

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



TESIS

**AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA HEMODIALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA
DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2020.**

PRESENTADA POR:

BACH. ILLA ORTIZ LUZBELIA

BACH. SOLAR PAREDES ROSMERY

PARA OPTAR AL TÍTULO
PROFESIONAL DE: LICENCIADAS
EN ENFERMERÍA

ASESORA:

DRA. MARICELA PAULLO NINA

CUSCO – PERÚ

2021

PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y
SEÑORA DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO.**

**SEÑORA DIRECTORA DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE LA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA (CIE).** De acuerdo al
Reglamento de Grados y Títulos de la escuela profesional de Enfermería de la
Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, con el fin de optar el
título profesional de licenciadas en enfermería y en cumplimiento de la misma
ponemos a vuestra consideración la tesis: **“AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE
VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
HEMODIALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL
ANTONIO LORENA, CUSCO - 2020”**.

Esperando que los resultados sea un aporte a la investigación y a las
instituciones involucradas en el área de estudio y la población en general.

Bach. Illa Ortiz Luzbelia.

Bach. Solar Paredes Rosmery.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad.

A la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, a la Facultad de Ciencias de la Salud y la Escuela Profesional de Enfermería por ser parte de nuestra formación profesional en cuyas aulas nuestros docentes con su experiencia, dedicación y conocimiento motivaron a cumplir nuestras metas, forjando así nuestros logros académicos.

A la Dra. Maricela Paullo Nina asesora de la presente tesis quien ha guiado con su paciencia y su rectitud como docente.

A la Dra. Maria Guadalupe Holgado Canales y Mg. Cayrel Genoveva Jimenez Paredes, por ser las pilares del logro de esta tesis de investigación.

Al Hospital Antonio Lorena del Cusco y a las Licenciadas de enfermería por haber hecho posible la aplicación de nuestro instrumento de investigación.

Luzbelia y Rosmery

DEDICATORIA

A mis padres Victor Illa Flores y Leonarda Ortiz Huayllapuma, por ser mi fuerza alentadora, que por su amor y apoyo incondicional hoy tengo alcanzada mi meta.

A Edy Antoni mi compañero sentimental, mi hijo, Thiago Adriel, por ser mi motor y motivo para culminar este largo camino profesional.

A mis hermanos; Cenayda, Sandro, Rony, Isabel y Adriana, por darme la fortaleza a nunca desmayar y seguir para adelante.

A mi tía Margarita Ortiz Huayllapuma, mis abuelitos, Felicitas, Leandro y Rosa, por brindarme tanto amor y enseñarme el valor de la solidaridad y compañerismo.

A mis suegros, cuñados (as), sobrinos, primos y toda mi familia en general, con sus consejos dieron fortaleza para continuar con mis sueños.

A Rosmery, mi compañera de tesis que estuvo en las buenas y malas, a mis amigas, Karen, Gretel, Clotilde, Yanela, Katy, Miluska, Paty, Maicol, etc.

Luzbelia.

DEDICATORIA

A Dios, el que me acompaña y siempre me levanta de mi tropiezo al enseñarme el valor de la verdad, la justicia, el amor y por ser mi guía en la vida.

A mi padre BENITO SOLAR CONDORHUANCA, por ofrecerme lo mejor. Las ayudas que me has brindado han formado bases de gran importancia, ahora soy consciente de eso. Muchas gracias...

A mi madre DAMIANA PAREDES SANCHES, a mi hermano FREDY SOLAR PAREDES y a toda mi familia por sus consejos. Y para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños y motivarme.

A la Universidad por las incomparables oportunidades que me brindo. Agradesco la ayuda de mis maestros, compañeros que influyeron con sus lecciones y experiencias en formarme como una persona de bien.

A mi gran amiga y compañera de tesis Luzbelia por ser parte importante en mi vida, por el apoyo incondicional, por su trabajo desmedido, por su dedicación, por su alegría, y por su constante empeño en demostrar que somos uno.

Rosmery

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Caracterización del Problema	1
1.2. Formulación del Problema	5
1.3. Objetivos	5
1.3.1. Objetivo General	5
1.3.2. Objetivos Especificos.....	5
1.4. Hipótesis	5
1.5. Variables de Estudio	6
1.6. Justificación.....	7
1.7. Area de Estudio.....	9

CAPITULO II

Marco Teórico

2.1. Estudios Previos.....	10
2.1.1. A Nivel Internacional	10
2.1.2. A Nivel Nacional.....	11
2.1.3. A Nivel Local	14
2.2. Base Teórica	15
2.2.1. Insuficiencia Renal Crónica	15
Estadios de la Insuficiencia Renal Crónica.....	16
Signos y Síntomas.....	17
Tratamiento	17
Pacientes Hemodializados	18
2.2.2. Autocuidado	18
La Teoría del Autocuidado según Dorothea Orem	19

Factores Básicos Condicionantes del Autocuidado.....	19
Meta Paradigmas propuesto por Orem para el Autocuidado.....	20
Dimensiones del Autocuidado en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.....	20
La Teoría del Déficit de Autocuidado.....	21
2.2.3. Calidad de Vida.....	22
Calidad de vida relacionada con la Salud.....	22
Dimensiones de la Calidad de Vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.....	23
Características Sociodemográficas relacionadas con la Calidad de Vida	23
Calidad de Vida y Enfermedades Crónicas.....	24
2.3. Definición de Términos.....	25

CAPITULO III DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Estudio.....	26
3.2. Población.....	26
3.3. Criterios de Inclusión:.....	26
3.4. Criterios de Exclusión.....	27
3.5. Operacionalización de Variables.....	28
3.6. Técnica e Instrumento de Recoleccion de Datos.....	34
3.6.1. Técnicas.....	34
3.6.2. Instrumento.....	34
3.8. Procesamiento de Recolección de Datos.....	38
3.9. Procesamiento y Analisis de Datos.....	38

CAPÍTULO IV RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

DISCUSIÓN.....	54
CONCLUSIONES.....	56
SUGERENCIAS.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58

ANEXO.....	63
ANEXO 4.....	74
ANEXO 5.....	76
CONSENTIMIENTO INFORMADO	76

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1: CARACTERÍSTICAS GENERALES EN PACIENTES HEMODIÁLIZADOS, SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO - 2020.....	42
---	----

TABLA N° 2: AUTOCUIDADO EN PACIENTES HEMODIÁLIZADOS, SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2020 ¡Error! Marcador no definido.	44
--	----

TABLA N° 3: AUTOCUIDADO SEGÚN LAS CARACTERISTICAS GENERALES EN PACIENTES HEMODIÁLIZADOS, SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO – 2020.....	47
---	----

TABLA N°4: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HEMODIÁLIZADOS, SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2020	50
--	----

TABLA N° 5: CALIDAD DE VIDA SEGÚN LAS CARACTERISTICAS GENERALES EN PACIENTES HEMODIÁLIZADOS, SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2020	54
---	----

TABLA N° 6: RELACION ENTRE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HEMODIÁLIZADOS, SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2020	57
--	----

TABLA N° 7: CORRELACIÓN ENTRE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES HEMODIÁLIZADOS,SERVICIO DE NEFROLOGÍA, HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2020.....	59
---	----

RESUMEN

El trabajo de investigación titulado: “ AUTOCAUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA HEMODIALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2020”. Cuyo objetivo es determinar la relación entre el autocuidado y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados en el servicio de nefrología del Hospital Antonio Lorena del Cusco – 2020. Siendo el método descriptivo, correlacional y transversal con una población de 50 pacientes que acudieron al servicio de hemodiálisis; se utilizaron los cuestionarios que fueron validados en estudios anteriores con una confiabilidad de 0.811 y 0.860. Obteniendo los resultados que el 14% tienen entre 18 y 29 años, el 56% entre 30 y 59 años, el 30% entre 60 años a más. El 44% son de sexo femenino y el 56% de sexo masculino. Para la variable de autocuidado el 68% presenta un autocuidado poco adecuado, el 28% un autocuidado inadecuado y el 4% un autocuidado adecuado; en cuanto la variable calidad de vida el 18% esta en la categoría de peor estado de salud, el 78% presenta regular estado de salud y el 4% un buen estado de salud. Se llega a la conclusión que el trabajo de investigación responde a la hipótesis planteada que permiten concluir que las variables autocuidado y calidad de vida presentan correlación significativa entre sí, siendo dicha correlación alta y directa a mejor autocuidado mejor será su calidad de vida.

Palabras clave: Autocuidado, calidad de vida, relación, insuficiencia renal crónica, nefrología.

ABSTRACT

The research work entitled: "SELF-CARE AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY FAILURE HEMODIALYZED IN THE NEPHROLOGY SERVICE OF THE ANTONIO LORENA HOSPITAL, CUSCO - 2020". Whose objective is to determine the relationship between self-care and quality of life in patients with chronic renal failure hemodialysis in the nephrology service of the Hospital Antonio Lorena del Cusco - 2020. Being the descriptive, correlational and cross-sectional method with a population of 50 patients that they went to the hemodialysis service; The questionnaires that were validated in previous studies with a reliability of 0.811 and 0.860 were used. Obtaining the results that 14% are between 18 and 29 years old, 56% between 30 and 59 years old, 30% between 60 years and over. 44% are female and 56% male. For the self-care variable, 68% presented inadequate self-care, 28% inadequate self-care, and 4% adequate self-care; Regarding the quality of life variable, 18% are in the category of worst health, 78% have a fair state of health and 4% have a good state of health. It is concluded that the research work responds to the hypothesis that allows us to conclude that the variables self-care and quality of life present a significant correlation with each other, with said correlation being high and direct, the better self-care, the better their quality of life will be.

Key words: Self-care, quality of life, relationship, chronic renal failure, nephrology.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, en el 2017, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es un problema mundial con crecimiento constante en la salud pública que se encuentra afectando la vida y la salud de miles de personas de bajos y medianos recursos económicos (1). Según estudios que se realizó en el Perú, dos millones y medio de personas mayores de 20 años tienen algún estadio de la insuficiencia renal crónica (IRC) y 12,067 se encuentran en estadio V o enfermedad renal crónica terminal y requieren de diálisis o trasplante renal, 7778 personas que sufren de este mal no reciben ni cuentan con un acceso al tratamiento adecuado (2).

Los pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben el tratamiento de hemodialisis desencadenan diversas situaciones de estrés, aislamiento social, limitaciones a la posibilidad de locomoción y paseos, disminución de las actividades físicas, dependencia y sentimiento de miedo e inseguridad con relación a la salud y bienestar, es así que la enfermedad requiere de mucha responsabilidad en sus cuidados, para prevenir los riesgos y las complicaciones que puedan presentarse, se necesita mejorar, fortalecer o desarrollar conocimientos y prácticas sobre cuidados en el proceso de recuperación y adaptación para mejorar su calidad de vida (3).

El autocuidado de las personas se define como acciones y prácticas que asumen en beneficio a la salud a través de las cuales se promueven conductas positivas para prevenir enfermedades. (4)

La calidad de vida, está definida como la satisfacción, la felicidad, el bienestar que siente la persona en un determinado momento de su vida; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (5)

La finalidad del presente trabajo de investigación es determinar la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia

renal crónica hemodializados en el servicio de nefrología del Hospital Antonio Lorena del Cusco - 2020.

El presente estudio tiene la siguiente estructura:

CAPITULO I: Considera la caracterización del problema, formulación del problema, objetivos e hipótesis, variables y justificación.

CAPITULO II: Abarca el marco teórico; y dentro de ello esta los estudios previos, bases teóricas y definición de términos operacionales.

CAPITULO III: Considera el diseño metodológico, tipo de estudio, población, muestra, instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad, plan de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos.

CAPITULO IV: Detalla los resultados del estudio con su respectivo análisis e interpretación, discusión de resultados, conclusiones, recomendaciones y anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) Se encuentra considerada como uno de los problemas a nivel mundial en lo que se refiere salud comunitaria (6). Provocando la capacidad inferior en el funcionamiento de los riñones lo cual es evidenciado en la filtración de glomérulos(FC) o la presencia de un color claro de la creatinina en números $< < 60 \text{ ml/ min/1,73 m}^2$, también puede diagnosticarse al presentar por más de tres meses de daños en los riñones frecuentemente (7).

En una estimación se infiere que la enfermedad renal genera impacto en miles de personas, generando así un elevado dato estadístico en lugares vulnerables, por la prevalencia de casos, precios altos para tratar la enfermedad, el incremento de la enfermedad en estadio terminal y la relación con la hipertensión arterial (8).

Autocuidado es el conjunto de conductas específicas asociadas a diferentes etapas de la vida, hace referencia a las diferentes habilidades obtenidas a favor de sí mismo según los conocimientos adquiridos de la enfermedad que permiten a los individuos identificar y satisfacer los requerimientos para su funcionamiento y desarrollo (9).

En Colombia, se estudió la capacidad de autocuidado de pacientes en diálisis peritoneal, y a diferencia de España, resultó que sólo el 60% de las personas tuvo suficiente capacidad de autocuidado. En Perú, evaluaron la capacidad de autocuidado en pacientes que asisten al programa de diálisis peritoneal en Tarapoto, y se concluyó que el 50% de ellos presentó una alta capacidad de autocuidado (10).

