



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI

FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACION

EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA
AL PACIENTE EN EL PROGRAMA
"DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA"
Y PRACTICAS DE AUTOCUIDADO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

PRESENTA:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Juana Rodríguez González

DIRECTORA:

M. P. S. María Alicia Portales Ponce

AGOSTO DE 2002



536373 918302





**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**EDUCACION DE ENFERMERIA AL PACIENTE EN EL PROGRAMA
"DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA"
Y PRACTICAS DE AUTOCUIDADO**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

**PRESENTADA POR:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
JUANA RODRIGUEZ GONZALEZ**

Aprobada por el Comité de Tesis

DIRECTORA:



M.P.S. MARIA ALICIA PORTALES PONCE

ASESOR METODOLÓGICO



M.C.I.C ANTONIO BENITO TORRES RUVALCABA

AGOSTO 2002



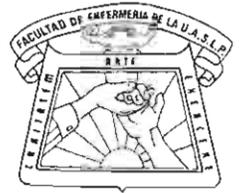
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Av. Niño Artillero 130 Conmutador: Tel. 826-23-24; 826-23-25; Fax: 826-23-26

Posgrado e Investigación: Tel./fax: 826-24-27 Dirección: Tel. 826-23-27

Zona Universitaria, C.P. 78240, San Luis Potosí, S.L.P., México



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TEMA DE TESIS:

**Educación de Enfermería al paciente en el programa
"Diálisis peritoneal continua ambulatoria"
y prácticas de autocuidado**

ELABORADO POR:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA
JUANA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ**

APROBÓ:

PRESIDENTE DE JURADO

MAAE. ROSA MA. GUADALUPE ANDRADE CEPEDA

SECRETARIO

VOCAL

MASS. MARTHA GRACIELA SEGOVIA DÍAZ DE LEÓN

MPS. MARÍA ALICIA PORTALES PONCE

No. Adm.	
Fecha	19
No. de Adm.	EN
	2002
Prescribe	

CANCELADO

AGOSTO 2002



INDICE

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	JUSTIFICACION.....	3
III.	MARCO TEORICO	8
IV.	MATERIALY METODO.....	21
V.	RESULTADOS.....	27
VI.	DISCUSION.....	46
VII.	CONCLUSIONES.....	59
VIII.	LIMITANTES.....	62
IX.	RECOMENDACIONES.....	63
	BIBLIOGRAFIA.....	65
	ANEXOS	



RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional y transversal en pacientes que recibieron educación en el servicio de diálisis para ingresar al programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y cuyo propósito fue comprobar la hipótesis que se planteo.

"Las prácticas de autocuidado del paciente de diálisis peritoneal continua ambulatoria están relacionadas con los factores sociodemográficos, tiempo en el programa, conocimientos de infección y la autopercepción del paciente sobre su enfermedad."

Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, de acuerdo con los criterios de inclusión establecidos en el estudio, a 30 pacientes del programa DPCA del servicio de diálisis del ISSSTE en la ciudad de San Luis Potosí.

Los instrumentos utilizados fueron tres: 1) entrevista estructurada sobre prácticas de autocuidado 2) Guía de observación de la técnica de recambio de bolsa gemela; 3) Encuesta de autopercepción. Los instrumentos se conformaron por preguntas abiertas y cerradas y se aplicaron a través de entrevista y observación.

El análisis de los datos fue con medidas de tendencia central y para la asociación de variables se utilizó χ^2 comprobándose mediante coeficiente de contingencia. En el cruce de variables no se encontraron diferencias estadísticas ($P > 5$ y $C < 1$) en las prácticas de autocuidado, por lo cual la hipótesis se disprueba. Sin embargo se observó que las prácticas de autocuidado son adecuadas, la técnica de diálisis es aceptable y la autopercepción del paciente sobre su enfermedad es de manera global, deficiente en un 59.5%, con un mayor deterioro en el área de salud enfermedad. Estos resultados permitirán planear estrategias para mejorar la calidad de las intervenciones de Enfermería en el Servicio de Diálisis.



I. INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud han hecho posible un avance continuo en la salud durante las últimas décadas. El aumento de la esperanza de vida y la disminución en la mortalidad en general ha llevado a los servicios de salud a enfrentar una población de mayor edad y con padecimientos crónico – degenerativos, cuya prevención diagnóstico y tratamiento demandan mayores recursos, situación agravada por el uso de antibióticos, vacunas y de biotecnología.

Esta realidad obliga a plantear una reorganización del sistema de salud, donde uno de los objetivos sea fortalecer su capacidad para enfrentar los retos futuros, ampliar su cobertura y proporcionar servicios con eficiencia y calidad. Programa de Reforma del Sector Salud (1995 – 2000)¹.

El objetivo general de la Ley General de Salud es el de fomentar y cuidar la salud de la población; para lo cual se utilizan dos métodos: uno de ellos, y que nos interesa en el estudio es el **autocuidado**, que consiste en determinar qué debe hacer el individuo y qué debe evitar para cuidar su salud y la de los demás. Balderas, (1998)².

Uno de los problemas prioritarios del país, que requieren del autocuidado son los padecimientos crónico degenerativos como es la insuficiencia renal crónica (IRC) y su tratamiento. En EU hay 242 casos nuevos por millón de habitantes por año Molina, (2002)³, en México afecta a más de 8 millones de habitantes por año, Miranda, (1997)⁴. Este tipo de pacientes requiere de atención especial con diálisis de mantenimiento lo cual representa un costo elevado tanto humano como financiero; ello ha motivado que se realicen estudios para integrar al paciente como agente de su autocuidado, principalmente al implementar intervenciones educativas, por parte de los profesionales de la salud, de tal manera que las conductas y estilos de vida saludables sean reforzados Latorre, (1992)⁵.



de evaluar su eficacia no solamente en términos de mejoría física y supervivencia, sino de incremento de la calidad de vida de los pacientes. Todo parece indicar que determinados factores, como son los niveles de depresión, ansiedad, situación laboral, relaciones familiares, edad, entre otros, pueden afectar no solo la adaptación de estos pacientes al tratamiento sustitutivo de la función renal, sino también a la supervivencia.

Estas variables, señaladas anteriormente son las que hacen probable la falta de adhesión al tratamiento y a las conductas de salud. Es necesario considerar los factores anteriores para mejorar las condiciones de vida del paciente y organizar grupos de apoyo, tanto de familiares como de personal de salud, para fomentar el cuidado del paciente y promover el autocuidado del mismo". ENEO (1988)⁶.



II. JUSTIFICACIÓN

México se encuentra en una transición epidemiológica, entre las enfermedades prevenibles propias de los países subdesarrollados y las de los países desarrollados como las enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónico degenerativas. Para dar respuesta a las necesidades que plantea esta situación, el personal de enfermería se debe preparar y organizar para poder brindar una atención, de acuerdo con las políticas del País: con eficacia, efectividad y calidad.

La IRC es uno de los padecimientos crónicos que se presentan con mayor frecuencia en la actualidad en los países subdesarrollados. En México se han incrementado los casos, en 1991, se reportaban 100 casos nuevos por millón de habitantes por año, en tanto que en Alvarez (1999)⁷, menciona que el registro latinoamericano de diálisis y trasplante reporta un ingreso a diálisis de 131.1 pacientes por millón de habitantes por año.

En San Luís Potosí, específicamente en el Hospital General ISSSTE; la insuficiencia renal crónica ha mostrado un incremento continuo durante el periodo 1995 -1999, llegando casi a triplicarse, al pasar de 658 a 2486 casos, en dicho hospital. Se reporta que más del 70% de los casos de IRC corresponden a complicaciones de la diabetes y/o hipertensión arterial; los demás son consecuencia de la glomerulonefritis, pielonefritis, alteraciones genéticas y otras enfermedades; durante 1999 se registraron 347 defunciones hospitalarias asociadas a causa de nefritis o nefrosis. Guía Técnica para el manejo de pacientes con insuficiencia renal crónica, ISSSTE, 2000⁸.

De acuerdo a un estudio que se realizó en 1999 en una institución de seguridad social sobre la duración del tratamiento dialítico, el promedio de sobrevida en los pacientes con diálisis peritoneal es de 2 a 3 años, de los pacientes con hemodiálisis un poco más y en el caso de los pacientes con trasplante de donador

cadavérico puede ser de más de 5 años. Guía Técnica para el manejo de pacientes con insuficiencia renal crónica, ISSSTE (2000)⁹.

En este mismo año, el costo del tratamiento, se estimó en un gasto anual por paciente alrededor de \$ 103 mil pesos diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), de \$159 mil pesos para la diálisis peritoneal intermitente (DPI), y de 146 mil pesos para la hemodiálisis. Guía Técnica para el manejo de pacientes con insuficiencia renal crónica, ISSSTE (2000)¹⁰.

La diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) es la más frecuente en nuestro país, como terapéutica sustitutiva de la función renal, las ventajas son que permite menos restricciones dietéticas y mayor convivencia social, el paciente permanece en su hogar, lo que constituye un estímulo muy grande para él porque, no pierde el control del hogar; el enfermo recibe una atención individual por parte del equipo de salud y la familia además, se altera menos la dinámica del paciente y puede deambular libremente, hacer sus actividades diarias en su casa o fuera de ella, casi sin restricciones. Algunas instituciones reportan que el tiempo de sobrevida es de hasta 12 años o más con esta modalidad. Rodríguez y cols, (1996)¹¹.

Algunos objetivos de la DPCA, son lograr que el paciente continúe activo, se mantenga integrado a su núcleo social y se disminuyan en forma importante los periodos prolongados de hospitalización y con ello costos así como una utilización más racional de las camas y los recursos hospitalarios. Baxter reporta en (1995)¹² que existían 51,400 pacientes en diálisis, de ellos 20,600 utilizaban la modalidad de diálisis peritoneal en Latinoamérica. Molina, (2002)¹³ refiere que en México se emplea esta técnica en más del 90% de pacientes que requieren tratamiento de diálisis.

La DPCA es un programa dirigido a los pacientes con IRC, en éste, el paciente recibe educación en el hospital por el personal de enfermería; la cual consiste en



que el paciente maneje los recambios de su diálisis y las medidas de autocuidado para el control de su enfermedad, brindar apoyo para que maneje su diálisis y logre realizarla sin problemas, y en forma correcta.

La educación en el ISSSTE se realiza durante dos semanas, con 2 sesiones de una hora diaria, conducidas por una sola enfermera y no hay participación de otras disciplinas de la salud en el programa de educación. El contenido del curso se basa en los siguientes puntos:

Aspectos generales de la insuficiencia renal crónica (anatomía y fisiología del riñón), higiene (baño y aseo diario, importancia del aseo del catéter, cambio de ropa diario), nutrición disminución de consumo de sal y líquidos, aumento de proteínas, limitar el consumo de azúcares manejo de tratamiento farmacológico importancia de la toma de medicamentos y técnica de manejo de diálisis, qué es y en qué consiste la técnica de diálisis, manejo de problemas de diálisis en casa.

La intervención de enfermería en la educación para la salud que se recibe en el curso, es con el fin de contribuir al control de la enfermedad a través de prácticas de adherencia terapéutica en el manejo farmacológico de la técnica de diálisis, higiene, nutrición y la detección de signos de alarma; se hace notar que ésta no es la única fuente de conocimiento del paciente, ya que puede recibirla por otros conductos como son: la familia, amigos, vecinos, personal de salud de otras instituciones o de los medios de comunicación, sin embargo en la presente investigación no se considera esta fuente sino que se basará exclusivamente en el contenido del curso de diálisis peritoneal continua ambulatoria.

En el Hospital General ISSSTE de San Luis Potosí durante la época de los 90s. Se inició el programa de DPCA, donde se llevaban a cabo todas las modalidades de diálisis peritoneal pero solo hasta hace algunos años (1995) y por el aumento en los índices de hospitalización se le ha dado énfasis a la modalidad de DPCA



como alternativa para disminuir, tanto los índices de hospitalización como los costos que esto implica para la institución.

Hasta el momento no se ha realizado un seguimiento de pacientes posterior a la educación que se les brinda en las sesiones y por lo tanto no se sabe de ellos hasta que surge algún problema relacionado con su diálisis o cuando acuden a consulta externa, desconociéndose como llevan a cabo las prácticas de autocuidado como son: aseo general, adherencia terapéutica, asepsia del catéter, independencia, conocimientos y práctica sobre la diálisis; además de ignorar las condiciones del entorno en que se desenvuelve el paciente, así como las del sitio del catéter y el aspecto en general en el aseo del mismo.

La finalidad de este estudio es saber qué hace, cuáles son las prácticas de autocuidado que se desarrollan en el paciente y cómo realiza esas prácticas posterior al entrenamiento recibido para ingresar al programa DPCA. Todo esto despertó la inquietud de llevar a cabo una investigación a partir de la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las prácticas de autocuidado que se desarrollan en el paciente en DPCA, posterior a la educación que proporciona la enfermera?



OBJETIVOS

GENERAL

Determinar las prácticas de autocuidado del paciente en diálisis peritoneal continua ambulatoria posterior a la educación que proporcionó la enfermera.

ESPECIFICOS

- ◆ Conocer cuál es la relación existente entre los factores sociodemográficos y las prácticas de autocuidado que realiza el paciente en DPCA.
- ◆ Identificar el nivel de conocimientos sobre datos de infección del paciente en DPCA posterior a la educación recibida.
- ◆ Determinar la práctica del paciente en DPCA en el manejo de la técnica de diálisis.
- ◆ Identificar las conductas de adherencia terapéutica en las prácticas de autocuidado.
- ◆ Conocer la autopercepción del paciente con respecto a su enfermedad.



III. MARCO TEORICO

En la época actual se viven cambios políticos, sociales y económicos que de alguna manera influyen en forma directa en las políticas de salud. La política mundial "Salud para todos en el año 2000" ha propuesto la estrategia de atención primaria en salud, en la cual se plantea la atención directa del profesional de salud a las comunidades, enfocando sus actividades en la educación, promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Todo esto con el objetivo de disminuir la morbilidad, ampliar la cobertura de los servicios de salud, entre otros. Estos objetivos han sido retomados en México por la Secretaría de Salud, en el Programa de Reforma al Sector Salud. P.R.S.S, (1995 - 2000)¹⁵.

La consecución de los objetivos propuestos es factible, a través de una adecuada planeación de los programas de atención del paciente que implican: Eficiencia: asignación de recursos a problemas prioritarios sin desperdicio de recursos ni generación de costos innecesarios. Equidad: adecuación de las necesidades de salud de los diferentes grupos sociales y la asignación de recursos a cada uno de ellos. Calidad: Capacidad de los servicios para alcanzar las mejorías esperadas en la salud de la población o a los pacientes, tomando en cuenta las deficiencias en la estructura y en el proceso de la atención. La falta de estos tres elementos, dentro de las instituciones, da como consecuencia el incremento de costos en la atención del paciente, mayor incremento en la consulta de especialización, un aumento en la ocupación día / cama, así como reingresos continuos por causas prevenibles mediante la educación del paciente durante la hospitalización y, principalmente, con el fin de prevenir riesgos y limitar daños a la salud.

