

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**Autoestima y adherencia al tratamiento en los pacientes con Insuficiencia Renal
Crónica en hemodiálisis.**

Por: Natalia Verónica Maino

Director: Lic. Samuel López

Docente Asesor: Lic. Graciela Simonetti

Lic. Yanina Beisel

Rosario, diciembre de 2020

Resumen:

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se conceptualiza como un síndrome irreversible y progresivo de las funciones glomerulares, tubulares y endocrinas del riñón. Además de traer consecuencias físicas al individuo que la experimenta, también trae daño psicológico, modificando su estado mental y emocional, esto cambia su vida cotidiana, y también se caracteriza por ser un problema social, que interfiere con el papel que el paciente juega en la sociedad.

El objetivo de este estudio es analizar qué relación existe entre la autoestima y la adherencia al tratamiento, según el sexo y la edad, en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, que realizan hemodiálisis trisemanal en un Hospital Público, en la ciudad de Rosario, durante el año 2021.

La estrategia metodológica será de tipo cuantitativa, se llevará a cabo un estudio no experimental observacional, analítico, de corte transversal y prospectivo, y las principales variables de estudio son autoestima, adherencia al tratamiento, edad y sexo. Se utilizarán la escala de autoestima de Rosenberg y un cuestionario elaborado para medir las variables. La muestra de población general se conformará por 30 personas adultas que asisten de forma ambulatoria a dicho efector de salud, de ambos sexos entre 18 y 65 años de edad, diagnosticadas con IRC, en plan de hemodiálisis trisemanal. Los datos serán analizados mediante estadística descriptiva, representados en histograma y gráficos de torta, se hará un estudio univariado de cada variable y para finalizar se aplicará el coeficiente de correlación de Spearman para estudiar la relación entre variables.

Palabras claves:

Autoestima; Adherencia al tratamiento; Insuficiencia Renal Crónica; Hemodiálisis

Índice General

	Pág.
Resumen y Palabras Clave	2
Índice General	3
Introducción	4
Marco Teórico	14
Material y Método	25
- Diseño.....	25
- Población y Muestra.....	26
- Técnicas e Instrumentos.....	26
- Personal a Cargo.....	29
- Plan de Análisis.....	30
- Plan de trabajo y Cronograma.....	32
Anexos	33
I. Guía de estudio de convalidación.....	34
II. Instrumento de recolección de datos.....	36
III. Consentimiento Informado.....	39
Bibliografía	42

Introducción

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se conceptualiza como un síndrome irreversible y progresivo de las funciones glomerulares, tubulares y endocrinas del riñón. Los principales signos y síntomas descritos son: debilidad, fatiga, confusión mental, dolor de cabeza, prurito, edema, amoníaco ("aliento urémico"), náuseas, vómitos, anorexia, estreñimiento, diarrea, anemia, infertilidad, calambres musculares, osteodistrofia renal, hasta la muerte.

Dado esto, los tratamientos existentes para la enfermedad renal se caracterizan actualmente por tres tipos: diálisis, trasplante de riñón y tratamiento conservador. La diálisis es un método para eliminar toxinas endógenas y exógenas que ajusta el desequilibrio electrolítico, y regula el volumen de líquido de los pacientes con IRC. Por lo tanto, la IRC, además de traer consecuencias físicas al individuo que la experimenta, también trae daño psicológico, modificando su estado mental y emocional, esto cambia su vida cotidiana, y también se caracteriza por ser un problema social, que interfiere con el papel que el paciente juega en la sociedad.(1)

Si bien el tratamiento es compartido con los profesionales de la salud, el paciente es el protagonista de su autocuidado para una mejor calidad de vida, afrontando las exigencias de la enfermedad.

La falta de adherencia es una de las consecuencias negativas que cotidianamente se observa, dando mayor porcentaje de hospitalización, elevado costo sanitario, y fracaso terapéutico.

La IRC es un problema de Salud Pública que tiende a tomar dimensiones de epidemia y tiene un grave impacto en la calidad de vida del paciente.

Las enfermedades crónicas, como la insuficiencia renal, son un proceso continuo de adaptación ya que estos pacientes tratan de aceptar su nueva imagen y adaptarse a una nueva forma de vida. Para el tratamiento de diálisis los pacientes con enfermedad renal deben someterse a diálisis regularmente, enfrentan dificultades en mantener sus empleos, su vida social, su flexibilidad financiera y su limitación de líquidos y alimentos. La complejidad y naturaleza crónica de las enfermedades afectan la calidad de vida de los pacientes con IRC, su salud y reducen sus expectativas de vida. (2)

Según Roy, las personas son sistemas holísticos y adaptables. Como todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito en concreto. Los sistemas humanos tienen capacidad para pensar y para sentir, y se basan en la conciencia y en el significado, por los que se ajustan de manera adecuada a los cambios que se producen en el entorno y, a su vez, influyen en el mismo entorno.

El autor de referencia refiere que “es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para adaptarse” (p.343). La salud para Roy es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno. (3)

La autoestima puede resultar un área afectada de la persona con enfermedad crónica, cuya reconstrucción requiere una intervención psicoeducativa determinada. Se cree que una falta de autoestima se asocia a un desinterés por sí mismo, lo que puede relacionarse como una causa de no adhesión al tratamiento. (4)

La persona con baja autoestima puede verse a sí misma como incapaz, dependiente, angustiada, con temores para enfrentar las vicisitudes de la realidad circundante; lo que redundaría en menor capacidad para afrontar hechos de la vida, así como una actitud menos positiva hacia sí mismo, y por consiguiente no asume conductas de salud como la adherencia a los tratamientos.

Los estresores más comunes son dificultades financieras, cambios en la vida social y relación marital, hospitalización regular, incapacidad de vacaciones, restricción de tiempo libre, relaciones con enfermería y personal médico, miedo de invalidez o muerte, mayor dependencia de máquina de riñón artificial, incertidumbre sobre el futuro y la fatiga física. Además, la limitación de líquidos y alimentos es el estresante más frecuente para estos pacientes, es decir porque el consumo diario de líquidos debería no exceder de 500 ml por día debido al riesgo de causar edema pulmonar. Un factor igualmente angustiante es el esfuerzo que requiere seguir las directrices de la dieta, como la ingesta excesiva de potasio y el fósforo que es responsable de causar fallo en el corazón y posible comezón u osteodistrofia renal respectivamente. (5)

El afrontamiento y la adaptación del paciente a un programa de hemodiálisis dependen de la personalidad del paciente en conjunción con el apoyo recibido de profesionales de la salud, familiares y entorno social. Como todas las patologías crónicas, el manejo de la IRC se basa en gran medida en el autocuidado del paciente, siendo vital para ello la adherencia completa a los diferentes elementos que conforman dicha terapia, es allí donde el profesional de enfermería, mediante la capacitación continua, retroalimentación y el desarrollo de un canal de comunicación adecuado, fortalece su relación con el paciente, construyendo un factor protector respecto al estado de salud del mismo.

Se debe resaltar la importancia de la capacitación del paciente, haciendo énfasis en la autonomía y la autoeficacia, afianzando la terapia a su vida cotidiana considerando la técnica adecuada, seguimiento nutricional y dietético, aporte hídrico y manejo farmacológico; pues es allí de donde derivan la mayor proporción de complicaciones en diálisis, todo esto secundario a la falta de adherencia que se observan en un gran número de pacientes. (6)

La OMS desde el año 2003 considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos, sus consecuencias clínicas y económicas, como un tema prioritario de salud pública. Postulando el término adherencia como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, corresponden con las recomendaciones del profesional tratante. (7)

La idea que surge a partir de la práctica cotidiana es conocer más sobre la adherencia al tratamiento, cuáles fueron las variables estudiadas, que tipo de diseño y métodos utilizaron los investigadores y sobre todo ver si se realizaron investigaciones sobre la variable autoestima relacionada con la adherencia al tratamiento. Esto implicó realizar una revisión de la literatura científica, cuyos resultados se explicitan a continuación.

En un estudio de cohorte longitudinal que incluyó a 8164 pacientes en HD de clínicas de Fresenius Medical Care Argentina, prevalentes en abril 2010, con más de 90 días de tratamiento y seguimiento a 3 años, se evaluó por encuesta el salteo de al menos una sesión de diálisis en un mes o acortamiento de por lo menos 10 minutos de una sesión de diálisis en un mes, durante los 6 meses previos a la encuesta y se evaluaron los riesgos relativos de mortalidad entre grupos. Los resultados fueron que 648 pacientes (7.93%) salteaba sesiones de diálisis: 320 (3.92%) saltaron una sesión por mes y 328 (4.01%) saltaban más de una sesión por mes.

