

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

Segunda Especialidad en Cuidado Enfermero Nefrológico y/o Urológico

Mención: Diálisis



GRADO DE DEPENDENCIA Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN
PACIENTES DE HEMODIÁLISIS, CENTRO DE HEMODIÁLISIS
VIRGEN DE LA CANDELARIA – SERMEDIAL. AREQUIPA, 2019.

Tesis presentada por la Licenciada:

Manrique Ramos Elenths Jesmin.

para optar el Título de segunda Especialidad:

**Cuidado Enfermero Nefrológico y/o
Urológico. Mención: Diálisis**

Asesor:

Lic. Rivas Ceballos, Eddy María

AREQUIPA – PERÚ

2019



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CUIDADO ENFERMERO NEFROLÓGICO Y/O UROLÓGICO,
MENCIÓN DIÁLISIS

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Mg. Marcia C. Huerta Wilson
Lic. Eddy Rivas Ceballos
Lic. Imelda Mestas Fernández
Jurados Dictaminadores

Asunto : Dictamen de Borrador de Tesis:
**GRADO DE DEPENDENCIA Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN
PACIENTES DE HEMODIÁLISIS, CENTRO DE HEMODIÁLISIS
VIRGEN DE LA CANDELARIA – SERMEDIAL. AREQUIPA 2019**

Autora: Lic. Elenthys Jesmin Manrique Ramos

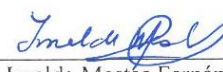
Fecha : Arequipa, 16 de julio del 2019

Reunidos los miembros del jurado y habiéndose subsanado las observaciones realizadas, se le otorga pase a **SUSTENTACIÓN**, según Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería.

Atentamente,

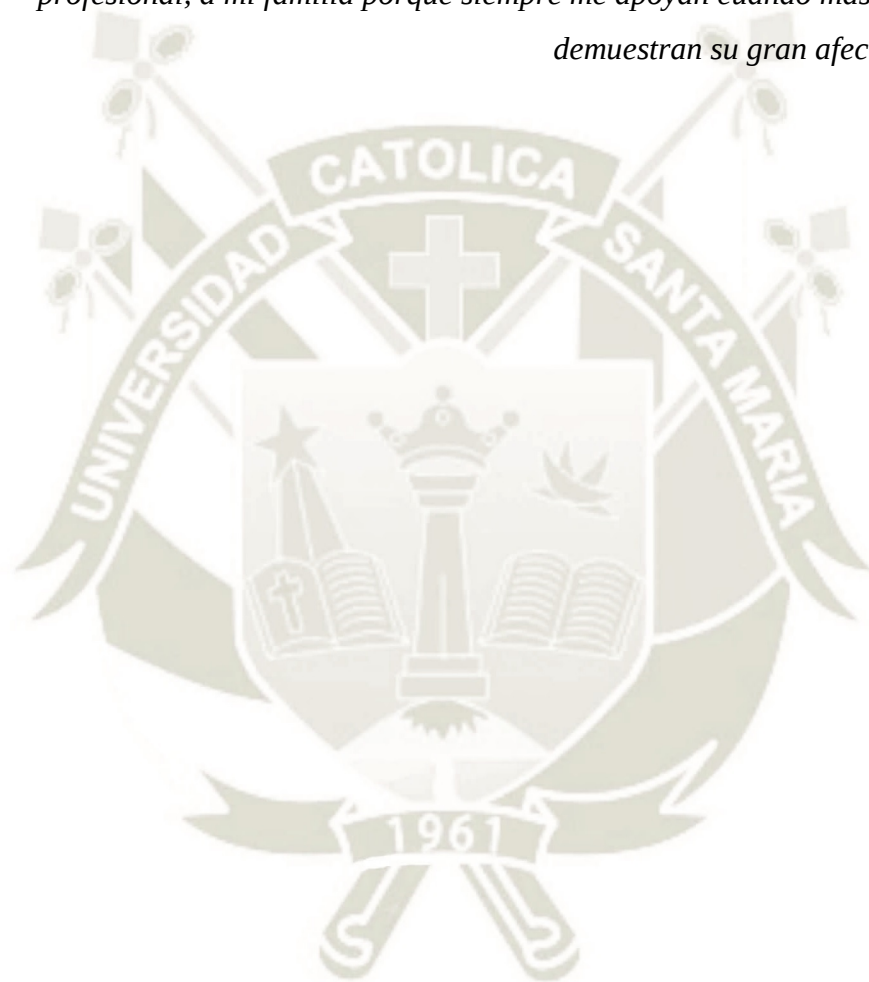

Mg. Marcia C. Huerta Wilson
Presidenta


Lic. Eddy Rivas Ceballos
Secretaria


Lic. Imelda Mestas Fernández
Vocal

DEDICATORIA

Dedico el siguiente estudio a mi madre por su gran cariño y motivarme a seguir constantemente, dándome la mano en cada paso que he dado a lo largo de mi carrera profesional, a mi familia porque siempre me apoyan cuando más lo necesito y me demuestran su gran afecto todos los días.



AGRADECIMIENTO



Agradezco a mi madre, familia y compañeros de trabajo quienes han estado presentes a lo largo de la realización de este proyecto, apoyándome a continuar cada vez que desistía, a mis docentes a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial y debido a las grandes limitaciones en la disponibilidad de los recursos sanitarios, representa un duro desafío para los países de bajos y medianos ingresos, sobre todo para el manejo de la enfermedad en la fase terminal, cuando se requiere cualquiera de las formas de terapia de sustitución renal (1).

Según datos de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), en América Latina un promedio de 613 pacientes por millón de habitantes tuvo acceso en 2011 a alguna de las alternativas de tratamiento, para la sustitución de la función que sus riñones ya no pueden realizar: hemodiálisis, diálisis peritoneal y el trasplante de riñón. Sin embargo, la distribución de estos servicios es muy inequitativa y en algunos países esa cifra fue menor a 200 (2).

En el Perú, la prevalencia de terapia renal de reemplazo (TRR) por millón de población (pmp) fue de 415 pmp, siendo la hemodiálisis la forma más prevalente con una tasa de 363 pacientes pmp, luego sigue la diálisis peritoneal (DP) con 51 pacientes pmp y finalmente el trasplante renal (TR) con una tasa de cuatro pacientes pmp, así mismo se puede apreciar que el 88% de toda la población en diálisis se encuentra en un programa de hemodiálisis y solo un 12 % en DP (1).

La hemodiálisis como TRR ha supuesto un progresivo aumento de la esperanza de vida, pero también degenera paulatinamente el área cognitiva, física, social y emocional de la persona generando un grado de dependencia en relación a la edad y al tiempo que la persona lleva en el programa de hemodiálisis, la dependencia funcional es el grado en que la persona puede realizar sus actividades diarias, la capacidad funcional de los pacientes en diálisis está limitada respecto a la población general.

Al decaer la capacidad funcional en el área emocional, implica una afectación directa en la autoestima de la persona, perdiendo la sensación de control y seguridad. Maslow explica que la autoestima es la necesidad que tienen las personas de sentir confianza en sí mismos y ser valorados por los demás para sentirse más seguras de sí mismas. Una persona con una

autoestima baja puede presentar fracasos en su vida diaria, sentirse inferior y no ser capaz de reconocer sus logros (3).

Branden define que la autoestima es una necesidad muy importante para el ser humano, es básica y efectúa una contribución esencial al proceso de la vida; es indispensable para el desarrollo normal y sano, tiene valor de supervivencia (4), el nivel que tenga la persona en cuenta a su autoestima va a definir la confianza y capacidad que esta tenga para afrontar los diferentes aspectos de la enfermedad así como aumentar el interés personal por mejorar su calidad de vida.

La enfermera nefrológica se dedica al cuidado de los pacientes con enfermedad renal crónica, realiza diferentes acciones y procedimientos dirigidos a prevenir riesgos, eliminar los ya existentes y en general a enlentecer las etapas de la enfermedad renal crónica, es la principal responsable de realizar las diferentes terapias renales sustitutivas, por ende, debe realizarlas lo más efectivamente posible; permitiendo que el paciente se sienta en un ambiente favorable y de confianza.

Se basa en el cuidado holístico e integral del paciente, le proporciona educación sanitaria, apoyo emocional, familiar y social, además, esta labor también incluye enseñar los cuidados básicos para cada estadio de la enfermedad y prepararlos para la aceptación de la inevitable progresión de su dolencia, hasta la pérdida total de función renal.

El presente estudio, responde a una necesidad enfocada específicamente en el área nefrológica, evaluando el grado de dependencia y como afecta este el nivel de autoestima de la persona al convivir con la enfermedad. Así mismo, está dirigido a brindar información objetiva y relevante a las enfermeras, que les permita elaborar programas preventivos de intervención y consejería, enfocados en estrategias que eleven el nivel de autoestima y así lograr que el paciente renal se adapte de mejor manera al proceso de la enfermedad.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo establecer la relación entre el grado de dependencia y el nivel de autoestima en pacientes de hemodiálisis, Centro de Hemodiálisis Virgen de la Candelaria – Sermedial. Arequipa, 2019. Se utilizó el método descriptivo, con diseño correlacional., de corte transversal.

Se analizó a una población de 90 pacientes que asisten a terapia de hemodiálisis, seleccionados por criterios de inclusión y exclusión, aplicando los instrumentos Test Delta que mide el grado de dependencia y el inventario de Coopersmith para adultos que mide el nivel de autoestima, obteniéndose las siguientes conclusiones: **PRIMERA:** La población predominante fue el sexo femenino (52.2%), ubicada entre los 51 a 60 años (34.4%), casados (60%), con grado de instrucción superior completo (27.8%), cuenta con fistula arterio venosa funcional (72.2%), y se encuentra en hemodiálisis de 0 a 3 años (65.6%); ingreso por tener previamente diabetes e hipertensión (35.6% y 33.1% respectivamente). **SEGUNDA:** En cuanto al nivel de autoestima se encontró que en el indicador autoestima personal el mayor porcentaje se encuentra en un nivel medio baja (35.6%), en la autoestima social los entrevistados presentan un nivel medio bajo (45.6%) y en la autoestima familiar presentan un nivel medio bajo (38.9%). En el nivel de autoestima en general, los resultados encontrados fue que el mayor porcentaje tenía una autoestima media baja (42.2%). **TERCERA:** Con respecto al grado de dependencia en el indicador de deficiencia total se encontró que el mayor porcentaje presentaba una deficiencia en el nivel asistido leve (58.9%), en el indicador de deficiencia física también manifestaron un nivel de déficit leve (47.8%), en relación al indicador de deficiencia psíquica se encontró que la mayoría de los encuestados se encuentran en una ausencia de déficit (55.6%). **CUARTA:** Existe relación significativa entre los tres indicadores de grado de dependencia: deficiencia total, física y psíquica con el nivel de autoestima global, evidenciándose una relación inversamente proporcional entre ambas variables, es decir que a mayor grado de dependencia, menor nivel de autoestima

Palabras clave: Hemodiálisis, Dependencia y Autoestima.

ABSTRACT

The objective of this research was to establish the relationship between the degree of dependence and the level of self-esteem in hemodialysis patients, Virgen de la Candelaria Hemodialysis Center - Sermedial. Arequipa. 2019. The descriptive method with cross-sectional correlational design was used.

We analyzed a population of 90 patients attending hemodialysis therapy, selected by inclusion and exclusion criteria, applying the Delta Test instruments that measure the degree of dependence and the Coopersmith inventory for adults that measures the level of self-esteem, obtaining the following conclusions: **FIRST:** The predominant population was female sex (52.2%), located between 51 to 60 years old (34.4%), married (60%), with complete higher education degree (27.8%), has arterio fistula functional venous (72.2%), and is on hemodialysis from 0 to 3 years (65.6%); admission due to previously having diabetes and hypertension (35.6% and 33.1% respectively). **SECOND:** Regarding the level of self-esteem, it was found that in the self-esteem indicator, the highest percentage is in a low average level (35.6%), in the social self-esteem the interviewees have a low average level (45.6%) and in the self-esteem family have a low average level (38.9%). In the level of self-esteem in general, the results found was that the highest percentage had a low average self-esteem (42.2%). **THIRD:** Regarding the degree of dependence in the indicator of total deficiency, it was found that the highest percentage had a deficiency in the light assisted level (58.9%), in the physical impairment indicator they also showed a level of slight deficit (47.8%), in relation to the indicator of psychic deficiency, it was found that the majority of the respondents are in an absence of deficit (55.6%). **FOURTH:** There is a significant relationship between the three indicators of degree of dependence: total physical and psychic deficiency with the level of global self-esteem, evidencing an inversely proportional relationship between both variables, that is to say that the greater the degree of dependency, the lower the level of self-esteem

Key words: Hemodialysis, Dependence and Self-esteem.