La calidad de vida se refiere a la satisfacción total, en base de los logros obtenidos por los sujetos. Con componentes de tipo subjetivo y objetivo. Para el aspecto subjetivo se incluye la satisfacción corporal, psíquica y con el otro, así también lo íntimo, la comunicación de emociones, sensación de encontrarse seguro, ser productivo a nivel individual. En España, evaluaron la influencia de

de autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud percibida por los pacientes en hemodiálisis y casi 70% de las personas sintió malestar/dolor y casi la mitad se encontró ansioso o deprimido. Así mismo, en Piura, Sánchez, J. estudió la calidad de vida de pacientes en hemodiálisis y el resultado indicó que la calidad de vida de estas personas no fue saludable. (11).

La prevalencia de la IRC oscila entre el 11 a 13% en fase cinco mientras que un 0.1% es una fase crítica en donde es necesario un reemplazo de riñón. La IRC es usual y se presenta consecutivamente sin ningún signo evidente, ya cuando la enfermedad se encuentra avanzada surgen los síntomas para los cuales son necesarios cuidados como diálisis o transplantes lo cual es demandante económicamente (12).

Las enfermedades como la diabetes y la hipertensión son causas que aumentan los casos de IRC especialmente en los americanos. En referencia a los años de vida ajustados por discapacidad se pudo evidenciar que quienes padecen de IRC incrementaron su pronóstico de vida en 20% (USA) y 58% en Latinoamérica (13).

En Perú las cifras epidemiológicas sobre la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) oscilan entre los 126 casos por millón de la población, dando como resultado las tasas más altas de incidencia y prevalencia en el grupo mayor de 65 años (14).

La realidad peruana consigna que en abril del 2016 se tiene un 16% de casos de IRC con enfermedades comórbidas como la diabetes y glomerulonefritis los cuales hacen uso de hemodiálisis. En la capital existen pacientes con diabetes y albuminuria al evaluarlos, se concluyó que es una enfermedad usual en la cual se genera dificultades para establecer un buen diagnóstico y por lo tanto dar tratamiento existiendo dificultades para el acceso de las diálisis y por lo tanto mayor frecuencia en muertes (15).

El Hospital Antonio Lorena del Cusco, es una institución pública, considerado un establecimiento de nivel III-1; presta una atención integral de salud a la población en general, brindando un servicio de salud con calidad respetando los derechos de la persona, cuenta con el servicio de hemodiálisis con 06 camas, dentro de los cuales se atiende a pacientes con insuficiencia renal crónica con hemodiálisis.

Durante el tiempo del internado clínico se observó que los pacientes hospitalizados con insuficiencia renal crónica hemodializados; tienen edades entre 40 – 50 años y mayores de 60 años; de sexo masculino y femenino, a la entrevista con alguno de ellos pocos alcanzaron al nivel de instrucción superior, la mayoría son de estado civil viudos. En cuanto a su ocupación, los pacientes refieren ser jubilados y haber dejado de trabajar hace mucho y no cuentan con una situación económica necesario, ya que se dedican a los que haceres domésticos del hogar, así como al cuidado de los nietos, y de esta manera manifiestan sentirse útiles.

Sobre el autocuidado, los pacientes refieren que su alimentación es a base carbohidratos como: papa, arroz, fideos, pan, mantequilla; carnes rojas y blancas como: vaca, ovino, cerdo, pollo, pescado entre otros alimentos como: jamon, queso, huevo, que son altos en sal; para calmar la sed ingieren las gaseosas, refrescos, jugos envasados, bebidas energizantes; no incluyen en su alimentación las verduras y frutas especialmente los cítricos, refieren no consumir sus alimentos oportunamente en los horarios establecidos por ignorar su importancia real, por falta de apetito y otros; muchos de ellos relatan que sufrían de sobrepeso que no controlaban su peso y otros indican que presentaban inicios de desnutrición.

También al preguntarles sobre su higiene personal y cuidado de la piel manifiestan que lo realizan con poca frecuencia ya que no se dan tiempo para su baño diario, otros mencionan no utilizar protector solar al estar expuestos varias horas al sol por motivo de su trabajo.

En cuanto al tratamiento y cuidado del acceso vascular lo realizan en el hospital asistiendo a su citas programadas de diálisis, pero a veces no asisten por falta de información de su enfermedad y la importancia de recibir controles médicos periódicamente; la higiene de la fistula arteriovenosa (FAV) refieren no realizarlo adecuadamente con agua y jabones neutros por no contar con tiempo y solo indican darle una limpieza con un trapo húmedo; no brindan la valoración y el cuidado adecuado de su fistula que se encuentra en el brazo por realizar sus actividades en el hogar puesto que a veces no hay quien les apoye y es por eso que cuando realiza algún esfuerzo intenso tiende a doler e hincharse; con

respecto a su tratamiento indican no consumir sus medicamentos a la hora correcta porque les causa dolor de cabeza, náuseas e hinchazón abdominal.

Respecto al sueño y descanso la mayoría refiere que no pueden dormir por estar al pendiente constantemente de su enfermedad afectándoles así el estrés, mencionan que no tienen ganas de realizar ninguna actividad de relajación.

Con respecto a las relaciones interpersonales se encuentran afectados emocionalmente manifiestan estresarse con facilidad frente a situaciones difíciles, haciendo que esto afecte en la comunicación con su familia y amigos, ya que les cuesta aceptar su enfermedad y recibir algún tipo de apoyo.

Sobre la calidad de vida, al valorar el estado de salud de los pacientes con insuficiencia renal crónica indican que se les hace muy difícil realizar alguna actividad física como: correr, salir de compras, subir las escaleras, actividades del hogar, agacharse o arrodillarse y realizar su baño personal.

Respecto al rol físico refieren que no trabajan como antes, se sienten con poca fuerza. Refieren que su cuerpo está débil, se cansan muy rápido y no pueden realizar sus actividades como antes.

A la entrevista sobre su salud general refieren que sus vidas cambiaron se sienten esclavos de esta enfermedad, se enferman muy fácilmente, mencionan que quisieran estar sanos recuperarse y tener una vida normal, indican que definitivamente su salud no es muy buena como ellos quisieran. De igual forma al dialogar sobre su vitalidad aclaran no tener la suficiente fuerza para realizar alguna actividad indicando cansarse muy rápido.

Por otro lado en la función social, relatan ser una carga para la familia por que no trabajan, otros manifiestan sentirse solos sin apoyo de sus familiares y amigos por su enfermedad.

En cuanto al rol emocional, sienten que les afecta su salud y están desmotivados para seguir trabajando; a la observación presentan facies de tristeza y preocupación.

Finalmente sobre la salud mental mencionan que sienten estar nerviosos, con bajo moral, desanimados, intranquilos, tristes, que pocas veces sonríen y no tienen ganas de salir ni hacer nada.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre el autocuidado y la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia renal crónica hemodializados en el servicio de nefrología del Hospital Antonio Lorena Cusco – 2020?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el autocuidado y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados en el servicio de nefrología del hospital Antonio Lorena Cusco – 2020.

1.3.2. Objetivos Especificos

1. Identificar las características generales como son: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, tiempo de tratamiento y situación económica en pacientes con Insuficiencia renal crónica hemodializados en el servicio de nefrología del Hospital Antonio Lorena Cusco – 2020.
2. Describir el autocuidado en pacientes con Insuficiencia renal crónica hemodializados en el servicio de nefrología del Hospital Antonio Lorena Cusco – 2020.
3. Describir la calidad de vida en pacientes con Insuficiencia renal crónica hemodializados en el servicio de nefrología del Hospital Antonio Lorena Cusco – 2020.
4. Relacionar el autocuidado y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados en el servicio de nefrología del Hospital Antonio Lorena Cusco – 2020.

1.4. Hipótesis

El autocuidado tiene una relación significativa con la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados en el servicio de nefrología del hospital Antonio Lorena Cusco – 2020.

1.5. VARIABLES DE ESTUDIO

➤ **Autocuidado**

- Alimentación y control de líquidos
- Higiene personal y cuidado de la piel
- Tratamiento y cuidados del acceso vascular
- Descanso, sueño y recreación
- Relaciones interpersonales

➤ **Calidad de Vida**

- Función física
- Rol físico
- Dolor corporal
- Salud general
- Vitalidad
- Función social
- Rol emocional
- Salud mental

➤ **Intervinientes**

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Nivel educativo
- Situación económica

1.6. JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial la IRC es preocupante ya que es una enfermedad que afecta el estado de salud físico, emocional, social, espiritual y económico del paciente, más aun si ellos reciben un tratamiento largo y estricto; además continua siendo una importante causa de morbilidad y mortalidad en países en vías de desarrollo, y esto se evidencia en el aumento del numero de casos por lo que Perú no es ajeno a esta realidad. Debido a que la tasa de incidencia de la insuficiencia renal crónica va en aumento cada vez más, se ha visto por conveniente realizar este estudio para prevenir nuevos casos en el hospital Antonio Lorena del Cusco, siendo esta enfermedad una las primeras causas de muerte a nivel mundial por diferentes determinantes sociales como la pobreza, inadecuados estilos de vida, desempleo y por falta de los servicios básicos, es ahí donde nos damos cuenta que el paciente con IRC, tiene mucha dificultad para realizar su autocuidado respectivo para que pueda mejorar su calidad de vida.

Debido a que la tasa de incidencia de pacientes con insuficiencia renal crónica de estadio V va en aumento a comparación de años atrás, es conveniente realizar el estudio de la relación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida, siendo la IRC una de las primeras causas de muerte y ha primado en el hospital Antonio Lorena del Cusco, lo cual se vuelve mucho más crítica debido a que no solo sea una enfermedad física, sino también por la inadecuada práctica de autocuidado plasmada a la irresponsabilidad del incumplimiento de los tratamientos, y como consecuencia se da las complicaciones de la enfermedad, donde nos sirvió para formular la pregunta de la investigación.

Considerando que el autocuidado y la calidad de vida son deficientes en pacientes con IRC, y que esta enfermedad siga siendo un problema de emergencia en la salud pública, entonces es muy primordial que el paciente con IRC realice las practicas de autocuidado para mejorar su calidad de vida.

El estudio de investigación tiene la finalidad de alcanzar información válida y confiable a las autoridades del hospital Antonio Lorena del Cusco y la población en estudio correspondiente, la Información servirá para una evaluación secuencial, periódica de los pacientes en tratamiento con IRC, lo cual es necesario que todo el equipo de salud logre concientizar a las personas mediante

el desarrollo de estrategias y sesiones educativas y se promueva la importancia del autocuidado del paciente con IRC favoreciendo así la adopción de estilos de vida saludable y fomentando programas de ayuda con compromiso de las personas con ello disminuir la frecuencia de complicaciones a causa de esta enfermedad y que promueva la importancia del autocuidado en los pacientes con insuficiencia renal crónica inculcando estilos de vida saludable para una buena calidad de vida.

1.7. AREA DE ESTUDIO

El presente estudio de investigación se realizó en el hospital Antonio Lorena ubicado en la Urb. Primavera, calle Carlos Ugarte s/n, Huancaro, distrito de Santiago de la ciudad del Cusco; con el apoyo del personal de la salud, entre ellos están la jefa de servicio, las licenciadas y el personal técnico

El servicio de nefrología se encuentra al frente del comedor de la entidad de forma provisional, cuenta con 06 camas habilitadas cada una tiene su equipo de hemodialisis, cuenta con una jefa de servicio, un medico nefrólogo, una enfermera de turno, un personal técnico, personal de limpieza y los pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ESTUDIOS PREVIOS

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

Gómez, D.- “Autocuidado y calidad de vida en personas con Hemodiálisis”, España, 2014.

Objetivo: Identificar la relación existente entre el autocuidado y la calidad de vida en personas con hemodiálisis, España, 2014. **Metodología:** Estudio descriptivo, correlacional y corte transversal en una muestra de 54 pacientes. Se utilizó como técnica la entrevista e instrumento de recolección de datos. **Resultados:** El 51.9% fueron varones, el tiempo promedio de tratamiento de hemodiálisis fue de 3.85 años. El 74.1% de los participantes refirieron a la HA como factor de riesgo de la IRC. Las conductas de autocuidado, el conocimiento de la enfermedad como variables independientes y la calidad de vida como variable dependiente resultó significativo. Factores como la edad y la educación influyeron en el autocuidado debido a que algunos participantes no poseen conocimiento de la IRC y la hemodiálisis. **Conclusión:** Los pacientes con IRC, presentan calidad de vida en niveles bajos en la dimensión de los síntomas de la enfermedad, concluyendo que es necesario desarrollar programas dirigidos a la salud de usuarios con los diagnósticos del estudio (16).

Chillogallo, SC.- “Autocuidado en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Hospital Isidro Ayora de Loja – Ecuador, 2014”.

Objetivo: Determinar la capacidad de autocuidado del paciente con Insuficiencia Renal Crónica en alimentación y actividad física en el servicio de Hemodiálisis del Hospital Isidro de Loja – Ecuador, 2014. **Metodología:** Estudio descriptivo, realizado en 55 pacientes; se utilizó como técnica la entrevista con preguntas dirigidas a determinar la capacidad de autocuidado en relación a su alimentación y actividad física. **Resultados:** Los varones tiene mayor predominio con el 58%, en edades entre 41-50 años con un 31%; entre los alimentos que más consumen en el día se encuentra con un 84% las carnes blancas; en cuanto a líquidos el 42% consume diversos líquidos; y para la actividad física el 67% no realizan

actividad física. **Conclusión:** El autocuidado en los pacientes con IRC en la dieta no es adecuado debido a que la mayoría no cumplen, es decir no restringen en su alimentación el sodio, potasio, fosforo y líquidos, siendo estos los más perjudiciales para su salud; en cuanto al ejercicio físico existe un déficit de autocuidado ya que los pacientes manifiestan que no realizan ninguna actividad física, debido a que desconocen el tipo de actividad que pueden realizar (17).