Luego de 3 años de seguimiento, 349 pacientes (53.85%) permanecían activos en hemodiálisis y 299 estaban inactivos por diferentes motivos: 206 fallecidos (31.79%), 47 transferencias o pérdidas de seguimiento (7.25%), 36 trasplantados (5.55%), 8 cambios de modalidad a DP (1.23%) y 2 recuperaciones de la función renal (0.3%). Vieron que saltar una sesión de diálisis por mes aumentaba significativamente el riesgo de mortalidad comparando ambos grupos (salteadores y no salteadores): RR = 2,65 (IC 95% 2.24 – 3.14), y saltar más de una sesión de diálisis también aumentaba significativamente el riesgo de mortalidad comparado con los no salteadores: RR = 2.8 (IC 95% 2.39 – 3.28). Un 41,66% de los salteadores al inicio habían mejorado su adherencia a través de un programa multidisciplinario de mejora de calidad. Llegando a la conclusión que la mortalidad global fue mayor entre aquellos pacientes salteadores de sesiones de diálisis, y que una proporción considerable de pacientes salteadores al inicio modificaron su conducta a través de la implementación de un programa multidisciplinario de mejora de calidad. (8)

En un estudio descriptivo, de corte transversal, se estudiaron 30 pacientes diabéticos tipo 2 del consultorio 3, Consejo Popular Cartagena, (11 se adhirieron al tratamiento y 19 no). Se utilizó revisión de historias clínicas, cuestionario para evaluar la adherencia terapéutica en pacientes con

diabetes mellitus tipo 2, cuestionario de conocimientos de la enfermedad, inventario de autoestima de CooperSmith.

Los resultados indicaron predominio de niveles bajos de conocimientos sobre la enfermedad, pacientes cumplidores: 46 % niveles medios y 54 % niveles bajos; pacientes incumplidores: 42 % niveles medios y 58 % niveles bajos. Prevalcieron niveles altos y medios de autoestima, los cumplidores mostraron mayores niveles altos de autoestima. (64 % cumplidores-47 % incumplidores).

Los autores llegaron a la conclusión que es evidente el vínculo entre la adherencia terapéutica y los niveles de conocimientos de la enfermedad y autoestima: a mayor adherencia terapéutica se vinculan niveles más altos de autoestima y de conocimientos de la enfermedad. Se corroboró la importancia de investigar y determinar factores influyentes en la adherencia terapéutica relacionados con el paciente, como el conocimiento de la enfermedad y la autoestima para, desde un enfoque integral y multifactorial proporcionar un mejor control de la enfermedad. (9)

En otro estudio cuantitativo, observacional, de corte transversal y prospectivo, se tomó una muestra de 106 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad de Especialidades de Enfermedades Crónicas (UNEMES Ec), en Villahermosa Tabasco.

Los resultados mostraron predominio del género femenino con 68 %; el rango de edad fue de 51 a 55 años con 19.8 %. En cuanto al nivel de escolaridad 70.8% con primaria y 66 % se dedicaban a las labores del hogar. En cuanto a los factores que influyeron en el comportamiento de adherencia, 88 % eran de los pacientes y 77% del proveedor; 56 % coinciden en que el factor socioeconómico a veces influye y 49 % refirieron que los relacionados con la terapia nunca influyen. En cuanto al comportamiento de adherencia, 47% demostraron tener ventaja para adherencia, 41 % en riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia y el nivel de conocimientos de los pacientes, fue intermedio en 49.1 %.

Se llegó a la conclusión que la población estudiada tenía riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia y contaban con un nivel de conocimientos intermedio, por lo cual indicaron los investigadores la necesidad de valorar la intervención psicológica, así como el proceso de enseñanza del paciente, para impactar y/o reorientarse hacia una mayor adherencia como elemento importante en su beneficio. (10)

También se encontró revisiones sistemáticas, como por ejemplo ésta donde se explora sobre los factores que influyen en la adherencia al tratamiento del paciente en diálisis peritoneal. Los resultados informan que los pacientes en Diálisis Peritoneal presentan problemas de falta de

adherencia en mayor proporción en los parámetros nutricionales, restricción de fluidos seguida del manejo correcto de la técnica y pautas farmacológicas indicadas por el profesional de la salud.

La mala adherencia a largo plazo es reconocida como uno de los principales problemas clínicos en la gestión de las enfermedades crónicas, y en concreto de la enfermedad renal crónica avanzada. (11)

En esta revisión sistemática no metaanalítica, mediante una búsqueda en las bases de datos de Scielo, PubMed y Google Académico que incluyó artículos escritos en inglés y español, se analizaron los artículos que trataban la adherencia al tratamiento en pacientes en hemodiálisis. Revisaron 19 artículos, 6 revisiones y 13 estudios observacionales, publicados entre el 2007 y 2015. Estudiaron variables sociodemográficas: edad, género, nivel socioeconómico y estudios, estado civil, raza y situación laboral; variables clínicas y psicosociales y, factores relacionados con la medicación. Encontraron que entre 15-72% de los pacientes en hemodiálisis presentan falta de adherencia al tratamiento farmacológico. La depresión se encontró asociada a la falta de adherencia. La edad también fue un dato a destacar a mayor edad mayor adherencia al tratamiento. Concluyendo que los pacientes en hemodiálisis presentan con frecuencia falta de adherencia al tratamiento farmacológico. La depresión parece ser el predictor más influyente en la falta de adhesión.

Los factores demográficos y clínicos no están consistentemente asociados con la falta de adherencia, a excepción de la edad, siendo los pacientes de mayor edad los que presentan mayor adherencia. (12)

En Cuba se realizó una investigación sobre caracterizar, según niveles, la adherencia terapéutica de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico y describir los factores que la condicionan.

Fue un estudio descriptivo de corte transversal realizado con 75 pacientes en tratamiento dialítico atendidos en el Hospital “Celia Sánchez Manduley” del municipio Manzanillo, Granma, durante el año 2014. Los resultados mostraron que predominó el sexo masculino, edades entre 50-59 años y nivel de escolaridad preuniversitario. Se encontró adherencia parcial en el 56 % de las personas estudiadas. Factores como conocimientos sobre la enfermedad, creencias sobre beneficios del tratamiento, el suficiente apoyo social percibido y la satisfacción con la atención recibida no fueron descritos como condicionantes de la adherencia. La percepción del tratamiento como difícil de cumplir fue un factor descrito como condición para la adherencia deficiente. Las indicaciones percibidas como de mayor complejidad fueron la restricción de líquidos y el seguimiento de la dieta indicada. (13)

En Perú se investigó sobre la baja adherencia al régimen de hemodiálisis en pacientes con enfermedad crónica renal midiendo el incumplimiento a las sesiones de diálisis y sus causas.

Se incluyeron 54 pacientes, 27 eran varones, con una edad y tiempo de diálisis promedio de $57 \pm 16,4$ años y $40,6 \pm 11,5$ meses, respectivamente; 7/54 pacientes tenían educación superior. Hubo 504 faltas (5,45%). El segundo día de la programación semanal fue el día con mayor frecuencia de faltas (292), seguido del tercer día (145); 13/54 tuvieron baja adherencia.

Las principales causas reportadas fueron: una residencia alejada (6/13), la sensación de bienestar (6/13), el contar con escasos recursos económicos para solventar el traslado (5/13). Uno de cada cuatro pacientes tuvo baja adherencia. (14)

En México se realizó un estudio retrospectivo, que incluyó 212 hospitales de segundo nivel con programas de diálisis para conocer la prevalencia y características de esta población.

El total de la población fue de 55 101 pacientes, de los cuales fueron 29 924 masculinos (54%) y 25 177 femeninos (46%); edad promedio 62.1 años (rng: 4 a 90); pensionados 20 387 (36.9%). Las causas de la insuficiencia renal fueron: diabetes 29 054 (52.7%), hipertensión arterial 18 975 (34.4%), glomerulopatías crónicas 3951 (7.2%), riñones poliquísticos 1142 (2.1%), congénitos 875 (1.6%), y otras 1104 (2%). La HD se otorgó en 41% de los pacientes y la DP al 59% restante; el costo anual fue de 5 608 290 622 pesos. (15)

El Registro Argentino de Diálisis Crónica informó en el año 2019 que en el transcurso del año 2018, ingresaron a Diálisis Crónica 7108 nuevos pacientes que se corresponde con una Tasa bruta de 160 ppm y una Tasa ajustada de 149 ppm.

El número de pacientes, la tasa bruta y la tasa ajustada disminuyeron con respecto a los valores de años anteriores. La tasa ajustada más alta en el tiempo corresponde a la del año 2013, con 155,3 ppm.