ÍNDICE

	PÁG.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
ÍNDICE DE TABLAS	
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	1
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
2. OBJETIVOS.....	4
3. MARCO TEÓRICO.....	4
3.1. ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.....	4
3.1.1. DEFINICIÓN.....	4
3.1.2. FRECUENCIA Y ETIOLOGÍA.....	5
3.1.3. PATOGENIA Y FISIOPATOLOGÍA.....	5
3.1.4. ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.....	6
3.1.5. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.....	7
3.1.6. DIAGNÓSTICO.....	9
3.1.7. TRATAMIENTO.....	10
3.1.8. ROL DE LA ENFERMERA EN HEMODIÁLISIS.....	12
3.2. NIVEL DE AUTOESTIMA.....	14
3.2.1. DEFINICIÓN.....	14
3.2.2. NIVELES DE AUTOESTIMA.....	15
3.2.3. DIMENSIONES DE LA AUTOESTIMA.....	15
3.2.4. ELEMENTOS DE LA AUTOESTIMA.....	16
3.2.5. COMPONENTES DE LA AUTOESTIMA.....	18

3.2.6. IMPORTANCIA DE AUTOESTIMA.....	19
3.3. DEPENDENCIA FUNCIONAL.....	19
3.3.1. DEFINICIÓN.....	19
3.3.2. FACTORES DETERMINANTES DE DEPENDENCIA.....	20
3.3.3. ORIGEN DE LA DEPENDENCIA.....	20
3.3.4. GRADOS DE DEPENDENCIA.....	20
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	21
5. HIPÓTESIS.....	22
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	24
1. TÉCNICA E INSTRUMENTO.....	24
1.1. TÉCNICA.....	24
1.2. ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO.....	24
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	25
2.1. UBICACIÓN ESPACIAL.....	25
2.2. UBICACIÓN TEMPORAL.....	26
2.3. UNIDADES DE ESTUDIO.....	26
2.3.1. UNIVERSO.....	26
2.3.2. MUESTRA.....	26
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	26
4. RECURSOS.....	27
4.1. RECURSOS HUMANOS.....	27
4.2. RECURSOS MATERIALES.....	27
4.3. RECURSOS INSTITUCIONALES.....	27
5. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	27
CAPÍTULO III: RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	28
RESULTADOS.....	29
1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	29
2. GRADO DE DEPENDENCIA.....	33
3. NIVEL DE AUTOESTIMA.....	36
4. RELACIÓN ENTRE GRADO DE DEPENDENCIA Y NIVEL DE AUTOESTIMA.....	40
CONCLUSIONES.....	43
RECOMENDACIONES.....	44

BIBLIOGRAFÍA..... 45

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO 2: DATOS DE FILIACIÓN

ANEXO 3: TEST DELTA

ANEXO 4: INVENTARIO DE COOPERSMITH PARA ADULTOS

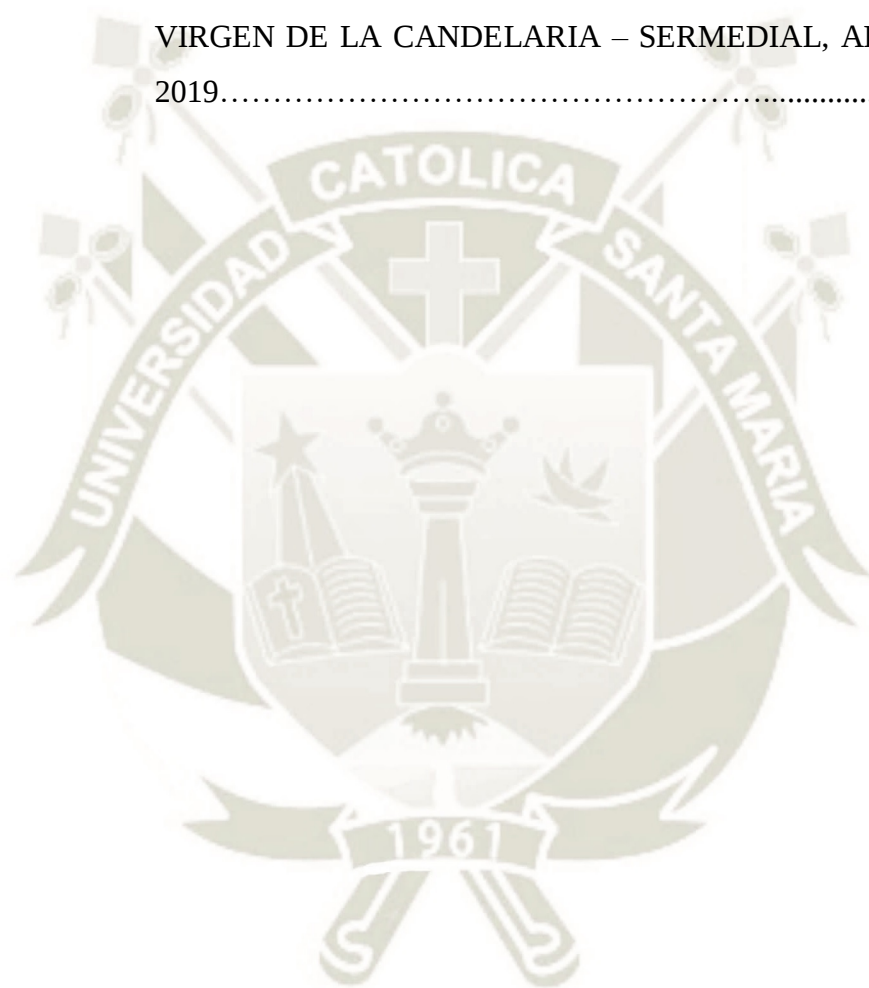


ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO A LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS SEGÚN SEXO Y EDAD EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA- SERMEDIAL, AREQUIPA 2019.....	29
TABLA N° 2	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO A LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN Y ESTADO CIVIL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA- SERMEDIAL, AREQUIPA 2019.....	30
TABLA N° 3	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO A LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS SEGÚN ACCESO VASCULAR Y TIEMPO EN HEMODIÁLISIS EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA- SERMEDIAL, AREQUIPA 2019.....	31
TABLA N° 4	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO A LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS SEGÚN ENFERMEDAD CONCOMITANTE EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA- SERMEDIAL, AREQUIPA 2019.....	32
TABLA N° 5	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO AL GRADO DE DEPENDENCIA SEGÚN INDICADOR DEFICIENCIA TOTAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA- SERMEDIAL, AREQUIPA 2019.....	33
TABLA N° 6	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO AL GRADO DE DEPENDENCIA SEGÚN	34

	INDICADOR DEFICIENCIA FÍSICA EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA-SERMEDIAL, AREQUIPA 2019.....	
TABLA N° 7	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO AL GRADO DE DEPENDENCIA SEGÚN INDICADOR DEFICIENCIA PSÍQUICA EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA-SERMEDIAL, AREQUIPA 2019.....	35
TABLA N° 8	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO AL NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN SUB ESCALA AUTOESTIMA PERSONAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA-SERMEDIAL, AREQUIPA 2019.....	36
TABLA N° 9	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO AL NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN SUB ESCALA AUTOESTIMA SOCIAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA-SERMEDIAL, AREQUIPA 2019.....	37
TABLA N° 10	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO AL NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN SUB ESCALA AUTOESTIMA FAMILIAR EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA-SERMEDIAL, AREQUIPA 2019.....	38
TABLA N° 11	DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO A LA AUTOESTIMA EN GENERAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA- SERMEDIAL, AREQUIPA 2019.....	39
TABLA N° 12	RELACIÓN ENTRE GRADO DE DEPENDENCIA: INDICADOR DEFICIENCIA TOTAL Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA – SERMEDIAL, AREQUIPA 2019.....	40
TABLA N° 13	RELACIÓN ENTRE GRADO DE DEPENDENCIA:	

	INDICADOR DEFICIENCIA FÍSICA Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA – SERMEDIAL, AREQUIPA 2019.....	41
TABLA N° 14	RELACIÓN ENTRE GRADO DE DEPENDENCIA: INDICADOR DEFICIENCIA PSÍQUICA Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA – SERMEDIAL, AREQUIPA 2019.....	42



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

“GRADO DE DEPENDENCIA Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS”, CENTRO DE HEMODIÁLISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA - SERMEDIAL. AREQUIPA, 2019

1.2. Descripción del Problema

i. Ubicación del problema

- a. Campo : Ciencias de la Salud
- b. Área : Enfermería Nefrológica
- c. Línea : Hemodiálisis

ii. Análisis de Variables: Indicadores

El estudio presenta dos variables:

Variable Independiente: Grado de dependencia

Variable Dependiente: Nivel de Autoestima

Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
VARIABLE INDEPENDIENTE Grado de dependencia	Deficiencia Total	• Movilización. • Deambulación y desplazamiento. • Aseo. • Vestido. • Alimentación. • Higiene Esfinteriana. • Administración de tratamiento. • Cuidados de Enfermería. • Necesidad de Vigilancia. • Colaboración.
	Deficiencia Física	• Estabilidad. • Visión y audición. • Alteración del aparato locomotor. • Otras funciones neurológicas. • Aparato respiratorio y cardiovascular.
	Deficiencia Psíquica	• Lenguaje y comprensión. • Orientación y memoria. • Trastornos del comportamiento. • Capacidad de juicio. • Alteraciones del sueño.
VARIABLE DEPENDIENTE Nivel de Autoestima	Autoestima Personal	• Autoconfianza • Auto aceptación • Auto concepto • Capacidad de decidir • Imagen Personal
	Autoestima Social	• Integración Adaptación Social • Relaciones Interpersonales • Aceptación en grupo
	Autoestima	• Interacción Familiar.

	Familiar	• Sentimiento de independencia. • Valoración Familiar
--	----------	--

iii. Interrogantes Básicas

1. ¿Qué grado de dependencia funcional se presenta con mayor frecuencia en el paciente renal que asiste al Centro de Hemodiálisis Virgen de la Candelaria, SERMEDIAL?
2. ¿Cuál es el nivel de autoestima global y que sub escala de la misma predomina mayormente en los pacientes renales que asisten al Centro de Hemodiálisis Virgen de la Candelaria, SERMEDIAL?
3. ¿Qué relación existe entre el grado de dependencia y el nivel de autoestima en pacientes de hemodiálisis del Centro de Hemodiálisis Virgen de la Candelaria, SERMEDIAL?

iv. Tipo y nivel del problema

TIPO: De Campo

NIVEL: Descriptivo Correlacional de corte transversal

1.3. Justificación del problema

Una de los principales roles de la enfermera es el área investigativa, el cual fomenta la participación activa de esta dentro de la comunidad científica, así como también la atención directa a la persona en las diferentes áreas especializadas, como lo es el área nefrológica

El presente trabajo tiene relevancia científica, los resultados de esta investigación permitirán obtener información acerca de la dependencia real que presenta el grupo estudiado a través del test Delta, así como también, evaluar el impacto que genera la dependencia del paciente sometido a terapia de hemodiálisis en relación a su nivel de autoestima, de esta manera construir programas educativos que se encaminen a mejora el nivel de independencia funcional en un ámbito de atención más complejo.

Posee relevancia humana, busca favorecer la toma de decisiones del profesional enfermero especialista, valorando el aspecto físico, social y emocional del paciente renal de manera integral y así implementar una nueva escala de valoración que se base en la percepción de bienestar del paciente, según su nivel de dependencia.

La relevancia social de este proyecto permitirá a los pacientes sometidos a terapia de hemodiálisis conocer los resultados de esta investigación, para que puedan tomar medidas correctivas en su actuar y aumentar de manera paulatina su autoestima.

La presente investigación es factible de realizar, el lugar donde se realizará es el centro de trabajo de la investigadora, contando con los recursos necesarios: financieros, materiales y de personal. Por último, este proyecto tiene un interés personal, el cual permitirá optar el Título de Segunda Especialidad en Cuidado Enfermero Nefrológico y/o Urológico con mención: Diálisis.

2. OBJETIVOS

1. Identificar el grado de dependencia en sus indicadores: deficiencia total, deficiencia física, dependencia psíquica
2. Determinar el nivel de autoestima de manera global y en sus sub escalas: personal, social y familiar.
3. Establecer la relación entre los indicadores del grado de dependencia y el nivel de autoestima en pacientes de hemodiálisis, Centro de Hemodiálisis Virgen de la Candelaria – Sermedial. Arequipa, 2019.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Enfermedad Renal Crónica

3.1.1. Definición

Independientemente de la patología específica que ocasione la lesión, las guías (K/DOQL) proponen la siguiente definición de la ERC.

- Daño renal durante al menos tres meses, definido por anomalías estructurales o funcionales del riñón con o sin descenso del filtrado glomerular, manifestado por: anomalías patológicas o marcadores de daño renal, que incluyen alteraciones en la composición de sangre u orina y/o alteraciones en los estudios de imagen.
- Disminución de la función renal con filtrado glomerular < 60 ml/min, durante al menos tres meses con o sin daño renal (5).

3.1.2. Frecuencia y etiología

La ERC puede ser ocasionada por enfermedades que afectan directamente al riñón como las glomerulonefritis primarias, enfermedad poliquística, uropatía obstructiva o por enfermedades sistémicas de curso crónico como la diabetes mellitus e hipertensión arterial. La diabetes mellitus y la hipertensión son responsables del porcentaje mayor de casos (6.2%) seguidas por la enfermedades glomerulares (8.9%).

En los pacientes menores de 40 años, la enfermedad renal crónica se debe con mayor frecuencia a glomeruloesclerosis focal segmentaria, lupus eritematoso sistémico (LES) y a continuación anomalías congénitas del aparato urinario o glomerulonefritis membranosa. La glomerulonefritis membranoproliferativa, la esclerodermia y la poliquistosis renal autosómica dominante determinan la mayor parte de los casos de enfermedad renal crónica que se desarrollan en pacientes 40 a 55 años (6).

3.1.3. Patogenia y fisiopatología

La pérdida de nefronas de la ERC se acompaña de una disminución progresiva de la función renal, lo que resulta en:

- a. Alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico y ácido básico
- b. Acumulación de solutos orgánicos que normalmente son excretados por el riñón.
- c. Alteraciones en la producción y metabolismo de ciertas hormonas, como la eritropoyetina y la vitamina D.

