Así mismo, es importante que tengan presente que pueden hacer cualquier pregunta sobre los procedimientos y que pueden abandonarlos en cualquier momento. A

partir de este principio se deriva la práctica del consentimiento informado. En caso de que el paciente no sea competente, las decisiones las debe tomar el representante legal.

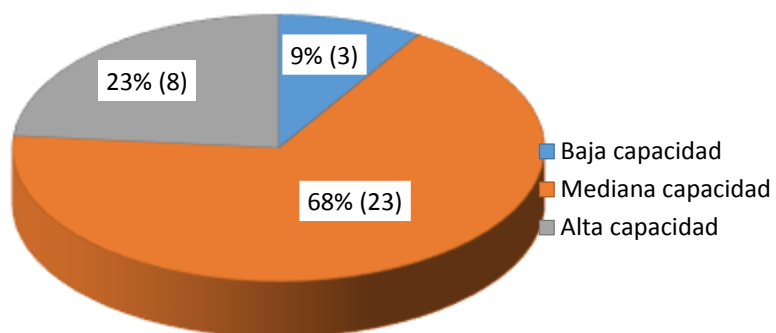
- **Beneficencia:** Las investigaciones desarrolladas tienen siempre que tener el propósito de beneficiar a los participantes o a los futuros pacientes.
- **No Maleficencia:** Es importante minimizar los posibles daños a los participantes en las investigaciones o a los pacientes.
- **Justicia:** Durante la aplicación del instrumento todos los pacientes con catéter venoso central, tenían la posibilidad de ser evaluados, sin distinción de edad, raza y religión.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

GRÁFICO 1

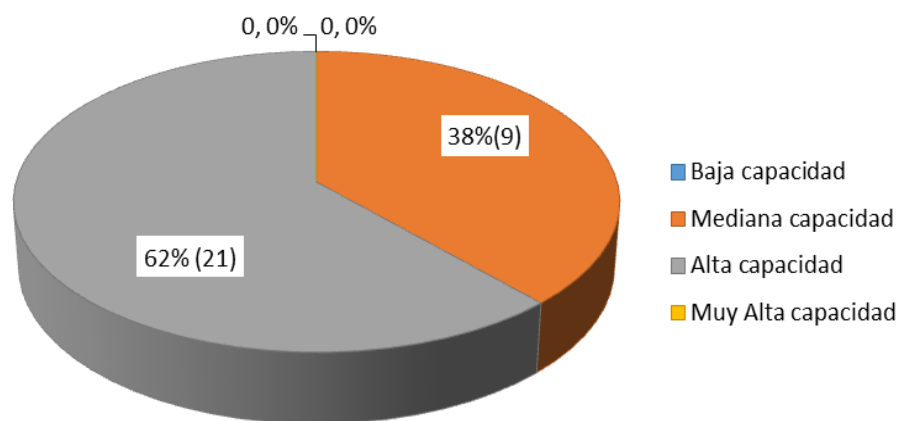
**CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO (RESULTADOS GLOBALES)
EN PACIENTES QUE RECIBEN HEMODIÁLISIS
POR CATÉTER VENOSO CENTRAL
CLÍNICA BENEDICTO XVI
2017**



Los resultados globales respecto a la capacidad de autocuidado de los pacientes que reciben hemodiálisis por Catéter venoso central, en la clínica Benedicto XVI, muestran que solo el 23% (8) de los pacientes estudiados tienen una alta capacidad de autocuidado. El resto se distribuye entre Mediana capacidad (68%) y Baja capacidad (9%).

GRÁFICO 2

PROCESO DE AFRONTAMIENTO (RESULTADOS GLOBALES) EN PACIENTES QUE RECIBEN HEMODIÁLISIS POR CATÉTER VENOSO CENTRAL CLÍNICA BENEDICTO XVI 2017



Los resultados globales respecto al proceso de afrontamiento de los pacientes que reciben hemodiálisis por Catéter venoso central, en la clínica Benedicto XVI, muestran que el 62% (21) de los pacientes estudiados tienen una alta capacidad de afrontamiento. El resto (38%) se ubicó el nivel de Mediana capacidad.

Tabla 1

**RELACIÓN ENTRE CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y PROCESO DE
AFRONTAMIENTO EN PACIENTES QUE RECIBEN HEMODIÁLISIS
POR CATÉTER VENOSO CENTRAL
CLÍNICA BENEDICTO XVI
2017**

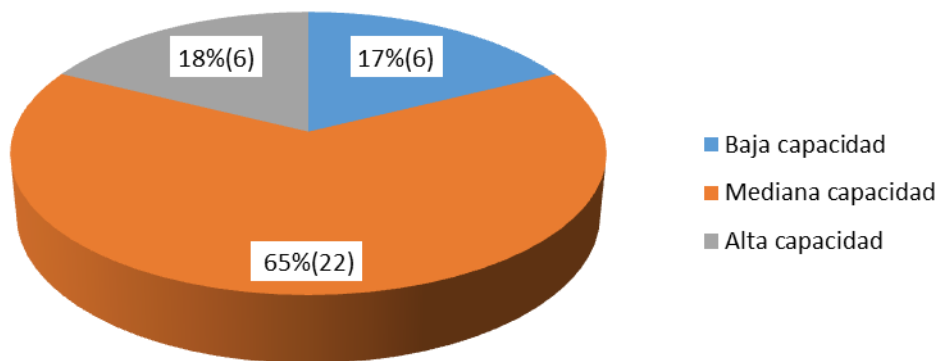
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO	PROCESO DE AFRONTAMIENTO				TOTAL	
	MEDIANA		ALTA		N°	%
	N°	%	N°	%		
BAJO	1	6.3	0	0	1	2.9
MEDIO	15	93.8	13	72.2	28	82.4
ALTO	0	0	5	27.8	5	14.7
TOTAL	16	100.0	18	100.0	34	100.0
Tau-c de Kendall:		0,322		T aprox: 2,979		p valor: 0,003
Rho de Spearman:		0,702				p valor: 0,000

Al relacionar las variables de estudio se encontró que existe una relación directa y significativa entre capacidad de autocuidado y proceso de afrontamiento (Rho= 0.702 y P valor < 0.05)

El 72.2% de las 18 personas que presentaron un proceso de afrontamiento alto, presentaron una capacidad de autocuidado medio y el 27.8% una capacidad de autocuidado alto, mientras que el 93.8% de las 16 personas que presentaron un proceso de afrontamiento medio, también presentaron una capacidad de autocuidado medio y el 6.3 % restante una capacidad de autocuidado bajo.