Al 31/12/2018 se trataban en Diálisis Crónica 29929 pacientes que se corresponde con una tasa bruta de 673 ppm y una tasa ajustada de 631 ppm. El número de pacientes tuvo constante crecimiento desde 2004, no así la tasa bruta que se estancó desde 2013 hasta el 2016, elevándose en 2017-18.

La tasa ajustada decreció desde el año 2013 hasta el año 2018. La disminución de la Prevalencia es, en gran parte, consecuencia de la disminución de la Incidencia a partir del año 2014. No solo ingresaron menos pacientes que los esperados en el último quinquenio, sino que los ingresaron lo hicieron en peores condiciones y con evidencias de que cada año que pasa existe menor contacto previo con el nefrólogo.

La población que ingresa por primera vez a DC (diálisis crónica) es cada año más joven, llega muy anémica, con malas condiciones nutricionales, mayor uso de catéteres transitorios como primer acceso para Hemodiálisis (72.0% de los ingresos con catéteres en 2017-18, el máximo porcentaje desde el 2004).

El aumento sostenido de pacientes con Diabetes, que en 2017-18 muestra la máxima tasa en el tiempo. Primero, porque son amplia mayoría ya que más de 4 de cada 10 nuevos pacientes son diabéticos y segundo, lo más importante, porque esta etiología de Enfermedad renal crónica conlleva la máxima morbilidad cardiovascular que se pueda observar en un paciente, lo que hace muy difícil el tratamiento adecuado una vez que ingresa a DC.

La Hemodiálisis convencional es la más frecuente modalidad en el 87% de los pacientes; la Diálisis peritoneal mostró un significativo crecimiento en los últimos 12 años pasando del 3.9 al 6.7 % del total. La hemodiafiltración en línea se registra desde el año 2014 siendo muy significativo el crecimiento de esta técnica en el corto período, representando al 6.6% de la población prevalente en DC en 2018.

El paciente Diabético presenta mayor comorbilidad que los que no lo son, lo cual fue constatado por este y todos los registros del mundo.

Teorizando, es probable que en los últimos años se haya producido una menor contención de estos pacientes por el Sistema de Salud. No tanto por los Equipos de Diálisis, sino por internaciones y prácticas especiales que estos pacientes requieren en una proporción mucho más elevada que los No Diabéticos.

Ante la crisis del Sistema de Salud, aquellos que requieren más cuidado, son los más afectados. Edad y Sexo: la edad promedio de los Incidentes 2018 fue de 59.0 (± 17.0) años.

En descenso desde el año 2013, como resultado de la disminución del porcentaje de pacientes mayores de 65 años. Capital Federal, desde el año 2006, es el Distrito con mayor edad promedio de ingreso y mayor porcentaje de pacientes mayores de 65 años.

La tasa de Incidencia de varones sigue incrementándose en el tiempo, llegando a 195 ppm en 2018; en cambio la de las mujeres se mantiene estable desde el año 2007 en 125-130 ppm (126 ppm en 2018). Etiologías de IRD • La Nefropatía Diabética es la primera causa de Ingreso y con el mayor crecimiento desde 2004, alcanzando los 58 ppm en 2018. La Nefroangiosclerosis es la segunda con 31 ppm en 2018. Todas las provincias del Noroeste y Cuyo (excepto Mendoza) son las que mayor tasa por Nefropatía Diabética presentan (Rango: 72-138 ppm).

Con respecto a la modalidad dialítica, la hemodiálisis es la primera modalidad en el 93.6% de los pacientes; la Diálisis peritoneal mostró un significativo crecimiento en los últimos 12 años

pasando del 2.7 al 6.4 % del total. Capital Federal, Neuquén y Chaco son los distritos con mayor porcentaje de pacientes iniciando en DP con 14% o más. (16)

En la ciudad de Rosario hay un solo efector público municipal que realiza hemodiálisis en personas crónicas, si bien estaba pensado para atender pacientes con injurias renales durante su período de internación, la alta demanda y crecimiento demográfico de enfermedades crónicas, la institución reestructura un área para poder dializar a los pacientes que requieren tratamiento sustitutivo de su falla renal de forma crónica.

En la actualidad y siguiendo el protocolo de distanciamiento se dializan 4 pacientes por turno, teniendo tres turnos por día de lunes a sábados. Dando una suma aproximada de 22 a 24 pacientes que ingresan de forma ambulatoria desde sus domicilios a realizar hemodiálisis trisemanal.

El área cumple con la Ley 22853 del Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Nacional de garantías de calidad de Atención Médica, Resolución 739/97, Normas de Organización y Funcionamiento de la Práctica Dialítica. (Ministerio de Salud y Acción Social, 1996).

En el transcurso del tratamiento el servicio de Asistencia Social y los Nefrólogos gestionan la cobertura social para aquellos pacientes sin ningún tipo de obra social, al fin de poder ser derivados a distintos centros de diálisis de instituciones privadas, y así poder descomprimir el porcentaje ocupacional y poder seguir brindando atención a la gran demanda poblacional.

Los pacientes derivados a los efectores privados no cuentan con internación, en caso de requerir atención de internación retornan a la institución pública, aumentando el giro cama y porcentaje ocupacional de la Unidad Renal y del Hospital que se caracteriza por la atención de casos agudos y emergencias de alta complejidad en trauma clínico-quirúrgicas.

En Rosario, en octubre 2008, a partir de la Ordenanza Municipal N° 8319, se sientan las bases para la implementación del Plan de Acción Integral de Salud Renal: PAIS-R (MR, ordenanza 8319).

Se planifican acciones conjuntas entre la SSP de Rosario y el Ministerio de Salud de la Pcia. De Santa Fe en enero de 2011, comienza la Etapa I del PAIS-R. Los objetivos de las acciones conjuntas son: la detección precoz de enfermedad renal crónica en la población usuaria de los servicios de salud; garantizar el seguimiento por nefrología en los casos que así lo ameriten y preparar mejor el ingreso a tratamiento dialítico de los pacientes que lo requieran.

Los nefrólogos de la red municipal se distribuyen en los distintos distritos de Rosario (D. Zona Norte, Hospital “JB Alberdi”, D. Sur, Hospital “Roque Sáenz Peña”, D. Zona Oeste, Hospital

“Intendente Carrasco”, D. Zona Centro, Centro de Especialidades Médicas (CEMAR). Con el fin de llevar a cabo los objetivos del Plan.

Si bien preocupa la afluencia de pacientes, otros de los factores a destacar es la adherencia al tratamiento, en qué situación de salud llegan los pacientes al inicio del tratamiento, la adaptación y aceptación de la enfermedad y como se ven ellos mismos ante esta situación de crisis. Todo esto lleva a un déficit en la calidad de vida, aumento de la comorbilidad y hospitalizaciones reiteradas.

También los costos en salud son elevados, requiriendo más recursos financieros, materiales y humanos.

En función de estos datos, surge como problema de investigación:

¿Qué relación existe entre el nivel de autoestima y el grado de adherencia al tratamiento, según el sexo y la edad, de pacientes adultos con Insuficiencia Renal crónica que realizan hemodiálisis trisemanal en un Hospital Público, en la ciudad de Rosario, durante el año 2021?

Del mismo se desprenden las siguientes hipótesis:

- A mayor nivel de Autoestima mayor adherencia al tratamiento.
- Los pacientes adultos mayores tendrán mayor adherencia al tratamiento que los adultos jóvenes.
- Las mujeres manifestarán mayor adherencia al tratamiento que los hombres.
- La baja autoestima se relaciona con el déficit de adherencia a la dieta y la sobrecarga hídrica.

Planteando como Objetivo General:

Analizar qué relación existe entre la autoestima y la adherencia al tratamiento, según el sexo y la edad, en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal, que realizan hemodiálisis trisemanal en un Hospital Público, en la ciudad de Rosario, durante el año 2021.

Objetivos específicos:

- Caracterizar a los pacientes según sexo y edad.
- Analizar los niveles de autoestima según escala validada.
- Indagar sobre los hábitos alimenticios.
- Analizar la adherencia al tratamiento farmacológico.
- Evaluar si adhiere a las restricciones sobre la ingesta de líquidos.
- Verificar el cumplimiento del tiempo y sesiones de hemodiálisis.
- Identificar similitudes y diferencias de la adherencia al tratamiento según sexo y edad de los pacientes.
- Analizar si el sexo se relaciona con el nivel de autoestima.

- Verificar si la edad se relaciona con el nivel de autoestima.

