



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Enfermería

**Segunda Especialidad en Cuidado Enfermero Nefrológico y/o
Urológico**

**Relación del apoyo familiar con la capacidad de autocuidado en pacientes
con diálisis peritoneal atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto
Seguín Escobedo EsSalud de Arequipa, 2022**

Tesis presentada por:

Alferez Alarta, Julia

ORCID: 0009-0003-1392-6662

para optar el Título de Segunda Especialidad en Cuidado Nefrológico y/o Urológico
con mención en Diálisis

Asesor(a):

Mag. Mestas Fernandez, Imelda

ORCID: 0009-0002-8473-998X

Arequipa – Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CUIDADO ENFERMERO NEFROLOGICO Y/O
UROLOGICO

SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 22 de Enero del 2026

Dictamen: 009000-C-FENFER-2026

Visto el borrador del expediente 009000, presentado por:

2014970512 - ALFEREZ ALARTA JULIA

Titulado:

RELACIÓN DEL APOYO FAMILIAR CON LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON
DIÁLISIS PERITONEAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN
ESCOBEDO ESSALUD DE AREQUIPA, 2022

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

CUIDADO ENFERMERO NEFROLÓGICO Y/O UROLÓGICO CON MENCIÓN EN DIÁLISIS

29406091 - NUÑEZ CHAVEZ JOSEFINA SONIA
DICTAMINADOR



29524150 - ZAPANA BEGAZO ROSEMARY
DICTAMINADOR



24005600 - RIVAS CEBALLOS EDDY MARIA
DICTAMINADOR



RELACIÓN DEL APOYO FAMILIAR CON LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIÁLISIS PERITONEAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUÍN ESCOBEDO ESSALUD DE AREQUIPA, 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

4%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Católica de Santa María

Trabajo del estudiante

2%

2

hdl.handle.net

Fuente de Internet

2%

3

ietsi.essalud.gob.pe

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

DEDICATORIA

A mi familia, cuyo apoyo incondicional me ha dado la fuerza necesaria para avanzar en cada etapa de mi formación y en el ejercicio de la enfermería.

A mis pacientes, que con su valentía y confianza han sido una fuente constante de aprendizaje y motivo para reafirmar mi vocación de servicio.



AGRADECIMIENTOS

Expreso mi sincero agradecimiento a todas las personas e instituciones que hicieron posible la realización de este trabajo.

A la institución de salud donde desarrollé esta investigación, por abrirme sus puertas y brindarme las facilidades necesarias para llevarla a cabo.

A mis docentes y asesores, por su guía, paciencia y valiosos aportes que enriquecieron cada etapa del proceso.



RESUMEN

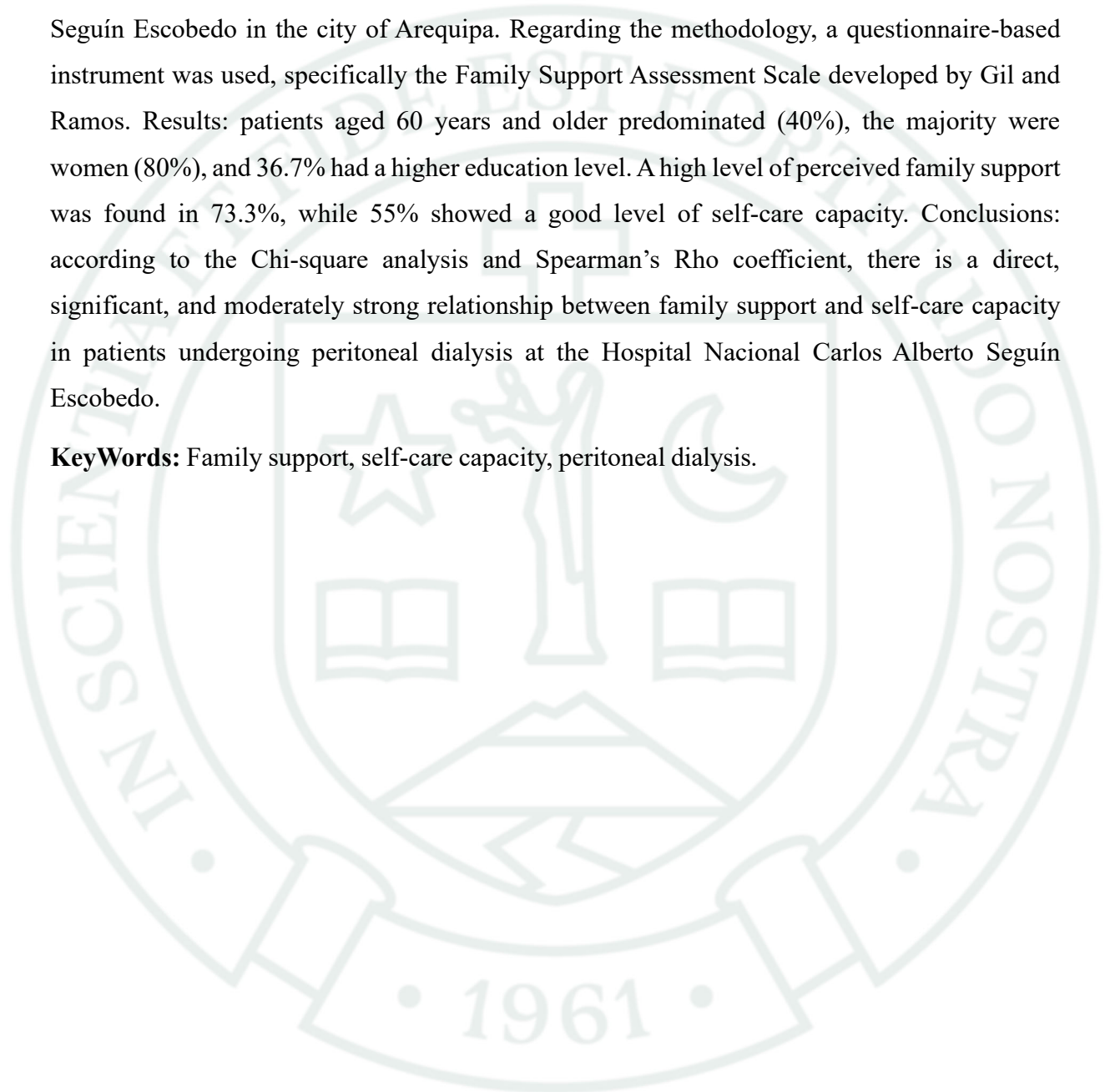
Relación del apoyo familiar con la capacidad de autocuidado en pacientes con diálisis peritoneal atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo EsSalud de Arequipa, 2022. El objetivo fue determinar la relación del apoyo familiar con la capacidad de autocuidado en los pacientes que realizan diálisis peritoneal en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo de la ciudad de Arequipa. Como metodología se usó, como instrumento el cuestionario de escala denominado Valoración de Apoyo Familiar desarrollado por las autoras Gil, y Ramos. Resultados: predominaron los pacientes de 60 y más años (40%), la mayoría mujeres (80%), y el 36,7% con un nivel de educación superior. Se obtuvo una percepción de apoyo familiar alta en el 73,3%, mientras que, la capacidad de autocuidado desarrollada fue buena en el 55%. Conclusiones: Según el análisis de Chi cuadrado y el coeficiente Rho de Spearman, se evidencia una relación directa, significativa y de magnitud moderada entre el apoyo familiar y la capacidad de autocuidado en los pacientes con diálisis peritoneal del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo.

Palabras clave: Apoyo familiar, capacidad de autocuidado, diálisis peritoneal.

ABSTRACT

Relationship between family support and self-care capacity in patients undergoing peritoneal dialysis treated at the Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo EsSalud in Arequipa, 2022. The objective was to determine the relationship between family support and self-care capacity in patients undergoing peritoneal dialysis at the Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo in the city of Arequipa. Regarding the methodology, a questionnaire-based instrument was used, specifically the Family Support Assessment Scale developed by Gil and Ramos. Results: patients aged 60 years and older predominated (40%), the majority were women (80%), and 36.7% had a higher education level. A high level of perceived family support was found in 73.3%, while 55% showed a good level of self-care capacity. Conclusions: according to the Chi-square analysis and Spearman's Rho coefficient, there is a direct, significant, and moderately strong relationship between family support and self-care capacity in patients undergoing peritoneal dialysis at the Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo.

Key Words: Family support, self-care capacity, peritoneal dialysis.



ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO 3

1. Problema de investigación 4

1.1. Enunciado del problema 4

1.2. Descripción del problema 4

1.2.1. Campo, área y línea 4

1.2.2. Análisis u operacionalización de variables 4

1.2.3. Interrogantes básicas 6

1.2.4. Tipo y nivel de investigación 6

1.3. Justificación 6

2. Marco teórico 8

2.1. Enfermedad renal crónica 8

2.2. Diálisis Peritoneal (DP) 10

2.2.1. Modalidades de diálisis peritoneal 13

2.2.2. Acceso peritoneal y procedimiento 15

2.2.3. Indicaciones, ventajas y limitaciones 18

2.2.4. Beneficios y desventajas de la técnica 20

2.3. Apoyo familiar 22

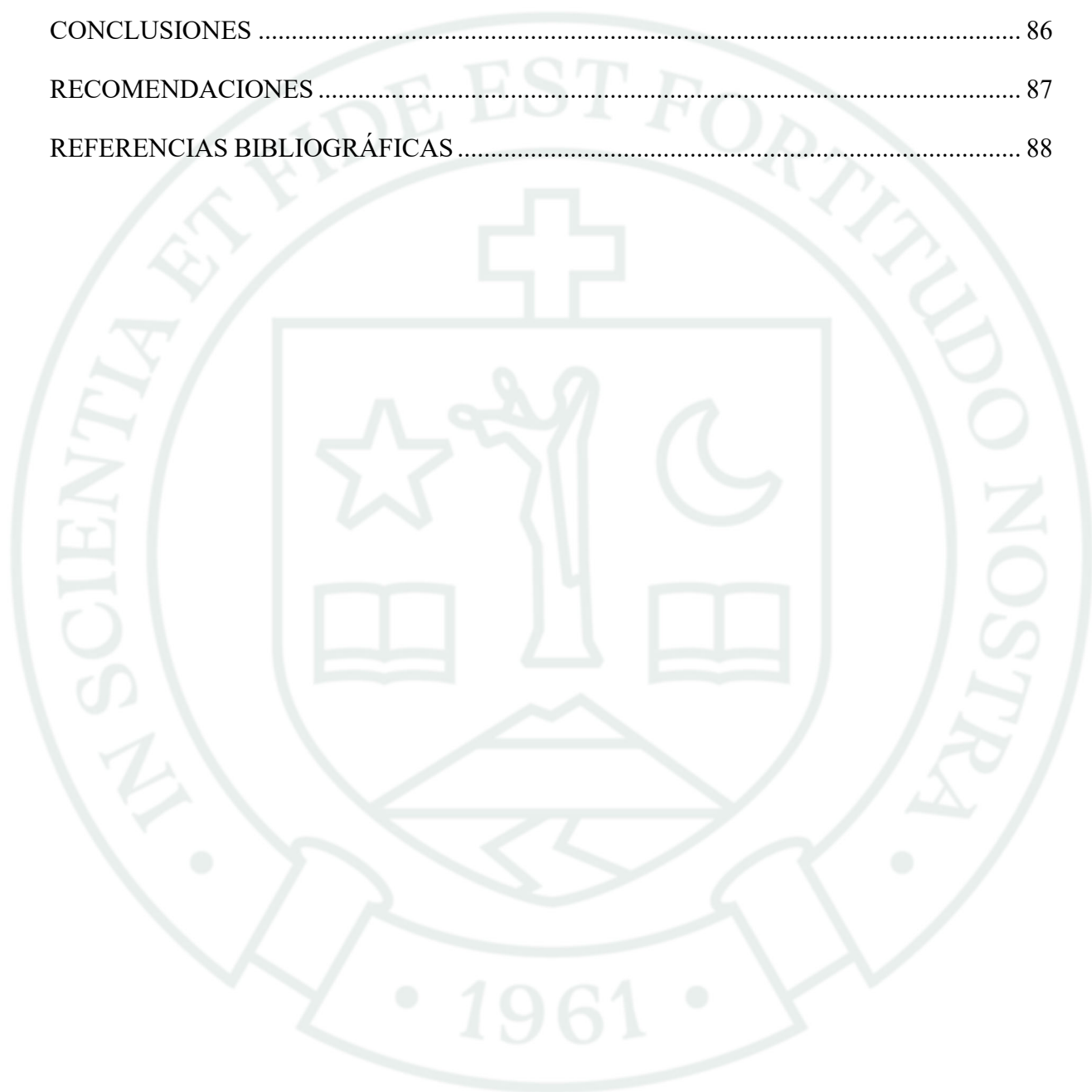
2.4. Capacidad de autocuidado 25

2.4.1. Generalidades 25

2.4.2. Autocuidado del paciente en diálisis peritoneal 27

2.5. Teorías de enfermería relacionadas con el apoyo familiar y la capacidad de autocuidado	34
2.5.1. Teoría del Déficit de Autocuidado – Dorothea Orem	34
2.5.2. Teoría de los Sistemas – Betty Neuman.....	35
2.5.3. Teoría de la Adaptación – Callista Roy	37
2.5.4. Teoría del Cuidado Humano – Jean Watson	38
3. Antecedentes investigativos	39
3.1. A nivel internacional	39
3.2. A nivel nacional.....	40
3.3. A nivel local.....	40
4. Objetivos	41
5. Hipótesis	41
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	42
1. Técnica e instrumento	43
1.1. Técnica.....	43
1.2. Instrumento.....	43
1.2.1. Para la variable independiente: Apoyo familiar.....	43
1.2.2. Para la variable dependiente: Capacidad de Autocuidado	44
2. Campo de verificación	47
2.1. Ubicación espacial	47
2.2. Ubicación temporal.....	47
2.3. Unidades de estudio	47
2.3.1. Universo	47
3. Estrategia de recolección de datos.....	48
3.1. Organización.....	48
3.2. Recursos.....	48

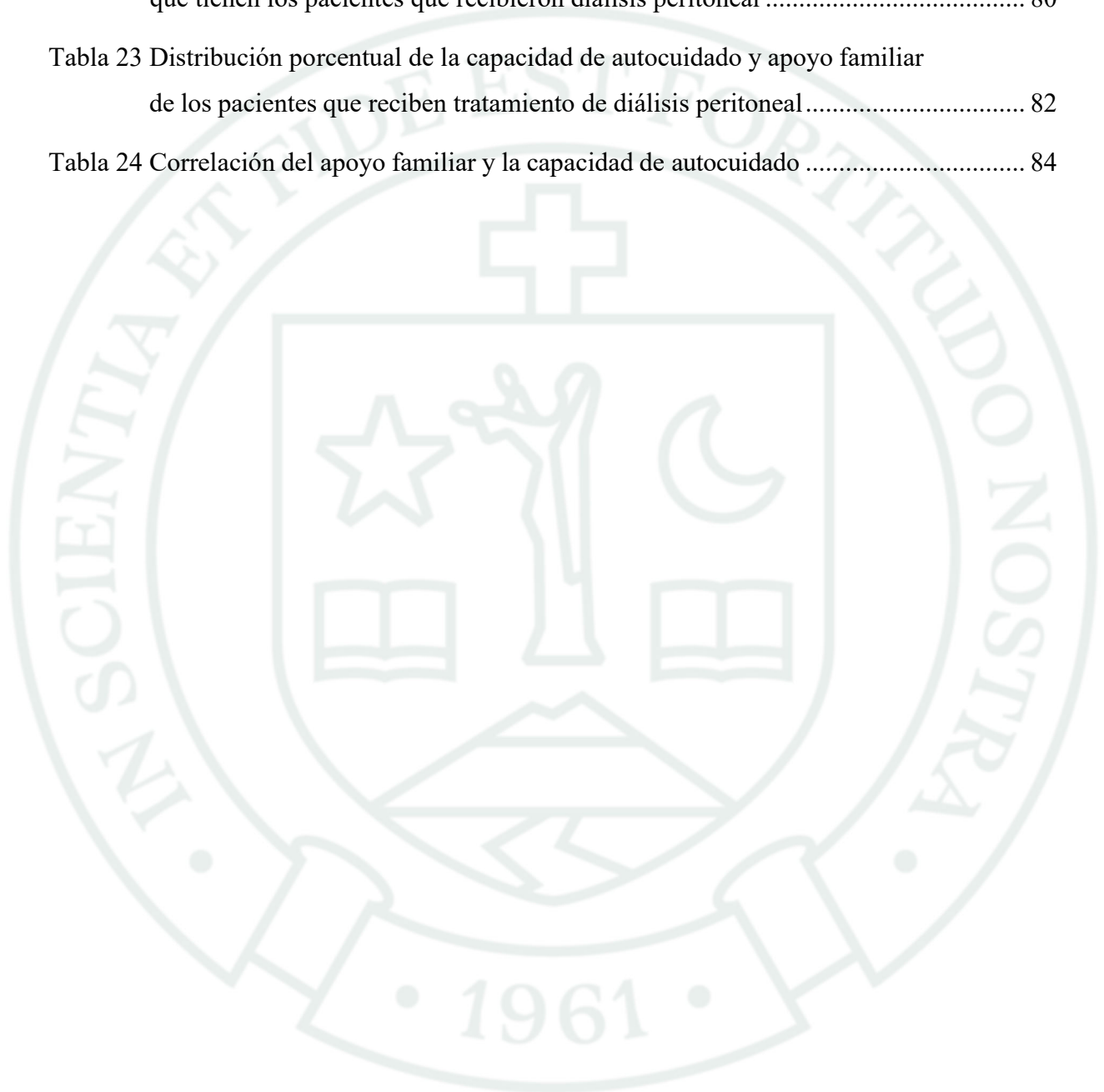
3.2.1. Humanos.....	48
3.2.2. Materiales.....	48
3.2.3. Institucionales.....	48
CAPÍTULO III RESULTADOS	49
CONCLUSIONES	86
RECOMENDACIONES	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Análisis u operacionalización de variables	4
Tabla 2 Puntajes para el test de evaluación de apoyo familiar.....	43
Tabla 3 Puntaje global del test de evaluación de Apoyo Familiar	44
Tabla 4 Puntaje individual del test apreciación de agencia de autocuidado	45
Tabla 5 Puntaje global del test de apreciación de agencia de autocuidado.....	45
Tabla 6 Test de apreciación de agencia de autocuidado	46
Tabla 7 Distribución del género en pacientes con diálisis peritoneal	50
Tabla 8 Procedencia de los pacientes con diálisis peritoneal.....	52
Tabla 9 Distribución por edad en pacientes con diálisis peritoneal	54
Tabla 10 Nivel educativo de los pacientes con diálisis peritoneal.....	56
Tabla 11 Ingresos económicos al mes de los pacientes con diálisis peritoneal	58
Tabla 12 Grado de apoyo familiar en pacientes con diálisis peritoneal.....	60
Tabla 13 Grado de apoyo familiar, en su dimensión apoyo valorativo con que cuentan los pacientes que recibieron diálisis peritoneal.....	62
Tabla 14 Grado de apoyo familiar, en su dimensión apoyo informativo con que cuentan los pacientes que recibieron diálisis peritoneal.....	64
Tabla 15 Grado de apoyo familiar, en su dimensión apoyo instrumental con que cuentan los pacientes que recibieron diálisis peritoneal.....	66
Tabla 16 Grado de apoyo familiar, en su dimensión apoyo emocional con que cuentan los pacientes que recibieron diálisis peritoneal.....	68
Tabla 17 Grado de autocuidado que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal	70
Tabla 18 Grado de autocuidado, en su dimensión bienestar personal que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal	72
Tabla 19 Grado de autocuidado, en su dimensión actividad y reposo que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal	74
Tabla 20 Grado de autocuidado, en su dimensión ingesta de alimentos	

que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal.....	76
Tabla 21 Grado de autocuidado, en su dimensión interacción social que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal	78
Tabla 22 Grado de autocuidado, en su dimensión desarrollo personal que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal	80
Tabla 23 Distribución porcentual de la capacidad de autocuidado y apoyo familiar de los pacientes que reciben tratamiento de diálisis peritoneal.....	82
Tabla 24 Correlación del apoyo familiar y la capacidad de autocuidado	84

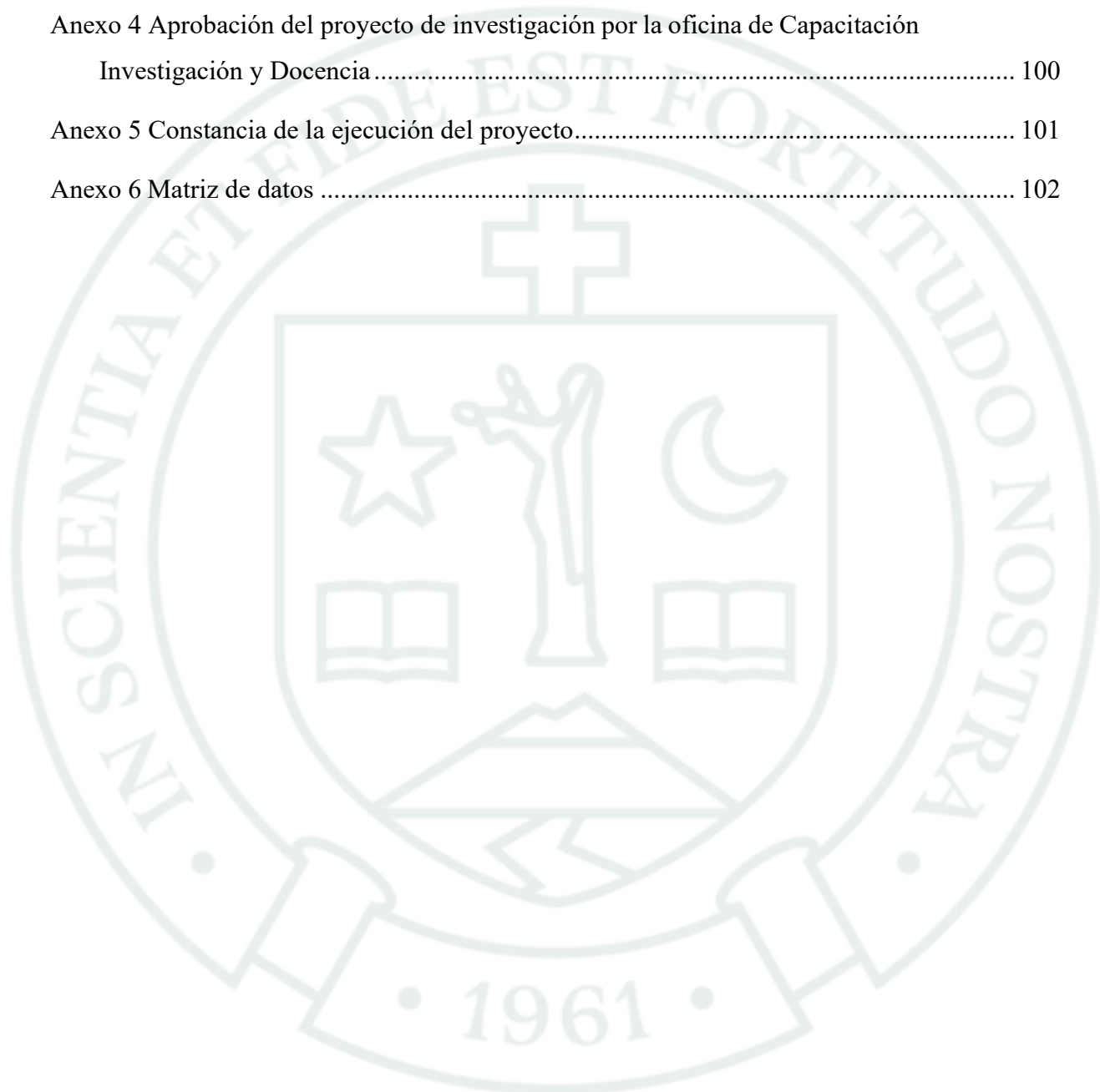


ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Distribución del género en pacientes con diálisis peritoneal	51
Figura 2 Procedencia de los pacientes con diálisis peritoneal	53
Figura 3 Distribución por edad en pacientes con diálisis peritoneal	55
Figura 4 Nivel educativo de los pacientes con diálisis peritoneal.....	57
Figura 5 Ingresos económicos al mes de los pacientes con diálisis peritoneal	59
Figura 6 Grado de apoyo familiar en pacientes con diálisis peritoneal	61
Figura 7 Grado de apoyo familiar, en su dimensión apoyo valorativo con que cuentan los pacientes que recibieron diálisis peritoneal.....	63
Figura 8 Grado de apoyo familiar, en su dimensión apoyo informativo con que cuentan los pacientes que recibieron diálisis peritoneal	65
Figura 9 Grado de apoyo familiar, en su dimensión apoyo instrumental con que cuentan los pacientes que recibieron diálisis peritoneal	67
Figura 10 Grado de apoyo familiar, en su dimensión apoyo emocional con que cuentan los pacientes que recibieron diálisis peritoneal	69
Figura 11 Grado de autocuidado que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal	71
Figura 12 Grado de autocuidado, en su dimensión bienestar personal que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal	73
Figura 13 Grado de autocuidado, en su dimensión actividad y reposo que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal	75
Figura 14 Grado de autocuidado, en su dimensión ingesta de alimentos que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal	77
Figura 15 grado de autocuidado, en su dimensión interacción social que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal	79
Figura 16 Grado de autocuidado, en su dimensión desarrollo personal que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal	81
Figura 17 Distribución porcentual de la capacidad de autocuidado y apoyo familiar de los pacientes que reciben tratamiento de diálisis peritoneal.....	83
Figura 18 Correlación del apoyo familiar y la capacidad de autocuidado	85

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado.....	94
Anexo 2 Instrumento de la investigación apoyo familiar	95
Anexo 3 Instrumento de la investigación apoyo familiar y autocuidado.....	97
Anexo 4 Aprobación del proyecto de investigación por la oficina de Capacitación Investigación y Docencia.....	100
Anexo 5 Constancia de la ejecución del proyecto.....	101
Anexo 6 Matriz de datos	102



INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) se reconoce hoy como uno de los problemas de salud pública más relevantes debido a su impacto creciente en la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida de las personas afectadas. Diversos estudios epidemiológicos publicados en 2022 señalan que la prevalencia global de esta patología se aproxima al 10 % de la población adulta, situándola entre las principales causas de muerte prematura a nivel mundial. En el contexto peruano, las estimaciones indican que alrededor del 11 % de los adultos presentan algún grado de deterioro renal, lo cual refleja una tendencia preocupante y la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención y manejo clínico (1).