Las instituciones de seguridad social son bipartitas ya que para su mantenimiento dependen del financiamiento de la población económicamente activa, y de las aportaciones del gobierno, las cuales han disminuido considerablemente debido a



la crisis económica que vive el País, aunado esto al incremento en el índice de ingresos al sistema hospitalario y el aumento de las enfermedades crónicas. Esto sirve como antecedente de la situación actual de las instituciones de salud, puesto que si disminuye el gasto en salud asignado, se dificulta la implementación de todos los programas que se proponen a nivel nacional en los diferentes estados de la república, y algunos por su importancia (altas tasas de morbilidad) se implementan con carencias de recursos tanto humanos como financieros, necesarios para dar respuesta a esos programas, ocasionando la insatisfacción de los usuarios y finalmente una baja en la calidad de la prestación de los servicios. Ejemplo de ello es el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria en el cual, los lineamientos que se proponen desde nivel nacional para llevarlos a cabo en los estados y cuyo objetivo es responder a las necesidades de los pacientes con insuficiencia renal crónica no se llevan a cabo por falta de insuficiencia de recursos tanto materiales como humanos.

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

GENERALIDADES

La insuficiencia renal crónica (IRC) se define como una pérdida irreversible de filtrado glomerular. Aunque puede cursar asintomática, en general, cuando el filtrado glomerular desciende por debajo de 30 ml/min aparecen las complicaciones derivadas de la anemia, alteraciones metabólicas, digestivas y cardiovasculares, y finalmente las neurológicas que dan una idea del estadio de la enfermedad. La pérdida progresiva de las funciones del riñón provocan un desequilibrio ácido básico, metabólico e hídrico, presentándose finalmente uremia.

La IRC es un síndrome donde se ha perdido más del 90 a 95% de la función renal, lo que hace algunos años ocasionaba un elevado índice de mortalidad entre los pacientes que padecían esta enfermedad, pues no existía un tratamiento adecuado que ofrecerles. Actualmente las perspectivas de vida del paciente con IRC han cambiado radicalmente, debido a las diferentes alternativas de terapia

que se ofrecen para sustituir la función renal, las cuales van desde la diálisis peritoneal intermitente hasta el trasplante renal; su objetivo no es curar, pero si prolongar y mejorar en lo posible la calidad de vida del paciente. La diálisis peritoneal es el tratamiento de primera elección para este tipo de pacientes, requiriéndose para ello de la instalación de un catéter de Tenckhoff, con el fin de iniciar las sesiones de diálisis.

Las opciones para tratamiento dialítico son: diálisis peritoneal continua cíclica (DPCC), en la cual el paciente está conectado a un equipo dializante durante todo el día o la noche, programándose la máquina para que realice automáticamente los recambios.

Una segunda modalidad la constituye la diálisis peritoneal intermitente (DPI), que implica que el paciente acuda al hospital donde se interna durante tres días para que se le realice su ciclo de diálisis, una vez por semana. La tercera modalidad es la DPCA, la cual ya se comentó anteriormente.

ETIOLOGIA

La diabetes mellitus es la principal causa (35%) de casos nuevos, seguidos por la hipertensión arterial (30%). Otras causas son las glomerulopatías primarias y secundarias, enfermedad renal quística e intersticial y uropatía obstructiva. (Molina, 2002)

SIGNOS Y SINTOMAS

- Cambios en la producción de la orina
- Fatiga, malestar, lentitud, debilidad.
- Irritabilidad.
- Prurito y piel seca.
- Pérdida de peso

La pérdida progresiva de las funciones del riñón provocan desequilibrio ácido básico, metabólico e hídrico, presentándose finalmente uremia.

COMPLICACIONES

La peritonitis es la complicación más seria de la diálisis peritoneal, el paciente presenta dolor abdominal, fiebre, líquido de diálisis turbio con más de 100 leucocitos. Las peritonitis se presentan uno por cada 15 pacientes Hoffart, (1983)

TRATAMIENTO

El tratamiento lo constituye la diálisis peritoneal en sus diferentes modalidades además de una dieta hipoproteica, control de la tensión arterial, control de lipidemias y corrección de riesgos, por aumento de colesterol, obesidad, sedentarismo, y tabaquismo. Rodríguez (1995)¹⁶.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LAS CONDUCTAS DE SALUD

ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Uno de los problemas más comunes en las enfermedades crónicas es la falta de adherencia o cumplimiento en el tratamiento indicado, entendiéndose como adherencia terapéutica la adhesión que el paciente tiene hacia el tratamiento indicado en cuanto a: recambios de diálisis realizados diariamente, toma de medicamentos y dieta de acuerdo a prescripción médica, conocimiento sobre datos de infección. La falta de adherencia probablemente sea por los cambios que se requieren en el estilo de vida durante el tratamiento. Esto último es importante que lo conozca la enfermera, para brindar un apoyo eficaz en las necesidades del paciente.

APOYO DE LA RED SOCIAL

El apoyo social es la ayuda que recibe el paciente de las personas que lo rodean. Una de las funciones del profesional de enfermería, es como apoyo social dentro

de la institución al proporcionar información como experta en el área de salud a través de la transmisión de información acerca de su propio padecimiento, lo cual realiza mediante un programa de educación que le permita desarrollar habilidades y capacidades para realizar él mismo acciones de autocuidado. La importancia del apoyo social es el beneficio terapéutico y preventivo que se produce en el individuo al amortiguar el impacto de los sucesos vitales que viven las personas. Llor, (1998)¹⁷

EDUCACION PARA LA SALUD

La educación para la salud es la *"enseñanza que trata de conducir al individuo hacia un cambio de actitud y de conducta, con el propósito de aplicar los medios que permitirán la conservación y mejoramiento de la salud"* Alvarez (1995)¹⁸. Propone además, crear una responsabilidad de su propia salud, como la de su familia y la del grupo social al que pertenece.

La educación para la salud permite la prevención, detección oportuna y proporciona orientación sobre una higiene en general desde la infancia, adolescencia y juventud, con el fin de llegar a una vida adulta en las mejores condiciones de salud. Alvarez Alva Rafael, (1995)¹⁹. En este caso, la educación se enfocará hacia la prevención de complicaciones en las enfermedades crónicas o de evolución prolongada, ya que son las más frecuentes en la actualidad, entre otros factores por el aumento de la esperanza de vida (en la época de los cuarenta era de 45 años y en 1994 de 72 años aproximadamente). Plan Nacional de Desarrollo, (1995 – 2000)²⁰.

AUTOPERCEPCION

La asunción de los roles que antes realizaba el paciente, repercute en su autopercepción (imagen que tiene de sí mismo); esto es, el impacto subjetivo de la enfermedad sobre el área afectiva del paciente. Cuando no existe una relación efectiva entre el paciente y los que están a su alrededor, los pacientes se

encierran en sí mismos, se vuelven pasivos y menos comunicativos, colaboran menos en el proceso de tratamiento, además aumenta el temor y la ansiedad ante la enfermedad y su autoimagen lo que se refleja en parte en su tratamiento, al seguir de manera parcial las indicaciones recibidas para su autocuidado. Por otra parte, el personal de salud se siente inseguro ante la forma de tratar al paciente, pues al no conocer lo que siente o piensa el paciente, actúa por intuición. Latorre (1994)²¹.

AGENTE DE CUIDADO DEPENDIENTE

Cuando el paciente no se encuentra en condiciones de captar el aprendizaje o desarrollar habilidades y/o capacidades para su autocuidado, Orem describe al agente de cuidado dependiente, que es la persona que realizará los cuidados directos al paciente. Tal es la situación de los pacientes en DPCA, que por alguna razón no pueden realizar el aprendizaje y es necesario que algún familiar o persona cercana al paciente reciba la educación para suplir esa necesidad, esto último se realiza en el programa cuando existe algún impedimento físico o psicológico en el paciente.

AUTOCUIDADO

La adaptación de las personas al controlarse por sí mismas es muy importante para el personal de enfermería, quien tiene la responsabilidad de promover en el paciente el desarrollo de sus capacidades, así como las actividades que requiere para su autocuidado, para esto es importante partir de una teoría que lo sustente. Ortiz (1997)²².

El autocuidado "es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar". Orem (1993)²³.



El modelo de autocuidado está basado en el pensamiento de Kuan – Tzer: “ Si a un hombre se le da un pescado, podrá comer un día. Si se le enseña como pescar, podrá comer toda su vida”. Esto quiere decir que si a un individuo se le satisfacen todas sus necesidades, dependerá toda la vida de los demás; en cambio, si se le enseña como desarrollar sus capacidades y habilidades para cuidar de sí mismo, se volverá independiente y podrá satisfacer sus propias necesidades. Esto es aplicable en cualquier situación de salud o enfermedad, en este caso, los pacientes con diálisis peritoneal serán capaces de llevar una vida lo más cercana a la normalidad si aprenden a cuidar de sí mismos.

Para llevar el concepto de autocuidado a la realidad; Orem propuso un sistema de apoyo educativo, que funciona para las situaciones en que el paciente es capaz de realizar el cuidado por sí mismo pero que necesita la orientación de otra persona (en este caso de la enfermera) que guíe su aprendizaje. Este último está basado en la toma de decisiones, el control de la conducta y la adquisición de conocimientos y habilidades.

El autocuidado en este caso, son todas las prácticas que realiza el paciente para el manejo y control de su enfermedad en cuanto a: frecuencia de baño personal, cambio de ropa, aseo del catéter, número de recambios diarios, dieta, medicamentos, decisión ante síntomas de infección y práctica de la técnica de diálisis.



HIPÓTESIS

"Las prácticas de autocuidado del paciente en diálisis peritoneal continua ambulatoria están relacionadas con los factores sociodemográficos, tiempo en el programa, conocimientos de infección y la autopercepción del paciente".



ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA INVESTIGACIÓN

El brindar educación al paciente, redundará en beneficios para la institución, disminuyendo costos, en cuanto a que el paciente desarrolle acciones de autocuidado para manejarse en casa, de acuerdo con el modelo de Orem, todo individuo cuenta con capacidad para cuidar de sí mismo. Beneficios para la sociedad, ya que los gastos en salud serán menos, pues las personas serán más independientes y tendrán un aporte social mayor y beneficios para el paciente, los cuales serán mayores, puesto que al desarrollar las habilidades para cuidarse ellos mismos, podrán controlar mejor la terapéutica médica en todos los sentidos, disminuyendo la estancia día/cama por complicaciones de su enfermedad, mayor tranquilidad al estar en su propio ambiente con sus seres queridos, donde probablemente tendrán un apoyo por parte del núcleo familiar, sus amigos o compañeros más cercanos.

Es necesario tener en cuenta que el actuar de enfermería, va más allá de la implementación de un programa de educación para el desarrollo del autocuidado en el paciente. Se convierte, además, en la vía más directa de comunicación para el paciente, ya que valora su evolución, resuelve sus dudas y aporta modificaciones dependiendo de cada caso en particular, con el propósito de mejorar la salud, bienestar, rehabilitación social del paciente así como detectar la presencia de complicaciones como la peritonitis, todo ello conduce a la mejora del nivel de calidad en la atención que se proporciona al paciente en el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria. Rodríguez, (1996)¹⁴.

No hay estudios específicos que incluyan las variables de la investigación en conjunto. Sin embargo, los siguientes estudios son lo más cercano a las variables estudiadas.

En 1992²⁴, Díaz N.L. et. al. Se llevó a cabo una intervención en un grupo de 6 mujeres con diabetes mellitus tipo II. El grupo se reunió una vez por semana durante dos horas, en sesiones donde se les proporcionó a) información del proceso de la diabetes mellitus; b) entrenamiento en autocontrol y c) relajación profunda. En cada sesión se evaluó la glicemia, el peso y la tensión arterial de cada paciente. Los resultados de la intervención no señalan correlación entre el peso y la tensión arterial, aunque si se encuentra una variación significativa en los niveles de glucemia de los pacientes, posterior a la intervención.

Ortiz, (1997)²⁵ demostró a través de una investigación, que el autocuidado del paciente nefrópata, es la base para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y al mismo tiempo disminuir los índices de complicaciones y reingresos hospitalarios. Resultados: Se estudiaron 125 pacientes con una edad promedio de 49 años; el estrato social predominante fue bajo con un 52.8% asociando al mismo tiempo la presencia de peritonitis en 48% de los mismos. Los parámetros de estado clínico los colocó en un nivel adecuado. El agente de cuidado dependiente 51% manejó una incidencia media de 0.21 episodios de peritonitis al mes. El agente de autocuidado obtuvo una incidencia media 0.12 episodios de peritonitis.

Conclusiones: El desarrollo del paciente como agente de autocuidado fue favorable para la mejora de calidad de vida del mismo, así también, permitió disminuir la incidencia de peritonitis y complicaciones en su tratamiento.

Gallegos, (1998)²⁶ Realizó una investigación con el fin de corroborar la confiabilidad y validez de un instrumento para valoración de las capacidades de autocuidado. Se llevó a cabo con una muestra de 192 adultos diabéticos. Los resultados mostraron que las capacidades de autocuidado del diabético hospitalizado eran menores que las de los diabéticos con atención ambulatoria.

López, (1999)²⁷ en el área metropolitana de Monterrey Nuevo León se realizó un estudio para conocer la relación entre la capacidad de autocuidado y algunos aspectos sociales de importancia en la mujer con histerectomía, así como identificar cambios en la relación de pareja.

El estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal,. Se tomó una muestra de 150 mujeres con histerectomía, la selección fue probabilística y por conveniencia. Los resultados fueron: en el 84% de las mujeres la capacidad de autocuidado fue inadecuada y en el 16%, adecuada.

En términos generales la relación de pareja se percibe deteriorada después de la histerectomía.

El estudio permitió demostrar una correlación positiva leve con la capacidad de autocuidado de la mujer y la escolaridad además mostró una significancia de 0.001 respecto a la capacidad de autocuidado.

En el año 2000²⁸, Rodríguez y cols. Llevaron a cabo una investigación sobre la calidad de vida de los pacientes en diálisis peritoneal. Este estudio fue prospectivo, transversal y observacional; con una población de 50 pacientes, seleccionados probabilísticamente. Para evaluar el índice de calidad de vida en los pacientes, se utilizó la escala de vida relacionada con la salud "ESCAVIRS" en la versión validada al español de (González ; De los Ríos y Sánchez). Resultados: la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica y que reciben tratamiento de diálisis peritoneal o hemodiálisis se encuentra alterada en gran medida sobre todo en las áreas: física, emocional y sexual.

