



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ENFERMERÍA

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LAS PRÁCTICAS DE
AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
EN PREDIÁLISIS EN UN HOSPITAL PÚBLICO 2025

SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS ASSOCIATED WITH SELF-CARE
PRACTICES IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE
UNDERGOING PREDIALYSIS IN A PUBLIC HOSPITAL 2025

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
NEFROLÓGICOS

AUTOR

MELISSA LIZETH NUÑEZ CHACON

ASESOR

NIDIA VICTORIA BOLAÑOS SOTOMAYOR

LIMA- PERÚ

2025

ASESOR DE TRABAJO ACADÉMICO

ASESOR

Mg. Nidia Victoria Bolaños Sotomayor

Departamento Académico de Enfermería

ORCID: 0000-0002-9364-677X

Fecha de Aprobación: 16 de Julio del 2025

Calificación: Aprobado

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mis amados padres que son mi ejemplo, mi guía hacia el camino correcto en la vida, y quienes les debo todo lo que soy.

A mi esposo, mi compañero de vida que siempre está a mi lado para apoyarme día a día, quien es mi fortaleza en momentos difíciles.

A mi hijo Antonio, la motivación más grande que tengo en la vida para lograr mis objetivos trazados y ser un ejemplo para él.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por haberme acompañado, guiado en cada momento y a lo largo de mi nuestra carrera, por ser nuestra fortaleza espiritual en los momentos de debilidad por guiar mi camino hacia el aprendizaje y sobre todo brindar bases sólidas en mi fe.

A esta casa superior de estudios en especial a la Escuela Profesional de Enfermería, por abrirnos las puertas para lograr un mejor futuro, forjándonos como personas triunfadoras y brindándonos las oportunidades de mejorar el futuro del país, como personas capacitadas y competentes.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Este proyecto de investigación es autofinanciado por la autora.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

La autora declara no tener conflicto de interés.

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

La egresada:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	NUÑEZ CHACON MELISSA LIZETH

Perteneiente al programa de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS NEFROLÓGICOS** autora del trabajo titulado: **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PREDIÁLISIS EN UN HOSPITAL PÚBLICO 2025** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS NEFROLÓGICOS** bajo la modalidad de **TRABAJO ACADÉMICO**.

En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	BOLAÑOS SOTOMAYOR NIDIA VICTORIA	ENFERMERÍA	ASESOR

Declaro que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hago constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **23 %**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **trn:oid:::1:3297031168**; fecha de entrega: **16-07-2025**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 16 de julio 2025.**

Firma del asesor

N° DNI: DNI: 10509427

ORCID: 0000-0002-9364-677X



TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	9
III. MATERIALES Y MÉTODOS	10
IV. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA	14
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16
ANEXOS	

RESUMEN

Las enfermedades renales crónicas representan un importante desafío para la salud pública a nivel mundial, con una cifra estimada de 850 millones de personas afectadas. Su abordaje no se limita únicamente al uso de fármacos, sino que también requiere considerar otros determinantes, como los factores sociodemográficos. **Objetivo:** Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y las prácticas de autocuidado en pacientes con enfermedad renal crónica en prediálisis en un hospital público 2025. **Material y método:** Este estudio tiene un enfoque cuantitativo, transversal y correlacional. La población estará compuesta por 80 pacientes, con el mismo número como muestra debido al muestreo por conveniencia. Se utilizarán dos encuestas, una para determinar los factores sociodemográficos y otra para evaluar el autocuidado y la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica. Ambos instrumentos serán validados por juicio de expertos. **Plan de análisis:** La información recopilada será procesada utilizando el software SPSS. Se presentarán tablas con estadísticas descriptivas y se aplicará la prueba de chi χ^2 , con un nivel de significancia de $p < 0.05$, para establecer relaciones entre variables. Los resultados serán descritos e interpretados conforme a los datos obtenidos.

Palabras clave: Factores sociodemográficos, prácticas de autocuidado, enfermedad renal crónica, prediálisis.

ABSTRACT

Chronic kidney disease represents a major challenge for public health worldwide, with an estimated 850 million individuals affected globally. Its management is not limited to pharmacological treatment alone but also requires consideration of other determinants, such as sociodemographic factors. **Objective:** To determine the relationship between sociodemographic factors and self-care practices in pre-dialysis patients with chronic kidney disease at a public hospital in 2025. **Materials and Methods:** This study employs a quantitative, cross-sectional, and correlational design. The study population will consist of 80 patients, who will also comprise the sample through convenience sampling. Two surveys will be administered: one to assess sociodemographic factors and another to evaluate self-care practices and treatment adherence in CKD patients. Both instruments will be validated through expert judgment. **Analysis Plan:** The collected data will be processed using SPSS software. Descriptive statistical tables will be presented, and the chi-square (χ^2) test will be applied with a significance level of $p < 0.05$ to determine associations between variables. Results will be described and interpreted based on the data obtained.

Keywords: Sociodemographic factors, self-care practices, chronic kidney disease, pre-dialysis.