Uno de los principales mecanismos de compensación es la hiperfiltración glomerular, consiste en que las nefronas no dañadas por la lesión inicial se vuelven hiperfuncionantes, lo que compensa parcialmente la disminución del FG de las nefronas que se han perdido. La hiperfiltración glomerular permite mantener un balance aceptable de los líquidos y electrolitos corporales hasta fases relativamente avanzadas de la ERC, pero lo hace a expensas de inducir una glomeruloesclerosis, que contribuye a aumentar el daño en las nefronas remanentes; cuando el número de nefronas funcionantes alcanza un nivel crítico, los mecanismos de compensación se vuelven insuficientes y se producen las alteraciones bioquímicas y clínicas típicas del síndrome urémico (7).

Es importante notar que la glomerulosclerosis inducida por la hiperfiltración glomerular contribuye a la progresión del daño renal independientemente de la actividad, es la causa

primaria de la ERC. No obstante, en la mayoría de los casos el daño renal progresa por la actividad de la causa primaria, como es el caso de la hiperglicemia sostenida en diabéticos o la formación de nuevos quistes en la enfermedad renal poliquística. Otros factores que secundariamente pueden contribuir a la progresión del daño renal incluyen:

- 1) La proteinuria, debido a su efecto tóxico sobre las células y matriz mesangiales, las células tubulares (toxicidad directa de algunas proteínas como el complejo transferrina/hierro que puede liberar radicales libres, capacidad de inducir moléculas pro inflamatorias).
- 2) La hipertensión arterial, es un factor de riesgo cardiovascular que favorece la progresión de la ERC al aumentar la presión capilar glomerular y por tanto los fenómenos de hiperfiltración y glomeruloesclerosis, además las alteraciones vasculares propias de la hipertensión arterial (hiperplasia y hialinosis arteriolar) causan disminución del flujo plasmático renal y del filtrado glomerular.
- 3) Las lesiones tubulointersticiales, como la dilatación tubular y la fibrosis intersticial, suelen ser un mejor índice pronóstico en la reducción del FG que las mismas lesiones glomerulares; aunque el mecanismo no se conoce el todo, varios factores pueden contribuir a su desarrollo, como la participación del túbulo intersticio en el proceso inflamatorio que acompaña a las glomerulonefritis, el depósito en el intersticio de fosfato cálcico y amonio y el posible efecto pro inflamatorio de las proteínas en contacto con los túbulos.
- 4) Aunque es un tema controvertido, la hiperlipemia, que frecuentemente acompaña a la ERC y en particular al síndrome nefrótico, puede contribuir al daño renal al activar la proliferación de las células mesangiales (7).

3.1.4. Estadios de la ERC

En la presente tabla se expone la clasificación de la ERC en estadios:

Estadio	Descripción	FG (m/min/1.73 m ²)
1	Daño renal con FG normal o aumentado	≥ 90
2	Daño renal con FG leve.	60 – 89
3	FG moderado	30 – 59
4	FG grave	15 – 29
5	Fallo renal	< 15 o diálisis

a. Estadío 1.-

La lesión renal con FG normal o aumentado ($FG\ 90\text{ ml/min/1,73 m}^2$), la enfermedad renal se establece por la presencia de alteraciones histológicas en la biopsia renal o mediante marcadores indirectos (proteinuria, alteraciones en el sedimento urinario o alteraciones en los estudios de imagen). Situaciones representativas de este estadio son los casos con proteinuria persistente y FG normal o aumentado, o hallazgo ecográfico de una enfermedad poliquística con FG normal o aumentado (5).

b. Estadío 2.-

Corresponde a situaciones de alteración renal acompañadas de una reducción ligera del FG (entre $60\text{--}89\text{ ml/min/1,73 m}^2$). Este hallazgo debe llevar a descartar el daño renal, fundamentalmente microalbuminuria o proteinuria mediante la realización del cociente albumina/creatinina en una muestra aislada de orina y alteraciones en el sedimento urinario mediante un análisis sistemático clásico. También se valorara la existencia de situaciones de riesgo de ERC, principalmente hipertensión arterial y diabetes (5).

c. Estadío 3.-

Hay una disminución moderada del FG (entre $30\text{--}59\text{ ml/min/1,73 m}^2$). En este estadio existe mayor riesgo de progresión de la ERC y de complicaciones cardiovasculares, y pueden aparecer las complicaciones clásicas de la insuficiencia renal, como anemia y alteraciones del metabolismo calcio-fósforo (5).

d. Estadío 4.-

Es una disminución grave del FG (entre $15\text{--}29\text{ ml/min/1,73 m}^2$). Se debe acentuar las medidas de control de las complicaciones cardiovasculares y valorar la preparación para el tratamiento renal sustitutivo (5).

e. Estadío 5.-

El FG es menor de 15 ml/min y es momento de iniciar el tratamiento renal sustitutivo (5).

3.1.5. Manifestaciones clínicas

La ERC es una enfermedad progresiva con manifestaciones clínicas muy variadas que afecta a la mayor parte de órganos y sistemas; la uremia tiende a progresar en un tiempo más o menos prolongado, aunque no persista la causa de la nefropatía inicial. El *síndrome urémico* está constituido por alteraciones humorales que aparecen en el período

descompensado o la etapa terminal de la ERC a la cual se suma las perturbaciones de casi todos los aparatos y sistemas, consecutivo a dichas alteraciones, la tasa de filtrado glomerular (TFG) es menor a 15 ml/min/73 m². Los trastornos se detallan a continuación:

a. Alteraciones cardiovasculares.-

Presenta hipertensión arterial secundaria a la alteración hidrosalina, originando cardiopatía hipertensiva, con hipertrofia ventricular izquierda e insuficiencia cardiaca congestiva que puede llevar a edema agudo de pulmón, además puede presentarse un pulmón urémico secundario a un aumento de la permeabilidad capilar generada por la reacción inflamatoria del depósito de sustancias nitrogenadas de desecho, pericarditis urémica (8).

b. Alteraciones neurológicas.-

Al comienzo pueden presentarse trastornos de conducta, insomnio o hipersomnia, alteraciones en la ideación, en el cálculo. A medida que la enfermedad progresa presenta irritabilidad neuromuscular, mioclonías, asterixis, fasciculaciones y temblores. En estadios terminales puede presentar abulia, letargo, síndrome de piernas inquietas (8).

c. Alteraciones gastrointestinales.-

Presenta náuseas matutinas que desaparecen después del vómito, aliento urémico, gastroenteritis urémica que puede presentar náuseas, vómitos, diarrea y hemorragia gastrointestinal (8).

d. Alteraciones dermatológicas.-

Palidez mucocutánea secundaria a anemia y al depósito de urocromos en la piel, hematomas por trastornos hemoragíparos (disfunción plaquetaria, trastornos de la coagulación), prurito, escarcha urémica que rara vez se observa (8).

e. Alteraciones metabólicas.-

La concentración de albumina transferrina y aminoácidos se encuentra disminuida, secundaria a la hiporexia, restricción proteica y pérdida de albumina en orina. Hay disminución en el metabolismo de la insulina por lo que disminuye su requerimiento, dislipemia, con aumento de la LDL, e hipertrigliceridemia por disminución de la lipoproteinlipasa (8).

f. Alteraciones hematológicas.-

Se describe clásicamente anemia normocítica, normocrómica secundaria a déficit en la producción de eritropoyetina y aumento de la destrucción periférica de eritrocitos. Además

puede tener un componente ferropénico y/o megaloblástico debido a pérdidas sobre agregadas (gastrointestinales, hematomas) y déficit en la ingesta de hierro y folatos por hiporexia. A nivel inmunológico existe disfunción leucocitaria y depresión de la respuesta inmune por linfopenia, reducción de la producción de anticuerpos y reacción atenuada frente a antígenos intradérmicos y anormalidades plaquetarias debido a una alteración en la agregación plaquetaria (8).

g. Alteraciones endocrinas.-

En el hombre puede presentar disfunción gonadal, con pérdida de la libido, disminución del tamaño testicular, espermatogénesis alterada; en las mujeres amenorrea o menorragia e infertilidad, explicada en parte por la secreción aumentada de prolactina (8).

La alteración más importante es el hiperparatiroidismo secundario a la disminución de la excreción renal de fósforo y aumenta la fosfatemia, decrece la hidroxilación renal de la vitamina D reduciendo la calcemia; estos tres componentes estimulan la liberación de hormona paratiroidea llevando a la desmineralización ósea, que se agrava con la acidosis, pues esta tiende a ser compensada con el carbonato óseo (8).

3.1.6. Diagnóstico

El diagnóstico de la ERC se basa en los antecedentes de haber presentado un síndrome nefrótico, nicturia, signos y síntomas de osteodistrofia, anemia severa en ausencia de hemorragia y en general la presencia de riñones pequeños bilaterales con aumento de ecogenicidad por ecografía (8).

La detección de la persona con ERC permite intervenciones tempranas para evitar la progresión renal y prevenir complicaciones cardiovasculares. Dos pruebas simples de laboratorio identifican la presencia de ERC.

- Un examen de orina completo detecta proteinuria.
- Un examen de creatinina plasmática permite estimar la función renal.

Estas pruebas facilitan su detección y deberían ser de uso habitual en el nivel de atención primaria.

- La proteinuria, un marcador clásico de daño renal establecido, juega además un rol patogénico directo en la progresión renal y cardiovascular.

- Mico albuminuria, un marcador sensible de daño endotelial, identifica personas en riesgo aumentado de enfermedad renal y cardiovascular, y refleja anomalías potencialmente reversibles iniciadas por hiperfiltración glomerular.
- Otros marcadores, como la hematuria y la evaluación de imágenes son también importantes y complementan el valor de la proteinuria (9).

3.1.7. Tratamiento

El tratamiento de la ERC, según la etapa en que se encuentre el paciente, incluye: terapia específica basada en el diagnóstico, evaluación y manejo de condiciones comórbidas, aminorar la pérdida de función renal, prevenir y tratar la enfermedad cardiovascular, así como las complicaciones de la función renal reducida, preparar para las diferentes terapias de reemplazo de la función renal, ya sea por diálisis o trasplante (8).

a. Tratamiento conservador.-

Se refiere al tratamiento farmacológico, es importante iniciar el tratamiento de la ERC precozmente con el fin de evitar complicaciones, prever secuelas a largo plazo y enlentecer en lo posible la progresión de la enfermedad (8).

b. Tratamiento sustitutivo.-

Hace referencia a la terapia de reemplazo renal (TRR) las opciones son tres: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal. Estos tres tratamientos no se conciben como algo estático, sino más bien algo dinámico, de tal forma que una misma persona a lo largo de su vida puede recibir los tres tratamientos en distintas etapas (8).

b.1. Hemodiálisis

La hemodiálisis es una técnica de depuración extracorpórea que emplea un proceso de intercambio entre la sangre y el líquido de diálisis a través de una membrana semipermeable. Estas membranas semipermeables permiten el paso del agua y solutos de forma similar al riñón nativo, y no permiten el paso de células ni moléculas superiores a 50 kD, como la albumina y otras proteínas plasmáticas. La hemodiálisis permite únicamente el aclaramiento de toxinas urémicas, la eliminación del líquido acumulado y la regulación del equilibrio electrolítico y ácido básico.

Los mecanismos físicos en los que se basa la hemodiálisis son básicamente dos: el *transporte difusivo*, es un movimiento pasivo de solutos a través de la membrana por diferencia en el gradiente de concentración entre la sangre y el líquido de diálisis. La eficacia depende del coeficiente de transferencia de masas (KoA), propio de cada dializador según su permeabilidad y superficie, y del gradiente de concentración de los circuitos de sangre y del líquido de diálisis circulan en sentido inverso. La *ultrafiltración* o *transporte convectivo*, consiste en el paso simultáneo de agua y solutos a través de la membrana bajo el efecto de un gradiente de presión hidrostática. El transporte convectivo tiene dos funciones: eliminar la sobrecarga de líquidos acumulada por el paciente en el periodo interdiálisis y depurar solutos que acompañan a este volumen ya que en definitiva es un ultra filtrado del plasma del paciente con toxinas urémicas. La capacidad depurativa de a convección depende por una parte de la cantidad de volumen eliminado. Otro mecanismo físico con una menor importancia aunque siempre presente en la hemodiálisis es la *adsorción*, por la cual ciertos solutos se adhieren a la membrana del dializador (10).

Con estos principios físicos prácticamente se definen todas las modalidades de hemodiálisis.

- 1) *Hemodiálisis convencional*: difusión a la que se añade la ultrafiltración necesaria para eliminar la sobrecarga, no necesita líquido de reposición.
- 2) *Hemofiltración (HF)*: Convección pura, extracción de un volumen convectivo superior a 20 L/sesión; se precisa líquido de reposición y no es necesario líquido de diálisis.
- 3) *Hemodiafiltración (HDF)*: es la combinación del transporte difusivo y convectivo siempre con líquido de reposición.

Las dos últimas se emplean también como técnicas de depuración continuas (horas o días) en pacientes con enfermedad renal e inestabilidad hemodinámica, debido a su mejor tolerancia hemodinámica pero menor eficacia dialítica con respecto a la hemodiálisis convencional (10).

b.2. Diálisis peritoneal

La diálisis peritoneal aprovecha las características intrínsecas del peritoneo como membrana semipermeable, lo que permite el intercambio de agua y solutos entre la sangre que circula por los capilares mesentéricos y el líquido de diálisis, que se introduce en la cavidad peritoneal a través de un catéter.