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

Alarcón EN.- “Calidad de vida de paciente sometidos a hemodiálisis en el servicio de Nefrología del Hospital Arzobispo Loayza – Lima, 2015.”

Objetivo: Determinar la calidad de vida de pacientes sometidos a hemodiálisis en el Servicio de Nefrología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Lima, 2015. **Metodología:** Estudio cuantitativo, nivel aplicativo, descriptivo de corte transversal. En una población de 50 pacientes con IRC estadio V. La técnica fue la encuesta y el instrumento fue la Escala de Likert. **Resultados:** Del 100% (50), el 56% (28) mala, 40% (20) regular y 4% (02) buena. En la dimensión física, 58% (29) mala, 38% (19) regular y 4% (04) buena. Para la dimensión psicológica, 54% (27) mala, 42% (21) regular y 4% (02) buena. Finalmente la dimensión social, 54% (27) mala, 42% (21) regular y 4% (02) buena. **Conclusión:** La calidad de vida es regular, en donde la dimensión física resalta como deficiente es decir, los evaluados presentan dolencias físicas limitantes; la dimensión de tipo psíquico se encuentran como buenas por lo cual se concluye que la calidad de vida de los pacientes con este diagnóstico están entre lo regular a deficiente (18).

Chuctaya. CD y Enriquez. FM.- “Autocuidado y calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica terminal programa DIPAC del Hospital Base Carlos Alberto Segúin Escobedo – Essalud - Arequipa, 2015.”

Objetivo: Determinar la relación entre el autocuidado y la calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica terminal programa DIPAC del Hospital Base Carlos Alberto Segúin Escobedo – EsSalud - Arequipa, 2015. **Metodología:** Estudio de tipo descriptivo. Se utilizó la encuesta, como técnica el cuestionario y como instrumentos tres formularios para la recolección de datos los cuales fueron: Para la variable autocuidado se utilizó la Escala de

autocuidado; para la calidad de vida se aplicó el Cuestionario de calidad de vida SF-36v2 y una ficha de recolección de características sociodemográficas. En una población de 72 personas con ERC que asisten al programa DIPAC. **Resultados:** El 51.4% fueron mujeres; edades entre 30 a 59 años el 50.0%; estado civil casados el 52.7%; con grado de instrucción superior el 34.7%; que no trabajan el 52.8% y con un tratamiento mayor de un año el 77.8%. Para la variable autocuidado, en las dimensiones: interacción social (43.1%), actividad y reposo (77.7%), consumo de alimentos (37.5%); es decir, que el 77.8% de la población posee un regular nivel de autocuidado los que asisten al programa DIPAC. Respecto a la calidad de vida, en las dimensiones: función física (81.9%), dolor corporal (55.6%), salud mental (54.2%); la mayoría de los asistentes al programa DIPAC tienen buen estado de salud. Se obtuvo regular estado de salud en las dimensiones de: salud general (59.7%), vitalidad (58.3%), función social (45.8%) y peor estado de salud en: rol físico (43.1%) y rol emocional (37.5%). **Conclusión:** El autocuidado en la mayoría de la población presenta un nivel regular con un 77.8%, seguido para la calidad de vida un regular estado de salud con un 58.4%; por lo que se acepta la hipótesis que señala que existe relación entre las variables autocuidado y calidad de vida (19).

Cieza. EJ.- “Relación entre el autocuidado y la calidad de vida en usuarios con Insuficiencia Renal Crónica – Servicio de Hemodiálisis del Hospital Nacional Arzobispo Loayza noviembre – Lima, 2016.”

Objetivo: Determinar relación entre el autocuidado y la calidad de vida en usuarios con Insuficiencia Renal Crónica – Servicio de Hemodiálisis del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima, 2016. **Metodología:** El estudio fue cuantitativo, método correlacional de corte transversal. Se trabajó con una población de 50 personas que reciben hemodiálisis. Se utilizó como técnica la entrevista e instrumento de recolección de datos un cuestionario. **Resultados:** El autocuidado es inadecuado 70% y adecuado 30%, la calidad de vida baja 60% y alta 40%. **Conclusión:** El autocuidado tiene una relación significativa con la calidad de vida de usuarios con Insuficiencia Renal Crónica en el servicio de Hemodiálisis, por lo tanto se acepta la hipótesis planteada. (20).

Robles. Y.- “Calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica tratados con hemodiálisis y diálisis peritoneal del Centro de Salud Renal Es salud – Puno, 2017.”

Objetivo: Comparar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal del centro de salud renal ESSALUD Puno, 2017. **Metodología:** Estudio descriptivo - comparativo de corte transversal; la población de 30 pacientes en tratamiento de hemodiálisis y 30 en tratamiento de diálisis peritoneal. Se utilizó la encuesta y como instrumento el cuestionario de salud SF-36v2 para la calidad de vida. **Resultados:** Los pacientes en tratamiento diálisis peritoneal alcanzaron un mayor porcentaje en regular calidad de vida (60%), seguido de mala calidad de vida (27.7%) y buena calidad de vida (13.3%); en tanto comparativamente los pacientes en tratamiento en hemodiálisis obtuvieron un porcentaje mayor en mala calidad de vida (53.3%) seguido de regular calidad de vida (40%) y buena calidad de vida (6.7%). **Conclusión:** Pacientes que recibieron tratamiento de diálisis presentan regular calidad de vida y los que recibieron tratamiento con hemodiálisis presentan mala calidad de vida, lo cual indica que el primer tratamiento es el mas adecuado para conseguir una mejor calidad en vida en el tratamiento de IRC (21).

Mariscal DE.- “Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en hemodiálisis, Hospital Víctor Lazarte Echeagaray – Trujillo, 2018.”

Objetivo: Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, Hospital Víctor Lazarte Echeagaray - Trujillo, 2018. **Metodología:** Estudio descriptivo, no experimental, correlacional. Estuvo conformada de 76 pacientes. El instrumento para evaluar la adherencia al tratamiento es el Test de Morisky-Green. Para la evaluación de la calidad de vida se aplicó el cuestionario de salud KDQOL-SF versión 1.3 específico para pacientes con ER. **Resultado:** Se obtuvo un 60.45% con adherencia al tratamiento; una buena calidad de vida de los pacientes con un 40.8% mientras que 59.2% de mala calidad. **Conclusión:** La relación de las variables en nuestra investigación determino una relación baja entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida la cual resulto ser significativa. (22).

2.1.3. A NIVEL LOCAL

Montesinos. GB.- “Evaluación de la calidad de vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica – 5 en hemodiálisis, en el H.N.A.G.V – Es salud Cusco, 2015.”

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica – 5 en hemodiálisis, en el H.N.A.G.V – Es salud Cusco, 2015

Metodología: Estudio no experimental, descriptivo, prospectivo y transversal; en una muestra de 76 pacientes en hemodiálisis. Se utilizó el Test SF–36 para valorar calidad de vida. **Resultados:** El 53.95% tienen una calidad de vida no saludable. El 51.31 % son mayores de 60 años. El 56.6% son varones. El 57.9% con grado de instrucción superior. El 55.26% son casados, el 52.63% con acceso vascular y el 43.42% reciben terapia de reemplazo renal. Es decir, los varones presentan una calidad de vida más baja que las mujeres; la calidad de vida es mejor en los de grado de instrucción superior; es baja en los casados, en los que utilizan acceso vascular y es más saludable en los que reciben terapia de reemplazo renal de 1 a 5 años. **Conclusión** La calidad de vida del paciente con IRC se ve afectada y esta correlacionada con la etiología, edad, sexo, grado de instrucción, acceso vascular y con el tiempo de terapia de reemplazo renal. (23).

Cjuro. HJ.- “Conocimientos sobre enfermedad renal crónica y capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena, Cusco 2019.”

Objetivo: Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimientos sobre enfermedad renal crónica y capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con Hemodiálisis del HAL, Cusco 2019. **Metodología:** Estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal. Constituido por 74 personas con ERC. Se utilizo una entrevista para recolección de datos generales, un test para identificar el nivel de conocimientos sobre la ERC y un cuestionario para detectar la capacidad de agencia de autocuidado. **Resultados:** El nivel de conocimientos sobre la ERC tiene el 50% de regular nivel y un 39.2% de la capacidad de agencia de autocuidado la mayoría muestra mediano nivel. **Conclusión:** Se concluye que, existe una relación significativa entre los niveles de conocimiento de la ERC con la capacidad de agencia de autocuidado (24).

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Es el padecimiento el cual involucra los dos riñones, se presenta dificultades para la filtración de toxinas en ciertas sustancias en la sangre, se puede identificar menor capacidad en la filtración de glomérulos (TFG) por cantidades menores de 60 ml/min junto con anomalías en la estructura y función con tiempos superiores de 3 meses (25).

Factores que incrementan la posibilidad de daño renal.

- **Edad avanzada:** El padecimiento junto con edades avanzadas presenta efectos tales como dificultades para lograr el equilibrio homeostático, mayor toxicidad de fármacos y posibilidad de necesidad de cirugías de trasplantes de riñón, es así que un factor de riesgo es la edad en cuanto a la enfermedad.
- **Predisposición genética:** Diferentes estudios consideran que la genética tienen impacto entre la enfermedad y el conjunto de polimorfismos presentes en genes especialmente los encargados de la síntesis de moléculas, entre los cuales se presentan el sistema renina angiotensina aldosterona.
- **Factores materno fetales:** La alimentación excesiva en la gestación así como la deficiencia tiene impacto en el feto, lo cual es un factor de riesgo para HTA, DM, problemas metabólicos e IRC en estadios de vida.
- **Raza:** Juegan como un aspecto importante al ser capaces de ser susceptibles, la IRC con mayor posibilidad de HTA y DM en poblaciones afro en América y Caribeñas.
- **Factores socioeconómicos:** Los sectores que presentan necesidades de tipo social y deficiencias económicas presentan mayor cantidad de casos de IRC.
- **Obesidad:** Se encuentra como el factor que aumenta la probabilidad de padecer IRC así como su evolución. Observándose casos de proteinuria, desarrollando glomeruloescleriosis focalizada y segmentada en estudio de los tejidos en usuarios con obesidad.

- **Alcohol y otras bebidas:** Las evidencias indican que el consumo excesivo de alcohol, wiski, cerveza, vino, etc; favorece la HTA y su respectiva evolución de la IRC.
- **Hipertension arterial:** Se relaciona al aumento del nivel de presión en el glomérulo, lo cual causa variaciones de cronicidad en la dinámica de la sangre de la arteriola aferente ocasionando hiperfiltración adaptativa. Siendo el inicio del padecimiento.
- **Diabetes:** Se entiende por diabetes a los problemas asociados al procesamiento de los azúcares y el uso de la insulina, dicha hormona participa en el procesamiento de la glucosa en energía. Al ser el riñón un procesador de sangre, cuando se presenta niveles elevados de azúcar se presenta IRC.
- **Proteinuria y enfermedad renal:** Para los problemas en riñones y corazón, la proteinuria es un factor de riesgo de tipo independiente (26).

ESTADIOS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La NKF (National Kidney Foundation) realiza la clasificación de la IRC en 5 estadios (27).

ESTADIOS	DESCRIPCIÓN	FILTRADO GLOMERULAR ML/MIN/1,73M2
I	Lesión renal con filtrado glomerular normal o aumentado	Mayores a 90 ml por minuto
II	Lesión en función de riñón con disminución leve del filtrado glomerular	60 a 89 ml por minuto
III	Disminución moderada del filtrado glomerular	Entre 30 y 59 ml por minuto
IV	Disminución severa del filtrado glomerular	Entre 15 y 29 ml por minuto
V	Falla renal o diálisis	Menores de 15 ml por minuto

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Durante el inicio de la IRC, no se observa ningún síntoma evidente, al disminuir el filtrado glomerular entre los 30ml por minuto se evidencian las primeras molestias relacionadas con anemia y dificultades en los procesos hidroeléctricos así como la metabolización del calcio y fósforo, en medidas menores de quince ml por minuto se puede evidenciar problemas digestivos, en el corazón y lo neurológico (28).

PIEL	NERVIOSO Y LOCOMOTOR	DIGESTIVO	CARDIO- RESPIRATORIO	OSTEOARTICULAR	ENDOCRINO
Piel pálida	Insomnio	Anorexia	Disnea, edemas	Ostedistrofia	Amenorrea
Equimosis	Asterixis	Náuseas y	HTA	Calcificaciones	Esterilidad
Hematomas	Piernas inquietas	vómitos	Dolor precordial	Alteración del crecimiento	Abortos
Prurito	Debilidad	Fetor urémico y mal sabor	Pericarditis urémica	Fracturas patológicas	Impotencia
Piel seca	Cefalea	de boca	Isquemia arterial periférica		Intolerancia a glucosa
Color Centríno		Hemorragias	arterioesclerosis		hipoglucemia
		Pirosis			
		Estreñimiento			

TRATAMIENTO

Para tratar el padecimiento se ha de tomar en cuenta: la frecuente evaluación de la presión evitando de esta forma el daño del riñón, tratando de conservar el promedio requerido usando angiotensina, evitando cantidad de sodio en dieta como sales, productos procesados, carne y leche.