I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es considerada una de las patologías con mayor carga de incidencia a nivel global, que afecta a aproximadamente 850 millones de personas en el mundo (1). Se estima que alrededor del 11 y el 13% de la población global padece esta enfermedad, concentrada principalmente en el estadio 3, aunque una gran proporción de los afectados desconoce su diagnóstico (1). En 2016, la ERC fue responsable de 35 millones de años de vida ajustados por discapacidad, y su carga ha aumentado significativamente desde 1990 debido al envejecimiento poblacional y al incremento de enfermedades como la diabetes, la hipertensión y la glomerulonefritis, que representan sus principales factores de riesgo (1).

La prediálisis, aunque no existe una definición universalmente aceptada, se considera que abarca los estadios 4 y 5 de la ERC e incluye a personas con un trasplante renal fallido y a aquellas que reciben un manejo conservador (2). Un programa de prediálisis es crucial para retrasar la progresión de la enfermedad, reducir complicaciones y mejorar la preparación del paciente para una posible terapia sustitutiva (3). La falta de inversión en estos programas puede aumentar la mortalidad, forzar ingresos urgentes a diálisis sin una adecuada preparación y dificultar el acceso vascular maduro, lo que impacta negativamente en la calidad del tratamiento renal (3).

En América Latina, la ERC ha pasado de ser la decimosegunda causa de muerte en 1990 a la cuarta en 2019, representando una carga significativa debido a muertes prematuras y años vividos con discapacidad (4). En términos de mortalidad, Ecuador, Chile, El Salvador y Venezuela han experimentado un notable aumento en la carga de la enfermedad, mientras que en Nicaragua, El Salvador, México y

Guatemala se han registrado los mayores incrementos en los años de vida ajustados por discapacidad (4). Estas diferencias se deben a múltiples factores, como el envejecimiento poblacional, la urbanización y la creciente exposición a riesgos ambientales y nutricionales (4).

El Perú, no es exento ante tal problemática; en términos cuantitativos, el estadio I hasta el IV, se han identificado más de 3 millones de casos de ERC en pacientes adultos, siendo la causante de la mayor cantidad de años de vida perdidos debido a muertes prematuras (31 924) y años vividos con discapacidad (16 117), de lo que se refiere al último lustro (1). El responsable del componente de daños no transmisibles del Ministerio de Salud (MINSA), Percy Herrera Añezco, destacó que, si bien la ERC puede prevenirse y su progresión a etapas avanzadas puede retrasarse con un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado, su carga global sigue en aumento (5). Se estima que, para el año 2040, la ERC se posicionará entre las cinco principales causas de años de vida perdidos, debido a su creciente prevalencia y a las complicaciones asociadas (5).

En un país pluricultural como el nuestro, donde existen marcadas brechas en el acceso a la salud, los pacientes mayores de 60 años con ERC enfrentan múltiples desafíos psicosociales (6, 7). La complejidad del tratamiento, sumada a los costos elevados, puede afectar significativamente su evolución clínica y calidad de vida. Estas dificultades se ven agravadas en poblaciones con menor acceso a servicios de salud especializados, lo que incrementa la vulnerabilidad de estos pacientes y dificulta su adherencia al tratamiento (6, 7).

Las características que inciden en el progreso de la ERC son escasamente exploradas, y su efecto está relacionado con las inequidades en salud (8). Se estima

que los factores sociales, demográficos, financieros y culturales son determinantes del 75% de resultados con respecto a la situación de salud, es decir, el abordaje de la enfermedad no solo depende del tratamiento farmacológico, sino de la intervención oportuna en prevención de ERC (8).

En relación con los antecedentes internacionales, Guzmán llevó a cabo una investigación en México en el año 2024, cuyo propósito fue detallar el autocuidado en pacientes con ERC sometidos a hemodiálisis (9). Los hallazgos revelaron un predominio de hombres, con un 95,3% identificado un autocuidado medio, mientras que el restante, o sea, el 4,7%, presentó un autocuidado bajo (9).

Alhamad et al. (10), realizaron una investigación el 2023 en Arabia Saudita, con el propósito de determinar los elementos que inciden en el cumplimiento de las sesiones de hemodiálisis en pacientes con ERC terminal; los resultados arrojaron que la hipertensión arterial y la nefropatía diabética fueron causas de la ERC con 43,3% y 40,9% respectivamente, además, la adherencia estuvo asociado a factores como sexo, nivel educativo, al medio de transporte familiar y al apoyo social.

Hernández et al. (11), realizaron una investigación el 2021 en Colombia, cuyo objetivo fue abordar descriptivamente las condiciones sociodemográficas y los aspectos clínicos de pacientes; los hallazgos indicaron que el 43,3% de los individuos con ERC presentaron comorbilidades, el 36,08% son pacientes con independencia total, y el 38% mostraban un riesgo social medio y una disminución en el nivel de vida; lo expuesto refleja una variada complejidad clínica y psicosocial.

Respecto a los antecedentes nacionales, Carrillo (12) realizó un estudio el 2022 cuyo objetivo fue identificar qué factores repercuten en la adherencia al tratamiento

de pacientes con ERC; los resultados mostraron que, ante una mayor adherencia al cumplimiento de los medicamentos, la aparición de comorbilidades disminuía, además, factores como la edad y el conocimiento influían en una buena adherencia, sin embargo, factores como el sexo y el nivel educativo no guardaron significancia alguna con la adherencia.