GRÁFICO 3

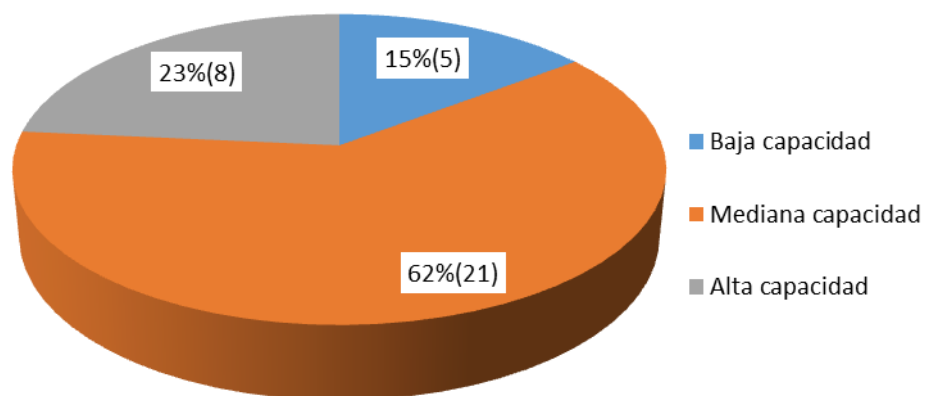
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN SU DIMENSIÓN INTERACIION SOCIAL EN PACIENTES QUE RECIBEN HEMODIÁLISIS POR CATÉTER VENOSO CENTRAL CLÍNICA BENEDICTO XVI 2017



En la dimensión 1 “Interacción Social”, de la capacidad de autocuidado, los pacientes que reciben hemodiálisis por Catéter venoso central en la clínica Benedicto XVI, muestran que el 65% (22) de los pacientes estudiados tienen una mediana capacidad de autocuidado. El resto se distribuye entre Alta capacidad (18%) y Baja capacidad (17%).

GRÁFICO 4

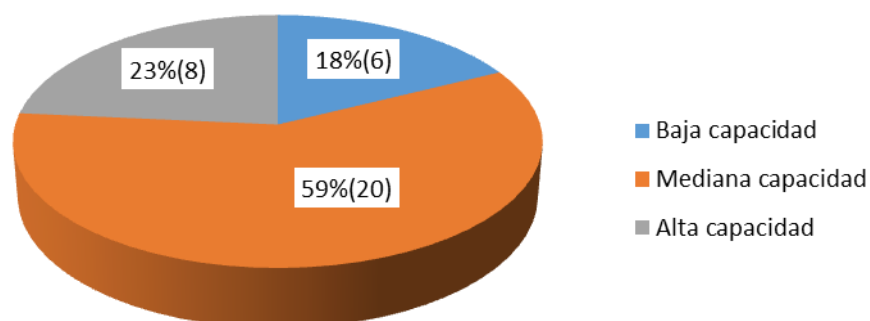
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN SU DIMENSIÓN BIENESTAR PERSONAL EN PACIENTES QUE RECIBEN HEMODIÁLISIS POR CATÉTER VENOSO CENTRAL CLÍNICA BENEDICTO XVI 2017



En la dimensión 2 “Bienestar personal”, de la capacidad de autocuidado, los pacientes que reciben hemodiálisis por Catéter venoso central en la clínica Benedicto XVI, muestran que el 62% (11) de los pacientes estudiados tienen una mediana capacidad de autocuidado. El resto se distribuye entre Alta capacidad (23%) y Baja capacidad (15%).

GRÁFICO 5

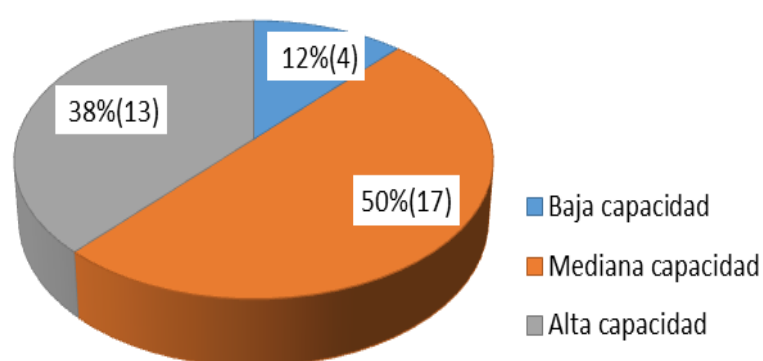
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN SU DIMENSIÓN ACTIVIDAD Y REPOSO EN PACIENTES QUE RECIBEN HEMODIÁLISIS POR CATÁTER VENOSO CENTRAL CLÍNICA BENEDICTO XVI 2017



En la dimensión 3 “Actividad y reposo”, de la capacidad de autocuidado, los pacientes que reciben hemodiálisis por Catéter venoso central en la clínica Benedicto XVI, muestran que el 59% (20) de los pacientes estudiados tienen una mediana capacidad de autocuidado. El resto se distribuye entre Alta capacidad (23%) y Baja capacidad (18%).

GRÁFICO 6

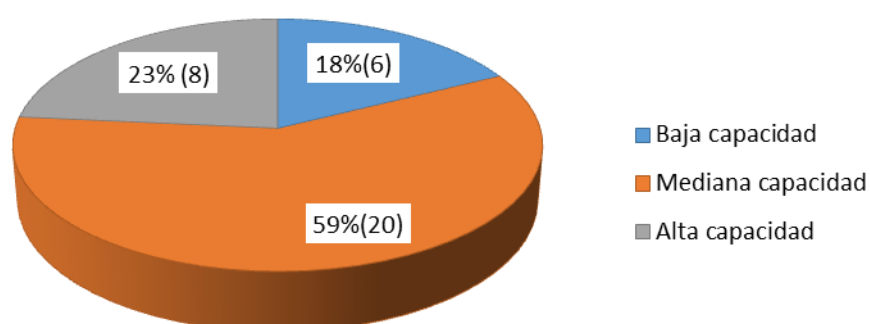
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN SU DIMENSIÓN CONSUMO SUFICIENTE DE ALIMENTOS EN PACIENTES QUE RECIBEN HEMODIÁLISIS POR CATÉTER VENOSO CENTRAL CLÍNICA BENEDICTO XVI 2017



En la dimensión 4 “Consumo suficiente de alimentos”, de la capacidad de autocuidado, los pacientes que reciben hemodiálisis por Catéter venoso central en la clínica Benedicto XVI, muestran que el 50% (17) de los pacientes estudiados tienen una mediana capacidad de autocuidado. El resto se distribuye entre Alta capacidad (38%) y Baja capacidad (12%).

