



BUAP

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesina:

*“Factores Condicionantes Básicos y las Capacidades de Autocuidado en
Adultos con Hemodiálisis”*

Presenta:

LE. Erika Alejandra Torres Cordero

Directora de Tesina

Gudelia Nájera Gutiérrez PhD.

Para Obtener el Grado de

Maestra en Enfermería

Octubre, 2020



BUAP

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesina:

*“Factores Condicionantes Básicos y las Capacidades de Autocuidado en
Adultos con Hemodiálisis”*

Presenta:

LE. Erika Alejandra Torres Cordero

Para Obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Octubre, 2020.

Tesina: Factores Condicionantes Básicos y las Capacidades de Autocuidado en adultos con Tratamiento de Hemodiálisis.

Número de registro: SIEP/1174/2020

Jurado de Examen de Grado

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez
Presidente

MCE. Rosa María Teresa Tlalpan Hernández
Secretario

DCE. María Claudia Morales Rodríguez
Vocal 1

MC. Irma Vera Sánchez
Vocal 2

DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez
Directora de Tesina

MCE. Erika Pérez Noriega
Directora de la Facultad de Enfermería de la
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

DCE. Francisco Javier Báez Hernández
Secretario de Investigación y Estudios
De Posgrado

Noviembre, 2020

Resumen

Erika Alejandra Torres Cordero
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad de Enfermería
Título: Factores Condicionantes Básicos y las
Capacidades de Autocuidado en Adultos He-
modiálisis.
Número de Páginas: 41

Fecha de Graduación: Noviembre 2020

Candidato para obtener el Grado de
Maestra en Enfermería

Introducción: De acuerdo a la OPS la Enfermedad Renal Crónica (ERC) es considerada, como un problema de salud pública debido a que afecta a cerca del 10% de la población a nivel mundial.

Objetivo: Comparar el nivel de Capacidades de Autocuidado que tienen los adultos con tratamiento de hemodiálisis de acuerdo a su estado civil (con y sin pareja) y al grado de escolaridad (Básica y Media /Superior).

Metodología: Diseño descriptivo, comparativo y transversal con muestreo probabilístico. La población estuvo conformada por 30 adultos con ERC en tratamiento de hemodiálisis, en este estudio se utilizaron dos instrumentos una Cédula de datos Sociodemográficos y la Escala para Estimar las Capacidades de Auto Cuidado (EECAC), para la confiabilidad del instrumento se consideró el alfa de Cronbach la cual fue de .88. El estudio se apegó a las consideraciones éticas de la Ley General en Salud en Materia de Investigación, mediante consentimiento informado.

Resultados: La edad promedio fue entre 50 y 59 años, las medias y la desviación estándar de cada grupo, no difirieron de manera significativa para ambas variables (adultos con tratamiento de hemodiálisis con pareja $\bar{X}=63.71$, $DE=9.80$; sin pareja $\bar{X}=69.22$, $DE=5.67$. El 63.3% de los adultos tenía escolaridad básica y el 36.7% de la población tenía escolaridad media/superior.

Conclusión: Las CAC en adultos con hemodialisis con pareja y sin pareja y escolaridad básica y media/superior no son diferentes por lo tanto no son estadísticamente significativas.

Palabras clave: Enfermedad renal, Hemodiálisis, Autocuidado, Habilidades, Adulto.

Firma del director de Tesina: _____

Dedicatoria

A Dios, por ayudarme e iluminarme en los momentos difíciles que he vivido, por tomarme de la mano y jamás abandonarme, gracias por poner en mi vida a personas tan maravillosas, me siento muy bendecida porque me has dado la oportunidad de culminar con salud un episodio muy importante en mi vida personal y profesional. Gracias Señor.

A mi mamita, Esther Cordero Vázquez, gracias por ser un gran ejemplo para mí, me has enseñado a ser fuerte y valiente, eso me ha servido para salir adelante y superar cualquier adversidad, te agradezco las ocasiones en las que me diste aliento en mis momentos de angustia y desolación, gracias mamita por soportar mi mal humor en el primer año de la Maestría, (tiempo en el que vivimos juntas), nunca olvidaré cuando escuchabas radio María y te ponías a cantar, eso que hacías, no me dejaba concentrar cuando tenía que hacer mis trabajos y sufría mucho, nunca me cansare de decir que gracias a ti tengo una profesión.

A mi esposo Omar Carrillo Pastor, me tocó vivir contigo el segundo año de la Maestría, y al mismo tiempo comenzar nuestras vidas juntos, fue un año difícil, gracias a tu amor, comprensión, paciencia y apoyo, hiciste que este tiempo fuera más fácil, te pido disculpas por estar siempre tan alterada y estresada, las circunstancias me tenían así

Y a koaco, mi niño peludo, que siempre estuvo a mi lado acompañándome en mis largas noches de desvelo, lamento haberte quitado tus días de paseo y no darte la atención que en su momento lo requería.

Agradecimientos

A la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla por aceptarme y permitirme ser integrante de los alumnos que tiene el privilegio de estudiar en tan distinguida y amada institución.

A mi tutora DCE. Gudelia Nájera Gutiérrez por su apoyo, paciencia, exigencia y por confiar siempre en mí.

A todos y cada uno de mis maestros que durante estos dos años compartieron conmigo sus valiosos conocimientos dentro y fuera del salón de clases.

A mis amigas Sandy y Janeth, gracias por brindarme su amistad y por compartir conmigo sus conocimientos juntas hicimos un gran equipo, son unas personas muy lindas y valiosas, siempre tendrán un lugar especial en mi vida.

Tabla de Contenido

	Página.
Capítulo I	
Introducción	
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Propósito de Investigación	4
1.3 Marco Teórico	4
1.3.1 Teoría General de Déficit de Autocuidado	4
1.3.2 Teoría de Autocuidado	5
1.3.3 Teoría de los Sistemas de Enfermería	5
1.3.4 Teoría del Déficit de Autocuidado	6
1.3.5 Ubicación del Problema de Investigación en la Teoría	8
1.3.6 Derivación Conceptual Teórico Empírica	10
1.4 Estudios Relacionados	11
1.5 Definición Operacional	16
1.5.1 Factores Condicionantes Básicos	16
1.5.2 Capacidades de Autocuidado	16
1.6 Objetivos	17
1.7 Hipótesis	17
Metodología	18
2.1 Diseño de Estudio	18
2.2 Población	18
2.3 Muestreo y Muestra	18

2.4 Criterios de Selección	18
2.4.1 Criterios de Inclusión	18
2.4.2 Criterios de Exclusión	19
2.4.3 Criterios de eliminación	19
2.5 Instrumentos	19
2.6 Procedimiento	20
2.7 Ética del Estudio	21
2.8 Plan de Análisis Estadístico	22
Capítulo III	
Resultados	23
3.1 Características Sociodemográficas	23
3.2 Confiabilidad del Instrumento	24
3.3 Nivel de Capacidad de Autocuidado	24
3.4 Prueba de Normalidad	24
3.5 Estadística Inferencia	25
Capitulo IV	
Discusión	31
Conclusión	33
Recomendaciones	33
Referencias	34

Lista de apéndices

Apéndice A	Consentimiento Informado	37
Apéndice B	Cedula de Datos Generales	38
Apéndice C	Instrumento EECACPH	39

Lista de Gráficos.

Figura número 1	Representación de la Teoría General de Enfermería del déficit de Autocuidado	8
Figura número 2	Ubicación del problema de Investigación	9
Figura número 3	Derivación Conceptual Teórico-Empírica	10

Lista de Tablas

Tabla número 1	Cédula de Factores Condicionantes Básicos	23
Tabla número 2	Confiabilidad del Instrumento	24
Tabla número 3	Nivel de Capacidades de autocuidado	24
Tabla número 4	Normalidad de los dato de Kolmogorov-Smirnov	24
Tabla número 4	<i>t</i> de Student	25

Capítulo I

Introducción

1.1 Planteamiento del Problema

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se define como una disminución de la función renal demostrada por la tasa de filtrado glomerular (GFR) menos de 60 ml/min/1.73m², o por marcadores de daño renal, o ambas, de al menos 3 meses de duración, sin tomar en cuenta la causa de su origen (Guía de práctica clínica [GPC, 2019]).

La ERC sigue una tendencia creciente, semejante a la de otras enfermedades crónico-degenerativas como la Diabetes Tipo 2 (DT2) y la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), las cuales son la principal causa de morbilidad y mortalidad de la ERC (Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease [GPC, 2013]).

A nivel mundial la ERC es considerada como un problema de salud pública por su prevalencia e incidencia, dado que afecta a cerca del 10% de la población, los síntomas que se generan a consecuencia de esta patología se hacen presentes en etapas finales, por lo que el daño que se origina es progresivo y no tiene cura (Organización Panamericana de la Salud [OPS, 2015]). La prevalencia de enfermedades renales crónicas en todo el mundo es del 10.4% en hombres y del 11.8% en mujeres. (International Society of Nephrology [ISN, 2017]).

Del mismo modo la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), está impulsando gestiones para aumentar el número de adultos que reciban terapias de reemplazo renal (TRR), hasta 700 pacientes por millón de habitante en cada país de América Latina, por ejemplo, la Fundación Mexicana del Riñón reporta que nivel nacional existen 109,000 personas con ERC, de las cuales aproximadamente 60,000 se encuentran en terapias de reemplazo renal (TRR) ya sea diálisis peritoneal (DP) o hemodiálisis (HD), además de ser la quinta causa de

muerte más importante entre la población mexicana, debido a que se han registrado 12 mil personas que fallecen anualmente, por complicaciones de la ERC (Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, [CEVECE, 2017]).