La superficie de la membrana peritoneal libre es de 1-2 m². El aclaramiento de solutos de bajo peso molecular es inferior a esta última para depurar solutos de peso molecular medio. En la diálisis peritoneal también actúan los mecanismos de difusión y ultrafiltración a través de la membrana peritoneal para aclarar toxinas urémicas, eliminar el líquido acumulado y lograr un equilibrio ácido básico y electrolítico. El proceso difusivo depende del área de contacto de ambos compartimentos y el grado de permeabilidad a un determinado soluto. La cantidad final de solutos excretados depende también el volumen total diario de líquido de diálisis introducido en la cavidad peritoneal (10).

b.3. Trasplante renal

El trasplante renal es el tratamiento de elección de la enfermedad renal crónica, puede ser de una persona viva o de cadáver. La elección de este tratamiento depende de varios factores culturales, socioeconómicos, legales, religiosos.

Consiste en colocar el riñón de otra persona en el cuerpo de un paciente mediante cirugía. La sangre del paciente fluye a través del riñón trasplantado y el riñón donado comienza a producir orina y a realizar sus funciones. El trasplante renal es la única modalidad de tratamiento sustitutivo que realmente previene el desarrollo de la uremia. No todos los pacientes con ERC son candidatos a trasplante renal por lo que su evaluación adecuada minimiza la morbilidad y mortalidad y mejora la calidad de vida.

Las contraindicaciones para el trasplante renal incluyen: receptor con esperanza de vida menor a dos años, condiciones que ponen en peligro la vida (infecciones, cáncer, enfermedad psiquiátrica grave) y la edad no es una contraindicación absoluta para un trasplante, sin embargo, en la población añosa se deben tomar en consideración un número mayor de variables porque la condición general de los pacientes y sus enfermedades concomitantes impactaran de manera importante sobre la calidad de vida del trasplantado y su sobrevivencia (8).

3.1.8. Rol de la enfermera en hemodiálisis

La enfermera es la principal responsable de realizar el procedimiento integral en la terapia de hemodiálisis, esta vigila al paciente desde que ingresa a su terapia hasta que se retire, evaluando posibles complicaciones que puedan presentarse en el tiempo que dure la sesión.

Daurgidas, considera a la enfermera como la profesional que presenta una participación más directa en relación con el proceso de hemodiálisis, demostrando su rendimiento y desempeño en la solución de las posibles complicaciones que pueden ocurrir durante el tratamiento (11).

La hemodiálisis tiene como objetivo ultrafiltrar líquidos y eliminar sustancias tóxicas para el organismo como potasio, urea y creatinina; mientras dure el tiempo que dure el procedimiento la enfermera debe garantizar un tratamiento seguro y eficaz, valorando continuamente signos vitales, así como la presencia y aparición de complicaciones, a fin de disminuir el riesgo de mortalidad.

La atención de la Enfermera de Hemodiálisis se centra en cuatro aspectos fundamentales del cuidado del paciente: la educación sanitaria, la vigilancia y control de los parámetros de la diálisis para asegurar la eficacia de la técnica, la vigilancia y control del buen funcionamiento del acceso vascular, la detección y corrección de posibles complicaciones asociadas al tratamiento sustitutivo y a la Enfermedad Renal (12).

- a) Educación sanitaria: en este ámbito es muy importante el consejo dietético, incluida la restricción de la ingesta de líquidos (el paciente es pesado antes y después de cada sesión de hemodiálisis, lo que permite conocer el volumen acumulado entre sesiones y que se eliminará con el tratamiento); y la evaluación del cumplimiento dietético por parte del paciente (para evitar complicaciones relacionadas por ejemplo con la hiperpotasemia, hipercalcemia o la hipervolemia). Se incluye aquí también formación sobre el cuidado del acceso vascular y los signos y síntomas que requerirán consulta inmediata con los profesionales sanitarios (12).
- b) Parámetros de la diálisis: los monitores de hemodiálisis proporcionan datos que permiten una evaluación continua de la eficacia del tratamiento, así como de la funcionalidad del acceso vascular (12).

El procedimiento de hemodiálisis se realiza a través de máquinas que permiten la programación de parámetros establecidos: al iniciar la sesión se controla y evalúa la presión arterial, para proceder al abordaje del acceso vascular, y la programación de los parámetros de conductividad, flujo de bomba, objetivo a ultrafiltrar, temperatura del líquido de diálisis, tiempo que durará la sesión. Durante la hemodiálisis se monitoriza a cada paciente valorando presión arterial, frecuencia cardíaca, flujo de bomba,

conductividad del sodio, temperatura de líquido de diálisis, resistencia venosa, resistencia arterial, transmembrana y hora en que se está realizando el monitoreo, al finalizar la diálisis se anotara el peso, presión arterial final, y el aspecto del filtro.

Todos estos parámetros serán debidamente registrados en la hoja de monitoreo de hemodiálisis, así como la observación inicial y final de la enfermera, formato que ha sido establecido a nivel nacional para clínicas que presten servicios terciarizados a EsSalud.

- c) El Acceso Vascular: el acceso vascular es la línea de vida del paciente y su buen funcionamiento uno de los objetivos principales de los cuidados de enfermería, antes, durante y después de cada sesión de Hemodiálisis. La enfermera evalúa la funcionalidad y registra la presencia de signos y síntomas que podrían provocar complicaciones o la pérdida del acceso a corto o a largo plazo (12).
- d) Complicaciones: las complicaciones durante y después de la hemodiálisis suelen estar relacionadas con la no tolerancia del paciente a la sesión (hipotensión, vómitos, dolor, calambres, etc.) o con dificultades en la función del acceso vascular. Una evaluación continua de las constantes vitales entre otros ayuda a prevenir estas complicaciones y a detectarlas de forma precoz (12).

El paciente en programa de hemodiálisis es un paciente crónico obligado a conectarse a una máquina tres veces a la semana durante un periodo de 3 a 4 horas aproximadamente. La enfermera especialista debe tener en cuenta las consecuencias psicológicas que implica estar en este programa, consecuencias que a menudo se manifiestan en el paciente renal en forma de depresión, ansiedad y estrés, generando un detrimento en su autocuidado.

3.2. Nivel de Autoestima

3.2.1. Definición:

La autoestima es la suma de la confianza y el respeto que debemos sentir por nosotros mismos y refleja el juicio de valor que cada uno hace de su persona para enfrentarse a los desafíos que presenta nuestra existencia (9).

Según Serrano la autoestima es un sentimiento valorativo de nuestro ser, es el conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad una autoestima adecuada, aumenta la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades

y su nivel de seguridad personal; mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso (13).

3.2.2. Niveles de Autoestima

a. Autoestima alta o positiva.-

La autoestima está fundada de acuerdo a dos sentimientos de la persona para con sí misma: la capacidad y el valor. Los individuos con un autoestima positiva poseen un conjunto de técnicas internas e interpersonales que los hace enfrentarse de manera positiva a los retos. Tienden a adoptar una actitud de respeto no sólo con ellos mismos sino con el resto (14).

Según Ochoa, señala que la persona con una autoestima elevada, valora y cuida su salud, sabe que es muy importante para ella y para los que le rodean mantenerse en buen estado de salud dentro de los límites permitidos por la enfermedad crónica que lo aqueja; por lo tanto, estas personas evitan o se abstienen ante situaciones perjudiciales de salud que puedan ser de alto riesgo y complicar su tratamiento (13).

b. Autoestima media o relativa.-

El individuo que presenta una autoestima media se caracteriza por disponer de un grado aceptable de confianza en sí mismo. Sin embargo, la misma puede disminuir de un momento a otro, como producto de la opinión del resto, es decir, esta clase de personas se presentan seguros frente a los demás aunque internamente no lo son; de esta manera, su actitud oscila entre momentos de autoestima elevada (como consecuencia del apoyo externo) y períodos de baja autoestima (producto de alguna crítica) (14).

c. Autoestima baja.-

Alude a aquellas personas en las que prima un sentimiento de inseguridad e incapacidad con respecto a sí misma; carecen de dos elementos fundamentales como son la competencia por un lado y el valor, el merecimiento por el otro. Existe una mayor predisposición al fracaso debido a que se concentran en los inconvenientes y los obstáculos que en las soluciones. Así, un individuo con baja autoestima se presentara como víctima frente a sí mismo y frente a los demás, evadiendo toda posibilidad de éxito de manera voluntaria (14).

3.2.3. Dimensiones de la Autoestima

a. Nivel Social. -

Es la capacidad de sentirse aceptado dentro de un grupo de personas, sin temor a expresar sus opiniones ni lo que siente, piensa al hablar con otros, mantiene la mirada, no tiene problemas para entablar amistades y le gusta trabajar en equipo, incluye la decisión personal de relacionarse fácilmente con las personas que se encuentren a su alrededor, sintiéndose parte de un mismo grupo. En este nivel la persona se siente con la confianza para alcanzar sus objetivos, resolver conflictos interpersonales y responder a críticas asertivamente (3).

b. Nivel Afectivo. -

Se refiere a las emociones y sentimientos que experimentan y expresan en nuestra vida, es de vital importancia para lograr la armonía y equilibrio, de esta manera obtener una calidad de vida adecuada. La persona expresa sus sentimientos y emociones de agrado y favorable hacia la otra persona, manifiesta su estado de ánimo que viene siendo su actitud o disposición emocional en un momento determinado donde expresa alegría, tristeza, motivación o descontento (3).

c. Nivel Física.-

Valoración que tienen las personas en relación a su aspecto físico o estereotipos de belleza lo que genera en la aceptación en su imagen personal y sentirse fuerte, capaz de valerse por sí solo; ser independiente para realizar sus actividades (3).

3.2.4. Elementos de la Autoestima

Se consideran cinco elementos, según Azalea Hernández:

a. Autoconocimiento.-

Es conocer las partes que componen al “yo” sus manifestaciones, necesidades y habilidades; es imposible amar algo que no conozco, no puedo amarme y respetarme si no conozco los aspectos que me integran. Conocerse significa percibirse por completo: cuerpo, pensamientos, sentimientos y la capacidad de relación con otros; es descubrir capacidades, habilidades y virtudes, pero también con límites, defectos y errores; es percibir cambios, identificar que somos dinámicos y cambiantes como cambiante y dinámica es la vida. Al conocer todos sus elementos, que desde luego no funcionan por separado sino que se entrelazan para apoyarse uno al otro, el individuo logrará tener una

personalidad fuerte y unificada; si una de estas partes funciona de manera deficiente, las otras se verán afectadas y su personalidad será débil y dividida, con sentimientos de ineficiencia y desvaloración (14).

b. Auto concepto o sentido de identidad.-

Es el concepto que se tiene de uno mismo, esta imagen se forma a partir de un buen número de variables, pero es particularmente influenciado por nuestras interacciones con las personas importantes en nuestras vidas; incluye la percepción de nuestras capacidades y nuestra propia singularidad, y a medida que envejecemos estas autopercepciones se vuelven mucho más organizadas, detalladas y específicas.

Los factores que determinan el auto concepto son:

- La actitud o motivación; es la tendencia a reaccionar frente a una situación tras evaluarla positiva o negativa. Es la causa que impulsa a actuar, por tanto, será importante plantear el porqué de nuestras acciones para no dejarnos influenciar por la inercia o la ansiedad.
- El esquema corporal; supone la idea que tenemos de nuestro cuerpo a partir de las sensaciones y estímulos. Esta imagen está muy relacionada e influenciada por las relaciones sociales, las modas, complejos o sentimientos hacia nosotros mismos.
- Las aptitudes; son las capacidades que posee una persona para realizar algo adecuadamente (inteligencia, razonamiento, habilidades).
- Valoración externa; es la consideración o apreciación que hacen las demás personas sobre nosotros. Son los refuerzos sociales, halagos, contacto físico, expresiones gestuales o reconocimiento social (14).

c. Autoevaluación. -

Es la capacidad de evaluar como positivo o negativo aquello que lo sea para uno mismo, reflexionando al mismo tiempo sobre normas y valores de la sociedad; poco a poco se encuentran los puntos que guiarán nuestra conducta; desarrollaremos nuestro propio juicio y aprenderemos a confiar en él, en lugar de basarnos solamente en lo que piensan las demás personas. El “darse cuenta”, según la teoría de la Gestalt, es prestar más atención a las propias vivencias para comprenderlas y así comprender la existencia; “darse cuenta” de lo que está pasando en ese momento a su alrededor, cómo y qué se percibe, qué siente y cómo queda consigo mismo con la decisión que está tomando. Todo aquello que fue grabado es susceptible de transformarse y cambiar si hay voluntad (14).

d. Auto-aceptación o sentido de pertenencia.-

Es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho, como la forma de ser y sentir, ya que sólo a través de la aceptación se puede transformar lo que es susceptible de ello. Sin auto-aceptación la autoestima es imposible. Puede existir un bloqueo en un hábito de conducta de auto-rechazo, el crecimiento personal se ve reprimido y no se logra la felicidad. Aceptar, es experimentar la realidad de una manera completa, sin negarla ni evitarla; es ser capaz de sentir y decir: soy todas estas características; mi cuerpo, emociones, deseos, ideas, son partes de mí, independientemente de que algunas me gustarán y otras no (14).

e. Auto-respeto.-

Es atender, hacer caso a las propias necesidades para satisfacerlas, vivir según nuestros propios valores y expresar sentimientos y emociones, sin hacernos daño ni culparnos; buscar y valorar todo aquello que lo haga a uno sentirse orgulloso de sí mismo (14).