En función de todo lo expresado, se decide realizar una investigación con el propósito de presentar los resultados a las autoridades de la institución con el objetivo de poder analizar el comportamiento de los pacientes en cuanto a la adherencia al tratamiento de hemodiálisis y su nivel de autoestima, para poder brindar herramientas a los pacientes, a través de programas de educación continua, con respecto a mejorar la adaptación y adherencia al tratamiento, disminuir la hospitalización y mejorar la calidad de vida. Esta investigación servirá como referencia para otros trabajos que aborden la temática con el mismo enfoque. Implementar acciones de enfermería para poder abordar al paciente antes del ingreso a hemodiálisis desde el consultorio externo con un plantel interdisciplinario.

Marco Teórico

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) en el adulto se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal (sedimento, imagen, histología) que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal; o un filtrado glomerular (FG) $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ sin otros signos de enfermedad renal.

La insuficiencia renal o nefropatía en etapa terminal es el deterioro progresivo e irreversible de la función renal con incapacidad corporal para la conservación del equilibrio de líquidos y electrolitos y el metabolismo, lo cual culmina con uremia.

La enfermedad puede ser provocada por enfermedades sistémicas como diabetes mellitus, glomerulonefritis crónica, pielonefritis, hipertensión no controlada, obstrucción del aparato urinario, lesiones hereditarias como nefropatía poliquística, trastornos vasculares, infecciones, medicamentos o agentes tóxicos.

Según la Fundación Nacional del Riñón (*National Kidney Foundation*, KDOQI), la ERC se estratifica desde el estadio 1 (más leve) hasta el estadio 5 (más grave), basándose en el nivel estimado de la medida de la filtración glomerular (FG) ajustado para el área de superficie corporal. Los dos estadios más leves son el 1 y 2, en los que la FG está aún por encima de $60 \text{ ml/min/1,73m}^2$. Precisan, además, de alguna prueba de daño renal. La lesión renal puede manifestarse como cambios patológicos en la biopsia renal; alteraciones en la composición de la sangre o la orina, como por ejemplo proteinuria o cambios en el sedimento urinario; o alteraciones evidentes en las pruebas de imágenes. Los estadios más graves son el 3, 4 y 5, donde la FG está por debajo de 60, 30 y $15 \text{ ml/min/1.73m}^2$. (17)

Cuando el FG cae por debajo de 30 ml/min aparecen progresivamente los síntomas que conforman el síndrome urémico: anorexia y náuseas, astenia, déficit de concentración, retención hidrosalina con edemas, parestesias, e insomnio. Como vemos, los síntomas son inespecíficos pudiendo ser causados por otra enfermedad intercurrente. Cuando la enfermedad renal evoluciona muy lentamente, hay enfermos que se mantienen prácticamente asintomáticos hasta etapas terminales, con FG incluso de 10 ml/min o menos.

El paciente debe comenzar el tratamiento de restitución renal cuando: los niveles de $\text{BUN} > 100 \text{ mg/dl}$ [36 mMol/L] o $\text{FG} < 10 \text{ ml/min}$ son valores clásicos de referencia, tras los cuales suelen aparecer manifestaciones urémicas y por lo tanto la diálisis estaría indicada.

Cuando los síntomas incipientes como retención hidrosalina o caída de la diuresis, inapetencia, astenia variable y manifestaciones gastrointestinales (náuseas y vómitos), indican que la necesidad de diálisis es inminente. Este parece un momento razonable para comenzar a dializar,

sin esperar a la aparición del síndrome urémico. Hay que valorar la pendiente de la creatinina sérica o del FG, la persistencia de proteinuria, la capacidad cardíaca de manejar volumen y el grado de precariedad clínica del enfermo. El inicio de la diálisis debe ser lo menos traumático posible. En ocasiones el paciente considera que no está lo suficientemente enfermo, ya que se adapta progresivamente a la sintomatología, y reacomoda su sensación subjetiva de bienestar. No es recomendable caer en la tentación de retrasar el inicio de la diálisis en estos casos. Hay varios tratamientos de sustitución renal, en esta investigación se hará hincapié en la hemodiálisis. (18)

Según Brunner la hemodiálisis es el método de diálisis que se utiliza con mayor frecuencia, su función es extraer las sustancias nitrogenadas tóxicas de la sangre y retirar el exceso de agua por medio de un dializador (riñón artificial) que sirve como membrana semipermeable sintética que reemplaza a los glomérulos renales y a los túbulos como filtro para los riñones afectados.

La difusión, ósmosis y ultrafiltración son los principios en la cual se apoya la acción de la hemodiálisis. Las toxinas y desechos de la sangre se extraen por difusión, ya que pasan del área de mayor concentración en la sangre a la de menor concentración del dializado, que es una solución compuesta por todos los electrolitos importantes en sus concentraciones extracelulares ideales. La membrana semipermeable del dializador impide la difusión de moléculas grandes como eritrocitos o proteínas plasmáticas.

Por ósmosis se extrae el agua excesiva, ya que pasa de un área de concentración alta a una de baja concentración.

La ultrafiltración se logra aplicando presión negativa o una fuerza de succión a la membrana de diálisis, logrando un movimiento de agua de un área de mayor presión a un área de menor presión.

Durante la hemodiálisis se utiliza un baño de dializado compuesto de bicarbonato o acetato, para mantener el sistema de amortiguación.

La hemodiálisis no es la cura de la enfermedad renal, ya que no cura la nefropatía ni logra compensar las funciones endocrinas y metabólicas de los riñones sanos.

Los pacientes que necesitan hemodiálisis deben realizarlo de forma rutinaria por el resto de sus vidas o hasta que se les practique un trasplante renal exitoso.

El tratamiento consiste en tres sesiones por semana con una duración de 4hs cada una.

El autor menciona complicaciones de la hemodiálisis como son:

- Hipotensión durante el tratamiento por la eliminación de líquido. Los signos frecuentes que se incluyen son náuseas y vómitos, diaforesis, taquicardia y mareos.

- Calambres musculares dolorosos, ya que los líquidos y electrolitos salen aceleradamente del espacio extracelular.
- Pérdidas de sangre por roturas de las líneas del dializador o por desalojo de las agujas de forma accidental del sitio de punción.
- Las arritmias son una posibilidad debido a cambios en los electrolitos y el pH o la remoción de medicamentos antiarrítmicos durante el tratamiento.
- Las embolias aéreas son raras pero pueden ocurrir si ingresa aire en el sistema vascular.
- Dolor torácico debido a anemia o en pacientes con cardiopatía aterosclerótica.
- El desequilibrio por diálisis se debe a desviaciones de líquido cerebral. Incluye cefaleas, náuseas y vómito, inquietud, reducción del nivel de consciencia o convulsiones. Estos síntomas son evidentes al ingreso de los pacientes en hemodiálisis cuando los niveles de nitrógeno ureico en sangre se encuentran muy elevados.

Los pacientes con insuficiencia renal crónica aparte de realizar el tratamiento de hemodiálisis, deben cumplir con las indicaciones farmacológicas que realiza el médico especialista, llevar un estricto plan de nutrición e hidratación y realizar cambios en el estilo de vida.

El autor manifiesta que la dieta es un factor de suma importancia, los objetivos del tratamiento nutricional son minimizar los síntomas urémicos y los desequilibrios de líquidos y electrolitos; mantener un buen estado nutricional mediante el consumo adecuado de proteínas, calorías, vitaminas y minerales. Restringir las proteínas de la dieta disminuye la acumulación de desechos nitrogenados, reduce los síntomas urémicos e incluso puede posponer el inicio a diálisis por unos cuantos meses.

El consumo de proteínas se restringe a cerca de 1g/kg del peso corporal ideal por día, deben ser de gran calidad biológica y estar compuesta por los aminoácidos esenciales para prevenir un consumo deficiente. Los alimentos con alto contenido de proteínas biológicas son la carne, pollo, pescado, huevo y leche.

La restricción habitual de sodio es de 2 a 3 g/día, el potasio en promedio de 1.5 a 2.5 g/día.

La restricción de líquidos también es parte de la prescripción de la dieta, ya que puede ocurrir acumulación de líquido, lo que conduce a aumento de peso, insuficiencia cardíaca congestiva y edema agudo de pulmón. El ingreso de líquidos se restringe a una cantidad igual al

gasto urinario más 500ml/día. El objetivo para los pacientes en hemodiálisis es mantener el aumento de peso por debajo de 1.5 kg entre sesiones.

Cuando se ignoran las restricciones se presentan complicaciones que ponen en peligro la vida, como son la hipercalcemia y el edema pulmonar.

El tratamiento farmacológico indicado para los pacientes con enfermedad renal crónica es para evitar complicaciones y disminuir riesgos. Suele ser un número alto de pastillas que deben tomar los pacientes en diálisis para corregir y controlar anomalías como son:

La hipertensión, la hiperglucemia, la hiperlipidemia, la anemia, la hiperfosfatemia, la hipocalcemia, hipertiroidismo, los déficit de vitamina D, trastornos de la coagulación, antidepresivos, etc.