El Sistema de Salud en México, no cuenta con un censo único de pacientes con ERC que permita conocer qué pacientes utilizan TRR; no obstante, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) posee un sistema administrativo creado para llevar control de gastos, llamado Censo de Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica (CIRC); este instituto manifiesta que existen cerca de 60 mil pacientes en TRR, de los cuales 35 mil se encuentran en diálisis peritoneal (58.3%) y 25 mil se encuentran en el programa de hemodiálisis (41.7%); por lo tanto, éste sistema brinda un panorama más claro y permite demostrar cuáles son las tendencias de TRR . (Tamayo y Lastiri, 2016).

En la región centro sur de la república mexicana, se encuentran las incidencias más elevadas de ERC; el estado de Puebla en el 2016 reporto 297 defunciones por cada 100.000 habitantes, Perfil Epidemiológico de Enfermedad Renal Crónica en México.

Los pacientes con ERC deben cumplir con un régimen de vida restringido, como es la baja ingesta de líquidos, dieta restringida, tratamiento farmacológico y asistir de 2 a 3 veces por semana a sesiones de hemodiálisis con permanencia de 4 horas por cada sesión; lo que determina que la mayoría de estos adultos tengan problemas para acoplarse a la TRR, debido a las exigencias en su cuidado a seguir, las cuales modifican su condición laboral, sus relaciones sociales, personales y sentimentales. (Rivadeneira, 2018).

Dado que el tratamiento con hemodialisis puede influir en la capacidad y acción que el adulto tiene para cuidarse así mismo , Orem (1993) menciona en su Teoría de Autocuidado, que los individuos como los adultos con ERC deben llevar a cabo Capacidades de Autocuidado (CAC)

de manera voluntaria e intencionada para conservar en óptimas condiciones su vida; entendiendo al autocuidado, como una actividad que el individuo aprende y que se orienta hacia un objetivo, de ahí la importancia de utilizar la Teoría de Orem, que sirve como modelo teórico de Enfermería acerca del Autocuidado y Déficit de Autocuidado .

Sin embargo, para que el adulto con hemodiálisis desarrolle esas capacidades de autocuidado, existen factores que pueden ayudar o limitar el cumplimiento de su tratamiento. Con base en el modelo de Orem (1993), existen factores tanto internos como externos que afectan o influyen para que los pacientes en hemodialisis lleven a cabo su tratamiento; esas características que contemplan propiedades específicas de cada individuo son denominados Factores Condicionantes Básicos (FCB) y entre estos está la edad, el sexo, el estado de desarrollo, el estado de salud, factores socioculturales, factores rol/relaciones, actividades cotidianas, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos. Para este estudio se tomaron en cuenta los Factores Socioculturales como es el estado civil y la escolaridad.

Además de los FCB se considera la teoría del déficit de autocuidado la cual está implícita en la Agencia de Autocuidado (AAC) y dentro de esta se encuentran las Capacidades de Autocuidado, por lo que se pretende identificar si existe diferencia entre las medias de dos grupos entre los FCB y las CAC que los adultos con hemodiálisis desarrollan para satisfacer sus necesidades de autocuidado.

Algunos autores como Samaniego (2018), Cantillo (2017) y Costa (2015) mencionan que, la capacidad de cuidarse se ve afectada conforme el avance de la edad de los pacientes, y la responsabilidad de cuidarse recae en las personas que cuidan de ellos, sobre todo de la pareja.

Por lo antes mencionado profesionales de la salud como enfermería, deben centrar su ayuda a los individuos con ERC para satisfacer sus necesidades de salud, incrementando conocimientos,

y capacidades que les permitan afrontar y manejar el cuidado de su salud a través del autocuidado; motivo por el cual, es necesario identificar las capacidades de autocuidado que tiene cada paciente y así asegurar que las actividades que realiza sean en beneficio de su vida y así atender las demandas de autocuidado que surgen a consecuencia de la enfermedad.

Por un lado, la situación es más grave dado el alto índice de discapacidad, mortalidad y costos elevados que se generan tanto para los sistemas de salud como para aquella población que no cuenta con un sistema de seguridad social. Por otro lado, se pone de manifiesto la carencia de estudios que muestren la relación de FBC y las CAC que orienten al profesional de enfermería a determinar esos cuidados que se deben brindar a las personas con tratamiento de hemodiálisis.

La inquietud de realizar este trabajo surge de la práctica profesional; pero sobre todo por el vacío de conocimiento que se encontró en la variable en estudio, situación por la cual se plantea el siguiente propósito de investigación.

1.2 Propósito

Identificar si existe diferencia en el nivel de Capacidades de Autocuidado que tienen los adultos con tratamiento de hemodiálisis de acuerdo a su Estado civil (con y sin pareja) y al grado de escolaridad (Básica y Media /Superior).

1.3 Marco Teórico

1.3.1 Teoría General del Déficit de Autocuidado

El presente trabajo se sustenta en la Teoría General del Déficit de Autocuidado (TGDAC) de Dorothea E. Orem (1993); la cual está conformada por tres sub- teorías: 1) *La Teoría de Autocuidado*, en la cual se menciona el cómo y el por qué las personas se cuidan así mismas. 2) *La Teoría del Déficit de Autocuidado*, que describe como el profesional de enfermería puede identificar qué cuidados requiere la persona y así poder ayudarle 3) *La Teoría de Sistemas de*

Enfermería, la cual explica las relaciones que hay que desempeñar para que se genere el cuidado; las cuales se describen a continuación:

1.3.2 Teoría del Autocuidado.

Esta teoría se refiere al logro de los objetivos y los resultados, que se pretenden alcanzar con una serie de actividades realizadas por el individuo; para su cuidado y que van enfocadas a restablecer su estado de salud en situaciones específicas como la persona con tratamiento de hemodialisis. En esta teoría se analizan tres conceptos importantes y son: el agente de autocuidado, se refiere a cualquier persona que puede desempeñar acciones para el cuidado de su salud de manera voluntaria; agente de cuidado dependiente se refiere al individuo que no puede llevar a cabo acciones de cuidado por sí mismo y necesita la asistencia de una persona externa para que realice la acción; y los requisitos de autocuidado que establecen una entidad constituida objetivamente de acuerdo a la información que describe a cada individuo en relación a sus aspectos estructurales, funcionales y de desarrollo.

1.3.3 Teoría de los Sistemas de Enfermería

En esta teoría se ponen en marcha la manera en como enfermería implementa intervenciones, por medio de una serie continua de medidas, vinculando su ayuda a las capacidades de los individuos para regular acciones de autocuidado, por lo tanto, los sistemas de enfermería existen cuando las enfermeras y los pacientes actúan de acuerdo con sus prescripciones del rol, (Orem, 1993). Esta teoría se subdivide en tres sistemas a) Sistema de Enfermería Totalmente Compensatorio es la incapacidad que tienen las personas para ocuparse de acciones de autocuidado, por lo que este tipo de limitaciones los hacen dependientes de otras para lograr su bienestar y existencia; b) Sistema de Enfermería Parcialmente Compensatorio es aquí donde enfermería y los pacientes participan en conjunto para destinar a cada uno roles que ayuden a

implementar acciones de autocuidado y así reforzar sus capacidades de autocuidado; c) Sistema de Enfermería de Apoyo Educativo es para las situaciones en que la persona es capaz de realizar medidas de autocuidado bajo la ayuda del profesional de Salud, este es un sistema de apoyo-desarrollo.

1.3.4 Teoría del Déficit de Autocuidado.

Esta teoría hace referencia acerca de todas las limitaciones de las personas para desempeñar conductas prácticas dentro del dominio y los límites de la enfermería que están asociados con las subjetividad de los individuos maduros y en proceso de maduración, respecto a las limitaciones de acción relacionadas o derivadas de la salud que los hacen completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y que empiezan a surgir para el cuidado regulador de sí mismos o de las personas que dependen de ellos, y para ocuparse en el continuo desempeño de actividades de cuidado para controlar o manejar de alguna manera los factores que son reguladores de su propio funcionamiento y desarrollo o de las personas que dependen de ellos. Orem (1993).