Villagaray et al. (13), condujeron un estudio en 2022 con el propósito de establecer la conexión entre los factores sociodemográficos y la calidad del cuidado proporcionado por el personal de enfermería; los datos recopilados indicaron que el 4.4% de los pacientes calificó la calidad del cuidado de enfermería como mala, el 42.2% como promedio y el 58.9% como buena.

Si bien la adherencia al tratamiento en pacientes con ERC es un factor clave en la evolución de la enfermedad, está también estrechamente relacionada con el autocuidado del paciente renal. Un estudio con 30 pacientes en estadios III y IV demostró que, tras dos sesiones educativas, el nivel de autocuidado aumentó significativamente (del 60.0% bajo al 73.3% alto), con un incremento promedio en la puntuación de 40.00 a 58.37 ($p = 0.000$) (14). Estos hallazgos resaltan la importancia de las intervenciones educativas y cómo factores sociodemográficos y condiciones de vida pueden influir en la capacidad del paciente para seguir el tratamiento adecuadamente.

En cuanto a las bases teóricas, se describe lo siguiente: La ERC se define como una alteración funcional, estructural o histológica de los riñones, es decir, a los órganos encargados de filtrar la sangre, eliminar los desechos y regular el agua para producir la orina (15). Su diagnóstico requiere una tasa de filtración glomerular (TFG) inferior a 60 ml/min/1.73 m² de manera persistente durante al menos tres meses

(20). Si la TFG es igual o superior a este valor, el diagnóstico se establece con la presencia de otras alteraciones irreversibles, como disfunción en la excreción de albúmina, proteinuria, hematuria, desequilibrios en el ácido-base, electrolitos, agua corporal y presión arterial, así como anomalías estructurales (malformaciones renales, quistes, tumores, cálculos) o hallazgos histológicos anormales en una biopsia renal (16).

El estadio clínico se clasifica en cinco etapas según la tasa de filtración glomerular estimada (eTFG), lo que refleja el grado de deterioro en la función renal (17). En las primeras etapas (1 a 3), los riñones aún son capaces de eliminar los desechos de la sangre, mientras que en las últimas (4 y 5), la función renal se ve gravemente comprometida y puede llegar a la insuficiencia total (17).

La etapa 1 ($eGFR \geq 90$) indica un daño renal leve con función renal normal y, generalmente, sin síntomas evidentes, aunque pueden detectarse proteínas en la orina (17-18). En la etapa 2 ($eGFR$ 60-89), el daño renal sigue siendo leve y los riñones continúan funcionando casi con normalidad, aunque pueden aparecer alteraciones en los análisis clínicos (17-18). En la etapa 3 ($eGFR$ 30-59), el daño renal es moderado, y los riñones comienzan a perder su capacidad de depuración, lo que puede provocar acumulación de toxinas, hipertensión y problemas óseos (17-18). Esta etapa se subdivide en 3a ($eGFR$ 45-59) y 3b ($eGFR$ 30-44), y con un tratamiento adecuado, muchas personas pueden evitar el avance de la enfermedad (17-18). La etapa 4 ($eGFR$ 15-29) indica un daño renal severo, con acumulación de desechos en el organismo y síntomas como hinchazón y dolor lumbar (17-18).

En esta fase, es crucial la intervención médica para retrasar la progresión a la etapa 5 (eGFR < 15), en la que los riñones fallan por completo, y la persona necesita diálisis o un trasplante para sobrevivir (17-18).

La pérdida de la función renal, dependiendo de su gravedad, puede desencadenar una serie de síntomas que afectan significativamente la calidad de vida del paciente (19). Entre ellos se incluyen náuseas, vómitos, pérdida de apetito, debilidad y fatiga. También pueden presentarse alteraciones en la micción, dificultades para dormir y una disminución en la agilidad mental (19). Otros síntomas frecuentes son calambres musculares, picazón y sequedad en la piel, así como hinchazón en tobillos y pies debido a la retención de líquidos (19). Además, la insuficiencia renal puede dificultar el control de la presión arterial y provocar dificultad para respirar si el exceso de líquido se acumula en los pulmones (19).

Los factores sociodemográficos constituyen un conjunto de rasgos biológicos, socioeconómicos y culturales que influyen en la salud de la población y, en particular, en los pacientes con ERC (20). En la etapa de prediálisis su influencia es aún más notable, ya que pueden afectar la adherencia al tratamiento, el acceso a la atención médica y la evolución de la enfermedad (20). El manejo en esta fase se centra en retrasar la progresión de la ERC y mejorar la calidad de vida del paciente mediante estrategias de educación, control de comorbilidades y seguimiento clínico (20). En este sentido, el análisis de los factores sociodemográficos resulta fundamental para identificar barreras y oportunidades que permitan fortalecer el autocuidado y optimizar la preparación del paciente para una posible terapia sustitutiva (20).