Diálisis: Es un conjunto de procedimientos en el cual se sacan los tóxicos y excedentes de agua que se encuentran en la sangre, se da usualmente como parte de terapia dirigida a pacientes con fallas en los riñones.

- **Hemodiálisis:**

Consiste en eliminar tóxicos y excesos de líquido por filtros de tipo artificial. Tiene la necesidad de hacer uso de elementos fuera del cuerpo

como catéteres o fistúlas. Se realizan de forma no cotidiana, tres veces en la semana con 3 a 4 horas por tratamiento.

- **Diálisis peritoneal:**

Se elimina el exceso de tóxina y agua por las membranas naturales en específico al peritoneo. Se inserta los catéteres en el agujero del peritoneo insertando liquido estéril generando intercambios no cotidianos.

- **Diálisis peritoneal intermitente (DPI):**

El tiempo para tratar es de cuarenta horas en la semana, entre procesos de diez y doce horas. Se mantiene abierta la cavidad en espera de la sesión próxima. La aplicación en casos agudos es entre cuarenta y sesenta litros.

- **Diálisis peritoneal ambulatoria continua (DIPAC):**

Es un procedimiento de tipo manual en el cual el area abdominal se encuentra llena de agua y es necesario hacerlo en casa del usuario. Se deja el liquido con frecuencias distintas en el día.

- **Trasplante renal:**

Es necesario entrar en procedimiento quirúrgico donde se inserta un riñon nuevo a la persona con IRC, se considera el mejor procedimiento aumentando la posibilidad de vida con mayor calidad en vida e inserción a nivel comunitario. El usuarios debe realizar un constante chequeo (29).

PACIENTES HEMODIALIZADOS

Los usuarios de cuidados en hemodiálisis se encuentran al cuidado de los prestadores de salud, sometidos a diversos tipos de estrés en su día a día en la forma de transportarse y su alimentación. Lidian con problemas asociados a la enfermedad como diuresis y aspectos sexuales, es asi que en consecuencia se pueden presentar problemas mentales asociados (30).

2.2.2. AUTOCUIDADO

Son aquellas acciones de tipo cotidiano referidas a la decisión que los que presentan esta enfermedad asi como su entorno tienen que asumir para el cuidado de la salud. Se aprenden por su aplicación constante y por decisión propia las cuales tienden a forjar mejores prácticas de bienestar caracterizadas de una determinada cultura (31).

LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO SEGÚN DOROTHEA OREM

Son acciones dirigidas a el propio individuo con metas, se dan en determinados momentos de la vida asociadas a hacer posible la salud y satisfacciones positivas en la vida (32).

FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES DEL AUTOCUIDADO

Elementos de tipo interno y externo de las personas que generan un impacto para formar un compromiso con su cuidado personal, siendo factores que influyen la clasificación y su estado de calidad dependiendo de lo que se solicite.

Para Orem y sus postulado hay diez factores que son necesarios para el cuidado personal, entre las cuales se encuentran.

- **Edad:** Cantidad de años hasta el día.
- **Sexo:** Condicion física que diferencia a machos de hembras.
- **Estado de desarrollo:** Implica el nivel de madurez de la persona y los conocimientos, habilidades o recursos personales para las acciones de autocuidado.
- **Estado de Salud:** Capacidad de interpretar el propio bienestar en función a como funciona y cuanto bienestar se tiene para la salud. Se tiene como elementos IMC, TA, historia familiar.
- **Factores del sistema de salud:** Aspectos que dan la posibilidad de obtener afiliación al sistema, citas y medicación.
- **Factores socioculturales:** Son elementos que hacen posible la interrelación entre el contexto y el mismo sujeto se consideran indicadores como la educación, espiritualidad y formar parte de sistemas sociales.
- **Factores del sistema familiar:** Es la interpretación que se tiene respecto a los pilares que apoyan al sujeto que incrementan la salud se puede considerar el estado civil, cuidadores y clima familiar.
- **Factores del medio ambiente:** Aspectos ambientales y del sujeto que hacen posible mejoras en la salud, se entienden por lugar de habitad, factores estresantes, relajación y sueño.
- **Factor patrones de vida:** Conducta de los usuarios relacionados a sus actividades cotidianas se encuentran en relación con el bienestar, se

considerar el uso de cigarrillos, bebidas alcohólicas, sales, fruta, verdura y grasas y el ejercicio.

- **Disponibilidad y adecuación de los recursos:** Son aquellas capacidades de adquisición que tiene cada individuo, se dirige a satisfacer necesidades grupales o individuales se consideran estrato, ocupación, proporcionar el recurso para la familia y lo salarial (33).

META PARADIGMAS PROPUESTO POR OREM PARA EL AUTOCUIDADO:

- **Persona:** Determina al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Con capacidad de conocerse, utilizar las ideas, palabras y símbolos para reflexionar, comunicar y guiar sus esfuerzos, sobre su propia experiencia a fin de tomar acciones de autocuidado dependiente.
- **Salud:** Es el estado de la persona que significa su integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona, concordando con la O.M.S. a la salud es un estado de completo bienestar físico, mental, social y la ausencia de afecciones.
- **Entorno:** Conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlos.
- **Cuidado:** Campo del conocimiento y servicio humano que tiende a cubrir las limitaciones de las personas en el ejercicio de su autocuidado relacionados con su salud y reforzar sus capacidades de autocuidado.
- **Enfermería:** Es el servicio humano, que se presta a las personas que no pueden cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida o el bienestar, proporcionando a las personas o grupos una asistencia directa en el autocuidado, según requerimientos. (34)

DIMENSIONES DEL AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.

- **Alimentación y control de líquidos:** La alimentación y el control de líquidos ayudarán a los pacientes a tener control de los desechos que se quedan en el organismo, ya que al tener dificultades de procesamiento a

nivel renal se produce mayor tensión arterial y problemas relacionados al corazón.

- **Higiene personal y cuidado de la piel:** Son aquellas normativas relacionadas a tener presencia corporal ideal. Entre las recomendaciones se tiene las duchas diarias con elementos neutros y el uso de hidratantes evitando productos que resequen la piel.
- **Descanso, sueño y recreación :** Son actividades que deben ser consideradas como primordiales, se aconseja entre seis y ocho horas para la recuperación del cuerpo.
- **Tratamiento y cuidado del acceso vascular:** Dichos tratamiento como la hemodiálisis son dirigidos a limpiar las toxinas del cuerpo, es trascendental para un sujeto el paso por el acceso vascular por lo cual se recomienda mantenerse hidratado y con el cuidado de la piel.
- **Relaciones interpersonales:** Se entiende como el factor de protección para el bienestar de la persona incluyendo el aspecto en emociones, descanso y relajación se incluye la convivencia y los vínculos. Mantener los aspectos sociales ayudan a la mejor calidad en la vida. (35)

LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Dorothea Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica.

Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda aunque la persona sepa que la necesita.

- **El cuidar de uno mismo:** Proceso de autocuidado que inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud requiere en sí el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre su salud.
- **Limitaciones del cuidado:** Son barreras para el autocuidado que son posibles cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí

misma y quizás no desea adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo buscar ayuda de otros.

- **El aprendizaje del autocuidado:** El aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de acciones de autocuidado internas y externamente (36).

2.2.3. CALIDAD DE VIDA

Al revisar diversos autores se encontró que:

El término hace referencia a las medidas que se encuentran integradas por lo corporal, psíquico y comunitario que interpretan las personas resultantes en consecuencias como sentirse felices, satisfechos y recompensas.

Es la comparación que se hace con respecto a cuán satisfecho se encuentra de su función contra lo que debería.

Es estar satisfecho en términos amplios, consecuentes de la consecución de actos que realizaron como personas. Subjetivamente se encuentra conformada por sentirse bien en lo físico, psíquico y con la comunidad. Incluyendo en lo psíquico lo íntimo, saber como expresar las emociones, sentirse seguros, ser productivos personalmente y en lo objetivo el cuerpo. (37)

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Antiguamente solo se consideraba como parte de la calidad de vida los aspectos médicos corporales o físicos siendo óptimos los aspectos de tratamiento y detección de las enfermedades. Siendo deterministas en cuanto lo biológico.

Para la OMS definir la salud es incluir aspectos diferentes de lo físico, por lo cual incluye elementos como los psíquico y comunitarios. Para los seres humanos tener salud es imprescindible para desarrollarse personalmente y tener felicidad. Entre los aspectos a considerar para la salud es poder hacer normalmente las acciones el día a día. (38)

DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

El instrumento que es utilizado para la calidad de vida poseen puntajes altos y minimos (SF-36); el cual tiene reconocimiento mundial con aspectos beneficiosos como negativos en la calidad de vida. Se consideran:

- **Función física:** Referido a lo saludable y la satisfacción en lo corporal, se evalúa aspectos como el estado de la vista, escucha, expresión y la calidad del descanso, el movimiento, lo motil y la autonomía.
- **Rol físico:** La consencuencias de los problemas en la salud que impactan en lo cotidiano, con deficiencias en el rendir, etc.
- **Dolor corporal:** La influencia del estado de salud en este caso con la enfermedad es evaluado en lo cotidiano.
- **Salud general:** Referente a la percepción (valores, necesidad y actitud) que se tiene el individuo frente a la salud y a la enfermedad.
- **Vitalidad:** Actividades que realiza un sujeto que es capaz de ejercer su vida y desarrollo con vigor y siendo activo.
- **Función social:** Como la salud influye en lo comunal es decir si se aísla existe dificultades físicas y también en el rol social dentro de la familia y el trabajo.
- **Rol emocional:** Se examina la presencia de trastornos depresivos y ansiosos.
- **Salud mental:** Se refiere a las habilidades para sobreponerse a una enfermedad o a su tratamiento con lo aspectos cognitivos claros (39).

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS RELACIONADAS CON LA CALIDAD DE VIDA

Cuando se habla de la calidad de vida relacionada con la salud y determinantes sociodemográficos se encuentra que las mujeres presentan mejores condiciones en salud general, rol emocional, vitalidad y menor dolor corporal en comparación con los hombres, por el contrario, los hombres presentan mejores resultados en función física. En relación con el factor socioeconómico se ha encontrado que las personas con menor nivel socioeconómico presentan peor condición general de salud que las personas pertenecientes a estratos altos. (40)

CALIDAD DE VIDA Y ENFERMEDADES CRÓNICAS

Muchas enfermedades crónicas conllevan un deterioro de la calidad de vida, pues afectan de alguna manera diferentes esferas de la vida laboral y social. En muchas ocasiones, las limitaciones de la enfermedad o la ocurrencia de crisis, aumentan la dependencia y provocan frecuentes y prolongados ingresos hospitalarios; aunque estas limitaciones varía mucho de una persona a otra. La calidad de vida se ha convertido en un indicador de la evolución del estado de salud en estos pacientes, como expresión de una estrategia no sólo de prolongar la vida, sino también de aliviar los síntomas y mantener el funcionamiento vital. Es así que refleja la manera en que las personas experimentan su bienestar mental y físico, sus opiniones acerca de cómo se satisfacen con su vida cotidiana. Así, la calidad de vida relacionada con la salud se refiere al efecto de una determinada enfermedad o tratamiento sobre la vida de un individuo, desde su perspectiva personal, que incluye los síntomas, así como el funcionamiento físico y social. Al estudiar la calidad de vida relacionada con la salud. Se plantean las siguientes dimensiones a tener en consideración:

- **Función física:** Capacidad de realizar las actividades físicas diarias, desplazamiento y cuidado personal.
- **Sensación de bienestar:** Sufrimiento psicológico, como bienestar emocional, afecto, ansiedad y depresión.
- **Función social.** Participación en actividades sociales habituales con la familia y los amigos. Participación y realización de las funciones sociales.
- **Síntomas.** Experiencia subjetiva, sensación o apariencia de funcionalismo anormal, que generalmente es indicativo de una afección o enfermedad.
- **Función intelectual.** Habilidad y capacidad para razonar, pensar, concentrarse y recordar.
- **Evaluación del propio estado de salud.** Impresión subjetiva del estado de salud actual o previa, resistencia a la enfermedad y preocupación por la salud futura. (41)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Insuficiencia Renal Crónica (IRC): Padecimiento que deteriora constantemente el funcionamiento de los riñones, lo cual quiere decir que estos órganos funcionan deficientemente acarreado problemas en cuanto la eliminación de tóxicos y líquidos del cuerpo.

Autocuidado: Son el conjunto de actividades dirigidas a la protección y bienestar propio, impulsando el desarrollo personal.

Calidad de Vida: Hace referencia al bienestar en todos los niveles desde el corporal hasta el comunal.

Hemodiálisis: Proceso para tratar medicamente enfermedades que requieren la eliminación de tóxicos en sangre, en especial lo retenido por padecer de problemas renales, por medio de un aparato.

Salud: Se entiende como la salud completa en todo sus elementos correspondientes, no solo lo físico.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo

Porqué permitió conocer los aspectos de los paciente con insuficiencia renal crónica, el comportamiento y las variables de autocuidado y calidad de vida.

Correlacional

Permitió relacionar el autocuidado y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en el servicio de nefrología del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

Transversal

Se estudió el autocuidado y la calidad de vida aplicando los instrumentos y haciendo un corte en el tiempo, en una sola oportunidad.