En 1998²⁹, Aguirre y cols. Estudiaron la sobrevida de pacientes en DPCA en Torreón, Coahuila. Se evaluaron 106 personas del programa mediante un análisis actuarial de tres años a partir de 1994 – 1998. Se dividió la población en diabéticos y no diabéticos, mayores de 65 años y menos de 65 años, analizándose con el método de Kaplan Meier. Se efectuó una prueba de Logrank - χ^2 para comparación de 2 curvas, con un alfa de .05.



Resultados: Del total de la población el promedio de edad fue de 59 ± 10 , la sobrevivida a 3 años fue 31%. El total de pacientes diabéticos fue de 72 con una edad promedio de 61 ± 8 , la sobrevivida a 3 años fue de 33.3% ($< .05$).

Conclusiones: La sobrevivida actuarial de la población estudiada fue baja en comparación con la reportada en los países desarrollados. Los pacientes diabéticos y los mayores de 65 años presentan una sobrevivida menor que los no diabéticos y los menores de 65 años.

Con objeto de identificar la proporción de pacientes diabéticos tipo 2, integrados al programa DPCA y evaluar la calidad de vida de los mismos, se efectuó un estudio transversal, descriptivo en hospitales de segundo y tercer nivel de Puebla en 1996. Se revisaron 382 expedientes clínicos de individuos con insuficiencia renal, identificando 38.5 % con tipo 2 y 61.5% con otras patologías. Se entrevistaron 117 pacientes, hombres en su mayoría. Se utilizó el perfil del impacto de la enfermedad para evaluar las dimensiones física, psicosocial e independiente. Según la puntuación obtenida, 51% tuvo mala calidad de vida, con mayor deterioro en la dimensión física, es decir en ambulación, ejercicio, cuidado e higiene del cuerpo.

El análisis estratificado bivariado (exploratorio) mostró que el analfabetismo y el sexo femenino posiblemente están relacionado con la mala calidad de vida. Sin embargo la limitación está en el tipo descriptivo del estudio por no ser específico para causa - efecto. (Villegas, 1996)³⁰

Con el propósito de conocer el apoyo social de los pacientes oncológicos en su domicilio, Alvarez (1999)³¹ llevó a cabo un estudio exploratorio, con un enfoque mixto (cualitativo y cuantitativo), con una muestra de 13 pacientes que se seleccionaron del programa ADEC que atiende a pacientes con enfermedades crónico degenerativas. Esto se llevó a cabo en un hospital de seguridad social.

Resultados: Los pacientes sienten que reciben apoyo de familiares (esposos, hijos, hermanos, padres). La mayoría de los pacientes manifiestan que la enfermera podría ayudar en su tratamiento, proporcionando cuidados que estén relacionados con la ayuda para tomar medicamentos, colocar sueros, para la movilización y ejercicios, además de dar orientación acerca del tratamiento. En el estudio destaca la impresión de los pacientes acerca de las enfermeras, a la cual la mayoría de ellos no la considera un elemento tan importante en su cuidado y tratamiento como al médico, esto debido a la cultura y a las redes sociales muy fuertes que existen en el núcleo familiar. Pero contrariamente existen pacientes para quienes es fundamental el apoyo de la enfermera.

En las investigaciones descritas, se puede observar que las personas, mediante el apoyo educativo que se les proporciona; llegan a desarrollar una capacidad de autocuidado muy específica, de acuerdo con la enfermedad o situación que se trate. De ello la importancia de conocer las prácticas de autocuidado del paciente en DPCA.



IV. MATERIAL Y METODO

Diseño de Estudio

El presente es un estudio de tipo descriptivo, correlacional, por el alcance de sus objetivos, y por su temporalidad es transversal.

Universo

En el periodo comprendido entre diciembre del 2000 a febrero del 2001, el servicio de diálisis del Hospital General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado de San Luís Potosí, estaba conformado por un total de 57 pacientes inscritos en el programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria; 37 con residencia en la capital del estado y 20 de ellos en los diferentes municipios que la integran.

Muestra

Se seleccionaron 30 pacientes bajo los criterios de inclusión planteados en el estudio. Fue una muestra no probabilística por conveniencia.

Criterios de Inclusión:

- ❖ Pacientes inscritos en el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria de la institución.
- ❖ Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- ❖ Pacientes que vivían fuera del municipio de San Luís Potosí
- ❖ Pacientes que no aceptaron participar en el estudio
- ❖ Pacientes hospitalizados



Criterios de Eliminación:

- ❖ Pacientes del programa de DPCA que durante la recolección de datos fueron trasplantados, pasaron a hemodiálisis o fallecieron.
- ❖ Pacientes que durante el proceso de recolección de datos decidieron cambiar de opinión y no participaron en la investigación.

Prueba Piloto

Antes de la prueba piloto, los instrumentos se proporcionaron a los expertos a fin de obtener sugerencias, en este caso los expertos fueron las enfermeras del área de diálisis del ISSSTE, del IMSS, Hospital Central, Centro Médico del Potosí el nefrólogo del servicio de diálisis del ISSSTE y algunos expertos en investigación. Las observaciones de la consulta a expertos fueron más que de contenido, de estructura.

La prueba piloto se aplicó del 13 al 22 de noviembre del 2000. La conformaron 4 pacientes del programa de DPCA del Hospital General ISSSTE de San Luis Potosí. El tiempo promedio para la aplicación fue de 45 a 60 minutos, posterior a su aplicación se realizaron los ajustes necesarios a los instrumentos (de estructura más que de contenido). Estos fueron: Utilizar una terminología más sencilla, colocar una columna en los instrumentos para capturar la información global, completar el título de los instrumentos (qué es y para quién es el instrumento), agrupar los ítems de manera que sean más entendibles (dar más espacio y poner los más importantes en la guía de observación).

Recolección de Datos

La recolección formal de datos se inició a partir del 21 de diciembre del 2000 terminando el 16 de febrero del 2001 y se realizó por un solo investigador. Se localizó previamente a los pacientes vía telefónica programándose la cita para el siguiente día.

Los instrumentos utilizados fueron tres: a) entrevista estructurada sobre prácticas

de autocuidado B) guía de observación de la técnica de recambio de *bolsa gemela*; los dos primeros se aplicaron al paciente ó al cuidador dependiente y c) encuesta de autopercepción dirigida exclusivamente al paciente. Se conformaron los instrumentos por preguntas abiertas y cerradas y se aplicaron a través de la técnica de entrevista y observación. La aplicación de los instrumentos fue de manera individual, el tiempo aproximado de una entrevista fue de 30 a 45 minutos

Descripción de Instrumentos

Instrumento No. 1.- Entrevista para el paciente o cuidador, lo integran 19 reactivos, los cuales permiten identificar el conocimiento del paciente posterior a la educación proporcionada, conocer la relación entre los factores sociodemográficos y las prácticas de autocuidado del paciente en DPCA e identificar las conductas de adherencia terapéutica en las prácticas de autocuidado del mismo, conocer su autonomía y su red social. Anexo 1

Instrumento No. 2.- Guía de observación sobre el recambio de bolsa gemela. Comprende 42 reactivos, para determinar la práctica en el manejo de la técnica de diálisis, en caso de que no pueda realizar la técnica, tendría que ser el cuidador dependiente quien la efectuara. Anexo 2

Instrumento No. 3.- Encuesta para el paciente sobre autopercepción. Conformado por 20 reactivos, divididos en seis categorías. Se utilizó una escala de Likert modificada, con el objetivo de mostrar el impacto subjetivo de la enfermedad del paciente. Anexo 3

Plan de Análisis

La escala de medición que se utilizó fue la nominal y de intervalo. Para el procesamiento de la información se utilizó análisis univariado. Se utilizaron tres instrumentos:



1) *Entrevista para el paciente sobre prácticas de autocuidado.* Para simplificar el manejo de la información se crearon categorías, de las cuales surgen las prácticas de autocuidado, que son las que realiza el paciente para el manejo y control de su enfermedad en cuanto a: frecuencia del baño personal, cambio de ropa, aseo del catéter, número de recambios diarios, dieta, medicamentos, decisión ante síntomas de infección y práctica de la técnica de diálisis.

2) *Guía de observación sobre el recambio de bolsa gemela.* En este instrumento se asignaron valores que van de 1 a 12 puntos, el total de puntos es de 100. Se considera que cuando la práctica de la técnica de diálisis fue excelente estuvo entre 90 y 100 puntos, buena de 80 a 89, regular de 70 a 79 y deficiente de 60 a 69 puntos. Cuando el paciente no realizó alguna actividad de las que se manejaron en la guía de observación: limpieza personal, del entorno, catéter o de la técnica, se manejó como No Aplica con un valor de Cero.

3) *Encuesta dirigida al paciente sobre autopercepción.* En cada ítem se llevó a cabo un análisis cualitativo para determinar de qué manera el área explorada afecta el entorno del paciente. Se calificó primero cada categoría individual, posteriormente se realizó de manera global para determinar la autopercepción del paciente, la calificación fue: Excelente, buena, regular y deficiente.

En la categoría salud - enfermedad, bienestar y estado emocional, el máximo de puntos es 20 y el mínimo de 4, considerando que su autopercepción es:

Excelente	17 – 20 puntos
Buena	13 – 16 puntos
Regular	9 – 12 puntos
Deficiente	menos de 9

En la categoría de satisfacción con profesionales sanitarios y sociabilidad recreativa, el máximo de puntos es de 15 y el mínimo de 7, considerando que su



autopercepción es:

Excelente 13 – 15 puntos

Buena 10 – 12 puntos

Regular 7 – 9 puntos

Deficiente menos de 7

En la categoría de autonomía motora el máximo de puntos es de 10 y el mínimo de 2, considerando que su autopercepción es:

Excelente 9 – 10 puntos

Buena 7 – 8 puntos

Regular 5 – 6 puntos

Deficiente menos de 5

A la suma final de los valores, se le dieron puntos que van de 60 a 100. Considerando que a mayor puntuación mejor autopercepción. De acuerdo a esto último, se calificó como sigue: Excelente, buena y regular.

Autopercepción:

- ❖ Excelente 80 – 100 puntos, lo que significa que el deterioro en las dimensiones que constituyen la autopercepción (autoimagen) del paciente es mínimo.
- ❖ Buena 60 – 79 puntos, cuando existe un deterioro medio en la autopercepción del paciente.
- ❖ Regular menos de 60 puntos. Indica un deterioro significativo en su autopercepción, pero aún existen áreas en lo físico o psicológico que les permite utilizar mecanismos de defensa para enfrentar su enfermedad.

En los tres instrumentos se utilizaron medidas de tendencia central (frecuencias y porcentajes) con el primer y tercer instrumento además, se realizaron asociaciones entre ambos con χ^2 , coeficiente de contingencia y análisis

cualitativo. Se utilizaron los programas de D´base y R.

Implicaciones Eticas

A los pacientes se les solicitó su autorización para la aplicación de la entrevista la cual fue en forma verbal. Se dio a conocer el propósito de la investigación y quién aplicaría los instrumentos; garantizándose al mismo tiempo la confidencialidad de los datos y su uso para fines académicos.

V. RESULTADOS

Están agrupados de acuerdo a los objetivos del estudio.

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS Cuadro No.1

EDAD DE LOS PACIENTES EN EL PROGRAMA DPCA HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001

Edad	Frecuencia	%
10 – 19	1	3.3
20 – 29	0	0.0
30 – 39	0	0.0
40 – 49	5	16.7
50 – 59	7	23.3
60 – 69	10	33.3
70 – 79	6	20.0
80 – 89	1	3.3
Totales	30	100.0

Fuente Directa. En el rango de edad de los 40 a 69 años se encuentra la mayoría de los pacientes, y de ellos, se concentra el 33.3% con la edad de 60 a 69 años en el programa.

Cuadro No 2

ESTADO CIVIL DEL PACIENTE EN DPCA HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001

Estado Civil	Frecuencia	%
Casado	21	70.0
Viudo	5	16.7
Soltero	1	3.3
Unión Libre	1	3.3
Divorciado	1	3.3
Separado	1	3.3
Totales	30	100.0

Fuente Directa. El 70% (21) de los pacientes tienen pareja, el 16.7% (5) son viudos.

Cuadro No. 3

**ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES EN DPCA HOSPITAL GENERAL
ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001**

Escolaridad	Frecuencia	%
Profesional	9	30.0
Primaria Completa	7	23.3
Primaria Incompleta	7	23.3
Técnico	3	10.0
Bachillerato	2	6.7
Secundaria	2	6.7
Totales	30	100.0

Fuente Directa. El 30% es de nivel profesional, el 23% tienen primaria completa o incompleta respectivamente y el 6.7% es de nivel de escolaridad medio o medio superior.

Cuadro No. 4

**OCUPACION DEL PACIENTE EN DPCA HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN
LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001**

Ocupación	Frecuencia	%
Ninguna	16	53.3
Trabaja	5	16.6
Jubilado	4	13.3
Ama de casa	3	10.0
Pensionado	1	3.3
Estudiante	1	3.3
Totales	30	100.0

Fuente Directa. El 53.3% (21) de los pacientes no realizan ninguna actividad económicamente remunerada incluye pensionados y jubilados.

Cuadro No. 5

**TIEMPO DE PERMANENCIA DE PACIENTES EN EL PROGRAMA DPCA
HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001**

Tiempo en meses	Frecuencia	%
< de 12	15	50.0
12 – 23	6	20.0
24 – 35	5	16.6
36 – 47	1	3.3
48 – 59	2	6.6
60 a más	1	3.3
Totales	30	100.0

Fuente Directa. El 50% (15) de los pacientes tienen menos de 12 meses en el programa, el resto menos de 1- 5 años y más.

CONOCIMIENTO SOBRE DATOS DE INFECCION

Cuadro No. 6

**CONOCIMIENTO DEL PACIENTE EN DPCA SOBRE SINTOMAS DE
INFECCION. HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P.
FEBRERO 2001**

Síntomas Identificados	Frecuencia	%
Dolor, Fiebre, líquido		
Turbio.	12	40.0
Dolor	7	23.3
Dolor y Fiebre	4	13.3
No sabe	4	13.3
Dolor y Líquido Turbio	2	6.6
Líquido Turbio	1	3.3
Totales	30	100.0

Fuente Directa. En 40% (12) de los pacientes identifican los síntomas de infección, el resto identifica por lo menos un síntoma y el 13.3% no los conoce.

PRACTICAS DE AUTOCUIDADO

Cuadro No. 7

FRECUENCIA DE BAÑO PERSONAL DEL PACIENTE EN DPCA. HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001

Baño	Frecuencia	%
Cada Tercer día	20	66.6
Diariamente	9	30.0
Una vez por semana	1	3.3
Totales	30	100.0

Fuente Directa. Según el cuadro, es más frecuente el baño en un 66.6% de los pacientes cada tercer día y en un porcentaje menor (30%), diariamente.