La adherencia terapéutica es un concepto clave en el tratamiento de la ERC, ya que permite evaluar en qué medida el paciente sigue las indicaciones médicas, incluyendo la toma de medicamentos, el cumplimiento de una dieta adecuada y la práctica de actividad física (21). Diversos estudios han señalado que un paciente con ERC es considerado adherente cuando cumple al menos el 80% de las indicaciones médicas prescritas (21). Sin embargo, la falta de adherencia es un problema frecuente en esta población, lo que conlleva un aumento de la morbimortalidad, mayores complicaciones clínicas, ingresos hospitalarios más frecuentes y un incremento en los costos del sistema de salud (21).

Además, la actitud y el autocuidado del paciente con ERC están fuertemente influenciados por factores culturales, educativos y el apoyo del sistema de salud. La adherencia no solo depende de la voluntad del paciente, sino también del acceso a información adecuada, el soporte familiar y las estrategias de prevención implementadas por el Estado. La educación en salud juega un papel fundamental, ya que permite a los pacientes desarrollar hábitos de autocuidado que favorecen una mejor evolución de la enfermedad y una menor dependencia de tratamientos sustitutivos como la diálisis.

La razón del presente estudio es debido a que, a nivel global, existen factores asociados a la adherencia que no son específicos en cuanto al estadiaje, y más aún, en el país, la evidencia teórica sobre factores asociados a la adherencia en pacientes con ERC es escasa y sobre todo en etapa prediálisis, incluso en hospitales de alta complejidad; la evidencia es nula. Además, se espera aportar teóricamente desde la perspectiva del campo de la enfermería nuevos modelos, no solo de promoción de salud y autocuidado, sino exclusivamente de adherencia que permita contribuir a la

literatura científica.

En cuanto a la relevancia del estudio en la práctica, es necesario, diseñar programas de autocuidado al paciente, a través de modelos que impliquen mejorar la adherencia y por último, se espera que las recomendaciones del presente estudio se apliquen no solo en el hospital de análisis, sino también, sirva como influencia, en nosocomios de la misma complejidad.

Los factores sociodemográficos, como edad, nivel educativo, situación económica y apoyo familiar, influyen en la capacidad del paciente para seguir estas recomendaciones. Por ejemplo, un bajo nivel educativo puede dificultar la comprensión de las indicaciones médicas, mientras que la falta de recursos económicos puede limitar el acceso a tratamientos y controles médicos. Además, el soporte social juega un papel fundamental en el cumplimiento del autocuidado.

Por lo tanto, este estudio analizará cómo los factores sociodemográficos afectan la adherencia terapéutica en pacientes con ERC en prediálisis, enfocándose en las prácticas de autocuidado. Respecto a la pregunta de estudio: ¿Cuál es la relación entre los factores sociodemográficos y las prácticas de autocuidado en pacientes con enfermedad renal crónica en prediálisis en un hospital público 2025?

II. OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y las prácticas de autocuidado en pacientes con enfermedad renal crónica en prediálisis en un hospital público 2025.

Objetivos Específicos

- Identificar los factores sociodemográficos en pacientes con enfermedad renal crónica en prediálisis.
- Determinar el cumplimiento de las prácticas de autocuidado en pacientes con enfermedad renal crónica en prediálisis.
- Determinar la relación entre los factores sociodemográficos y las prácticas de autocuidado en pacientes con enfermedad renal crónica en prediálisis.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Diseño de estudio

El diseño de la investigación será no experimental, debido a que no se realizarán modificaciones en las variables y de carácter descriptivo de tipo transversal, dado que la recolección de datos se llevará a cabo en un único instante. A su vez, de enfoque cuantitativo, ya que se analizarán datos números para su cuantificación de resultados.

3.2 Población

Pacientes con diagnóstico de ERC en estadio IIIb, IV, V sin diálisis, atendidos en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren en el 2025, alcanzando un total de 80 individuos, esto en base a la revisión de registros del hospital. Además, se trabajará con todos los individuos identificados, por lo que no se seleccionará una muestra, sino que se llevará a cabo un muestreo censal por conveniencia y no probabilístico. El estudio se aplicará entre los meses de febrero y abril de 2025 en dicho hospital.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de ERC
- Pacientes que se encuentran en los estadios IV y V
- Pacientes que hayan firmado el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Pacientes que se encuentren hospitalizados.
- Pacientes que hayan recibido al menos una sesión de diálisis
- Pacientes con trastorno neurológico con déficit de atención

3.4 Procedimientos y técnicas

Una vez que el Comité de Ética Institucional haya aprobado el proyecto, se pedirán los permisos requeridos al Comité de Ética del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Posteriormente, se establecerá comunicación con los pacientes escogidos conforme a los criterios de inclusión mediante llamada telefónica o durante sus consultas en los consultorios, este último, en un espacio resguardado que garantice la seguridad del paciente.

En segundo lugar, se les proporcionará información sobre el propósito del estudio, la relevancia de su participación y las condiciones del procedimiento. Se les solicitará firmar el Consentimiento Informado, asegurando que su participación es voluntaria y que se protegerá la confidencialidad de los datos recopilados. En tercer lugar, se llevará a cabo la recopilación de información utilizando dos instrumentos que analicen los factores sociodemográficos y el grado de autocuidado.