GRÁFICO 7

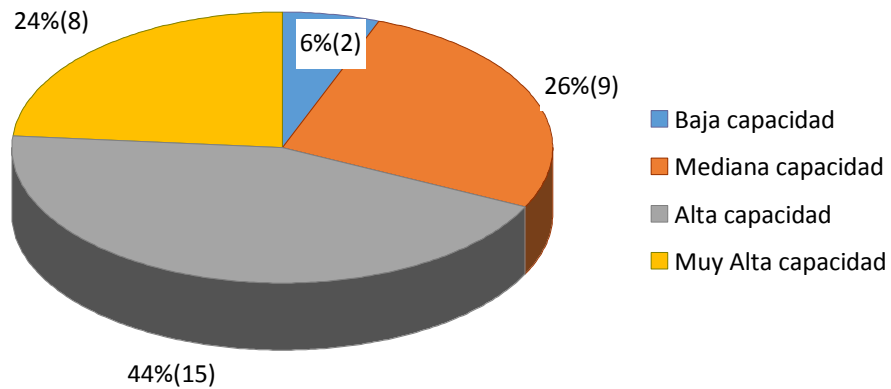
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN SU DIMENSIÓN PROMOCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO Y DESARROLLO PERSONAL DENTRO DEL GRUPO EN PACIENTES QUE RECIBEN HEMODIÁLISIS POR CATÉTER VENOSO CENTRAL CLÍNICA BENEDICTO XVI 2017



En la dimensión 5 “Promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro del grupo social.”, de la capacidad de autocuidado, los pacientes que reciben hemodiálisis por Catéter venoso central en la clínica Benedicto XVI, muestran que el 59% (20) de los pacientes estudiados tienen una mediana capacidad de autocuidado. El resto se distribuye entre Alta capacidad (23%) y Baja capacidad (18%).

GRÁFICO 8

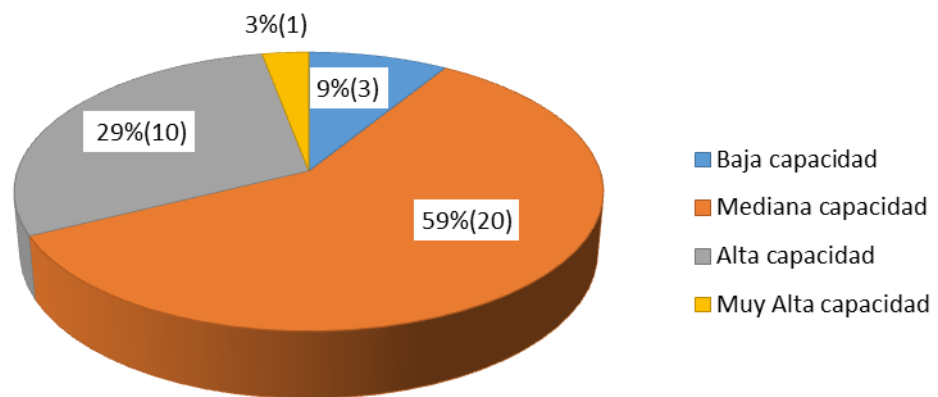
CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO EN SU DIMENSIÓN RECURSIVO Y CENTRADO EN PACIENTES QUE RECIBEN HEMODIÁLISIS POR CATÉTER VENOSO CENTRAL CLÍNICA BENEDICTO XVI 2017



En la dimensión 1 “Afrontamiento recursivo y centrado”, los pacientes que reciben hemodiálisis por Catéter venoso central en la clínica Benedicto XVI, evidencian que el 44% (15) de los pacientes tienen una alta capacidad de afrontamiento. El resto se distribuye entre mediana capacidad (26%), muy alta capacidad (24%) y baja capacidad (6%).

GRÁFICO 9

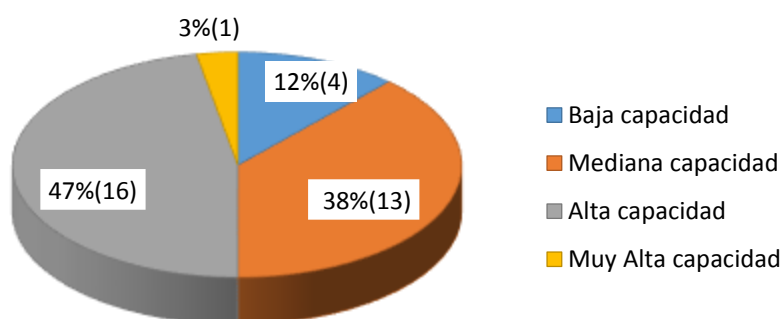
CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO EN SU DIMENSIÓN REACCIONES FÍSICAS Y ENFOCADAS EN PACIENTES QUE RECIBEN HEMODIÁLISIS POR CATÉTER VENOSO CENTRAL CLÍNICA BENEDICTO XVI 2017



En la dimensión 2 “Afrontamiento reacciones físicas y enfocadas”, los pacientes que reciben hemodiálisis por Catéter venoso central en la clínica Benedicto XVI, evidencian que el 59% (20) de los pacientes tienen una mediana capacidad de afrontamiento. El resto se distribuye entre alta capacidad (29%), baja capacidad (9%) y muy alta capacidad (3%).

GRÁFICO 10

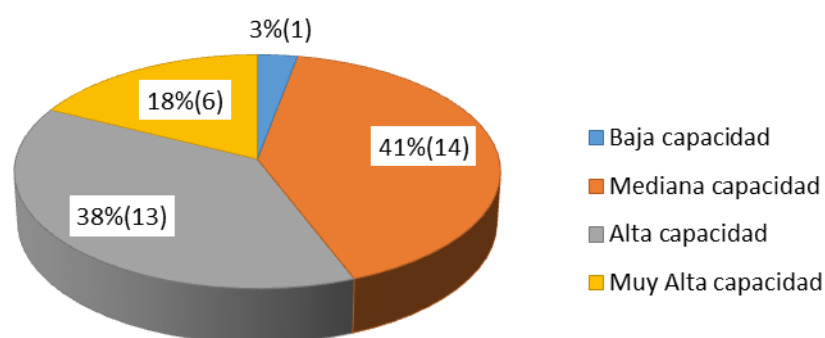
CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO EN SU DIMENSIÓN PROCESO DE ALERTA EN PACIENTES QUE RECIBEN HEMODIÁLISIS POR CATÉTER VENOSO CENTRAL CLÍNICA BENEDICTO XVI 2017



En la dimensión 3 “Proceso de alerta”, de la capacidad de afrontamiento, los pacientes que reciben hemodiálisis por Catéter venoso central en la clínica Benedicto XVI, evidencian que el 47% (16) de los pacientes tienen una alta capacidad de afrontamiento. El resto se distribuye entre mediana capacidad (38%), baja capacidad (12%) y muy alta capacidad (3%).