Entre los factores de riesgo más comunes asociados al desarrollo y progresión de la ERC se encuentran la hipertensión arterial mal controlada, la diabetes mellitus, las infecciones del tracto urinario de carácter recurrente y las obstrucciones urinarias de diversa etiología. Estos factores, cuando no son abordados de manera oportuna, favorecen la evolución hacia etapas avanzadas de la enfermedad. Por ello, la intervención temprana, basada en el diagnóstico oportuno, el seguimiento continuo y el tratamiento adecuado, resulta fundamental para evitar la transición hacia estadios terminales que requieren terapias de reemplazo renal, tales como la hemodiálisis o la diálisis peritoneal (2).

En este escenario, la diálisis peritoneal se presenta como una alternativa terapéutica viable y frecuentemente subvalorada, que ofrece al paciente la posibilidad de llevar a cabo su tratamiento en el entorno domiciliario. Esto no solo facilita una mayor autonomía en la gestión de su propia salud, sino que también puede contribuir a una mejor calidad de vida, siempre que exista un soporte técnico adecuado, un ambiente familiar favorable y un compromiso sólido con el autocuidado (15). Sin embargo, la efectividad de esta modalidad depende en gran medida de la adherencia a los procedimientos, de la higiene durante las conexiones y desconexiones, y de la capacidad del paciente para reconocer signos tempranos de complicaciones (3).

El apoyo familiar desempeña un rol decisivo a lo largo de este proceso. Un entorno cercano que ofrezca acompañamiento emocional, supervisión en las tareas del tratamiento y colaboración en la organización de las rutinas cotidianas puede influir positivamente en la adaptación del individuo. Asimismo, fortalecer el apoyo familiar facilita la adopción de hábitos de autocuidado y reduce el riesgo de complicaciones frecuentes, como la peritonitis, que constituye una de las principales causas de fallo del tratamiento y de hospitalización en estos pacientes (4).

En este contexto, la presente investigación se centra en analizar la relación entre el apoyo familiar y la capacidad de autocuidado en pacientes que reciben tratamiento de diálisis peritoneal crónica en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo – ESSALUD, ubicado en la ciudad de Arequipa, Perú. Comprender cómo interactúan estos dos elementos permitirá identificar áreas de intervención y diseñar estrategias orientadas a mejorar los resultados clínicos y el bienestar integral de los pacientes sometidos a esta modalidad terapéutica.

El estudio se estructura en tres capítulos: el primero desarrolla el planteamiento teórico, donde se expone el problema, los objetivos, la justificación y los conceptos centrales relacionados con el apoyo familiar, la capacidad de autocuidado y la diálisis peritoneal, además de incluir antecedentes y la hipótesis; el segundo capítulo aborda el planteamiento operacional, describiendo el diseño metodológico, el ámbito de estudio, la población, la muestra, el instrumento y el procedimiento de recolección de datos; finalmente, el tercer capítulo presenta y analiza los resultados obtenidos sobre la relación entre el apoyo familiar y la capacidad de autocuidado en pacientes con diálisis peritoneal atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, EsSalud Arequipa, durante el año 2022.



CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del problema

Relación del apoyo familiar con la capacidad de autocuidado en pacientes con diálisis peritoneal atendidos en el hospital nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo ESSALUD de Arequipa, 2022.

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Campo, área y línea

- a. **Campo:** Ciencias de la Salud
- b. **Área:** Enfermería Nefrológica y Urológica
- c. **Línea:** Enfermedades no transmisibles

1.2.2. Análisis u operacionalización de variables

Esta investigación contó con dos variables relacionadas:

- Variable Independiente: Apoyo familiar
- Variable Dependiente: Capacidad de autocuidado

Tabla 1
Análisis u operacionalización de variables

Datos sociodemográficos	
Edad	18 a 26 años 27 a 37 años 38 a 48 años 49 a 59 años 60 años o más
Género	Femenino Masculino
Nivel de educación	Primaria Secundaria Técnica Superior
Área donde vive	Urbana Periurbana
Ingreso económico	Menos de 1000 soles Entre 1001 y 2000 soles Más de 2001 soles

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Variable Independiente: Apoyo familiar	1. Apoyo emocional	Muestra de empatía, amor y confianza
	2. Apoyo instrumental	Conductas de apoyo físico al paciente
	3. Apoyo informativo	Brindar información útil para afrontar el problema
	4. Apoyo valorativo	Realizar evaluaciones relevantes y comparaciones sociales
Variable Dependiente: Capacidad de autocuidado	1. Bienestar personal	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos de salud • Acceso a información y apoyo sobre la salud
	2. Actividad y reposo	<ul style="list-style-type: none"> • Intención de hacer ejercicio y descansar • Calidad del sueño
	3. Ingesta de alimentos	Hábitos alimenticios
	4. Interacción social	<ul style="list-style-type: none"> • Red de apoyo social • Capacidad para buscar de ayuda
	5. Desarrollo personal	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptabilidad y Resiliencia • Consciencia de protección

1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el apoyo familiar que reciben los pacientes con diálisis peritoneal que son asistidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo - ESSALUD de la ciudad de Arequipa?
- ¿Qué capacidad de autocuidado muestran los pacientes con diálisis peritoneal que son asistidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo - ESSALUD de la ciudad de Arequipa?
- ¿Qué relación existe entre el apoyo familiar con la capacidad de autocuidado de pacientes con diálisis peritoneal que son asistidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo - ESSALUD de la ciudad de Arequipa?

1.2.4. Tipo y nivel de investigación

Tipo: Estudio de campo

Nivel: Estudio relacional, de corte transversal (5).

1.3. Justificación

La enfermedad renal crónica (ERC) constituye actualmente un problema de salud pública de creciente magnitud. Según el informe International Society of Nephrology – Global Kidney Health Atlas 2023, se estima que más de 850 millones de personas presentan algún grado de ERC a nivel mundial, lo que equivale a alrededor del 10 % de la población adulta global (6). En Latinoamérica, se tiene registro que en Colombia para el año 2022, fueron 849,874 pacientes que padecieron de enfermedad renal crónica ERC, de acuerdo con lo publicado por el Organismo Andino de Salud.

En el Perú, para el año 2022 en un estudio del Dr. César Loza, se estimaba que 3.08 millones de personas padecieron de enfermedad renal crónica. De este total, solo 23,418 casos se encontraban en estadio V, el resto correspondían a los estadios III y IV. Dicha estimación fue hecha por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSa en base a la encuesta NHANES (national health and nutrition examination survey) de EE.UU. Se identificó una brecha en el acceso a servicios de diálisis y trasplante donde serían 1,496 personas con ERC-t (enfermedad renal crónica terminal) que no contarían con el acceso al servicio (7).

En primer lugar, esta investigación posee una clara **relevancia académica**. La enfermería es una profesión que se nutre de conocimientos científicos actualizados, basados en conceptos y criterios teóricos que han sido desarrollados y validados por la investigación. Estos fundamentos son esenciales para mejorar la calidad del cuidado, optimizar el bienestar de los pacientes y elevar sus expectativas de salud. En este sentido, el presente estudio no solo sistematiza información existente, sino que también incorpora **producción propia** derivada del análisis de la relación entre el apoyo familiar y el autocuidado en pacientes sometidos a diálisis peritoneal, lo que permite generar nuevos aportes contextualizados a la realidad estudiada. Asimismo, los resultados obtenidos se constituyen en un recurso académico relevante para futuras investigaciones y para la formación de profesionales de enfermería, fortaleciendo la comprensión de las experiencias, percepciones y necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas.

La **relevancia humanística** de este estudio también es notable. La práctica de enfermería no se limita al dominio técnico-científico, sino que implica competencias éticas, morales y humanas que orientan el cuidado hacia la dignidad y la integridad de la persona. Al abordar al paciente como una unidad biopsicosocial, este enfoque incorpora la importancia del apoyo familiar y del entorno inmediato, reconociendo que ambos influyen directamente en la experiencia de enfermedad. Desde esta visión, el estudio contribuye al fortalecimiento de un ejercicio profesional centrado en el respeto, la empatía y la responsabilidad ética, elementos imprescindibles para brindar una atención de excelencia en la dimensión humana.

En cuanto a su **relevancia social**, los resultados de la investigación permiten identificar y comprender las actividades y acciones que las personas realizan en favor de su salud, especialmente en condiciones crónicas que demandan constancia y compromiso. Asimismo, ofrecen información que puede influir positivamente en la modificación de actitudes y comportamientos, y en la transformación de situaciones que dificultan el autocuidado. La diálisis peritoneal exige un alto nivel de apoyo por parte de la familia y de la red social cercana, particularmente en tareas de vigilancia, toma de decisiones y acompañamiento emocional. Por ello, este estudio aporta elementos que pueden guiar intervenciones sociales y comunitarias orientadas a fortalecer dicho acompañamiento. Desde esta perspectiva, el proyecto contribuye también a la sociedad en general, al ofrecer un enfoque claro y estructurado sobre las prácticas adecuadas de autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas. Al detallar las actividades que deben realizar tanto

los pacientes como sus familias, se promueve la difusión de conocimientos que pueden extenderse y multiplicarse en diferentes entornos, favoreciendo una cultura de corresponsabilidad en salud.

Finalmente, este estudio tiene una evidente **relevancia científica**, ya que aporta nuevos elementos teóricos y conceptuales sobre el autocuidado y la educación del paciente sometido a diálisis peritoneal. A través de estos aportes, es posible desarrollar estrategias más efectivas desde el ámbito de la enfermería para promover la salud, prevenir complicaciones, facilitar la recuperación y contribuir a la rehabilitación de personas con enfermedad renal crónica. De este modo, se favorece una mejora sostenida en la calidad de vida, tanto dentro del espacio clínico como en el entorno familiar. Es importante destacar que la ejecución de este proyecto es plenamente factible, ya que cuenta con el respaldo institucional, la disposición del equipo de trabajo y los recursos humanos, materiales y financieros necesarios. Además, la investigación se realiza en el marco del proceso académico para optar por el título de segunda especialidad en enfermería en nefrología y urología con mención en diálisis, lo que refuerza su pertinencia y su contribución al desarrollo profesional.

2. Marco teórico

2.1. Enfermedad renal crónica

A nivel mundial, la enfermedad renal crónica (ERC) ha tomado una importancia creciente debido al acelerado aumento de su prevalencia, fenómeno que se vincula directamente con el envejecimiento progresivo de la población, el incremento constante de casos de hipertensión arterial y diabetes, así como la persistencia de estilos de vida poco saludables que incluyen una alimentación inadecuada, el sedentarismo y el consumo de sustancias nocivas. Estos factores han generado que la ERC se convierta en un reto sanitario de gran magnitud, no solo por la carga clínica que representa, sino también por los altos costos económicos asociados al tratamiento. Este impacto es aún más evidente en los estadios terminales, donde la terapia de reemplazo renal se vuelve indispensable para mantener la vida del paciente, implicando gastos significativos tanto para los sistemas de salud como para las familias (8).

La definición de ERC, de acuerdo con las guías de KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes), se basa en la disminución sostenida de la función renal, evidenciada por una tasa de filtración glomerular (TFG) menor a 60 ml/min/1,73 m². No obstante,

este criterio debe acompañarse de la demostración de daño renal persistente durante un periodo mínimo de tres meses. Dicho daño puede manifestarse en forma de albuminuria o proteinuria, alteraciones en el sedimento urinario —como presencia de células o cilindros anormales—, o anomalías detectadas mediante estudios de imagen. La persistencia de estas alteraciones indica un deterioro estructural o funcional del riñón que no es transitorio, sino que se mantiene en el tiempo y puede progresar si no se interviene de manera oportuna (9).

Es importante destacar que la ERC constituye el resultado final de múltiples patologías crónicas que afectan al riñón, ya sea de forma primaria o secundaria, y que evolucionan hacia un compromiso irreversible del órgano. En muchos casos, los pacientes presentan más de una de estas enfermedades, lo que agrava el daño renal debido a la interacción entre los distintos procesos patológicos. Entre las causas más frecuentes se encuentran la nefropatía diabética, que es una de las principales responsables del deterioro renal crónico; la hipertensión arterial sostenida; las obstrucciones del tracto urinario que dificultan el flujo normal de la orina; las infecciones urinarias recurrentes, incluido el compromiso glomerular; y enfermedades sistémicas como la vasculitis y el lupus eritematoso, que pueden afectar directamente la estructura del riñón (10).

Con base en la TFG, las guías KDIGO establecen cinco grados de ERC:

- Grado 1: TFG normal, mayor a 90 ml/min/1,73 m², acompañada de evidencia de daño renal, como la albuminuria. Aunque la función es normal, la presencia de daño indica un riesgo elevado de progresión.
- Grado 2: TFG entre 60 y 90 ml/min/1,73 m², considerada levemente disminuida pero aún compatible con un deterioro inicial. Su relevancia radica en la necesidad de identificar tempranamente el daño renal asociado.
- Grado 3: subdividido en 3a (TFG entre 45 y 60 ml/min/1,73 m²) y 3b (entre 30 y 45 ml/min/1,73 m²). En este nivel la función renal comienza a mostrar un compromiso moderado, y las complicaciones metabólicas y cardiovasculares se vuelven más frecuentes.
- Grado 4: TFG entre 15 y 30 ml/min/1,73 m², lo que representa un deterioro severo de la función renal y un riesgo muy alto de progresión hacia la insuficiencia renal terminal.

- Grado 5: TFG inferior a 15 ml/min/1,73 m², indicando insuficiencia renal avanzada. En este punto el paciente requiere diálisis o evaluación para trasplante, aunque algunos pueden manejarse inicialmente sin tratamiento sustitutivo.

A medida que la TFG disminuye, especialmente en los grados 4 y 5, el riesgo de mortalidad aumenta considerablemente. Esto se debe principalmente a la presencia de complicaciones cardiovasculares, como insuficiencia cardíaca, arritmias o eventos coronarios, que son frecuentes en personas con deterioro renal avanzado. Del mismo modo, la progresión hacia la insuficiencia renal terminal exige tomar decisiones clínicas complejas, por lo que la atención debe ser altamente personalizada, considerando factores como la comorbilidad, la estabilidad clínica y la capacidad del paciente para adherirse al tratamiento indicado (1).

En síntesis, el manejo de la ERC requiere un enfoque integral que abarque la prevención, la identificación precoz del daño renal, la modificación de los factores de riesgo y el control adecuado de las causas reversibles. Para ello, es esencial promover cambios en el estilo de vida, controlar la hipertensión arterial, la hiperglicemia en personas con diabetes, reducir el consumo de tabaco y manejar adecuadamente las dislipemias. Además, la dosificación de los fármacos debe ajustarse de forma precisa a la TFG para evitar efectos adversos y garantizar la eficacia terapéutica. Paralelamente, deben considerarse las complicaciones que puedan surgir, y en los estadios avanzados se debe planificar cuidadosamente la preparación del paciente para iniciar una terapia de reemplazo renal, asegurando una transición segura y ordenada hacia esta modalidad terapéutica (11).

2.2. Diálisis Peritoneal (DP)

La técnica de diálisis peritoneal constituye un método terapéutico que emplea la cavidad peritoneal como un espacio natural para la depuración sanguínea. A través de este procedimiento, la sangre se filtra utilizando la membrana peritoneal como barrera semipermeable, permitiendo que las toxinas, los líquidos excedentes y diversos solutos atraviesen dicha membrana mediante procesos fisiológicos como la ósmosis y la difusión. De esta manera, el organismo puede eliminar desechos que el riñón ya no es capaz de procesar adecuadamente debido a su deterioro funcional. Este tipo de terapia puede desarrollarse en dos modalidades principales: manual y automatizada. La modalidad manual, conocida como diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC),

requiere la implantación quirúrgica de un catéter Tenckhoff en la cavidad peritoneal a través de la pared abdominal. Este catéter permanece de forma permanente en dicho espacio y permite la instilación y el drenaje del líquido dializante. Su estructura, que incluye manguitos de dacrón y un túnel subcutáneo, proporciona protección adicional frente a infecciones bacterianas, lo que resulta clave para la continuidad y seguridad de la terapia (12).

El funcionamiento del procedimiento es relativamente sencillo: el líquido de diálisis fluye desde una bolsa hacia la cavidad peritoneal por acción de la gravedad, permaneciendo en el interior durante un periodo determinado para permitir el intercambio de toxinas y el exceso de agua, simulando la función renal normal. Mientras el dializado actúa, el paciente puede continuar con sus actividades cotidianas, lo que otorga a la técnica un carácter flexible y adaptable (13). Posteriormente, se realiza el intercambio manual: el líquido permanece en reposo aproximadamente 4 horas durante el día y entre 8 y 12 horas por la noche. En promedio, se efectúan entre 4 y 5 intercambios diarios. Tras cada periodo de permanencia, el dializado se drena y se descarta, para luego infundir una nueva solución. Este ciclo continuo permite que la depuración se mantenga estable durante las 24 horas, sin interferir de manera significativa con la rutina diaria del paciente (14).

Por otro lado, la modalidad automatizada —denominada diálisis peritoneal automatizada (DPA)— emplea un dispositivo ciclador que programadamente realiza los intercambios, generalmente durante la noche, mientras la persona duerme. Esto posibilita que el abdomen permanezca vacío durante el día, o que se incluya algún intercambio diurno adicional según las necesidades clínicas del paciente. La automatización facilita la adherencia al tratamiento y reduce la carga física del proceso manual (15).

El rol de enfermería en la diálisis peritoneal es fundamental y multidimensional. Comienza desde el primer contacto con el paciente y su familia, ofreciéndoles acompañamiento, información clara y apoyo emocional tanto al ingreso como durante el alta y el seguimiento posterior. El personal de enfermería proporciona explicaciones sobre el entorno del procedimiento, las personas que intervendrán y la manera en que se desarrollará cada etapa, manteniendo un enfoque centrado en el cuidado humanizado. Durante el procedimiento, enfermería se encarga de preparar y monitorizar al paciente, gestionar correctamente el material necesario, administrar los medicamentos indicados

por el médico nefrólogo y supervisar el adecuado funcionamiento del catéter. Asimismo, realiza la curación del orificio de salida y vigila la evolución de la herida quirúrgica, además de guiar al paciente en la ejecución de un intercambio peritoneal inicial. Posteriormente, se lleva a cabo un seguimiento cercano durante aproximadamente un mes para identificar posibles complicaciones agudas y actuar de manera temprana ante cualquiera de ellas (3).

El inicio de la terapia requiere una evaluación integral para determinar si el paciente es candidato a la diálisis peritoneal, considerando las indicaciones, contraindicaciones y posibles dificultades. Se estima que entre el 65 % y el 80 % de los pacientes reúnen las condiciones necesarias para optar por esta técnica. Una vez admitido, se desarrolla un proceso de información individualizada dirigido tanto al paciente como a su familia, con el fin de facilitar una toma de decisiones compartida, basada en la comprensión y la participación activa (16).

La diálisis peritoneal ofrece ventajas relevantes frente a la hemodiálisis, particularmente en términos de autonomía. Permite que la persona realice su tratamiento sin necesidad de acudir al centro de salud y sin depender de una máquina externa durante el día. El paciente adecuadamente capacitado puede llevar a cabo los intercambios en su hogar, en el trabajo o durante un viaje, siempre que cuente con un ambiente limpio y privado. Además, solo requiere controles médicos mensuales. No obstante, también existen retos importantes, como el riesgo de infecciones —especialmente peritonitis debida a la frecuente manipulación de bolsas o a la contaminación del sitio de salida del catéter—, el aumento de peso asociado al contenido de dextrosa del líquido dializante y la posibilidad de desarrollar hernias por el incremento de la presión abdominal. A pesar de estas dificultades, la diálisis peritoneal constituye una opción terapéutica que puede favorecer la calidad de vida de los pacientes, ya que les permite conservar su independencia, continuar con sus actividades habituales y mantener un adecuado equilibrio físico, mental y espiritual. Sin embargo, supone también la necesidad de incorporar cambios en el estilo de vida: ajustar horarios, modificar rutinas, seguir recomendaciones nutricionales específicas y asumir compromisos de autocuidado esenciales para el éxito del tratamiento. El paciente debe adoptar normas estrictas de higiene, vigilancia continua del catéter y manejo responsable de los materiales de diálisis, ya que su cumplimiento riguroso es indispensable para prevenir complicaciones y garantizar la eficacia del procedimiento (13).

2.2.1. Modalidades de diálisis peritoneal

La diálisis peritoneal (DP) constituye una modalidad de terapia de reemplazo renal que aprovecha las propiedades naturales del peritoneo, utilizado como una membrana semipermeable capaz de permitir el paso de solutos y agua entre la sangre y una solución dializante especialmente formulada. Este proceso se lleva a cabo mediante la infusión del líquido dializante en la cavidad peritoneal y su posterior drenaje, lo que posibilita la depuración continua del organismo cuando la función renal se encuentra deteriorada. La operación de la técnica se organiza en ciclos denominados “intercambios” o “recambios”, durante los cuales el líquido permanece en la cavidad el tiempo necesario para permitir el intercambio de sustancias, antes de ser sustituido por una solución nueva. Desde el punto de vista práctico, estos intercambios constituyen la esencia del tratamiento y su frecuencia, duración y programación dependen de la modalidad utilizada. En la práctica clínica actual, existen dos formas predominantes de realizar la diálisis peritoneal: la diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC) y la diálisis peritoneal automatizada (DPA). Ambas modalidades comparten el mismo principio fisiológico, pero difieren en su logística, en el grado de intervención del paciente y en el momento del día en que se realizan los recambios, lo que permite adaptar el tratamiento a las características, preferencias y estilo de vida de cada persona (17).

2.2.1.1. Diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC)

La diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC), conocida internacionalmente como CAPD por sus siglas en inglés, se distingue por la realización de intercambios manuales distribuidos a lo largo del día. Cada recambio implica la infusión de la solución dializante en la cavidad peritoneal, seguida de un periodo de permanencia —o dwell time— que dura varias horas, durante el cual ocurre el intercambio de solutos y la eliminación de líquidos. Generalmente, el esquema terapéutico incluye varios recambios diurnos consecutivos y, en muchos casos, un recambio adicional con un tiempo de permanencia más prolongado durante la noche. Esta distribución permite mantener una depuración continua durante las 24 horas, ofreciendo un equilibrio estable en la eliminación de toxinas y en el control de líquidos. Una de las características más importantes de esta modalidad es que no requiere del uso de una cicladora automática, lo cual facilita su implementación en contextos donde los recursos tecnológicos son limitados o en situaciones en las que se busca

priorizar una mayor autonomía del paciente sin depender de equipos especializados. Gracias a esta sencillez operativa, la DPAC puede adaptarse a diversos entornos, tanto domiciliarios como comunitarios. No obstante, la técnica también implica desafíos relevantes. Al realizar múltiples conexiones y desconexiones cada día, el paciente —o la persona encargada de su cuidado— debe estar adecuadamente entrenado y ser capaz de llevar a cabo el procedimiento con estricta adherencia a las normas de asepsia. Cualquier descuido durante la manipulación del sistema puede aumentar el riesgo de fallos técnicos o complicaciones, como infecciones relacionadas con el catéter o con el proceso de intercambio. Por ello, la capacitación continua, la supervisión periódica y la educación en autocuidado son componentes cruciales para garantizar la seguridad y eficacia de esta modalidad terapéutica (17).

2.2.1.2. Diálisis peritoneal automatizada (DPA)

La diálisis peritoneal automatizada (DPA), conocida internacionalmente como APD, se caracteriza por el uso de una cicladora programable que se encarga de realizar los intercambios de manera automática. Este dispositivo ejecuta varios recambios consecutivos, generalmente concentrados durante la noche, mientras la persona duerme. Gracias a esta organización nocturna del tratamiento, se reduce de forma significativa el número de manipulaciones que el paciente debe realizar durante el día, lo cual facilita su rutina diaria y disminuye la carga asociada al manejo manual del sistema. Esta característica convierte a la DPA en una alternativa especialmente conveniente para quienes desean mantener una mayor flexibilidad en sus actividades escolares, laborales o familiares, ya que el abdomen suele permanecer vacío o con un volumen mínimo de dializado durante las horas diurnas. Desde una perspectiva comparativa, diversas revisiones recientes han analizado los resultados tanto clínicos como los reportados directamente por los pacientes al contrastar la DPA con la DPAC. Estas evaluaciones han explorado diferencias en aspectos como la calidad de vida, las preferencias individuales respecto a la modalidad terapéutica y ciertos eventos vinculados a complicaciones propias del tratamiento. La evidencia disponible sugiere que pueden existir variaciones entre ambas técnicas, aunque dichas diferencias no son uniformes y dependen en gran medida del perfil clínico y social de cada paciente, de la implementación de los protocolos locales y,

especialmente, del grado de adherencia a las medidas destinadas a prevenir infecciones y garantizar la seguridad del tratamiento. En este sentido, la elección entre DPA y DPAC no solo involucra factores biomédicos, sino también elementos relacionados con la rutina, el entorno, el nivel de apoyo disponible y las capacidades del paciente para cumplir con las exigencias específicas de cada modalidad. Por ello, la toma de decisiones debe ser individualizada y sustentada en una evaluación integral que considere tanto los resultados clínicos como las experiencias y preferencias de la persona en tratamiento (18).

2.2.2. Acceso peritoneal y procedimiento

El éxito de la diálisis peritoneal (DP) depende de manera fundamental de contar con un acceso peritoneal plenamente funcional y de aplicar una técnica de intercambio que sea uniforme, segura y estandarizada en cada procedimiento. El acceso peritoneal, generalmente en forma de catéter, constituye la vía esencial que permite la infusión y el drenaje del dializado, por lo que su integridad y adecuado desempeño son requisitos indispensables para asegurar la continuidad del tratamiento y la eficacia del proceso depurativo. En la práctica clínica, las complicaciones asociadas al catéter representan una de las causas más frecuentes de falla de técnica y, en muchos casos, obligan a realizar la transición hacia la hemodiálisis. Entre estas complicaciones se incluyen la migración del catéter—que puede impedir un drenaje adecuado—, la obstrucción por fibrina o por mal posicionamiento, las fugas de líquido hacia tejidos circundantes y las infecciones tanto del sitio de salida como del túnel subcutáneo. Estas últimas tienen un impacto clínico especialmente relevante, ya que no solo interfieren con la correcta funcionalidad del catéter, sino que también incrementan el riesgo de infecciones más graves que comprometen la continuidad de la terapia. Por este motivo, la colocación inicial del catéter, así como su cuidado cotidiano y la vigilancia sistemática de su funcionamiento, constituyen pilares esenciales en el manejo de los pacientes en DP. Una inserción adecuada, realizada con técnica rigurosa, minimiza los riesgos tempranos; mientras que el mantenimiento posterior—incluyendo la higiene del sitio de salida, la detección precoz de signos de infección y la supervisión periódica del túnel— contribuye a preservar la funcionalidad del acceso a lo largo del tiempo. De igual manera, la educación continua dirigida al paciente y su familia acerca de la manipulación segura del catéter y de las normas

de asepsia durante los intercambios resulta indispensable para prevenir complicaciones y reducir la probabilidad de interrupciones en la terapia (19).