La técnica de recolección de datos se basará en encuestas estructuradas según las variables de estudio. Para la variable de factores sociodemográficos que incluye: edad, sexo, ocupación, grado de instrucción y estado civil. Para la variable “Prácticas de autocuidado”, se utilizará el instrumento “Cuestionario de autocuidado” de elaboración propia. Este es un cuestionario autoadministrado diseñado específicamente para evaluar el nivel de autocuidado en esta población. Este cuestionario ha sido desarrollado con base en dimensiones previamente estudiadas en la literatura científica y adaptadas al contexto de los pacientes con enfermedad renal crónica. El instrumento estará compuesto por cinco dimensiones: adherencia al tratamiento médico, gestión de la dieta, control de signos y síntomas, estilo de vida saludable y conocimientos sobre la enfermedad. En total, incluirá 21

ítems redactados en forma de afirmaciones que reflejan conductas relacionadas con el autocuidado.

Para la medición de las respuestas, se utilizará una escala de Likert de cinco puntos, en la que los participantes seleccionarán la opción que mejor refleje la frecuencia con la que realizan cada conducta de autocuidado. Las opciones de respuesta estarán categorizadas de la siguiente manera: nunca (1 punto), rara vez (2 puntos), a veces (3 puntos), casi siempre (4 puntos) y siempre (5 puntos). De esta manera, cada ítem tendrá un valor entre 1 y 5, donde un puntaje mayor indicará un mejor nivel de autocuidado.

El puntaje total del cuestionario oscilará entre 21 y 105 puntos. Para interpretar los resultados, los niveles de autocuidado se clasificarán en tres categorías: Autocuidado bajo (21 - 52 puntos), Autocuidado moderado (53 - 84 puntos), y Autocuidado alto (85 - 105 puntos).

Para garantizar la validez y confiabilidad del instrumento, se llevarán a cabo diversas estrategias metodológicas. En primer lugar, la validez de contenido será evaluada mediante juicio de expertos en nefrología y metodología de la investigación, quienes analizarán la pertinencia, claridad y coherencia de los ítems con respecto a las dimensiones teóricas establecidas. Para cuantificar el grado de acuerdo entre los evaluadores, se aplicará el índice de validez de contenido.

En cuanto a la validez de constructo, se realizará un análisis factorial exploratorio con el propósito de identificar la estructura subyacente del cuestionario y verificar si los ítems se agrupan de manera coherente dentro de las dimensiones propuestas. Esto permitirá evaluar la adecuación del modelo teórico en la población de estudio.

La confiabilidad del instrumento será determinada a través del cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach, con el objetivo de evaluar la consistencia interna del cuestionario. Se considerará un valor igual o superior a 0.7 como aceptable para demostrar que los ítems dentro de cada dimensión presentan una adecuada relación entre sí. Finalmente, se llevará a cabo una prueba piloto con un grupo reducido de pacientes que presenten características similares a la población objetivo. Esta fase permitirá identificar posibles dificultades en la comprensión de los ítems y realizar ajustes en la redacción o estructura del instrumento, con el fin de garantizar su claridad y aplicabilidad antes de su implementación definitiva en la investigación.

Aspectos éticos

El presente estudio declara el respeto de los principios éticos de la Declaración de Helsinki estructurados en cuatro partes: autonomía, los pacientes decidirán y emitirán su consentimiento y sus datos serán codificados; justicia, el investigador tiene la responsabilidad de aplicar equidad en los pacientes; beneficencia, los pacientes serán acreedores de las recomendaciones generadas en el estudio; y no maleficencia, los pacientes están exentos de riesgo y daño durante el proceso.

3.6 Plan de Análisis

El contenido recopilado se estructurará en una base de datos en Excel, donde cada variable y sus dimensiones estarán estructuradas para garantizar un registro ordenado y consistente. Luego, esta base se exportará al programa estadístico Stata, en el que se producirán datos descriptivos como frecuencias, medias y desviaciones estándar. Adicionalmente, se utilizará el test de chi cuadrado para investigar conexiones entre variables de categoría. Los hallazgos se mostrarán en tablas y gráficos para simplificar su comprensión y cumplir con los propósitos del estudio.

IV. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

5.1. Presupuesto

CONCEPTO	ESPECIFICACIÓN	MONTO ESTIMADO (S/)
Asesoría Estadística	Honorarios por los servicios de análisis estadístico y manejo de STATA.	S/ 1500.00
Gastos de Movilidad	Costos relacionados con el transporte durante la recolección de datos y visitas al hospital.	S/ 300.00
Alimentación	Gasto en alimentación durante el trabajo de campo.	S/ 350.00
Gastos de Comunicación	Costos asociados a llamadas telefónicas, acceso a internet y envío de documentos.	S/ 150.00
Material de Oficina	Gastos para la impresión de encuestas, formularios y otros materiales necesarios.	S/ 250.00
Imprevistos	Fondo destinado a cubrir gastos inesperados o adicionales.	S/ 400.00
TOTAL		S/ 2950.00