Cuadro No. 8

CAUSAS POR LAS QUE NO TOMA EL MEDICAMENTO EL PACIENTE EN DPCA. HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSÍ. FEBRERO 2001

Causas	Frecuencia	%
No aplica	28	93.3
Error de omisión	1	3.3
Porque no tiene medicamento	1	3.3
Totales	30	100.0

Fuente Directa. Solamente el 6.6% de los pacientes no toman el medicamento indicado, la razón es por olvido o porque no lo tienen, el resto. (93.3%) lo toma como lo tiene indicado.

Cuadro No. 9

**DECISIÓN DEL PACIENTE ANTE SINTOMAS DE INFECCIÓN
HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001**

Decisión	Frecuencia	%
Acude al Hospital	22	73.3
Llama al médico y/o Enfermera	6	20.0
Acude a la Consulta Externa	1	3.3
Otros (lavar el sitio de infección)	1	3.3
Totales	30	100.0

Fuente Directa. El 73.3% (22) acude al hospital a solicitar ayuda profesional, el 20% (6) llama al médico o a la enfermera y el 3.3% (1) decide otras opciones.

Cuadro No. 10

**PERSONA QUE TOMA LA DECISIÓN ANTE SÍNTOMAS DE INFECCIÓN.
HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001**

Persona	Frecuencia	%
Hijo	13	43.3
Esposo (a)	9	30.0
Usted	7	23.3
Madre	1	3.3
Totales	30	100.0

Fuente Directa. El 43.3% son los hijos quienes toman la decisión, en el 30% la pareja y en un 23% (7), es el mismo paciente quien lo hace.

Cuadro No. 11

**ACTIVIDADES QUE EL PACIENTE EN DPCA REALIZA SIN AYUDA
HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001**

Actividades	Frecuencia	%
Aseo Personal, recambio de diálisis y actividades del hogar.	10	33.3
Aseo Personal	9	30.0
Ninguna	7	23.3
Aseo personal y actividades del hogar.	3	10.0
Recambio de diálisis y actividades del hogar.	1	3.3
Totales	30	100.0

Fuente Directa. El 33.3% (10) de los pacientes realizan algunas actividades sin ayuda, y el 23.3% (7) necesita ayuda para realizarlas.

Cuadro No. 12

**ACTIVIDADES DEL PACIENTE EN DPCA FUERA DE SU DOMICILIO
HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001**

Actividades	Frecuencia	%
Sale de compras, pasea, camina.	12	40.0
Ninguna	13	43.3
Sale de compras	3	10.0
Sale de compras y a caminar.	1	3.3
Sale a pasear	1	3.3
Totales	30	100.0

Fuente Directa. El 40% (12) de los pacientes realiza actividades fuera de su domicilio y el 43.3% (13) ninguna actividad.

Cuadro No. 13

**A QUIEN IDENTIFICA EL PACIENTE COMO FUENTE DE INFORMACIÓN
HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO DEL**

Fuente de Información	Frecuencia	%
Enfermera	17	56.6
Médico	4	13.3
Médico /Enfermera	5	16.6
Médico, enfermera, nutricionista, trabajo social	3	10.0
Medico, enfermera, nutricionista.	1	3.3
Totales	30	100.0

Fuente Directa. En el 56.6% (17) se identifica a la enfermera como fuente de información sobre su enfermedad, el resto está entre otros miembros del equipo de salud.

Cuadro No. 14

**APOYO FAMILIAR DEL PACIENTE EN DPCA.
HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001**

Apoyo	Frecuencia	%
Hijos	12	40.0
Esposo(a)	9	30.0
Esposo(a) e hijos	4	13.3
Padres	2	6.6
Hermanos	1	3.3
Vecinos	1	3.3
Todos	1	3.3
Totales	30	100.0

Fuente Directa. El 40% (12) de los pacientes recibe apoyo de la familia, el 30% (9) de la pareja, el resto, de otras personas.

Cuadro No. 15

**OBSERVACION DE CONDICIONES DEL ENTORNO DEL PACIENTE EN DPCA
HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001**

Calificación en puntos		Frecuencia	%
Excelente	90 - 100	25	83.3
Bueno	80 - 89	5	6.6
Regular	70 - 79	3	10.0
Deficiente	60 - 69		
Totales		30	100.0

Fuente Directa. El 83.3% (25) de los pacientes tuvieron las condiciones que se requieren para realizar los recambios en forma adecuada.

Cuadro No. 16

**OBSERVACION DE TECNICA DE DIÁLISIS DEL PACIENTE EN DPCA
HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001**

Calificación en puntos		Frecuencia	%
Excelente	90 - 100	27	90.0
Bueno	80 - 89	3	9.9
Regular	70 - 79		
Deficiente	60 - 69		
Totales		30	100.0

Fuente Directa. En la técnica, el 90% (27) tuvieron de 90 a 100 puntos, el 9.9% (3) de 80 a 89. Las fallas en la técnica de diálisis fueron por omisión al pesar la bolsa, limpiar la superficie de trabajo, colocarse cubrebocas y utilizar pinzas de sujeción.

AUTOPERCEPCION

Cuadro No. 17

ESCALA DE AUTOPERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD EN EL PACIENTE CON DPCA HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001

Item/ Autopercepción	CV	V	NFNV	F	CF	Total
	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %
Su enfermedad le impide realizar las actividades que quisiera hacer.	18 60	5 16.6	0	4 13.3	3 10	30 100
Algunos síntomas de su enfermedad le obligan a alterar sus actividades.	16 53.3	6 20	1 3.3	4 13.3	3 10	30 100
La enfermedad le impide disfrutar las satisfacciones de la vida.	18 60	3 10	1 3.3	5 16.6	3 10	30 100
Su enfermedad le impide trabajar.	21 70	4 3.3	1 3.3	3 10	1 3.3	30 100

Fuente directa. El 70% de los pacientes (21) consideran que la enfermedad les impide realizar actividades que quisieran hacer, trabajar o disfrutar la vida. La escala de Likert (CV-CF) va de 1 a 5 puntos.

Cuadro No. 17 - A

CALIFICACION DE AUTOPERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001

Calificación/ Puntos	Frecuencia	%
Excelente / 17 - 20	1	3.3
Buena / 13 - 16	4	13.3
Regular / 9 - 12	2	6.7
Deficiente / < 9	23	76.6
Total	30	100.0

Fuente: Cuadro No. 17-A. En la calificación, el 76.6% (23) de los pacientes resultaron con una deficiente autopercepción.

Cuadro No. 18

**ESCALA DE AUTOPERCEPCION DE SATISFACCION CON PROFESIONALES
DE SALUD HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P.
FEBRERO DEL 2001**

Item / Autopercepción	CF		F		NFNV		V		CV		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No. %
Está satisfecho con los cuidados que ha recibido de las enfermeras.	1	3.3	1	3.3	3	10	7	23.3	18	60	30 100
Está satisfecho con los Cuidados en general que ha recibido.	1	3.3	3	10	4	13.3	8	26.6	14	46.6	30 100
Está satisfecho con la información que ha recibido sobre su enfermedad.	0		3	10	7	23.3	7	23.3	13	43.3	30 100

Fuente Directa Un 60% (18) de los pacientes están satisfechos con los cuidados recibidos de las enfermeras. El 46.6% (14) están satisfechos con la atención del personal en general y el 43.3% (13) están satisfechos con la información que han recibido de su enfermedad. La escala de Likert (CV - CF) va de 1 a 5 puntos

Cuadro No. 18 - A

**CALIFICACION SOBRE CATEGORIA DE AUTOPERCEPCION CON
PROFESIONALES SANITARIOS. HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS
POTOSI, S.L.P FEBRERO 2001**

Calificación / Puntos	Frecuencia	%
Excelente / 13 - 15	3	43.3
Buena / 10 - 12	12	40.0
Regular / 7 - 9	3	10.0
Deficiente / < 7	2	6.6
Total	30	100.0

Fuente: Cuadro No. 18-A La percepción de los pacientes sobre el personal de salud es excelente en un 43.3%

Cuadro No. 19

CALIFICACION DE LA CATEGORIA SOBRE AUTOPERCEPCION DE BIENESTAR. HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001

Calificación / Puntos	Frecuencia	%
Excelente / 17 -20	9	30.0
Buena / 13 -16	13	43.2
Regular / 9 -12	5	16.7
Deficiente / < 9	3	10.0
Total	30	100.0

Fuente: Cuadro No. 19 – A La calificación del 43.2% (13) es buena y 30% (9) es excelente.

Cuadro No. 19 - A

**ESCALA SOBRE AUTOPERCEPCION DE BIENESTAR
HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001**

Item / Autopercepción	CF		F		NFNV		V		CV		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Las relaciones con su Pareja son buenas	4	13.3	7	No Aplica	1	3.3	7	23.3	11	36.6	30	100
Se siente alegre y animado	4	13.3	2	6.6	8	26.6	8	26.6	8	26.6	30	100
En general recibe cariño, afecto y el amor que necesita	1	3.3	0		3	10	10	33.3	16	53.3	30	100
Se siente capaz de enfrentar su enfermedad.	1	3.3	0		7	23.3	8	26.6	14	46.6	30	100

Fuente: Entrevista de Autopercepción El 53.3% (16) de los pacientes perciben el afecto de las personas que las rodean. El 46.6% (14) se considera capaz de enfrentar la enfermedad, el 36.6% (11) se relaciona bien con su pareja y el 53.2% (16) se siente bien anímicamente. Contrariamente el 26.6% (8) se encuentra en un estado regular de bienestar. La escala de Likert (CV - CF) va de 1 - 5 puntos.

Cuadro 20

**ESCALA SOBRE AUTOPERCEPCION DE AUTONOMIA MOTORA
HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001**

Item / Autopercepción	CV		V		NFNV		F		CF		Total No. %
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Necesita ayuda para, asearse, vestirse.	8	26.6	3	10	1	3.3	8	26.6	10	33.3	30 100
Puede mantener una buena higiene corporal	1	3.3	5	16.6	2	6.6	10	33.3	12	40	30 100

Fuente Directa. En la segunda fila, la escala de Likert puntúa al revés, es decir 1 CF, 2 F, 3 NFNV, 4 V, 5 CV.

Cuadro No. 20 - A

**CALIFICACION DE LA CATEGORIA SOBRE AUTOPERCEPCION DE
AUTONOMIA MOTORA. HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI,
S.L.P. FEBRERO 2001**

Calificación	Necesita ayuda para asearse, vestirse		Puede mantener una buena higiene corporal	
	No.	%	No.	%
Excelente	10	33.3	12	40.0
Bueno	8	26.6	10	33.3
Regular	1	3.3	2	6.6
Deficiente	11	36.6	6	20.0
Total	30	99.8	30	99.9

Fuente: Cuadro 20-A El mas alto porcentaje (36.6%) se dio en la calificación deficiente en cuanto a autonomía motora.

Cuadro No. 21

**ESCALA DE AUTOPERCEPCION DEL ESTADO EMOCIONAL
HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001**

Item / Autopercepción	CV		V		NFNV		F		CF		Total No. %
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Se siente triste	10	33.3	5	16.6	7	23.3	4	13.3	4	13.3	30 100
Le preocupa morir	6	20	4	13.3	3	10	10	33.3	7	23.3	30 100
Le preocupa que su enfermedad empeore	9	30	9	30	5	16.6	4	13.3	3	10	30 100
Está descontento con su apariencia personal	6	20	2	6.6	3	10	12	40	7	23.3	30 100

Fuente Directa En el estado emocional, el 33.3% (10) pacientes se sientes tristes, al 20% (6) no les preocupa morir pero al 30% (9) les preocupa que su enfermedad empeore y al 20% (6) está descontento con su apariencia personal. La escala de Likert (CV - CF) va de 1 a 5 puntos.

Cuadro No. 21- A

**CALIFICACION SOBRE AUTOPERCEPCION DEL ESTADO EMOCIONAL
HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001**

Calificación / Puntos	Frecuencia	%
Excelente/ 17 - 20	2	6.6
Buena / 13 - 16	12	40.1
Regular / 9 - 12	8	26.7
Deficiente / < 9	8	26.7
Total	30	100.0

Fuente: Cuadro no. 21- A El 26.6% de los pacientes se sienten tristes , les preocupa morir , que la enfermedad empeore y están descontentos con su apariencia personal, en el 6.6% estos sentimientos negativos no son tan acentuados o severos.

Cuadro No. 22

**ESCALA DE AUTOPERCEPCION DE SOCIABILIDAD Y MOTIVACION
RECREATIVA HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P.
FEBRERO 2001**

Item / Autopercepción	CF		F		NFNV		V		CV		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Realiza actividades sociales y se relaciona con la gente.	4	13.3	7	23.3	3	10	7	23.3	9	30	30	100
Disfruta leer un libro, oír música, ver televisión.	0		2	66.6	5	16.6	13	43.3	10	33.3	30	100
Le gusta pasar el tiempo con su familia.	0		0		1	3.3	14	46.6	15	50	30	100

Fuente Directa. El 30% (9) realizan actividades sociales, al 33.3% (10) les gusta disfrutar con la familia y realizar actividades que no impliquen relacionarse con la gente, el 50% (15) disfruta estar solamente con su familia

Cuadro No. 22 - A

**CALIFICACION SOBRE AUTOPERCEPCION DE SOCIABILIDAD Y
MOTIVACION RECREATIVA. HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS
POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001**

Calificación/ Puntos	Frecuencia	%
Excelente/ 13 - 15	10	33.3
Buena/ 10 - 12	14	46.6
Regular/ 7 - 9	6	20.0
Deficiente/ <7	0	0.0
Total	30	100.0

Fuente: Cuadro No. 22-A La autopercepción de los pacientes en lo relacionado con actividades sociales es buena en un 46.6% (14); excelente 33.3% (10) y un 20% (6) es regular.

Cuadro No. 23

**CALIFICACION GLOBAL DE AUTOPERCEPCIÓN DEL PACIENTE EN DPCA.
HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001**

Calificación en puntos	Frecuencia	Por ciento
Excelente 40 – 49	5	16.7
Buena 50 – 59	7	23.3
Regular 60 – 69	5	16.0
Deficiente 70 y más	13	43.4
Totales	30	100.0

Fuente Directa En forma general, la autopercepción de los pacientes fue deficiente en un 43.4%, buena en 23.3%, regular en un 16% y excelente en un 16.7%

CRUCE DE VARIABLES

Cuadro No. 24

PAREJA / PRACTICAS DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE EN DPCA HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001

Pareja	Prácticas de Autocuidado				Total	%
	Adecuadas	%	Inadecuadas	%		
SI	16	53.3	6	20	22	73.3
NO	5	16.6	3	10	8	26.6
Total	21	70.0	9	30	30	100.0

Fuente Indirecta: cuadro No. 4

$$\chi^2 = 0.0081 \quad \text{gl} = 1 \quad P = 0.9282 \quad C = 0.0164$$

Las prácticas de autocuidado de los pacientes con pareja son adecuadas en el 53.3% (16) y en el 20% (6) son inadecuadas. Estadísticamente no hay diferencia.