GRÁFICO 11

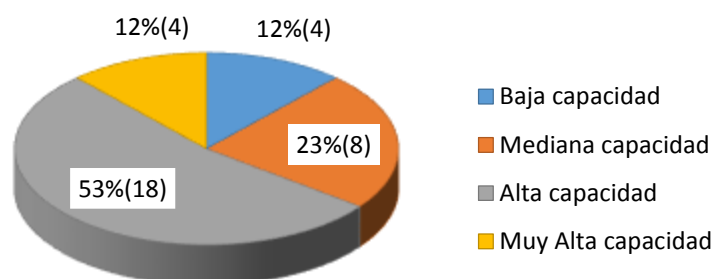
CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO EN SU DIMENSIÓN PROCESAMIENTO SISTEMÁTICO EN PACIENTES QUE RECIBEN HEMODIÁLISIS POR CATÁTER VENOSO CENTRAL CLÍNICA BENEDICTO XVI 2017



En la dimensión 4 “Procesamiento sistemático”, de la capacidad de afrontamiento, los pacientes que reciben hemodiálisis por Catéter venoso central en la clínica Benedicto XVI, evidencian que el 47% (14) de los pacientes tienen mediana capacidad de afrontamiento. El resto se distribuye entre alta capacidad (38%), baja capacidad (3%) y muy alta capacidad (18%).

GRÁFICO 12

CAPACIDAD DE AFRONTAMIENTO EN SU DIMENSIÓN CONOCER Y RELACIONAR EN PACIENTES QUE RECIBEN HEMODIÁLISIS POR CATÉTER VENOSO CENTRAL CLÍNICA BENEDICTO XVI 2017



En la dimensión 5 “conocer y relacionar”, de la capacidad de afrontamiento, los pacientes que reciben hemodiálisis por Catéter venoso central en la clínica Benedicto XVI, evidencian que el 53% (18) de los pacientes tienen alta capacidad de afrontamiento. El resto se distribuye entre mediana capacidad (23%), baja capacidad (12%) y muy alta capacidad (12%).

4.2 Discusión

La enfermedad renal crónica (ERC) o insuficiencia renal crónica (IRC) es un deterioro progresivo e irreversible de la función renal. Cuando la tasa de filtración glomerular es menor de 15 ml/min se requiere un tratamiento de sustitución de la función renal para el mantenimiento de la vida.

A pesar del importante desajuste que sufren la población donde se llevó a cabo la presente investigación, el autocuidado hace referencia a comportamientos voluntarios que realiza la persona para beneficio de su salud, en el sentido que implica cuidarla o hacer cuanto esté en sus manos para impedir que aparezcan complicaciones o lesiones adicionales. Detectar a tiempo síntomas o señales de alerta de su enfermedad o que se facilite una pronta recuperación en caso de que exista una afectación. Todos estos comportamientos implican un mayor nivel de responsabilidad personal.

Con esta investigación “Capacidad de autocuidado y Proceso de afrontamiento en pacientes que reciben hemodiálisis por catéter venoso central en la clínica Benedicto XVI ”, se llegó a determinar que existe relación entre ambas variables, es decir a mayor capacidad de autocuidado mejor proceso de afrontamiento, estadísticamente se demuestra lo dicho con la correlación de Spearman cuyo valor es de 0.702, por tanto existe entre ambas variables buena correlación, así mismo se acepta la hipótesis alterna, valor de $P= 0.000$ por lo que se determinó que existe relación entre la capacidad de autocuidado y proceso de afrontamiento en pacientes que reciben hemodiálisis por catéter venoso central.

El 72.2% de las 18 personas que presentaron un proceso de afrontamiento alto, presentaron una capacidad de autocuidado medio y el 27.8% una capacidad de autocuidado alto, mientras que el 93.8% de

las 16 personas que presentaron un proceso de afrontamiento mediana, también presentaron una capacidad de autocuidado medio y el 6.3 % restante una capacidad de autocuidado bajo.

Respecto a los resultados encontrados de correlación se puede decir que los pacientes con catéter venoso central que reciben hemodiálisis en la clínica Benedicto XVI que a medida que mejore su afrontamiento frente a su enfermedad mejorara su autocuidado.

Los resultados globales respecto a la capacidad de autocuidado de los pacientes que reciben hemodiálisis por Catéter venoso central, en la clínica Benedicto XVI, muestran que solo un poco más de la quinta parte de los pacientes (23%) tienen una alta capacidad de autocuidado. El resto se distribuye entre Mediana capacidad (68%) y Baja capacidad (9%), estos resultados difieren con los encontrados por Rivera Ayala, L. Lozano Rangel, O. González Cobos, quienes en un estudio titulado “Nivel de conocimiento del paciente de hemodiálisis sobre autocuidado del acceso vascular en la unidad de hemodiálisis de un Hospital de Seguridad Social de México” (2010) , encontró que más de la mitad (53%) de los pacientes tuvieron deficiente capacidad de autocuidado y el resto (47%) presentaron suficiente capacidad de autocuidado. Del mismo modo difiere con lo reportado por Jesica Carolina Peña Lurita, que en el año 2015, determinó que el nivel de autocuidado de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sometidos a Hemodiálisis en el Centro de Diálisis “Nuestra Señora del Carmen“, Cañete – 2015 es poco adecuado en más de la tercera parte (45%) de los pacientes, el 40% es adecuado, y en el 15%, el autocuidado es inadecuado. Asimismo difiere con los resultados de Arquinigo Jaimes, Gloria, que en su investigación “Capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis periódica del Centro de Hemodiálisis de EsSalud, 2006-2007” encontró que más de la mitad (59%) de pacientes presentan Capacidad de Autocuidado alta, mientras cerca a la mitad (40%) alcanzan una Capacidad Autocuidado media y sólo el 1% (1) presentó Capacidad de Autocuidado baja. Asimismo Rivera Álvarez, L, en el año 2006 realizó un

estudio titulado “Capacidad de Agencia de Autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas” - Bogotá-Colombia. El objetivo del trabajo fue describir la capacidad que tiene la persona hospitalizada con HTA para realizar actividades de cuidados hacia sí mismo; utilizó el diseño descriptivo, con abordaje cuantitativo que le permitió evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en 90 personas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial en una Clínica de Bogotá, mediante el empleo de la escala ASA “Apreciación de la agencia de Autocuidado” de Evers e Isenberg. Sus resultados demostraron que el 53% de los pacientes tuvieron deficiente capacidad de agencia de autocuidado en tanto el 47% presentaron suficiente capacidad de agencia de autocuidado.