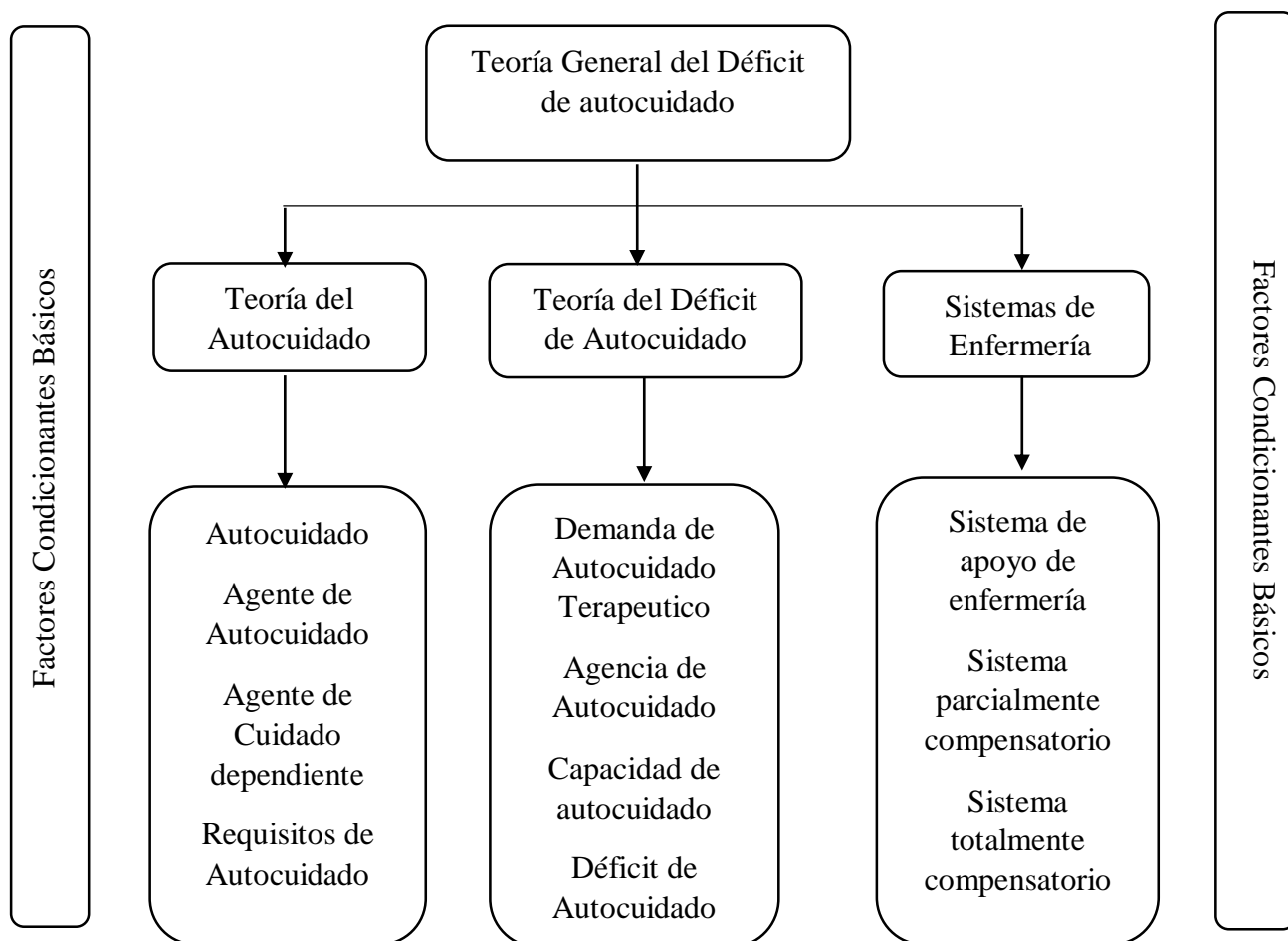
La demanda de autocuidado terapéutico de las personas que están enfermas o que sufren desviación específica de la salud como es el caso de las personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, las cuales son diagnosticadas médicamente, los requisitos de autocuidado universal y del desarrollo particularizados por su edad y sexo, sirven como punto de referencia para ajustar las necesidades que demandan estas personas.

La agencia de autocuidado es una característica o cualidad humana que los adultos con ERC con hemodiálisis, adquieren de manera voluntaria para desarrollar sus capacidades y habilidades que le permitan realizar acciones de autocuidado por lo que, en un determinado momento, ellos reconozcan las limitaciones que, por algún determinado motivo, no pueden ser llevadas a cabo,

en este caso la enfermedad renal que padecen. De acuerdo con Orem (1993), el concepto de capacidad de autocuidado surge de la estructura de agencia de autocuidado en los que se encuentran los componentes de poder, los cuales se consideran como las habilidades que impulsan la acción de auto cuidarse y son diez:

1. Habilidad para mantener la atención en uno mismo como agente de autocuidado y factores internos y externos.
2. Uso controlado de la energía física y continuación de operaciones de autocuidado.
3. Habilidad para controlar la posición del cuerpo.
4. Habilidad para razonar dentro de un marco de referencia.
5. Motivación de autocuidado para la conservación de su vida, salud y bienestar.
6. Habilidad para la toma de decisiones del cuidado de uno mismo.
7. Habilidad para adquirir conocimiento de autocuidado.
8. Habilidades cognitivas para un buen desempeño de acciones de autocuidado.
9. Habilidades para ordenar acciones de autocuidado.
10. Habilidades para realizar operaciones de autocuidado en la vida personal, familiar y de la comunidad.

Figura 1.- Representación de la Teoría General del Déficit de Autocuidado.



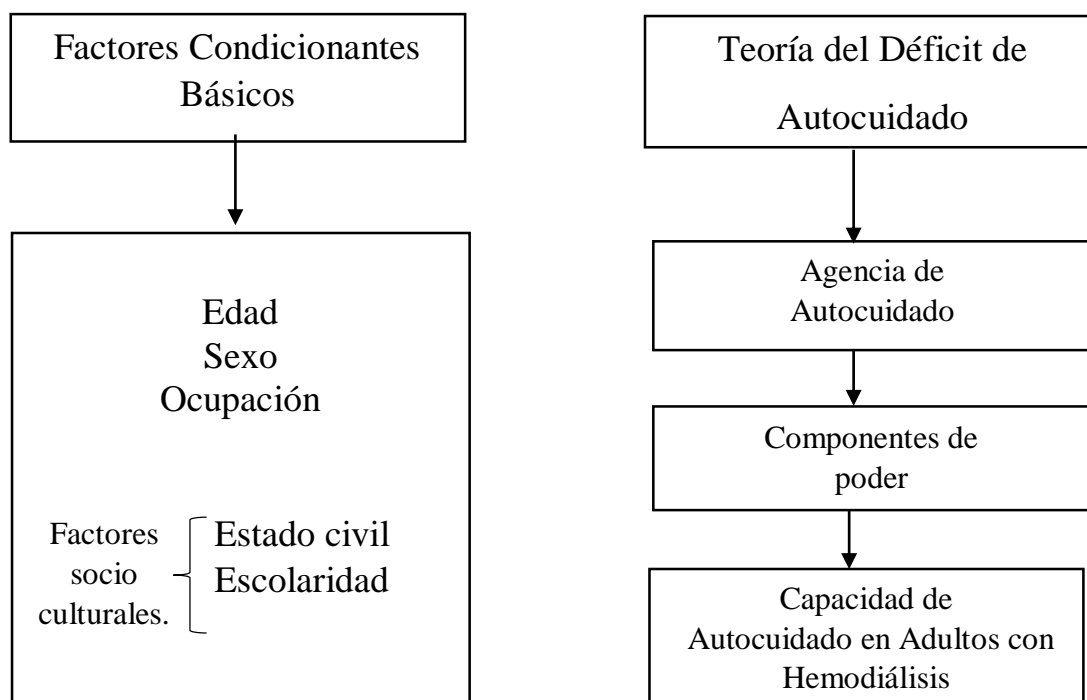
Nota: Retomado de la Teoría General del Déficit de autocuidado (Orem, 1993).

1.3.5 Ubicación del Problema de Investigación en la Teoría

Para el desarrollo de este estudio se consideró la Teoría del Déficit de Autocuidado de la cual se retomó los Factores Condicionantes Básicos identificar las capacidades y limitaciones de

autocuidado de los adultos con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, la cual está relacionada con la agencia de autocuidado.

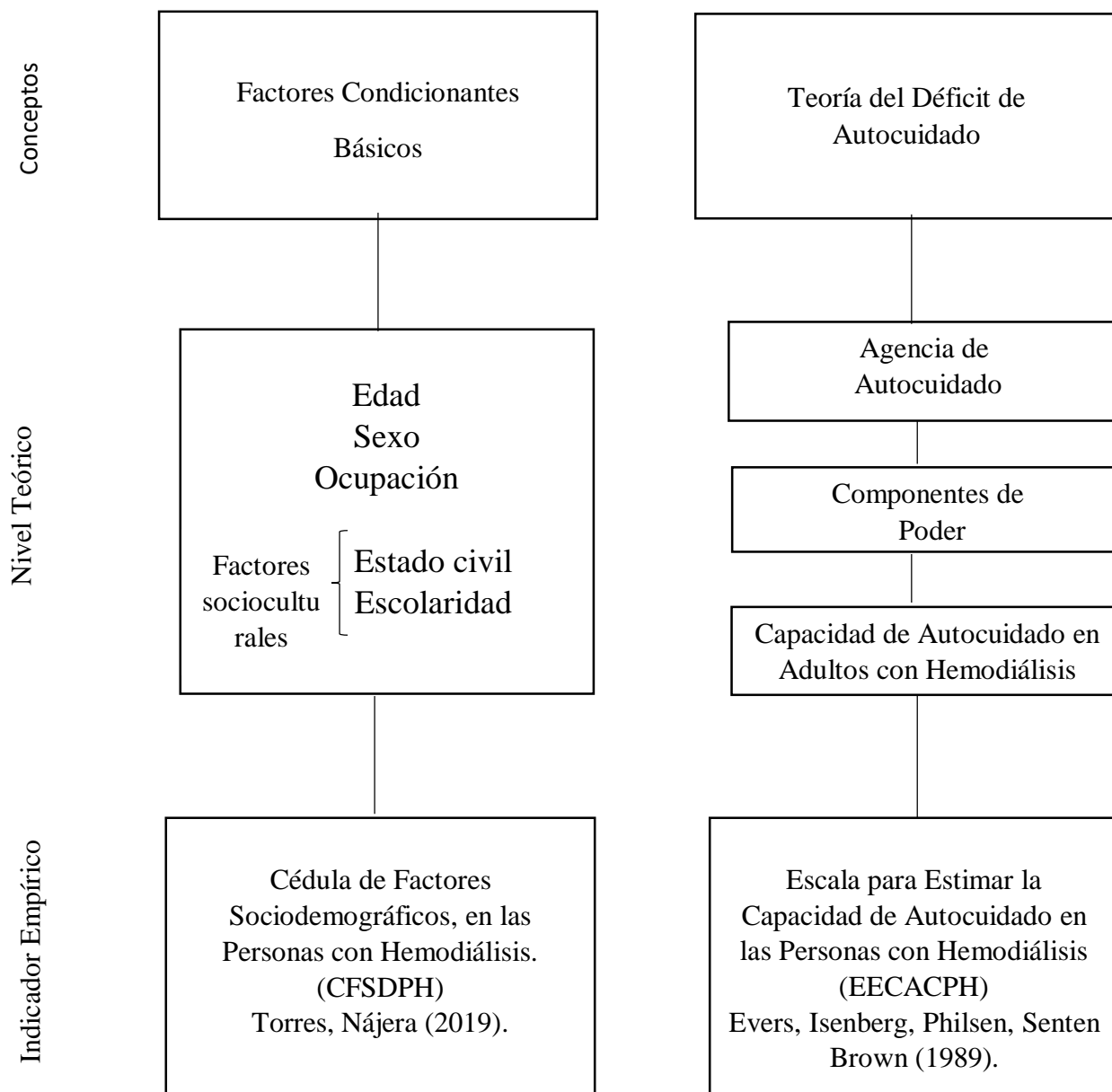
Figura 2. Ubicación del Problema de Investigación.