Cuadro No. 25

GENERO/ PRACTICAS DE AUTOCUIDADO HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001

Género	Prácticas de Autocuidado				Total	%
	Adecuadas	%	Inadecuadas	%		
Masculino	16	53.3	7	23.3	23	76.6
Femenino	5	16.6	2	6.6	7	23.3
Total	21	70.0	9	30.0	30	100.0

Fuente Indirecta: cuadro No. 3

$$\chi^2 = 0.142 \quad \text{gl} = 1 \quad P = 0.2063 \quad C = 0.068$$

El sexo masculino realiza de manera adecuada las prácticas en un 53%(16) y un 23.3% (7) de manera inadecuada. Estadísticamente no hay diferencia entre practicas de autocuidado y género.

Cuadro No. 26

EDAD/ PRACTICAS DE AUTOCUIDADO
HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001

Edad	Prácticas de Autocuidado				Total	%
	Adecuadas	%	Inadecuadas	%		
< 60 años	8	26.6	5	16.6	13	43.2
> 60 años	13	43.3	4	13.3	17	56.6
Total	21	70.0	9	30.0	30	100.0

Fuente indirecta: cuadro No. 2

$$\chi^2 = 0.2327 \quad \text{gl} = 1 \quad P = 0.6295 \quad C = 0.09$$

En 26% (8) pacientes menores de 60 años las prácticas de autocuidado son adecuadas y en el 16.6% (5) son inadecuadas. En el 43.3% (13) de los pacientes mayores de 60 años son adecuadas y en el 13.3% (4) son inadecuadas. Estadísticamente no hay diferencia.

Cuadro No. 27

TIEMPO EN EL PROGRAMA/ PRACTICAS DE AUTOCUIDADO
HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001

Tiempo en el Programa	Prácticas de Autocuidado				Total	%
	Adecuadas	%	Inadecuadas	%		
< 12 meses	12	40	3	10	15	50
> 12 meses	9	30	6	20	15	50
Total	21	70	9	30	30	100

Fuente indirecta: cuadro No. 7

$$\chi^2 = 0.6349 \quad \text{gl} = 1 \quad P = 0.4256 \quad C = 0.14$$

El 40% (12) de los pacientes con menos de 12 meses en el programa de DPCA, las prácticas son adecuadas y en el 10% (3) son inadecuadas. El 30% (9) de los pacientes con 12 meses o más de permanencia son adecuadas y en el 20% (6) no lo son. Estadísticamente no hay diferencia.

Cuadro No. 28

**AUTOPERCEPCION GLOBAL/ PRACTICAS DE AUTOCUIDADO
HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001**

Autopercepción	Prácticas de Autocuidado				Total	%
	Adecuadas	%	Inadecuadas	%		
Alta	2	6.6	3	10	5	16.6
Media	10	33.3	3	10	13	43.3
Baja	9	30	3	10	12	40
Total	21	70	9	30	30	100

Fuente indirecta: Cuadro No. 33

$$\chi^2 = 2.5824 \quad gl = 2 \quad P = 0.2749 \quad C = 0.28$$

En 6.6% (2) pacientes con alta autopercepción son adecuadas las prácticas de autocuidado y en 10% (3) son inadecuadas, en 33.3% (10) con autopercepción media son adecuadas y en 10% (3) inadecuadas, en 30% (9) con autopercepción baja son adecuadas y en el 10% (3) inadecuadas. Estadísticamente no hay diferencia.

Cuadro No. 29

**ESCOLARIDAD/ PRACTICAS DE AUTOCUIDADO
HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001**

Escolaridad	Prácticas de Autocuidado				Total	%
	Adecuadas	%	Inadecuadas	%		
Alta	11	36.6	5	16.6	16	53.2
Baja	10	33.3	4	13.3	14	46.6
Total	21	70.0	9	30.0	30	100.0

Fuente indirecta: Cuadro No. 5

$$\chi^2 = 0.0574 \quad gl = 1 \quad P = 0.81 \quad C = 0.24$$

En el 36.6% (11) de los pacientes con escolaridad alta son adecuadas las prácticas y en el 16.6% (5) no lo son. En el 33.3% (10) con escolaridad baja son adecuadas y en el 13.3% (4) son inadecuadas. Estadísticamente no hay diferencia.

Cuadro No. 30

CONOCIMIENTOS/ PRACTICAS DE AUTOCUIDADO
HOSPITAL GENERAL ISSSTE. SAN LUIS POTOSI, S.L.P. FEBRERO 2001

Conocimientos de Infección	Prácticas de Autocuidado				Total	%
	Adecuadas	%	Inadecuadas	%		
Alto	8	26.6	4	13.3	12	40
Regular	3	10.0	3	10.0	6	20
Bajo	10	33.3	2	6.6	12	40
Total	21	70.0	9	30.0	30	100

Fuente indirecta: Cuadro No. 11

$$\chi^2 = 2.22$$

gl = 2

P = 0.33

C = 0.26

En el 26.6% (8) con alto nivel de conocimientos fueron adecuadas las prácticas de autocuidado y en el 13.3% (4) inadecuadas, en el 10% (3) con nivel regular fueron adecuadas y en el 10% (3) no. En el 33.3% (10) de nivel bajo fueron adecuadas y en el 6.6% (2) inadecuadas. Estadísticamente no hay diferencia



VI. DISCUSIÓN

El análisis de los resultados que a continuación se presentan, se realizó con base en los objetivos, la hipótesis y el marco teórico de la presente investigación.

El total de pacientes inscritos en el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria del Hospital General ISSSTE de San Luis Potosí es de 57 (100%), de ellos se tomó una muestra por conveniencia de 30 (52%) pacientes, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el estudio.

Al analizar la caracterización de la muestra se encontró que los pacientes requieren de cuidadores, los cuales fueron la fuente de información en un 93%. Debido a que los pacientes se referían cansados, con problemas de movilidad motora, disminución en la capacidad visual. El rango de edad de los pacientes está entre los 10 y 89. La población se concentra entre los 40 y 69 años (73.3%). Ver cuadro No.1.

En relación a ello, las estadísticas de la Secretaría de Salubridad del Estado (1996) refieren que las edades donde se presentan más casos de insuficiencia renal son de 65 a 75 años, en el presente estudio aproximadamente el 50% de los pacientes se encuentra en este grupo etáreo lo que establece una relación directa entre la edad y el alto riesgo para desarrollar IRC.

Es necesario tener en cuenta que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial son los principales factores que conducen a enfermedades crónicas y están muy relacionadas con los factores ambientales como son: estilos de vida, de alimentación y factores emocionales (factores estresantes en su vida diaria) (Latorre, 1992)³².

Al hacer el cruce de variables entre la edad y las prácticas de autocuidado, se encontró que no existe una asociación estadística entre estas; es decir, las prácticas de autocuidado son iguales en menores de 60 y mayores de 60 años. Ver cuadro No.26. $\chi^2 = 0.2327$ C= 0.09 ya que la P es mayor de 0.5 y el coeficiente de contingencia es menor a 1.

Como se señaló anteriormente en la medida en que aumenta la edad, aumentan también los factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónico degenerativas (DM e HTA), las cuales pueden complicarse con insuficiencia renal crónica, aunado a que el riñón experimenta disminución de la masa, el filtrado glomerular y el flujo sanguíneo con el envejecimiento. Las pruebas histológicas muestran daño arteriolar crónico. (Rodríguez Puyol)³³.

El genero masculino es el grupo predominante en el programa de diálisis (76%). La causa probable puede estar dada en que las mujeres acuden más con el profesional de la salud para atender sus necesidades sentidas y/o reales de salud (Rodríguez 1995), por lo cual se detectan en forma oportuna los problemas de salud. Los registros de pacientes en diálisis crónica muestran generalmente una mayor proporción de hombres pero, no existen pruebas de que el sexo masculino condicione la progresión de la IRC (Rodríguez, 1995)³⁴. Al realizar las pruebas estadísticas de χ^2 y el coeficiente de contingencia entre las prácticas de autocuidado y el genero del paciente, se encontró que no existe relación entre estas variables. Ver cuadro No. 25. $\chi^2 = 0.142$ C= 0.068

En cuanto a estado civil, el 73.3% vive con su pareja, el resto (13.3%) se encuentran separados, divorciados o solteros. Ver cuadro No. 2. Se pensaría que el hecho de contar con una pareja establecería beneficios en lo relacionado con mejores prácticas de autocuidado, pero al aplicar las pruebas estadísticas entre pareja y prácticas de autocuidado, el resultado: $\chi^2 = 0.0081$, C= 0.0164 establece



que no existe diferencia en las prácticas de autocuidado de los pacientes que tienen pareja con las que no, y coincide con que, quien da apoyo son los hijos. Ver cuadro No. 24

En lo referente a la escolaridad, el 40% de los pacientes tienen un nivel profesional o carrera técnica y el 60% tiene primaria completa o incompleta, secundaria y bachillerato. Ver cuadro No. 3. Aun cuando hay un porcentaje importante de pacientes con primaria solamente, es relevante destacar que todos son alfabetas dentro del programa. La importancia de la escolaridad radica en que a mejor preparación, existirían mayores posibilidades de acceso a la comprensión de la información que se requiere para el manejo de su problema de salud; sobre todo en lo relativo al autocuidado, sin embargo al hacer el cruce de variables con las pruebas estadísticas, se encuentra que no existe relación entre el nivel de escolaridad y las prácticas de autocuidado, es decir que el nivel de escolaridad no afecta las prácticas de autocuidado puesto que se dan de igual forma entre gente que solo es alfabeto y los profesionales. $\chi^2 = 0.0574$ C= 0.24 Ver cuadro No. 29.

En lo relacionado a la ocupación es importante hacer notar que todos los pacientes tienen un sueldo fijo, ya que desempeñan o desempeñaron un trabajo para el gobierno, lo cual les permite tener el beneficio de la seguridad social, lo que resuelve la mayoría de los gastos que conlleva la enfermedad, puesto que la institución les proporciona atención para la salud por personal profesional y material de curación entre otras cosas, que gran parte de la población con esta misma enfermedad y un empleo inestable o desempleados, no recibe.

Los pacientes no realizan una actividad productiva puesto que el 69.9% son pensionados o jubilados; los demás (29.9%) Ver cuadro No. 4, realizan alguna actividad como: trabajar, estudiar o ser ama de casa. Llama la atención que un gran porcentaje de los pacientes no realizan actividades productivas (remuneradas) sin embargo se reconoce que no se exploró si realizan alguna otra



como autoempleados, al realizar algún oficio en su casa para ayudarse económicamente. Es necesario tener en cuenta que el hecho de no realizar una actividad que acostumbran llevar a cabo durante años de trabajo laboral, provoca en los pacientes sentimientos de depresión. (Lipkin, 1984)³⁵. Ya que el trabajo está relacionado con el estatus social y el autoestima de las personas.

Llama la atención que el 50% de los pacientes tienen menos de 12 meses de permanencia en el programa de DPCA Ver cuadro No. 5. Esto puede deberse tal vez al aumento progresivo de enfermos con insuficiencia renal crónica, En México, el ingreso a diálisis reporta 131.1 pacientes por millón de habitantes por año (Alvarez, 1999). En el ISSSTE de San Luis Potosí en 1995 había registrados 658 casos de IRC y en 1999, en el mismo hospital se encontró un incremento de 2486 casos, Esto es alarmante ya que quiere decir que casi se triplicó el número de enfermos renales en 4 años, aunque se reconoce que esto puede ser por el aumento en la cobertura de la institución de seguridad social o bien derechohabientes que antes acudían a instituciones privadas, ahora acuden a la seguridad social; debido al aumento en el costo de la medicina privada.

Por otra parte, casi el 50% de los pacientes tienen de 1 a 4 años de permanencia en el programa de diálisis; la permanencia es corta según un estudio realizado en una institución de seguridad social en 1999 donde la permanencia en el programa de diálisis peritoneal es de 2-3 años, esto puede deberse al traslado de pacientes a otro tipo de programas (trasplante renal o hemodiálisis). Guía técnica para el manejo de pacientes con IRC, ISSSTE, (2000)³⁶.

Al buscar la asociación estadística entre el tiempo de permanencia en el programa y las prácticas de autocuidado se encontró que no existe asociación $\chi^2 = 0.6349$ $C = 0.14$ (Ver cuadro No. 29) es decir que no hay diferencia entre menor tiempo de permanencia en el programa. Aunque cabe señalar que en lo referente a la técnica de diálisis, en la práctica profesional, se observa que a mayor tiempo en el



programa mayor habilidad para realizar el procedimiento, sin embargo se reconoce que el procedimiento es solamente uno de los elementos del programa.

En cuanto a las prácticas de autocuidado, el 66.6% de los pacientes llevan a cabo el baño cada tercer día y el 30% diariamente y solo el 3.3% lo realizan una vez por semana. Ver cuadro No. 7. En el cambio de ropa la relación se invierte pues el 63.3% lo hace diariamente y el 36.6% cada tercer día; las normas de educación para la salud de la SSA (1983)³⁷ establecen que estas prácticas se consideran adecuadas, puesto que al menos, cada tercer día, debe realizarse este procedimiento, el 50% de los pacientes del programa llevan a cabo el cambio de ropa y baño cada tercer día; aunque esto es deseable diariamente, y en el entrenamiento se establece de esta manera, teniendo en consideración las necesidades personales y el que los pacientes se encuentran en ambientes limpios (hogar) es aceptable que realicen las prácticas de higiene cada tercer día, con excepción del aseo del catéter que debe ser diario, en relación a ello se encontró que éste lo realizan diariamente el 56.6% y el 43.3% cada tercer día

La importancia del aseo diario del catéter es para disminuir el riesgo de infecciones, ya que "la peritonitis y la infección del sitio de salida son las causas más frecuentes de morbilidad, y a largo plazo las principales causas de falla técnica de diálisis". Rodríguez (1998)³⁸.

Uno de los objetivos del programa es explorar los conocimientos que tiene el paciente en cuanto a identificar los signos y síntomas subjetivos de infección que fueron manejados durante el curso de DPCA. Los resultados encontrados señalan que el 59.9% de ellos conocen de 2 a 3 síntomas, en tanto que el 26.6% identifica uno y el 13.3% no identifica ningún signo o síntoma sugestivo de infección, ver cuadro No. 6, este dato llama la atención pues es reconocido que el dolor representa un dato universal que nos indica la presencia de algo anormal en el organismo. (Terapias Naturales contra el envejecimiento, R. D. 2001)³⁹, es por ello



significativo que el 40% no lo reconozcan como un dato de alarma, sin embargo se piensa que podría haber un sesgo en la información ya que el 93% del cuestionario fue contestado por el cuidador, quien podría ser el cuidador habitual, pero no quien recibió el entrenamiento; o se transmitió la información posteriormente a otra persona de la familia, limitándose esta únicamente al manejo técnico del recambio de diálisis. Esta situación puede ser posible si se toma en cuenta que son enfermedades de evolución muy larga lo cual produce un desgaste continuo, no solo en el paciente sino en toda la familia, principalmente en el cuidador. (Latorre, 1992)⁴⁰.