3.2.5. Componentes de Autoestima

Según José Manuel Lorenzo, en la estructura de la autoestima encontramos tres tipos de componentes que operan de manera interrelacionada. Presentan una influencia mutua. El aumento positivo o el deterioro de algunos de estos componentes comportan una modificación de los otros en el mismo sentido (14).

a. Componente cognitivo.-

“Cómo pensamos” Es el auto concepto personal, la descripción que tiene cada uno de sí mismo en las diferentes dimensiones de su vida. Incluye la opinión que se tiene de la propia personalidad y conducta, así como las ideas y creencias sobre sí mismo (14).

b. Componente afectivo.-

“Cómo nos sentimos” Indica la valoración de lo positivo y negativo que hay en nosotros. Implica un sentido de lo favorable o desfavorable, de lo agradable o desagradable que vemos en nosotros. Significa sentirse bien o a disgusto con uno mismo. Es un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales (14).

c. Componente conductual.-

“Cómo actuamos” Se plasma en la decisión e intención de actuar. Lógicamente, nuestras acciones vendrán muy determinadas por la opinión que tengamos de nosotros mismos y del

esfuerzo que estemos dispuestos a realizar para conseguir el reconocimiento (propio y de los demás) por nuestras acciones (14).

3.2.6. Importancia de Autoestima

El nivel de la autoestima tiene profundas consecuencias en cada aspecto de nuestra existencia: en el ámbito personal, familiar, escolar y social, existen correlaciones positivas entre la autoestima favorable y otros rasgos que están relacionados directamente con la capacidad para conseguir lo que nos proponemos: metas ideales, objetivos, etc. El valor que cada persona se otorgue a sí misma va a ser de vital importancia tanto para el propio bienestar personal como para las relaciones interpersonales, un juicio poco realista y negativo de uno mismo puede ocasionar muchas decepciones y mucho daño, manteniendo a la persona decaída (4).

Las personas que se sienten bien consigo mismas, son capaces de enfrentarse y resolver los retos y las responsabilidades que la vida les plantea; por el contrario, los que tienen una autoestima baja suelen auto limitarse, sentir que no valen lo suficiente y, en consecuencia, fracasan. Esto va a depender mucho de la imagen que una persona tiene de sí misma, desde su apariencia física hasta sus conocimientos, actitudes, creencias, potenciales, habilidades, capacidad para relacionarse y para resolver problemas, una persona que no está satisfecha consigo misma no podrá afrontar la vida con la decisión y el optimismo necesarios, lo que desembocará en una falta de confianza no sólo en su entorno sino también en todos los ámbitos de su vida (15).

3.3. Dependencia Funcional

3.3.1. Definición

El Consejo de Europa define como dependiente a la persona que por falta o pérdida de la capacidad física, psíquica o intelectual, requiere la necesidad de una asistencia y/o ayuda importantes para realizar sus actividades básicas de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (16).

De acuerdo con el artículo 22 de la Ley 39/2006 en España, la dependencia es “El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o

ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal” (17).

3.3.2. Factores determinantes de dependencia

- Existencia de limitación física, psíquica o intelectual que merme las capacidades de la persona.
- La incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria.
- La necesidad de asistencia por parte de una tercera persona (16).

3.3.3. Origen de la dependencia

Según Murcia la dependencia se puede originar por:

- a. En personas mayores.-

Alteraciones patológicas, naturales o traumáticas, patología crónica degenerativa, accidentes con consecuencias graves, cualquier cosa puede agravar el problema de la dependencia.

- b. Desde el nacimiento o la infancia

Accidente o enfermedad aguda, malformaciones congénitas.

- c. Desde la juventud o la edad adulta

Accidentes: laborales, de tráfico, enfermedades invalidantes: SIDA (16).

3.3.4. Grados de dependencia

El Sistema Nacional de Dependencia español considera que la clasificación de la dependencia debería establecerse en tres grados:

- a. Grado I. Dependencia moderada.- cuando en la vida diaria dicha persona precisa ayuda para realizar necesidades básicas al menos una vez al día o tiene necesidad de apoyo limitado para su autonomía personal.
- b. Grado II. Dependencia severa.- cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador para su autonomía personal.
- c. Grado III. Grave dependencia. - cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de

autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona para su autonomía personal (18).

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

PEDREIRA, G. et al. (2018). España. ANÁLISIS DEL ESTADO PSICOFÍSICO DE LOS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS. **Conclusión:** Encontraron que el 71,43% presentaba algún grado de dependencia para las actividades básicas y el 85,71% para las actividades instrumentales. El 71,43% presenta a algún grado de ansiedad y el 77,14% la probabilidad de padecer depresión. El 54,29% presentaba algún grado de deterioro cognitivo y el 88,57% percibe afectación en su calidad de vida en el aspecto físico y el 51,43% a nivel mental.

BLANCO, T. et al. (2015). España. EVOLUCIÓN DEL GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS HOSPITALARIA: UN ANTES Y UN DESPUÉS. **Conclusión:** Detectaron un aumento progresivo del deterioro funcional, especialmente en los aspectos de autocuidado y movilidad, destacando una mayor puntuación en la alteración del aparato locomotor y en menor medida en el trastorno del comportamiento. Tras la realización del test Delta de forma protocolizada en la unidad de hemodiálisis junto con la intervención de enfermería, es posible disminuir los factores de riesgo en las actividades de la vida diaria, garantizando una calidad asistencial.

LÓPEZ, M. et al. (2014). España. VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES DE CUIDADOS DEL PACIENTE DURANTE LA HEMODIÁLISIS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE DEPENDENCIA. **Conclusión:** Hallaron que el 69,3% presentaron algún tipo de dependencia según el Test Delta, mientras que el 72.7% lo presento según el Índice de Katz, encontrando una buena correlación entre ambos instrumentos. Los resultados sugirieron que a mayor grado de dependencia, mayor necesidad de cuidados.

BAZÁN, G. y MILLA, L. (2017).Chimbote. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN EL ADULTO CON HEMODIÁLISIS. CLÍNICA DEL RIÑÓN. “SANTA LUCÍA”. NUEVO CHIMBOTE 2016. **Conclusión:** Hallaron en los adultos de la unidad de hemodiálisis de la Clínica del Riñón “Santa Lucía”, que un 60% manifestaba autoestima baja, el 24 % alta y el 16% media. El integrar una familia disfuncional constituía un riesgo elevado para presentar nivel de autoestima bajo,

asimismo, encontraron relación estadística significativa entre el funcionamiento familiar y el nivel de autoestima.

MEZA, I. y QUISPE, F. (2017). Lima. “AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO, EN PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS EN EL CENTRO MÉDICO SANTA PATRICIA”. **Conclusión:** Encontraron que la capacidad de autocuidado de nivel medio se incrementa a medida que es más alto el nivel de autoestima, esto mostro que 53.8% de los pacientes tenían autoestima baja con una capacidad de autocuidado media y solo el 7.7% tenían capacidad de autocuidado elevado, en cuanto a la variable de autoestima el 48.4 % tiene autoestima de nivel medio, el resto se distribuye entre la autoestima elevada 37.6% y autoestima baja 14%. En la variable la capacidad de autocuidado el 48,4% nivel autocuidado medio, 25,8% tiene un autocuidado bajo y alto.

FLORES, M. (2016). Trujillo. INFLUENCIA DEL APOYO FAMILIAR EN LA AUTOESTIMA EN PACIENTES CON HEMODIÁLISIS DE UN HOSPITAL DE ESSALUD. **Conclusión:** El mayor porcentaje de pacientes (47%) presenta una autoestima baja relacionado con un apoyo familiar malo, y el (13%) presentan un autoestima alta relacionado con un nivel de apoyo familiar bueno. Así mismo el análisis de los datos confirmo la hipótesis planteada, el apoyo familiar influye en el nivel de autoestima del paciente con tratamiento de hemodiálisis.

SÁNCHEZ, E. y VELASCO, S. (2018). Arequipa. NIVEL DE AUTOESTIMA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, UNIDAD DE HEMODIÁLISIS. HOSPITAL HONORIO DELGADO. AREQUIPA 2017. **Conclusión:** Se encontró que la mayoría de las personas con Enfermedad Renal Crónica, tenían una autoestima general medio a excepción de la subescala laboral en la cual presentaban autoestima bajo, en cuanto a la calidad de vida de las personas, encontraron que más de la mitad presentó una buena calidad de vida siendo este el 70.9%, y que existía relación significativa entre las variables: nivel de autoestima y la calidad de vida.

5. HIPÓTESIS

Dado que los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a terapia de hemodiálisis, van perdiendo la capacidad de valerse por sí mismo, generando a largo plazo una disminución en el nivel de autoestima al sentirse dependientes de otra persona.

Es probable que los pacientes que asistan al Centro de Hemodiálisis Virgen de la Candelaria - SERMEDIAL a recibir su terapia de hemodiálisis presenten relación entre su grado de dependencia y su nivel de autoestima.





CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

1.1. Técnica

La técnica a usarse será la Entrevista y la Observación.

1.2. Estructura del instrumento

Cómo instrumento se utilizará dos cuestionarios validados a nivel internacional:

1. Para evaluar el grado de dependencia se utilizara el Test Delta, es una escala creada en sesión de Consejo del área de Bienestar Social, Deporte y Juventud en la Comunidad Floral de navarra, el 6 de abril de 1998. El test fue validado por el mismo gobierno de Navarra, la confiabilidad del test fue aceptable entre 0.671 y 0.871. en el Perú no ha sido aplicado aún más si en estudios propios de España. Se conforma, a su vez, de tres sub escalas independientes; la primera de ellas mide el grado de dependencia total, como indicativo de la necesidad de cuidados de la persona mayor; las otras dos subescalas, correspondientes a la deficiencia física y psíquica, son independientes entre sí y sirven para orientar sobre el origen de la dependencia.

Valorando la puntuación correspondiente al cuestionario de dependencia se realiza la siguiente clasificación:

- Válidos (de 0 a 1 punto)
- Asistido leve (de 2 a 9 puntos)
- Asistido moderado: De 10 a 19 puntos.
- Asistido severo: De 20 a 30 puntos.

Y en función de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los cuestionarios correspondientes a la deficiencia física y a la dependencia psíquica, se obtiene la siguiente graduación que puede orientar hacia el origen del grado de dependencia:

- Puntuación: 0 a 1: Ausencia de déficit
- Puntuación: 2 a 4: Déficit leve.
- Puntuación: 5 a 9: Déficit moderado.
- Puntuación: 10 a 15: Déficit grave.

2. Evaluación del nivel de autoestima según el inventario Coopersmith para adultos, creado por Stanley Coopersmith en 1975 pero estandarizada en Chile por Isabel Panizo en 1985 (Vizcarra, 1997), ésta escala consta de 25 preguntas que se responden de manera dicotómica; y su aplicación es de forma individual, para personas mayores de 15 años en adelante. Presenta tres escalas las cuales son: Escala personal (13 ítems), social (6 ítems) y familiar (6 ítems). La confiabilidad del test fue comprobada por el método de las mitades, obteniéndose una correlación de 0,78. En el Perú, el cuestionario de autoestima de Coopersmith ha sido validado y adaptado para diferentes grupos, fue aplicado a jóvenes peruanos universitarios que viven en Lima bajo un estudio Correlacional, con una confiabilidad validado por Alfa de Cronbach de 0.79.

Niveles de autoestima	Global	Personal	Social	Familiar
Autoestima bajo	0 a 24	0 a 13	0 a 6	0 a 6
Autoestima medio bajo	25 a 49	14 a 26	7 a 12	7 a 12
Autoestima medio alto	50 a 74	27 a 39	13 a 16	13 a 16
Autoestima alto	75 a 100	40 a 52	17 a 24	17 a 24

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

La presente investigación se realizara en el Centro de Hemodiálisis Virgen de la Candelaria- Sermedial, ubicado en la calle Francisco Ibáñez N° 100, esta clínica pertenece

al Grupo SERMEDIAL S.A.C. es una empresa cuyo inicio se registró el veintisiete de febrero del 2003, empezando con la realización del Área de Diálisis (Hemodiálisis). Cuenta con tres centros de Diálisis (Hemodiálisis) en la ciudad de Arequipa, cuyo nombre son “Virgen de la Candelaria” y “Virgen de Copacabana”, y Virgen de Chapí”; además cuenta con una sucursal del Área de Diálisis (hemodiálisis) en la Ciudad de Puno.

2.2. Ubicación Temporal

La investigación se realizará durante los meses de marzo a agosto del año 2019.

2.3. Unidades de estudio

Las unidades de estudio estarán constituidos por los pacientes que asisten a realizar su hemodiálisis de lunes a sábado en el centro de hemodiálisis Virgen de la Candelaria.

2.3.1. Universo

El universo estará conformado por un total de 110 pacientes que asisten de lunes a sábado al Centro de Hemodiálisis.

2.3.2. Muestra

Para la selección de la muestra se aplicaran los criterios de inclusión y exclusión, quedando una muestra conformada por 90 pacientes.

Criterios de Inclusión

- Pacientes que se encuentren entre los 18 a 75 años.
- Pacientes que tengan instrucción básica como mínimo.
- Pacientes que firmen consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Pacientes analfabetos que no logren comprender el cuestionario.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Aprobado el proyecto de investigación se solicitará carta de presentación de la Universidad dirigida al Grupo SERMEDIAL.
- Se coordinó con el Director Médico del Grupo SERMEDIAL para obtener el permiso correspondiente.
- Se seleccionó las unidades de investigación según los criterios de inclusión y exclusión y se solicitó la aceptación de estas, con la firma del consentimiento informado.

- Se aplicó los instrumentos de Lunes a Sábado en el cambio de turno de 10.30 am a 11 am, de 3.00 pm a 3.30 pm y de 7.30 pm a 8.00 pm.
- Una vez aplicado el instrumento se procedió a la tabulación de los datos, organización, calificación e interpretación de resultados.
- Se elaboró el informe final.