Nota: Ubicación del Problema de Investigación en la teoría. Elaborado por: Torres y Nájera (2019).

1.3.6 Derivación Conceptual Teórico Empírico.

Figura 3. Derivación Conceptual-Teórico-Empírico.



Nota: Elaborado por: Torres y Nájera (2019).

La derivación Conceptual -Teórico -Empírica, emana del constructo factores condicionantes básicos, del cual se contemplan la edad, el sexo y dentro de la orientación sociocultural de los

adultos con enfermedad renal crónica con Hemodiálisis se incluyen, el estado civil, escolaridad y ocupación, que se medirán por medio de la Cédula de Factores Sociodemográficos, elaborado por Torres y Najera (2019). De igual manera, de la Teoría del Déficit del Autocuidado, se retoma la Agencia de Autocuidado de la cual surgen las Capacidades de Autocuidado, que se medirán a través de la Escala para Estimar la Capacidad de Autocuidado de Isenberg y Evers (1989).

1.4 Estudios relacionados

A continuación, se presentan resultados de investigaciones que consideran las variables de estudio estado civil y escolaridad con las CAC en los adultos con tratamiento de hemodiálisis, se presentan estudios indirectamente relacionados con el fenómeno de estudio, ya que no se encontraron hasta el momento evidencia que considere a las dos variables, en el grupo de estudio.

Samaniego, Joaquín, Maldonado y Muñoz (2018), realizaron un estudio con enfoque descriptivo transversal, con el objetivo de determinar el nivel de autocuidado que existe en pacientes con ERC, sometidos a hemodiálisis en un hospital de Segundo Nivel de Atención en Ciudad Juárez, Chihuahua, México, en una muestra de 50 participantes, ambos sexos, con un mínimo de permanencia de 3 meses en tratamiento de hemodiálisis. El resultado demostró que el 60% de los participantes presentó una capacidad de autocuidado baja, el 30% una capacidad media, mientras que el 10% presentó capacidad de autocuidado alta.

Tello, (2017), realizó un estudio descriptivo y de corte transversal, con el propósito de determinar el Autocuidado del adulto con Insuficiencia Renal Crónica que recibe Hemodiálisis del Centro Particular Virgen de la Puerta-Trujillo- Perú, en una muestra de 52 adultos, mayores

de 18 años, de ambos sexos. El instrumento que se utilizó fue creado por Minchón (1998) y modificado por Mayra Cabrera Sosaya, en Chiclayo, en el año 2013, cuya confiabilidad y validación del contenido lo realizó mediante el análisis y juicio de expertos. En el resultado se encontró que el 55.8% del adulto tiene un autocuidado adecuado; el 30.7% presentan un autocuidado poco adecuado, y el 13.5% poseen un autocuidado inadecuado.

Cantillo y Blanco, (2017), realizaron un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal, con el objetivo de determinar la capacidad de autocuidado de las personas con Insuficiencia Renal Crónica en diálisis, así como su relación con las características sociodemográficas y clínicas. Participaron 111 personas dializadas mayor de 18 años, mayor a tres meses de tratamiento en una unidad renal de Florencia Colombia. El resultado demostró que se encontró significación entre la variable capacidad de autocuidado y edad que indica que, a mayor edad, disminuye la capacidad de autocuidado. Para identificar las variables asociadas al nivel de autocuidado, se comparó la distribución de las variables sociodemográficas y clínicas según el grado de autocuidado, mediante la prueba de Chi², con una significancia de $p < 0,05$. La edad promedio de la población fue de 56 años (DE: ± 14); género masculino 55.9%; su capacidad de agencia de autocuidado fue alta y media (80,2% y 19,8% respectivamente). Se encontró significación entre la variable Capacidad de Autocuidado y edad, que indica que, a mayor edad, disminuye la capacidad de autocuidado ($p=0,024 < 0,05$), además manifestaron mejor percepción del estado de salud aquellas personas con mayor grado de capacidad de agencia de autocuidado ($p=0,004 < 0,05$).

Lazcano, M., Flores, C., Flores, A., Ruíz, J., Tolentino C., Arias, J., Sánchez, M. (2017). Realizaron un estudio descriptivo, transversal, con el propósito de identificar los Factores Condicionantes Básicos que presentan los adultos con DM2 en su autocuidado, se obtuvo una

muestra de 23 pacientes, el estudio se realizó en el centro de salud en la comunidad rural de San Juan Tilcuautla ubicada en el municipio de San Agustín Tlaxiaca, con respecto a los Factores Condicionantes Básicos se observa que el promedio de edad fue de 51.57 años ($DE=7.85$, 40-66), más de la mitad de la muestra (57%) fue femenino, la mayoría de los encuestados fueron solteros y casados (30% y 35%) respectivamente, el nivel de escolaridad de mayor predominó fue nivel secundaria con un 39% seguido del nivel primaria con 26% lo que corresponde al nivel básico. En relación al conocimiento que tienen los adultos con diabetes sobre las acciones de autocuidado, con respecto a los niveles normales de glucosa se pudo observar que más de la mitad (52%) tienen el conocimiento sobre el resultado correcto de las cifras de glucosa en ayunas

Vázquez, Corteiro y Betancour (2016), realizaron un estudio descriptivo con metodología cuantitativa, con el objetivo de describir el comportamiento de las capacidades de autocuidado en el paciente hemodializado atendidos por enfermeros (as) en el Instituto de Nefrología en Cuba en una muestra de 26 pacientes. La estadística descriptiva de los 24 ítems de la escala, revelaron que las puntuaciones totales tuvieron un rango entre 44 y 81 puntos, una media de 61.5, una mediana de 62.5 y una moda de 60; así mismo los pacientes renales crónicos en terapia de hemodialisis debido a los cambios a los que se enfrentan en su vida poseen una Capacidad de Autocuidado limitada, por lo anterior comentado se comprueba que existe un desconocimiento teórico, práctico y falta de motivación, por lo tanto poseen una capacidad de autocuidado de buena a regular, representados en un 50 % respectivamente.

De la Cruz y Bernabé, (2016), realizaron un estudio con enfoque descriptivo correlacional de corte transversal, con el objetivo de establecer la relación entre el nivel de información y el nivel de Autocuidado en 50 pacientes con enfermedad renal crónica terminal en tratamiento de hemodiálisis en el Hospital docente de Trujillo. Los instrumentos utilizados fueron el

cuestionario para evaluar el nivel de información del paciente con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis y el cuestionario para valorar el nivel de autocuidado del paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. El resultado demostró que no existe relación significativa entre las variables nivel de información y nivel de autocuidado en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis ($p=.0275$). El 86% presento un nivel de Autocuidado bueno y el restante 14% nivel de Autocuidado malo.

García et al, (2015), realizaron un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, en el centro de hemodiálisis Fresenius Sagunto en Valencia, España, con el objetivo de evaluar los conocimientos que tiene el paciente sobre las necesidades de cuidado de su acceso vascular. Participaron 57 pacientes, ambos sexos, casados viudos y divorciados, escolaridad. Para ver si había relación entre las variables escolaridad y estado civil con respecto al nivel de conocimientos de Autocuidado. Se realizó Chi cuadro de Pearson y no se vieron diferencias significativas ($p>.05$). Al convertir el nivel de conocimientos de autocuidado a variable dicotómica, se vieron diferencias significativas ($p=.033$).

Xhulia, et al, (2015), realizaron un estudio descriptivo, transversal, con el objetivo de explorar las necesidades de los pacientes en hemodiálisis y los factores que los afectan. Participaron 141 pacientes (64 hombres y 77 mujeres) sometidos a hemodiálisis en cuatro centros de diálisis en Atenas, Grecia. La muestra de estudio tenía entre 50 y 80 años de edad, el 100% estaba casado, con un rango de 2 a 5 años de tratamiento. Los principales hallazgos identificaron que el resultado se descubrió que el nivel educativo se asocia de manera significativa con las necesidades de todos los pacientes ($p<.05$).