Es necesario señalar que los conocimientos se obtienen de diversas fuentes: libros, revistas, periódicos, internet, radio, televisión, profesores, entrenadores, vecinos, amigos, familiares y personal de salud, sin embargo en el presente estudio hacemos referencia a aquellos conocimientos (que se transforman en prácticas) revisados en el curso de adiestramiento para DPCA, sin ignorar, además que "el conocimiento es el esfuerzo deliberado por relacionar los nuevos conocimientos con los de nivel superior ya existentes en la estructura cognoscitiva". (Pozo 1997)⁴¹. Según lo anterior, se acepta que el conocimiento lo adquiere el paciente de fuentes diversas, no solo de lo transmitido por el personal de enfermería; pero en este caso la evaluación se basó solamente en lo revisado durante el curso. Al establecer el cruce de variables entre el nivel de conocimientos sobre datos de infección y las prácticas de autocuidado se encontró que no existe relación entre ellas. $\chi^2= 2.22$ C= 0.26 Ver cuadro No.30

En lo referente a las prácticas de adherencia terapéutica se consideran los recambios de bolsa gemela los cuales realiza el 96.6% de los pacientes, de acuerdo a lo indicado por el médico. Otro de los aspectos básicos en la adherencia terapéutica es lo relativo a la dieta, encontrándose que el 73.3% de los pacientes, consumen la dieta indicada por el médico, lo cual significa que un 20.61 no la sigue, este hecho cobra importancia al considerar que el aspecto

concerniente a la dieta es tan importante como los recambios de bolsa de diálisis y el tratamiento farmacológico, ya que es posible controlar la IRC con régimen dietético exclusivamente en las primeras fases de la enfermedad, cuando el filtrado glomerular está en más o menos de 50 ml/min, posteriormente se combina en el tratamiento, la dieta los medicamentos y la diálisis. Las posibles causas de la falta de adherencia terapéutica en la dieta podrían atribuirse a varios factores como son: la elaboración de alimentos diferentes del resto de la familia, es decir, el sentirse excluido el paciente en la hora de los alimentos de la familia por tener dieta especial, insatisfacción por tener alimentos restringidos o la inapetencia (hiporexia), el que no se le prepare una dieta especial según lo indicado, falta de claridad en el entrenamiento, sobre la importancia de la dieta y el tipo de alimentos que puede ingerir.

En lo que respecta al tratamiento farmacológico, el 96.6% de los pacientes refieren ingerir los medicamentos de acuerdo a lo indicado; el 6.6% de los pacientes que refieren no hacerlo, señalan que es por no disponer del medicamento o bien porque se olvidan de hacerlo. Ver cuadro No. 8. En la medida en que el paciente cumpla el orden de lo estipulado por el médico en cuanto a número de recambios, higiene y dieta, podrá afirmarse que el paciente está practicando la adherencia terapéutica. Puente. (1984)⁴².

Las dos primeras indicaciones no representan problema para el paciente, no así en lo referente a la dieta ya que aún es considerable la cantidad de los que no logran integrarse al seguimiento de una dieta. Podría ser por las restricciones que presenta la enfermedad, tal vez porque no son agradables para ellos las limitaciones de la dieta o simplemente no aceptan el rol de enfermos. La negación es un mecanismo de defensa en el cual los enfermos evitan lo que implica la enfermedad. Latorre (1992)⁴³.



Al explorar la decisión que se toma ante datos de infección, se encontró que el 96.6% solicitan ayuda profesional al acudir al servicio de hospitalización, el 73.3% a la consulta externa el 3.3%, y un 20% llama al médico y/o enfermera. Ver cuadro No. 9. Se hace notar que la totalidad de la muestra, toma decisiones orientadas a la solución del problema (posible infección), sin embargo al cuestionar anteriormente cuales eran los datos sugestivos de infección, un 13.3% no menciona (identifica) ningún síntoma de infección, por lo cual podría ser que se actúa en forma intuitiva al pedir ayuda, aunque con una base de conocimientos que se proporcionaron en el entrenamiento de DPCA, o el ítem que exploró este punto fue confuso. Características demográficas, socioculturales y psicológico sociales influyen sobre la decisión que la persona toma al solicitar ayuda profesional y usar los servicios sanitarios. Taylor, (1986)⁴⁴.

Las personas que toman la decisión de qué hacer, ante los síntomas de infección son los hijos y la esposa (73.3%); es necesario destacar que ésta decisión la toma solamente el 23.3% de los pacientes. Ver cuadro No. 10. Aunque se reconoce que la decisión se toma entre los miembros cercanos de la familia, la primera persona involucrada es el paciente, obedeciendo al principio bioético de autonomía que establece que "una persona autónoma es capaz de tomar decisiones racionales y libres y actuar de acuerdo con ellas" (documento de bioética de la especialidad, 1998)⁴⁵ por otra parte son decisiones de vida, lo cual lleva a cuestionar como se toma la decisión y en que medida el paciente participa en ella. El decidir que hacer ante determinadas situaciones es una manifestación de autonomía, ya que estas no están limitadas al aspecto motor.

Al explorar la autonomía motora del paciente, encontramos que el 23.3% de los pacientes requieren de ayuda para satisfacer sus necesidades de autocuidado en el aseo personal, participación en actividades del hogar y hacerse los recambios de diálisis y el 76.6% las realiza sin ayuda (Ver cuadro No. 11), lo cual sugiere independencia motora básica y el 56.6% de los pacientes realiza algún tipo de

actividad fuera de casa como es salir de compras y/o pasear y/o caminar (ver cuadro No.12) incrementándose el porcentaje de los pacientes cuya vida está seguramente limitada al hogar (43.3%). Teniendo en cuenta que el 50% de los pacientes tienen menos de un año en el programa de DPCA y por lo tanto es de esperar que el deterioro físico no sea tan severo para no salir. Llama la atención este dato, lo cual podría explicarse por la reacción a la enfermedad, puesto que tienden al aislamiento social.

Si bien se encuentra que la mayoría de los pacientes tienen un fuerte apoyo familiar, otro tipo de apoyos es importante, tal como el apoyo social al que pertenece el personal de salud, al indagar a quien identifica el paciente o cuidador, como principal fuente de información, la respuesta del 56.6% fue que es la enfermera (ver cuadro No. 14), un 13.3% el médico/ enfermera, el 10% al equipo interdisciplinario; estos resultados señalan claramente como su única fuente de información a la enfermera, lo cual puede deberse a diversas circunstancias, la primera podría obedecer al hecho de ser una enfermera quien proporciona el programa DPCA, además la enfermera permanece las 24 horas con el paciente hospitalizado, lo cual significa que es el elemento con preparación específica en el área de la salud que se encuentra disponible.

Rodríguez (1996)⁴⁶ señala en relación a la enfermera que "es insustituible, la formación básica que ha tenido le permite interactuar en los procedimientos especializados con mayor humanismo, creatividad, madurez, confiabilidad, seguridad y bases científicas", lo cual podría explicar el acudir a la enfermera como una de las primeras opciones al requerir ayuda.

El apoyo social lo recibe el paciente de la familia, principalmente de los hijos y la pareja (70%) y en un 29.8% de otros (pareja e hijos, padres, hermanos, vecinos). Ver cuadro No.13. Llama la atención que un porcentaje alto sea la familia quien apoya al paciente, esto puede deberse a que en nuestro sistema social, la familia



aún es la base de la sociedad prevaleciendo los principios y valores de respeto y solidaridad que se han transmitido de padres a hijos. Llor (1998)⁴⁷ señala que "La importancia del apoyo social es el beneficio terapéutico y preventivo que se produce en el individuo al amortiguar los sucesos vitales que viven las personas". Para los enfermos crónicos es importante contar con el apoyo de los que viven a su alrededor puesto que contribuyen a superar la depresión que conlleva la enfermedad. Alvarez (1999)⁴⁸ tiene similares resultados en cuanto al apoyo social, ya que el paciente percibe un mayor apoyo de los familiares (esposos, hijos, hermanos, padres).

Al aplicar la guía de observación sobre la práctica de la técnica de recambio de bolsa gemela, se verificó que el 83.3% reúne las condiciones del entorno, que se requieren para realizar los recambios y, el 16.6% tiene fallas en la iluminación de la habitación donde se realiza el recambio o en contar con una superficie de trabajo adecuada para hacer los recambios de la bolsa de diálisis o en la limpieza del lugar de almacenaje de las bolsas de diálisis. Esto es importante para evitar errores durante el proceso del procedimiento, y disminuirá los riesgos hospitalización por esta causa. Cabe señalar que algunas casas carecían de algún elemento indispensable, pero la gran mayoría contaba con todos los elementos requeridos para realizar una buena técnica. Ver cuadro No. 15

Sin embargo en la observación de la técnica los resultados fueron que, el 90% de los pacientes tuvo de 90 a 100 puntos y el 9.9% 80 a 89 puntos, lo cual es aceptable. Ver cuadro No. 16. Las fallas en la técnica fue la omisión al pesar la bolsa de diálisis ó limpiar la superficie de trabajo ó colocarse cubrebocas ó utilizar pinzas de sujeción. Ello nos lleva a pensar que se da mayor énfasis a la técnica dialítica en esencia y se resta importancia a las condiciones adecuadas para la realización de la misma, se considera relevante detectar estas fallas, ya que se reporta como complicación un caso de peritonitis por cada 15 pacientes de diálisis. (Molina, 2002)⁴⁹.



En lo relativo a la observación de las condiciones del sitio de inserción del catéter se encontró que el 96.7% tuvieron una calificación de 90 a 100 puntos (calificación máxima) el resto un 3.3% (un paciente) presentó salida de pus o sangre. Al observar las prácticas de higiene, resultó que el 80% de los pacientes las realizaba en forma adecuada, el resto 20% considerando que el resultado es congruente con lo interrogado, en el que los pacientes cada tercer día se bañan (66.6% y se cambian de ropa un (36.6%). Las fallas fueron en la limpieza de la ropa y en las uñas, lo cual es mínimo pues solo el 1% presentó datos de infección, esto quiere decir que casi el 100% de los pacientes están realizando adecuadamente el aseo del sitio inserción del catéter.

La autopercepción se considera la imagen que de sí mismo tiene el paciente, esta se calificó primero en cada categoría individual para conocer cual era el área afectada y posteriormente de manera global para determinar su autopercepción. Los resultados en las categorías individuales fueron los siguientes: en el área de salud enfermedad el 76.6% su autopercepción es deficiente. Ver cuadro No. 17-A Esto indica que el paciente sabe y aparentemente acepta que está enfermo y que su enfermedad es crónico degenerativa, ya que le obligó a alterar sus actividades y el trabajo, además se percibe el deterioro físico en ésta área, lo cual interfiere con el autoconcepto.

En cuanto al bienestar del paciente, el 59.9% se refieren como excelente y buena autopercepción. Ver cuadro No. 19-A. Al revisar cada ítem, el que tiene una percepción deficiente es el relacionado con la pareja, esto contrasta con el hecho de que el apoyo social que reciben es precisamente el de la pareja, lo cual podría indicar que aunque recibe este apoyo; la relación entre ellos pareciera no ser del todo satisfactoria para el paciente.

En relación a la autonomía motora, el 56.6% está entre excelente y buena. En tanto que, la autonomía de los pacientes es buena y regular en el resultado, casi el



50% de los pacientes requiere ayuda para llevar a cabo la higiene más elemental. Ver cuadro No. 20-A. La autonomía del paciente es muy subjetiva porque aún cuando algunos pacientes toman sus propias decisiones, la mayoría de las veces son los familiares o cuidadores los que llevan la iniciativa; además de esto, los pacientes requieren ayuda para realizar actividades fuera del domicilio y en ocasiones en el mismo domicilio dependen de alguien para satisfacer sus necesidades más mínimas.

Lo anterior está relacionado con Villegas (1996)⁵⁰ quien señala que en la calidad de vida del paciente hay un mayor deterioro en la dimensión física (ambulación, ejercicio, cuidado, e higiene corporal). En lo relativo a la prestación de la atención en profesionales de la salud, el 83.4% está entre excelente y buena, lo cual quiere indicar que la autopercepción hacia este personal es satisfactoria. Ver cuadro No. 18-A.

Al revisar por ítem, señalan a la enfermera en primer lugar como proveedora del cuidado de la salud y están satisfechos con la atención proporcionada; por lo tanto, la autopercepción es buena. Ello es congruente con los resultados anteriores en los que se señala que el 56.6% identifica a la enfermera como única fuente de la información.

En lo referente al estado emocional, el 53.4% señalan que están entre regular y deficiente y un 40.1% como bueno. Ver cuadro No. 21-A. Esto puede explicarse porque la enfermedad a menudo origina ansiedad y temor, ya que esta además impone limitaciones y las personas requieren tener dominio sobre su vida.

En cuanto a motivación recreativa, se encontró que la autopercepción del paciente está entre excelente y regular en un 79,9%. Ver cuadro No. 22-A. De acuerdo a los ítems de esta categoría, la fuente de motivación más importante se encuentra en la participación con la familia y el buscar distractores en forma individual o en

grupo. Como señala Myers (1999)⁵¹, la motivación se obtiene al hablar y convivir con otras personas con quien tienen lazos afectivos, lo cual podría tener el efecto modulador que contribuya a mantener la esperanza en la vida de los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas.

En cuanto a la calificación de la autopercepción en general, se encontró que los pacientes están entre regular y deficiente, lo que significa que la mayoría (59.4) de los pacientes tienen una deficiente o baja autopercepción, lo que sugiere que el impacto de la enfermedad es muy alto en ellos. Ver cuadro No. 23. De acuerdo con Lipkin (1984)⁵² las enfermedades crean con frecuencia problemas de interacción social para los pacientes; algunos de ellos se aíslan socialmente por lo que sienten una gran necesidad de afecto y apoyo por parte de los demás.

Al hacer el cruce de variables con χ^2 y Coeficiente de contingencia, el resultado establece que la autopercepción no tiene relación con las prácticas de autocuidado. $\chi^2= 2.5824$, $C= 0.28$. Ver cuadro No. 28. Pero al explorar la calidad de vida de los pacientes en DPCA, Rodríguez (2000)⁵³ tuvo como resultado que esta se encuentra alterada principalmente en su área física y emocional, lo cual se relaciona con los resultados del presente estudio en cuanto a la baja autopercepción del paciente principalmente en las áreas mencionadas.



VII. CONCLUSIONES

La caracterización de la muestra es la siguiente: la edad de los pacientes estuvo entre los 14 y los 80 años, el género masculino es el grupo predominante entre los integrantes del programa DPCA; la mayoría vive con su pareja, todos los pacientes son alfabetas, más de la mitad tienen estudios de primaria, el resto tiene un nivel profesional o carrera técnica, la mitad de los pacientes tienen menos de 12 meses de permanencia en el programa. Al hacer el cruce entre los factores sociodemográficos y las prácticas de autocuidado del paciente, no se encontraron diferencias estadísticas.