2.2.2.1. Catéter de Tenckhoff

El catéter de Tenckhoff constituye el dispositivo más utilizado para la realización de diálisis peritoneal crónica, debido a sus características estructurales y funcionales que lo convierten en una opción segura y eficiente para un uso prolongado. Se trata de un catéter flexible y tunelizado que incorpora uno o más manguitos de dacrón (cuffs), cuya función es favorecer la fijación tisular y actuar como una barrera parcial frente a la migración bacteriana a través del trayecto subcutáneo. Esta configuración contribuye a reducir el riesgo de infecciones relacionadas con el acceso, uno de los principales desafíos en la terapia de diálisis peritoneal. La colocación del catéter puede realizarse mediante diferentes técnicas: abierta, laparoscópica o percutánea. La elección del método depende en gran medida de la disponibilidad de recursos del centro de salud, de la experiencia y preferencia del operador, y de las características clínicas del paciente. Entre los factores que influyen en esta decisión destacan la existencia de cirugías abdominales previas, la presencia de adherencias, la obesidad, la existencia de hernias abdominales y otras condiciones que puedan modificar el acceso al peritoneo o dificultar la correcta posición del catéter. Cada una de estas técnicas presenta ventajas particulares, por lo que la selección debe ser cuidadosamente evaluada para asegurar una inserción segura, funcional y con el menor riesgo posible de complicaciones. Las guías recientes enfatizan que la técnica de colocación debe individualizarse, es decir, adaptarse a las condiciones específicas de cada paciente para garantizar la óptima funcionalidad del catéter y reducir la incidencia de fallos tempranos. Del mismo modo, subrayan que la prevención de infecciones relacionadas con el catéter requiere la aplicación estricta de protocolos de cuidado tanto del orificio de salida como del túnel subcutáneo. Estas medidas incluyen la higiene adecuada, la vigilancia sistemática de signos tempranos de infección, el control de la integridad del sitio de salida y el entrenamiento continuo del paciente para asegurar un autocuidado riguroso. En conjunto, el adecuado manejo del catéter de Tenckhoff —desde su correcta colocación hasta su cuidado diario— es un componente esencial para la seguridad, efectividad y continuidad del tratamiento en la diálisis peritoneal

crónica, constituyendo una pieza clave dentro de la estrategia terapéutica integral del paciente (20).

2.2.2.2. Etapas del intercambio peritoneal

De manera didáctica y siguiendo una estructura estandarizada, el intercambio peritoneal en la diálisis peritoneal se describe a través de tres fases fundamentales, que permiten comprender cómo se lleva a cabo el proceso de depuración dentro de la cavidad peritoneal:

1. Llenado (fill): consiste en la infusión de un dializado estéril en la cavidad peritoneal mediante el catéter. Durante esta fase, el líquido ingresa de forma controlada hasta alcanzar el volumen prescrito, que se ajusta según la tolerancia del paciente, la capacidad abdominal y los objetivos terapéuticos. Esta etapa debe realizarse con estrictas medidas de asepsia para evitar la introducción de microorganismos que podrían comprometer el tratamiento y desencadenar complicaciones infecciosas.
2. Permanencia (dwell): corresponde al periodo en el que el dializado permanece dentro de la cavidad peritoneal, permitiendo que se lleve a cabo el intercambio de solutos y agua entre la sangre y la solución dializante. Durante esta fase ocurre la difusión de sustancias como urea y creatinina, así como la ultrafiltración, que depende del gradiente osmótico generado por la concentración de solutos del dializado y de la capacidad de transporte peritoneal del paciente. El tiempo de permanencia puede variar según el esquema de tratamiento, y su adecuada duración es esencial para garantizar una depuración eficiente.
3. Drenaje (drain): es la fase en la que el líquido utilizado —ahora convertido en efluente— sale de la cavidad peritoneal arrastrando consigo solutos, toxinas y el exceso de agua. Tanto el volumen drenado como su aspecto clínico proporcionan información relevante: por ejemplo, la presencia de turbidez es considerada un signo de alarma que podría indicar un proceso infeccioso en curso. El drenaje debe ser completo para evitar molestias abdominales y asegurar que el siguiente ciclo pueda iniciarse sin dificultades (17).

2.2.3. Indicaciones, ventajas y limitaciones

La diálisis peritoneal (DP) se reconoce como una modalidad de terapia de reemplazo renal con un marcado componente domiciliario, lo que implica que el tratamiento puede realizarse fuera del entorno hospitalario de manera regular y sostenida. Esta característica ofrece ventajas significativas para los pacientes, ya que les permite conservar un mayor grado de autonomía y mantener una integración más fluida con sus actividades cotidianas. En muchos casos, la DP también representa una alternativa más accesible desde el punto de vista geográfico, sobre todo en regiones donde el acceso a centros de hemodiálisis es limitado o donde los desplazamientos prolongados afectan la calidad de vida y la adherencia al tratamiento. Además de estos beneficios, la DP brinda la posibilidad de que el paciente y su familia participen activamente en el proceso terapéutico, lo cual contribuye al fortalecimiento del autocuidado y a la creación de rutinas más flexibles que se ajustan al ritmo de vida personal y laboral. Sin embargo, para que esta modalidad pueda implementarse de manera segura y efectiva, es indispensable que se cumplan ciertas condiciones mínimas. Entre ellas se encuentran disponer de un entorno domiciliario adecuado —limpio, organizado y con espacio suficiente para manejar los materiales—, contar con soporte familiar o de cuidadores cuando sea necesario, mostrar adherencia al tratamiento y tener la capacidad de aprender y ejecutar correctamente las técnicas de intercambio. A pesar de los beneficios asociados, la DP no está exenta de riesgos. La complicación más temida y con mayor impacto en la continuidad del tratamiento sigue siendo la peritonitis, una infección que afecta la membrana peritoneal y que puede comprometer seriamente la funcionalidad del catéter y la permanencia del paciente en esta modalidad. A ello se suman las infecciones relacionadas con el catéter, tanto en el sitio de salida como en el túnel subcutáneo, que igualmente representan amenazas importantes para la eficacia y seguridad de la técnica. Estas complicaciones requieren vigilancia constante, una adherencia estricta a las normas de asepsia y un entrenamiento continuo, ya que su aparición puede obligar al cambio a hemodiálisis, interrumpiendo de manera involuntaria los beneficios que ofrece la diálisis peritoneal (21).

2.2.3.1. Criterios de selección del paciente

En la literatura reciente, el concepto de “selección” para la diálisis peritoneal se ha ampliado considerablemente, dejando de entenderse como un criterio rígido o restrictivo y adoptando un enfoque más integral. Actualmente, se concibe como la combinación de tres elementos fundamentales: la elegibilidad clínica, la factibilidad social y las preferencias informadas del paciente. Este enfoque permite valorar no solo las condiciones médicas, sino también el contexto social y la participación activa de la persona en la toma de decisiones. En términos prácticos, los criterios suelen considerar diversos factores::

- Capacidad de autocuidado y aprendizaje (o posibilidad de DP asistida por cuidador). La DP requiere que el paciente tenga la habilidad para aprender y ejecutar las técnicas de intercambio con precisión, o que cuente con un cuidador capacitado que pueda asumir esta responsabilidad. Esto incluye comprender y aplicar las normas de asepsia, manejar los materiales correctamente y reconocer signos de alarma. La capacidad cognitiva, la destreza manual y la motivación influyen directamente en la seguridad y éxito del tratamiento.
- Condiciones del abdomen: La evaluación clínica incluye la revisión de cirugías abdominales previas, especialmente aquellas complejas que puedan haber generado adherencias o alterado la anatomía peritoneal. También se consideran la presencia de hernias no tratadas y otras condiciones que incrementan el riesgo de fugas o complicaciones mecánicas asociadas al catéter. Estos aspectos suelen requerir una valoración quirúrgica cuidadosa para determinar la viabilidad y seguridad de la colocación del acceso peritoneal.
- Condiciones del hogar: La terapia exige un entorno adecuado que permita realizar los intercambios en condiciones óptimas. Para ello se evalúan la higiene del espacio disponible, el acceso seguro a agua, la existencia de áreas que permitan almacenar los insumos sin riesgo de contaminación y, en general, la capacidad del entorno para garantizar que la técnica aséptica se lleve a cabo de manera consistente. Estas condiciones son esenciales para prevenir complicaciones infecciosas.

- Riesgo y antecedentes de infecciones: Los pacientes con episodios previos de infecciones, barreras para asistir al entrenamiento o dificultades para mantener un seguimiento adecuado requieren una evaluación más estricta. Las guías recientes de la ISPD subrayan la importancia de la prevención, el diagnóstico oportuno y el manejo estandarizado de las infecciones asociadas a DP, dada su relevancia como causa principal de falla de técnica y cambio involuntario de modalidad terapéutica (21).

2.2.4. Beneficios y desventajas de la técnica

2.2.4.1. Ventajas (enfoque clínico y de vida diaria)

- Tratamiento en domicilio, con potencial mejora en continuidad de actividades cotidianas (según modalidad y contexto). Una de las principales fortalezas de la diálisis peritoneal es que puede realizarse en el hogar, lo cual representa una ventaja notable para muchos pacientes. Esta característica posibilita que la terapia se integre de manera más natural a la vida diaria, reduciendo la dependencia de visitas frecuentes al centro de salud y permitiendo que la persona continúe con sus actividades habituales, siempre que el entorno sea adecuado. Según la modalidad elegida y las condiciones específicas del paciente, esta forma de tratamiento puede favorecer una mayor estabilidad emocional, facilitar la organización del tiempo y ayudar a mantener un ritmo de vida más compatible con responsabilidades personales, laborales o familiares.
- Flexibilidad horaria (especialmente en DPA nocturna) y menor número de manipulaciones diarias del sistema en comparación con DPAC, lo cual puede ser relevante para adherencia y rutina. En el caso de la DPA, la cicladora automatizada realiza los intercambios principalmente durante la noche, mientras el paciente descansa. Esto proporciona un margen considerable de flexibilidad durante el día y disminuye el número de manipulaciones necesarias del sistema, lo que puede influir positivamente en la adherencia al tratamiento. A diferencia de la DPAC, que requiere varios recambios manuales diurnos, la DPA permite que las actividades diurnas se desarrollen con menos interrupciones, facilitando la rutina diaria y reduciendo el riesgo de errores relacionados con la técnica. Esta mayor autonomía horaria puede

resultar decisiva para personas con horarios laborales, académicos o familiares más exigentes.

- Posibilidad de estrategias como “inicio incremental” y ajustes individualizados de prescripción, considerando función renal residual y objetivos clínicos. La diálisis peritoneal también permite adaptar la intensidad del tratamiento según la situación clínica del paciente, especialmente durante las fases iniciales. Estrategias como el inicio incremental ofrecen la posibilidad de comenzar con un número reducido de intercambios y aumentarlos progresivamente conforme las necesidades depurativas cambien o la función renal residual disminuya. Este enfoque facilita una transición más gradual hacia la terapia completa y permite ajustar la prescripción de manera individualizada, considerando factores como la capacidad de ultrafiltración, la respuesta clínica, los objetivos depurativos y el bienestar general del paciente. Esta flexibilidad terapéutica refuerza la capacidad de adaptar la DP a diferentes perfiles clínicos y maximiza los beneficios según la evolución del estado renal (17).

2.2.4.2. Limitaciones y riesgos

- Peritonitis y/o infecciones del sitio de salida/túnel, con impacto directo en hospitalizaciones y falla de técnica; por ello las guías ISPD actualizan recomendaciones de prevención y manejo. Las infecciones continúan siendo las complicaciones más relevantes en la diálisis peritoneal debido a su potencial para comprometer la continuidad del tratamiento y la salud del paciente. La peritonitis, en particular, representa la complicación más temida, dado que puede provocar dolor abdominal, deterioro clínico significativo y la necesidad de hospitalización inmediata. Del mismo modo, las infecciones del sitio de salida y del túnel subcutáneo suelen preceder o asociarse a infecciones más graves, además de aumentar la posibilidad de retiro definitivo del catéter y transición a hemodiálisis. Por estas razones, las guías actualizadas de la ISPD ponen especial énfasis en la correcta prevención, el diagnóstico oportuno y el manejo estandarizado de estas infecciones, destacando la importancia de la educación continua, las técnicas de asepsia y la vigilancia sistemática del acceso peritoneal.

- Complicaciones mecánicas del catéter (mal funcionamiento, migración, fugas), que pueden relacionarse con técnica de inserción, anatomía y cuidados posteriores. Las complicaciones mecánicas constituyen otro grupo de problemas frecuentes que afectan la eficacia del tratamiento. Entre ellas se incluyen el mal funcionamiento del catéter —que puede manifestarse como drenaje incompleto o dificultad para la infusión—, la migración hacia espacios distintos de la pelvis y la presencia de fugas de dializado hacia tejidos vecinos. Estas complicaciones pueden derivarse de factores técnicos durante la inserción, como un posicionamiento inadecuado, pero también de características anatómicas del paciente o de cuidados insuficientes del sitio de salida en el periodo posterior a la implantación. La identificación temprana de cualquier anomalía y la corrección oportuna son esenciales para evitar la interrupción del tratamiento y prevenir complicaciones adicionales.
- Dependencia de insumos estériles, logística de almacenamiento y controles periódicos; en DPA se suma la dependencia de cicladora y energía eléctrica, además del entrenamiento para su uso. La diálisis peritoneal requiere una infraestructura básica pero específica: acceso constante a insumos estériles, un espacio adecuado para su almacenamiento y la capacidad de mantener una práctica aséptica en cada intercambio. Estos elementos forman parte de la rutina domiciliar y representan una responsabilidad continua para el paciente y su familia. En el caso de la DPA, esta dependencia se amplía, pues además del material habitual, es indispensable contar con una cicladora funcional y un suministro estable de energía eléctrica. El paciente debe también recibir entrenamiento adecuado para utilizar el equipo de manera correcta, asegurando que los ciclos nocturnos se ejecuten sin fallas. Esta combinación de requisitos logísticos y técnicos subraya la necesidad de un entorno organizado y de un seguimiento clínico periódico para garantizar que la terapia se mantenga segura y eficaz (18).

2.3. Apoyo familiar

Uno de los principales apoyos para el tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC) —especialmente en etapas avanzadas y bajo terapias como la diálisis peritoneal— es la familia, cuyo acompañamiento contribuye de manera decisiva al equilibrio psicológico, al bienestar emocional y al incremento de la calidad de vida del paciente. La familia

constituye un espacio natural de protección y cuidado, marcado por vínculos afectivos sólidos que ofrecen seguridad ante los temores, incertidumbres e inquietudes que acompañan a la enfermedad. Por ello, no solo es esencial que la persona enferma logre adaptarse progresivamente a su nueva condición, sino que también la familia debe adecuar su dinámica, su organización del tiempo y la disposición de sus recursos para brindar un apoyo eficaz y sostenido a su familiar en tratamiento (22).

La familia, entendida como un grupo social con valores, creencias y experiencias compartidas, otorga identidad y sentido de pertenencia a sus integrantes. Además, contribuye al desarrollo físico, emocional, intelectual y social de cada miembro mediante relaciones interpersonales que promueven habilidades y competencias personales. En este contexto, las conductas y actitudes que adopten los familiares frente a la ERC —ya sean positivas o negativas— repercuten directamente en la dinámica grupal, obligando a todos a aceptar la nueva realidad impuesta por la enfermedad y a reorganizarse para afrontarla de la mejor manera posible (23).

El apoyo familiar se vincula estrechamente con la noción de soporte emocional y, más ampliamente, con el concepto de soporte social. Las relaciones de respaldo que las personas construyen en su entorno —familiares, amigos, compañeros de trabajo, profesionales de salud o vecinos— generan una red de apoyo que favorece el bienestar físico y psicológico. Esta red, al ofrecer diferentes formas de acompañamiento, puede reducir la percepción de estrés, ya que la convicción de contar con personas dispuestas a brindar apoyo emocional y práctico puede hacer que una situación difícil se experimente con menor carga emocional o como menos amenazante (24).

El apoyo familiar tiene efectos sustancialmente positivos en el bienestar del paciente y en su capacidad para sostener comportamientos saludables que permitan enfrentar tanto la enfermedad como el estrés que esta provoca. Se considera uno de los factores que más favorece el autocuidado, ya que aporta recursos de naturaleza diversa que se expresan mediante interacciones personales basadas en la ayuda, el afecto y la validación. Desde esta perspectiva, James House identifica cuatro clases principales de apoyo social que la familia puede ofrecer (7,25).

- **Apoyo emocional:** Esta forma de apoyo se expresa a través de conductas que transmiten afecto, empatía, confianza, cariño, apego y preocupación genuina por el bienestar del paciente. Se materializa mediante el acompañamiento, la escucha

activa y la disposición para compartir emociones. Muchos pacientes relatan que tienden a dialogar sobre su salud con los familiares en quienes más confían, recibiendo de ellos comprensión, protección y ánimo, lo que les permite continuar enfrentando la enfermedad con mayor fortaleza emocional

- Apoyo informativo: Se trata de un soporte cognitivo mediante el cual la familia aporta información útil para comprender mejor la enfermedad, el tratamiento y sus implicancias. Incluye compartir explicaciones recibidas del personal de salud, orientar al paciente en la toma de decisiones y ayudarlo a identificar recursos como asociaciones de pacientes o fuentes confiables de información en internet o medios impresos. La comunicación familiar fluida, sumada al acompañamiento de la enfermera en la transmisión de conocimientos sobre los cuidados profesionales, fortalece el vínculo de confianza necesario para el autocuidado (21).
- Apoyo instrumental (tangible): Este tipo de apoyo comprende ayudas concretas y prácticas que resultan esenciales en situaciones de enfermedad crónica. Pueden incluir apoyo económico, provisión de bienes materiales como medicamentos, ropa o alimentos, colaboración en las tareas del hogar, asistencia en trámites, acompañamiento a consultas médicas, ayuda para desplazamientos y apoyo en actividades cotidianas que el paciente no pueda realizar temporalmente. La familia suele ser la principal fuente de este tipo de ayuda, indispensable para sostener el tratamiento de forma efectiva.
- Apoyo evaluativo o valorativo: Consiste en proporcionar información que ayuda al paciente a realizar autoevaluaciones precisas sobre sus conductas relacionadas con el tratamiento, reforzando comportamientos adecuados y recordando normas o expectativas que debe cumplir. Esto puede expresarse mediante observaciones positivas, como reconocer un buen hábito de higiene o destacar la constancia del paciente en asistir a sus controles médicos. Estas comparaciones sociales, siempre sin componente afectivo directo, favorecen la construcción de una autoimagen más segura y ajustada (4).

Para el éxito del tratamiento, los pacientes de ERC en fase terminal deben adaptarse en forma positiva a su nueva vida y a su ambiente, pues la autoestima baja conlleva complicaciones a su enfermedad. La diálisis peritoneal, requiere de una determinación del paciente a realizarla adecuadamente y de las estrategias que busque para su

adaptación. Es aquí donde cobra importancia el apoyo social, en forma directa de la familia. Esto sumado al soporte de profesionales de enfermería, el equipo de salud y amigos que conjuntamente logran que el paciente tenga bienestar, con sentimientos y afectos positivos que disminuyan sus miedos, dudas y estrés. La familia y en especial el pariente que asume la responsabilidad de cuidar o apoyar al paciente, debe también adaptarse a su nueva vida. Por esto se hace necesario obtener un equilibrio (homeostasis) familiar para que sea efectivo el soporte al paciente. Dicha ponderación depende del manejo del estrés, superando las presiones relacionadas con los acontecimientos de la enfermedad que actúan negativamente. En este orden, son de provecho los recursos familiares y personales con que se cuenta, para que actúen en forma positiva y compensadora en el cumplimiento exitoso del tratamiento del paciente (22).

2.4. Capacidad de autocuidado

2.4.1. Generalidades

En la actualidad, la participación activa de los individuos en el cuidado de su salud se considera un elemento fundamental para el mantenimiento del bienestar y la prevención de enfermedades. La Organización Mundial de la Salud define el autocuidado como el conjunto de actividades, conocimientos, experiencias y habilidades técnicas que las personas, familias y comunidades llevan a cabo por decisión propia, con o sin la colaboración de profesionales de la salud. El objetivo principal de estas acciones es mejorar, prevenir o controlar la enfermedad y contribuir a la restauración de la salud cuando esta se ve comprometida (26).

Desde la perspectiva teórica, Dorothea Orem conceptualiza el autocuidado como una conducta intencionada, compuesta por acciones que la propia persona realiza y dirige para sí misma. Estas acciones son aprendidas dentro del contexto sociocultural en el que el individuo se desarrolla y buscan ejercer control sobre factores internos o externos que puedan afectar negativamente la vida, la salud o el bienestar. Además, Orem reconoce que estas prácticas de autocuidado también cumplen una función importante para garantizar el desarrollo adecuado de las personas que están bajo la responsabilidad del individuo. El autocuidado depende de múltiples factores, entre los cuales destacan los intereses personales, las necesidades, los deseos y, especialmente, la conciencia que cada persona tenga respecto a su bienestar físico, mental, social y familiar. Asimismo, el compromiso con uno mismo influye en la capacidad de elegir, adquirir y fortalecer los

conocimientos, hábitos y habilidades necesarias para llevar a cabo acciones a favor de su propia salud (27).

En este marco conceptual, Orem distingue dos conceptos clave: el agente de autocuidado y la agencia de autocuidado. El agente de autocuidado es el individuo que realiza acciones para su propio cuidado, mientras que la agencia de autocuidado hace referencia a la habilidad que dicho individuo posee para ejecutar esas acciones. La agencia puede encontrarse suficientemente desarrollada cuando la persona es capaz de satisfacer sus necesidades de salud. No obstante, también puede verse limitada, por ejemplo, debido a la presencia de temor, ansiedad o prioridades personales que dificultan la búsqueda de ayuda aun cuando el individuo reconoce que la necesita. Asimismo, Orem señala que la agencia está en constante proceso de desarrollo, ya que las acciones de autocuidado se aprenden a lo largo de la vida mediante la cultura, las creencias, los hábitos y las costumbres adquiridas en el entorno familiar y social. Esto se observa, por ejemplo, en los niños que comienzan a adoptar rutinas y comportamientos de autocuidado provenientes de su ambiente inmediato (26).

Se puede considerar que una persona tiene autocuidado si realiza eficazmente las acciones siguientes:

1. Favorecer mecanismos vitales y de la fisiología normal de la persona.
2. Conservar la maduración, el desarrollo y crecimiento normal de la persona.
3. Tener prevención o control de mecanismos de enfermedad o injuria.
4. Tener prevención de incapacidades y como compensarlas.
5. Motivar el bienestar (28).

Orem desarrolló su teoría de autocuidado con tres subteorías:

- Teoría del autocuidado: en la que destaca las conductas realizadas por la misma persona para suplir requisitos de autocuidado universal, para el funcionamiento de todas las personas. Entre estas cabe mencionar el ingreso de aire, ingesta de agua, actividad y descanso diarios. También cuenta el autocuidado del desarrollo personal, que consiste en la promoción de condiciones para la maduración en los ciclos de vida de la niñez a la vejez. Además, emerge el autocuidado personal de cambios relacionados con el estado de salud –

enfermedad, que implican la necesidad de efectuar transformaciones en el estilo de vida.

- Teoría de déficit del autocuidado: en la que señala que los individuos están sujetos a limitaciones determinadas por la salud y que les inhabilitan para efectuar el autocuidado permanente o lo hacen en forma no eficaz o incompleto. Por tal motivo, existe déficit del autocuidado cuando concurre mayor demanda para la acción que la habilidad del paciente para accionar o no desea hacer las acciones que se requieren. Tal circunstancia pone de manifiesto cuándo y por qué se da la intervención de la profesión de enfermería.
- Teoría del sistema de enfermería: que comprende el sistema parcialmente compensador, con la enfermera proporcionando autocuidado. Se trata de un sistema totalmente compensador en el que la profesional enfermera reemplaza al individuo. Existe además una estructura de apoyo educativo, mediante el cual la enfermera ayuda al individuo para que sea capaz de realizar actividades de autocuidado, que no podría ser capaz de hacerlo sin este apoyo. Un ejemplo lo constituye la preparación física y psicológica antes y después del implante del catéter peritoneal. La capacitación y educación acompañadas de motivación para que la persona haga por ella misma actos que le permitan conservar la salud y afrontar las consecuencias de su patología.

En base a las anteriores subteorías, se afirma que el autocuidado del paciente en diálisis peritoneal requiere del apoyo y capacitación por parte de los profesionales de enfermería. Tales medidas están orientadas a permitir que el paciente participe planificando e implementando su propia atención de salud (29).

2.4.2. Autocuidado del paciente en diálisis peritoneal

El autocuidado representa un compromiso permanente para la persona en tratamiento con diálisis peritoneal, pues constituye la base sobre la cual se sostienen tanto la continuidad del tratamiento como la calidad de vida del paciente. Su finalidad es permitirle enfrentar de manera eficaz la enfermedad, favorecer la mejora del estado de salud, promover el bienestar general y mantener una vida con la mejor calidad posible dentro de las limitaciones propias de la condición. Dado que la diálisis peritoneal es una técnica que se realiza en el hogar —ya sea por el propio paciente o por un familiar que asume el rol de cuidador—, la participación

activa de enfermería se vuelve indispensable. El personal de salud debe brindar una capacitación adecuada sobre el procedimiento, los conceptos fundamentales de la enfermedad y las habilidades necesarias para desarrollar un adecuado autocuidado. Esto incluye la capacidad de manejar la técnica de diálisis, identificar problemas, controlarlos cuando sea posible y comunicar de inmediato cualquier eventualidad a la unidad de salud para evitar complicaciones que puedan comprometer la seguridad del paciente (30).

Dentro del proceso de autocuidado, se han identificado varias recomendaciones esenciales para quienes realizan la diálisis peritoneal, todas destinadas a reducir riesgos y asegurar un tratamiento eficaz (31).