Costa y Pereira, (2015), realizaron un estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo transversal, con el objetivo de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de autocuidado

en pacientes en hemodiálisis con fístula arteriovenosa. Fueron observados 30 pacientes sometidos a hemodiálisis en el Hospital Barão de Lucena, Brasil. El instrumento de recolección de datos fue enviado a evaluación de contenido por cinco jueces, tres enfermeras y dos médicos especialistas. El 97.7% de los pacientes tenían un conocimiento inadecuado en el cuidado de fístula arteriovenosa, el (56,7%), de los pacientes fueron hombres, una edad media de 55,4 años en cuanto a la educación, (56.6%) tenía escuela primaria incompleto.

Carrillo (2015), realizó un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de medir las capacidades de autocuidado y establecer su relación con características sociodemográficas y clínicas en pacientes del programa de diálisis peritoneal en unidades renales de Bogotá, Colombia, participaron 290 pacientes, hallaron que la edad promedio es de 50 años ± 15.0 , respecto al sexo, predominó el femenino (55.2%), la mayoría de las personas estaban casadas (37%), el nivel educativo más frecuente fue el de primaria (37.2%). El promedio de la Capacidad de Autocuidado es de 78.7 ± 16.5 , el 72% de los pacientes obtuvo puntuaciones superiores al mismo. El 77.42% de los participantes se clasificó en el rango de operatividad de la capacidad de agencia de autocuidado alta, el 9.32% media y el 13.98% baja. La mediana se ubicó en 78 puntos, rango intercuartílico de 77-88, y la moda fue de 86 puntos. La puntuación máxima fue de 96 reportado por tres pacientes y la mínima fue 27. En conclusión, el 22.30% de los participantes requiere que el personal de salud diseñe estrategias que fortalezcan la operatividad de agencia de autocuidado.

Carrillo y Díaz, (2013), realizaron un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, con el propósito de medir la Capacidad de Autocuidado y su relación con las características sociodemográficas y clínicas en un grupo de pacientes del programa de diálisis peritoneal de acuerdo con su capacidad de autocuidado en dos unidades renales de Bogotá, Colombia.

Participaron 87 pacientes ambos sexos, mayores de 18 años, en tratamiento de diálisis peritoneal aplicaron tres instrumentos, un cuestionario para medir las características sociodemográficas y variables clínicas de los pacientes, el Test de Morisky Green y la escala de Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA). En el estudio se encontró que la edad promedio de los participantes en el estudio fue de 54.7 ± 14.4 años, en el momento del estudio el 42.53% de las personas habían finalizado la educación primaria, con relación a la capacidad de autocuidado, la media aritmética reportada por la escala ASA, fue de 76.4 ± 5.5 .

1.5. Definición Operacional de las Variables

Para este estudio de investigación se contemplan los siguientes conceptos:

1.5.1 Factores Condicionantes Básicos.

Son aquellos factores o características internas o externas que poseen los adultos en hemodiálisis, mismos que regulan o afectan la Capacidad de Autocuidado diarias, bajo circunstancias específicas, los cuales se identificaran con la Cédula de Factores Sociodemográficos en las Personas con Hemodiálisis ([CFSDPH] Torres y Nájera, 2019).

1.5.2 Capacidades de Autocuidado.

Son las habilidades desarrolladas que juntas forman la agencia de autocuidado de las personas para realizar de manera efectiva, dentro del marco temporal adecuado, la investigación, juicio y toma de decisiones, y las operaciones reguladoras o de tratamiento necesario para mantener su propio funcionamiento y desarrollo dentro de las normas compatibles con la vida, la salud y bienestar, la cual se medirá con la Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado en las Personas con Hemodiálisis ([EECACPH]Evers, Isenberg, 1989).

1.6 Objetivo General

Identificar el nivel de Capacidades de Autocuidado que tienen los adultos con ERC en un hospital de segundo nivel valorando las diferencias por los Factores Condicionantes Básicos de estado civil y escolaridad.

1.6.1 Objetivos Específicos

- Describir los factores condicionantes básicos (edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación) de la muestra de estudio.
- Identificar el nivel de las Capacidades de Autocuidado en las Personas con Hemodiálisis
- Identificar las diferencias en las medias de dos grupos: estado civil (con y sin pareja) y escolaridad (básica y media/superior) con las Capacidades de Autocuidado de las personas con hemodiálisis.

1.7 Hipótesis

- Si las Capacidades de Autocuidado están determinadas por un agente de autocuidado dependiente, entonces al comparar los niveles de autocuidado en adultos con tratamiento de hemodiálisis los que tengan pareja tendrán mayores Capacidades de Autocuidado.
- Si los Factores Condicionantes Básicos afectan el nivel de Capacidad de Autocuidado entonces, a mayor nivel educativo aumentan las Capacidades de Autocuidado.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se presenta el diseño del estudio, la población, el muestreo y muestra; los criterios de selección (inclusión, exclusión y eliminación), los instrumentos de medición, el procedimiento para la recolección de datos, las consideraciones éticas y las estrategias de análisis estadístico

2.1 Diseño de Estudio

El diseño del estudio es de tipo descriptivo, comparativo y de alcance trasversal. (Polit & Beck, 2018); Gray & Burns, 2016)

2.2 Población

La población estuvo conformada por adultos con ERC en tratamiento de hemodiálisis de ambos sexos, de 20 a 59 años de un Hospital de Segundo Nivel de Atención del Estado de Puebla, que acudan a su tratamiento en el turno matutino y vespertino.

2.3 Muestreo y Muestra

El tipo de muestreo que se utilizó fue para el siguiente estudio es probabilístico, aleatorio simple, donde todos y cada uno de los participantes de la población tienen la misma probabilidad de ser seleccionados en la muestra (Hernández y Mendoza, 2018).

La muestra se calculó de acuerdo a la fórmula de población finita, con un nivel de confianza de 95% y un error de muestreo permisible del 5% ($= .05$). Con una atrición del 10%, para obtener el número de participantes, se obtuvo una muestra de 257 personas en hemodiálisis, que asisten a sus sesiones en un Hospital de Segundo Nivel de Atención del Estado de Puebla.

2.4. Criterios de Selección

2.4.1. Criterios de Inclusión

Personas adultas de 20 a 59 años de edad, de ambos sexos, con diagnóstico de ERC que se encuentran en el programa de hemodiálisis de un hospital de segundo nivel de atención, con catéter venoso central o fístula arterio-venosa y que se encuentren programados en ambos turnos (matutino y vespertino), personas que acepten participar en la investigación previa firma de consentimiento informado.

2.4.2. Criterios de Exclusión

Pacientes que no estén en terapia de remplazo renal, personas que no son subsecuentes en el programa de hemodiálisis (foráneos, clínicas particulares o extranjeros), personas que tengan problemas visuales.

2.4.3. Criterio de Eliminación

Se eliminarán a pacientes que decidan abandonar la entrevista y aquellos cuestionarios que no se encuentren debidamente llenados.

2.5 Instrumentos de Recolección de Datos

En la presente investigación se utilizó una Cédula y una escala, la cedula denominada Factores Sociodemográficos en los adultos con tratamiento de hemodiálisis (SFSD) (Torres y Najera, 2019), comprende datos personales como la edad y sexo además de datos socioculturales dentro de los cuales está el estado civil, la escolaridad y la ocupación, es un cuestionario diseñado con 5 preguntas, el cual tiene como objetivo recabar información correspondiente a las características biológicas y personales de las personas con hemodiálisis. (Apéndice B).

La Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado fue elaborada por Isenberg, Evers, Philsen, Senten Brown (1989), constituida por 24 ítems con escala de respuesta tipo Likert con opciones de respuesta que van de 1=Total desacuerdo, 2 =Desacuerdo, 3=Acuerdo a 4= Total

acuerdo. La puntuación total del instrumento oscila de 24 a 96 puntos. Las preguntas 2, 6, 11, 13, 14, 15, 20, 23 se invierten para mantener el sentido de la puntuación. Cada individuo obtiene un puntaje que oscila entre 24 a 96, donde a mayor puntaje mayor Capacidades de Autocuidado (CAC). Estos valores se transformaron a una escala de 0 a 100 puntos con el fin de facilitar la interpretación de las contrastaciones desde el punto de vista estadístico.

El instrumento es autoadministrable, es decir el paciente contestó el instrumento sin el apoyo de otra persona, esta escala fue adaptada al español por Gallegos (1998), y sido utilizado en población mexicana por Landeros (2011), quienes reportaron un alfa de Cronbach de .73 (Apéndice C).

2.6 Procedimiento para la Recolección de Datos

Para llevar a cabo el presente estudio se solicitará la autorización del Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, así como al Comité de Salud del hospital público de segundo nivel de atención para la aprobación y aplicación de la recolección final de datos, oficio n° FE-SIEP/2749/2019.

Se identificó a los adultos en la unidad de hemodiálisis, y se seleccionó a los participantes con base en la muestra que será probabilístico, aleatorio simple, de igual manera se les entregó el consentimiento informado para obtener la firma y así dar su autorización, por último se aplicaron los instrumentos con base al muestreo, así mismo se explicó el propósito de estudio de la investigación, disipando dudas entre los participantes, aclarando situaciones particulares de acuerdo a los lineamientos de la Ley General de Salud en materia de Investigación. Se estimó un tiempo de 30 minutos en el que cada participante contestó de forma personal el instrumento, la aplicación de la cédula y de la escala se realizó en la sala de espera, momentos antes del ingreso de los participantes a la unidad de hemodiálisis.