Asimismo Landeros Olvera Erick Alberto y Gallegos Cabriales Esther. Realizo un estudio llamado: “Capacidades de Autocuidado y Percepción de Salud en Adultos con y sin Obesidad Los hallazgos más relevantes evidenciaron que las capacidades de autocuidado y la percepción del estado de salud, no son diferentes en personas adultas con y sin obesidad. Este resultado ha confirmado la relación sustentada teóricamente por Orem de que los factores condicionantes básicos influyen en el desarrollo y operación de las capacidades de autocuidado a la salud de las personas. Este resultado tiene semejanza con lo obtenido en la presente investigación que existe una relación entre el nivel de autocuidado y el proceso de afrontamiento. El 72.2% de las 18 personas que presentaron un proceso de afrontamiento alto, presentaron una capacidad de autocuidado medio y el 27.8% una capacidad de autocuidado alto; mientras que el 93.8% de las 16 personas que presentaron un proceso de afrontamiento mediano, también presentaron una capacidad de autocuidado medio y el 6.3 % restante una capacidad de autocuidado bajo. Paredes Carrión, R. En el año 2005 realizo un estudio sobre el “Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal” Se aplicó una encuesta personal y el cuestionario de estimación de Afrontamiento (COPE), Los resultados obtenidos identificaron la existencia de

correlaciones moderadas entre estas variables, las cuales incluyeron a los otros estilos de afrontamiento y a las estrategias de reinterpretación positiva, negación, enfocar y liberar emociones, desentendimiento conductual, afrontamiento activo, planificación, acudir a la religión, aceptación, postergación del afrontamiento. Por lo contrario Urzúa Morales Alfonso y Jarne Esparcia Adolfo, en su investigación. “Calidad de Vida y Estilos de Afrontamiento en Personas con Patologías Crónica”, observamos diferencias tanto a nivel de calidad de vida como en estilos de afrontamiento, encontramos que existen diferencias culturales en la relación entre Calidad de Vida y afrontamiento. El presente estudio aporta fundamentos que refuerzan la investigación realizada, considerando que es necesario evaluar la capacidad que tiene el individuo para afrontar y tomar decisiones sobre su salud en su cuidado frente a una enfermedad.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Existe relación significativa entre la capacidad de autocuidado y el proceso de afrontamiento de los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis por catéter venoso central en la clínica Benedicto XVI. (p valor: 0,003 para Tau-c de Kendall y p valor: 0,000 para Rho de Spearman). A mayor capacidad de autocuidado mejor proceso de afrontamiento.
- El mayor porcentaje de pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en la clínica Benedicto XVI tienen un autocuidado de mediana capacidad.
- Según sus dimensiones, interacción social, Bienestar personal, Actividad y reposo, consumo suficiente de alimentos y promociones del funcionamiento y desarrollo personal dentro del grupo; encontramos en mayor porcentaje que tienen mediana capacidad de autocuidado. Esto demuestra que los pacientes presentan capacidades para realizar acciones de autocuidado en su vida cotidiana.

- El mayor porcentaje de pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en la clínica Benedicto XVI tienen un afrontamiento de mediana capacidad.
- En cuanto sus dimensiones; encontramos que el proceso de alerta, conocer y relacionar, recursivo y centrado tienen alto proceso de afrontamiento lo que demuestra que los pacientes en su mayoría presentan habilidades para plantear soluciones, sin embargo en menor porcentaje tenemos a procesamiento sistemático, reacciones físicas, identificando su dificultad para expresar el verdadero problema cuando lo enfrentan; para completar tareas o actividades o proyectos.

5.2. Recomendaciones

- Para la disciplina de enfermería el utilizar como referente teórico la teoría de Dorotea Orem le permite validar propuestas de cuidado en los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Las prácticas de autocuidado relacionadas con la higiene personal y del entorno, el conocimiento acerca de la enfermedad y la adherencia a la dieta, son aspectos fundamentales para conservar un buen autocuidado.
- El personal de salud particularmente, dentro sus actividades diarias debe fomentar la humanización especialmente en las personas con enfermedades terminales como la insuficiencia renal crónica.
- El departamento de enfermería de la clínica Benedicto XVI – Zarate SJL, debe promover entre los profesionales de enfermería la educación constante sobre el autocuidado y el afrontamiento a los pacientes que ingresan a las sesiones de hemodiálisis implementa un plan de capacitación sobre educación continua para el autocuidado de los pacientes y sus familiares directos.

Referencias bibliográficas

1. Arquino J. Capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis periódica del Centro de Hemodiálisis de Es Salud, 2006-2007 [tesis para grado de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008. Disponible en:
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2454>.
2. Vargas Á. Autocuidado [internet]. El Autocuidado según la OMS. Santiago -Chile; [Jueves, 24 de noviembre de 2016; 03 de setiembre de 2017] Disponible en:
<http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/22398/Capitulo2.pdf>.
3. La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington, DC, (OPS/OMS); [actualizado 10 Mar 2015; citado 18 Abril 2017]. Disponible en:
<http://www.paho.org/hq/index.php?option=com.view.renal.tratamiento>.
4. Prado Solar A, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Ago. 28]; 36(6): 835-845. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es.
5. Alonso R. Cambios en el perfil crónico de los pacientes en hemodiálisis. En Nuevo Perfil del paciente renal, un reto para los profesionales. VII Seminario Español de la EDTNA/ERCA; 2001, pp11-12.