1. Acudir a capacitaciones y entrenamiento del procedimiento de diálisis y manejo de la enfermedad que le ofrezca el servicio de salud. Cada servicio, bajo la responsabilidad de Enfermería, brinda un entrenamiento a cada paciente de acuerdo con sus posibilidades. Dicho adiestramiento debería ser individualizado de acuerdo con las necesidades de cada persona, siendo recomendable que dure un tiempo apropiado y que se repita periódicamente para alcanzar el objetivo de un manejo seguro de la técnica. De esta manera se contribuye a la disminución de complicaciones, como las infecciones y la adaptación a la enfermedad y además se consigue la independencia del paciente.
2. Hay requisitos por parte del paciente que son poco imprescindibles: higiene personal, apoyo familiar, baño (para lavado de manos y material a usar) y espacio para almacenar el material necesario para la diálisis.
3. Lugar donde se realiza la diálisis peritoneal totalmente limpio, paredes sin humedad o moho, suelo y ventanas limpias; sin corrientes de aire durante la realización de la diálisis y con buena iluminación; evitar animales domésticos, insectos y el paso de personas durante la realización de la diálisis. Debe contar además con algún sujetador para colgar la bolsa, mesa, jabón, lavabo, entre otros. Por esta razón, la visita al hogar de parte del proveedor de salud es importante para evaluar las condiciones del ambiente tanto donde se realizará la diálisis como del espacio de provisión de los materiales (29).
4. Higiene de manos profusa antes de la realización de la diálisis (mínimo 2 minutos de lavado). Antes, retirarse anillos, joyas y reloj, vestir con mangas cortas o

subirlas hasta el codo, abrir la grifería, tomar jabón, refregar palma y dorso de las manos, dedos, espacios entre ellos y brazos. Luego se procede a retirar el jabón con abundante agua de las uñas a los brazos, secarse con toalla o servilleta desechable en el mismo sentido y cerrar la grifería con toalla desechable. Posteriormente, mantener en alto las manos y no tocar cosas contaminadas, incluido su cabello. De esta forma se evitará entrar en contacto con microorganismos que pueden provocar infección (32).

5. Tener presente un cuidado adecuado del catéter:
 - a) Conservar un adecuado aseo corporal, tomando una ducha diaria con agua y jabón. Durante la limpieza cuidar del catéter y secarse con una toalla de uso único (lavarla y plancharla después de cada baño); cuidar las uñas cortándolas y limpiándolas.
 - b) Vigilar el cuidado adecuado del orificio de salida del catéter limpio y seco, así como también el apósito que lo recubra; debe usar gasa estéril y tomar en cuenta que no se mueva el catéter.

Para pacientes con diálisis peritoneal tener actividades de autocuidado es crucial, porque controlan factores de riesgo de infecciones y complicaciones que pueden perturbar el tratamiento e incluso acortar su supervivencia. El entrenamiento debe contemplar aspectos en la integridad del paciente (físicos, mentales y sociales) para que le permita empoderarse en su autocuidado y el control de su salud y bienestar. A continuación, se explican las diversas dimensiones que forman parte del autocuidado (33).

2.4.2.1. Bienestar personal como parte del autocuidado

El bienestar personal constituye un componente esencial en la experiencia de los pacientes que realizan diálisis peritoneal (DP), ya que refleja su capacidad para reconocer su propio estado físico, identificar los cambios que pueden afectar su estabilidad y realizar los ajustes necesarios para mantener un nivel de bienestar que les resulte satisfactorio. Este bienestar no solo implica la ausencia de síntomas o molestias, sino también la percepción de control y equilibrio respecto a su condición de salud, lo cual contribuye directamente a su calidad de vida. Las circunstancias que resultan más difíciles de afrontar en el curso de una enfermedad crónica suelen estar relacionadas con los cambios exigidos en el

estilo de vida. En el caso específico de la diálisis peritoneal, estos cambios incluyen la adopción de normas estrictas de higiene personal, la adecuación del entorno domiciliario y la necesidad de desarrollar habilidades técnicas que permitan manipular correctamente el catéter peritoneal. Esto representa un desafío significativo, pues el paciente debe incorporar nuevas rutinas, reorganizar su tiempo y adaptar sus actividades cotidianas a las demandas del tratamiento. La capacidad para aprender, interiorizar y aplicar estas modificaciones en la vida diaria se vuelve determinante para conservar el bienestar personal. La higiene adecuada, por ejemplo, deja de ser una actividad rutinaria para convertirse en un requisito imprescindible para prevenir infecciones; de igual modo, la manipulación del catéter exige concentración, responsabilidad y constancia. Este proceso de adaptación demanda no solo habilidades físicas y cognitivas, sino también fortaleza emocional para enfrentar el impacto que la enfermedad y el tratamiento ejercen sobre la vida del paciente. La integración de estas prácticas en la rutina diaria, aunque compleja, permite que la persona logre una mayor sensación de dominio sobre su condición y mantenga un sentido de bienestar al saber que está contribuyendo de manera directa al cuidado de su salud. De este modo, el bienestar personal en la diálisis peritoneal se convierte en un proceso continuo de aprendizaje, ajuste y autoobservación, que permite al paciente avanzar hacia una mejor adaptación y equilibrio frente a las exigencias de su tratamiento (34).

2.4.2.2. Actividad y reposo como parte del autocuidado

Estos aspectos forman parte de los requisitos universales del autocuidado, por lo que son comunes a todas las personas, independientemente de su condición de salud. Entre ellos, destaca la necesidad de mantener un equilibrio adecuado entre la actividad y el reposo, un principio fundamental que Orem no describe únicamente en términos de salud o bienestar, sino como una acción deliberada que permite construir una relación valiosa y deseable entre periodos de descanso y momentos de actividad. Este equilibrio no se limita a considerar la fatiga o la recuperación física; más bien, se orienta a comprender cómo las personas gestionan su energía a lo largo del día, organizando sus actividades de manera que puedan sostener un funcionamiento adecuado sin comprometer su bienestar. El requisito universal para mantener esta relación equilibrada proporciona, por

tanto, una base teórica importante para comprender el gasto energético del organismo, al tiempo que plantea la necesidad de reflexionar sobre cómo este debe ajustarse mediante el reposo. Desde esta perspectiva, la regulación entre actividad y descanso se convierte en un proceso consciente mediante el cual el individuo reconoce sus propias capacidades, limita esfuerzos excesivos y protege su integridad física. Para las personas con enfermedades crónicas, este equilibrio cobra aún mayor relevancia, ya que la administración adecuada de sus niveles de energía facilita la adaptación al tratamiento, disminuye la sensación de agotamiento y contribuye al mantenimiento de su funcionalidad diaria (35).

2.4.2.3. Ingesta de alimentos como parte del autocuidado

Este aspecto del autocuidado se refiere a la capacidad de las personas para regular su alimentación de manera adecuada, garantizando una ingesta idónea de alimentos que sea suficiente en diversidad y cantidad. Implica seleccionar alimentos y bebidas que favorezcan el bienestar general, aporten energía y contribuyan a preservar la salud. Esta regulación consciente de la dieta forma parte de los requisitos universales del autocuidado, ya que todas las personas necesitan mantener hábitos alimentarios que respalden el funcionamiento óptimo del organismo y prevengan desequilibrios que puedan afectar negativamente su condición física. En el contexto de la diálisis peritoneal (DP), las consideraciones alimentarias adquieren una importancia aún mayor, debido a las limitaciones fisiológicas derivadas del deterioro de la función renal. La DP requiere que los pacientes moderen la ingesta de carbohidratos y proteínas, ya que la capacidad del organismo para eliminar toxinas es menor y existe una tendencia a retener CO₂. Esto significa que, sin una alimentación controlada, el desbalance metabólico puede intensificarse y generar complicaciones adicionales. Una dieta adecuada, organizada de acuerdo con estas necesidades específicas, contribuye de manera significativa a que los pacientes logren un estado más estable y compatible con los objetivos del tratamiento. Mantener una alimentación equilibrada no solo ayuda a reducir la carga metabólica, sino que también favorece la energía necesaria para cumplir con las actividades cotidianas y permite sostener una mejor adaptación física al tratamiento. De esta forma, la autorregulación nutricional se convierte en un componente clave del autocuidado, especialmente para quienes realizan diálisis peritoneal (34).

2.4.2.4. Interacción social como parte del autocuidado

La dimensión de interacción social, tal como la plantea Orem, constituye un requisito esencial del autocuidado que debe satisfacerse para asegurar una vigilancia adecuada y oportuna del paciente y de su estado de salud. Esta dimensión reconoce que el ser humano es, por naturaleza, un ser social que se desarrolla, se forma y madura en relación con los demás. Desde los primeros años de vida, la familia se convierte en el primer grupo social de referencia, y posteriormente se amplía hacia otros entornos y comunidades que influyen en la construcción de habilidades, creencias, valores y formas de relacionarse. La interacción social, entendida como la participación activa en este entramado de relaciones, permite que la persona aprenda, se adapte y adquiera competencias necesarias para llevar a cabo sus actividades de autocuidado. El equilibrio entre momentos de soledad y espacios de interacción con otros es fundamental: ambos cumplen funciones distintas y complementarias. La soledad permite la reflexión, la organización personal y la autorregulación; mientras que la interacción facilita el aprendizaje social, la comunicación, el intercambio de experiencias y la obtención de apoyo emocional y práctico. En el caso de los pacientes que realizan diálisis peritoneal, esta dimensión adquiere una relevancia particular. La interacción social se vincula directamente con la red de apoyo con la que cuentan, ya sea en el entorno familiar, laboral, comunitario o sanitario. Esta red les proporciona sostén emocional, ayuda práctica y acompañamiento, elementos que fortalecen su capacidad para enfrentar las exigencias del tratamiento y mantener un adecuado nivel de autocuidado. Además, la participación en la vida social favorece la construcción de estrategias adaptativas, aumenta la motivación del paciente y contribuye a reducir la sensación de aislamiento que puede derivarse de una enfermedad crónica. A través de la convivencia con otras personas, el individuo recibe retroalimentación, observación de modelos de conducta y refuerzos positivos que le ayudan a sostener hábitos saludables y a desarrollar la confianza necesaria para gestionar su tratamiento (34).

2.4.2.4.1. Desarrollo personal como parte del autocuidado

La categoría de funcionamiento y desarrollo personal puede entenderse como el conjunto de actividades, cambios y ajustamientos que realiza el individuo con el propósito de mantener condiciones que fortalezcan su vitalidad y

promuevan su crecimiento personal. Esta dimensión del autocuidado, descrita por Orem, enfatiza la importancia de que cada persona adopte conductas orientadas no solo a la conservación de su salud física, sino también al fortalecimiento de sus capacidades emocionales, cognitivas y sociales, necesarias para desenvolverse adecuadamente frente a las demandas de la vida diaria. En el caso de los pacientes en diálisis peritoneal, esta dimensión implica asumir modificaciones significativas en el estilo de vida para optimizar su situación de salud y responder de manera eficaz a los desafíos del tratamiento. El funcionamiento personal requiere incorporar nuevas rutinas, organizar el tiempo según las necesidades de la terapia y adoptar hábitos que favorezcan el bienestar general. Estos cambios demandan disciplina, compromiso y un proceso interno de adaptación que permita integrar el tratamiento en la vida cotidiana sin perder la continuidad de sus funciones personales o sociales. Asimismo, el desarrollo personal se relaciona con la capacidad del paciente para enfrentar situaciones difíciles preservando aspectos esenciales de su identidad. Esto incluye mantener su personalidad, sostener una autoestima saludable y promover la estabilidad emocional dentro de la familia. La manera en que el paciente asume su condición influye directamente en el clima emocional del entorno familiar, por lo que es importante que logre un equilibrio que le permita afrontar los retos del tratamiento sin trasladar excesivamente la carga emocional a las personas que lo acompañan. Desde esta perspectiva, el desarrollo personal también implica adquirir habilidades que le permitan al paciente conservar la calma, mantener un sentido de control frente a su enfermedad y participar activamente en las decisiones sobre su cuidado. La capacidad para adaptarse, reorganizar sus prioridades y conservar su bienestar interno es un componente fundamental del autocuidado, y contribuye a fortalecer el afrontamiento tanto del paciente como de su familia (34).

2.5. Teorías de enfermería relacionadas con el apoyo familiar y la capacidad de autocuidado

Las teorías de Orem, Neuman, Roy y Watson se articulan de manera directa con el tema de estudio porque coinciden en que el autocuidado del paciente con diálisis peritoneal no depende únicamente de sus capacidades individuales, sino también del entorno familiar y relacional. Orem sustenta que la familia refuerza o compensa el déficit de autocuidado; Neuman la reconoce como un factor protector frente a los estresores del tratamiento; Roy explica que el apoyo familiar facilita una adaptación efectiva a la enfermedad crónica; y Watson resalta el valor del cuidado humano y del acompañamiento emocional en la adherencia y la motivación para cuidarse. En conjunto, estos enfoques fundamentan que un mayor apoyo familiar se asocia con una mejor capacidad de autocuidado (36).

2.5.1. Teoría del Déficit de Autocuidado – Dorothea Orem

La Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem sostiene que la intervención de enfermería se vuelve necesaria cuando la persona no es capaz de satisfacer por sí misma los requisitos de autocuidado indispensables para mantener su vida, su salud y su bienestar. En este escenario, la enfermera identifica de manera sistemática las limitaciones —o déficits— que presenta el individuo, y a partir de ello organiza un sistema terapéutico que puede ser de apoyo–educación, parcialmente compensatorio o totalmente compensatorio, según el nivel de autonomía real del paciente y el grado en que pueda asumir su propio cuidado. Esta teoría adquiere una relevancia particularmente notable en el contexto de la diálisis peritoneal (DP), donde el tratamiento demanda que el paciente desarrolle habilidades específicas y precisas. Estas incluyen la correcta ejecución de la técnica de intercambio, el mantenimiento de una higiene rigurosa, la identificación oportuna de signos de alarma, la adherencia constante al régimen dialítico y la organización del entorno domiciliario para garantizar condiciones seguras. En ese sentido, la “capacidad de autocuidado” no se limita a un concepto abstracto, sino que se traduce en una competencia práctica directamente relacionada con acciones concretas que el paciente debe aprender, fortalecer y sostener en el tiempo. El papel del profesional de enfermería resulta indispensable para facilitar este proceso, ya que mediante la educación, el acompañamiento continuo y el seguimiento periódico, puede contribuir a que el paciente incremente su habilidad para gestionar

su cuidado de forma autónoma. La evidencia reciente respalda la utilidad de emplear el modelo de Orem como marco teórico para diseñar intervenciones orientadas a mejorar los conocimientos, habilidades y conductas de autocuidado en diversas condiciones crónicas. Este enfoque coincide con la perspectiva del empoderamiento del paciente, favoreciendo que la persona asuma un rol activo en la autogestión de su enfermedad y en las decisiones que afectan su salud (37).

De manera coherente con el tema del estudio desarrollado en Arequipa, el “apoyo familiar” puede entenderse como una extensión del sistema de apoyo–educación descrito por Orem. La familia se convierte en un recurso esencial que contribuye a sostener la continuidad del autocuidado en el domicilio. Este apoyo puede manifestarse mediante recordatorios para cumplir con los horarios de intercambio, supervisión de la técnica, ayuda logística en la preparación del ambiente, acompañamiento emocional y colaboración en actividades que el paciente no puede realizar de manera independiente. Investigaciones llevadas a cabo en población en diálisis peritoneal dentro de EsSalud en el Perú también han destacado el valor del apoyo familiar como una variable fundamental para explicar diferencias en la capacidad de autocuidado entre pacientes. En conjunto, la teoría de Orem y la evidencia disponible respaldan la idea central de que el autocuidado en diálisis peritoneal no se sostiene únicamente en la individualidad del paciente, sino que depende de un entorno relacional que refuerce, complemente y acompañe su proceso. Por ello, el apoyo familiar se configura como un elemento clave para alcanzar una práctica de autocuidado efectiva y sostenida en el tiempo (36).

2.5.2. Teoría de los Sistemas – Betty Neuman

El Modelo de Sistemas de Neuman concibe a la persona —y, por extensión, también a la familia— como un sistema abierto, en interacción permanente con estresores de origen interno y externo. Bajo esta perspectiva, la salud se entiende como un estado de estabilidad del sistema, preservado gracias a la acción de las llamadas líneas de defensa y líneas de resistencia, que permiten mantener o recuperar el equilibrio cuando los estresores amenazan dicha estabilidad. El rol de enfermería se articula en torno a la aplicación de intervenciones preventivas en tres niveles: prevención primaria, orientada a evitar la aparición del estrés; prevención secundaria, dirigida a detectar y controlar tempranamente sus efectos; y prevención

terciaria, centrada en limitar el daño y favorecer la recuperación cuando el estrés ya ha tenido impacto en la persona (38).

En el contexto de la diálisis peritoneal (DP), esta visión resulta especialmente pertinente, pues los pacientes se enfrentan a múltiples estresores que influyen en su salud física, emocional y social. Entre estos estresores se encuentran las demandas técnicas inherentes al tratamiento, el riesgo constante de complicaciones como infecciones o fallos de catéter, así como la carga emocional que supone vivir con una enfermedad crónica. También se incluyen los cambios en los roles familiares, ajustes que afectan la dinámica del hogar, y las tensiones económicas derivadas del tratamiento domiciliario. Todo ello puede comprometer la estabilidad del sistema paciente–familia si no se cuenta con estrategias de afrontamiento adecuadas. En este escenario, el apoyo familiar se convierte en un factor protector fundamental que ayuda a amortiguar el impacto del estrés asociado a la terapia y a sostener la continuidad del autocuidado. La familia actúa como un recurso estabilizador, reforzando las líneas de defensa frente a los estresores, contribuyendo a que el paciente conserve su equilibrio emocional, cumpla correctamente la técnica y enfrente con mayor seguridad los desafíos propios del tratamiento domiciliario. En la literatura de enfermería, diversos autores han destacado la utilidad del Modelo de Neuman para comprender y organizar cuidados con una mirada holística, precisamente porque ofrece una estructura clara para identificar los estresores que afectan al paciente y para fortalecer sus defensas a través de intervenciones de cuidado planificadas y oportunas. Al considerar que el individuo está inserto en un sistema más amplio, este enfoque permite entender que el autocuidado no depende exclusivamente del paciente, sino también de la funcionalidad del sistema familiar y del entorno donde este se desarrolla, incluyendo factores como el hogar, los recursos materiales disponibles y la red de apoyo social. Desde esta perspectiva, el Modelo de Sistemas de Neuman se articula adecuadamente con los propósitos de una investigación que busca analizar la relación entre apoyo familiar y capacidad de autocuidado en pacientes sometidos a diálisis peritoneal. Su marco conceptual ofrece bases sólidas para comprender cómo la interacción entre el paciente, su familia y el ambiente determina la estabilidad del sistema y, por ende, la eficacia del autocuidado en una terapia altamente demandante como la DP (39).

2.5.3. Teoría de la Adaptación – Callista Roy

El Modelo de Adaptación de Roy concibe a la persona como un sistema adaptativo, capaz de responder a diversos estímulos —focales, contextuales y residuales— mediante mecanismos de afrontamiento que permiten mantener o recuperar el equilibrio frente a situaciones de desafío. Esta respuesta adaptativa se manifiesta a través de cuatro modos: el fisiológico-físico, el autoconcepto/identidad, la función de rol y la interdependencia, los cuales permiten evaluar de forma integral cómo la persona se ajusta a los cambios que la enfermedad impone (40).

En el contexto de la diálisis peritoneal, el proceso de adaptación adquiere un significado central porque la terapia exige una reorganización profunda de la vida cotidiana. El paciente debe transformar rutinas, desarrollar nuevas habilidades, asumir un rol activo en su tratamiento domiciliario, tolerar restricciones asociadas a la enfermedad y reconstruir su día a día alrededor de una terapia constante. Estas exigencias representan estímulos que requieren respuestas adaptativas continuas, tanto físicas como emocionales y sociales. Por ello, medir la capacidad de autocuidado puede interpretarse como un indicador concreto de adaptación efectiva. Una persona que demuestra conductas estables de autocuidado, maneja adecuadamente sus síntomas, cumple con la adherencia terapéutica y mantiene un nivel adecuado de autocontrol está evidenciando, en términos de Roy, una adaptación funcional a los mecanismos de afrontamiento necesarios frente a la enfermedad y el tratamiento. Estudios aplicados han señalado que las intervenciones basadas en el Modelo de Adaptación de Roy se asocian con mejoras significativas en aspectos como la autoeficacia, el autocontrol y la calidad de vida, reforzando su valor como un marco teórico útil para orientar intervenciones de enfermería dirigidas a fortalecer la capacidad del paciente para enfrentar su enfermedad. Desde esta perspectiva, la enfermería contribuye a facilitar procesos adaptativos, ayudando al individuo a desarrollar estrategias para reorganizar su rol y mejorar su respuesta ante los estímulos propios de la diálisis peritoneal. Además, el modo de interdependencia dentro del modelo establece una conexión directa con el apoyo familiar. Este modo se refiere a las relaciones que el paciente sostiene con las personas significativas de su entorno, y reconoce que una red de apoyo sólida facilita respuestas adaptativas más eficientes. La presencia de un soporte familiar estable y comprensivo puede aumentar la seguridad del paciente, mejorar su

adherencia al tratamiento y reducir la percepción de sobrecarga que experimentan tanto él como sus cuidadores (41).

Este vínculo teórico coincide con estudios que abordan la transición y la adaptación del paciente y su familia en procesos de salud complejos, en los que la reorganización del rol, la comunicación y el apoyo emocional resultan esenciales para mantener la estabilidad del sistema familiar y asegurar la continuidad del cuidado. En conjunto, el Modelo de Adaptación de Roy permite comprender de manera integral cómo el apoyo familiar influye en la capacidad de autocuidado del paciente en diálisis peritoneal, aportando un marco conceptual sólido para analizar esta relación en el contexto de la investigación (42).

2.5.4. Teoría del Cuidado Humano – Jean Watson

La Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson sitúa el “cuidar” como el eje moral, filosófico y existencial de la enfermería. Desde este enfoque, el cuidado se concibe como una relación transpersonal, es decir, una interacción profunda entre persona y persona que integra dimensiones emocionales, espirituales y éticas. Esta perspectiva sostiene que los resultados de salud no dependen únicamente de procedimientos biomédicos o intervenciones técnicas, sino también de la calidad de la relación terapéutica que se construye entre el profesional de enfermería, el paciente y su entorno inmediato. Elementos como la presencia auténtica, la empatía, el respeto y la creación de un ambiente que favorezca el significado, la esperanza y la dignidad adquieren un valor central dentro del proceso de cuidado (43).

En el contexto de la diálisis peritoneal (DP), este marco teórico adquiere especial pertinencia debido a la naturaleza domiciliaria del tratamiento. La realización del procedimiento en casa implica asumir responsabilidades permanentes, manejar temores relacionados con la técnica, enfrentar el cansancio acumulado y, en algunos casos, experimentar sentimientos de aislamiento. Frente a estas vivencias, la teoría de Watson permite fundamentar intervenciones dirigidas a fortalecer la confianza del paciente y su familia, mejorar la comunicación entre ellos y reducir barreras subjetivas que habitualmente interfieren con el autocuidado, tales como la inseguridad al realizar los intercambios o la ansiedad ante la posibilidad de complicaciones. Watson resalta que el cuidado humanizado es un proceso relacional donde la enfermera no solo transmite información o habilidades técnicas, sino que también acompaña emocionalmente, sostiene, escucha y orienta. Esta presencia

profesional, cuando se vive de manera genuina, puede transformar la experiencia del paciente, disminuyendo el miedo, fortaleciendo la motivación y generando una percepción más segura respecto a su capacidad para asumir el tratamiento. Las investigaciones contemporáneas que aplican la teoría de Watson han subrayado su valor para humanizar el cuidado en distintos contextos clínicos, especialmente en situaciones complejas que requieren acompañamiento sostenido. En el caso de la DP, este enfoque resulta especialmente relevante porque el apoyo familiar no se reduce únicamente a una ayuda práctica —como manipular materiales o asistir en la organización del espacio—, sino que también constituye un soporte emocional constante que influye profundamente en el estado psicológico del paciente. La teoría de Watson permite, así, comprender que el apoyo familiar tiene un componente afectivo y relacional que ayuda a sostener el proceso terapéutico, favoreciendo la adherencia y fortaleciendo la capacidad del paciente para cuidarse en el marco de una enfermedad crónica. En conjunto, el enfoque de Watson aporta una dimensión humanística esencial para entender cómo las relaciones afectivas, la empatía y la calidad del acompañamiento influyen en el autocuidado del paciente en diálisis peritoneal, complementando los aspectos técnicos y adaptativos descritos por otros modelos teóricos (44).

3. Antecedentes investigativos

3.1. A nivel internacional

Alonso, M, Alonso, R, Jaramillo, V. **Autocuidado de los pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria de la Unidad de Salud Renal del Hospital General España, Chinandega, II semestre; España; 2022.** Los investigadores concluyen que los pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria mantenían un autocuidado adecuado en cuanto a higiene y uso de instalaciones, aunque presentaban incumplimiento parcial del tratamiento farmacológico y signos de retención de líquidos. A pesar de dificultades en accesibilidad, mostraron asistencia constante a controles y un estado nutricional dentro de lo esperado (45).

Franco V, Depine S, Mejía F, Pallares F, Sarmiento J, Lastre G. **Cuidado de enfermería a pacientes en diálisis peritoneal: de la teoría a la práctica. Colombia; 2022.** Los investigadores concluyeron que la aplicación del método de Dorotea Orem fortaleció la capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal, favoreciendo el

desarrollo de habilidades y conocimientos necesarios para adherirse al tratamiento y seguir recomendaciones de enfermería durante todo el proceso terapéutico (46).

3.2. A nivel nacional

Leveau Barrera, Flor Enith, y Leitón Espinoza, Zoila Esperanza: “**Abordando la Calidad de Vida en Pacientes de Diálisis Peritoneal: Análisis de la Depresión y Ansiedad en un hospital de Perú 2024**”. Las autoras concluyen que la afectación significativa en la calidad de vida de los pacientes, especialmente en las dimensiones relacionadas con síntomas, efecto de la enfermedad y carga familiar. Se hallaron niveles variables de ansiedad y depresión, además de correlaciones significativas entre estos factores emocionales y todas las dimensiones del KDQOL-36, resaltando el rol fundamental del apoyo social (25).

Acosta Pérez, Guadalupe Jesús; Galeas Torre, Maryorie Katterryne; Rios Villegas, Kiara Alessandra, **Comparación de la calidad de vida entre pacientes trasplantados renales y pacientes en hemodiálisis en Huancayo, Perú, 2024**, Los investigadores concluyeron que los pacientes trasplantados reportaron mejor función social y percepción positiva de salud, aunque también mostraron mayor deterioro en salud mental y calidad física. Se concluyó que múltiples factores determinan la calidad de vida y que estos se manifiestan de manera distinta según el tipo de tratamiento recibido (47).

3.3. A nivel local

Puma Angelo, Rosario Elizabeth; Velásquez-Ccoa, Javier G.; y Valladares-Garrido, Mario J. **Control glicémico de un paciente diabético con diálisis peritoneal en la atención primaria de salud, Arequipa 2024**. Los investigadores concluyen que el caso clínico mostró que el seguimiento continuo, especialmente mediante herramientas virtuales, permitió mejorar de manera significativa el control glucémico de un paciente diabético en diálisis peritoneal. Esta estrategia redujo hospitalizaciones y estabilizó sus niveles de HbA1c, demostrando la importancia del acompañamiento longitudinal en atención primaria (48).