Si alguno de los participantes durante la entrevista tienen complicaciones o decidan ya no participar se seleccionará al siguiente paciente de acuerdo a la lista de la programación, de igual manera se aplicó el instrumento bajo el siguiente orden: cédula de datos sociodemográficos y la Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado. Finalmente, se agradecerá la colaboración de los participantes y a la Institución de Salud.

2.7 Ética del Estudio

El estudio se llevará a cabo de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1983) en el Título Primero, Capítulo Único, referente al Artículo 14, con base en la Fracción I, que justificaron que los participantes se encuentran en un programa de hemodiálisis, por lo tanto, se respetó la privacidad de los procedimientos.

Así mismo de acuerdo a la Fracción V, a los adultos con ERC del programa de hemodiálisis se les entrego un consentimiento informado por lo que se le solicitó la firma con la que dio su aprobación para participar en la entrevista o en dado caso firmó la persona legalmente responsable en caso de incapacidad legal. (Apéndice A).

De acuerdo al Artículo 16 en esta investigación se protegió la privacidad del individuo sujeto de la investigación y se identificó sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorizara.

Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en la siguiente categoría, de acuerdo al Artículo 17, esta investigación se consideró sin riesgo debido a que se utilizó estudios que empleen técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y en aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros.

Los participantes que cumplan con los criterios de inclusión, fueron informados de manera escrita y verbal, acerca de los objetivos e importancia del trabajo de investigación, de igual manera se protegió los derechos de los participantes aceptando la decisión de abandonar el estudio en el momento que lo crea necesario, así como el respeto a su dignidad a través de la expresión de sus creencias e ideas, beneficios y su autonomía.

2.8 Plan de Análisis Estadístico

Se utilizará el programa estadístico para las ciencias sociales SSPS versión 23. Para cubrir los objetivos específicos se empleará estadística descriptiva, como frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y desviación estándar, para identificar la confiabilidad del instrumento se consideró el alfa de Cronbach, así mismo se aplicó una prueba de bondad o ajuste de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad en la distribución de los datos.

Los Factores Condicionantes Básicos, se obtuvieron a través de una Cédula de Datos Sociodemográficos (Torres y Nájera, 2019). Estos tendrán un tratamiento descriptivo a través de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y a través de medidas de tendencia central como Media y Desviación Estándar para las variables cuantitativas.

La variable de Capacidad de Autocuidado se determinará con la Escala para Estimar la Capacidad de Autocuidado (Isenberg y Evers, 1989; versión Gallegos Cabriales, 1995). El puntaje crudo de la escala será transformado a índices de 0 a 100 para su tratamiento estadístico. Se determinó la validación del instrumento a través del alfa de Cronbach, así mismo se aplicó una prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad en la distribución de los datos.

De acuerdo a los resultados del estadístico de normalidad, será la base para decidir sobre el uso de estadística paramétrica ($p > .05$) y estadística no paramétrica si ($p < .05$) y decidir el estadístico.

Capítulo III

Resultados

En este apartado se describen los resultados en el siguiente orden: a) Características Sociodemográficas de la Muestra, b) Confiabilidad del Instrumento, c) Prueba de Normalidad o prueba de hipótesis, d) Estadística Inferencial.

3.1 Características Sociodemográficas de la Muestra

Tabla 1

Cedula de Factores Condicionantes Básicos de los adultos con tratamiento de Hemodiálisis

<i>Variable</i>	<i>fr</i>	<i>%</i>
<i>Edad</i>		
20-29	3	10
40-49	6	20
50-59	21	70
<i>Género</i>		
Masculino	14	46.7
Femenino	16	53.3
<i>Estado Civil</i>		
Soltero (a)	6	20
Casado (a)	18	60
Unión Libre	3	10
Separado (a)	1	3.3
Viudo (a)	2	6.7
<i>Escolaridad</i>		
Sin escolaridad	0	0
Primaria	9	30
Secundaria	10	33.3
Bachillerato	3	10
Licenciatura	8	26.7
<i>Ocupación</i>		
Empleado	7	23.4
Jubilado	4	13.3
Independiente	6	20
Ama de casa	11	36.7
Campeño	2	6.6

Fuente: Cédula de Factores Condicionantes Básicos con adultos con ERC en hemodialisis (Torres y Najera, 2019)

n=30

Para complementar los datos de la tabla anterior se puede mostrar que la media de edad es de 54 años, con una desviación estándar de ± 10 años. El 70% de la muestra tiene pareja, el 63.3% de la muestra de estudio tiene remuneración económica.

3.2 Confiabilidad del Instrumento

Tabla 2

Confiabilidad del Instrumento Capacidades de Autocuidado en las Personas con Hemodiálisis

No.	Instrumento	No. Ítems	Alfa
1	EECAC	24	.88

Fuente: Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado (Isenberg y Evers, 1989), aplicado a las personas con hemodiálisis n=30

En la Tabla 2 se obtiene un índice de confiabilidad que de acuerdo a Polit (2018), se encuentra dentro de los rangos aceptables para la investigación.

3.3 Nivel de Capacidades de Autocuidado

Tabla 3

Nivel de Capacidades de Autocuidado de las Personas con Hemodiálisis

Nivel	f	%
Muy baja		
Baja	1	3.3
Buena	24	80.0
Muy buena	5	16.7

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje n=30

De acuerdo a los cortes de nivel de las Capacidades de Autocuidado de las personas con hemodiálisis, en relación a frecuencia y porcentajes el 80.0% de la población presenta un nivel bueno en su capacidad de autocuidado.

3.4 Prueba de Normalidad

Tabla 4

Kolmogorov-Smirnov (K-S)

Índice	$\bar{X} \pm DE$	Valor Mínimo	Valor Máximo	K-S Calculada	Significancia sintónica (bilateral)
EECAC	68.14±13.53	30.5	91	.101	.200

Nota: \bar{X} =Media; DE= desviación estándar; Valor Min= Valor mínimo Valor Max. =Valor máximo; K-S= Kolmogorov-Smirnov; p= significancia estadística n=30

La tabla 4, describe el resultado de la prueba de normalidad a la que fueron sometidas las variables numéricas, los hallazgos permitieron identificar que las Capacidades de Autocuidado presentaron una distribución normal ($p > .05$), la cual indica la pertinencia de utilizar estadística paramétrica por lo cual se selecciona la t de Student para muestras independientes.

3.5 Estadística Inferencial

Para complementar los resultados de la distribución normal obtenida en la prueba de normalidad, se conservaron los siguientes supuestos para aplicar la t de Student: tener dos grupos independientes, homocedasticidad de las varianzas.

Tabla 5

Datos descriptivos de Capacidades de Autocuidado por estado civil

		Grupos	f	$\bar{X} \pm DE$
EECAC	Con Pareja		21	63.71 \pm 9.80
	Sin Pareja		9	69.22 \pm 5.67

Nota: EECAC = Escala para Estimar la Capacidad de Autocuidado, \bar{X} = Media, DE= Desviación Estándar

En la tabla 5 se puede observar que, desde el punto de vista descriptivo por estado civil, las medias aritméticas indican que, las personas sin pareja tienen mayor nivel de Capacidad de Autocuidado.

Tabla 6

Prueba t de Student

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias			
	F	Sig	t	gl	p	95% Intervalo de Confianza
Se asumen Varianzas Iguales	1.91	.177	-1.56	28	.128	-12.70, 1.69
No se asumen Varianzas iguales			-1.92	25.11	.65	-11.38, 372

Nota: $p > .05$ = Varianzas homogéneas

Para poder probar desde el punto de vista estadístico una de las hipótesis de estudio, se realizó una t de Student, no sin antes realizar la prueba de Levene para identificar homocedasticidad de las varianzas, cuyo resultado muestra una $F= 1.91$, una $p = .177$, dado la no significancia ($p>.05$), se asumen varianzas iguales. Con una $t= -1.92$ y 28 grados de libertad, con un intervalo de confianza del 95% que va de -12.70 a 1.69 (el cual pasa por el cero), se observa una $p= .128$, se concluye que el resultado es estadísticamente significativo, el índice de Capacidades de Autocuidado respecto a los grupos con pareja y sin pareja en las personas con hemodialisis no es diferente.

Tabla 7
Datos descriptivos de Capacidad de Autocuidado por grados de estudio

	Grupos	f	$\bar{X} \pm DE$
EECAC	Básica	19	64.74 \pm 10.54
	Media y superior	11	66.45 \pm 5.92

Nota: EECAC = Escala para Estimar la Capacidad de Autocuidado, \bar{X} = Media, DE= Desviación Estándar.
Escolaridad básica= primaria y secundaria

En la tabla 7 se puede observar que, desde el punto de vista descriptivo por escolaridad, las medias aritméticas indican que, las personas con escolaridad media y superior (bachillerato y licenciatura) tienen mayor nivel de Capacidad de Autocuidado.