4. RECURSOS

4.1. RECURSOS HUMANOS:

Investigador:

- Lic. Elenths Jesmin Manrique Ramos

Asesor:

- Lic. Rivas Ceballos, Eddy María

4.2. RECURSOS MATERIALES:

Los recursos fueron autofinanciados

4.3. RECURSOS INSTITUCIONALES:

- Universidad Católica Santa María
- Centro de Hemodiálisis Virgen de la Candelaria – SERMEDIAL

5. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los instrumentos fueron codificados y aplicados. Se procedió a la tabulación de los datos y la presentación de tablas estadísticas, los datos fueron procesados en Microsoft Office Excel 2013 y tabulados en el Programa estadístico SPS versión 20.0

CAPÍTULO III
RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

RESULTADOS

1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

TABLA N°1

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO A LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS SEGÚN SEXO Y EDAD EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA- SERMEDIAL, AREQUIPA 2019

		Frecuencia	%
SEXO	Masculino	43	47.8
	Femenino	47	52.2
	TOTAL	90	100
EDAD	Menor de 20 años	1	1.1
	De 21 a 30 años	3	3.3
	De 31 a 40 años	5	5.6
	De 41 a 50 años	9	10.0
	De 51 a 60 años	31	34.4
	De 61 a 70 años	27	30.0
	Más de 71 años	14	15.6
	TOTAL	90	100

En la Tabla N°1; se observa que en relación a los datos sociodemográficos de sexo y edad, se encontró que en sexo el porcentaje de mayor predominio es el femenino con un 52.2% y en un menor porcentaje el sexo masculino con 47.8%; demostrando que la enfermedad renal crónica afecta al mismo porcentaje de varones y mujeres. En relación a la edad el 34.4% se encuentra entre las edades comprendidas de 51 a 60 años, seguido de un 30% de 61 a 70 años, esta tabla demuestra que un gran porcentaje (60.4%) pertenece a la población adulta.

TABLA N°2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO A LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN Y ESTADO CIVIL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA- SERMEDIAL, AREQUIPA 2019

		Frecuencia	%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeto	1	1.1
	Primaria incompleta	4	4.4
	Primaria completa	9	10
	Secundaria incompleta	10	11.1
	Secundaria completa	24	26.7
	Superior incompleta	17	18.9
	Superior completa	25	27.8
	TOTAL	90	100
ESTADO CIVIL	Soltero (a)	12	13.3
	Conviviente (a)	5	5.6
	Casado (a)	54	60
	Divorciado (a)	7	7.8
	Separado (a)	5	5.6
	Viudo (a)	7	7.8
	TOTAL	90	100

En la tabla N° 2; se observa que el 27.8% del total de la población encuestada cuenta con grado de instrucción superior completo, seguido del 26.7% con secundaria completa, en un menor porcentaje un 4.4% con primaria incompleta y solo el 1.1% es analfabeto. En relación al estado civil, se puede observar que el 60% de los entrevistados son de estado civil casado, seguido de un 13.3% y en menor porcentaje se encuentran las personas separadas y convivientes ambas con un 5.6%.

TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO A LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS SEGÚN ACCESO VASCULAR Y TIEMPO EN HEMODIÁLISIS EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA- SERMEDIAL, AREQUIPA 2019

		Frecuencia	%
ACCESO VASCULAR	Fistula arterio venosa	65	72.2
	Catéter venoso temporal	11	12.2
	Catéter venoso permanente	14	15.6
	TOTAL	90	100
TIEMPO EN HEMODIÁLISIS	0 a 3 años	59	65.6
	4 a 6 años	13	14.4
	7 a 9 años	10	11.1
	10 a 12 años	5	5.6
	13 a 15 años	1	1.1
	Más de 16 años	2	2.2
	TOTAL	90	100

En la tabla N°3; se evidencia que 72.2% cuenta con fistula arterio venosa, seguido de un 28.8% que cuenta con catéter venoso central, de los cuales el 15.6% son permanentes y el 12.2% temporales. En relación al tiempo que los pacientes están en hemodiálisis; se puede observar que el 65.6% de la población entrevistada tiene de 0 a 3 años en hemodiálisis, seguido de un 14.4% que tiene entre 4 a 6 años, estos porcentajes concuerdan con el tiempos estimado de vida de 6 años en hemodiálisis, el 20% restante tiene más de 7 años, los cuales han pasado por otras terapias de sustitución renal.

TABLA N° 4

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO A LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS SEGÚN ENFERMEDAD CONCOMITANTE EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA-SERMEDIAL, AREQUIPA 2019

		Frecuencia	%
ENFERMEDAD CONCOMITANTE	Diabetes	32	35.6
	Hipertensión	28	31.3
	Nefropatía poliquística	12	13.3
	Lupus eritematoso	2	2.2
	Vasculitis	4	4.4
	Glomerulonefritis	3	3.3
	Nefritis intersticial	2	2.2
	Gota	1	1.1
	Goodpasture	1	1.1
	Hipertrofia prostática	1	1.1
	Desconocido	4	4.4
	TOTAL	90	100.0

En la tabla N° 4, se evidencia que entre las enfermedades concomitantes se encuentra en primer lugar la Diabetes con un 35.6 % siendo una de las enfermedades crónicas más comunes, seguido de un 31.3% por hipertensión y en tercer lugar con un 33.1% otras enfermedades como nefritis intersticial, glomerulonefritis, hipertrofia prostática, entre otros.

2. GRADO DE DEPENDENCIA

TABLA N° 5

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO AL GRADO DE DEPENDENCIA SEGÚN INDICADOR DEFICIENCIA TOTAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA-SERMEDIAL, AREQUIPA 2019

		Frecuencia	%
DEFICIENCIA TOTAL	Asistido leve	53	58.9
	Asistido moderado	28	31.1
	Asistido Severo	9	10
TOTAL		90	100

En la tabla N° 5, los resultados encontrados manifiestan que los encuestados se encuentran en un nivel de asistido leve representados con el 58.9%, estos encuestados no están incapacitados plenamente y aún pueden realizar diversas actividades, en cambio existen otros pacientes que presenta un nivel de asistido moderado representados con el 31.1%, es decir que este grupo necesita ayuda para realizar algunos quehaceres, mientras que al final están los encuestados presentando un nivel de déficit grave, este grupo necesita ayuda para realizar sus actividades básicas diarias y son representados con el 10% .

TABLA N° 6

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO AL GRADO DE DEPENDENCIA SEGÚN INDICADOR DEFICIENCIA FÍSICA EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA-SERMEDIAL, AREQUIPA 2019

		Frecuencia	%
DEFICIENCIA FÍSICA	Ausencia de déficit	17	18,9
	Déficit leve	43	47,8
	Déficit moderado	28	31,1
	Déficit grave	2	2,2
TOTAL		90	100,0

En la tabla N° 6, el análisis del déficit físico se puede apreciar que los encuestados manifiestan un nivel de déficit leve representados con el 47.8%, en cambio otros pacientes se manifiestan que presentan un déficit moderado representados con el 31.1% y con escalas menores presentan la ausencia de déficit representados con el 18.2% y un minúsculo grupo de encuestadora manifiestan un nivel de déficit grave representados con el 2.2%

TABLA N° 7

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO AL GRADO DE DEPENDENCIA SEGÚN INDICADOR DEFICIENCIA PSÍQUICA EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA-SERMEDIAL, AREQUIPA 2019

		Frecuencia	%
DEFICIENCIA PSÍQUICA	Ausencia de déficit	50	55.6
	Déficit leve	36	40
	Déficit moderado	4	4.4
TOTAL		90	100

En la tabla N° 7, los resultados encontrados manifiestan que la mayoría de los encuestados se encuentran en ausencia de déficit, los cuales están representados con el 55.6% de los encuestados, en cambio otros encuestados se encuentran en un nivel déficit leve con el 40% y al final están los encuestados que manifiestan un nivel moderado representado con el 4.4%

3. NIVEL DE AUTOESTIMA

TABLA N° 8

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO AL NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN SUB ESCALA AUTOESTIMA PERSONAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA-SERMEDIAL, AREQUIPA 2019

		Frecuencia	%
AUTOESTIMA PERSONAL	Bajo	5	5.6
	Medio Bajo	32	35.6
	Medio Alto	31	34.4
	Alto	22	24.4
TOTAL		90	100.0

En la tabla N° 8 se puede observar que aproximadamente un 70% de la población presenta en el indicador de autoestima personal entre una autoestima media baja y media alta con 35.6% y 34.4% respectivamente, este resultado refleja que es muy difícil para la población afrontar el tratamiento al que son sometidos; el 24.4% tiene un autoestima alta y solo el 5.6% presenta un baja autoestima.

TABLA N° 9

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO AL NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN SUB ESCALA AUTOESTIMA SOCIAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA-SERMEDIAL, AREQUIPA 2019

		Frecuencia	%
AUTOESTIMA SOCIAL	Bajo	8	8.9
	Medio Bajo	41	45.6
	Medio Alto	21	23.3
	Alto	20	22.2
TOTAL		90	100.0

En la tabla N° 9; se observa que el 45.6% de los entrevistados posee un nivel de autoestima social medio bajo, esto se debe a que las personas estando en tratamiento de hemodiálisis se sienten rechazados por su entorno social, es necesario trabajar con ellos e integrarlos socialmente. Así mismo un 45.5% presentan una autoestima social entre media alta y alta con un 23.3% y 22.2% respectivamente, este grupo de personas se identifican como individuos que forma parte de una sociedad que valora y respeta a los demás.

TABLA N° 10

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO AL NIVEL DE AUTOESTIMA SEGÚN SUB ESCALA AUTOESTIMA FAMILIAR EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA-SERMEDIAL, AREQUIPA 2019

		Frecuencia	%
AUTOESTIMA FAMILIAR	Bajo	7	7.8
	Medio Bajo	35	38.9
	Medio Alto	24	26.7
	Alto	24	26.7
TOTAL		90	100.0

En la tabla N° 10; se observa que, el 38.9% de los encuestados presenta una autoestima familiar nivel medio bajo, seguido de un 26.7%, que se repite en los niveles de medio alto y alto, estos niveles sumados en porcentaje representan más del 50% del total de la población, esto refleja que las personas en hemodiálisis se sienten motivados y apoyados por su familia, en un menor porcentaje de 7.8% refleja baja autoestima familiar.

TABLA N° 11

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO A LA AUTOESTIMA EN GENERAL EN LOS PACIENTES DE HEMODIALISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA- SERMEDIAL, AREQUIPA 2019

		Frecuencia	%
NIVEL DE AUTOESTIMA	Bajo	3	3.3
	Medio Bajo	38	42.2
	Medio Alto	31	34.4
	Alto	18	20
TOTAL		90	100

En la tabla N° 11, se puede observar que el 42.2% de los encuestados presentan una autoestima medio bajo, seguido de un 34.4% con autoestima medio alto y con menor porcentaje el 3.3% con autoestima baja. Se deduce que los pacientes en hemodiálisis no cuentan con una adecuada autoestima debido al tratamiento que realizan.

4. RELACIÓN ENTRE GRADO DE DEPENDENCIA Y NIVEL DE AUTOESTIMA.

TABLA N° 12

RELACIÓN ENTRE GRADO DE DEPENDENCIA: INDICADOR DEFICIENCIA TOTAL Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA – SERMEDIAL, AREQUIPA 2019.

Deficiencia Total	Nivel de Autoestima								TOTAL	
	Bajo		Medio Bajo		Medio Alto		Alto			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Asistido leve	0	0.0	19	21.1	21	23.3	13	14.4	53	58.9
Asistido moderado	2	2.2	15	16.7	7	7.8	4	4.4	28	31.1
Asistido grave	1	1.1	4	4.4	3	3.3	1	1.1	9	10
TOTAL	3	3.3	38	42.2	31	34.4	18	20	90	100
Chi2= 6.468							p=0.012			

En la tabla N° 12, se analiza la relación entre el nivel de autoestima global y el grado de dependencia: indicador deficiencia total, la mayoría de los encuestados manifiestan una tendencia de asistido leve, presentado valores de 23.3% en su autoestima a nivel medio alto, mientras que con valores de nivel medio bajo se encuentra el 21.1% y en escalas menores esta la autoestima alta presentada con el 14.4%, en cambio en proyecciones de asistido grave se presenta valores de 4.4% en una autoestima medio bajo, y en una autoestima alta se presenta con el 3.3%.

Estos resultados dan a conocer que si existe relación entre las variables analizadas, ya que el valor de la significancia hallada $P=0.012$.

TABLA N° 13

RELACIÓN ENTRE GRADO DE DEPENDENCIA: INDICADOR DEFICIENCIA FÍSICA Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA – SERMEDIAL, AREQUIPA 2019.

Nivel de Autoestima										
Deficiencia	Bajo		Medio Bajo		Medio Alto		Alto		TOTAL	
Física	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ausencia de déficit	0	0.0	6	6.7	9	10	2	2.2	17	18.9
Déficit leve	2	2.2	19	21.1	16	17.8	6	6.7	43	47.8
Déficit moderado	1	1.1	11	12.2	6	6.7	10	11.1	28	31.1
Déficit grave	0	0.0	2	2.2	0	0.0	0	0.0	2	2.2
TOTAL	3	3.3	38	42.2	31	34.4	18	20	90	100
Chi2= 9.102							p=0.023			

En la tabla N° 13, se analiza el nivel de autoestima con el grado de dependencia: indicador deficiencia física, se observa que el 21.1%, presenta un déficit leve y una autoestima media baja, mientras el 17.8% con déficit leve presenta una autoestima medio alto, en cambio con proyecciones moderadas la más elevada esta con el 12.2% a una autoestima media baja, y 11.1% a una autoestima alta.