El ingreso a hemodiálisis es una situación de crisis, impone un cambio de vida a la persona y su familia, las limitaciones, la complejidad del tratamiento, las dificultades económicas llevan a una situación estresante llena de incertidumbres. Algunos pacientes emplean el mecanismo de negación siendo muy importante el rol de la enfermera, ayudando al paciente a que identifique las estrategias más eficaces para poder abordar sus problemas y expresar sus temores.

Alsopach, fórmula que una crisis es un estado abrumador por factores estresantes y por una lucha sin éxito por el afrontamiento de la situación. Implica intentos para recobrar el equilibrio. Según la etapa del ciclo de vida que se encuentre el paciente las crisis se experimentarán de forma diferente según la percepción del sujeto. Los acontecimientos que producen la crisis en una persona tal vez no sean igual en otra persona. (19)

Independientemente de quien experimente una crisis, se identifican 4 fases según Fink (1967).

Primeramente, en la fase de Choque, el paciente percibe una amenaza, considera la realidad abrumadora y experimenta ansiedad, desesperanza y desorganización del pensamiento.

En segundo lugar, la fase de Retirada defensiva, el sujeto procura conservar las estructuras acostumbradas; intenta evitar la realidad con deseos, negación o represión; experimenta indiferencia o euforia. Manifiesta resistencia al cambio con enojo.

Continúa la fase de aceptación, el paciente renuncia a las estructuras existentes que le son conocidas; se enfrenta a la realidad y se siente deprimido. Puede presentar apatía, agitación, amargura, aflicción, ansiedad intensa o ideas suicidas si el factor de estrés es demasiado abrumador. Se altera la percepción de la realidad por desorganización de los procesos de pensamientos.

Como última fase el autor menciona la fase de Adaptación y Cambio, en la cual el sujeto tiene una renovada sensación de autovalía, analiza la realidad con otra mirada y experimenta gradualmente más satisfacción.

El autor divide en tres categorías los resultados de las crisis:

- a. Las personas que se desmoronan por la tensión y nunca aprenden a afrontar el cambio traumático.
- b. Las personas que salen de las crisis con atributos semejantes a los que se ponían antes de la crisis.
- c. Las personas que aprenden sobre sí mismos y su capacidad de enfrentarse a nuevas situaciones y se sienten más fuertes y con mayor autoestima.

Roy definió la adaptación como el proceso y el resultado por el que las personas de pensamiento y de sensación, como individuos o en grupos, utilizan el conocimiento y la opción consciente para crear la integración humana y ambiental; señala que los seres humanos como sistemas adaptativos tienen la capacidad de adaptarse y crear cambios en el ambiente. La capacidad de responder positivamente a estos cambios es una función del nivel de adaptación del sistema humano. (20)

Para una mejor adaptación es fundamental poder ir afrontando cada una de las particularidades de la enfermedad y su tratamiento.

La autoestima es una variable psicológica, elemental al momento de pensar en afrontar una enfermedad crónica. La autoestima se refiere a lo que la persona siente por sí misma, o como se valora. El grado de aceptación de sí mismo dependerá, de la comparación de su autoimagen real con la ideal y sus aspiraciones con sus logros, así como la aceptación del entorno.

Maslow ha catalogado la autoestima dentro de una de las necesidades básicas que tiene el ser humano, la de reconocimiento, referida al respeto y la confianza que se tiene en sí mismo. Percibirse a uno mismo como adecuado es la necesidad humana más importante que debemos lograr satisfacer. Al no estar satisfecha influye en la conducta de las personas. Los individuos constantemente luchan para satisfacer sus necesidades, en un proceso dinámico que dura toda la vida. (21)

La baja autoestima puede llevar a sentimientos de apatía, aislamiento, poca capacidad de amar y pasividad, mientras que la alta autoestima se relaciona con personas que se encuentran involucradas en vidas más activas, con sentimientos de control sobre las circunstancias, menos ansiosas y con mejores capacidades para tolerar el estrés interno o externo, son menos sensibles a

las críticas, suelen tener mejor salud física, disfrutan de sus relaciones interpersonales y valoran su independencia.

La autoestima se basa en los objetivos personales del individuo, los cuales se miden respecto de los éxitos que se aprecian, en interacción con las creencias y valores de la cultura y sociedad.

Los sucesos o situaciones que puedan modificar el grado de autoestima dependerán de la etapa de la vida que se encuentre el sujeto y el significado que se le otorgue a dicha situación.

Rosemberg (1979) destaca a la autoestima como los sentimientos de valía personal y de respeto así mismo. Un sentimiento de autoconfianza y mérito personal. El autor agrega que se va adquiriendo y aprendiendo con la vida, y que puede cambiar. (22)

Tarazona expresa que la autoestima es confiar en las propias potencialidades y menciona dos componentes: la valía personal y el sentimiento de capacidad personal. La primera se refiere a la valoración positiva o negativa que la persona tiene de su autoconcepto, incluyendo las actitudes hacia sí mismo; la segunda alude a las expectativas que tiene una persona de ser capaz, de hacer de manera exitosa lo que tiene que hacer, es decir, su atoefficacia. (23)

Walter Riso, manifiesta que la autoestima formada incide en las esferas psicoemocionales del individuo a través de su vida y condiciona la calidad de su experiencia en todas y cada una de las dimensiones de interacción con el entorno. La calidad de vida individual está notablemente influida por este concepto, debido a que implica la forma como cada persona se percibe y se valora a sí misma, lo que modula su comportamiento a nivel individual, familiar, social, por lo que se entiende que un bajo o alto nivel de autoestima definitivamente afecta su relación con el otro y se refleja en la dimensión social y en sus fortalezas para defenderse de eventos no deseables. (24)

Los estudios realizados se han centrado, en general, en sus dos niveles: autoestima alta y autoestima baja; una autoestima alta tiene una función de bienestar general. La alta autoestima es útil en el manejo del estrés y la evitación de la ansiedad, de tal forma que una persona continúe funcionando al enfrentarse a un suceso estresante o trauma. Las personas con alta autoestima se sienten bien con respecto a sí mismas, a su vida y a su futuro. También se asocia a un mejor desempeño laboral, resolución de problemas, buena relación con los demás y demostración de los sentimientos, autonomía y autenticidad.

Algunas de las características asociadas a la baja autoestima son: hipersensibilidad, inestabilidad, timidez, falta de autoconfianza, evitación de riesgos, depresión, pesimismo, soledad o alienación. Dada la importancia de esta variable, su evaluación ha sido siempre muy relevante.

Una de las escalas más utilizadas a nivel internacional para evaluar la autoestima global es la escala de Rosenberg.

La autoestima se forma desde la niñez, los niños tratados de manera amorosa, respetuosa, confiando en sus valores y capacidades pueden hacer que el transcurso hacia la autoestima saludable sea de un modo natural. En cambio, los niños que son maltratados de forma física y emocional se manifestarán con temores, déficit en las habilidades sociales, comportamientos desadaptativos y baja autoestima. En la adultez este conjunto de características negativas puede interferir en el rendimiento. En la medida que se obtienen buenos resultados en la vida, ya sea profesional, laboral, familiar; se van acumulando sentimientos de éxitos que, junto a la percepción que tienen los demás, se irá conformando un autoconcepto positivo y acrecentando el nivel de autoestima en la persona.

En la edad adulta se podrán encontrar muchas situaciones que dificulten el desarrollo y mantenimiento de una sana autoestima, porque resulta difícil no cometer errores o fracasar siendo fundamental el estado mental con el que se afronta cada situación.

Para muchos autores la autoestima parece relacionarse claramente con la salud, encuentran que la autoestima colectiva (pertenencia a grupos) facilita la acomodación a circunstancias relacionadas con la salud en la última etapa de la vida, sobre todo cuando el sujeto percibe que tiene poco control sobre su entorno. Mencionan que hay una relación entre una pobre salud física y niveles bajos de autoestima. Respecto a las diferencias entre hombres y mujeres demostraron que las variables psicológicas predicen más la salud física de las mujeres que la de los hombres, lo que parece indicar que la salud de las mujeres está íntimamente relacionada con la salud psicológica. Mencionan que aquellas que presentaron más confianza en sí mismas y se valoraban de forma positiva tenían mejor salud, mostrando menos síntomas depresivos, de ansiedad, somáticos y disfunción social, además de tener un estilo de afrontamiento más racional y menos emocional que aquellas que se valoraban de forma negativa. (25)

Como se puede ver por los diferentes autores la autoestima es vital para la salud mental y espiritual y también física para poder afrontar, adaptarse a las circunstancias de la vida.