3.2. POBLACIÓN

La población estuvo constituida por los pacientes de ambos sexos que acuden al servicio de nefrología del hospital Antonio Lorena del Cusco, en las edades de 18 años a más. Al realizar el promedio censal se tiene que este servicio atiende a 50 pacientes que constituyeron la muestra para el estudio por lo que el muestreo es no probabilístico censal.

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Pacientes:

- Con IRC que están en los estadios III, IV y V con diálisis
- Con IRC que acuden regularmente a su control de hemodiálisis al hospital Antonio Lorena del Cusco
- Con regular asistencia a sus citas programadas (período mínimo 6 meses)
- De ambos sexos
- Lúcidos orientados en tiempo espacio y persona.

- Con participación voluntaria en la investigación y que firmaron el consentimiento informado.

3.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes:

- Que han abandonado el tratamiento y aún están con diagnóstico de insuficiencia renal crónica.
- Con alguna limitación mental
- Menores de 18 años
- Que no se encuentren durante la aplicación del instrumento
- Que deseen participar en el estudio de investigación

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
AUTOCUIDADO	Actividades que realizan las personas, familias y comunidades, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad en toda sus dimensiones como es la alimentación y control de líquidos; higiene personal y cuidado de la piel; tratamiento y cuidados del acceso vascular; descanso ,	ALIMENTACIÓN Y CONTROL DE LÍQUIDOS	<ul style="list-style-type: none"> - Consume alimentos con aporte de sal. - Consume alimentos cítricos con frecuencia. - Consume líquidos en gran cantidad. - Consume alimentos en gran cantidad por que le da mucha hambre. - Controla diariamente su peso para evitar excesos y retener líquidos. - Consume sus alimentos a horas establecidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuado (10 - 12 puntos) - Poco adecuado (08 – 09 puntos) - Inadecuado (00 – 07 puntos) 	Ordinal
		HIGIENE PERSONAL Y CUIDADO DE PIEL	<ul style="list-style-type: none"> - Se expone al sol sin utilizar protector solar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuado (06 puntos) 	Ordinal

	sueño, recreación y relaciones interpersonales.		<ul style="list-style-type: none"> - Evita exponerse muchas horas al sol. - Se baña todos los días. 	<ul style="list-style-type: none"> - Poco adecuado (04 – 05 puntos) - Inadecuado (00 – 03 puntos) 	
		TRATAMIENTO Y CUIDADOS DEL ACCESO VASCULAR	<ul style="list-style-type: none"> - Asiste a sus diálisis según lo establecido - Realiza la higiene de su fistula arteriovenosa con agua y jabones neutros - Evita levantar peso con su brazo donde se encuentra la fistula arteriovenosa. - Busca estar informado sobre su enfermedad - Acude a sus controles médicos periódicamente - Cumple con el tratamiento médico indicado 	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuado (14 puntos) - Poco adecuado (11 – 13 puntos) - Adecuado (00 – 10 puntos) 	Ordinal

			<ul style="list-style-type: none"> - Valora su acceso vascular mediante la palpación y la observación. 		
		DESCANSO, SUEÑO Y RECREACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Practica caminatas, paseos familiares, fiestas, etc. - Cumple horarios regulares de sueño y descanso. - Piensa constantemente en su enfermedad. - Cuando esta estresado realiza alguna actividad de relajación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuado (05 – 08 puntos) - Poco adecuado (03 – 04 puntos) - Inadecuado (00 – 02 puntos) 	Ordinal
		RELACIONES INTERPERSONALES	<ul style="list-style-type: none"> - Las relaciones con los miembros de su familia son positivas. - Rápido siente que se estresa ante situaciones difíciles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuado (03 – 04 puntos) - Poco adecuado (02 puntos) - Inadecuado (00 – 01 puntos) 	Ordinal

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
CALIDAD DE VIDA	Calidad de vida es una valoración que se realiza una persona de acuerdo, esta refleja el grado de satisfacción en todas sus dimensiones como es la función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol	FUNCIÓN FÍSICA	<ul style="list-style-type: none"> - Le limita realizar esfuerzos intensos como: correr levantar objetos y deporte. - Le limita realizar esfuerzos moderados como: caminar y actividades de hogar. - Le limita para llevar la bolsa de compra. - Le limita subir uno o varios pisos de la escalera. - Se limita para arrodillarse. 	<ul style="list-style-type: none"> - Peor estado de salud (0 – 33 puntos) - Regular estado de salud (34 – 67 puntos) - Buen estado de salud (68 – 100 puntos) 	Ordinal
		ROL FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> - Reducio su tiempo dedicado a su trabajo y actividades cotidianas. - Hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física. 		
		DOLOR CORPORAL	<ul style="list-style-type: none"> - Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo. - Hasta que punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual. 		
		SALUD GENERAL	<ul style="list-style-type: none"> - Se pone enfermo mas fácil. - Esta sano como cualquiera. 		

	emocional y salud mental.		<ul style="list-style-type: none"> - Crees que te salud va a empeorar. - Tu salud es excelente.
		VITALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Se siente lleno de vitalidad. - Tiene mucha energía. - Se siente agotado. - Se siente cansado.
		FUNCIÓN SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Le dificulto su salud física en sus actividades con la familia y amigos. - Con que frecuencia la salud física a dificultado sus actividades sociales.
		ROL EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o actividades cotidianas a causa de algún problema emocional. - No hizo sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional.
		SALUD MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> - Esta nervioso - Se sintió tan bajo de moral. - Cuanto tiempo se sintió tranquilo. - Se siente desanimado y triste. - Cuanto tiempo se sintió feliz.

CARACTERISTICAS GENERALES	DEFINICIÓN	CATEGORIA	ESCALA
Edad	Tiempo vivido en años por el encuestado, agrupados por etapas del ciclo vital.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 18 – 29 años ✓ 30 – 59 años ✓ 60 – a mas 	Intervalar
Sexo	Indica la condición orgánica, masculina o femenina del encuestado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Masculino ✓ Femenino 	Nominal
Estado civil	Situación actual de la persona en la familia y sociedad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soltero ✓ Casado ✓ Viudo ✓ Divorciado ✓ Conviviente ✓ Separado 	Nominal
Nivel educativo	Es el nivel de educación más alto que una persona a terminado.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analfabeto ✓ Inicial ✓ Primaria ✓ Secundaria ✓ Superior 	Nominal
Situación economica	Se refiere al conjunto de bienes que integran el patrimonio de una persona (solvencia)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Si ✓ No 	Nominal

3.6. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.6.1. TÉCNICAS

- **Entrevista:** Se utilizó esta técnica para recopilar los datos generales e identificar la práctica de autocuidado, a través de los instrumentos, utilizando la comunicación directa entre los investigadores y los sujetos de estudio, con el objetivo de obtener respuestas verbales que fueron plasmadas en el instrumento.
- **Observación:** Se utilizó esta técnica para poder observar y recolectar datos sobre las actividades de autocuidado que realizan los pacientes.

3.6.2. INSTRUMENTO

Para el estudio de la investigación se utilizó tres instrumentos en tres partes:

Primera parte: Consta de las características generales que son edad, sexo, estado civil, nivel educativo y situación económica.

Segunda parte: Autocuidado

Un cuestionario para determinar el autocuidado de pacientes con insuficiencia renal crónica, empleando la escala de lickert, que permitirá obtener la información a cerca del autocuidado. Los datos específicos con 22 preguntas cerradas que contenía información sobre los autocuidados del paciente, en las dimensiones: Alimentación y control de líquidos; tratamiento y cuidado del acceso vascular; descanso, sueño y recreación; y las relaciones interpersonales con tres alternativas de respuesta: Siempre, A veces, y Nunca.

- Alimentación y control de líquidos: (6 ítems) 1, 2, 3, 4, 5, 6
- Higiene persona y cuidado de la piel: (3 ítems) 7, 8, 9
- Tratamiento y cuidados del acceso vascular (7 ítems) 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
- Descanso sueño y recreación: (4 ítems) 17, 18, 19, 20
- Relaciones interpersonales: (2 ítems) 21, 22

Rangos de valoración

Autocuidado en alimentación y control de líquidos.

- Adecuado 10 – 12 puntos
- Poco adecuado 08 – 09 puntos
- Inadecuado 00 – 07 puntos

Autocuidado en higiene y cuidados de la piel.

- Adecuado 06 puntos
- Poco adecuado 04 – 05 puntos
- Inadecuado 00 – 03 puntos

Autocuidado en tratamiento y cuidado del acceso vascular.

- Adecuado 14 puntos
- Poco adecuado 11 – 13 puntos
- Adecuado 00 – 10

Autocuidado en descanso, recreación y sueño.

- Adecuado 05 – 08
- Poco adecuado 03 – 04
- Inadecuado 00 - 02

Autocuidado en las relaciones interpersonales.

- Adecuado 03 – 04
- Poco adecuado 02
- Inadecuado 00 – 01

Tercera parte: Calidad de vida SF-36v2

Es un cuestionario que permitio evaluar a los pacientes con insuficiencia renal crónica en etapa de hemodiálisis, sobre su vida cotidiana y estilos de vida. El SF-36v2 contiene 36 temas que detectan tanto estados positivos como negativos de salud, que conforman 8 dimensiones y las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia.

El cuestionario de calidad de vida SF-36v2, fue desarrollado a principios de los noventa, en Estados Unidos, por la Medical Outcomes Study (MOS); es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general; se ha convertido en un instrumento muy útil en la evaluación de resultados en nuestro medio.

1	Función física	Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos.	(10 temas) 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12,
2	Rol físico	Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades.	(4 temas) 13, 14, 15, 16
3	Dolor corporal	Valora la Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.	(2 temas) 21, 22
4	Salud general	Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.	(5 temas) 1, 33, 34, 35, 36

5	Vitalidad	Cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.	(4 temas) 23, 27, 29, 31
6	Función social	Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.	(2 temas) 20, 32
7	Rol emocional	Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias.	(3 temas) 17, 18, 19
8	Salud mental	Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general	(5 temas) 24, 25, 26, 28, 30

Intrumento de calidad de vida.

La calificación de este Cuestionario se realiza de la siguiente manera:

Peor estado de salud: 0 – 33 puntos

Regular estado de salud: 34 – 67 puntos

Buen estado de salud: 68 – 100 puntos

3.7. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Se utilizo el instrumento de autocuidado que fue creado por minchón (1998) y modificado por mayra cabrera sosaya, en chiclayo, en el año 2013, cuya confiabilidad y validación del contenido lo realizó mediante el análisis y juicio de expertos por enfermeras Especialistas en Cuidados de Nefrología.

El Short form-36 Health Survey (SF-36v2) ha sido validado en diferentes grupos poblacionales cumpliendo con criterios de relevancia y validez (Alonso, 1999; Jenkinson, Wright, Coulter, 1994; McHorney, Ware, Raczek, 1993; Brazier y Harper, 1992). Ware y Sherbourne, en 1992 reportaron un índice de confiabilidad (Alpha Cronbach) > 0.85, coeficiente de relevancia > 0.75 para todas las dimensiones, excepto para el funcionamiento social.

3.8. PROCESAMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El proceso de la recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

- Se inició con los trámites respectivos a la administración de escuela profesional de Enfermería y jefatura de Enfermería del Hospital Antonio Lorena del Cusco, mediante un oficio escrito.
- Con la autorización de ambas instituciones se procedió a realizar la aplicación de los instrumentos.
- Se aplicó la encuesta a los pacientes con insuficiencia renal crónica del servicio de nefrología del Hospital Antonio Lorena del Cusco.
- La duración de aplicación del instrumento por cada paciente fue de 30 minutos aproximadamente.
- Los datos se recolectaron durante los días de internamiento y control de tratamiento de los pacientes del hospital Antonio Lorena del Cusco.
- Se aplicó los instrumentos de la investigación de lunes a domingo en horario de la tarde de 13:00pm a 17:00pm.

3.9. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

La información recolectada fue organizada haciendo uso de una base de datos con ayuda del software Excel 2016, asimismo se empleó el software estadístico SPSS V.25 para el análisis de los datos con la ayuda de profesional estadístico, para posteriormente obtener las tablas con el porcentaje, dicho trabajo tuvo una duración de 5 días.

Los resultados fueron presentados haciendo uso de tablas estadísticas, se empleó la prueba estadística de independencia estadística Chi cuadrado de Pearson, y el análisis de correlación haciendo uso del coeficiente de correlación de Spearman, para demostrar la relación entre el autocuidado y la calidad de vida en los pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados en el servicio de nefrología del hospital Antonio Lorena Cusco.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

El presente capítulo refleja los resultados obtenidos de la investigación, presentando las tablas y gráficos con su respectivo análisis e interpretación. Se incluye las conclusiones y sus respectivas sugerencias.

TABLA N°1

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA HEMODIALIZÁDOS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO - 2020.