Montesinos-Valencia L, Portocarrero-Bejarano D, Bellatin-Luque N, Vizcarra-Vizcarra CA. *Staphylococcus auricularis*, un patógeno infrecuente en peritonitis asociada a diálisis peritoneal: un caso clínico. Arequipa, 2025. Los investigadores concluyeron que *Staphylococcus auricularis*, aunque generalmente comensal, puede convertirse en un patógeno oportunista capaz de causar peritonitis severa en pacientes con diálisis peritoneal. Su detección temprana y la adecuación del tratamiento antibiótico son esenciales. El estudio enfatiza reforzar las medidas de asepsia y la vigilancia microbiológica en entornos hospitalarios (49).

4. Objetivos

- Determinar el apoyo familiar que reciben los pacientes con diálisis peritoneal que son asistidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo - ESSALUD de la ciudad de Arequipa.
- Especificar la capacidad de autocuidado que muestran los pacientes con diálisis peritoneal asistidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo - ESSALUD de la ciudad de Arequipa.
- Determinar la relación que se da entre apoyo familiar recibido y la capacidad de autocuidado de pacientes con diálisis peritoneal asistidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo - ESSALUD de la ciudad de Arequipa.

5. Hipótesis

Dado que, los pacientes con diálisis peritoneal padecen física y psicológicamente, y deben adoptar un estilo de vida con numerosas limitaciones, el autocuidado juega un papel fundamental en la calidad de su salud y de su bienestar general. La familia, como núcleo social, constituye un grupo con los que se comparten valores, creencias y experiencias que contribuyen al desarrollo físico, emocional e intelectual.

Es probable que, el Apoyo Familiar esté directa y positivamente relacionado con la Capacidad de Autocuidado en pacientes con diálisis peritoneal, atendidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo ESSALUD de Arequipa, 2022.



CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnica e instrumento

1.1. Técnica

La técnica que se empleó en esta investigación para la valoración de ambas variables fue la encuesta, la cual se administró a cada paciente participante del estudio.

1.2. Instrumento

1.2.1. Para la variable independiente: Apoyo familiar

El instrumento fue elaborado y aplicado por Gil y Ramos en el estudio titulado “Apoyo familiar y capacidad de autocuidado del paciente en diálisis peritoneal de un hospital de ESSALUD Lima”, publicado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia en el año 2016.

1.2.1.1. Validez del instrumento

El instrumento fue sometido a un proceso de validación de contenido mediante el juicio de diez expertos, quienes evaluaron la claridad, coherencia y pertinencia de los ítems. Debido a que el instrumento ya había sido validado de manera rigurosa por sus autoras, no fue necesaria una nueva validación para el presente estudio.

1.2.1.2. Confiabilidad del instrumento

Para determinar la consistencia interna del cuestionario, las autoras realizaron una prueba piloto, obteniendo un Alfa de Cronbach ≥ 0.7 . Este valor confirma que los ítems presentan una adecuada confiabilidad para medir la variable Apoyo Familiar.

Se plantea los siguientes puntajes para el test de evaluación de apoyo familiar

Tabla 2
Puntajes para el test de evaluación de apoyo familiar

Puntaje individual del test de evaluación de apoyo familiar				
Dimensión de apoyo familiar	Escala de respuestas			
	Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
Cada ítem	1	2	3	4

La calificación del puntaje global del test, obtenida tras la suma de los valores correspondientes a cada pregunta, fue la siguiente:

Tabla 3
Puntaje global del test de evaluación de Apoyo Familiar

Puntaje global del test de evaluación de Apoyo Familiar					
Calificación	Puntaje global	Apoyo Emocional	Apoyo Instrumental	Apoyo Informativo	Apoyo Valorativo
Bajo Grado	16 - 32	4 - 8	4 - 8	4 - 8	4 - 8
Medio Grado	33 - 48	9 - 12	9 - 12	9 - 12	9 - 12
Alto Grado	49 - 64	13 - 16	13 - 16	13 - 16	13 - 16

1.2.2. Para la variable dependiente: Capacidad de Autocuidado

Se desarrolló un test basado en la teoría de autocuidado de Dorothea Orem, considerando los requisitos de autocuidado universal y de desviación de la salud, aplicables al contexto del estudio.

1.2.2.1. Validez del instrumento

Se informó una validez de contenido (índice IVC) de 0,97 durante la fase de construcción.

1.2.2.2. Confiabilidad del instrumento

El estudio de construcción reporta un coeficiente de confiabilidad (α de Cronbach) para el cuestionario total de 0,75.

Se plantean los siguientes puntajes individuales para cada pregunta del test.

Tabla 4

Puntaje individual del test apreciación de agencia de autocuidado

Puntaje individual del test apreciación de agencia de autocuidado:				
Preguntas	Escala de respuestas			
	Nunca	Casi Nunca	Casi Siempre	Siempre
Cada ítem	1	2	3	4

Se presenta la calificación del puntaje global del test, obtenido una vez se hayan sumado los valores correspondientes a cada una de las preguntas

Tabla 5

Puntaje global del test de apreciación de agencia de autocuidado

Puntaje global del test de apreciación de agencia de autocuidado	
Calificación del autocuidado	Puntuación global
Muy Bajo	24 a 43
Bajo	44 a 62
Regular	63 a 81
Bueno	82 a 96

El test de apreciación de agencia de autocuidado está integrado por las dimensiones bienestar personal (ítems 2, 4, 5, 7, 8, 14 al 17, 19, 21 y 23), actividad y reposo (ítems 3, 6, 11, 13 y 20), la ingesta de alimentos (ítem 9), interacción social (ítems 12 y 22). Además, contempla la dimensión sobre los requisitos de autocuidado del desarrollo personal, para la conservación del funcionamiento de la salud y la forma de ser (ítems 1, 10, 18 y 24). La calificación y puntaje de este test, en sus diferentes evaluaciones, podrían aproximadamente ser las siguientes (50).

Tabla 6

Test de apreciación de agencia de autocuidado

Test de apreciación de agencia de autocuidado		
Requisitos de autocuidado universal y de desviación de la salud	Ítems del test	Calificación / Puntuación
Bienestar personal	2, 4, 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 23	<ul style="list-style-type: none"> • Muy Bajo: 12 a 21 • Bajo: 22 a 31 • Regular: 32 a 40 • Bueno: 41 a 48
Actividad y reposo	3, 6, 11, 13 y 20	<ul style="list-style-type: none"> • Muy Bajo: 5 a 9 • Bajo: 10 a 12 • Regular: 13 a 16 • Bueno: 17 a 20
Ingesta de alimentos	9	<ul style="list-style-type: none"> • Muy Bajo: 1 • Bajo: 2 • Regular: 3 • Bueno: 4
Interacción social	12 y 22	<ul style="list-style-type: none"> • Muy Bajo: 2 a 3 • Bajo: 4 a 5 • Regular: 6 a 7 • Bueno: 8
Desarrollo personal	1, 10, 18 y 24	<ul style="list-style-type: none"> • Muy Bajo: 4 a 7 • Bajo: 8 a 10 • Regular: 11 a 13 • Bueno: 14 a 16

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial

El estudio se realizó en Perú, en la ciudad de Arequipa, específicamente en la Unidad de Diálisis Peritoneal del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo. Este hospital es un centro de referencia de EsSalud en la región sur del país, donde se atiende a pacientes con enfermedad renal crónica mediante terapias de reemplazo renal, incluida la diálisis peritoneal, en un área especializada del servicio de Nefrología. La unidad brinda atención a usuarios que requieren este tratamiento de forma continua, con personal médico y de enfermería capacitado para el manejo de diálisis peritoneal ambulatoria.

2.2. Ubicación temporal

La investigación se desarrolló durante los meses de mayo, junio y julio del año 2022.

2.3. Unidades de estudio

Las unidades de estudio estuvieron conformadas por 60 pacientes que asistieron a la Unidad de Diálisis Peritoneal del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo – ESSALUD, en la ciudad de Arequipa.

2.3.1. Universo

El universo estuvo integrado por los 60 pacientes mencionados, a quienes se aplicaron los siguientes criterios:

2.3.1.1. Criterios de inclusión

- Pacientes del programa de diálisis peritoneal en mayores de 18 años del HNCASE.
- Pacientes de ambos géneros, que asistan continuamente a terapia de diálisis peritoneal.
- Pacientes que acepten ser parte del estudio firmando el consentimiento informado.

2.3.1.2. Criterios de exclusión

- Recibir otros tratamientos por otras diferentes enfermedades, además de la diálisis, como la hemodiálisis o el trasplante renal.
- Pacientes analfabetos.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

- En primera instancia, se coordinó con la Dirección del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo - ESSALUD.
- Se seleccionaron las unidades de estudio y se les brindó información sobre la investigación. Se solicitó su consentimiento para participar.
- Se aplicó el instrumento de recolección de datos a cada unidad de estudio en fechas y horarios previamente acordados.
- Una vez aplicado el instrumento, se procedió al procesamiento de la información, elaborando una base de datos en SPSS, donde se realizaron los análisis respectivos.
- El análisis de la información se efectuó mediante estadígrafos de promedio y frecuencia.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

- Investigadora.
- Asesora de tesis.

3.2.2. Materiales

Proporcionados por la Investigadora:

- Laptop.
- Programas de computación.
- Cuestionarios.
- Papel bond.
- Lapiceros.

3.2.3. Institucionales

Unidad de Diálisis Peritoneal del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo – ESSALUD, de la ciudad de Arequipa.



CAPÍTULO III
RESULTADOS

Se presenta la primera tabla de resultados, que contiene las características de nuestra población y sus frecuencias respectivas.

Tabla 7
Distribución del género en pacientes con diálisis peritoneal

Indicadores	Número	Porcentaje
Femenino	48	80
Masculino	12	20
Total	60	100

En la tabla se observa que el 80 % de los pacientes con diálisis peritoneal pertenecen al género femenino, mientras que el 20 % corresponde al género masculino.

Estos resultados indican una mayor participación del género femenino en el tratamiento de diálisis peritoneal. Esto puede estar relacionado con una mayor adherencia al tratamiento, una mayor conciencia sobre el cuidado de la salud o una mayor disposición de las mujeres para acudir y mantenerse en terapias de control médico continuo.

Se deduce que más de las tres cuartas partes de los pacientes con diálisis peritoneal corresponden al género femenino, mientras que una quinta parte pertenece al género masculino.

Figura 1

Distribución del género en pacientes con diálisis peritoneal

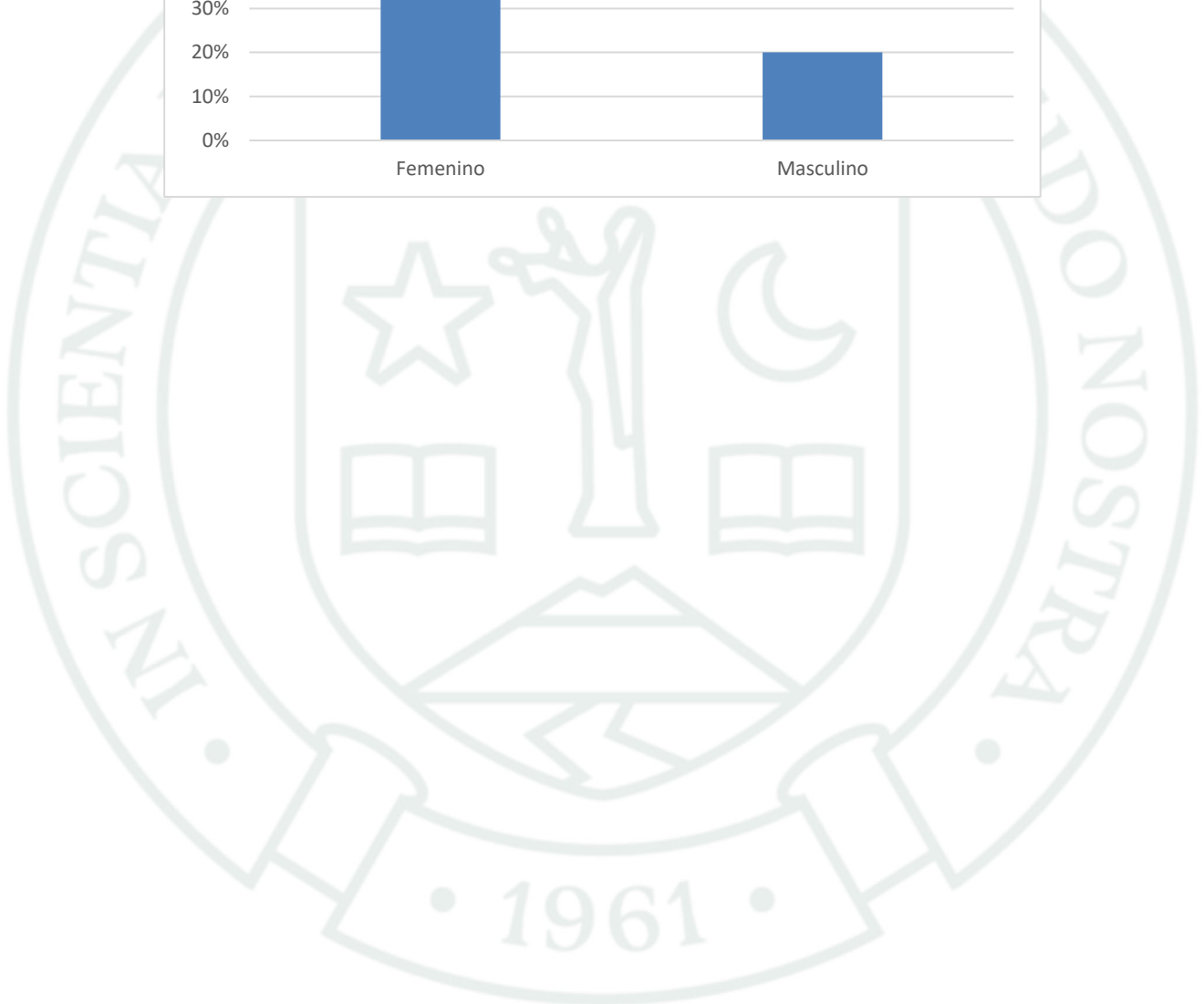
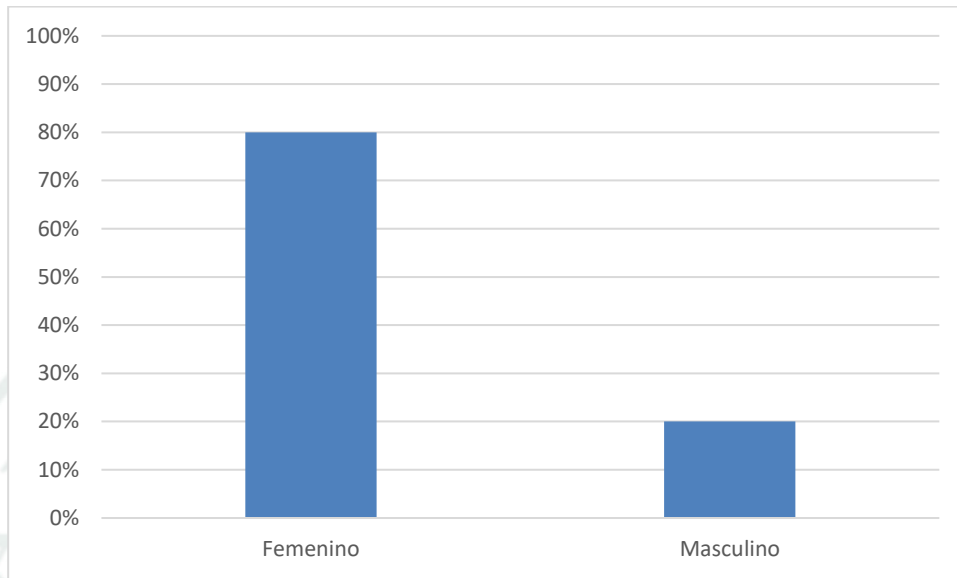


Tabla 8
Procedencia de los pacientes con diálisis peritoneal

Área	Número	Porcentaje
Urbana	59	98,30
Periurbana	1	1,70
Total	60	100

En la tabla se observa que el 98,30 % de los pacientes con diálisis peritoneal provienen de zonas urbanas, mientras que el 1,70 % pertenece a áreas periurbanas.

Estos resultados indican que la mayoría de los pacientes reside en zonas urbanas, lo cual puede estar relacionado con una mayor cercanía a los servicios de salud, mejor acceso a centros especializados y mayor disponibilidad de información sobre tratamientos como la diálisis peritoneal. La escasa representación de pacientes de áreas periurbanas podría reflejar limitaciones en el acceso oportuno a este tipo de atención.

Se deduce que cerca de la totalidad de los pacientes con diálisis peritoneal procede del área urbana, mientras que una mínima proporción corresponde al área periurbana.

Figura 2

Procedencia de los pacientes con diálisis peritoneal

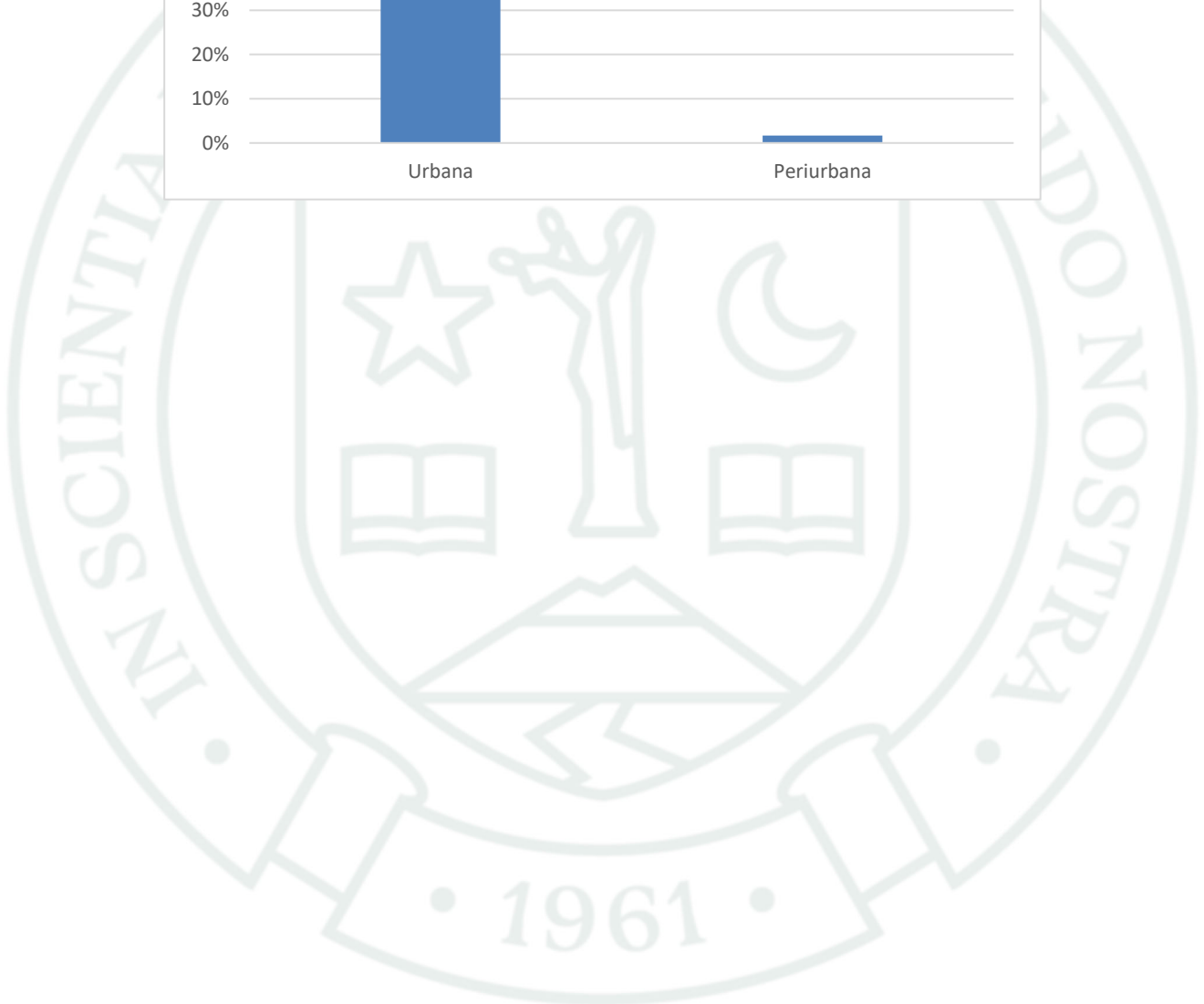
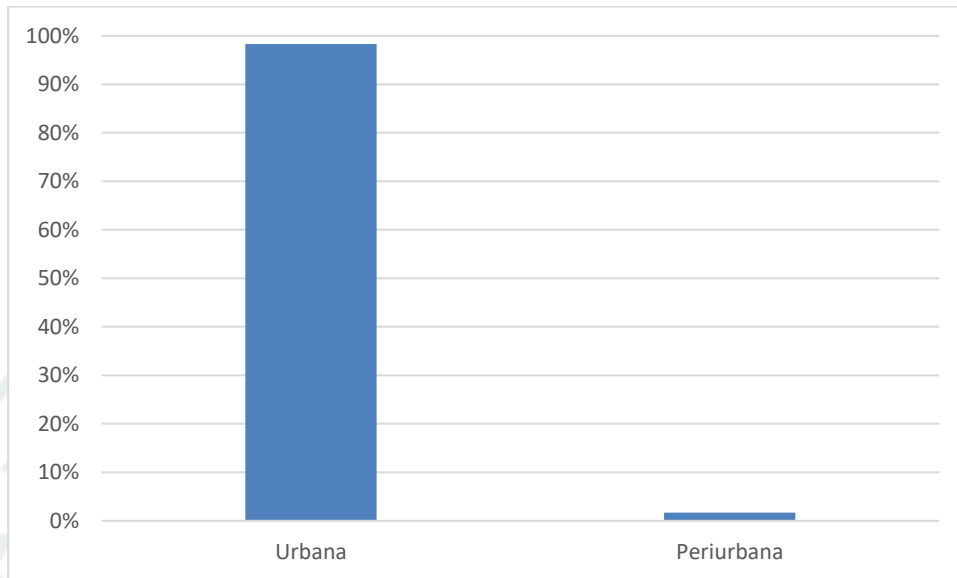


Tabla 9
Distribución por edad en pacientes con diálisis peritoneal

Grupo etario	Número	Porcentaje
18 a 26 años	6	10
27 a 37 años	16	26,70
38 a 48 años	10	16,70
49 a 59 años	4	6,70
60 y más años	24	40
Total	60	100

En la tabla se observa que el 40 % de los pacientes con diálisis peritoneal tiene 60 años o más, seguido del 26,70 % que se encuentra entre los 27 y 37 años, el 16,70 % entre los 38 y 48 años, el 10 % entre los 18 y 26 años y el 6,70 % corresponde al grupo de 49 a 59 años.

Estos resultados evidencian una mayor concentración de pacientes en el grupo etario de 60 años a más, lo que sugiere que la diálisis peritoneal es un tratamiento frecuentemente utilizado en personas de edad avanzada, probablemente asociado a la progresión de enfermedades crónicas que afectan la función renal. Asimismo, la presencia de pacientes en grupos etarios más jóvenes indica que la insuficiencia renal también puede manifestarse en etapas tempranas de la vida, aunque en menor proporción.

Se deduce que más de la tercera parte de los pacientes con diálisis peritoneal se encuentra en el grupo de 60 años a más, mientras que menos de la tercera parte corresponde al grupo de 27 a 37 años, y proporciones aún menores se distribuyen en los demás rangos de edad.