5.2 Cronograma

Ítem	Actividad	Tiempo (meses) - 2025											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Aprobación del proyecto de investigación por parte del asesor	■											
2	Validación del instrumento de recolección “Formulario sobre factores sociodemográficos”	■											
3	Aprobación del comité de ética de investigación de la UPCH.		■										
4	Aplicación de instrumentos de “Formulario sobre factores sociodemográficos” y “Prácticas en autocuidado”			■	■	■							
5	Digitación de información en la base de datos en Microsoft Excel						■	■					
6	Control de calidad de digitación							■					
7	Procesamiento de datos en SPSS								■				
8	Análisis de información								■	■			
9	Elaboración de informe de tesis										■	■	■

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades CDC. Boletín Epidemiológico del Perú: La insuficiencia renal en el Perú. Perú; 2022. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/boletin_202210_230802
2. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Chronic kidney disease: assessment and management [Internet]. NICE guideline [NG203]. 25 de agosto de 2021. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng203/chapter/recommendations>
3. King E, Hsieh M, Chang D, et al. Prediction of non-responsiveness to pre-dialysis care program in patients with chronic kidney disease: a retrospective cohort analysis. Sci Rep [Internet]. 2021;11(1):13938. Disponible en: [10.1038/s41598-021-93254-0](https://doi.org/10.1038/s41598-021-93254-0)
4. Rosas-Valdez F, Aguirre-Vázquez A, Agudelo-Botero M. Cuantificación de la carga de la enfermedad renal crónica en América Latina: una epidemia invisibilizada. Rev Panam Salud Publica. 2024; 48:e41. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.41>
5. Ministerio de Salud. Día Mundial del Riñón: uno de cada diez adultos sufre de una enfermedad renal crónica [Internet]. Nota de prensa. 14 de marzo de 2024. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/920304-dia-mundial-del-riñon-uno-de-cada-diez-adultos-sufre-de-una-enfermedad-renal-cronica>
6. Hernández S, Carrillo A, Linares L, et al. Caracterización sociodemográfica y clínica de pacientes con enfermedad renal crónica en

- condición de pluripatología y sus cuidadores. *Enferm Nefrol.* 2021;24(1):56-67. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v24n1/2255-3517-enefro-24-01-06.pdf>
7. Hernández S, Torres M, Barrero S, et al. Necesidades de cuidado paliativo en hemodiálisis percibidas por pacientes, cuidadores principales informales y profesionales de enfermería. *Enferm Nefrol.* 2019; 22(2):141-9. Disponible en: <https://www.enfermerianefrologica.com/revista/article/view/3851>
 8. Dolores M, Fernández M, Pedreira G, et al. Influencia de los determinantes sociales de la salud en la elección de tratamiento renal sustitutivo en la enfermedad renal crónica avanzada: necesidad de un enfoque multidisciplinar. *Rev Nefrol.* 2023; 44(4):459-614. Disponible en: [S0211699523000620](https://doi.org/10.1016/j.ren.2023.04.006)
 9. Guzmán M. Autocuidado en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis [Tesis de maestría]. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla; 2024. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/>
 10. Alhamad M, Almulhim M, Alburayh A, et al. Factors affecting adherence to hemodialysis therapy among patients with end-stage renal disease attending in-center hemodialysis in Al-Ahsa Region, Saudi Arabia. *Cureus.* 2023; 15(10):e193350. Disponible en: <https://assets.cureus.com/193350>
 11. Hernández S, Carrillo A, Linares L, et al. Sociodemographic and clinical characterization of patients with chronic kidney disease with multiple pathologies and caregivers. *Enferm Nefrol.* 2021; 24(1). Disponible en:

[10.37551/s2254-28420106](https://doi.org/10.37551/s2254-28420106)

12. Carrillo M. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica de una clínica privada de Piura, 2021 [Tesis de grado]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2022. Disponible en: <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/5423>
13. Villagaray G, Zavala G. Factores sociodemográficos y la calidad del cuidado de enfermería en pacientes de un puesto de salud de Chimbote, Ancash [Tesis de grado]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2022. Disponible en: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/2143>
14. Lazo C. Intervención de enfermería y autocuidado del paciente renal en estadios III y IV de un hospital de la Región Amazonas [Tesis de maestría]. Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/102490>
15. National Cancer Institute (NCI). Enfermedad renal crónica [Internet]. Diccionario de cáncer del NCI. Disponible en: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/enfermedad-renal-cronica>
16. Nieto-Ríos JF, Zuluaga-Quintero M, Ariza-Parra E, Bello-Márquez D, Gómez-Castro L. Definición de enfermedad renal crónica de acuerdo con la edad: es hora de adaptar la definición de la enfermedad renal crónica de acuerdo con la edad. Acta Med Colomb [Internet]. 2021;46(4). Disponible en: <https://doi.org/10.36104/amc.2021.2080>
17. AKF's Medical Advisory Committee. Etapas o estadios de la enfermedad