Características	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Edad	18-29	7	14%
	30-59	28	56%
	60 a más	15	30%
Sexo	Femenino	22	44%
	Masculino	28	56%
Estado civil	Soltero	7	14%
	Casado	20	40%
	Viudo	10	20%
	Divorciado	4	8%
	Conviviente	7	14%
	Separado	2	4%
Nivel educativo	Sin nivel o analfabeto	1	2%
	Inicial	7	14%
	Primaria	14	28%
	Secundaria	19	38%
	Superior	9	18%
Situación económica	Adecuada	32	64%
	Inadecuada	18	36%
Total		50	100%

Fuente: cuestionario de autocuidado de Michon y calidad de vida SF-36v2.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del total de pacientes encuestados el 56% tienen edades comprendidas entre los 30 y 59 años de edad; el 44% es de sexo femenino, mientras que el 56% de sexo masculino; el 14% son solteros, mientras que el 40% son casados, el 20% viudos, el 8% divorciados y el 14% convivientes, además el 4% son separados; el 2% de los pacientes son analfabetos, el 14% tienen estudios de inicial, el 28% estudios de primaria, el 38% estudios de secundaria y el 18% tiene educación superior; el 64% tienen una adecuada situación económica, mientras que el 36% es inadecuada.

Chillogallo, SC.- El sexo masculino tiene un mayor predominio con el 58% a diferencia del sexo femenino, edades comprendidas entre 41-50 años con un (31%).

Chuctaya. CD y Enriquez. FM.- En cuanto a las características generales refiere, la mayoría fueron mujeres con el 51.4%; de edades entre 30 a 59 años con el 50%; estado civil casados el 52.7%; con grado de instrucción superior el 34.7%; que no trabajan el 52.8%. Este estudio difiere de la investigación con mas predominio en el sexo femenino.

Estos estudios muestran similitud con la población de estudio tanto en la edad y sexo donde la edad predominante es de 30 a 59 años con 56%, el sexo masculino con 56%, el 40% son casados, el 28% tienen estudios primarios y el 64% tienen una situación económica adecuada.

TABLA N°2
AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
HEMODIALIZÁDOS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL
ANTONIO LORENA, CUSCO – 2020

Autocuidado	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Alimentación y control de líquidos	Inadecuado	17	34%
	Poco adecuado	28	56%
	Adecuado	5	10%
Higiene personal y cuidado de la piel	Inadecuado	31	62%
	Poco adecuado	16	32%
	Adecuado	3	6%
Tratamiento y cuidados del acceso vascular	Inadecuado	20	40%
	Poco adecuado	26	52%
	Adecuado	4	8%
Descanso sueño y recreación	Inadecuado	6	12%
	Poco adecuado	29	58%
	Adecuado	15	30%
Relaciones interpersonales	Inadecuado	9	18%
	Poco adecuado	24	48%
	Adecuado	17	34%
Autocuidado	Inadecuado	14	28%
	Poco adecuado	34	68%
	Adecuado	2	4%
Total		50	100%

Fuente: cuestionario de autocuidado de Michon y calidad de vida SF-36v2.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 28% de los pacientes encuestados presentan un inadecuado autocuidado, el 68% tienen cuidado poco adecuado y el 4% tienen un adecuado autocuidado.

En la alimentación y control de líquidos el 56% tiene cuidado poco adecuado; la higiene personal y cuidado de la piel, presenta el 62% de los pacientes tienen un inadecuado cuidado; los tratamientos y cuidados del acceso vascular hacen ver que el 52% se ubican en la categoría de poco adecuado; Para el descanso sueño y recreación muestran que el 58% se ubican en la categoría de poco adecuado; las relaciones interpersonales indican que el 48% en la categoría de poco adecuado.

Chillogallo, SC.- Concluye que el autocuidado en los pacientes con IRC, en la dieta no es el adecuado debido a que la mayoría no cumplen con la dieta indicada, consumiendo a diario el sodio, potasio, fósforo y líquidos, siendo esto perjudicial para su salud y en relación al ejercicio físico existe un déficit de autocuidado, ya que los pacientes manifiestan que no realizan ninguna actividad física.

Chuctaya. CD y Enriquez. FM.- Indica para la variable de autocuidado en sus dimensiones: Interacción social (43.1%), actividad y reposo (77.7%), consumo de alimentos (37.5%); es decir, que el 77.8% de la población posee un regular nivel de autocuidado los que asisten al programa DIPAC.

Si existe similitud en los resultados con las investigaciones de los autores citados, donde presentan un inadecuado autocuidado.

TABLA N° 3
AUTOCUIDADO SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES EN
PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
HEMODIALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL
HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO – 2020

		Autocuidado					
		Inadecuado		Poco adecuado		Adecuado	
		n	%	n	%	n	%
Edad	18-29	6	85,7	1	14,3	0	0,0
	30-59	4	14,3	22	78,6	2	7,1
	60 a más	4	26,7	11	73,3	0	0,0
Chi cuadrado		15,282		p-valor		0,004	
Sexo	Femenino	3	13,6	19	86,4	0	0,0
	Masculino	11	39,3	15	53,6	2	7,1
Chi cuadrado		6,414		p-valor		0,040	
Estado civil	Soltero	4	57,1	3	42,9	0	0,0
	Casado	2	10,0	17	85,0	1	5,0
	Viudo	4	40,0	6	60,0	0	0,0
	Divorciado	2	50,0	2	50,0	0	0,0
	Conviviente	2	28,6	4	57,1	1	14,3
	Separado	0	0,0	2	100,0	0	0,0
Chi cuadrado		11,233		p-valor		0,340	
Nivel educativo	Sin nivel o analfabeto	1	100,0	0	0,0	0	0,0
	Inicial	4	57,1	3	42,9	0	0,0
	Primaria	2	14,3	12	85,7	0	0,0
	Secundaria	4	21,1	13	68,4	2	10,5
	Superior	3	33,3	6	66,7	0	0,0
Chi cuadrado		10,577		p-valor		0,227	
Situación económica	Adecuada	7	21,9	24	75,0	1	3,1
	Inadecuada	7	38,9	10	55,6	1	5,6
Chi cuadrado		2,002		p-valor		0,368	

Fuente: cuestionario de autocuidado de Michon y calidad de vida SF-36v2.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 85.7% de los pacientes cuyas edades están comprendidas entre los 18 y 29 años presentan un inadecuado autocuidado, en tanto que el 78.6% de los pacientes cuyas edades están entre 30 y 59 años; el 86.4% de las mujeres presentan un autocuidado poco adecuado, mientras los varones el 53.6% es poco adecuado y el 39.3% en la categoría de inadecuada, existiendo un 7.1% en la categoría de adecuado; para la categoría inadecuada el 57.1% solteros, el 50% divorciados y el 40% viudos, en tanto que en la categoría de poco adecuado se tiene que del 100% son separados, 85% casados, 60% viudos y el 57.1% convivientes, se tiene que el 14.3% de los convivientes se ubica en la categoría de adecuado seguido por el 5% correspondiente a los casados.

El nivel educativo se aprecia en la categoría de inadecuado se ubica el 100% de los pacientes sin nivel o analfabetos, para la categoría de poco adecuado, el 85.7% de aquellos pacientes que tienen nivel educativo primaria y el 10.5% de los pacientes con nivel educativo secundaria se ubica en la categoría de adecuado; la situación económica y el autocuidado, se tiene 38.9% de los pacientes que tienen una situación inadecuada, el 75% es poco adecuada mientras que 5.6% es adecuada.

La prueba de independencia estadística Chi Cuadrado de Pearson muestra que la edad y el sexo presentan vínculo estadístico con el autocuidado, pues el P valor encontrado en ambos casos está por debajo del 5% (0.004 y 0.040 respectivamente), en tanto que las variables estado civil, nivel educativo, situación económica, no presentan una relación significativa con el autocuidado, en términos estadísticos.

Gómez, D.- Refiere que algunos factores como la edad y la educación influyeron en el autocuidado debido a que algunos participantes no poseen conocimiento de la insuficiencia renal crónica y la hemodiálisis.

Cjuro. HJ.- Indica el nivel de conocimiento de los pacientes sobre la IRC tiene el 50% de regular nivel y un 39.2% de la capacidad de autocuidado la mayoría muestra mediano nivel. Concluyendo que existe una relación significativa entre ambas.

Si coincide el resultado con la investigación del autor citado, indicando que existe un autocuidado inadecuado y poco adecuado en las edades de 50 años a más.

TABLA N°4

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
HEMODIALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL
ANTONIO LORENA, CUSCO – 2020**

Calidad de vida	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Función física	Peor estado de salud	8	16%
	Regular estado de salud	36	72%
	Buen estado de salud	6	12%
Rol físico	Peor estado de salud	27	54%
	Regular estado de salud	21	42%
	Buen estado de salud	2	4%
Dolor corporal	Peor estado de salud	13	26%
	Regular estado de salud	35	70%
	Buen estado de salud	2	4%
Salud general	Peor estado de salud	7	14%
	Regular estado de salud	38	76%
	Buen estado de salud	5	10%
Vitalidad	Peor estado de salud	9	18%
	Regular estado de salud	35	70%
	Buen estado de salud	6	12%
Función social	Peor estado de salud	14	28%
	Regular estado de salud	28	56%
	Buen estado de salud	8	16%
Rol emocional	Peor estado de salud	25	50%
	Regular estado de salud	20	40%
	Buen estado de salud	5	10%
Salud mental	Peor estado de salud	13	26%
	Regular estado de salud	34	68%
	Buen estado de salud	3	6%
Calidad de vida	Peor estado de salud	9	18%
	Regular estado de salud	39	78%
	Buen estado de salud	2	4%
Total		50	100%

Fuente: cuestionario de autocuidado de Michon y calidad de vida SF-36v2.

ANÁLISIS E INTERPERTACIÓN

Los resultados para la variable calidad de vida muestra que el 78% se ubican en la categoría de regular estado de salud; en las dimensiones como: la función física 72%, el dolor corporal 70%, la salud general 76%, la vitalidad 70%, la función social muestra 56% y la salud mental 68% se ubican en la categoría de regular estado de salud; seguidamente para las dimensiones de rol físico 54% y rol emocional 50% se ubica en la categoría de peor estado de salud.

Alarcón EN.- El 56% refirió un nivel de calidad de vida regular; en las dimensiones de función física 52%; el rol físico 54%, la vitalidad 54% el rol emocional 40% la salud mental 56% se encuentran en la categoría regular estado de salud; para las dimensiones como dolor corporal 56% y salud general 60% se encuentran en la categoría deficiente estado de salud. 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.

Chuctaya. CD y enriquez. FM.- La calidad de vida se obtuvo por dimensiones: en la dimensión de función física 81.9%, dolor corporal 55.6%, salud mental 54.2%, componente físico 44.5% y componente mental 53.7% tienen buen estado de salud. Se obtuvo regular estado de salud en las dimensiones de: salud general 59.7%, vitalidad 58.3%, función social 45.8% y peor estado de salud en: rol físico 43.1% y rol emocional 37.5%. Se concluyó que la calidad de vida en la mayoría de la población estudiada, tiene un regular estado de salud con un 58.4%, seguido del buen estado de salud.

Si existe una similitud en los resultados hallados con las investigaciones de los autores citados, indicando que presentan regular estado de salud.

TABLA N°5
CALIDAD DE VIDA SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES
EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
HEMODIALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL
HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO – 2020

		Calidad de vida					
		Peor estado de salud		Regular estado de salud		Buen estado de salud	
		n	%	n	%	n	%
Edad	18-29	3	42,9	4	57,1	0	0,0
	30-59	3	10,7	23	82,1	2	7,1
	60 a más	3	20,0	12	80,0	0	0,0
Chi cuadrado		5,293		p-valor		0,259	
Sexo	Femenino	3	13,6	19	86,4	0	0,0
	Masculino	6	21,4	20	71,4	2	7,1
Chi cuadrado		2,339		p-valor		0,310	
Estado civil	Soltero	3	42,9	4	57,1	0	0,0
	Casado	1	5,0	18	90,0	1	5,0
	Viudo	3	30,0	7	70,0	0	0,0
	Divorciado	1	25,0	3	75,0	0	0,0
	Conviviente	1	14,3	5	71,4	1	14,3
	Separado	0	0,0	2	100,0	0	0,0
Chi cuadrado		9,434		p-valor		0,491	
Nivel educativo	Sin nivel o analfabeto	1	100,0	0	0,0	0	0,0
	Inicial	3	42,9	4	57,1	0	0,0
	Primaria	1	7,1	13	92,9	0	0,0
	Secundaria	2	10,5	15	78,9	2	10,5
	Superior	2	22,2	7	77,8	0	0,0
Chi cuadrado		12,566		p-valor		0,128	
Situación económica	Adecuada	4	12,5	27	84,4	1	3,1
	Inadecuada	5	27,8	12	66,7	1	5,6
Chi cuadrado		2,127		p-valor		0,345	

Fuente: cuestionario de autocuidado de Michon y calidad de vida SF-36v2.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Para la calidad de vida según las características generales el 82.1% con edades entre 30 y 59 años ; el 86.4% son de sexo femenino, el 100% con estado civil separado, el 84.4% con situación económica adecuada se ubican en la categoría de regular estado de salud; seguidamente el 100% con de nivel educativo analfabeto se ubica en la categoría peor estado de salud.

La prueba de independencia estadística Chi Cuadrado de Pearson, muestra que ninguna de las variables correspondientes a las características generales de la población presenta vínculo estadístico con la calidad de vida, pues los valores encontrados para el P valor, están por debajo del 5% en todos los casos.

Montesinos. GB.- Refiere que los varones presentan una calidad de vida más baja que las mujeres; la calidad de vida es mejor en los de grado de instrucción superior; es baja en los casados, en los que utilizan acceso vascular y es más saludable en los que reciben terapia de reemplazo renal de 1 a 5 años. Concluyendo que la calidad de vida del paciente con IRC se ve afectada y esta correlacionada con la etiología, edad, sexo, grado de instrucción, acceso vascular y con el tiempo de terapia de reemplazo renal.