Figura 3

Distribución por edad en pacientes con diálisis peritoneal

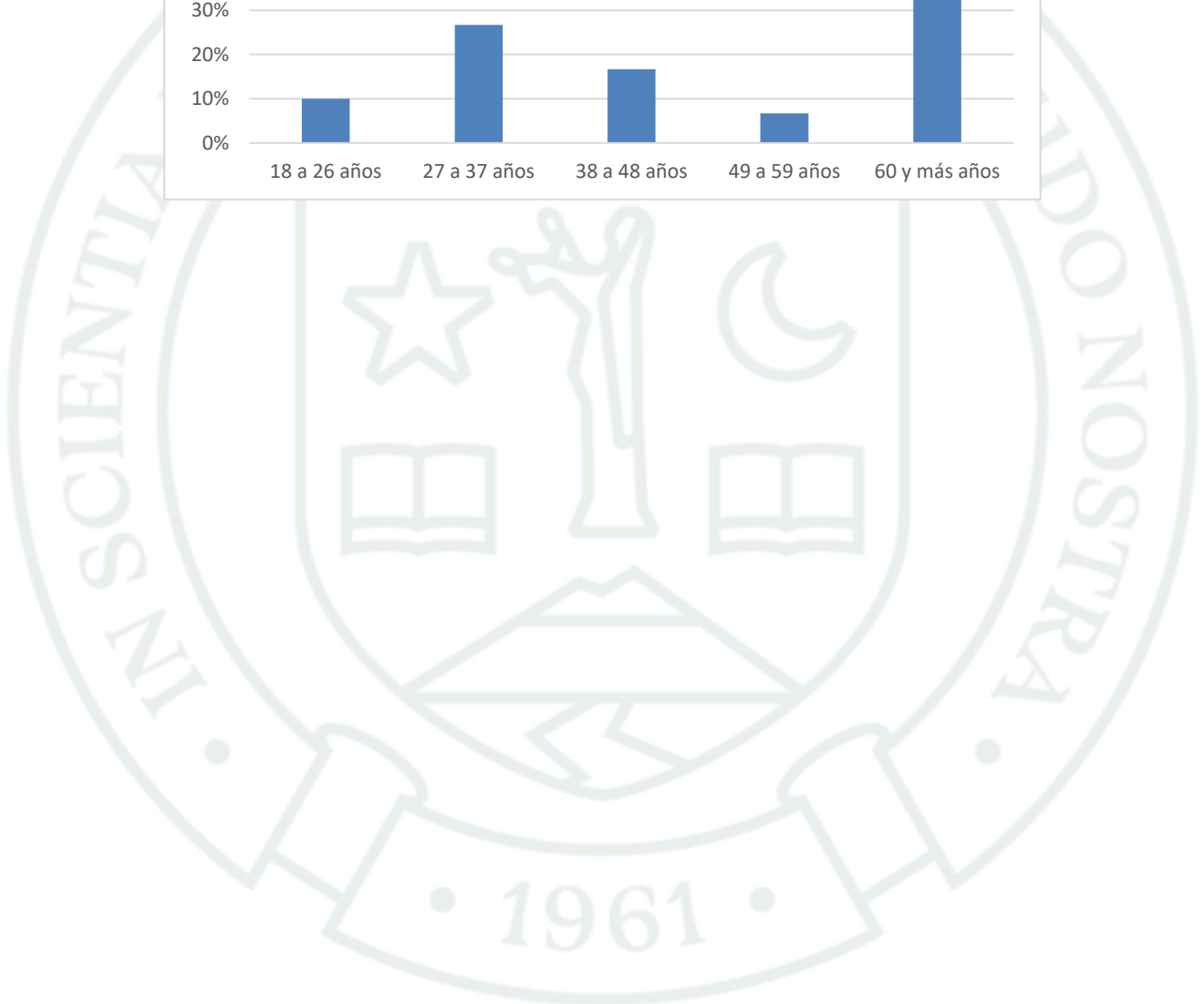
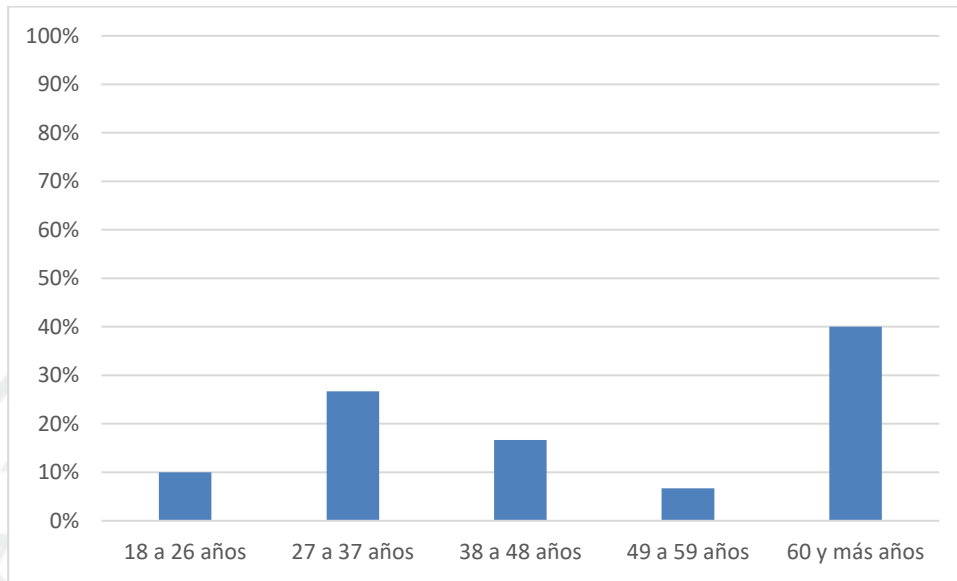


Tabla 10
Nivel educativo de los pacientes con diálisis peritoneal

Indicadores	Número	Porcentaje
Primaria	6	10
Secundaria	19	31,70
Técnica	13	21,70
Superior	22	36,70
Total	60	100

En la tabla se observa que el 36,70 % de los pacientes con diálisis peritoneal presenta estudios superiores, seguido del 31,70 % con nivel educativo secundario, el 21,70 % con formación técnica y el 10 % con educación primaria.

Estos resultados indican que una proporción importante de los pacientes cuenta con niveles educativos medio y superior, lo cual podría favorecer una mejor comprensión del tratamiento, mayor adherencia a las indicaciones médicas y una participación más activa en el autocuidado. Sin embargo, la presencia de pacientes con menor nivel educativo evidencia la necesidad de adaptar las estrategias de educación en salud a distintos niveles de comprensión.

Se deduce que más de la cuarta parte de los pacientes con diálisis peritoneal posee nivel de educación superior, seguida por proporciones menores correspondientes a los niveles secundario, técnico y primario.

Figura 4

Nivel educativo de los pacientes con diálisis peritoneal

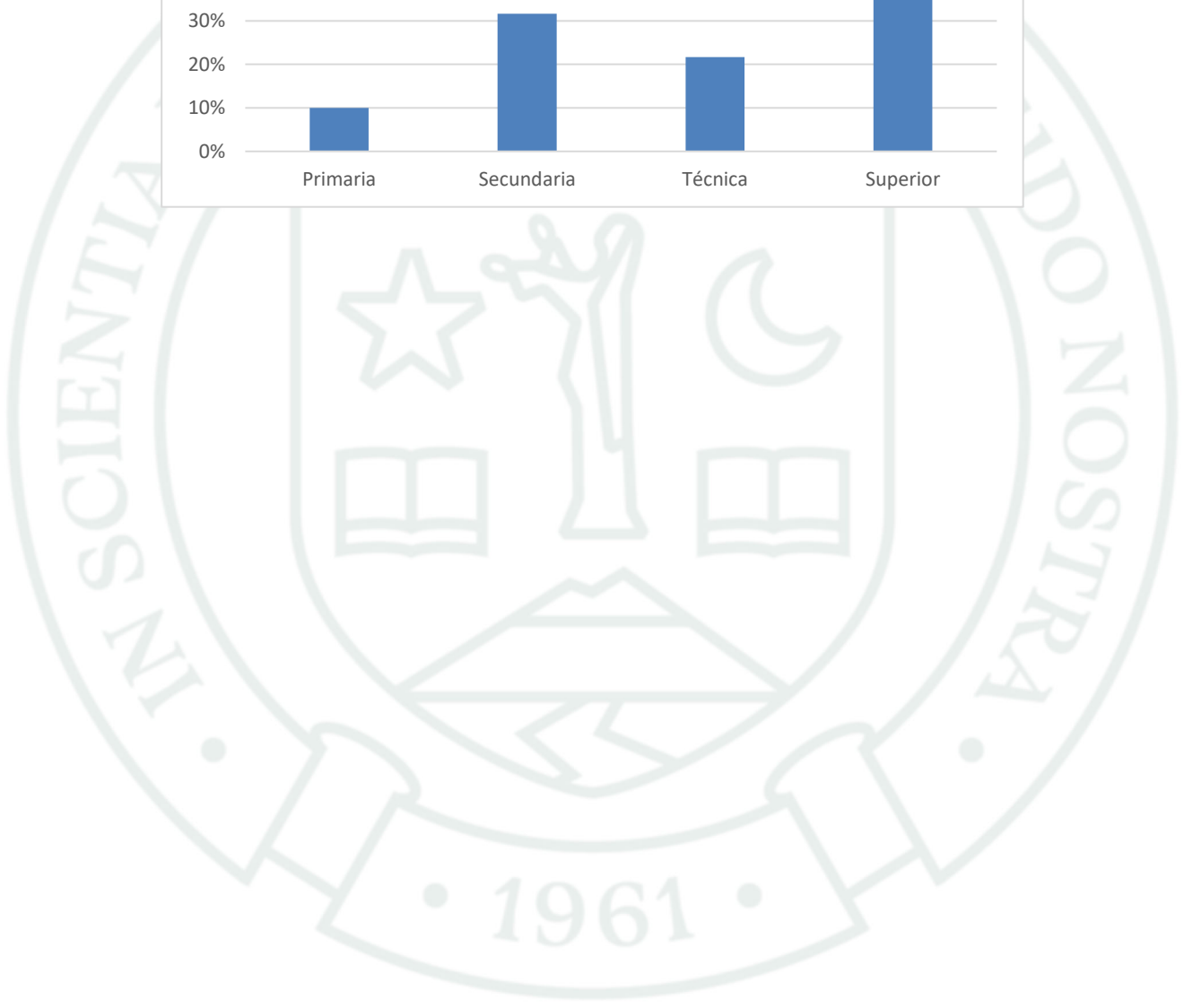
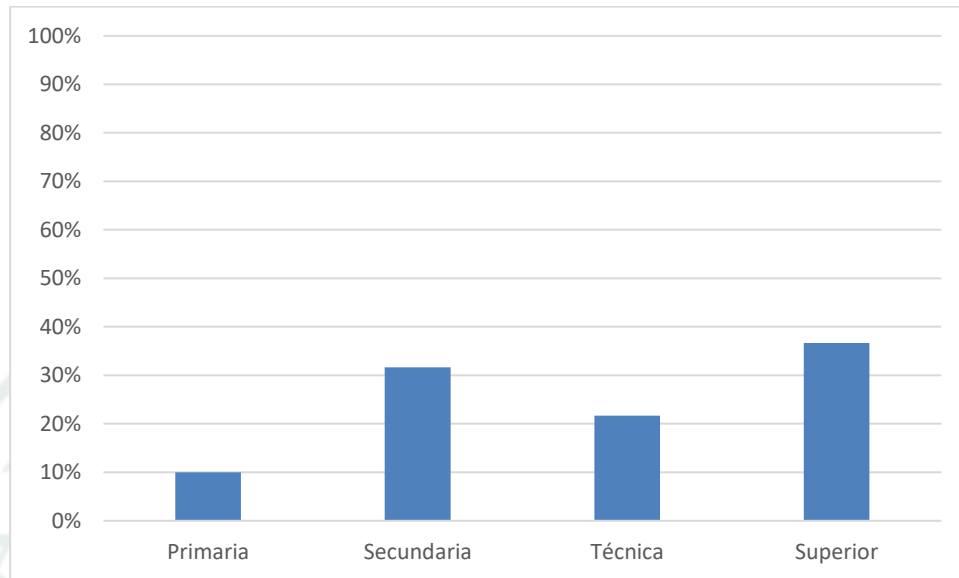


Tabla 11
Ingresos económicos al mes de los pacientes con diálisis peritoneal

Indicadores	Número	Porcentaje
Menos de 1000 soles	48	80
Entre 1001 y 2000 soles	6	10
Más de 2001 soles	6	10
Total	60	100

En la tabla se observa que el 80 % de los pacientes con diálisis peritoneal presenta un ingreso económico mensual menor a 1000 soles, mientras que el 10 % percibe ingresos entre 1001 y 2000 soles y otro 10 % obtiene ingresos mayores a 2001 soles.

Estos resultados evidencian que la mayoría de los pacientes se encuentra en una condición económica baja, lo que podría influir en el acceso a recursos complementarios para el cuidado de la salud y en la capacidad de afrontar gastos asociados al tratamiento. La menor proporción de pacientes con ingresos medios y altos sugiere una distribución económica desigual dentro de la población estudiada.

Se deduce que más de las tres cuartas partes de los pacientes con diálisis peritoneal tiene un ingreso económico mensual menor a 1000 soles, mientras que una quinta parte se distribuye entre ingresos medios y altos.

Figura 5

Ingresos económicos al mes de los pacientes con diálisis peritoneal

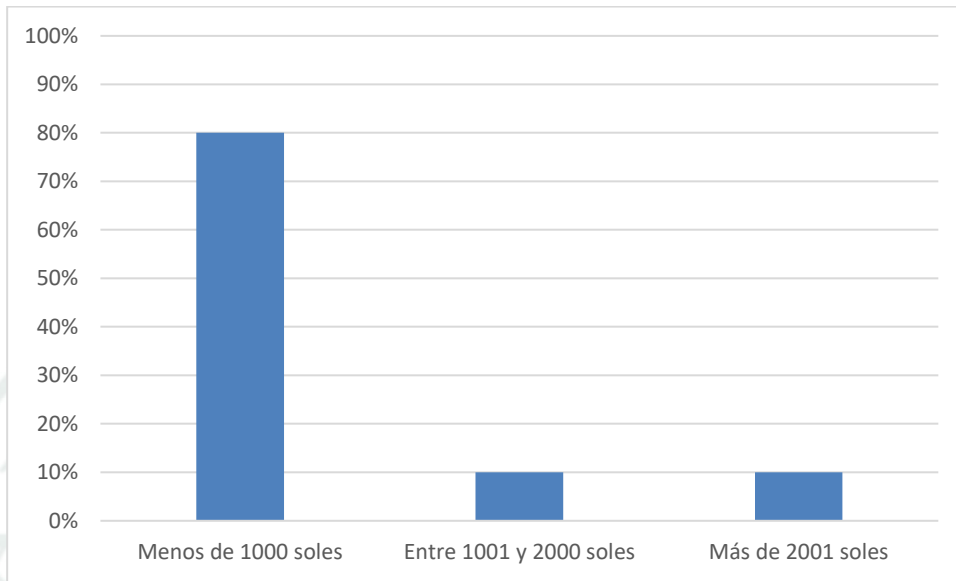


Tabla 12
Grado de apoyo familiar en pacientes con diálisis peritoneal

Categoría	Número	%
Moderado	16	26,7
Alto	44	73,3
Bajo	0	0
Total	60	100

En la tabla se observa que el 73,3 % de los pacientes con diálisis peritoneal presenta un alto grado de apoyo familiar, mientras que el 26,7 % cuenta con un nivel moderado y no se registra ningún paciente con apoyo familiar bajo.

El apoyo familiar alto significa que los pacientes perciben un acompañamiento constante por parte de su familia, tanto en el aspecto emocional como en el cuidado y seguimiento del tratamiento, lo cual resulta fundamental en la diálisis peritoneal. El apoyo familiar moderado indica que los pacientes reciben ayuda familiar de manera parcial u ocasional, sin una participación continua en todas las actividades relacionadas con su cuidado. Por su parte, la ausencia de apoyo familiar bajo evidencia que ningún paciente se encuentra en una situación de desatención familiar significativa.

Se deduce que cerca de las tres cuartas partes de los pacientes con diálisis peritoneal cuenta con un alto grado de apoyo familiar, mientras que cerca de la cuarta parte presenta un apoyo moderado y no se evidencia apoyo familiar bajo.

Figura 6

Grado de apoyo familiar en pacientes con diálisis peritoneal

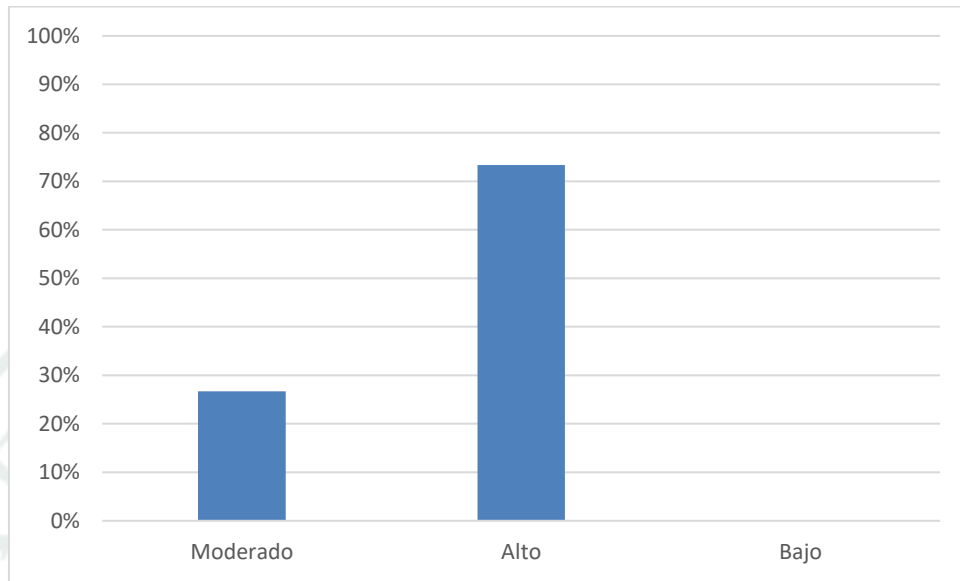


Tabla 13

Grado de apoyo familiar, en su dimensión apoyo valorativo con que cuentan los pacientes que recibieron diálisis peritoneal

Categoría	Número	%
Moderado	17	28,3
Alto	43	71,7
Bajo	0	0
Total	60	100

En la tabla se observa que el 71,7 % de los pacientes que reciben diálisis peritoneal presenta un alto grado de apoyo familiar en la dimensión valorativa, mientras que el 28,3 % muestra un nivel moderado y no se registra apoyo familiar bajo.

El apoyo familiar alto en la dimensión valorativa significa que los familiares reconocen, valoran y refuerzan positivamente los esfuerzos del paciente en el cumplimiento del tratamiento y las prácticas de autocuidado, lo que contribuye al fortalecimiento de su autoestima y motivación. El apoyo moderado indica que el reconocimiento y la valoración por parte de la familia se presentan de manera parcial o esporádica, sin una retroalimentación constante. La ausencia de apoyo bajo evidencia que los pacientes no se encuentran en una situación de desvalorización o falta total de reconocimiento por parte de su entorno familiar.

Se deduce que la mayoría de los pacientes con diálisis peritoneal recibe un alto nivel de apoyo familiar en la dimensión valorativa, mientras que cerca de la tercera parte presenta un apoyo moderado y no se evidencia apoyo bajo.

Figura 7

Grado de apoyo familiar, en su dimensión apoyo valorativo con que cuentan los pacientes que recibieron diálisis peritoneal

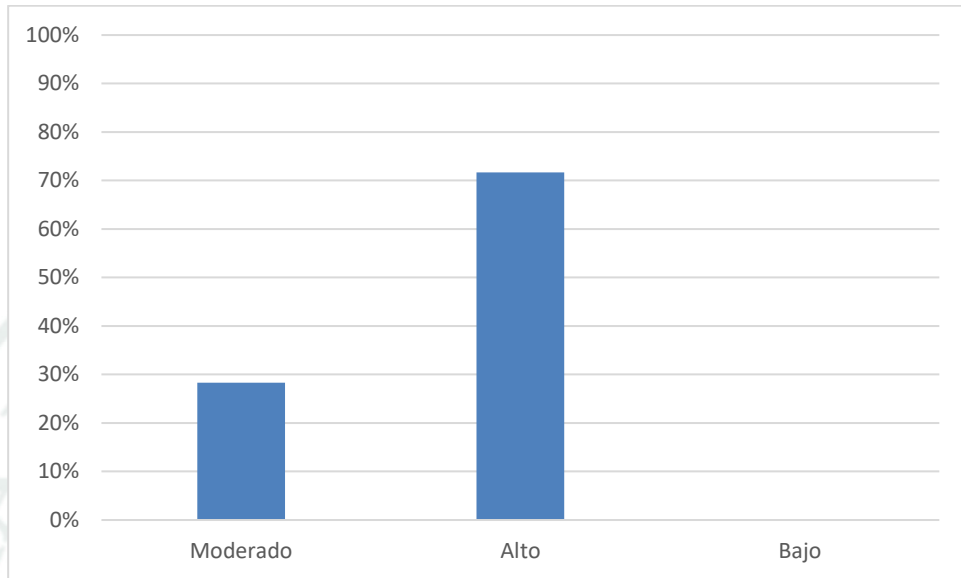


Tabla 14

Grado de apoyo familiar, en su dimensión apoyo informativo con que cuentan los pacientes que recibieron diálisis peritoneal

Categoría	Número	%
Moderado	16	26,7
Alto	39	65,0
Bajo	5	8,3
Total	60	100

En la tabla se observa que el 65 % de los pacientes con diálisis peritoneal presenta un alto grado de apoyo familiar en la dimensión informativa, el 26,7 % muestra un nivel moderado y el 8,3 % un nivel bajo.

El apoyo familiar alto en la dimensión informativa significa que los familiares brindan información clara y oportuna sobre el tratamiento, los cuidados necesarios y las recomendaciones médicas, favoreciendo una adecuada comprensión del proceso de diálisis peritoneal. El apoyo moderado indica que la información proporcionada es parcial o no constante, lo que puede generar dudas en el paciente. Por su parte, el apoyo bajo refleja una limitada transmisión de información por parte de la familia, lo que podría afectar negativamente el autocuidado y el cumplimiento del tratamiento.

Se deduce que más de la mitad de los pacientes con diálisis peritoneal cuenta con un alto nivel de apoyo familiar informativo, mientras que alrededor de la cuarta parte presenta un apoyo moderado y una mínima proporción evidencia un apoyo bajo.

Figura 8

Grado de apoyo familiar, en su dimensión apoyo informativo con que cuentan los pacientes que recibieron diálisis peritoneal

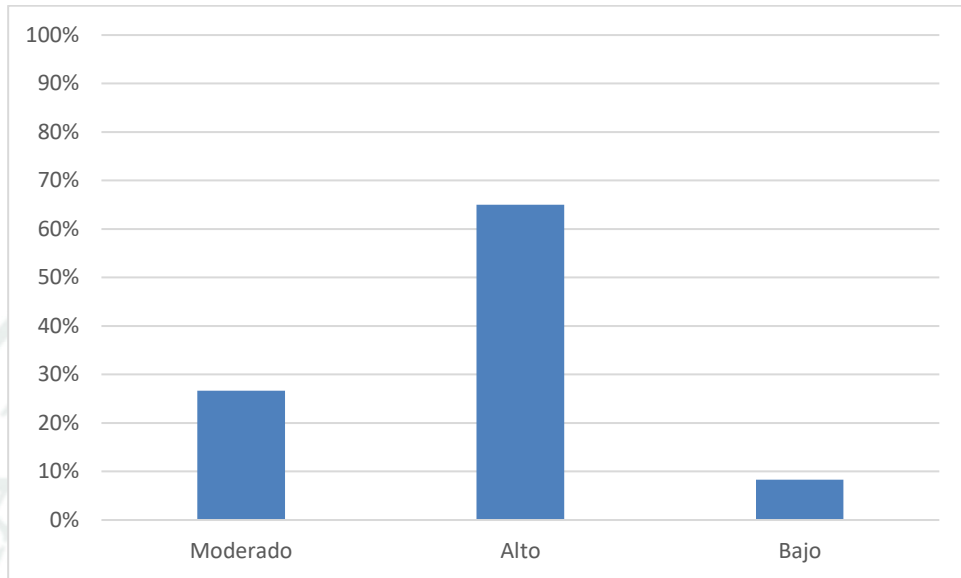


Tabla 15

Grado de apoyo familiar, en su dimensión apoyo instrumental con que cuentan los pacientes que recibieron diálisis peritoneal

Categoría	Número	%
Moderado	19	31,7
Alto	41	68,3
Bajo	0	0
Total	60	100

En la tabla se observa que el 68,3 % de los pacientes con diálisis peritoneal presenta un alto grado de apoyo familiar en la dimensión instrumental, mientras que el 31,7 % muestra un nivel moderado y no se registran pacientes con apoyo bajo.

El apoyo familiar alto en la dimensión instrumental significa que los pacientes reciben ayuda tangible y directa por parte de sus familiares, como apoyo en las actividades diarias, acompañamiento a controles médicos y asistencia en la realización del tratamiento de diálisis peritoneal. El apoyo moderado indica que esta ayuda se brinda de manera parcial o no constante, lo que puede incrementar la carga física y emocional del paciente. La ausencia de apoyo bajo evidencia que todos los pacientes cuentan, al menos, con algún nivel de asistencia práctica por parte de su entorno familiar.

Se deduce que más de la mitad de los pacientes con diálisis peritoneal cuenta con un alto nivel de apoyo familiar en la dimensión instrumental, mientras que cerca de la tercera parte presenta un apoyo moderado y no se evidencian niveles bajos.

Figura 9

Grado de apoyo familiar, en su dimensión apoyo instrumental con que cuentan los pacientes que recibieron diálisis peritoneal

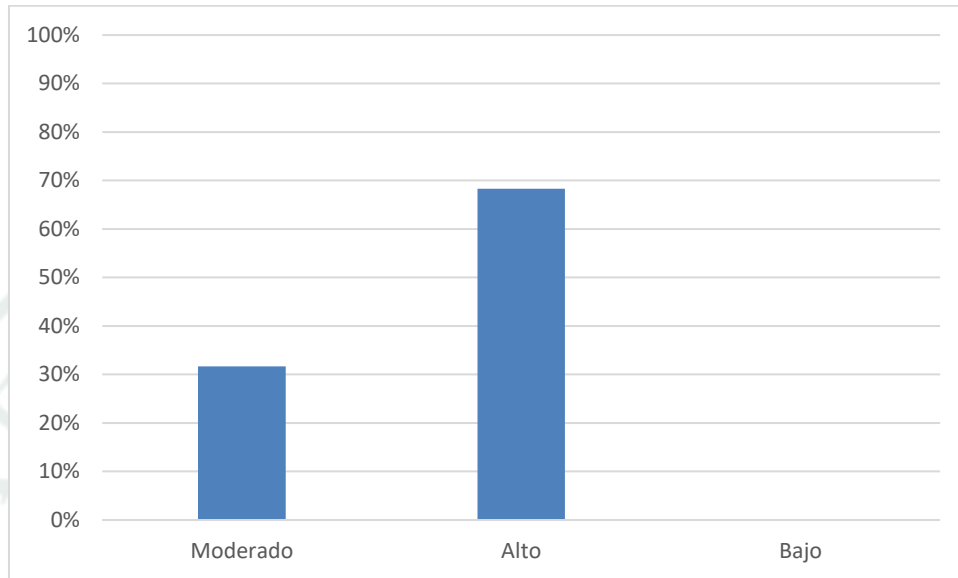


Tabla 16

Grado de apoyo familiar, en su dimensión apoyo emocional con que cuentan los pacientes que recibieron diálisis peritoneal

Categoría	Número	%
Moderado	20	33,3
Alto	40	66,7
Bajo	0	0
Total	60	100

En la tabla se observa que el 66,7 % de los pacientes con diálisis peritoneal presenta un alto grado de apoyo familiar en la dimensión emocional, mientras que el 33,3 % muestra un nivel moderado y no se registra apoyo bajo.

El apoyo familiar alto en la dimensión emocional significa que los pacientes reciben afecto, comprensión y contención emocional por parte de su familia, lo que contribuye a enfrentar de mejor manera el impacto psicológico de la enfermedad y del tratamiento. El apoyo moderado indica que el acompañamiento emocional se brinda de forma parcial o no constante. La ausencia de apoyo bajo evidencia que todos los pacientes cuentan, al menos, con algún grado de soporte emocional dentro de su entorno familiar.

Se deduce que más de la mitad de los pacientes con diálisis peritoneal cuenta con un alto nivel de apoyo familiar emocional, mientras que cerca de la tercera parte presenta un apoyo moderado y no se evidencian niveles bajos.