6. Morgan L. Análisis de una década: Método para mejorar la adherencia al tratamiento entre pacientes de hemodiálisis. Revista Especializada de Enfermería Nefrológica. EDTA /ERCA/Journal, 2001, XXVII, pp 6.
7. Salas A, Hinojosa R, Battilana C. Costo de las terapias para tratar la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT). Revista Diagnostico [serie de internet]. 2006, Oct-Dic. [Fecha de acceso 13 Mayo]; 25 (4). URL. Disponible en:
<http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2006/oct-dic/182-184.html>.
8. Skinner E, Edge K, Altman J., Sherwood H. S. La búsqueda de la estructura de afrontamiento: Una revisión y crítica de la categoría Sistemas de clasificación de las formas de afrontamiento. Boletín de psicología USA .2003; 129: 216- 69.
9. Aldana A, Barrera Y, Rodríguez K, Gómez O, Carrillo G. Competencia para el cuidado (CUIDAR) en el hogar de personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Enferm Nefrol [Internet]. 2016 Sep [citado 2017 Ago. 04]; 19(3): 265-273. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842016000300009&lng=es.
10. Rivera Ayala, L. Lozano Rangel, O. González Cobos, R. Nivel de conocimientos de pacientes con hemodiálisis sobre autocuidado con acceso vascular. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet] 2010; [Fecha de consulta: 19 de agosto 2017] 18 (3): 129-135.
Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim103c.pdf>
11. Urzúa A, Jarne Esparcia A, Calidad de Vida y Estilos de Afrontamiento en Personas con Patologías Crónicas. Interamerican

Journal of Psychology [Internet] 2008; [Fecha de consulta: 29 de septiembre 2017] 42(1):51-160.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28442116>.

12. Rivera Álvarez, L N. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. Rev. salud pública. [Internet] 2006; [Fecha de consulta: 20 de mayo 2017] 8 (3): 235-247. ISSN 0124-0064.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42280309>.

13. Landeros O. y Gallegos C. Investigación. Capacidades de autocuidado y percepción de salud en adultos con o sin obesidad - México. Revista mexicana de Enfermería Cardiológica [revista en internet]. 2005, agosto. [fecha de acceso 20 de junio], 13 (1-2) p: 20-74.

Disponible en://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2005.

14. Peña Lurita J. Autocuidado de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Centro de Diálisis - Nuestra Señora del Carmen. Cañete [Tesis para licenciatura en enfermería]. Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2015[citada 2015] p4. Disponible en:

<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2060>.

15. Alarcón Núñez E. Determinar la calidad de vida de pacientes sometidos a hemodiálisis en el servicio de nefrología del hospital nacional arzobispo Loayza. [tesis para especialista en nefrología].Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015 pág. 16- 17. Disponible en

<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5850>

16. Perales-Montilla Carmen M., García-León Ana, Reyes-del Paso Gustavo A. Predictores psicosociales de la calidad de vida en

pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología (Madr.)* [Internet]. 2012 [citado 2017 Sep. 04]; 32(5): 622-630. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952012000700009&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11447>.

17. Arquinigo J. Capacidad de autocuidado del paciente en hemodiálisis periódica del Centro de Hemodiálisis de Es Salud, 2006-2007 [tesis para licenciatura en enfermería]. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2008. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2454>.
18. Paredes Carrión R. Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal [Tesis para obtener la licenciatura en psicología con mención en psicología clínica]. Lima-Perú: PUCP; 2005. Pág. 66 -70.
19. Swearingen, P. Trastornos renales y urinarios, sección dos: insuficiencia renal. *Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. Intervenciones enfermeras y tratamientos interdisciplinarios*. 6ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2008: 274-289.
20. Janssen M, Van Der Meulen J. The bleeding risk in chronic haemodialysis: preventive strategies in high-risk patients. *Neth J Med*, [serie de internet] 1996 [citado el 20 de Jul.2011] 48 (5):198-207. Sitio: <http://es.wikipedia.org/wiki/Hemodi%C3%A1lisis>.
21. González Álvarez M, Martínez Cercós R. *Manual de Accesos Vasculares para Hemodiálisis*. Barcelona: Marge Medica Books; 2010: 27-32.

22. Lombardi S, Araya V L, Olivares V E. Procedimientos de hemodiálisis gobierno de Chile Hospital del Salvador Oficina Calidad y Seguridad del Paciente e IH, Norma de Prevención de IIH y Efectos Adversos en Procedimientos de Hemodiálisis 2009 [citado el 15 de octubre 2012] sitio:página1-14: <http://www.hsalmador.cl/documentos/hemodialisis.pdf>
23. Pérez D Y, Sotolongo M Y, Muradás AM, Vigoa S L, Lugo L E. Supervivencia y complicaciones de los catéteres para hemodiálisis: nuestra experiencia Rev. Cubana Cir. [Serie de Internet] 2006 [fecha de acceso 15 jun. 2011], 45 Sitio: http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol45_3_06/cir08306.html.
24. Aguilera Vizcaíno M. J, Valero Zanuy M. Á, Gastalver Martín C, Gomis Muñoz P, Moreno Villares J. M, León Sanz M. Incidencia de infección asociada a catéter y factores de riesgo relacionados en pacientes hospitalizados con nutrición parenteral. Nutr. Hosp. [Internet]. 2012 Jun [citado 2017 Oct 03]; 27(3): 889-893. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000300022&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.3.5748>.
25. Galera Fernández, et al. Accesos vasculares para hemodiálisis: Cuidados de enfermería Angiología 2005; 57 (supl 2): S159-68,[Consultado el 18 de octubre de 2012] Disponible en: www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/294/294v57nSupl.2a13189400pdf001.pdf
26. Williams L, Hopper P. Enfermería médico quirúrgica. 3ª Ed. México; Editorial McGraw Hill; 2009.
27. Aljama P, Arias M, Valderrábano F. Insuficiencia Renal Progresiva. Madrid: Ed. Grupo Entheos; 2000. p. 29-181.