La pregunta que explora el saber del paciente es la relacionada con datos de infección. Las respuestas indican que tan solo el 59.9% conocieron los datos de infección que se manejaron durante el curso. Sin embargo ante síntomas de infección las prácticas de autocuidado pueden considerarse adecuadas, ya que establecen acciones dirigidas a la corrección del problema, el resto de los conocimientos están dirigidos hacia las prácticas de autocuidado. (conocimientos traducidos en conductas).

Las conductas de adherencia terapéutica están dadas por los recambios de diálisis, la dieta, la toma de medicamentos y el conocimiento sobre datos de infección. Esta adherencia es adecuada casi en todos los pacientes, pero aún hay deficiencias; principalmente en lo referente a la dieta, donde falta todavía reforzar la conducta del paciente y enfatizar en la importancia de su seguimiento además, de un manejo más claro y preciso del personal hacia el concepto de nutrición.

En lo que corresponde a la dieta, un 73.3% la lleva bien, de acuerdo con lo indicado, pero todavía un 20.61% tiene dificultades para seguirla, lo que sugiere reforzar la conducta del paciente hacia seguimiento de la dieta.

En cuanto a las prácticas de aseo; aunque se refieren como buenas, en la práctica se detectó que no corresponde a lo referido, ya que se encontraron deficiencias en cuanto a ellas en el paciente, aunque fueron mínimos. En el aseo del catéter, aunque un paciente presentó datos de infección, de forma global la práctica se considera aceptable.

Las prácticas de autocuidado comprenden la frecuencia de recambios de diálisis, la dieta, toma de medicamentos, conocimiento sobre datos de infección, prácticas de aseo (baño personal, cambio de ropa) aseo del catéter. Estos elementos de autocuidado son revisados en el curso de DPCA que proporciona la enfermera. Las prácticas de autocuidado se presentaron como sigue: Los conocimientos se consideran regulares, pero la práctica de ellos es buena porque ante datos de infección acuden con el personal de salud adecuado.

La práctica del paciente en la técnica de diálisis se considera aceptable, hubo algunas fallas en las condiciones del lugar donde se realiza el procedimiento y en el proceso de la técnica, pero fueron mínimas.

La autopercepción general de los pacientes es deficiente en un 59.4% el área más afectada es la autopercepción de salud - enfermedad; lo que significa que el impacto de la enfermedad es muy alto en ellos aún cuando las otras áreas están entre excelente y buena. Existe una buena percepción en la atención que proporciona el personal de salud, en el que destaca enfermería, lo cual indica que este último está respondiendo a las demandas de atención, al menos en la mayoría de los pacientes del estudio.

Con relación a la hipótesis del estudio, esta se considera nula. Aunque se encontraron algunas diferencias en el trabajo, estas no presentan significancia estadística, es decir, el contar con pareja, género, edades, tiempo en el programa de DPCA, escolaridad, conocimientos sobre infección y la autopercepción del



paciente en relación a su enfermedad no tienen asociación con que las prácticas de autocuidado sean mejores o peores desde el punto de vista estadístico, sin embargo se percibe alguna diferencia en ello, lo cual puede ser resultado de la muestra pequeña o bien, asumir que las funciones de cuidado las realiza el cuidador habitual.

El estudio permitió reflejar los puntos débiles en las prácticas de autocuidado del paciente, lo que ayudará a planear mejor su entrenamiento en el programa DPCA, optimizando los recursos tanto materiales como humanos dentro de la institución, al disminuir los reingresos continuos por causas prevenibles mediante la educación del paciente, y al mismo tiempo, se implementarán los conceptos de eficiencia, equidad y calidad.



VIII. LIMITANTES

- ❖ Muestra pequeña para el manejo estadístico

- ❖ Se considera que la pregunta sobre la dieta del paciente requiere mayor precisión, al igual que la que explora los signos de infección.

- ❖ Las investigaciones encontradas sobre el paciente con insuficiencia renal crónica están dirigidas a la supervivencia de la diálisis peritoneal, entrenamiento por enfermeras para manejo de diálisis peritoneal y sobre calidad de vida; sin embargo, la mayoría explora cifras de filtración glomerular y depuración de creatinina, cabe señalar que no se encontraron antecedentes de estudios que involucraran al paciente con insuficiencia renal crónica con características semejantes al presente estudio.



IX. RECOMENDACIONES

Para estudios posteriores

- ❖ Aumentar el tamaño de la muestra en estudios posteriores, para aplicar más pruebas estadísticas y reafirmar o negar los resultados encontrados
- ❖ Afinar los ítems sobre la dieta del paciente, ya que requiere mayor precisión, al igual que el ítem que explora los saberes del paciente sobre autonomía y signos de infección.
- ❖ Desarrollar estudios de investigación comparativos en instituciones con características similares. esto es con la finalidad de enriquecer los programas que se llevan en las instituciones y posibilitar mejoras en el manejo de los pacientes.

Para los responsables del servicio de diálisis

- ❖ Fortalecer el trabajo multidisciplinario en el manejo de los pacientes con DPCA (trabajo social, nutricionista, médicos, enfermeras, entre otros), con el propósito de mejorar las prácticas de autocuidado del paciente y el apoyo que éste recibe del equipo.
- ❖ Promover grupos de auto ayuda para pacientes con DPCA, se ha visto en la práctica diaria que si un paciente comparte sus experiencias con otras personas con el mismo padecimiento, la percepción hacia los demás y hacia él mismo cambia, al recibir apoyo por parte del mismo grupo, mejorando su autopercepción y su calidad de vida.
- ❖ Promover visitas domiciliarias por enfermería, a fin de supervisar y apoyar la implementación de los elementos revisados en el curso educativo y establecer medidas correctivas que se den en el proceso.

-
-
- 
-
- ❖ Anamnesis intencionada a los pacientes y familiares sobre las condiciones en que se encuentran en el hogar y si es posible realizar una visita domiciliaria para verificar su entorno y establecer estrategias que permitan de acuerdo a su disposición económica modificar la enseñanza al paciente y su familia sobre el lugar y condiciones donde se realizarán los recambios, a fin de asegurar prácticas de diálisis totalmente seguras.

Para el personal de Enfermería.

- ❖ Enseñarles a diseñar dietas con alimentos intercambiables más variados, de acuerdo a su presupuesto, previa capacitación del personal del servicio. En el aseo personal hacer énfasis en la importancia de éste, sobre todo en el aseo del catéter, para disminuir riesgos de infecciones.



BIBLIOGRAFÍA

- Poder Ejecutivo Federal. Programa De Reforma al Sector Salud. 1995 – 2000 pp 1 – 120. ^(1,15)
- Balderas P M. Etica de Enfermería Mc. Graw-Hill Edit. Mexicana, 1998. ⁽²⁾
- Molina Robinson J. Medicina Interna, HRRB 2002 2002. <http://www.Portalnefro.com/enlaces/0707014.htm> ^(3,13, 49)
- Leaños, M, A. Factores Predictivos de Sobrevida de Pacientes en Diálisis Peritoneal. Revista de Investigación Clínica, 1997; Pp. 47- 350. ⁽⁴⁾
- Latorre Postigo, J. M., Beneit Medina, P. J. La Comunicación en la Relación entre el Paciente y el Profesional de la Salud. Psicología de la Salud.1992; Editorial Lumen, pp. 190 – 200 ^(5,32, 40, 43).
- UNAM ENEO BAXTER. Diplomado en Enfermería Nefrológica. 1988. Coordinación de Universidad Abierta y Educación a Distancia. ⁽⁶⁾
- Alvarez, R. Educación para la Salud. Manual moderno. México. 1995 ^(7, 18, 19, 31,48)
- Guía técnica para el manejo de pacientes con IRC ISSSTE, 2000 ^(8, 9, 10, 36)
- Rodríguez Zamora C. y cols. Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis. Desarrollo Científico de Enfermería. 1996; 5 (8) ^{11, 14, 46}
- BAXTER. Un Panorama de la Terapia Renal, 1995. ¹²
- Llor, B., Abad, M.A.García, M., Nieto, J. Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud. 1998; Edit. Interamericana. Mc. Graw- Hill. pp. 235-246 ^{17.}



Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 1995 – 2000 ²⁰

Latorre P. La Comunicación en la Relación entre el Paciente y el Profesional de la Salud. *Psicología de la Salud*. 1994; Editorial Lumen. pp. 184 – 186. ²¹

Ortiz Villaverde R. Paciente Nefrópata como Agente de Autocuidado. *Rev. Desarrollo Científico de Enfermería* 5 (10), 1997 ^{22, 25}

Orem, D. E. *Modelo de Orem*. Barcelona 1993. Editorial Masson-Salvat. 4ª edición. ²³

Díaz N. L. Grupo de Autocuidado de Diabetes Mellitus tipo II. *Salud Pública de México*. 1993. Vol. 35 No. 2. ²⁴

Gallegos Cabriales, E. Validez y Confiabilidad del Instrumento: Escala de Valoración de las Capacidades de Autocuidado. *Desarrollo Científico de Enfermería*. 1998. ²⁶

López E. J. Aspectos Sociales que Influyen en la Capacidad de Autocuidado de mujeres con Histerectomía. *Enfermería Siglo XXI* abril-junio 1999. UA de Monterrey Nvo. León. ²⁷

Rodríguez G.; Vela C.M et. al. Calidad de Vida de los Pacientes con Diálisis Peritoneal UASL. Facultad de Enfermería año 2000. ^{28, 53}

Aguirre B; Prieto J.; Abularach L. Sobrevida de Pacientes en Diálisis Peritoneal Ambulatoria. Centro Médico de Especialidades. Torreón Coahuila. 1998 ²⁹

Villegas C. M; y cols. Calidad de Vida del Paciente Diabético con DPCA.



Revista de Enfermería 1999; 7 (2) ^{30, 50}

Rodríguez P D; Praga M. Causas de IRC y Mecanismo de Progresión.

Tratado de Medicina Interna Edit. Interamericana. 1995 ^{33, 34}

Lipkin, B. G. El Paciente con Trasplante Renal que Requiere Diálisis

Periódicas. 1984; Ediciones Científicas Prensa Médica Mexicana,
México, pp 228-237 ^{35, 52}

SSA. Guía Temática de Educación para la Salud y Nutrición, 1983. ⁽³⁷⁾

Rodríguez Z. C. y Cols. Sistemas de Conexión y Desconexión en DPCA.

Rev. Desarrollo Científico de Enfermería 6 (4) 1998. ⁽³⁸⁾

Reader, s Digest. Terapias Naturales Contra el Envejecimiento. 2001. ³⁹

Pozo, J. Teorías Cognitivas del Aprendizaje 5ª edición edit. Morata 1997;

266. ⁽⁴¹⁾

Puente, F. S. Adherencia Terapéutica. 1984 Documento de la Especialidad

en Administración de la Atención de Enfermería, 1998. ⁴²

Rodríguez Marín, J. Psicología Social de la Salud 1999; Edit. Síntesis. ⁴⁴

Economía. Material del Curso de Especialidad en Administración de la

Atención de Enfermería. 1998. ⁴⁵

Bear P. Enfermería Médico Quirúrgica. Edit. Mosby. 3ª Edición, 1999 ⁵¹



PERMISO DE LA AUTORA PARA REPRODUCIR SU INVESTIGACIÓN

La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: EDUCACIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE EN EL PROGRAMA "DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA" Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO, con propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea por cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción total o parcial.

Juana Rodríguez González
San Luís Potosí, S. L. P. Julio del 2002



ANEXOS

ANEXO No. 1

DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

Instrumento No. 1 (entrevista para el paciente o cuidador)

INDICADORES	ITEMS	VALORES	
		Adecuado	Inadecuado
Factores Demográficos	Fuente de información.	Fuente	
	Edad del paciente.	Años cumplidos	
	Sexo del paciente.	Genero	
	Estado civil.	Con o sin pareja	
	Estudios realizados.	Escolaridad	
	A qué se dedica.	Ocupación	
	Tiempo en el programa.	Meses	
Prácticas de aseo general ❖ Que lleva a cabo el paciente	Con qué frecuencia realiza su baño personal?	Diariamente o cada tercer día.	Una vez por semana.
	Con qué periodicidad realiza el cambio de ropa.	Diariamente o cada tercer día.	Una vez por semana.
	El aseo de su catéter lo realiza :	Diariamente o cada tercer día.	Una vez por semana.
Adherencia terapéutica ❖ Adhesión del paciente hacia el tratamiento indicado	Diariamente realiza el número de recambios que tiene indicados?	Siempre	Frecuentemente. Casi nunca. Nunca.
	La dieta que usted toma es la indicada.	Si	No
	Toma sus medicamentos como lo prescribió el médico?	Si	No
	Mencione cuáles son los síntomas tempranos de infección.	Alto = todas las opciones Regular = 2 opciones.	Bajo o nulo = contesta solo 1 o ninguna opción



INDICADORES	ITEMS	VALORES	
Autonomía del paciente ❖ Independencia del paciente sobre las decisiones en relación a su padecimiento y actividades en la vida.	Si detecta síntomas tempranos de infección en usted mismo ¿Qué hace?	Solicita ayuda profesional	No la solicita
	Quién toma la decisión	El paciente	Otra persona
	Realiza usted alguna actividad fuera de su domicilio?	Si	No
Apoyo de la red social ❖ Ayuda que recibe el paciente de las personas que lo rodean	Realiza actividades sin ayuda	Si	No
	El paciente considera que la información sobre como cuidarse, la ha recibido del equipo de salud.	Si	No
	De quién recibe ayuda.	Pareja, hijos.	Amigos, vecinos.