Los resultados analizados dan a conocer que si existe relación entre las variables analizadas, ya que el valor de la significancia hallada $P=0.023$ es menor al parámetro limite ($p<0.05$), por ende se acepta la relación entre las variables analizadas.

TABLA N° 14

RELACIÓN ENTRE GRADO DE DEPENDENCIA: INDICADOR DEFICIENCIA PSÍQUICA Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES DE HEMODIÁLISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA – SERMEDIAL, AREQUIPA 2019.

Deficiencia Psíquica	Nivel de Autoestima								TOTAL	
	Bajo		Medio Bajo		Medio Alto		Alto			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Ausencia de déficit	1	1.1	17	18.9	24	26.7	8	8.9	50	55.6
Déficit leve	1	1.1	19	21.1	6	6.7	10	11.1	36	40
Déficit moderado	1	1.1	2	2.2	1	1.1	0	0.0	4	4.4
TOTAL	3	3.3	38	42.2	31	34.4	18	20	90	100
Chi2= 3.605					p=0.024					

En la tabla N° 14 se analiza la relación del nivel de autoestima global con el grado de dependencia: indicador deficiencia psíquica, se encuentra que el 26.7% tiene una ausencia de déficit con una autoestima media alta, mientras que el otro 18.9% que también tienen ausencia de déficit manifiesta una autoestima media baja, en cambio con una proyección de déficit leve, el 21.1% manifiesta una autoestima media baja y el 11.1% una autoestima alta.

Los resultados analizados dan a conocer que si existe relación entre las variables analizadas, ya que el valor de la significancia hallada $P=0.024$.

CONCLUSIONES

PRIMERA: La población de estudio estuvo constituida por 90 pacientes que asisten a terapia de hemodiálisis, con predominio femenino (52.2%) la mayor parte de la población se encuentra ubicada entre los 51 a 60 años (34.4%), encontrándose que un gran porcentaje de pacientes se encuentran casados (60%), con grado de instrucción superior completo (27.8%), un gran porcentaje de la población cuenta con fistula arterio venosa funcional (72.2%), y se encuentra en hemodiálisis de 0 a 3 años (65.6%); el mayor porcentaje ingreso a esta terapia de sustitución renal por tener previamente diabetes e hipertensión (35.6% y 33.1% respectivamente)

SEGUNDA: Con respecto al grado de dependencia, en el indicador deficiencia total se encontró que el mayor porcentaje de la población estudiada estaban en el nivel asistido leve (58.9%), seguido por asistido moderado (31.1%), y en menor porcentaje con asistido severo (10%); en el indicador deficiencia física manifestaron un nivel de déficit leve (47.8%), seguido de un déficit moderado (31.1%); en relación al indicador deficiencia psíquica se encontró que la mayoría se encuentra con ausencia de déficit (55.6%), seguido de déficit leve (40%).

TERCERA: En relación al nivel de autoestima, los resultados evidenciaron que la población estudiada presenta autoestima media baja (42.2%), seguido de autoestima media alta (34.4%). Con respecto a las sub escalas del nivel de autoestima; en autoestima personal el mayor porcentaje se encuentra en un nivel medio baja (35.6%), seguido de una autoestima medio alto (34.4%); en autoestima social presentan un nivel medio bajo (45.6%), seguido de un autoestima medio alto (23.3%) y en la sub escala autoestima familiar presentan un nivel medio bajo (38.9%), seguido de una autoestima medio alto y alto (ambos con 26.7%).

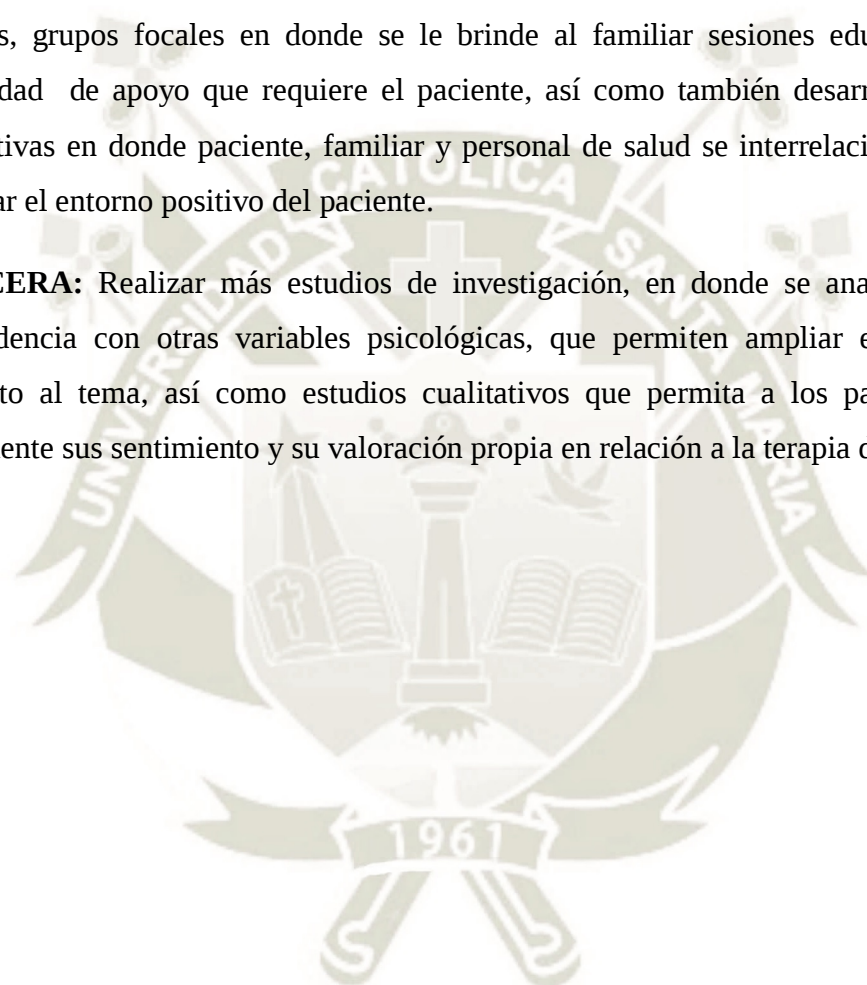
CUARTA: Los resultados hallados indican que existe relación significativa entre los tres indicadores de grado de dependencia: deficiencia total ($p=0.012$), física ($p=0.023$) y psíquica ($p=0.024$) con el nivel de autoestima global, ya que el valor de significancia se encuentra por debajo del parámetro limite ($p<0.05$); la relación de las variables es de manera inversamente proporcional, es decir que a mayor grado de dependencia, menor nivel de autoestima.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Diseñar e implementar acciones interdisciplinarias para que las enfermeras como principales responsables brinden una atención integral al paciente que se encuentre en terapia de sustitución renal (hemodiálisis), considerando su grado de dependencia y como se siente el paciente en relación a su persona.

SEGUNDA: Con la información obtenida y con ayuda equipo multidisciplinario crear talleres, grupos focales en donde se le brinde al familiar sesiones educativas sobre la necesidad de apoyo que requiere el paciente, así como también desarrollar actividades recreativas en donde paciente, familiar y personal de salud se interrelacionen y ayuden a mejorar el entorno positivo del paciente.

TERCERA: Realizar más estudios de investigación, en donde se analice el grado de dependencia con otras variables psicológicas, que permitan ampliar el panorama con respecto al tema, así como estudios cualitativos que permita a los pacientes expresar libremente sus sentimientos y su valoración propia en relación a la terapia de hemodiálisis.

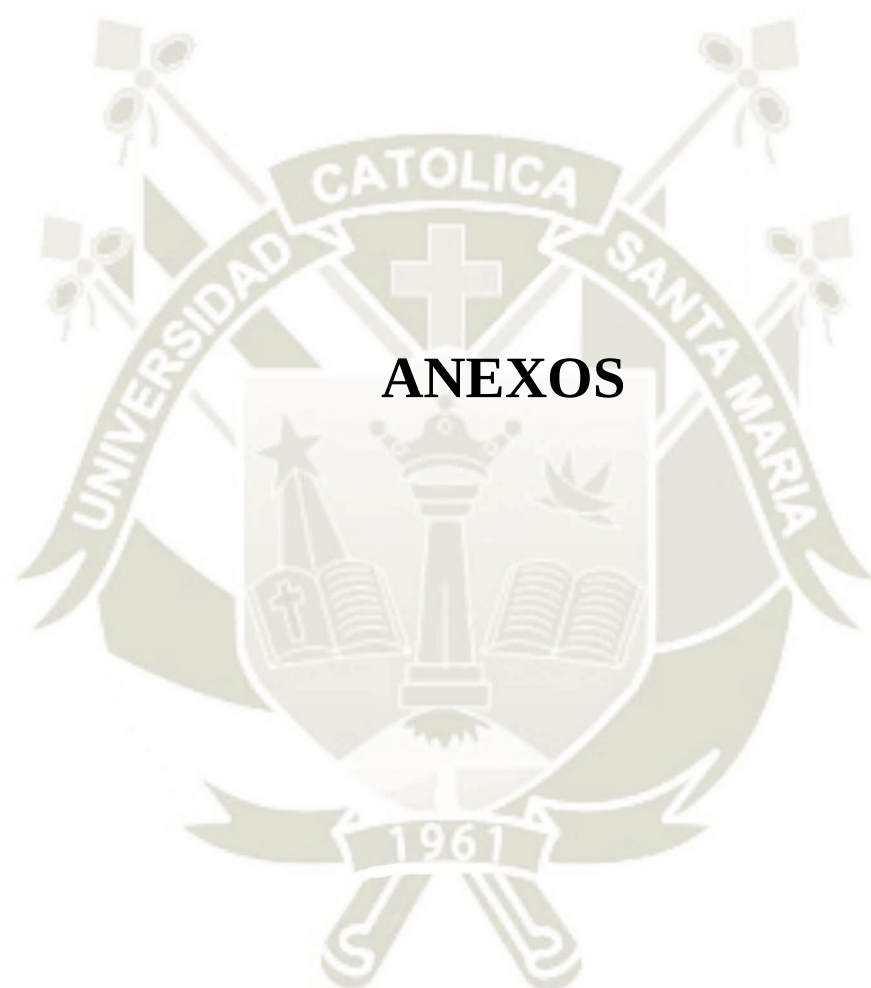


BIBLIOGRAFÍA

1. Loza Munarriz C, Ramos Muñoz W. Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica, 2015 [Internet]. Lima: Dirección General de Epidemiología (Perú), Ministerio de Salud del Perú; 2016 [citado 01 de abril del 2019]. 98 p. Reporte N° 2016-02497. Recuperado a partir de: [http://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20\(1\).pdf](http://www.spn.pe/archivos/ANALISIS%20DE%20LA%20SITUACION%20DE%20LA%20ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20EN%20%20EL%20PERU%20(1).pdf).
2. OPS, editores. La OPS/OMS y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología llaman a prevenir la enfermedad renal y a mejorar el acceso al tratamiento [Internet]. Actas; 2015 10 de marzo; Washington DC: Organización Panamericana de Salud; [citado el 01 de abril del 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=fr
3. Daza Ponciano E, Quispe Serna Y, Zegarra Mantilla L. Influencia de la autoestima en el autocuidado en pacientes con hemodiálisis en un Hospital Público – Huánuco noviembre- diciembre [Trabajo Académico en internet]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018 [citado el 25 de marzo del 2019]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/3851>
4. Zenteno Duran M. La autoestima y como mejorarla. [Internet]. División de Investigación, ciencia y tecnología; 2017 Ventana Científica Vol. 8. N° 13. [citado el 18 de marzo del 2019]. Recuperado a partir de <http://www.uajms.edu.bo/revistas/wp-content/uploads/2017/09/ventana-cientifica-vol8-espacio-digital2-art6.pdf>
5. Gorostidi M, Santamaría R, Alcazar R, Fernández G, Galcerán J, Goicoechea M, et all. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. [Internet]. 2014 [citado el 20 de febrero del 2019]; 34(3):302-16. Recuperado a partir de: <http://www.revistanefrologia.com>

6. Hurtado-Aréstegui A. Manejo de la enfermedad renal crónica. Scielo [Internet]. 2014 [citado el 13 de febrero del 2019]. Pág. 50 – 52. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rspmi/v19n2/a05v19n2.pdf>
7. Farreras V, Rozman C, Insuficiencia Renal Crónica. Medicina Interna 18ª ed. Madrid: Elsevier España S.A; 2016. p. 881 – 889.
8. Arque Flores Y, Olazabal Mamani K. Estilos de afrontamiento y calidad de vida en personas con Insuficiencia Renal Crónica, unidad de hemodiálisis, Hospital Nacional CASE ESSALUD [Tesis]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2014.
9. Chuctaya Churata D, Enríquez Flores M. Autocuidado y calidad de vida en personas con ERC terminal, programa de DIPAC, Hospital Base Carlos Alberto Segúin Escobedo-ESSALUD [Tesis]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2015.
10. Farreras V, Rozman C, Tratamiento sustitutivo de la función renal. Medicina Interna 18ª ed. Madrid: Elsevier España S.A; 2016. p. 889 – 896.
11. Rocha M, Oliveira C, Fecury A, Dendasck C, Dias C, Oliveira E. El papel de la enfermería en la sesión de hemodiálisis [Internet]. 2016 [citado el 28 de abril del 2019]; 02(04): 52 – 39. Recuperado a partir de: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/salud/hemodialisis>
12. Enfermería Blog [Blog]. La enfermera de hemodiálisis. 24 de setiembre del 2015 [citado el 28 de abril del 2019]. Recuperado a partir de: <http://enfermeriablog.com/la-enfermera-de-hemodialisis/>
13. Meza Huaynates I., Quispe Cosi, F. Autoestima y su relación con la capacidad de autocuidado, en pacientes que reciben tratamiento de hemodiálisis en el Centro Médico Santa Patricia [Tesis en internet]. [Lima]: Universidad Privada Norbert Wiener; 2017 [citado el 22 de abril del 2019]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/767>
14. Sánchez Chicata E, Velazco Samanez S. Nivel de autoestima y calidad de vida en personas con Insuficiencia Renal Crónica, unidad de hemodiálisis, Hospital Honorio Delgado, 2017 [Tesis]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2018. 85 p.