Tabla 8
Prueba *t* de Student

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba <i>t</i> para la igualdad de medias			
	F	Sig	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	95% Intervalo de Confianza
Se asumen Varianzas Iguales	2.78	.106	-.495	28	.625	-8.82, 5.39
No se asumen Varianzas iguales			-.571	27.99	.572	-7.87, 4.44

Nota: $p > .05 =$ Varianzas homogéneas

Para poder probar desde el punto de vista estadístico la segunda hipótesis de estudio, se realizó una *t* de Student, no sin antes realizar la prueba de Levene para identificar homocedasticidad de las varianzas, cuyo resultado muestra una $F = 2.78$, una $p = .106$, dado la no significancia ($p > .05$), se asumen varianzas iguales. Con una $t = -.495$ y 28 grados de libertad, con un intervalo de confianza del 95% que va de -8.82 a 5.39 (el cual pasa por el cero), se observa una $p = .625$. Se concluye que el resultado es estadísticamente significativo, el índice de Capacidades de Autocuidado respecto a los grupos con escolaridad básica, media y superior en las personas con hemodiálisis no es diferente.

Tabla 9
Datos descriptivos de Capacidad de Autocuidado por edad

	Grupos	<i>f</i>	$\bar{X} \pm DE$
EECAC	Adulto joven	3	68.98 ± 2.12
	Adulto maduro	27	68.05 ± 14.27

Nota: EECAC = Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado; \bar{X} = Media, DE = Desviación Estándar

En la tabla 9 se observar desde el punto de vista descriptivo los adultos jóvenes y adultos maduros tiene un nivel de Autocuidado similar.

Tabla 10
Prueba *t* de Student

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba <i>t</i> para la igualdad de medias			
	F	Sig	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	95% Intervalo de Confianza
Se asumen Varianzas Iguales	3.707	.064	.110	28	.913	-16.24 18.09
No se asumen Varianzas iguales			.308	24.68	.761	-5.27 7.12

Nota: $p > .05 =$ Varianzas homogéneas

Para poder probar la hipótesis de estudio desde el punto de vista estadístico, se realizó una *t* de Student, no sin antes realizar una prueba de Levene para identificar la homocedasticidad de las varianzas, con una $F = 3.707$, una $p = .064$, se asumen varianzas iguales, dada la no significancia ($p < .05$), con una $t = .110$ y 28 grados de libertad, con un intervalo de confianza del 95% que va de -16.24 a 18.09 (la cual pasa por el cero), se observa una $p = .913$. Se concluye que el resultado no es estadísticamente significativo, el nivel de Capacidades de Autocuidado con respecto a los grupos con y sin empleo son similares en las personas con hemodiálisis.

Tabla 11
Datos descriptivos de Capacidad de Autocuidado por ocupación

	Grupos	<i>f</i>	$\bar{X} \pm DE$
EECAC	Con empleo	19	65.89 ± 9.74
	Sin empleo	11	64.45 ± 8.05

Nota: EECAC = Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado; \bar{X} = Media, DE = Desviación Estándar

En la tabla 11 se observan desde el punto de vista descriptivo las personas que reciben remuneración económica y las que no, presentan el mismo nivel de autocuidado.

Tabla 12
Prueba *t* de Student

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba <i>t</i> para la igualdad de medias			
	F	Sig	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	95% Intervalo de Confianza
Se asumen Varianzas Iguales	.219	.643	.414	28	.682	-5.67, 8.50
No se asumen Varianzas iguales			.436	24.38	.666	-5.36, 8.24

Nota: $p > .05$ = Varianzas homogéneas

Para poder probar la hipótesis de estudio desde el punto de vista estadístico, se realizó una *t* de Student, no sin antes realizar una prueba de Levene para identificar la homocedasticidad de las varianzas, con una $F = .219$, una $p = .643$, se asumen varianzas iguales, dada la no significancia ($p < .05$), con una $t = .414$ y 28 grados de libertad, con un intervalo de confianza del 95% que va de -5.67 a 8.24 (la cual pasa por el cero), se observa una $p = .682$. Se concluye que el resultado no es estadísticamente significativo, el nivel de Capacidades de Autocuidado con respecto a los grupos con y sin empleo son similares en los adultos con tratamiento de hemodiálisis.

Tabla 13
Datos descriptivos de Capacidad de Autocuidado por sexo

	Grupos	<i>f</i>	$\bar{X} \pm DE$
EECAC	Masculino	14	64.21 ± 10.12
	Femenino	16	66.38 ± 8.18

Nota: EECAC = Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado; \bar{X} = Media, DE = Desviación Estándar

En la tabla 13 se observar desde el punto de vista descriptivo el género femenino tiene mayor nivel de Capacidad de autocuidado, en comparación con el género masculino.

Tabla 14
Prueba *t* de Student

	Prueba de Levene de igualdad de varianzas		Prueba <i>t</i> para la igualdad de medias			
	F	Sig	<i>t</i>	gl	p	95% Intervalo de Confianza
Se asumen Varianzas Iguales	.070	.793	-.646	28	.523	-9.00, 4.68
No se asumen Varianzas iguales			-.637	25.02	.530	-9.14, 4.82

Nota: $p > .05 =$ Varianzas homogéneas

Para poder probar la hipótesis de estudio desde el punto de vista estadístico, se realizó una *t* de Student, no sin antes realizar una prueba de Levene para identificar la homocedasticidad de las varianzas, con una $F = .070$, una $p = .793$, se asumen varianzas iguales, dada la no significancia ($p < .05$), con una $t = -.646$ y 28 grados de libertad, con un intervalo de confianza del 95% que va de -9.00 a 4.68 (la cual pasa por el cero), se observa una $p = .523$. Se concluye que el resultado no es estadísticamente significativo, el nivel de Capacidades de Autocuidado con respecto a los grupos masculino y femenino son similares en los adultos con tratamiento de hemodiálisis.

Capítulo IV

Discusión

El objetivo de este trabajo fue comparar el nivel de Capacidades de Autocuidado que tienen los adultos con tratamiento de hemodialisis de acuerdo a su Estado civil (con y sin pareja) y al grado de escolaridad (Básica y Media /Superior), en donde se establecieron dos hipótesis.

Discusión: El objetivo de este trabajo fue comparar el nivel de Capacidades de Autocuidado que tienen los adultos con ERC en tratamiento de hemodiálisis de acuerdo a su estado civil (con y sin pareja) y al nivel de escolaridad (Básica y Media /Superior), para poder realizar comparaciones teóricas y así determinar la existencia de diferencias o similitudes entre ambos grupos.

Los principales hallazgos en la variable se reportan a continuación: En relación a los FCB como (edad, estado civil, escolaridad, sexo y ocupación), los resultados obtenidos de la *t* de Student, mostraron que no existe diferencia significativa, por lo tanto, esto indica que, en este grupo de adultos con ERC en tratamiento de hemodiálisis, las habilidades que realizar para llevar a cabo sus CAC son iguales.

Como lo hace notar Cantillo y Blanco (2017), la edad promedio de los sujetos de su estudio fue de 56 años, el género masculino tuvo mayor predominio con un 59%, estos resultados mostraron diferencia significativa entre las variables CAA y edad.

En relación a los grupos de interés que tuvo esta investigación los resultados revelaron que los grupos de adultos con ERC en tratamiento con hemodialisis que tienen o no tiene pareja, llevan a cabo un mismo nivel de CAC, por lo tanto, el Factor Condicionante Básico (estado civil) que fue empleado en este trabajo no contribuye al supuesto teórico de Orem que indica que la CAC se van desarrollando con el proceso continuo de aprendizaje y de practica en alguna situación específica para conservar la vida.

La escolaridad es el otro Factor Condicionante Básico, en esta investigación la población de mayor predominio son los que tienen escolaridad básica con un 63.3% de la población, que de acuerdo a los resultados presentados por la *t* de Student muestran que no existe diferencia significativa en comparación con el grupo de personas que tienen escolaridad media/superior, esta evidencia no concuerda con lo que afirma Orem, donde menciona que la educación es un factor básico que condiciona las CAC, en medida a que el nivel educativo sea mayor, esto va a favorecer el desarrollo de CAC en los adultos con tratamiento de hemodiálisis. Los anteriores datos coinciden con los resultados de García et al (2015), en donde mostraron que las variables estado civil y escolaridad en relación al nivel de capacidad de autocuidado no presentaron diferencia significativa.

Los postulados de Orem, en este trabajo de investigación no se cumplen debido a que hay una cierta restricción de los grados de libertad, el tamaño de la muestra es pequeño, por lo tanto, los resultados se tienen que tomar con reserva.

Para la primera hipótesis los resultados se obtuvieron mediante la *t* de Student, en la que se encontró que los FCB influyen de manera significativa en las CAC de los adultos con hemodiálisis, estos hallazgos coinciden con Carrillo (2015) quien demostró que las personas que tienen pareja tienen mayor capacidad para cuidarse.

Los datos obtenidos y analizados en esta investigación en conjunto con otras investigaciones realizadas en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, evidencian que a pesar de las personas desarrollan habilidades para cuidarse, se ven en la necesidad de solicitar el apoyo de la familia para que cuiden de ellos.

Esto da pie para analizar qué otras variables pueden influir en las Capacidades de Autocuidado en los adultos con hemodiálisis.

Conclusión

A partir de los resultados de esta investigación se demostró que la mayoría de los adultos con tratamiento de hemodiálisis, presentan un buen nivel de capacidad de autocuidado, y en relación a los factores condicionantes básicos de estudio con y sin pareja y escolaridad básica, media/superior no se encontró diferencia significativa.

Recomendaciones.

- Implementar estrategias educativas por medio de los métodos propuestos por Orem que permitan a los pacientes llevar a cabo capacidades de autocuidado las cuales mejoren su condición de vida.
- Fomentar la publicación de evidencia científica y así contribuir a la mejora en la capacidad de autocuidado en los adultos con tratamiento de hemodiálisis.