Figura 10

Grado de apoyo familiar, en su dimensión apoyo emocional con que cuentan los pacientes que recibieron diálisis peritoneal

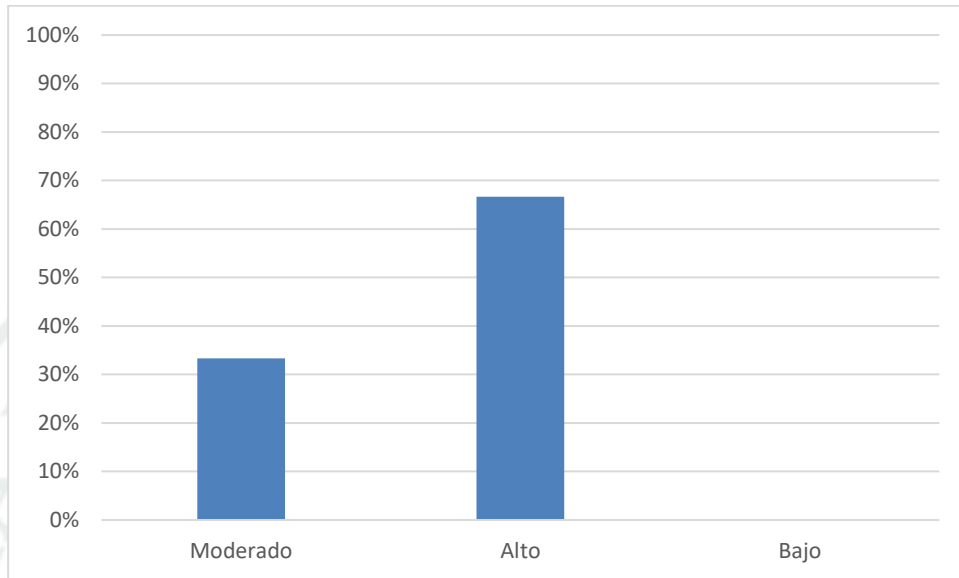


Tabla 17**Grado de autocuidado que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal**

Categoría	Número	%
Muy bajo	0	0,0
Bajo	1	1,7
Regular	28	46,7
Bueno	31	51,7
Total	60	100

En la tabla se observa que el 51,7 % de los pacientes con diálisis peritoneal presenta un buen grado de autocuidado, seguido del 46,7 % con un nivel regular y el 1,7 % con un nivel bajo; no se registran pacientes con autocuidado muy bajo.

El nivel bueno de autocuidado indica que los pacientes han desarrollado habilidades adecuadas para el manejo de su tratamiento, incluyendo prácticas de higiene, alimentación, cumplimiento de indicaciones médicas y control de riesgos asociados a la diálisis peritoneal. El nivel regular refleja que los pacientes realizan acciones básicas de autocuidado, aunque de manera incompleta o no constante. El nivel bajo evidencia dificultades en el cumplimiento de las prácticas necesarias para un manejo adecuado de su condición, mientras que la ausencia de autocuidado muy bajo sugiere que no existen casos de descuido extremo dentro de la población estudiada.

Se deduce que más de la mitad de los pacientes con diálisis peritoneal presenta un buen nivel de autocuidado, cerca de la mitad muestra un nivel regular y una mínima proporción evidencia un nivel bajo.

Figura 11

Grado de autocuidado que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal

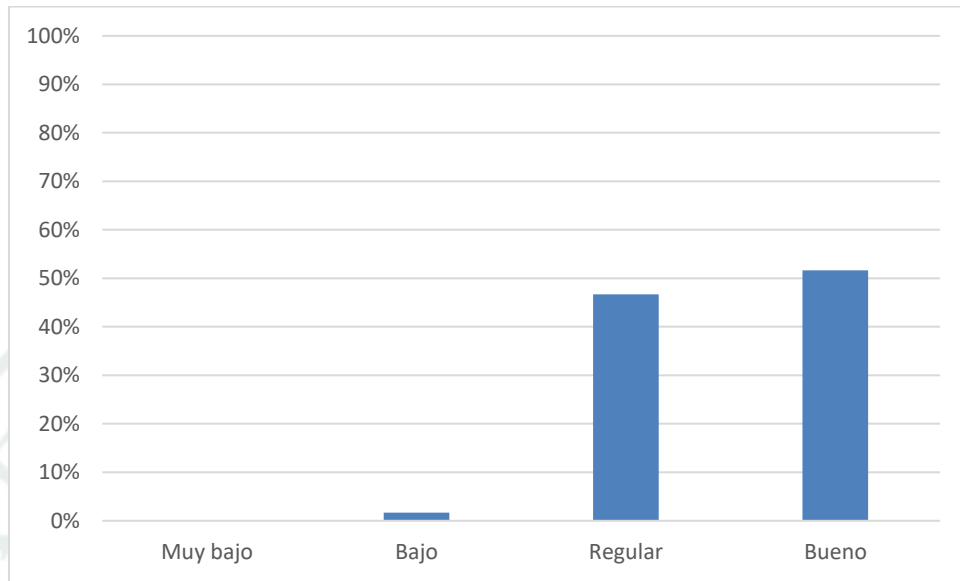


Tabla 18

Grado de autocuidado, en su dimensión bienestar personal que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal

Categoría	Frecuencia	%
Muy bajo	0	0,0
Bajo	2	3,3
Regular	25	41,7
Bueno	33	55,0
Total	60	100

En la tabla se observa que el 55 % de los pacientes con diálisis peritoneal presenta un buen grado de autocuidado en la dimensión de bienestar personal, seguido del 41,7 % con un nivel regular y el 3,3 % con un nivel bajo; no se registran pacientes con nivel muy bajo.

El nivel bueno de autocuidado en la dimensión de bienestar personal indica que los pacientes mantienen prácticas adecuadas relacionadas con el descanso, la alimentación, el manejo del estrés y el cuidado general de su salud. El nivel regular refleja que dichas prácticas se realizan de manera parcial o inconstante, lo que podría afectar el equilibrio físico y emocional del paciente. El nivel bajo evidencia dificultades para mantener hábitos saludables, mientras que la ausencia de niveles muy bajos sugiere que no existen casos de abandono total del bienestar personal en la población estudiada.

Se deduce que más de la mitad de los pacientes con diálisis peritoneal presenta un buen nivel de autocuidado en la dimensión de bienestar personal, cerca de la mitad muestra un nivel regular y una mínima proporción evidencia un nivel bajo.

Figura 12

Grado de autocuidado, en su dimensión bienestar personal que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal

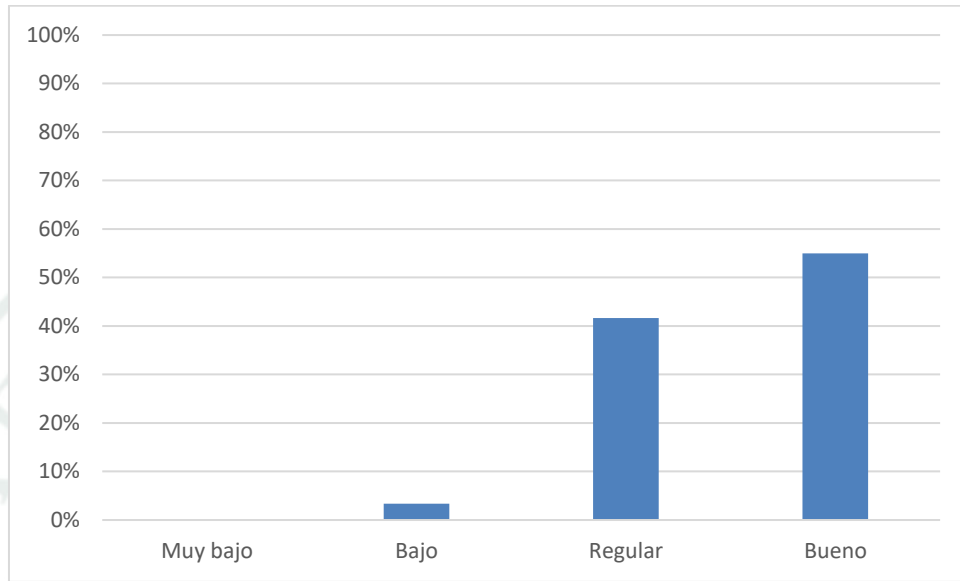


Tabla 19

Grado de autocuidado, en su dimensión actividad y reposo que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal

Categoría	Frecuencia	%
Muy bajo	0	0,0
Bajo	1	1,7
Regular	27	45,0
Bueno	32	53,3
Total	60	100

En la tabla se observa que el 53,3 % de los pacientes con diálisis peritoneal presenta un buen grado de autocuidado en la dimensión de actividad y reposo, seguido del 45 % con un nivel regular y el 1,7 % con un nivel bajo; no se registran pacientes con nivel muy bajo.

El nivel bueno en la dimensión de actividad y reposo indica que los pacientes logran mantener un equilibrio adecuado entre la actividad física y el descanso, adaptándose a las exigencias del tratamiento y a las limitaciones de la enfermedad renal crónica. El nivel regular refleja que este equilibrio se alcanza de manera parcial, pudiendo existir episodios de fatiga o alteraciones del sueño. El nivel bajo evidencia dificultades para organizar adecuadamente los periodos de actividad y reposo, mientras que la ausencia de niveles muy bajos sugiere que no se presentan casos de descuido extremo en esta dimensión del autocuidado.

Se deduce que más de la mitad de los pacientes con diálisis peritoneal presenta un buen nivel de autocuidado en la dimensión de actividad y reposo, cerca de la mitad muestra un nivel regular y una mínima proporción evidencia un nivel bajo.

Figura 13

Grado de autocuidado, en su dimensión actividad y reposo que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal

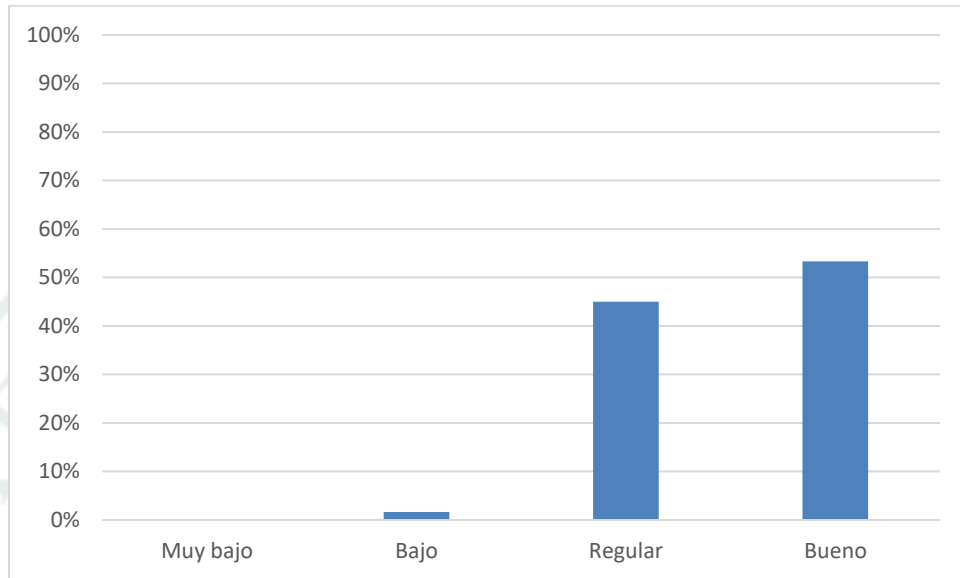


Tabla 20

Grado de autocuidado, en su dimensión ingesta de alimentos que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal

Categoría	Frecuencia	%
Muy bajo	0	0,0
Bajo	3	5,0
Regular	19	31,7
Bueno	38	63,3
Total	60	100

En la tabla se observa que el 63,3 % de los pacientes con diálisis peritoneal presenta un buen grado de autocuidado en la dimensión de ingesta de alimentos, seguido del 31,7 % con un nivel regular y el 5 % con un nivel bajo; no se registran pacientes con nivel muy bajo.

El nivel bueno en la dimensión de ingesta de alimentos indica que los pacientes cumplen adecuadamente con las recomendaciones dietéticas establecidas para la diálisis peritoneal, lo cual es fundamental para el control metabólico y la prevención de complicaciones. El nivel regular refleja un cumplimiento parcial de dichas indicaciones, mientras que el nivel bajo evidencia dificultades para mantener una alimentación adecuada, posiblemente relacionadas con factores económicos, hábitos alimentarios o falta de información nutricional. La ausencia de niveles muy bajos sugiere que no existen casos de abandono total de las prácticas alimentarias recomendadas.

Se deduce que más de la mitad de los pacientes con diálisis peritoneal presenta un buen nivel de autocuidado en la dimensión de ingesta de alimentos, cerca de la tercera parte muestra un nivel regular y una mínima proporción evidencia un nivel bajo.

Figura 14

Grado de autocuidado, en su dimensión ingesta de alimentos que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal

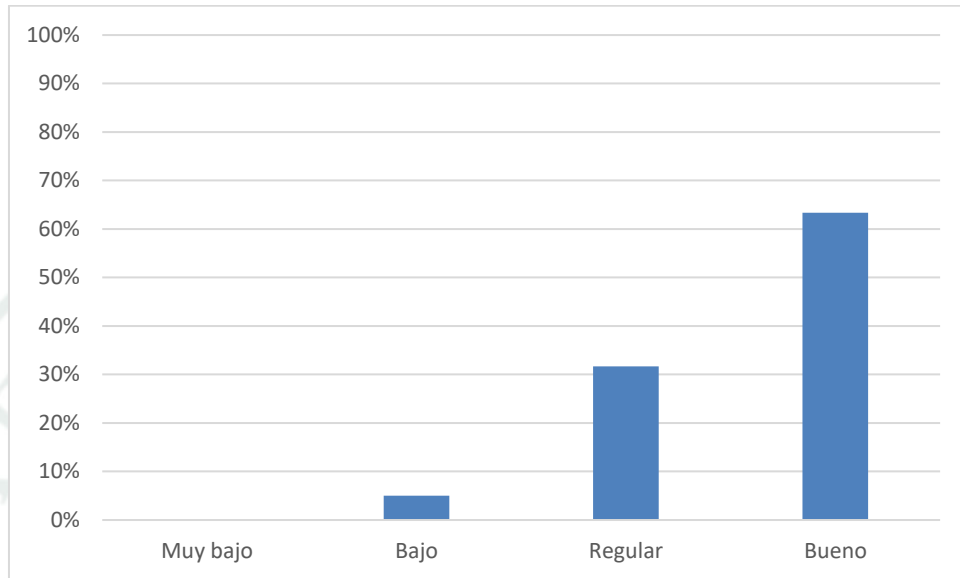


Tabla 21

Grado de autocuidado, en su dimensión interacción social que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal

Categoría	Frecuencia	%
Muy bajo	3	5,0
Bajo	10	16,7
Regular	36	60,0
Bueno	11	18,3
Total	60	100

En la tabla se observa que el 60 % de los pacientes con diálisis peritoneal presenta un nivel de autocuidado en la dimensión de interacción social, seguido del 18,3 % con un nivel bueno, el 16,7 % con un nivel bajo y el 5 % con un nivel muy bajo.

El nivel regular de autocuidado en la dimensión de interacción social indica que los pacientes mantienen vínculos sociales básicos, aunque con una participación limitada en actividades sociales, posiblemente debido a las exigencias del tratamiento y a las limitaciones físicas asociadas a la enfermedad renal crónica. El nivel bueno refleja una adecuada integración social y mantenimiento de relaciones interpersonales. Los niveles bajo y muy bajo evidencian dificultades en la interacción social, lo que puede generar aislamiento, afectar el bienestar emocional y disminuir la red de apoyo del paciente.

Se deduce que más de la mitad de los pacientes con diálisis peritoneal presenta un nivel regular de autocuidado en la dimensión de interacción social, menos de la cuarta parte evidencia un nivel bueno, menos de la cuarta parte un nivel bajo y una mínima proporción un nivel muy bajo.

Figura 15

grado de autocuidado, en su dimensión interacción social que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal

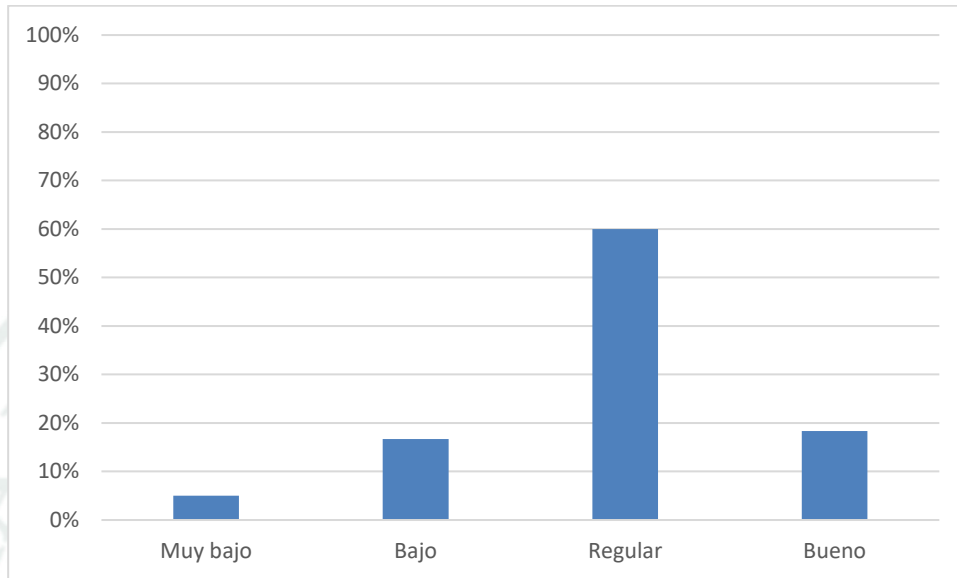


Tabla 22

Grado de autocuidado, en su dimensión desarrollo personal que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal

Categoría	Frecuencia	%
Muy bajo	0	0,0
Bajo	8	13,3
Regular	37	61,7
Bueno	15	25,0
Total	60	100

En la tabla se observa que el 61,7 % de los pacientes con diálisis peritoneal presenta un nivel regular de autocuidado en la dimensión de desarrollo personal, seguido del 25 % con un nivel bueno y el 13,3 % con un nivel bajo; no se registran pacientes con nivel muy bajo.

El nivel regular de autocuidado en la dimensión de desarrollo personal indica que los pacientes han desarrollado parcialmente habilidades de adaptación, afrontamiento y toma de decisiones frente a su condición de salud. El nivel bueno refleja una mayor autonomía, autoestima y capacidad para asumir responsabilidades relacionadas con su autocuidado. El nivel bajo evidencia dificultades para fortalecer el crecimiento personal y la autorrealización, mientras que la ausencia de niveles muy bajos sugiere que no existen casos de descuido extremo en esta dimensión.

Se deduce que más de la mitad de los pacientes con diálisis peritoneal presenta un nivel regular de autocuidado en la dimensión de desarrollo personal, una cuarta parte evidencia un nivel bueno y menos de la cuarta parte muestra un nivel bajo.

Figura 16

Grado de autocuidado, en su dimensión desarrollo personal que tienen los pacientes que recibieron diálisis peritoneal

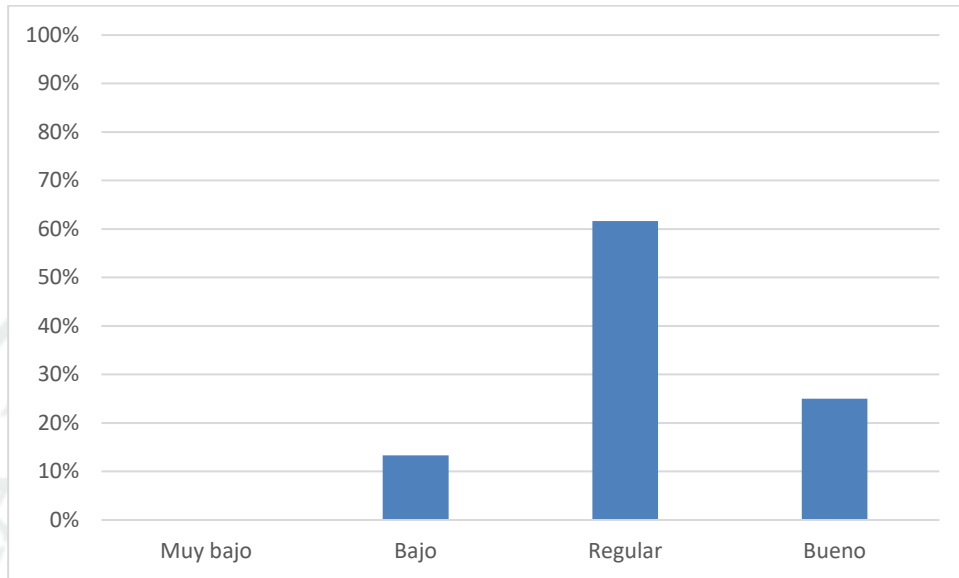


Tabla 23

Distribución porcentual de la capacidad de autocuidado y apoyo familiar de los pacientes que reciben tratamiento de diálisis peritoneal

Capacidad de autocuidado	Apoyo familiar				Estadística de prueba				
	Moderado grado (fi)		Alto grado		X ²	Sig	Sig. Fisher	Recuento esperado	Coeficiente de contingencia
	fi	%	fi	%					
Bajo	1	1.7	0	0.0					
Regular	13	21.7	15	25.0	14.82	0	0	33.30%	0.445
Bueno	2	3.3	29	46.3					

En la tabla se aprecia que el 46,3 % de los pacientes con un alto grado de apoyo familiar presentan un buen autocuidado, mientras que el 25 % muestra un autocuidado regular. En contraste, entre quienes cuentan con un apoyo familiar moderado, el 21,7 % tiene un autocuidado regular y el 1,7 % un nivel bajo.

Se deduce que existe una relación significativa entre el apoyo familiar y la capacidad de autocuidado, donde un mayor respaldo familiar se asocia con mejores prácticas de cuidado personal y adherencia al tratamiento de diálisis peritoneal.

Figura 17

Distribución porcentual de la capacidad de autocuidado y apoyo familiar de los pacientes que reciben tratamiento de diálisis peritoneal

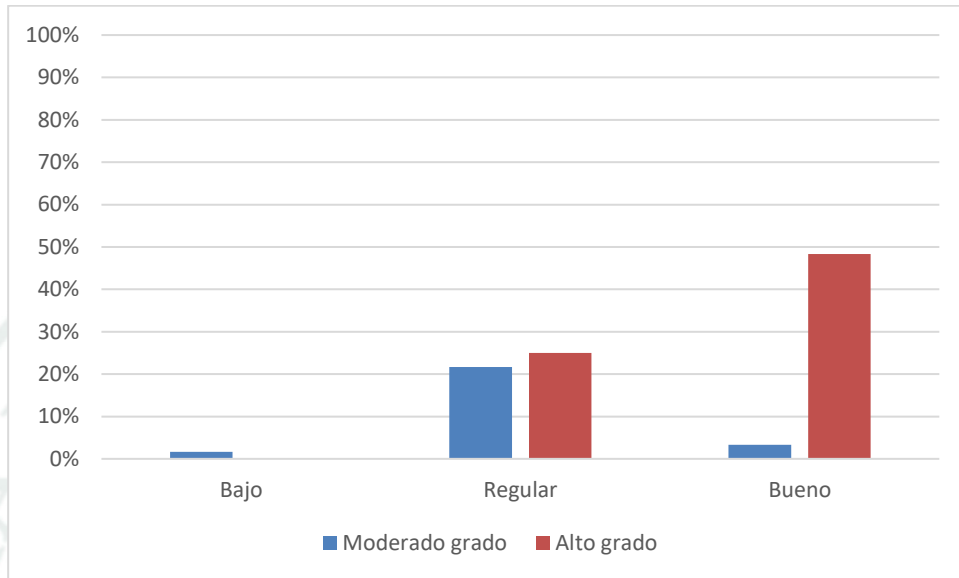


Tabla 24
Correlación del apoyo familiar y la capacidad de autocuidado

		Capacidad de autocuidado	Apoyo familiar
Capacidad de autocuidado	Coefficiente de correlación	1,000	,684**
	Sig. (bilateral)	.	,000
Rho de Spearman	N	60	60
	Coefficiente de correlación	,684**	1,000
Apoyo familiar	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	60	60

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

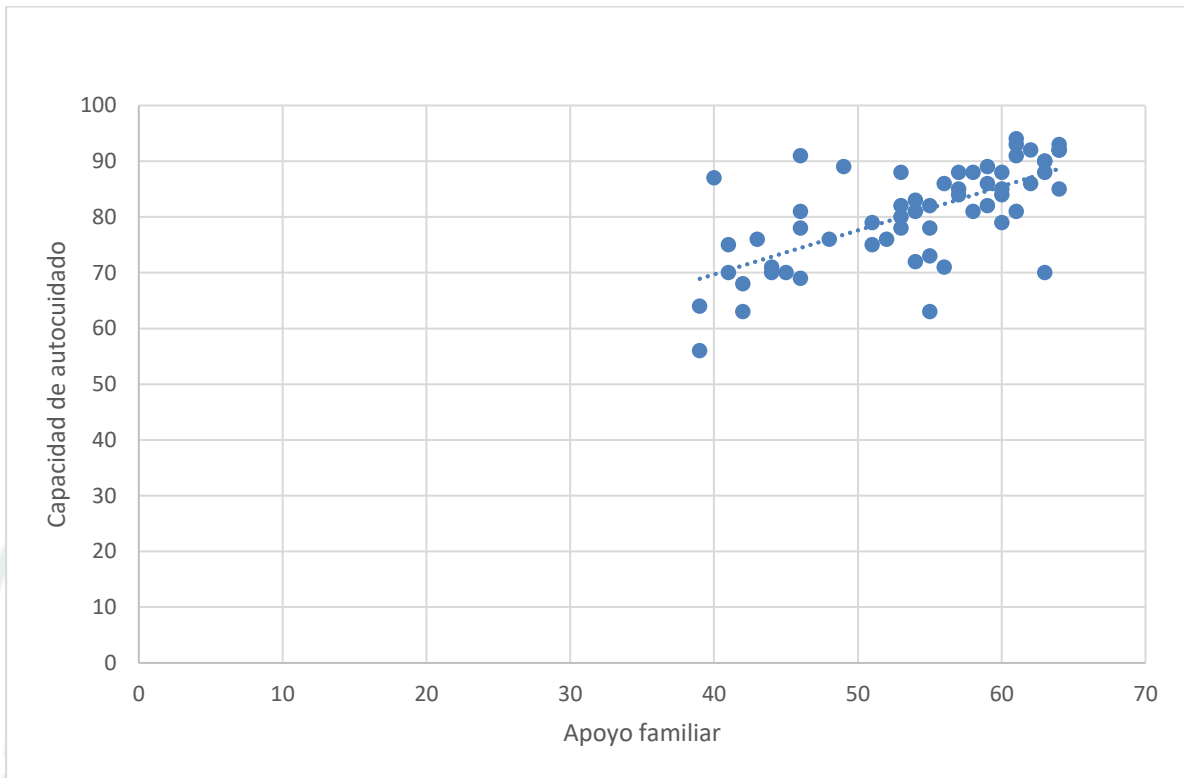
En la tabla se observa que el coeficiente de correlación Rho de Spearman entre el apoyo familiar y la capacidad de autocuidado es de 0,684, con un nivel de significancia bilateral de 0,000 y una muestra de 60 pacientes.