En los pacientes con enfermedad renal crónica se reduce la seguridad, afloran los sentimientos de incapacidad y aumenta la dependencia. La autoestima también se ve afectada por la incertidumbre y la inseguridad que genera someterse a un tratamiento que al momento es desconocido hasta llegar a la aceptación y adaptación del mismo.

Para el enfermero que se especializa en el área renal es un desafío lograr que los pacientes mantengan una saludable autoestima y sobre todo una adecuada adherencia al tratamiento.

Adherencia terapéutica, es el término más adecuado, dentro de los propuestos hasta el momento por el sentido psicológico que este entraña y es definido como una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado. (26)

La adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo en las que están involucrado una multiplicidad de factores y que en esencia se trata de un comportamiento humano modulados por componentes subjetivos, en los que se conceptualiza que la conducta de cumplir el tratamiento esta mediada por los conocimientos y creencias que el paciente tienen de la enfermedad, encontrándose además implicados aquí procesos motivacionales y volitivos para recuperar la salud. En la adherencia al tratamiento, que como se sabe, comienza a operar en momentos posteriores al diagnóstico de la enfermedad intervienen también la percepción del paciente con respecto a la enfermedad.

De acuerdo con Gil (1999) el cumplimiento terapéutico podría expresarse como el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencia a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida. El cumplimiento es un concepto dinámico que puede afectar a todas las fases del proceso clínico (27)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), postula que la adherencia terapéutica es el grado de comportamiento de una persona en cuanto a la toma de los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, y si corresponden con las recomendaciones acordadas por el profesional.(28). Estas dos definiciones reconocen que la adherencia no solo involucra la toma de los medicamentos según la prescripción médica, sino también el cumplimiento de otras recomendaciones tales como: la asistencia a citas, cambios en los estilos de vida, entre otras.

El incumplimiento terapéutico es especialmente frecuente en las enfermedades crónicas, cuando el paciente se encuentra bien controlado (y puede creer que está curado), en los ancianos, y en aquellos pacientes que tienen prescritos varios tratamientos de forma crónica. Estas tres circunstancias suelen concurrir en pacientes tratados de forma ambulatoria.

Asumir la cronicidad de la enfermedad no es algo tan sencillo, es vivir día a día en la incertidumbre, manejar diariamente la enfermedad es gran desafío para el paciente y su familia, donde no siempre están dadas las condiciones para poder cumplir con todas las indicaciones.

Resaltando que la cultura, los valores, los factores socioeconómicos son distintos para cada paciente, y que pueden afectar el grado de cumplimiento del tratamiento.

Enfermería es un eslabón fundamental para contribuir a la mejora de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad renal crónica, analiza cotidianamente el comportamiento de los pacientes ante el afrontamiento de dicha enfermedad.

Según Callista Roy, el objetivo de las enfermeras es mejorar el nivel de adaptación de los individuos y de los grupos de personas en cada uno de los cuatro modos de adaptación, y contribuir así a tener una buena salud, una buena calidad de vida y a morir con dignidad. (29)

El modelo de adaptación de la teórica se divide en dos subsistemas, el regulador al cual la autora lo define como proceso de afrontamiento en el que entra en juego el sistema neuronal, químico, endocrino y el subsistema relacionador al igual que el anterior es un proceso de afrontamiento pero en este caso entran en juego el canal perceptivo y de procesamiento de la información, el aprendizaje, el juicio personal y las emociones.

Dentro del subsistema regulador se encuentra el modo de adaptación fisiológico, hace referencia a la manera en que una persona, como ser físico, responde o interacciona con el entorno interno como externo para lograr la integridad fisiológica. La autora menciona cinco necesidades básicas (oxigenación, la nutrición, eliminación, actividad y reposo y protección) y procesos complejos compuestos por los sentidos, por el equilibrio de líquidos, electrolitos y ácido-base, y por las funciones neurológica y endocrina que son los encargados de contribuir a la adaptación fisiológica.

Dentro del subsistema relacionador se encuentra el modo de adaptación del autoconcepto hace referencia a las características psicológicas y espirituales del ser humano. La autora menciona a la autoestima como la necesidad básica que subyace en este modo, la necesidad de saber quién es uno mismo para poder existir bajo sentido de unidad, significado y finalidad en el universo.

El modo de adaptación de función de rol también integra el subsistema relacionador, este modo se centra el papel que tiene la persona en la sociedad. La necesidad básica que subyace a este modo, según la autora es la integridad social; saber quién uno mismo con respecto a los demás, para así saber cómo actuar.

El modo de adaptación de la interdependencia se centra en las relaciones cercanas de las personas y en su finalidad, estructura y desarrollo. La necesidad básica de este modo adaptación resulta ser según la teórica la integridad de las relaciones.

Se ha observado que los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis son afectados tanto en su ambiente interno como externo y según el Modelo de Adaptación de Roy, el ambiente es clasificado como estímulos. Estos estímulos al entrar en el sistema activan los procesos de afrontamiento para mantener la adaptación con respecto a los cuatro modos adaptativos y como resultado estos pacientes tienen una respuesta de comportamiento. Los estímulos comunes

que pueden influir en el nivel de adaptación son: los culturales, pertenencia étnica, sistemas de creencia, participación de la familia, estructuras y tareas, la etapa de desarrollo que comprende la edad, sexo, herencia, factores genéticos, longevidad y visión, la integridad de los modos adaptativos y el nivel de adaptación.

Otro estímulo importante es la eficacia del cognator, que involucra la opinión, el conocimiento, la habilidad y por último otros factores ambientales que incluyen la gerencia médica, el uso de drogas, alcohol, tabaco, estabilidad política y económica.

El nivel de adaptación de una persona puede ser integrado, compensatorio o comprometido.

Es común que los pacientes con enfermedad renal crónica posean problemas de adaptación, y que la mayoría de éstos se encuentren en un nivel de adaptación compensatorio o en el comprometido, debido a que las funciones del riñón se encuentran en déficit o nulas.

El mayor porcentaje de pacientes ingresa en los estadios avanzados de la enfermedad, presentándose con signos y síntomas propios como son el Síndrome urémico, patrón respiratorio alterado, valores de tensión arterial elevados, alteración del estado ácido-base, alteración hidroelectrolítica, glicemias poco controladas, y afecciones como las enfermedades cardiovasculares, desnutrición, obesidad, etc.

Los pacientes que requieren hemodiálisis, tienen aparejadas otras enfermedades y antecedentes que influyen directamente y complejizan el tratamiento, como son la Diabetes, Hipertensión, Dislipemia, Lupus, Adicciones.

Al cumplimiento de las sesiones de hemodiálisis se le suman, las restricciones de varios alimentos, ricos en potasio, fósforo, sodio, etc. La justa medida de los ingresos líquidos, se estipula en beber solo lo que se orina en 24 hs, y de no contar con diuresis la ingesta de líquidos se reduce a 500 ml día.

El tratamiento farmacológico es complejo y se necesita concentración y adaptación para una correcta autoadministración.

Todo esto produce un cambio de vida y una forma distinta de verse ante su entorno familiar y social, la percepción que tenga de sí mismo es un factor importante para poder paliar con los requerimientos de la enfermedad.

La situación económica hace un peso difícil de afrontar para la población, la discapacidad renal, lo cual dificulta cualquier tipo de empleo, las relaciones familiares se ven afectadas, más aún cuando era una única fuente de ingreso la que llegaba al hogar.

El rol que ocupa dentro de la familia puede cambiar, la percepción de sí mismo puede verse afectada así como su estado emocional, dificultando realizar una buena adherencia al tratamiento.

A pesar que los pacientes realizan tratamiento de reemplazo renal como es la hemodiálisis el comportamiento fisiológico de organismo está en continuo nivel de adaptación compensatoria, si bien se logra estabilizar el desequilibrio del medio interno, eliminar los desechos tóxicos del metabolismo y extraer líquido extra de la sangre, la hemodiálisis no logra suplantar las complejas funciones de riñón.

Pero gracias a los avances de la ciencia lo que no corrige la hemodiálisis, van hacer corregidas con medicación. (30) Por ejemplo, hipotensores para corregir la hipertensión arterial, quelantes del fósforo y vitamina D para el hiperparatiroidismo secundario, eritropoyetina para la anemia, normolipemiantes, para corregir las alteraciones de los lípidos, etc.

Aquí es donde el paciente debe tomar la responsabilidad de adherirse al tratamiento para mejorar la calidad de vida y garantizar una prolongada sobrevida.