- renal [Internet]. American Kidney Fund; 2025. Disponible en: <https://www.kidneyfund.org/es/etapas-o-estadios-de-la-enfermedad-renal#a-qu-se-refieren-las-etapas-de-la-enfermedad-renal-cr-nica-erc>
18. Malkina A. Enfermedad renal crónica [Internet]. MSD Manual Profesional; 2023. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornosurogenitales/enfermedad-renalcr%C3%B3nica/enfermedad-renal-cr%C3%B3nica>
19. Genfar. Enfermedad renal crónica: conoce sus signos y síntomas [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.genfar.com/>
20. Huaman L, Gutiérrez H. Impact of the nursing intervention on the self-care of patients with advanced chronic kidney disease. *Enferm Nefrol.* 2021;24(1):68-76. Disponible en: <https://doi.org/10.37551/S2254-28842021007>
21. Ortega C, Sánchez D, Rodríguez O. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Méd Grupo Ángeles.* 2018; 16(3). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=

ANEXOS

Anexo 1: Definición operacional de la variable: Factores Sociodemográficos

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	SUB DIMENSION	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
Aspectos personales que involucran lo social, económico y ambiental. Dichos factores influyen en la situación de la salud a nivel poblacional.	DEMOGRÁFICA	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la recolección de datos, expresado en años cumplidos.	Número de años cumplidos.	Edad exacta en años.
		Sexo	Condición biológica que distingue a los seres humanos en masculinos y femeninos.	Masculino / Femenino.	Sexo registrado.
		Estado civil	Situación jurídica que describe la relación personal de un individuo en términos de matrimonio u otras uniones.	Soltero/a, Casado/a, Unión libre, Divorciado/a, Viudo/a.	Estado civil actual.
		Grado de instrucción	Máximo nivel educativo formal alcanzado por la persona.	Primaria, Secundaria, Técnica, Universitaria, Posgrado.	Nivel educativo alcanzado.
	SOCIAL	Lugar de nacimiento	Área geográfica específica donde la persona nació.	Ciudad, Departamento, País.	Lugar de nacimiento registrado.
		Lugar de residencia actual	Ubicación geográfica donde reside la persona en la actualidad.	Ciudad, Departamento, País.	Residencia actual registrada.
		Región de nacimiento	Región natural del país donde nació la persona.	Costa, Sierra, Selva.	Región de nacimiento registrada.
		Nivel socioeconómico	Clasificación de la población basada en el acceso a bienes, servicios y nivel educativo del hogar, de acuerdo a estándares nacionales (APEIM).	Nivel A, B, C, D, E.	Nivel socioeconómico según clasificación oficial.
		Religión	Conjunto de creencias y prácticas espirituales o religiosas profesadas por el encuestado.	Católica, Evangélica, Testigo de Jehová, Otra, Ninguna.	Religión declarada.

Definición operacional de la variable: Práctica de Autocuidado del Paciente.

DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA	INSTRUMENTO
Son las acciones que realiza el paciente para evitar la progresión de la enfermedad renal crónica en un programa de predialisis.	La calificación lograda en el Cuestionario de autocuidado de elaboración propia mediante 21 ítems, divididos en 5 dimensiones.	Adherencia al tratamiento médico	Cumplimiento de la medicación	1, 2, 3	Escala Likert de 21 ítems donde 1= Nunca y 5= Siempre (con puntaje mínimo de 21 y máximo de 105), donde un puntaje más alto indica mejor autocuidado. Autocuidado bajo (21-48 puntos), Autocuidado medio (49-76 puntos), Autocuidado alto (77-105 puntos).	Cuestionario de autocuidado de elaboración propia.
			Asistencia a consultas y controles médicos			
		Gestión de la dieta	Control de ingesta de líquidos	4, 5, 6, 7, 8		
			Restricción de sodio, potasio y fósforo			
			Control del consumo de proteínas			
		Control de signos y síntomas	Reconocimiento de signos de alarma.	9, 10, 11, 12, 13		
			Monitoreo de presión arterial			
			Autocontrol de edemas y fatiga			
		Estilo de vida saludable	Actividad física y manejo del estrés	14, 15, 16, 17		
			Consumo de sustancias dañinas			
		Conocimientos de la enfermedad	Comprensión de la ERC y su progresión.	18, 19, 20, 21		
			Conocimiento sobre complicaciones y prevención			
Conocimiento de las restricciones dietéticas y medicamentosas.						

Anexo 2 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)

Título del estudio: Factores sociodemográficos asociados a la adherencia del autocuidado en pacientes con enfermedad renal crónica en prediálisis en un hospital público 2024

Investigadora : Melissa Nuñez Chacón

Institución : Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren

Asunto : Consentimiento informado para aplicación de estudio

Por el presente,

Reciba el cordial saludo, y en mérito al asunto, hago extensiva la invitación a participar en el estudio cuyo objetivo es determinar la relación entre los factores sociodemográficos y la adherencia del autocuidado en pacientes con ERC en prediálisis en un hospital público 2024; en el cual se aplicará dos instrumentos, una ficha de recolección de datos y una encuesta sobre el autocuidado previamente validada, compuesta por 22 ítems y 4 dimensiones; sin riesgo alguno. Además, dicho estudio no estará sujeto algún costo alguno; como beneficiario, estará contribuyendo a la ampliación de conocimientos científicos en el campo de la Enfermería. La información recolectada será resguardada por códigos resguardando sus datos personales, lo cual será utilizado solo por la investigadora

Una copia de esta hoja informativa le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO: Acepto voluntariamente participar en el presente estudio, e informo mi conocimiento sobre las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, además, tengo la completa facultad de desistir del estudio en cualquier momento.