Se llega a la conclusión que las características generales de los pacientes llegan a tener influencia en la calidad de vida por tanto si existe similitud en los resultados de la investigación con el autor citado.

TABLA N°6

RELACIÓN ENTRE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA HEMODIALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO – 2020

Rho de Spearman		Alimentación y control de líquidos	Higiene personal y cuidado de la piel	Tratamiento y cuidados del acceso vascular	Descanso sueño y recreación	Relaciones interpersonales	Autocuidado
Función física	Coeficiente de correlación	,401**	,336*	,602**	,422**	,601**	,546**
	Sig. (bilateral)	,004	,017	,000	,002	,000	,000
Rol físico	Coeficiente de correlación	,603**	,613**	,401**	,266	,321*	,636**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,004	,062	,023	,000
Dolor corporal	Coeficiente de correlación	,464**	,460**	,522**	,350*	,360*	,449**
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,000	,013	,010	,001
Salud general	Coeficiente de correlación	,479**	,354*	,341*	,283*	,366**	,416**
	Sig. (bilateral)	,000	,012	,016	,047	,009	,003
Vitalidad	Coeficiente de correlación	,356*	,278	,412**	,489**	,594**	,511**
	Sig. (bilateral)	,011	,050	,003	,000	,000	,000
Función social	Coeficiente de correlación	,315*	,196	,535**	,266	,293*	,432**
	Sig. (bilateral)	,026	,173	,000	,062	,039	,002
Rol emocional	Coeficiente de correlación	,488**	,675**	,319*	,158	,278	,515**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,024	,274	,051	,000
Salud mental	Coeficiente de correlación	,532**	,448**	,593**	,395**	,548**	,693**
	Sig. (bilateral)	,000	,001	,000	,005	,000	,000
Calidad de vida	Coeficiente de correlación	,594**	,470**	,625**	,573**	,568**	,702**
	Sig. (bilateral)	,000	,001	,000	,000	,000	,000

Fuente: cuestionario de autocuidado de Michon y calidad de vida SF-36v2.

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

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Las variables calidad de vida y autocuidado existe relación significativa y directa, pues el P valor encontrado o significación bilateral, alcanza el valor de 0.000, que está por debajo del 5%, lo cual permite rechazar la hipótesis nula que plantea una correlación igual a cero. De la tabla se aprecia que el coeficiente de relación de Spearman encontrado es de 0.702, lo cual ubica en la correlación en un nivel alto, quiere decir que cuanto mejor se dé el autocuidado mejor ha de ser la calidad de vida y viceversa.

En relación al autocuidado presenta relación moderada con cada una de las dimensiones de la variable calidad de vida, siendo el mayor valor obtenido de 0.693 con la dimensión salud mental, seguido del valor de 0.636 con la dimensión rol físico, la variable calidad de vida presenta también correlación moderada con cada una de las dimensiones de la variable autocuidado, alcanzando el mayor valor para dicho coeficiente con la dimensión tratamiento y cuidados del acceso vascular con 0.625, seguido de la dimensión alimentación y control de líquidos, con la que alcanza el valor de 0.594 para el coeficiente de correlación de Spearman.

Chuctaya. CD y enriquez. FM.- El autocuidado en la mayoría de la población presenta un nivel regular con un 77.8%, seguido para la calidad de vida un regular estado de salud con un 58.4%; por lo que se acepta la hipótesis que señala que existe relación entre las variables autocuidado y calidad de vida.

Cieza. EJ.- El autocuidado es inadecuado 70% y adecuado 30%, la calidad de vida baja 60% y alta 40%. Concluyendo que el autocuidado tiene una relación significativa con la calidad de vida de usuarios con Insuficiencia Renal Crónica en el servicio de Hemodiálisis, por lo tanto se acepta la hipótesis planteada.

Si existe similitud en la relación entre autocuidado y la calidad de vida en los resultados hallados en la investigación con el autor citado que presentan regular estado de salud.

TABLA N° 7

CORRELACIÓN ENTRE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA HEMODIALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA, CUSCO – 2020

Variable	Categorías	Valor	Significación aproximada
Edad	18-29	,354	,437
	30-59	,909**	,000
	60 a más	,452	,091
Sexo	Femenino	,614*	,002
	Masculino	,740**	,000
Estado civil	Soltero	,750	,052
	Casado	,817**	,000
	Viudo	,356	,312
	Divorciado	,577	,423
	Conviviente	,820*	,024
	Separado		
Nivel educativo	Sin nivel o analfabeto		
	Inicial	,167	,721
	Primaria	,679**	,008
	Secundaria	,818**	,000
	Superior	,756*	,018
Situación económica	Adecuada	,580*	,001
	Inadecuada	,821**	,000

Fuente: cuestionario de autocuidado de Michon y calidad de vida SF-36v2.

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

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La correlación según la edad están comprendidas entre 30 y 59 años de edad que presenta un nivel de correlación significativo al 5% alto y directo, alcanzando el valor de 0.909 para el coeficiente correlación de Spearman, mientras que en los otros grupos etarios no se presenta correlación.

En el caso de las mujeres la correlación es significativa y alcanza el valor de 0.614 el cual consiste que Spearman indica una correlación moderada, en tanto los varones la correlación es de 0.740 siendo esta alta directa y significativa al 5%.

Por su parte el Estado civil son los casados los que alcanzan una correlación significativa al 5%, con un coeficiente de 0.817 que muestra que la correlación es alta, también se muestra correlación alta y directa para los convivientes alcanzando el valor de 0.820, que muestra que la correlación entre el autocuidado y la calidad de vida presenta una asociación intensa.

Para el nivel educativo los resultados muestran que existe correlación entre las variables autocuidado y calidad de vida para aquellos que poseen primaria, secundaria y superior, obteniéndose el valor de 0,817 para el coeficiente de correlación de Spearman en el caso de secundaria, seguido de superior para el que se alcanza el valor de 0.756 y primaria con el valor de 0.679.

Finalmente, para la situación económica se puede apreciar que para los pacientes con situación adecuada como inadecuada se presenta correlación significativa, en el caso de los que tienen situación económica adecuada la correlación es moderada, alcanzando el valor de 0.580 para el coeficiente de correlación de Spearman; mientras que para los que tienen situación económica adecuada el consiste de correlación es de 0.821 que indica una correlación alta y directa.

No existe similitud con ningún autor hallado en la investigación.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo es determinar la relación entre el autocuidado y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica hemodializados en el servicio de nefrología del Hospital Antonio Lorena del Cusco – 2020. Es una investigación de tipo descriptivo, diseño correlacional y corte transversal. De la población objetivo estuvo conformado por 50 personas con insuficiencia renal crónica que acuden al servicio de hemodiálisis se puede determinar que:

Respecto a las características generales se obtiene que Del total de pacientes encuestados el 56% tienen edades comprendidas entre los 30 y 59 años de edad; el 44% es de sexo femenino, mientras que el 56% de sexo masculino; el 14% son solteros, mientras que el 40% son casados, el 20% viudos, el 8% divorciados y el 14% convivientes, además el 4% son separados; el 2% de los pacientes son analfabetos, el 14% tienen estudios de inicial, el 28% estudios de primaria, el 38% estudios de secundaria y el 18% tiene educación superior; el 64% tienen una adecuada situación económica, mientras que el 36% es inadecuada.

En cuanto a la variable de autocuidado El 28% de los pacientes encuestados presentan un inadecuado autocuidado, el 68% tienen cuidado poco adecuado y el 4% tienen un adecuado autocuidado. En la alimentación y control de líquidos el 56% tiene cuidado poco adecuado; la higiene personal y cuidado de la piel, presenta el 62% de los pacientes tienen un inadecuado cuidado; los tratamientos y cuidados del acceso vascular hacen ver que el 52% se ubican en la categoría de poco adecuado; Para el descanso sueño y recreación muestran que el 58% se ubican en la categoría de poco adecuado; las relaciones interpersonales indican que el 48% en la categoría de poco adecuado. El 85.7% de los pacientes cuyas edades están comprendidas entre los 18 y 29 años presentan un inadecuado autocuidado, el 86.4% de las mujeres presentan un autocuidado poco adecuado, mientras los varones el 53.6% y el el 57.1% solteros el 85.7% de aquellos pacientes que tienen nivel educativo primaria y el 10.5% de los pacientes con nivel educativo secundaria Con respecto a la variable de calidad de vida muestra que el 78% se ubican en la categoría de regular estado de salud; en las dimensiones como: la función física

72%, el dolor corporal 70%, la salud general 76%, la vitalidad 70%, la función social muestra 56% y la salud mental 68% se ubican en la categoría de regular estado de salud; seguidamente para las dimensiones de rol físico 54% y rol emocional 50% se ubica en la categoría de peor estado de salud, el 82.1% con edades entre 30 y 59 años ; el 86.4% son de sexo femenino, el 100% con estado civil separado, el 84.4% con situación económica adecuada se ubican en la categoría de regular estado de salud; seguidamente el 100% con de nivel educativo analfabeto se ubica en la categoría peor estado de salud.

En cuanto a la relación entre el autocuidado y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica, existe relación significativa y directa, pues el P valor encontrado o significación bilateral, alcanza el valor de 0.000, que está por debajo del 5%, lo cual permite rechazar la hipótesis nula que plantea una correlación igual a cero. De la tabla se aprecia que el coeficiente de relación de Spearman encontrado es de 0.702, lo cual ubica en la correlación en un nivel alto, quiere decir que cuanto mejor se dé el autocuidado mejor ha de ser la calidad de vida y viceversa.

En relación al autocuidado presenta relación moderada con cada una de las dimensiones de la variable calidad de vida, siendo el mayor valor obtenido de 0.693 con la dimensión salud mental, seguido del valor de 0.636 con la dimensión rol físico, la variable calidad de vida presenta también correlación moderada con cada una de las dimensiones de la variable autocuidado, alcanzando el mayor valor para dicho coeficiente con la dimensión tratamiento y cuidados del acceso vascular con 0.625, seguido de la dimensión alimentación y control de líquidos, con la que alcanza el valor de 0.594 para el coeficiente de correlación de Spearman.

Cabe indicar y recalcar que cuanto mejor sea el nivel de autocuidado mejor será la calidad de vida en pacientes hemodializados.

CONCLUSIONES

1. Las variables autocuidado y calidad de vida presentan una relación significativa entre sí, siendo dicha correlación alta y directa, dado que se encontró el valor referente de 0.702; quiere decir que cuanto mejor se dé el autocuidado mejor será su calidad de vida.
2. Las características generales en la muestra de estudio permiten afirmar que la mayor parte de los pacientes están comprendidas entre los 30 y 59 años, mientras que algunos poseen 60 años a más, así mismo se presenta más en el sexo masculino; de la totalidad la mayoría son casados y la menor parte son solteros. En cuanto al nivel educativo en la educación secundaria el porcentaje es alto, mientras que en la educación superior el porcentaje es bajo; además la mayoría tiene una situación económica adecuada.
3. Respecto a la variable de autocuidado la mayoría de los pacientes presentan un autocuidado poco adecuado, mientras que algunos presentan un autocuidado inadecuado y tan sólo la menor parte un cuidado adecuado.
4. En la variable calidad de vida, los pacientes muestran que la menor parte de ellos se ubican en la categoría de peor estado de salud, mientras que la mayor parte presenta un regular estado de salud y tan sólo una mínima parte presenta un buen estado de salud.
5. La variable calidad de vida presenta relación moderada y significativa con las dimensiones de la variable autocuidado, siendo el valor más grande para el coeficiente de correlación de Spearman obtenido, de 0.625 y corresponde a la variable tratamiento y cuidados del acceso vascular, asimismo la variable autocuidado presenta correlación moderada y significativa con cada uno de las dimensiones correspondientes a la calidad de vida, siendo el mayor valor obtenido el de 0.693 para el coeficiente de correlación de Spearman con la dimensión salud mental.

SUGERENCIAS

1. AL HOSPITAL ANTONIO LORENA DEL CUSCO.

- Al servicio de nefrología dar a conocer los resultados obtenidos de la investigación realizada, que tomen en cuenta los resultados y puedan definir estrategias a seguir con los pacientes con tratamiento de hemodiálisis.
- A la Jefa del servicio de nefrología, desarrollar talleres destinados a fortalecer las habilidades de autocuidado de los pacientes con insuficiencia renal crónica, que les permitan mejorar su autocuidado y calidad de vida.
- A la enfermera de turno del servicio de nefrología, crear grupos de interaprendizaje entre los pacientes hemodializados que acuden al servicio, para que puedan intercambiar sus experiencias sobre autocuidado al mismo tiempo que se les brinde apoyo emocional que les permita fortalecer la dedicación a su autocuidado.
- A los pacientes que acuden al servicio de nefrología para recibir el tratamiento de hemodiálisis, tomar con mayor interés y cuidado las indicaciones que se les brinda en el servicio, dado que existe un porcentaje grande de pacientes que no tienen un adecuado autocuidado, lo cual repercute en forma directa en la calidad de vida que llevan ellos.