El tratamiento dialítico no es inofensivo, se pueden ir agregando patologías a medida que transcurren los años. Por todo lo mencionado es de suma importancia como el paciente se vaya adaptando a la cronicidad de su afección.

La enfermedad renal también hace evidentes cambios en la imagen del paciente ya sea por la inserción de un catéter, por lo general en la zona del cuello, la confección de una fístula arterio venosa en los miembros superiores, que en la mayoría de los pacientes pueden ocasionar pseudoaneurismas.

La coloración de la piel, el edema, la escarcha urémica pueden influir en la autoimagen y también en la autoestima.

Material Y Método

Diseño

La investigación tendrá un abordaje de tipo cuantitativo, no experimental, ya que no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente por el investigador. En la investigación no experimental las variables independientes ya han ocurrido y no es posible manipularlas; el investigador no tiene control directo sobre dichas variables, ni puede influir sobre ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información es un estudio prospectivo.

Según el período y secuencia del estudio es transversal. Una investigación es transversal cuando se estudian las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. En este caso se realizará en un tiempo determinado de seis meses.

Según análisis y alcance de los resultados es correlacional. Según Hernández-Sampieri, este tipo de estudios tienen como propósito evaluar la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables (en un contexto en particular). Miden el grado de relación entre esas dos o más variables (cuantifican relaciones). Es decir, miden cada variable presuntamente relacionada y después también miden y analizan la correlación. (31)

Para esta investigación se respetará el Principio de Beneficencia, que se refiere a “sobre todo no dañar”, los pacientes no estarán expuestos a daños físicos ni psicológicos.

Sitio o contexto de la investigación

La investigación se realizará en un efector público de tercer nivel de complejidad de la ciudad de Rosario, específicamente en la unidad renal de dicha institución. Previa autorización por nota al Departamento de Enfermería y al Comité de Docencia.

Para la validación de este sitio se utilizó la guía que se encuentra en el (ANEXO I). La Unidad Renal mostró las siguientes características:

La dotación de la sala está conformada por cinco enfermeros profesionales, un licenciado en jefe.

La sala cuenta con cuatro puestos (camas) por turno más dos puestos para aislamiento. Diariamente se realizan dos turnos de hemodiálisis de 4 hs cada sesión, dando un total de 8 a 10 pacientes por día. Cada paciente dializa entre 12 y 13 veces por mes. Arroja un total de 130 sesiones mensuales, solo para pacientes crónicos, a esto se le debe sumar la cantidad de

hemodiálisis que surjan por falla renal aguda y los pacientes internados de otras salas de hemodiálisis de la ciudad que fueron derivados pero retornan por distintas complicaciones.

Entre turno y turno se utiliza una hora para limpieza de la sala.

Al momento de la convalidación se observó que había el mismo número de mujeres como de hombres y las edades estaban entre los 18 y 65 años de edad. También se detectó pacientes en tratamiento con psicofármacos, los cuales se excluyeron para evitar sesgos en la investigación.

Los pacientes cuentan con el apoyo de otros profesionales como psicólogos, asistente social y servicio de cirugía vascular y por los médicos nefrólogos.

Enfermería no solo realiza actividades técnicas, sino también asistenciales y de educación.

Se observó que el mobiliario son camas, dado la posición en la que se encuentra el paciente podría generar incomodidad para completar el instrumento de recolección de datos. Los pacientes aparte utilizan uno de sus miembros superiores donde tienen la fístula arteriovenosa, lo que podría interferir en la escritura. Por todo esto se verificó en qué horarios se podían entrevistar a los pacientes y que sería óptimo realizar las mismas en la sala de oratoria para dar intimidad y comodidad a los pacientes, antes de que el paciente ingrese a su sesión para no interferir en los tiempos del tratamiento.

Población y Muestra

Se analizará la población total, la unidad de análisis quedará conformada por 30 pacientes adultos de 18 a 65 años de edad, de ambos sexos con Insuficiencia Renal Crónica que realizan hemodiálisis tres veces a la semana, los criterios de exclusión que se tomarán en cuenta para evitar sesgos son: pacientes con malestares psíquicos y que al momento de la entrevista presenten descenso del nivel de conciencia y los pacientes de reciente ingreso.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

En función de las variables en estudio, las características de la población abordada y el contexto de estudio se efectuará una entrevista estructurada personal a cada paciente. Previa presentación y lectura del consentimiento informado se aplicará un test de 10 ítems y se realizarán preguntas cerradas con tres alternativas de respuesta teniendo que elegir la más adecuada a su parecer.

El instrumento seleccionado para medir la variable Autoestima será por medio de la escala desarrollada por Rosenberg en 1965. Es una escala autoaplicada tipo Likert, de 10 preguntas donde los participantes determinarán la alternativa que más lo identifican. Por su facilidad de aplicación

y propiedades psicométricas, continúa siendo una de las escalas más utilizadas en el estudio de la autoestima en diferentes culturas, grupos clínicos y etapas de desarrollo. (32)

La Variable Autoestima: denota los sentimientos que la persona tiene de sí misma, es la percepción que tiene de su propia valía, es parte del autoconcepto.

Según su tipo es una variable cualitativa simple y su función es independiente ya que es la que actúa como determinante en una proposición, es la causa de la variación de la situación.

Medición Ordinal.

Indicadores:

- Me siento una persona tan valiosa y digna de aprecio como las demás.
- Estoy convencido/a que tengo buenas cualidades.
- Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.
- Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.
- En general, estoy satisfecho/a conmigo/a mismo/a.
- Siento que no tengo mucho por lo que estar orgulloso/a.
- En general, me inclino a pensar que soy un/a fracasado/a.
- Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a.
- A veces pienso que soy un/a inútil
- A veces creo que no soy una buena persona

Existen múltiples y diferentes métodos para medir la adherencia terapéutica como el Cuestionario ARMS-e, Las creencias sobre el cuestionario de medicamentos (The Beliefs about Medicines Questionnaire, BMQ), Escala de cumplimiento Hill-Bone (Compliance Scale) y Test de Morisky-Green. No hay ningún método óptimo por lo que recomiendan la combinación de varias técnicas.

Se realizó un cuestionario de elaboración propia, de 13 preguntas cerradas, con varias alternativas de respuesta (siempre, algunas veces, nunca) donde el entrevistado deberá elegir la opción que describa más adecuadamente su respuesta.

La Variable Adherencia al tratamiento: se define como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta, cumplimiento a las sesiones de hemodiálisis o la modificación de hábitos de vida, sí corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.

Según el tipo de variable es cualitativa compleja y su función es dependiente ya que es la que actúa como resultado, es el efecto, su variación se mide para probar la influencia de la variable independiente. Medición Ordinal.

Dimensión 1: Adherencia al tratamiento farmacológico

Indicadores:

- ◆ Tomo los medicamentos en los horarios indicados.
- ◆ Olvidó la toma de medicamentos
- ◆ Cuando me siento bien dejo de tomar mi medicación.

Dimensión 2: Adherencia al tipo de dieta

Indicadores:

- ◆ Reconozco cuales son los alimentos que no debo consumir por su alto contenido de potasio, fósforo y sodio.
- ◆ La ingesta de mis alimentos depende de los ingresos económicos mensuales.
- ◆ Le agrego sal a mis alimentos.
- ◆ Pido comida al delivery o compro alimentos en la rotisería.

Dimensión 3: Adherencia a la restricción de líquidos.

Indicadores:

- ◆ Mido la ingesta de líquidos durante el día.
- ◆ Entre sesiones de hemodiálisis mi peso aumenta más de 3 kg.
- ◆ Realizo técnicas para calmar mi sed.
- ◆ Consumo bebidas colas, gaseosas y jugos preparados.

Dimensión 4: Adherencia al cumplimiento de las sesiones y horas de hemodiálisis.

- ◆ Suelo saltar mis sesiones de hemodiálisis.
- ◆ Suelo retirarme antes de mis sesiones de hemodiálisis.

La Variable Edad: según tipo es cuantitativa continua y según función es independiente y su forma de medición es por escala de razón. Se tomará años cumplidos según lo que refiera el paciente.

La Variable Sexo: según tipo es una variable cualitativa simple y su función es independiente y su forma de medición nominal.

Los pacientes firmarán el consentimiento libremente, previa notificación de confidencialidad y anonimato, confirmando su deseo de participar en el estudio. En el consentimiento estarán descritos los objetivos del estudio y el hecho de que la negativa a participar en el estudio no interferiría en el tratamiento recibido. (Anexo III)

Se brindará información completa y los pacientes tendrán derecho a la autodeterminación. Podrá rehusarse a dar información cuando invada su privacidad. Venerando a la dignidad humana. Se preserva su intimidad y el trato justo, cumpliendo con el Principio de Justicia.