El valor del coeficiente de correlación obtenido indica la existencia de una relación positiva y estadísticamente significativa entre el apoyo familiar y la capacidad de autocuidado en los pacientes con diálisis peritoneal. Esto significa que, a medida que aumenta el nivel de apoyo familiar, también se incrementa la capacidad de autocuidado del paciente. La significancia estadística menor a 0,05 confirma que esta relación no se debe al azar, sino que responde a una asociación real entre ambas variables.

Se deduce que existe una relación positiva alta entre el apoyo familiar y la capacidad de autocuidado en los pacientes con diálisis peritoneal, lo que evidencia que un mayor apoyo familiar se asocia con mejores niveles de autocuidado.

Figura 18

Correlación del apoyo familiar y la capacidad de autocuidado



CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Según los resultados cerca de las tres cuartas partes de los pacientes con diálisis peritoneal del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo, el apoyo familiar es alto; poco más de la cuarta parte presenta un nivel moderado y no se registran casos de apoyo bajo.
- SEGUNDA:** Más de la mitad de los pacientes con diálisis peritoneal muestran un adecuado nivel de autocuidado, cerca de la mitad presenta un nivel regular y solo una mínima proporción muestra un autocuidado bajo.
- TERCERA:** Según el análisis de Chi cuadrado y el coeficiente Rho de Spearman, se evidencia una relación directa, significativa y de magnitud moderada entre el apoyo familiar y la capacidad de autocuidado en los pacientes con diálisis peritoneal del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se recomienda a nivel institucional Implementar en la unidad de diálisis peritoneal espacios de intercambio entre familias con alto apoyo y autocuidado, a fin de que sus experiencias sirvan como guía para otros pacientes. Estos encuentros pueden desarrollarse mediante talleres moderados por profesionales del hospital.

SEGUNDA: La jefatura de enfermería debe brindar sesiones informativas previas al inicio del tratamiento, dirigidas a pacientes y familiares, destacando la importancia del apoyo familiar y mostrando experiencias positivas de otros casos.

TERCERA: Se sugiere al personal de enfermería aplicar estrategias individualizadas para fortalecer el apoyo familiar sin afectar la autonomía del paciente. Asimismo, elaborar un folleto o manual con buenas prácticas de apoyo familiar, basado en experiencias de pacientes que reciben acompañamiento efectivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gamba et al. Anticoagulación en enfermedad renal crónica G4-5 en una red de hospitales de Bogotá. Revista Colombiana de Nefrología. 2023; 10(1) Disponible en: <https://revistanefrologia.org/index.php/rcn/article/view/750>.
2. León et al. Prevalence of hypertension and diabetes mellitus in Peruvian patients with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. BMC nephrology. 2024; 25(1): 160 Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12882-024-03595-x>.
3. Rojas et al. Papel de enfermería en la colocación del catéter de diálisis peritoneal por punción en el servicio de nefrología. Enfermería Nefrológica. 2017; 20: 21-21 Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842017000500021&script=sci_arttext.
4. Bazán et al. Apoyo familiar en el estudio de escolares en un contexto de vulnerabilidad. Revista Educación. 2022; 46(1): 33-49 Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S2215-26442022000100033&script=sci_abstract.
5. Hernández et al. Metodología de la investigación; 2014.
6. Bello et al. ISN – Global Kidney Health Atlas; 2023.
7. Loza C. Situación de la enfermedad renal crónica en el Perú y análisis de la mortalidad por falla renal; 2022.
8. Bravo et al. Tamizaje de enfermedad renal crónica a nivel nacional durante el periodo 2013–2022: basado en datos del Programa Visare; 2025.
9. Teijeiro I. Un recurso para el final de la vida de los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada: cuidados paliativos renales; 2024 Disponible en: <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/62610>.
10. Rosas et al. Cuantificación de la carga de la enfermedad renal crónica en América Latina: una epidemia invisibilizada. Revista Panamericana de Salud Pública. 2024; 48: e41 Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2024.v48/e41/es/>.
11. Montero A. Evidencias de los iSGLT2 en el tratamiento de la enfermedad renal crónica. Medicina de Familia. SEMERGEN. 2023; 49(1).
12. García et al. Ecografía POCUS: una herramienta para la detección y seguimiento de sarcopenia en diálisis peritoneal. Nefrología. 2025; 45(4): 302-311 Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211699524001206>.

13. Holt R, Flyvbjerg A. Textbook of diabetes; 2024 Disponible en: <https://go.gale.com/>.
14. Hidalgo B, Altamira R. ¿Qué es y qué no es el cuidado de enfermería? Enfermería Actual de Costa Rica. 2021;(40) Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i39.40788>.
15. Rodríguez et al. Calidad de vida y técnica de diálisis: comparación entre la diálisis peritoneal y la hemodiálisis. Una revisión sistemática. Enfermería Nefrológica. 2023; 26(4): 304-314 Disponible en: <https://www.enfermerianefrologica.com/revista/article/view/4632>.
16. Mejía et al. Indicaciones y modalidades de la diálisis peritoneal. Nefrología al Día. 2024.
17. Auguste B, Bargman J. Peritoneal dialysis prescription and adequacy in clinical practice: core curriculum 2023. American journal of kidney diseases. 2023; 81(1): 100-109.
18. Driehuis et al. Automated peritoneal dialysis versus continuous ambulatory peritoneal dialysis for people with kidney failure. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2024;(9).
19. Wynn J. Peritoneal dialysis catheter insertion and maintenance. En Seminars in Vascular Surgery. 2024;: 375-386.
20. Haggerty et al. SAGES peritoneal dialysis access guideline update 2023. Surgical endoscopy. 2023; 38(1): 1-23.
21. Li et al. ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. Peritoneal dialysis international. 2022; 42(2): 110-153.
22. Muñoz et al. Fomento del autocuidado. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2024; 17(2): 132-139 Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2024000200007&script=sci_arttext.
23. Vásquez J. El núcleo familiar y el aprendizaje de los niños del séptimo grado. Tesis de licenciatura. Riobamba; 2024: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Ciencias de la Educación Básica]; 2024 Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/13071/1/UNACH-EC-FCEHT-EBAS-037-2024.pdf>.
24. Roa et al. Direct and indirect relations between family support, family meals, family and life satisfaction in workers. Revista Latinoamericana de Psicología. 2022; 54: 162-169.

25. Leveau F, Leitón Z. Abordando la Calidad de Vida en Pacientes de Diálisis Peritoneal: Análisis de la Depresión, Ansiedad en un hospital de Perú. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. 2024;: 13929-13947.
26. Ángeles J. Sistemas de Salud en Latinoamérica durante el periodo 2020 al 2023. *Revista de Climatología Edición Especial Ciencias Sociales*. 2023; 24: 1375 Disponible en: <https://rclimatol.eu/2024/03/08/sistemas-de-salud-en-latinoamerica-durante-el-periodo-2020-al-2023/>.
27. Galarza, Mayra. Déficit de autocuidado y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica según la teoría de Dorothea E. Orem: [Tesis para optar el Grado Académico de Maestro en Gestión del Cuidado]; 2022 Disponible en: <https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/5051/1/Galarza%20Bravo%20Mayra%20Teresa.pdf>.
28. Ríos et al. Automedicación en estudiantes de Enfermería. *Rehabilitación Interdisciplinaria*. 2024; 4(71).
29. Santos et al. Prurito en pacientes en diálisis. Revisión de la literatura y nuevas perspectivas. *Nefrología*. 2022; 42(1): 15-21 Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211699521000321>.
30. García et al. Conocimiento teórico y apego al procedimiento de diálisis peritoneal del paciente o su familiar. *Enfermería Nefrológica*. 2015; 18(2): 130-136.
31. Rangel M. Diálisis peritoneal. Tratamiento sustitutivo de la función renal en la enfermedad renal crónica.; 2024.
32. Wilhelm et al. Diálisis. *EMC-Pediatría*. 2025; 60(2): 1-9.
33. Aránega et al. Aspectos psicosociales del paciente en diálisis: una revisión bibliográfica. *Enfermería Nefrológica*. 2022; 25(3): 216–227.
34. Díaz F, Hernández M. Artritis reumatoide. *Médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2013; 70(607): 523-528.
35. Domaure et al. Satisfacción del paciente de diálisis en la atención de enfermería en un hospital público. *Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar*. 2024; 8(3): 10780–10799.
36. Gil C, Ramos S. Apoyo familiar y capacidad de autocuidado del paciente en diálisis peritoneal de un hospital de EsSalud Lima: [Tesis para optar el Título Profesional de

- Licenciada Especialista en Cuidados Nefrológicos]; 2016.
37. Hellqvist C. Promoting self-care in nursing encounters with persons affected by long-term conditions—a proposed model to guide clinical care. *International journal of environmental research and public health*. 2021; 18(5): 2223.
 38. Hannoodee S, Dhamoon A. *Nursing Neuman systems model*; 2020.
 39. Das Neves et al. Betty Neuman's Theory in Holistic Nursing Care for Cancer Patients: a reflective essay. *Escola Anna Nery*. 2024; 28: e20240014.
 40. Jennings, Karen. Roy adaptation model: a theoretical framework for nurses providing care to individuals with anorexia nervosa. *Advances in nursing science*. 2017; 40(4): 370-383.
 41. Zhang et al. The effects of nursing of Roy adaptation model on the elderly hypertensive: a randomised control study. *Annals of palliative medicine*. 2021; 10(12): 121492158-121412158.
 42. Fuentes et al. Adaptación del paciente y su cuidador familiar durante la transición hospital-hogar: análisis de concepto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2025; 59: e20240363.
 43. Gunawan et al. Nursing administration: Watson's theory of human caring. *Nursing science quarterly*. 2022; 35(2): 235-243.
 44. Curcio et al. Identifying and Exploring Jean Watson's Theory of Human Caring in Nursing Approaches for Patients with Psychoactive Substance Dependence in Medical and Surgical Acute Wards. *Nursing reports*. 2024; 14: 2179-2191.
 45. Alonso et al. Autocuidado de los pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria de la Unidad de Salud Renal del Hospital General España, Chinandega, II semestre 2021: [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería]; 2022 Disponible en: <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/9625/1/252335.pdf>.
 46. Franco et al. Cuidado de enfermería a pacientes en diálisis peritoneal: de la teoría a la práctica. *Revista Colombiana de Nefrología*. 2021; 8(2) Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2500-50062021000200204&script=sci_arttext.
 47. Acosta et al. Comparación de la calidad de vida entre pacientes trasplantados renales y pacientes en hemodiálisis en Huancayo, Perú,2024: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano]; 2025.

48. Puma et al. Control glicémico de un paciente diabético con diálisis peritoneal en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2023; 52(3): e02302937-e02302937.
49. Montesinos et al. *Staphylococcus auricularis*, un patógeno infrecuente en peritonitis asociada a diálisis peritoneal: un caso clínico. *Revista Colombiana de Nefrología*. 2025; 12(2).
50. Rivera L. Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2006; 8: 235-247 Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000300009.
51. Peralta et al. Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores hemodializados. *Revista Cubana de Enfermería*. 2024; 40.
52. Calice et al. Capacity for the management of kidney failure in the International Society of Nephrology Latin America region: report from the 2023 ISN Global Kidney Health Atlas (ISN-GKHA). *Kidney International Supplements*. 2024; 13(1): 43-56.
53. Camarena R. Programa de Capacitación en Diálisis Peritoneal como Mejor Alternativa para Pacientes de Hemodiálisis. *Las Enfermeras de hoy*. 2024; 3(2).
54. Vilca E, Velasquez P. Apoyo familiar y autocuidado en pacientes sometidos a terapia de hemodiálisis en un establecimiento de salud. *Revista Científica de Enfermería*. 2025; 5(2): 54-63.



ANEXOS

Anexo 1

Consentimiento informado

La presente investigación se titula RELACION DEL APOYO FAMILIAR Y LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIÁLISIS PERITONEAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO ESSALUD DE AREQUIPA, 2022 y es elaborada por la Lic. Julia Alferez Alarta para optar el título de segunda especialidad en Cuidado Nefrológico y/o urológico mención diálisis.

El propósito de la investigación es conocer la relación que se da entre apoyo familiar recibido y la capacidad de autocuidado de pacientes en diálisis peritoneal asistidos en el Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo de Essalud en la ciudad de Arequipa.

Para ello, se le solicita participar en una encuesta que le tomará 10 minutos de su tiempo. Su participación en la investigación es completamente voluntaria y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello le genere ningún perjuicio.

Asimismo, participar en esta encuesta no le generará ningún perjuicio. Si tuviera alguna consulta sobre la investigación, puede formularla cuando lo estime conveniente. Su identidad será tratada de manera anónima, es decir, el investigador no conocerá la identidad de quién completó la encuesta.

Asimismo, su información será analizada y procesada de tal manera que se podrá contar con evidencia objetiva en la toma de decisiones institucionales, con el fin de acrecentar la calidad del servicio y su reflejo en el bienestar de los pacientes.

Acepto voluntariamente participar en este estudio, he comprendido perfectamente la información que se me ha brindado sobre las cosas que van a suceder si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Firma del participante: _____

DNI: _____

Firma del investigador/a: _____

DNI: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Anexo 2

Instrumento de la investigación apoyo familiar

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario es confidencial y anónimo, agradecemos la ayuda que nos brinde con su información; tiene el objetivo de identificar el apoyo familiar que usted dispone y la relación que tiene con su capacidad de autocuidado para la realización de la diálisis peritoneal y su tratamiento de la enfermedad. Por favor responda con toda sinceridad.

En la **primera** parte existen preguntas generales, una para responder su edad y el resto debe marcar con una “X” dentro del paréntesis. La **segunda y tercera** parte son preguntas de apoyo familiar y autocuidado, en las que debe marcar con una “X” en el recuadro de la respuesta que usted considere que se adapta más con su vida; no existe respuestas correctas, buenas o positivas, ni incorrectas, malas o negativas, sino que todas son válidas y tienen relación con la visión personal de su realidad. De existir alguna pregunta que requiera explicación, no dude en consultarme, nos ayudaría muchísimo que responda a todas las preguntas.

La información que usted proporciona es confidencial, para usos estadísticos y para tomar acciones en busca de mejorar la atención que le brindamos.

¡MUCHAS GRACIAS!

I. INFORMACIÓN GENERAL

- **Edad:** _____ años cumplidos
- **Género:**
 - () Femenino
 - () Masculino
- **Nivel de educación:**
 - () Primaria
 - () Secundaria
 - () Superior universitaria
 - () Técnica
- **Área de residencia:**
 - () Urbana
 - () Periurbana
 - () Rural
- **Ingreso económico mensual:**
 - () Menos de 1,000 soles
 - () Entre 1,001 y 2,000 soles
 - () Más de 2,001 soles

II. APOYO FAMILIAR

APOYO FAMILIAR				
A. APOYO EMOCIONAL	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Hablo con mi familia de mis problemas personales.				
2. Mi familia me hace pasar momentos agradables.				
3. Cuando tengo enojo, tristeza y miedo a causa de mi enfermedad mi familia me comprende.				
4. Recibo afecto de mi familia: besos y abrazos.				
B. APOYO INSTRUMENTAL	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Con que frecuencia mi familia me acompaña a mis terapias.				
2. Recibo ayuda de mi familia para realizar trámites sobre mi salud.				
3. Recibo ayuda económica de mi familia para: movilidad, comida, vestimenta o medicina.				
4. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.				
C. APOYO INFORMATIVO	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Recibo consejos útiles para la toma de decisiones relativas a mi salud.				
2. Mi familia se informa acerca del tratamiento y evolución de mi enfermedad.				
3. Mi familia me facilita información sobre mi estado de salud de internet o noticias.				
4. Mi familia me anima a acudir a charlas que brindan grupos de salud.				
D. APOYO VALORATIVO	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Recibo elogio y reconocimiento cuando hago bien mi autocuidado.				
2. Mi familia me toma en cuenta en la toma de decisiones.				
3. Siento que mi familia que valora y me respeta.				
4. Mi familia me motiva a seguir con mi tratamiento.				

Nota: Gil; Ramos, (36).

Anexo 3

Instrumento de la investigación apoyo familiar y autocuidado

CEDULA DE PREGUNTAS

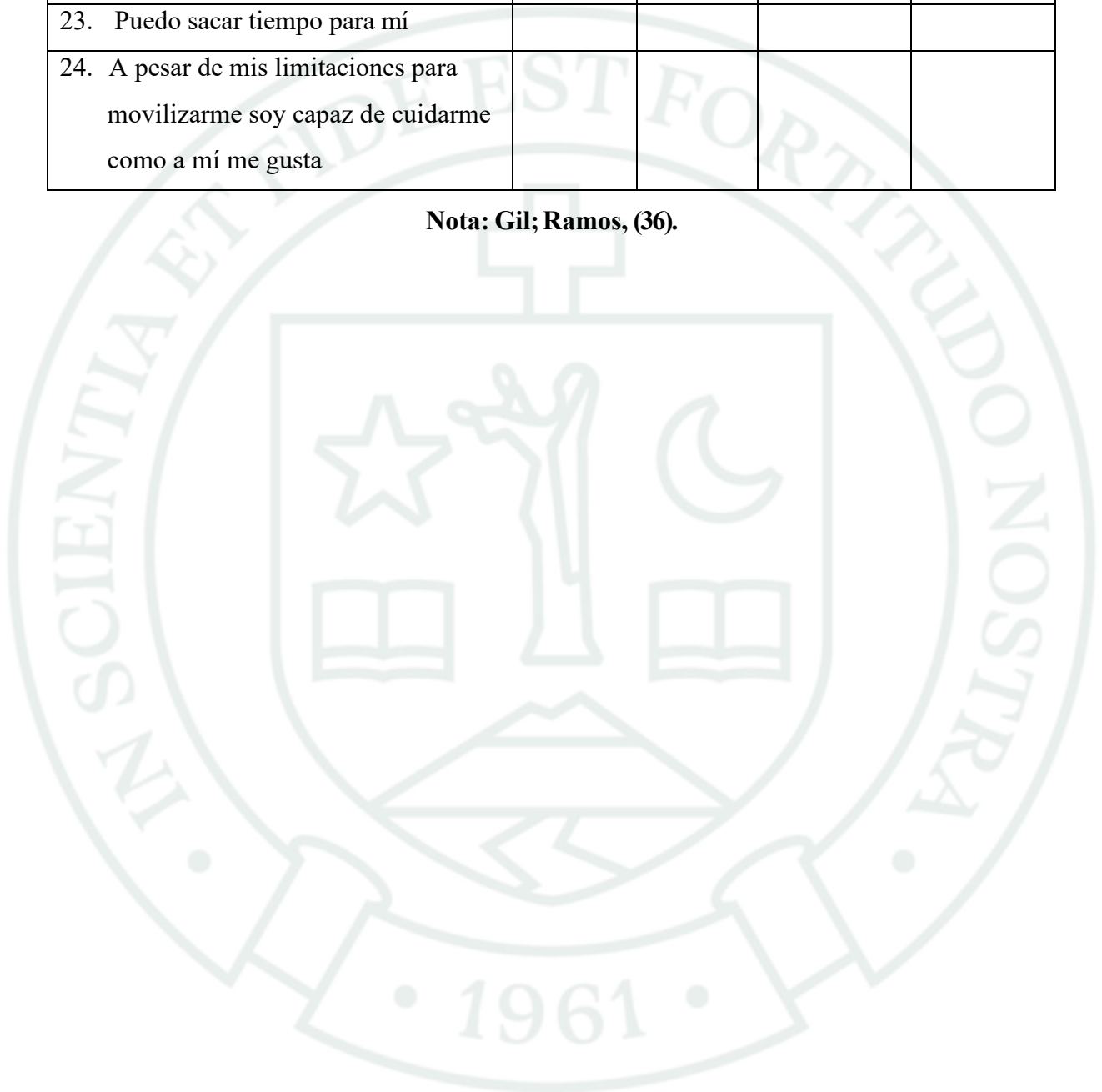
III.AUTOCUIDADO:

ÍTEM	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud				
2. Reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas				
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda				
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo				
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud				
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo				
7. Yo puedo buscar mejores acciones para cuidar mi salud que las que tengo ahora				
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio				
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis				

hábitos alimenticios				
10. Cuando hay situaciones que me afectan, yo le manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser				
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego hacerlo				
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre				
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado				
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo				
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio				
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud				
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios				
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro				
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud				
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme				

21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer				
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda				
23. Puedo sacar tiempo para mí				
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta				

Nota: Gil; Ramos, (36).



Anexo 4

Aprobación del proyecto de investigación por la oficina de Capacitación Investigación y Docencia



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

NOTA N° 040 - CIEI-UCID-GRAAR-ESSALUD-2021

Arequipa, 08 junio 2021

NIT:1161-2021-71

Dr.
CLAUDIO COAYLA CANO
Jefe Oficina de Capacitación Investigación y Docencia
Red Asistencial Arequipa - EsSalud
Presente.-

ASUNTO: APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Es grato dirigirme a usted, con un saludo cordial y en atención al asunto comunicarle que el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Red Asistencial Arequipa, ha evaluado el siguiente Proyecto de Investigación:

"RELACIÓN DEL APOYO FAMILIAR Y LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON DIÁLISIS PERITONEAL ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO ESSALUD DE AREQUIPA,2021"

Presentado por **Julia Alferez Alarta**, estudiante de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Católica de Santa María, **como investigador principal**. Cualquier cambio en el proyecto, debe ser comunicado al CIEI antes de ser aplicado. El proyecto mencionado, califica para evaluación expedita, por cumplir los requisitos según el Manual de Procedimientos del CIEI.

Por lo expuesto, se decide la aprobación, teniendo una validez de un año a partir de la fecha.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

.....
Dr. Ramiro Rosado Santander
Pdte. Comité Institucional de Ética en Investigación
Red Asistencial Arequipa - ESSALUD

RRS/mvm
c.c. archivo

Anexo 5

Constancia de la ejecución del proyecto

Anexo 6
Constancia de ejecución de estudio
"Año del fortalecimiento de la Soberanía Nacional "


Constancia de aplicación del instrumento de investigación

El que suscribe Enfermera Jefa del Servicio de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal Idalina Medina Melgar, deja constancia que:

JULIA ALFEREZ ALARTA

Ha ejecutado y aplicado dos instrumentos, para su trabajo de investigación el instrumento denominado apoyo familiar con sus tres componentes, Información general, apoyo familiar y autocuidado, mientras que para la variable dependiente de capacidad de autocuidado se desarrolló un test en relación con la teoría de Dorothea Orem, tomando en cuenta los requisitos de autocuidado universal y de desviación de la salud, ejecutado en la unidad de diálisis peritoneal, Arequipa 2022.

Se expide la presente constancia a solicitud de la Universidad Católica Santa María


Lc. Idalina Medina Abril
Jefa de enfermeras y diálisis
Unidad de hemodiálisis y diálisis peritoneal

Idalina Medina Abril
Jefa de enfermeras
Unidad de hemodiálisis y diálisis peritoneal

Arequipa febrero del 2022

Anexo 6

Matriz de datos

ID	Sexo	Area	Educación	Educación Formal	Ingreso Económico	Item 01	Item 02	Item 03	Item 04	Item 05	Item 06	Item 07	Item 08	Item 09	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	Item 15	Item 16	Item 17	Item 18	Item 19	Item 20	Item 21	Item 22	Item 23	Item 24	Item 01A poyo	Item 02A poyo	Item 03A poyo	Item 04A poyo	Item 05A poyo	Item 06A poyo	Item 07A poyo	Item 08A poyo	Item 09A poyo	Item 10A poyo	Item 11A poyo	Item 12A poyo	Item 13A poyo	Item 14A poyo	Item 15A poyo	Item 16A poyo	Suma Autocuidado	Suma Apoyo		
1	2	2	1	1	1	3	3	3	2	4	2	1	3	3	2	3	1	3	4	3	3	2	2	2	3	3	3	4	2	1	3	3	2	3	1	3	4	3	2	2	1	3	3	2	3	64	39		
2	2	1	1	1	1	3	3	3	4	4	3	3	3	3	2	3	4	3	3	4	3	4	3	3	3	4	2	3	3	3	3	3	3	2	3	4	3	3	4	3	3	3	3	2	3	76	48		
3	2	1	1	1	1	3	4	3	4	3	4	1	3	4	4	4	1	3	4	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	1	3	4	4	4	1	3	4	3	4	4	1	3	4	4	4	4	79	51	
4	2	1	1	1	1	4	3	4	4	4	3	4	2	3	4	4	4	3	3	4	3	3	3	3	4	4	3	4	3	4	2	3	4	4	4	3	3	4	3	3	4	2	3	4	4	83	54		
5	2	1	1	1	1	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	86	59	
6	2	1	1	1	1	2	3	3	4	4	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	68	42		
7	2	1	2	2	1	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	89	59			
8	1	1	2	2	1	3	4	4	4	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	4	82	53		
9	1	1	2	2	1	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	93	64			
10	1	1	2	2	1	3	3	2	4	3	3	2	3	3	3	3	1	3	3	3	3	4	4	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	70	44		
11	1	1	2	2	1	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	92	62			
12	1	1	2	2	1	3	3	4	4	1	1	1	3	2	3	3	3	4	4	4	3	4	3	3	4	3	3	3	1	1	3	2	3	3	3	3	4	4	4	1	1	1	3	2	3	3	3	70	41
13	1	1	2	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	1	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	90	63		
14	1	1	3	2	1	2	4	3	3	3	4	4	3	3	3	4	4	4	1	3	3	4	1	1	3	4	1	3	4	4	3	3	3	4	4	4	1	3	4	4	4	4	3	3	4	72	54		
15	1	1	3	3	1	1	2	4	4	2	3	1	3	3	4	3	2	4	3	3	3	4	3	2	2	3	3	4	3	1	3	3	4	3	2	4	3	3	3	3	1	3	3	4	3	69	46		
16	1	1	3	3	1	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	92	64			
17	1	1	3	3	1	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	91	61			
18	1	1	4	3	1	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	3	4	2	2	4	3	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	2	2	4	3	4	4	4	4	3	4	84	57	
19	1	1	4	3	1	4	3	3	4	2	3	3	3	4	4	4	3	4	4	2	4	3	4	3	4	3	4	4	3	3	3	3	4	4	4	3	4	4	2	3	3	3	3	4	4	82	55		
20	1	1	5	3	1	3	3	4	4	3	4	4	4	4	2	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	2	3	3	3	3	1	4	4	4	4	4	2	3	76	52	
21	1	1	5	4	1	3	4	3	4	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	70	45		
22	1	1	5	4	1	4	2	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	4	3	4	2	4	3	2	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	85	60		
23	1	1	5	4	1	3	2	2	2	1	2	3	3	3	3	1	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	2	1	2	3	3	3	3	1	3	3	2	1	1	2	3	3	3	3	3	56	39		
24	1	1	5	4	1	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	92	64		