28. Avendaño H. Nefrología Clínica. 2ª Ed. Médica. Panamericana; 2003. Cáp.4 p.159.
29. Sellares V. Y Cols. Manual de Nefrología Clínica, Diálisis y Transplante Renal, 3a Ed. España: Elsevier; 2002.p. 241-299.
30. Landeros O. y Gallegos C. Investigación. Capacidades de autocuidado y percepción de salud en adultos con o sin obesidad - México. Revista mexicana de Enfermería Cardiológica [revista en internet]. 2005, agosto. [fecha de acceso 20 de junio], 13 (1-2) p: 20-74.
Disponible en://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2005.
31. Prado Solar L, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Oct 02]; 36(6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es.
32. Carrillo Algarra A, Díaz F. Capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal: un estudio piloto en Bogotá. Enferm. glob. [Internet]. 2013 Abr [citado 2017 Oct 10]; 12(30): 54-64. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200004&lng=es.
33. Contreras, F, Esguerra, GA, Espinosa, JC, Gómez, V. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis. Acta Colombiana de Psicología [Internet]. 2007[citado 2017 Abr 02]; 10(2):169-179. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810216>

34. Pérez Noriega E. Estudio de Caso desde la perspectiva del Modelo del déficit de Autocuidado aplicado al receptor con valvulopatía coronaria. Revista. Enfermería Cardiológica. México. 2004; 12 (1):18-28.
35. Velandia Arias, A. Rivera Alvarez, I. Confiabilidad de la escala Apreciación de la agencia de autocuidado (ASA). Avances en Enfermería. Colombia. [Internet]. 2009 [citado 2017 Oct 24]; 27 (1): 38-47.
Disponibile: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12953/13671>.
36. Soriano J. Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. Boletín de psicología. Universidad de Valencia. 2002; 75(4): 73-85.
37. Luis Flórez A. Estrés y afrontamiento. Universidad Nacional de Colombia (Colombia). Psicología Conductual. 2000; 8(2): 375-388.
38. Perales Montilla C, García León A, Reyes del Paso G. Psychosocial predictors of the quality of life of chronic renal failure patients undergoing haemodialysis. Nefrología (Madr.) [Internet]. 2012 [citado 2017 Oct 03]; 32(5): 622-630. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952012000700009&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11447>.
39. Ollero Barturone, M y Cols. Proceso asistencial integrado. Atención a pacientes Pluripatológicos. 2ed. Sevilla. Consejería de Salud, 2007. Disponible en: <http://www.juntaandalucia.es>.

40. Cid Ruzafa. Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. España. Revista Española Salud Pública.1997; 71 (2): 59-63.
41. Gutiérrez López C. Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy: una propuesta metodológica para su interpretación. Hallazgos. 2009; 6(2): 201-213. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413835200009>. Fecha de consulta: 24 de febrero de 2017.
42. Hernández Sampieri, C. Fernández Collado P. Baptista Lucio. Metodología de la investigación. México. McGraw-Hill. 2006; 4(8): 65-98 ISBN: 970-10-5753-8.
43. Gallegos Cabriales E. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala: valoración de las capacidades de autocuidado. Desarrollo Científico de enfermería. 1998; 6(9): 260-266.
44. Gutiérrez López C, Veloza Gómez M, Moreno Fergusson M, Durán de Villalobos M, López de Mesa C, Crespo O. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. Aquichan [internet]; 2007; [Fecha de acceso 18 junio]7(3):54-63. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74170105>. Fecha de consulta: 21 de abril de 2017.

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1

Estimado paciente a continuación le presentamos una serie de preguntas que deberá constatar con sinceridad, indicando con un aspa (x) la frecuencia que considera correcta:

ESCALA PARA EVALUAR LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO (ASA) EN LA PERSONA CON CATETER VENOSO CENTRAL EN LA CLINICA BENEDICTO XVI

ENUNCIADOS	NUNCA	RARA VEZ	AVECES	A MENUDO	SIEMPRE
1. Según cambie las circunstancias hago ajustes para mantenerme con salud					
2. Verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas					
3. Hago cambios o ajustes si tengo problema para movilizarme					
4. Hago lo necesario para mantener limpio mí alrededor					
5. Si es necesario, pongo en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud					
6. Tengo la energía para cuidarme cómo debo					
7. Busco mejores formas de cuidar mi salud					
8. Con tal de mantenerme limpio, realizo ajustes en cuanto a mi higiene personal					
9. Me alimento de acuerdo a mi situación					

de salud y mantengo un peso adecuado					
10. Tengo la capacidad de manejar las situaciones para mantenerme tal como soy					
11. Hago ejercicios y descanso un poco durante el día					
12. Tengo amigos de mucho tiempo a quienes recurro cuando necesito ayuda					
13. Puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado					
14. Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicación sobre lo que no entiendo					
15. Reviso mi cuerpo para saber si hay algún cambio					
16. En otros tiempos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados si con ellos mejoraba mi salud.					
17. Si tengo que tomar un nuevo medicamento pido información sobre los efectos indeseados					
18. Tomo medidas para que mi familia y yo estemos seguros					
19. Valoro que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud					
20. En mis actividades diarias, saco tiempo para cuidarme					
21. Busco información sobre mi salud si esta					
22. Busco ayuda si me encuentro en incapacidad					
23. Puedo tomar tiempo para mí					
24. Aun con limitación soy capaz de cuidarme como a mí me gusta					

Anexo 2

ESCALA DE MEDICION DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACION DE CALIXTA ROY.

ENUNCIADOS	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Puedo hacer varias actividades al mismo tiempo				
2. Propongo soluciones para problemas nuevos				
3. Llamo al problema por su nombre y trato de verlo todo				
4. Obtengo información para aumentar mis opciones				
5. Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas				
6. Trato de recordar soluciones que me han servido antes				
7. Trato de que todo funcione a mi favor				
8. Solo pienso en lo que me preocupa.				
9. Me siento bien de saber que estoy manejando el problema				
10. Identifico como quiero que resulte la situación				
11. Soy menos eficaz bajo estrés				
12. No actuó hasta que tenga comprensión de la situación				
13. Encuentro la crisis demasiado complicada				
14. Pienso en el problema paso a paso				
15. Parece que actuó con lentitud				
16. Trato de reorganizar mis sentimiento positivamente				
17. Estoy activo durante el día cuando estoy en crisis				
18. Soy realista con lo que sucede				
19. Estoy atento a la situación				
20. Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo				
21. Recuerdan cosas que me ayudaron en otras situaciones				
22. Miro la situación desde diferentes punto de vista				
23. Tiendo a quedarme a quieto				

por un momento				
24. Encuentro difícil explicar el verdadero problema				
25. Obtengo buenos resultados con problemas complejos				
26. Trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación				
27. Puedo desenvolverme mejor cuando tengo que ir a lugares desconocidos				
28. Utilizo el humor para manejar la situación				
29. Con tal de salir de la crisis estoy dispuesta a modificar mi vida				
30. Mantengo equilibrio entre la actividad y descanso				
31. Soy más eficaz bajo estrés				
32. Puedo relacionar lo que sucede con experiencias pasadas				
33. Tiendo a culparme cualquier dificultad				
34. Trato de ser creativo y propongo soluciones				
35. Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas				
36. Aprendo de las soluciones de otros				
37. Miro la situación positivamente como un reto				
38. Planteo situaciones aunque parezca difícil de alcanzar				
39. Experimento cambios en la actividad física				
40. Analizo los detalles tal como sucedieron				
41. Trato de aclarar cualquier duda antes de actuar				
42. Trato de hacer frente la crisis desde el principio				
43. Me doy cuenta de que me estoy enfermando				
44. Adopto una nueva destreza cuando resuelvo mi dificultad				
45. Me rondo fácilmente				
46. Desarrollo un plan para enfrentar la situación				
47. Al parecer me hago ilusiones de como resultaran las cosas				

Anexo 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....Bachiller de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad NOBERT WIENER; estoy realizando un estudio cuyo objetivo determinar el nivel de autocuidado de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis en el Centro de Diálisis “Clínica Benedicto XVI “Lima – 2017.