15. Bastida de Miguel A. La importancia de la autoestima: como potenciarla [Internet]. Psicología online: Crecimiento personal y autoayuda. 2018 [citado el 23 de mayo del 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.psicologia-online.com/la-importancia-de-la-autoestima-como-potenciarla-2350.html>.
16. Murcia E. Dependencia y valoración del daño [Internet]. Universidad de Valencia. 2019 [citado el 13 de abril del 2019]. Recuperado a partir de: <https://www.uv.es/edumursa/EDP/Documentos/DEPENDENCIA%20Y%20VDC.pdf>
17. Zurekin Z. Cuidando Contigo [Internet]. Hospital San Juan de Dios. 2019 [citado el 13 de marzo del 2019]. Recuperado a partir de: http://www.hospital-sanjuandedios.es/upload/cuidando/doc/acerca_de_la_ley_de_dependencia.pdf
18. Bernabel Rodríguez K, Salvador Grados J, Soria Quispe C. Nivel de dependencia y su relación con la calidad de vida en pacientes sometidos a hemodiálisis del Hospital II Gustavo Lanatta Lujan mayo – julio [Trabajo Académico en internet]. [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017 [citado el 23 de abril del 2019]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/952>
19. Bazán Palma G, Milla Sarmiento L. Funcionamiento familiar y nivel de autoestima en el adulto con hemodiálisis. Clínica del Riñón. “Santa Lucía” [Tesis en internet]. [Nuevo Chimbote]: Universidad Nacional de la Santa; 2017 [citado el 20 de marzo del 2019]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.uns.edu.pe/handle/UNS/3197>
20. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C y Baptista Lucio M. Metodología de la Investigación. 6ª Edición. México. McGraw Hill; 2014



ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., identificada con DNI, he recibido información suficiente sobre el trabajo de investigación titulado: “NIVEL DE AUTOESTIMA Y GRADO DE DEPENDENCIA EN PACIENTES DE HEMODIALISIS, CENTRO DE HEMODIÁLISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA – SERMEDIAL. AREQUIPA, 2019”, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el mismo.

De la información recibida he comprendido:

- Que el objetivo de la investigación consiste en establecer la relación entre el nivel de autoestima y el grado de dependencia en pacientes de hemodiálisis, Centro de Hemodiálisis Virgen de la Candelaria – Sermedial. Arequipa, 2018.
- Que mi participación es voluntaria y consiste en la aplicación de un instrumento de evaluación.
- Que puedo retirarme del estudio si lo veo por conveniente.
- Que mi participación no entraña ningún riesgo en mi salud.
- Que la información que proporcione no repercutirá negativamente en la atención de salud que vengo recibiendo en el Centro de Hemodiálisis Virgen de la Candelaria
- Que mis datos personales serán protegidos mediante el anonimato y los resultados no serán usados contra mi persona.
- Que mi participación no me generará gasto alguno.

Por lo manifestado, “Acepto consciente y libremente participar en el trabajo de investigación anteriormente mencionado, habiendo recibido información suficiente sobre mi participación”

Para que conste, firmo al pie de este documento:

FIRMA DE LA PARTICIPANTE

Arequipa, ____ de _____ de 2019

ANEXO N° 2

DATOS DE FILIACIÓN

“GRADO DE DEPENDENCIA Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES DE HEMODIALISIS, CENTRO DE HEMODIÁLISIS VIRGEN DE LA CANDELARIA – SERMEDIAL. AREQUIPA, 2019”.

DATOS GENERALES

Esta parte de la guía busca recoger los datos sobre su persona, para ello le pedimos responder con honestidad.

Edad: _____

Sexo: M (☐) F (☐)

Grado de Instrucción:

(☐) Analfabeta

(☐) Primaria Incompleta

(☐) Primaria Completa

(☐) Secundaria Incompleta

(☐) Secundaria Completa

(☐) Superior Incompleta

(☐) Superior Completa

Estado Civil:

(☐) Soltera

(☐) Conviviente

(☐) Casada

(☐) Divorciada

(☐) Separada

(☐) Viuda

Tiempo en hemodiálisis: _____

Tipo de acceso vascular: (☐) FAV (☐) CVCT (☐) CVCP

Enfermedad concomitante:

(☐) Diabetes

(☐) Hipertensión

(☐) Nefropatía poliquística

(☐) Lupus eritematoso

(☐) Otros: _____

ANEXO N°3

TEST DELTA

A. DEPENDENCIA TOTAL

1. Movilización

- 0. Autónomo
- 1. Asistencia ocasional para la movilización en cama, sillón de HD o silla de ruedas.
- 2. Precisa ayuda frecuente.
- 3. La ayuda es necesaria de forma permanente.

2. Deambulación y desplazamiento (al entrar y salir)

- 0. Autónomo, aunque lleve algún medio de apoyo (bastón)
- 1. Necesita ayuda esporádica.
- 2. Precisa ayuda con frecuencia para la deambulación.
- 3. Hay que desplazarle siempre: Incapaz de impulsar la silla de ruedas. Encamado.

3. Aseo

- 0. Autónomo.
- 1. Precisa ayuda ocasional en el lavado de manos, aseo del brazo portador de fístula o injerto.
- 2. Necesita ayuda frecuentemente.
- 3. Hay que ayudarlo siempre.

4. Vestido

- 0. Autónomo.
- 1. En ocasiones hay que ayudarlo. Precisa de supervisión.
- 2. Necesita siempre ayuda para ponerse alguna prenda o acomodarse sus prendas o calzarse al salir.
- 3. Es necesario ayudarlo siempre.

5. Ingesta Oral

- 0. Lo hace solo.
- 1. Precisa ayuda ocasional para tomar agua, tragar una pastilla, o ingerir un bocadito
- 2. Precisa ayuda con frecuencia
- 3. No le está permitida la ingesta oral por su estado de salud. Recibe tratamiento parenteral.

6. Eliminación Urinaria e Intestinal

0. Continencia urinaria y fecal
1. Incontinencia urinaria esporádica. Colostomía
2. Incontinencia urinaria y fecal frecuente. (Sonda vesical y pañales).
3. Incontinencias urinaria y fecal totales (con sonda vesical y usa pañales).

7. Administración de tratamientos

0. No precisa durante el tratamiento.
1. Ocasionalmente administración vía oral con supervisión (analgésicos, antihipertensivos, antihistamínicos).
2. Hay que administrarle los protocolos según indicación (fierro, eritropoyetina, calcitriol, paracalcitriol, entre otros).
3. Precisa reposición de líquidos, transfusiones, oxigenoterapia, endovenosos (dextrosa al 33%, hipersodio, gluconato de Ca., antibióticos, etc.).

8. Cuidados de enfermería (Movilización, curaciones FAV, portadores de CVC, control continuo de constantes vitales por inestabilidad hemodinámica, apoyo respiratorio).

0. No precisa.
1. Precisa actuación de enfermería ocasional.
2. Precisa actuación de enfermería periódicamente.
3. Supervisión continuada: atención a enfermos críticos (insuficiencia respiratoria en ventilación mecánica, encefalopáticos, emerge. dialíticas, etc.

9. Necesidad de vigilancia

0. No precisa.
1. Trastornos de conducta temporales que impliquen necesidad de vigilancia ocasional (por ejemplo.: verborrea).
2. Trastornos de conducta permanentes que alteren de forma leve o moderada, (por ejemplo.: inquietud psicomotriz leve).
3. Trastorno de conducta intensos y permanentes que alteren de forma grave (ej.: agitación psicomotriz, riesgo de caída, riesgo de daño del AV)

10. Colaboración

0. Colaborador.
1. Colabora con tratamiento.
2. No colabora.

3. Rechazo categórico y constante.

B. DEFICIENCIA FÍSICA

1. Estabilidad

0. Se mantiene bien de pie o en cualquier postura.
 1. Ligera inseguridad en la marcha. Riesgo leve de caída. (Por ejemplo.: mareos frecuentes).
 2. Marcada inseguridad en la marcha. Caídas frecuentes.
 3. No puede permanecer de pie sin apoyo.

2. Visión y audición

0. Visión normal o corrección con lentes. Oye bien. Casos no valorables.
 1. Ligera disminución de la visión mal compensada con lentes. Sordera moderada. Lleva audífono.
 2. Marcada disminución de la visión que no puede compensarse con lentes. Sordera total.
 3. Ceguera total.

3. Alteraciones del aparato locomotor

0. Movilidad y fuerza normales. Sensibilidad normal. Casos no valorables.
 1. Ligera limitación de la movilidad en alguna de las extremidades o tronco.
 2. Limitación moderada de la movilidad en alguna de las extremidades o tronco. Anquilosis de alguna articulación importante. Amputación parcial de alguna extremidad.
 3. Limitación grave de la movilidad. Amputación completa, sin prótesis. Desarticulación.

4. Otras funciones neurológicas (Rigidez, movimientos anormales, crisis comiciales)

0. Sin alteraciones.
 1. Temblor ligero. Movimientos anormales ocasionales. Ligera hipertonía. Ligera rigidez.
 2. Temblor moderado. Crisis comiciales ocasionales. Movimientos anormales frecuentes. (Disquinesias, distonías). Rigidez moderada.
 3. Temblor importante. Crisis comiciales frecuentes. Rigidez importante. Movimientos anormales permanentes.

5. Aparato respiratorio y cardiovascular

- 0. Sin alteraciones.
- 1. Disnea de mediano esfuerzo (escaleras, cuestras). claudicación intermitente leve.
- 2. Disnea de mínimos esfuerzos. Dolor vascular ligero y permanente.
- 3. Disnea continua grave. Dolor vascular permanente, moderado o grave.

C. DEFICIENCIA PSÍQUICA

1. Lenguaje y comprensión

- 0. Habla normalmente. Comprensión buena.
- 1. Alguna dificultad en la expresión oral. En ocasiones no entiende lo que se le dice.
- 2. Disartria o disfasia intensa. Poca coherencia o expresividad. Es frecuente que no responda a órdenes y sugerencias.
- 3. Afasia. Lenguaje ininteligible o incoherente. Apenas habla. No responde a órdenes sencillas.

2. Orientación y memoria

- 0. Bien orientado en tiempo y espacio. Buena memoria.
- 1. Desorientación ocasional. Buen manejo en su casa o planta. Despistes u olvidos ocasionales.
- 2. Desorientado en tiempo o espacio. Perdida frecuente de objetos. Identifica mal a las personas, reconociendo lazos afectivos o recuerda mal acontecimientos nuevos y nombres.
- 3. Desorientación total. Pérdida de la propia identidad. No reconoce lazos afectivos. Apenas recuerda nada.

3. Trastornos del comportamiento

- 0. No presenta problemas.
- 1. Trastornos de comportamiento con alteraciones conductuales leves (p. ej.: irritabilidad, trastornos del control de los impulsos).
- 2. Trastornos del comportamiento con alteraciones conductuales moderadas (p. ej.: agresividad moderada, conducta desorganizada).
- 3. Trastornos del comportamiento con alteraciones conductuales graves.

4. Capacidad de juicio (Valerse correctamente del dinero cuando va a comprar, llamar desde un teléfono público, ejecución de órdenes sencillas)

- 0. Normal para su edad y situación.
- 1. Tiene alguna dificultad para resolver problemas y situaciones nuevas.
- 2. Le cuesta mucho resolver problemas sencillos.
- 3. No puede desarrollar ningún razonamiento.

5. Alteraciones del sueño

- 0. Duerme bien habitualmente, sin medicación.
- 1. Duerme bien con medicación.
- 2. Duerme mal con medicación, sin afectar al entorno.
- 3. Alteraciones graves del sueño con agitación nocturna.



ANEXO N° 4

INVENTARIO DE COOPERSMITH PARA ADULTOS

A continuación le brindo una serie de situaciones, deseamos saber con qué frecuencia paso usted por alguna de ellas:

SITUACIONES	VERDADERO	FALSO
1. Generalmente los problemas me afectan muy poco.		
2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público.		
3. Si pudiera, cambiaría muchas cosas de mí		
4. Puedo tomar una decisión fácilmente.		
5. Soy una persona simpática.		
6. En mi casa me enoja fácilmente.		
7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.		
8. Soy popular entre las personas de mi edad.		
9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos.		
10. Me doy por vencido (a) muy fácilmente.		
11. Mi familia espera demasiado de mí.		
12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.		
13. Mi vida es muy complicada.		
14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.		
15. Tengo mala opinión de mí mismo (a).		
16. Muchas veces me gustaría irme de casa.		
17. Con frecuencia me siento a disgusto en mi estudio/trabajo.		
18. Soy menos guapo/bonita que la mayoría de la gente.		
19. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.		
20. Mi familia me comprende.		
21. Los demás son mejor aceptados que yo.		
22. Siento que mi familia me presiona.		
23. Con frecuencia me desanimo en lo que hago.		
24. Muchas veces me gustaría ser otra persona.		
25. Se puede confiar muy poco en mí.		