2. A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO.

- A los docentes, que sigan incentivando a los estudiantes para la continuidad de esta investigación.
- A los estudiantes de la escuela profesional de enfermería o afines a la carrera profesional poner énfasis en el conocimiento y practica sobre el autocuidado y la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSA. La enfermedad renal crónica en el Perú, epidemiología e impacto de la salud pública. MINSA. [Online]. Lima ; 2014. Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2014/03.pdf>.
2. MINSA. Enfermedad renal crónica: más de 2 millones la padecen en Perú. Andina Agencia Peruana de Noticias. 2014 Marzo.
3. Costa G, Pinheiro MB. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodialisis. Enfermería, Global. 2016 Julio; 15(43).
4. Encicloédico D. Mexico: Ed Larousse; 1999.
5. Adams EMR. Calidad de vida y percepción de salud en mujeres. Invest Medicoquir. 2012 Enero.
6. Miranda Mendez I. Calidad de Vida de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica y sus familias atendidos en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Hospital Nacional de Chiquimula Chiquimula, Guatemala; 2014.
7. Dehesa López E. Enfermedad renal crónica; definición y clasificación. revista biomédica. 2008 setiembre; 3(3): p. 74.
8. MINSA. LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN EL PERÚ, EPIDEMIOLOGIA E IMPACTO DE LA SALUD PÚBLICA. Boletín Epidemiológico. 2014 (del 12 al 18 de enero; 23(03)).
9. Carrillo Algarra AJ, Diaz FJ. Capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal: un estudio piloto en Bogotá. Revista electronica trimestral de enfermería. 2013 Abril;(30).
10. Sillas Gonzales DE, Jordan Jinez. Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. Desarrollo Científico de Enfermería. 2011 marzo: p. 68.
11. Aroila R. Calidad de vida: una definición integradora. revista latinoamericana de psicología (Universidad Nacional de Colombia). 2003; 35(02).

12. Jhon Loaiza Huallpa y Mirian Condori Huaraka. Mortalidad y factores asociados en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis en un hospital peruano. Revista Habanera de Ciencias Medicas. 2019 10 de marzo.
13. Gonzales Bedat M. Los registros nacionales de diálisis y trasplante renal en América Latina: cómo implementarlos y mejorarlos. Organización Panamericana de la Salud. 2015 Septiembre.
14. Herrera Añazco P, Pacheco Mendoza J, Taype Rondan A. La enfermedad renal crónica en el Perú. Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados. Acta Médica Peruana. 2016.
15. Herrera Añazco P, Pacheco Mendoza J, Taype Rondan A. La enfermedad renal crónica en el Perú. Raadalyc. 2016.
16. Gomez D. Atocuidado y calidad de vida en personas con Hemodiálisis España; 2014.
17. Chillogallo C. "Autocuidado en los Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica del Hospital Isidro Ayora de Loja". Ecuador; 2014.
18. Alarcon E. Calidad de vida de pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza – 2015. Lima; 2015.
19. Chuctaya C, Enriquez F. Autocuidado y calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica terminal. Programa DIPAC, Hospital Base Carlos Alberto Seguí Escobedo ESSALUD-Arequipa, 2015. Informe de tesis. Arequipa; 2015.
20. Cieza E. Relación entre autocuidado y la calidad de vida en usuarios con insuficiencia renal crónica servicio de hemodiálisis Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima noviembre 2016 Lima; 2016.
21. Robles Y. Calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica tratados con hemodialisis y diálisis peritoneal del Centro de Salud Renal Puno; 2017.
22. Quispe E. Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, hospital Víctor Lazarte Echeagaray, 2018 Trujillo; 2018.

23. Montesinos G. Evaluación de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica-5 en hemodialisis, en el h.n.a.g.v-salud Cusco 2015 Cusco; 2015.
24. C.H JA. Conocimientos sobre enfermedad renal crónica y capacidad de autocuidado en pacientes con hemodialisis, hospital Antonio Lorena, Cusco 2019 Cusco; 2019.
25. María de los Ángeles Espinosa-Cuevas. Enfermedad Renal Crónica y su progresión a la insuficiencia renal crónica. Revista Estudial de Ciencias Medicas. 2016.
26. D Achiari , Rey MD. Factores de riesgo de enfermedad Renal Crónica. 2011 28 de diciembre.
27. Ana Carla García Cortina. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA Y SU PROGRESIÓN A LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA. Revista Estudial de Ciencias Medicas. .
28. López A. Guía clínica de la insuficiencia renal en atención primaria. NEFROLOGIA. 2019; XXI: p. 21.
29. Coaguila Kuong AC. Características clínicas y complicaciones infecciosas en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria del hospital Daniel Alcides Carrión Es Salud Tacna, en el periodo 2015 - 2016 tacna; 2016.
30. Arenas EMyD. 2004 Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. Revista de la Sociedad Española. 2004 Octubre; 07(4): p. 226.
31. Tobon Correa. El Autocuidado una habilidad para vivir - carta de ottawa. 1986.
32. Vega Angarita OM, Gonzales Escobar DS. Teoría de Deficit de Autocuidado (universidad Francisco de Paula Santander). 2011.
33. Espitia Cruz Lc. Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del hospital universitario la Samaritana Bogota: Universidad nacional de colombia, facultad de enfermería; 2011.

34. Morales V ER. Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería. Universidad de Huelva. 2012 Mayo;(6-7).
35. Tello García IE. Autocuidado del adulto con insuficiencia renal crónica que recibe hemodiálisis en el centro particular Virgen de la Puerta, Trujillo 2017 Valderrama VC, editor. Trujillo; 2017.
36. M. G. La teoría Deficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Universidad de Ciencias Médicas Sancti Spiritus. 2017 diciembre; 19(3).
37. Ardilla R. Calidad de Vida: Una definición integradora. Revista latinoamericana de Psicología Colombia - Bogotá. 2003; 35(002): p. 589.
38. Ruiz MA, Pardo A. Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica. Gaceta Sanitaria. 2001 Diciembre; 15(54): p. 34-43.
39. Lastra Vega YY, Padilla Aurego MV, Suxe Celada AP. Calidad de vida en pacientes adultos con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, en es Salud Lima; 2017.
40. A. J. Calidad de vida asociada a las características sociodemográficas, condiciones de salud y acceso a los servicios de la salud. Medellín; 2018.
41. E. M. Calidad de vida en Enfermos crónicos. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2007 Octubre; 6(4).
42. Enríquez M, García Viniegras CR. CALIDAD DE VIDA EN ENFERMOS CRONICOS. Revista Habanera de Ciencias Médicas (facultad de ciencias médicas). 2007.
43. Alarcon Huallpa N. Cuidado de enfermería en acceso vascular de fístula arterio venosa en paciente de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Antonio Lorena Cusco; 2017.
44. Gómez H. Autocuidado y calidad de vida en personas con hemodiálisis en un hospital de segundo nivel en Tuxtla Gutiérrez, Chiapa -México México; 2014.

ANEXOS

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

INSTRUMENTO DE AUTOCUIDADO

Instrucciones: por favor marque la respuesta que corresponda al grado que mejor describa como usted es. No hay respuesta correcta o incorrecta, solo asegurese de que selecciona la que mejor corresponda a su capacidad o habilidad

ALIMENTACIÓN Y CONTROL DE LÍQUIDOS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Consume alimentos con aporte de sal normal			
2. Consume alimentos cítricos con frecuencia			
3. Consume líquidos en gran cantidad			
4. Consume alimentos en gran cantidad por que le da mucha hambre			
5. Controla diariamente su peso para evitar excesos y retener líquidos			
6. Consume sus alimentos a horas establecidas			
HIGIENE PERSONAL Y CUIDADO DE LA PIEL			
7. Se expone al sol sin utilizar protector solar			
8. Evita exponerse muchas horas al sol			
9. Se baña todo los días			
TRATAMIENTO Y CUIDADOS DEL ACCESO VASCULAR			
10. Asiste a sus diálisis según lo establecido			
11. Realiza la higiene de su FAV con agua y jabones neutros			
12. Evita levantar peso con su brazo donde se encuentra la FAV			

13. Busca estar informado sobre su enfermedad			
14. Acude a sus controles médicos periódicamente			
15. Cumple con el tratamiento médico indicado			
16. Valora su acceso vascular mediante la palpación y la observación			
DESCANSO SUEÑO Y RECREACION			
17. Practica caminatas, paseos familiares, fietas, etc			
18. Cumple horarios regulares de sueño y descanso			
19. Piensa constantemente en su enfermedad			
20. Cuando esta estresado realiza alguna actividad de relajación			
RELACIONES INTERPERSONALES			
21. Las relaciones con los miembros de su familia son positivas			
22. Rápido siente que se estresa ante situaciones difíciles			

DIMENSIONES	ÍTEMS
1. Alimentación y control de líquidos	1, 2, 3, 4, 5, 6
2. Higiene personal y cuidado de la piel	7, 8, 9
3. Tratamiento y cuidados del acceso vascular	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
4. Descanso sueño y recreación	16, 17, 18, 19, 20
5. Relaciones interpersonales	21, 22

ANEXO 3

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF-36v2

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA.

1. En general, usted diría que su salud es:

1. Excelente
2. Muy buena
3. Buena
4. Regular
5. Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1. Mucho mejor ahora que hace un año
2. Algo mejor ahora que hace un año
3. Más o menos igual que hace un año
4. Algo peor ahora que hace un año
5. Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1. Sí, me limita mucho
2. Sí, me limita un poco
3. No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Sí
2. No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1. Sí
2. No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1. Sí
2. No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1. Sí
2. No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Sí
2. No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Sí
2. No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1. Sí
2. No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1. No, ninguno
2. Sí, muy poco
3. Sí, un poco
4. Sí, moderado
5. Sí, mucho
6. Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1. Nada
2. Un poco
3. Regular
4. Bastante
5. Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez

6. Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1. Siempre

2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Muchas veces
4. Algunas veces
5. Sólo alguna vez
6. Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1. Siempre
2. Casi siempre
3. Algunas veces
4. Sólo alguna vez
5. Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta

3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1. Totalmente cierta
2. Bastante cierta
3. No lo sé
4. Bastante falsa
5. Totalmente falsa

CÁLCULO DE LAS PUNTUACIONES:

- ❖ Peor estado de salud: 0 - 33 puntos
- ❖ Regular estado de salud: 34 – 67 puntos
- ❖ Buen estado de salud: 68 – 100 puntos

DIMENSIONES	ÍTEMS
1.- Función física (10 ítems).	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
2.- Rol físico (4 ítems).	13, 14, 15, 16
3.- Dolor corporal (2 ítems).	21, 22
4.- Salud general (5 ítems).	1, 33, 34, 35, 36
5.- Vitalidad (4 ítems).	23, 27, 29, 31
6.- Función social (2 ítems).	20, 32
7.- Rol emocional (3 ítems).	17, 18, 19
8.- Salud mental (5 ítems).	24, 25, 26, 28, 30

ANEXO 4 CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

El coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, tiene la siguiente fórmula:

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Donde:

k : Número de ítems

$\sum_{i=1}^k S_i^2$: Sumatoria de las varianzas de los ítems

S_t^2 : Varianza de los valores totales observados

α : Alfa de Cronbach

Utilizando el software Microsoft Excel 2019, para el cálculo de la confiabilidad con Alfa de Cronbach y posteriormente se uso el software SPSS para la corroboración de la misma.

Resumen de procesamiento de casos para Autocuidado			
		N	%
Casos	Válido	22	100,0
	Excluido ^a	0	0,0
	Total	22	100,0
a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento			
Estadísticas de fiabilidad Autocuidado			
Alfa de Cronbach		N de elementos	
0,811		22	

Donde el valor del coeficiente de Alfa de Cronbach es 0,811 el cual nos da a conocer que la confiabilidad es alta

**Resumen de procesamiento de casos
para Calidad de vida**

		N	%
Casos	Válido	36	100,0
	Excluido ^a	0	0,0
	Total	36	100,0

b. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento

Estadísticas de fiabilidad para calidad de vida.

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,860	36

Donde el valor del coeficiente de Alfa de Cronbach es 0,860 el cual nos da a conocer que la confiabilidad es alta.



**ANEXO 5
CONSENTIMIENTO INFORMADO**



**UNIVERSIDAD NACIONAL SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

YO _____, DNI _____

declaro que se me ha explicado que mi participación en el estudio sobre, **“AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA HEMODIALIZADOS EN EL SERVICIO DE NEFROLOGIA DEL HOSPITAL ANTONIO LORENA CUSCO – 2020** consistirá en responder una entrevista que pretende aportar al conocimiento donde se me informo ampliamente sobre los posibles beneficios, riesgos y molestias derivados de mi participación en el estudio, y que se me ha asegurado que la información que entregue estará protegida por el anonimato y la confidencialidad.

Las Investigadoras Responsables del estudio, **LUZBELIA ILLA ORTIZ Y ROSMERY SOLAR PAREDES**, se han comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que les plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Asimismo, las entrevistadoras me han dado seguridad de que no se me identificará en ninguna oportunidad en el estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Por lo tanto, como paciente, acepto la invitación en forma libre y voluntaria, y declaro estar informado de que los resultados de esta investigación tendrán como producto un informe, para ser presentado como parte de la Memoria de Título de las investigadoras y presentar los datos obtenidos y el trabajo final que serán entregados en formato físico y virtual al Hospital Antonio Lorena Cusco.

He leído esta hoja de Consentimiento y acepto participar en este estudio según las condiciones establecidas.

Cusco del mes de 2020