Referencias

- Bencomo Rodríguez, O. (2015). Enfermedad Renal Crónica: prevenirla, mejor que tratarla. *Revista Cubana De Medicina General Integral*, 31(3). Recuperado de <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/66/24>
- Cantillo, C., Blanco, J. (2017). Agencia de autocuidado de las personas con enfermedad renal crónica en diálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20 (4). Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v20n4/2255-3517-enefro-20-04-330.pdf>
- Carrillo. (2015), Análisis de la capacidad de autocuidado en pacientes en diálisis peritoneal. *Enferm Nefrol* 18(1),31- 40. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v18n1/05_original4.pdf
- Carrillo, A., Díaz, F. (2013). Capacidad de autocuidado de los pacientes en diálisis peritoneal: un estudio piloto en Bogotá. *Enferm glob* 12 (30), 54 – 64. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200004
- Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, CEVECE, 2017. Recuperado de <http://salud.edomex.gob.mx/cevece/documentos/difusion/tripticos/2017/Semana%2010.pdf>
- Costa, P., Pereira, F., (2015). Pacientes com hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. *Esc Anna Nery* 19 (1), 73-79. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0073.pdf>
- De la Cruz, A., Sernaque, C. (2016). Nivel de información y autocuidado en el paciente con Enfermedad renal Crónica terminal en tratamiento de hemodialisis hospital regional

- docente de Trujillo (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Trujillo, Perú.
- Recuperado de: <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/7689/1739/pdf>
- García, A., et al (2015). Valoración de autocuidado en el acceso vascular para hemodialisis. *Enferm Nefrol* 18 (3), 157-162. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v18n3/02_original1.pdf
- Guía de práctica clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica 2019. Recuperado de: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-335-19/ER.pdf>
- International Society of Nephrology INS 2017. La Sociedad Internacional de Nefrología INS. Recuperado de: <https://ncdalliance.org/the-international-society-of-nephrology-isn>
- Lazcano, M., Flores, C., Flores, A., Ruíz, J., Tolentino C., Arias, J., Sánchez, M. (2017). Factores condicionantes básicos y autocuidado en adultos con dm2. Recuperado de <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/download/2704/2728?inline=1>
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. pág. 75, 77, 78, 69, 138, 139, 167. Barcelona, España, MASSON-SALVAT.
- Organización Panamericana de la Salud. OPS, (2015). Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10542:2015-opsoms-sociedad-latinoamericana-nefrologia-enfermedad-renal-mejorar-tratamiento&Itemid=1926&lang=es
- Polit, D; Beck, C, (2018), *Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería*, Barcelona (España), Wolters Kluwer.
- Primer Foro Global de Política Pública en Enfermedad Renal, (2017). La elevada carga de la Enfermedad Renal. Recuperado de:

https://www.theisn.org/images/CONCLUSIONS_POLICY_FORUM_FINAL_IN_SPANISH_18_april_2017.pdf

Rivadeneira, D., Silva, T., Vergaray, D. (2018). Capacidad de Autocuidado y Adherencia al tratamiento del paciente en hemodialisis. (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado de: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/4338>

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para las Salud 7 de febrero de 1984. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf

Samaniego, W., Joaquín, S., Muñoz-Maldonado, J., Muñoz-Livas, J. (2018). Autocuidado en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica en Tratamiento de Hemodiálisis. *Salud y Administración*, 5 (13),15-22. Recuperado de:
<https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/2/2>

Tamayo, J. y Lastiri, H. (2016). La enfermedad renal crónica en México. (pp. 7). Academia Nacional de Medicina de México (ANMM).
https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/ENF-RENAL.pdf

Tello, I. (2017). Autocuidado del Adulto con insuficiencia renal crónica que recibe hemodialisis en el centro particular virgen de la puerta. (tesis de pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú. Recuperado de:
<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/3031>

Torres, M, Granados, V, López, L. (2017). Carga de la enfermedad renal en México. *Revista Médica Instituto Mexicano del Seguro Social*. 55 (2), 118-23. Recuperado de:
http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/viewFile/2490/2864

Tratamiento sustitutivo de la función renal. Diálisis y Hemodiálisis en la insuficiencia renal

crónica. México: Secretaría de Salud; 25 de septiembre 2014. Recuperado de:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-727-14->

[DialisisyhemodialisisIRC/727GER.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-727-14-DialisisyhemodialisisIRC/727GER.pdf)

Vázquez, Y., Cordeiro, L., Betancour, I. (2016). Comportamiento de las capacidades de

autocuidado de pacientes en hemodiálisis. *Instituto de nefrología*. 1-8. Recuperado de:

<http://www.enfermeria2017.sld.cu/index.php/enfermeria/2017/paper/view/425/315>

Xhulia, et al., (2015). Needs of Hemodialysis Patients and Factors affecting Them. *Global*

Journal of Health Science 8 (6), 109. Recuperado de:

<http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/51767>



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado
Facultad de Enfermería
Maestría en enfermería.

Apéndice A

Consentimiento Informado

A quien corresponda.

Acepto participar en un estudio con fines de investigación denominado “Factores Básicos Condicionantes y la Capacidad de Autocuidado en adultos con Hemodiálisis”, me explicó la LE. Erika Alejandra Torres Cordero estudiante de la Maestría en Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, que el propósito del estudio es conocer el nivel de capacidad de autocuidado de las personas con Hemodiálisis, el cual consiste en responder un cuestionario y una cedula de datos generales.

Se me explicó que los datos sobre mi persona serán confidenciales y que tengo derecho a terminar mi participación en el momento que yo lo decida, se respetara mi persona en todo momento y que esta es una investigación considerada sin riesgo, dado que solo responderé un cuestionario.

Firma del participante

Firma del investigador

LE. Erika Alejandra Torres Cordero



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
 Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado
 Facultad de Enfermería
 Maestría en enfermería.

Apéndice B

Cédula de Factores Sociodemográficos en adultos con tratamiento de hemodiálisis

(Torres, Nájera, 2019)

DATOS GENERALES

1. Edad _____

2. Sexo

Masculino ()

Femenino ()

3.- Estado civil

Soltero ()

Casado ()

Unión Libre ()

Separado ()

Viudo ()

4.- Escolaridad

Sin escolaridad ()

Primaria ()

Secundaria ()

Bachillerato ()

Licenciatura ()

5.- Ocupación

Empleado ()

Obrero ()

Independiente ()

Ama de Casa ()
Campesino ()



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado
Facultad de Enfermería
Maestría en enfermería.

Apéndice C

Escala para Estimar las Capacidades de Autocuidado (EECAC) (Evers, Isenberg, Philpsen, Senten & Browns, 1989)

Instrucciones: Lea cada uno de los enunciados, que mejor corresponda a sus capacidades y marque con una “X” al grado que mejor lo describa a usted. No hay respuestas correctas o incorrectas asegúrese de contestar con total veracidad. Cada pregunta tendrá las siguientes alternativas.

1. Total desacuerdo, **2.** Desacuerdo, **3.** Acuerdo, **4.** Total acuerdo.

N°	PREGUNTAS	Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo
1.	Según cambien las circunstancias, puedo hacer ajustes para mantenerme con salud.	1	2	3	4
2.	Rara vez verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas.	1	2	3	4
3.	Puedo hacer cambios o ajustes si tuviera problemas para moverme	1	2	3	4
4.	Puedo hacer lo necesario para mantener limpio mi alrededor	1	2	3	4
5.	Si es necesario puedo poner en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud.	1	2	3	4
6.	Con frecuencia no tengo la energía para cuidarme como debo.	1	2	3	4
7.	Puedo buscar mejores formas de cuidar mi salud.	1	2	3	4
		Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo
8.	Con tal de mantenerme limpio, puedo cambiar la frecuencia con que me baño.	1	2	3	4
9.	Puedo alimentarme de manera que mi peso se mantenga en lo correcto.	1	2	3	4
10.	Si es necesario, puedo manejar la situación para mantenerme tal como soy.	1	2	3	4

11.	A veces pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero nunca lo hago.	1	2	3	4
12.	Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda.	1	2	3	4
13.	Pocas veces puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado	1	2	3	4
14.	Cuando obtengo información sobre mi salud, raras veces pido explicación sobre lo que no entiendo.	1	2	3	4
15.	Pocas veces pienso en revisar mi cuerpo para saber si hay algún cambio.	1	2	3	4
16.	En otros tiempos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados, si con ello mejoraba mi salud.	1	2	3	4
17.	Si tengo que tomar un nuevo medicamento, puedo obtener información sobre los efectos indeseables.	1	2	3	4
		Total desacuerdo	Desacuerdo	Acuerdo	Total acuerdo
18.	Soy capaz de tomar medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguro.	1	2	3	4
19.	Soy capaz de valorar que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud.	1	2	3	4
20.	Con la actividad diaria raras veces puedo tomar tiempo para cuidarme.	1	2	3	4

21.	Puedo conseguir la información necesaria si mi salud se ve amenazada.	1	2	3	4
22.	Puedo buscar ayuda si no puedo cuidarme yo mismo (a).	1	2	3	4
23.	Pocas veces puedo tomar tiempo para mí.	1	2	3	4
24.	Aun si tuviera limitaciones para moverme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	1	2	3	4

Escala para estimar las capacidades de autocuidado (EECAC) Evers, Isenberg, Philsen, Senten y Brown (1989).