Si acepta participar en el estudio solicito a Ud. el consentimiento informado se le pedirá que firme una hoja dando su consentimiento informado y ruego que conteste con sinceridad las preguntas de la encuesta, marcando con (x) la respuesta que considere adecuada.

Hago de su conocimiento que la información es absolutamente confidencial y anónima, solo será de uso exclusivo de la autora; sin antes recordarle que nadie le obliga a ser parte de ella; y no hay ningún inconveniente si decide no participar.

Firma de la Investigadora

Firma del Participante del Estudio

Anexo 4

PUNTAJES DE AUTOCUIDADO

Ítems	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
Positivos: 1,2,3,4,5,7,8,9,10,12,13, 14,15,16,17,18,19, 21,22,23,y 24	1	2	3	4	5
Negativos: 6,11,y 20	5	4	3	2	1

- 1.- Nunca
- 2.- Rara vez
- 3- A veces
- 4.- A menudo
- 5.- siempre

PUNTOS DE CORTE PARA RESULTADOS GLOBALES

- 1.-Alta capacidad de autocuidado (97-120 puntos)
- 2.-Mediana capacidad de autocuidado (49-96 puntos)
- 3.-baja capacidad de autocuidado (24-48untos)

Anexo 5

AFRONTAMIENTO

FACTOR 1: Recursivo y centrado (10 items)

Refleja los comportamientos personales y los recursos para expandir las entradas, ser creativo y buscar resultados.

FACTOR 1				
2.-Propongo soluciones para problemas nuevos				
4.-Obtengo información para aumentar mis opciones				
7.-Trato de que todo funcione a mi favor				
10.-Identifico como quiero que resulte la situación				
16.-Trato de reorganizar mis sentimiento positivamente				
19.-Estoy atento a la situación				
26.-Trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación				
29.-Con tal de salir dela crisis estoy dispuesta a modificar mi vida				
34.-Trato de ser creativo y propongo soluciones				
46.-Desarrollo un plan para enfrentar la situación				

FACTOR 2: reacciones físicas y enfocadas (14 ítems)

FACTOR 2				
5.-Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas				
8.-Solo pienso en lo que me preocupa				
13.-Encuentro la crisis demasiado complicada				
15.-Parece que actuó con lentitud				
20.-Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo				
23.-Tiendo a quedarme a quieto por un momento				
24.-Encuentro difícil explicar el verdadero problema				
33.-Tiendo a culparme cualquier dificultad				
35.-Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas				
39.-Experimento cambios en la actividad física				
42.-Trato de hacer frente la crisis desde el principio				
43.-Me doy cuenta de que me estoy enfermando				
45.-Me rindo fácilmente				
47.-Al parecer me hago ilusiones de como resultarían las cosas				

FACTOR 3: Proceso de alerta (9 ítems)

FACTOR 3				
1.-Puedo hacer varias actividades al				

mismo tiempo				
11.-Soy menos eficaz bajo estrés				
17.-Estoy activo durante el día cuando estoy en crisis				
18.-Soy realista con lo que sucede				
25.-Obtengo buenos resultados con problemas complejos				
27.-Puedo desenvolverme mejor cuando tengo que ir a lugares desconocidos				
31.-Soy más eficaz bajo estrés				
40.-Analizo los detalles tal como sucedieron				
44.-Adopto una nueva destreza cuando resuelvo mi dificultad				

FACTOR 4: Procesamiento sistemático

FACTOR 4				
3.-Llamo al problema por su nombre y trato de verlo todo				
12.-No actuó hasta que tenga comprensión de la situación				
14.-Pienso en el problema paso a paso				
22.-Miro la situación desde diferentes puntos de vista				
30.-Mantengo equilibrio entre la actividad y descanso				
41.-Trato de aclarar cualquier duda antes de actuar				

FACTOR 5: Conocer y relacionar

FACTOR 5				
6.-Trato de recordar soluciones que me han servido antes				
9.-Me siento bien de saber que estoy manejando el problema				
21.-Recuerdan cosas que me ayudaron en otras situaciones				
28.-Utilizo el humor para manejar la situación				
32.-Puedo relacionar lo que sucede con experiencias pasados				
36.-Aprendo de las soluciones de otros				
37.-Miro la situación positivamente como un reto				
38.-Planteo situaciones aunque parezca difícil de alcanzar.				

PUNTOS DE CORTES SEGÚN FACTORES

Proceso de afrontamiento	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Puntaje global
Baja capacidad	11-19	13-23	9-16	6-11	8-14	47-82
Mediana capacidad	20-28	24-33	17-23	12-15	15-20	83-118
Alta capacidad	29-36	34-42	24-29	16-20	21-26	119-153
Muy alta capacidad	37-44	43-52	30-36	21-24	27-32	154-188

Anexo 6

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
categoria de autocuidado resultado globales *	34	100,0	0	0,0%	34	100,0
categorias de afrontamiento (resultado global)		%				%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,046 ^a	2	,049
Razón de verosimilitudes	8,343	2	,015
Asociación lineal por lineal	5,854	1	,016
N de casos válidos	34		

a. 4 casillas (66.7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es .47.

Medidas simétricas

	Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Ordinal por ordinal Tau-c de Kendall	,322	,108	2,979	,003
N de casos válidos	34			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Correlaciones

		TOTAL_AC	TOTAL_AF
TOTAL_AC	Correlación de Pearson	1	,657**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	34	34
TOTAL_AF	Correlación de Pearson	,657**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	34	34

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

Correlaciones

		TOTAL_AC	TOTAL_AF
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1,000	,702**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	34	34
TOTAL_AF	Coeficiente de correlación	,702**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	34	34

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