.....

Firma del participante

Anexo 3. Instrumentos

FORMULARIO SOBRE FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE PACIENTES CON ERC ETAPA PREDIALÍTICA

Elaborado por: Melissa Núñez Chacón

El siguiente formulario contiene preguntas sobre los factores sociodemográficos que pueden influir en las en las prácticas de autocuidado de los pacientes con enfermedad renal crónica en etapa prediálisis.

Este es un estudio desarrollado por una investigadora de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Se garantizará que la información que usted brinde es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto la investigadora que manejarán la información obtenida codificará las encuestas.

Marcar con un aspa (x) o círculo la respuesta que usted considere. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1) Edad

- a) De 18 - 29 años b) De 30 - 59 años c) 60 años a más

2) Sexo

- a) Femenino b) Masculino

3) Estado civil:

- a) Soltera(o) c) Divorciada(o) /separada(o)
b) Casada(o)/conviviente d) Viuda(o)

- 4) Lugar de Nacimiento : _____
- 5) Idioma o lengua hablada: _____
- 6) Grado de instrucción:
- a) Primaria
 - b) Secundaria
 - c) Técnico
 - d) Universitario
 - e) Ninguno
- 7) ¿En qué región del Perú reside?
- a) Costa
 - b) Sierra
 - c) Selva
- 8) Lugar de residencia actual: _____
- 9) Que rol cumple en la familia:
- a) Principal proveedor
 - b) Dependiente de los ingresos de la familia.
- 10) A qué tipo de familia pertenece:
- a) Familia Nuclear
 - b) Familia Extensa o Conjunta
 - c) Familia Ampliada (miembros sin grado de consanguinidad)
 - d) Familia Reconstruida
 - e) Familias con un Solo Progenitor, Monoparentales o Uniparentales
 - f) Familias Homosexuales
- 11) ¿Con cuántos miembros de la familia vive? : _____
- 12) ¿Quién es su principal cuidador o no tiene?: _____

13) ¿A qué nivel socioeconómico considera que pertenece su hogar?

- a) Nivel A (Alto)
- b) Nivel B (Medio alto)
- c) Nivel C (Medio)
- d) Nivel D (Medio bajo)
- e) Nivel E (Bajo)

14) Ocupación

- a) Ama de casa
- b) Empleado
- c) Independiente
- d) Desempleado
- e) Jubila

15) Religión que profesa : _____

CUESTIONARIO PARA EVALUAR LAS PRACTICAS DE AUTOCUIDADO DE PACIENTES PRE-DIALISIS

Elaborado por: Melissa Núñez Chacón

Instrucciones: Marca con un aspa (X) la opción que más se adecúe a su autocuidado, según la siguiente escala:

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

ÍTEMS	1	2	3	4	5
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MEDICO					
1. Cumplo con la toma de mis medicamentos según la indicación médica, así me sienta bien.					
2. No olvido ninguna dosis de mi tratamiento diario.					
3. Acudo a mis controles médicos con la frecuencia recomendada.					
4. Acudo a mis controles de consulta en el Programa de predialisis					
DIETA					
5. Regulo la cantidad de líquidos que consumo diariamente de acuerdo a lo indicado					
6. Evito el consumo de alimentos con alto contenido de sodio, como la sal.					
6. Limito la ingesta de alimentos ricos en potasio, como plátanos y naranjas.					
7. Evito el consumo de alimentos ricos en fósforo, como productos lácteos y alimentos procesados.					
8. Condiciono el consumo de carnes y otros alimentos recomendados por el programa de predialisis, a pesar de mi gustos o creencias					
CONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SINTOMAS					
9. Estoy atento/a los signos de alarma de la progresión de la ERC a otro estadio.					

10. Identifico cambios en mí que indiquen un empeoramiento y solicito inmediatamente consulta de enfermería o médica.					
11. Monitoreo mi presión arterial y glucosa con regularidad.					
13. Presto atención a los valores obtenidos en el control de mi peso, IMC o perímetro abdominal.					
ESTILO DE VIDA SALUDABLE					
14. Realizo actividad física acorde a mis capacidades y recomendaciones del programa de predialisis.					
15. Aplico técnicas de relajación como meditación o respiración.					
16. Evito el consumo de alcohol.					
17. Evito fumar cigarro.					
CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD					
18. Comprendo mi diagnóstico y en que etapa de ERC me encuentro.					
19. Conozco las etapas de la progresión de la ERC					
20. Comprendo las restricciones en la dieta para evitar la progresión de la ERC					
21. Evito automedicarme o consumir medicamentos nefrotóxicos.					

CLASIFICACIÓN:

RANGO DE PUNTAJE	NIVEL DE AUTOCUIDADO	INTERPRETACIÓN
21 - 48	Bajo	No sigue adecuadamente las recomendaciones de autocuidado.
49 - 76	Moderado	Cumple parcialmente con las prácticas de autocuidado.
77 - 105	Alto	Cumple con la mayoría o todas las prácticas de autocuidado.