▲

ANEXO No. 2

DESCRIPCION DE INSTRUMENTO

Instrumento No. 2 (guía de observación sobre el recambio de la bolsa gemela)

INDICADORES	OBSERVACIONES	VALOR EN PUNTOS
Condiciones del entorno	Limpio	1
	Seco	1
	Bien iluminado	1
	Sin corrientes de aire	1
	Sin mascotas en el lugar	1
	Superficie limpia y plana para los recambios.	2
	El lugar de almacenaje es limpio, seco y fresco	3
Técnica de diálisis	El paciente limpia la superficie de trabajo.	2
	El paciente prepara el material que utilizará para el recambio.	2
	Calienta la bolsa de solución	2
	Pesa la bolsa de diálisis	2
	Revisa la integridad de las bolsas gemelas de diálisis.	1
	Se coloca cubrebocas	4
	Se lava las manos	5
	Se asegura que la línea esté cerrada	1
	Coloca una pinza en la línea	1
	Fractura la cánula del equipo hasta que se separe de su base	1
	Jala el anillo protector del puerto de salida	5
	Retira el tapón de la línea de transferencia del paciente al conector al conector de la bolsa gemela, girando hasta que quede asegurado.	5



INDICADORES	ITEMS	VALOR EN PUNTOS
Técnica de diálisis	De inmediato une el conector de la línea de transferencia del paciente al conector de la bolsa gemela, girando hasta quedar asegurado.	5
	Cuelga la bolsa de solución nueva.	1
	Coloca la bolsa vacía en posición de drenaje (por abajo del nivel del peritoneo en un recipiente limpio) o lo cuelga de los ojales.	1
	Abre la línea de transferencia corta para drenar el líquido peritoneal.	1
	Cierra la línea de transferencia corta del paciente al terminar el drenaje	1
	Retira la pinza de la línea de llenado hasta que la solución fluya hacia la bolsa de drenaje	1
	Pinza la línea de llenado con la segunda pinza azul.	1
	Abre la línea de transferencia del paciente para permitir que la bolsa nueva de diálisis entre a la cavidad peritoneal.	1
	Cierra la línea de transferencia del paciente al terminar el llenado.	1
	Pinza la línea de llenado con la segunda pinza azul.	1



INDICADORES	ITEMS	VALOR EN PUNTOS
Técnica de diálisis	Desconecta la bolsa gemela de la línea de transferencia del paciente y coloca el tapón Mini Cap.	5
Condiciones del sitio del catéter	Limpio y seco	12
	Enrojecimiento alrededor del sitio de salida del catéter	2
	Presencia de edema en el sitio del catéter	2
	Salida de pus o líquido sanguinolento en el sitio del catéter	2
	Presencia de dolor alrededor del sitio de inserción del catéter	2
Observación de prácticas de higiene del paciente.	Existe integridad de la piel en el sitio del catéter.	10
	Manos limpias	4
	Uñas cortas	2
	Pelo Limpio	2
	Ropa limpia	2

ANEXO No. 3
DESCRIPCION DE INSTRUMENTO

Instrumento No. 3 (encuesta para el paciente sobre autopercepción)

INDICADORES	ITEMS	VALORES
Salud enfermedad del paciente	Su enfermedad le impide realizar las actividades que quisiera hacer	1-Completamente Verdadero 2-Verdadero 3-Ni Falso Ni Verdadero 4-Falso 5-Completamente Falso
	Algunos síntomas de su enfermedad le obligan a alterar sus actividades	1-Completamente Verdadero 2-Verdadero 3-Ni Falso Ni Verdadero 4-Falso 5-Completamente Falso
	La enfermedad le impide disfrutar las satisfacciones de la vida	1-Completamente Verdadero 2-Verdadero 3-Ni Falso Ni Verdadero 4-Falso 5-Completamente Falso
	Su enfermedad le impide trabajar	1-Completamente Verdadero 2-Verdadero 3-Ni Falso Ni Verdadero 4-Falso 5-Completamente Falso
Satisfacción del paciente con los profesionales de la salud	Está satisfecho con los cuidados que ha recibido de las enfermeras	5-Completamente Falso 4-Falso 3-Ni Falso Ni Verdadero 2-Verdadero 1-Completamente Verdadero
	Está satisfecho con los cuidados en general que ha recibido.	5-Completamete Falso 4-Falso 3-Ni Falso Ni Verdadero 2-Verdadero 1-Completamente Verdadero
	Está satisfecho con la información recibida.	5-Completamente Falso 4-Falso 3-Ni Falso Ni Verdadero 2-Verdadero 1-Completamente Verdadero



INDICADORES	ITEMS	VALORES
Bienestar del paciente	Las relaciones con su pareja son buenas	5-Completamente Falso 4-Falso 3-Ni Falso Ni Verdadero 2- Verdadero 1-Completamente Verdadero
	Se siente alegre y animado	5-Completamente Falso 4-Falso 3-Ni Falso Ni Verdadero 2-Verdadero 1-Completamente Verdadero
	En general recibe cariño, afecto y el amor que necesita	5-Completamente Falso 4-Falso 3-Ni Falso Ni Verdadero 2-Verdadero 1-Completamente Verdadero
	Se siente capaz de enfrentar su enfermedad	5-Completamente Falso 4-Falso 3-Ni Falso Ni Verdadero 2-Verdadero 1-Completamente Verdadero
Autonomía motora	Necesita ayuda para asearse, vestirse.	1-Completamente Verdadero 2-Verdadero 3-Ni Falso Ni Verdadero 4-Falso 5-Completamente Falso
	Puede mantener una buena higiene corporal	5-Completamente Falso 4-Falso 3-Ni Falso Ni Verdadero 2-Verdadero 1-Completamente Verdadero
Estado emocional	Se siente triste	1-Completamente Verdadero 2-Verdadero 3-Ni Falso Ni Verdadero 4-Falso 5-Completamente Falso
	Le preocupa morir	1-Completamente Verdadero 2-Verdadero 3-Ni Falso Ni Verdadero 4-Falso 5-Completamente Falso



INDICADORES	ITEMS	VALORES
	Le preocupa que su enfermedad empeore	1-Completamente Verdadero 2-Verdadero 3-Ni Falso Ni Verdadero 4-Falso 5-Completamente Falso
Sociabilidad y motivación recreativa	Está descontento con su apariencia personal.	1-Completamente Verdadero 2-Verdadero 3-Ni Falso Ni Verdadero 4-Falso 5-Completamente Falso
	Realiza actividades sociales y se relaciona con la gente	5-Completamente Falso 4-Falso 3-Ni Falso Ni Verdadero 2-Verdadero 1-Completamente Verdadero
	Disfruta leer un libro, oír música, ver televisión.	5-Completamente Falso 4-Falso 3-Ni Falso Ni Verdadero 2-Verdadero 1-Completamente Verdadero
	Le gusta pasar el tiempo con su familia.	5-Completamente Falso 4-Falso 3-Ni Falso Ni Verdadero 2-Verdadero 1-Completamente Verdadero

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

ENTREVISTA PARA EL PACIENTE

La presente entrevista es confidencial, y solo se utilizará para fines académicos
Identificación

Coloque la respuesta en el cuadro de la izquierda

Edad (años cumplidos)

No Usar

Marque con una cruz la respuesta correcta

2- Estado civil

- a) Soltero
- b) Unión Libre
- c) Casado
- d) Divorciado
- e) Viudo(a)

3- Hasta qué año estudió Usted? (estudios terminados)

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Técnico
- d) Profesional
- e) Posgrado
- f) otros

4- ¿Qué actividad laboral desempeña actualmente?

- a) Ama de Casa
- b) Estudia
- c) Trabaja
- d) Jubilado
- e) Pensionado
- f) Ninguna
- g) Otras

Cuales. Especifique _____

5- Cuánto tiempo tiene en el programa de diálisis?

- a) < de 12 meses
- b) 12 a 24 meses
- c) 25 a 48 meses
- d) > de 49 meses

6- ¿Con qué frecuencia realiza su baño personal?

- a) Diariamente
- b) Cada tercer día
- c) Una vez por semana

7- Con qué periodicidad realiza el cambio de ropa?

- a) Diariamente
- b) Cada tercer día
- c) a vez por semana

8- ¿El aseo de su catéter lo realiza:

- a) Diariamente
- b) Cada tercer día
- c) Una vez a la semana

9. Diariamente realiza el número de recambios que tiene indicado?

- a) Siempre
- b) Frecuentemente
- c) Casi nunca
- d) Nunca

FOLIO _____
FUENTE _____
SEXO _____

10. ¿La dieta que toma Usted es la indicada ?

- a) SI
- b) NO

11-¿Toma sus medicamentos como lo prescribió el médico?

- a) SI
- b) NO

Si contesta NO, pase a la pregunta número 12.

12. ¿Por qué?

- a) Errores de omisión (Se olvida tomar el medicamento indicado).
- b) Errores de dosis (no se toma la dosis indicada)
- c) Errores de tiempo (no se toma la dosis a la hora indicada)
- d) Errores de propósito (Se equivoca en la toma de los medicamentos)
- e) No desea tomar el medicamento
- f) No tiene el medicamento
- g) Otros Cuáles _____

13- ¿Mencione cuáles son los síntomas tempranos de infección?

- a) Dolor abdominal
- b) Fiebre
- c) Líquido de diálisis turbio
- d) Todos
- e) No sabe

14- ¿La información sobre su padecimiento y como cuidarse quien se la proporcionó:

- a) El Médico
- b) La Enfermera
- c) Trabajo Social
- d) Nutricionista
- e) Todos
- f) Otros

Cuáles. Especifique _____

FOLIO _____
FUENTE _____
SEXO _____

- 15- Si detecta síntomas tempranos de infección en Usted mismo, ¿qué hace?
- a) Llama al médico y/o a la enfermera
 - b) Pide cita a la consulta externa
 - c) Acude al hospital
 - d) Ninguno de los anteriores
 - e) Otros

16- Quién toma la decisión:

- a) Usted
- b) Hija (o)
- c) Esposo(a)
- d) Cuñado(a)
- e) Hermanos
- f) Amigos
- g) Vecinos

17. Cuáles de las siguientes actividades realiza sin ayuda?

- a) Aseo personal
- b) Recambio de diálisis
- c) Actividades del hogar
- d) Todo lo anterior
- e) Ninguno de los anteriores
- f) Otros _____

18- ¿Realiza Usted alguna actividad fuera de su domicilio?

- a) Sale de compras
- b) A pasear
- c) A caminar
- d) Todo lo anterior
- e) Ninguno de los anteriores
- f) Otros _____

FOLIO _____
FUENTE _____
SEXO _____

19. ¿ Cuándo necesita ayuda en sus actividades diarias, quien se la proporciona?

- a) Esposo (a)
- b) Padres
- c) Hermanos
- d) Hijos
- e) Amigos
- f) Vecinos
- g) Personal de salud
- h) Otros _____



ANEXO 5

FOLIO-----

FUENTE-----

SEXO-----

GUIA DE OBSERVACION (Técnica de recambio de bolsa gemela)

ACTIVIDADES	SI	NO	NA	OBS	No usar
I. Condiciones del entorno					
1.1 Condiciones Generales					
1.1. 1. Limpio					
1.1. 2. Seco					
1.1. 3. Bien Iluminado					
1.1. 4. Hay corrientes de aire					
1.1. 5. Hay mascotas en el lugar					
1. 1. 6. Hay una superficie de trabajo limpia y plana para los recambios					
1.2 Lugar de almacenaje del material y equipo (bolsas de líquido para diálisis y material de curación)					
1.2.1. Fresco					
1.2.2. Seco					
1.2.3. Limpio					
II. Técnica de diálisis					
2.1 Preparación del equipo necesario					
2.1.1 Limpia la superficie de trabajo					
2.1.2. Preparación del material que utilizará					
2.1.3. Pesa la bolsa					
2.1.4. Calienta la bolsa de solución					
2.1.5. Revisa la integridad de las bolsas gemelas					
2.2. Conexión de la bolsa gemela					
2.2.1. Se coloca el cubrebocas					
2.2.2. Se lava las manos					
2.2.3. Se asegura que la línea de transferencia del paciente esté cerrada.					
2.2.4 Coloca una pinza en la línea de transferencia					
2.2.5. Fractura la cánula verde de paso cercana a la "y" hasta que se separe de su base.					
2.2.6. Jala el anillo protector del puerto de salida.					
2.2.7. Retira el tapón Mini Cap de la línea de transferencia del paciente.					
2.2.8. De inmediato une el conector de la línea de transferencia del paciente al conector de la bolsa gemela girando hasta que quede asegurado					

FOLIO-----
 FUENTE-----
 SEXO-----

ACTIVIDADES	SI	NO	NA	OBS	No usar
2.3. Drenaje					
2.3.1. Cuelga la bolsa de solución nueva					
2.3.2. Coloca la bolsa vacía en posición de drenaje (por abajo del nivel del peritoneo, en un recipiente limpio) o lo cuelga de los ojales.					
2.3.3. Abre la línea de transferencia corta para drenar el líquido peritoneal					
2.3.4. Cierra la línea de transferencia corta del paciente al terminar el drenado					
2.4 Purgado					
2.4.1. Retira la pinza de la línea de llenado hasta que la solución fluya hacia la bolsa de drenaje					
2.4.2. Pinza la línea de drenaje					
2.5. Infusión					
2.5.1. Abre la línea de transferencia del paciente para permitir que la bolsa nueva de diálisis entre a la cavidad peritoneal.					
2.5.2. Cierra la línea de transferencia del paciente al terminar el llenado					
2.5.3. Pinza la línea de llenado con la segunda pinza azul					
2.6 Colocación del tapón Mini Cap					
2.6.1. Desconecta la bolsa gemela de la línea de transferencia del paciente y coloca el tapón Mini Cap en la línea de transferencia del paciente.					
III. Observación del sitio del catéter					
3.1. Que esté limpio y seco					
3.2. Enrojecimiento alrededor del sitio de salida					
3.3. Presencia de edema					
3.4. Salida de pus o líquido sanguinolento					
3.5. Presencia de dolor alrededor del sitio de inserción					
3.6. Existe integridad de la piel					
IV. Observación de Prácticas de higiene					
4.1. Manos limpias					
4.2. Uñas cortas					
4.3. Pelo limpio					
4.4. Ropa limpia					

NA= No aplica

NU = No Usar

OBS = Observaciones

ANEXO 6

FOLIO-----

FUENTE-----

SEXO-----

ENCUESTA DIRIGIDA PARA EL PACIENTE (AUTOPERCEPCION)

ESTADO DE SALUD ENFERMEDAD	C V	V	NF NV	F	C F	N A	N U
1. Su enfermedad le impide realizar las actividades que quisiera hacer							
2. Algunos síntomas de su enfermedad le obligan a alterar sus actividades							
3. La enfermedad le impide disfrutar las satisfacciones de la vida							
4. Su enfermedad le impide trabajar							
SATISFACCION CON PROFESIONALES DE SALUD							
5. Está Satisfecho con los cuidados que ha recibido de las enfermeras							
6. Está satisfecho con los cuidados en general que ha recibido							
7. Está satisfecho con la información que ha recibido sobre su enfermedad							
BIENESTAR							
8. Las relaciones con su pareja son buenas							
9. Se siente alegre y animado							
10. En general, recibe cariño, afecto y el amor que necesita.							
11. Se siente capaz de enfrentar su enfermedad							
AUTONOMÍA MOTORA							
12. Necesita ayuda para lavarse, asearse, vestirse...							
13. Puede mantener una buena higiene corporal							
ESTADO EMOCIONAL							
14. Se siente triste							
15. Le preocupa morir							
16. Le preocupa que su enfermedad empeore							
17. Está descontento con su apariencia personal							
SOCIABILIDAD Y MOTIVACION RECREATIVA							
18. Realiza actividades sociales y se relaciona con la gente							
19. Disfruta leer un libro, oír música, ver televisión...							
20. Le gusta pasar el tiempo con su familia							

Criterios

CV= Completamente verdadero

V= Verdadero

NF NV= Ni falso ni verdadero

F= Falso

CF= Completamente falso

NA= No Aplica

NU= No Usar