Se entregará consentimiento informado en un lenguaje claro y comprensible, con la información necesaria, haciendo hincapié que los datos se mantendrán de forma confidencial respetando el principio del secreto profesional a través de los art8, 9 y 10 de la Ley Nacional 25.326 promulgada en el año 2000, la cual se encarga de regular todos los aspectos que conciernen a la protección de datos en investigaciones. Se mantendrá la confidencialidad y bajo ningún concepto los datos obtenidos de la entrevista y el cuestionario serán difundidos.

Para realizar la prueba piloto se entregó una nota al comité de docencia de la institución, la cual fue firmada y sellada autorizando la realización de dicho procedimiento. Para conocer cómo funciona el instrumento se seleccionaron 6 pacientes que reunían las mismas características de la población en estudio, pero que no participarán de la investigación para evitar sesgos de sensibilización de la población en estudio. Se eligieron tres hombres y tres mujeres entre 30 y 60 años.

Las entrevistas se realizaron antes del ingreso a la sesión de hemodiálisis en la sala de oratoria la cual presenta luz natural por medio de un gran vitral, recubrimiento en madera de las superficies dando una increíble acústica, siendo un lugar silencioso y tranquilo, lo que favoreció la intimidad y comodidad de los pacientes. Cuidando que no se produzca difusión del instrumento, ya que no serían espontáneas las respuestas de los pacientes que estén cerca. Pudiéndose sensibilizar el instrumento y no arrojar datos certeros.

Las preguntas resultaron comprensibles y no incomodaron a los pacientes.

Personal a cargo de la recolección de datos

La encargada de recolectar los datos, será la misma autora de la investigación, previa preparación y estudio del instrumento a utilizar. Bajo la supervisión del director de tesis en conjunto con la jefa del servicio.

Plan de Análisis

La primera actividad que se realizará una vez recogidos los datos, es el agrupamiento de los mismos por variable seleccionada y sus correspondientes dimensiones, esto se denomina tabulación.

Como el proceso de tabulación se efectuará en computadora los datos se deberán codificar, es decir traducir cada respuesta u observación a símbolos o números lo que permitirá un ordenamiento de los datos para poder almacenarlos, resumirlos y luego analizarlos.

Dado que se trabajará con variables cualitativas complejas, será necesario reconstruirlas, es decir traducirlas en índices. Se tratará de pasar las definiciones abstractas a criterios que nos permitirá una clasificación de esas variables.

Las variables se reconstruirán de la siguiente manera:

Variable Autoestima

La escala presentará 10 ítems, de los cuales del 1 al 5 son de visión positiva y del 6 al 10 una visión negativa.

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

La suma de todos los ítems dará un total de:

30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

26 a 29 puntos: Autoestima media, no presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Variable Adherencia al tratamiento

Para cuantificar el grado de adherencia, se asignará un valor de 0 a 2 a cada una de las posibilidades de respuesta de acuerdo a una escala tipo Likert: siempre, algunas veces, nunca. (Ver anexo II)

Variable Edad:

Indicadores: Por medio de una entrevista el investigador anotará la edad mencionada por el paciente. Luego se agrupará según grupo etáreo.

De 18 a 33 años

De 34 a 49 años

De 50 a 65 años

Variable Sexo:

Indicadores: Por medio de una entrevista el investigador marcará con una cruz en el instrumento a que sexo pertenece el paciente. Masculino-Femenino

Tipo de análisis

Para realizar un adecuado análisis se entrevistó a la Jefa en Estadística de la institución donde se realizará la investigación.

En principio se hará un análisis univariado, se describe cada variable según escala de medición.

Variable Sexo, escala de medición nominal, se describirá por medio de porcentajes en gráfico de torta.

Variable Edad, escala de medición de razón, se utilizará la moda como medida de tendencia central realizando un histograma para su mejor visualización.

Variable Autoestima, escala de medición ordinal, se describirán los porcentajes por medio de gráfico de torta.

Variable Adherencia, escala de medición ordinal,

Luego se efectuará un análisis bivariado para la comparación de variables utilizando el coeficiente de correlación de Spearman, el cual mide la fuerza y la dirección de la asociación entre dos variables.

Se relacionarán las variables:

Sexo / nivel de autoestima

Edad / nivel de autoestima

Sexo / adherencia al tratamiento farmacológico

Sexo / adherencia a la dieta

Sexo / adherencia a la restricción de líquidos

Sexo / adherencia al cumplimiento a las sesiones

Edad / adherencia al tratamiento farmacológico

Edad / adherencia a la dieta

Edad / adherencia a la restricción de líquidos

Edad / adherencia al cumplimiento a las sesiones

Nivel de autoestima / adherencia al tratamiento farmacológico

Nivel de autoestima / adherencia a la dieta

Nivel de autoestima / adherencia a la restricción de líquidos

Nivel de autoestima / adherencia al cumplimiento a las sesiones

Plan de trabajo Y Cronograma

Actividades	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Recolección de Datos	X	X	X	X		
Tabulación de los datos					X	
Análisis de los datos					X	
Interpretación de los datos					X	
Elaboración de las conclusiones						X
Redacción de informe final						X

ANEXOS

Anexo I

Guía de Convalidación de Sitio.

1. ¿Cómo está conformado el grupo de profesionales de la unidad renal?

2. ¿Cuántos enfermeros profesionales, licenciados en enfermería o técnicos de hemodiálisis?

3. ¿Los médicos son todos especialistas en Nefrología?

4. ¿El servicio cuenta con apoyo de otras disciplinas como psicólogos, nutricionistas y asistencia social?

5. ¿Cuántos puestos presenta el servicio para la realización del tratamiento dialítico?

6. ¿Cuántos turnos se realizan por día?

7. ¿Cuál es el tiempo de cada sesión de hemodiálisis?

8. ¿Habrá horarios donde no se pueda entrevistar?

9. ¿Hay pacientes de ambos sexos?

10. ¿Cuántos de cada sexo?

11. ¿De qué edades?

12. ¿Cuál es el tiempo en diálisis de cada uno de ellos?

13. ¿El servicio cuenta con espacios comunes como sala de espera?

14. ¿Se realizan reuniones grupales de pacientes y personal de salud?

15. ¿Se realizan actividades recreativas en la sala de hemodiálisis?

16. ¿Hay reuniones interdisciplinarias para plantear casos de pacientes, o preocupaciones cotidianas?

17. ¿Se identificarán pacientes con malestares psíquicos?

18. ¿La sala posee espacios adecuados para el tipo de mobiliario que presenta?

Anexo II

Instrumentos de recolección de datos

Edad: __

Sexo: M __ F __

Lea atentamente y marque con una X la respuesta con la cual se sienta identificado/a.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Me siento una persona tan valiosa y digna de aprecio como las demás.				
2. Estoy convencido/a que tengo buenas cualidades.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
5. En general, estoy satisfecho/a conmigo/a mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho por lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un/a fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo/a.				
9. A veces pienso que soy un/a inútil.				
10. A veces creo que no soy una buena persona.				

En cuanto a la adherencia de tratamiento farmacológico.

1. ¿Tomo los medicamentos en los horarios indicados?

Siempre ()

Algunas veces ()

Nunca ()

2. ¿Olvido la toma de medicamentos?

Siempre ()

Algunas veces ()

Nunca ()

3. ¿Cuándo me siento bien dejo de tomar mi medicación?

Siempre ()

Algunas veces ()

Nunca ()

En cuanto a la adherencia de la dieta.

1. ¿Reconozco cuáles son los alimentos que no debo consumir por su alto contenido de potasio, fósforo y sodio?

Siempre ()

Algunas veces ()

Nunca ()

2. ¿La ingesta de mis alimentos depende de los ingresos económicos mensuales?

Siempre ()

Algunas veces ()

Nunca ()

3. ¿Le agregado sal a mis alimentos?

Siempre ()

Algunas veces ()

Nunca ()

4. ¿Pido comida a delivery o compro alimentos en la rotisería?

Siempre ()

Algunas veces ()

Nunca ()

En cuanto a las restricciones hídricas:

1. ¿Mido la ingesta de líquidos durante el día?

Siempre ()

Algunas veces ()

Nunca ()

2. ¿Entre sesiones de hemodiálisis mi peso aumenta más de 3kg?

Siempre ()

Algunas veces ()

Nunca ()

3. ¿Realizo técnicas para calmar mi sed?

Siempre ()

Algunas veces ()

Nunca ()

4. ¿Consumo bebidas colas, gaseosas o jugos preparados?

Siempre ()

Algunas veces ()

Nunca ()

Con respecto al cumplimiento de hemodiálisis:

1. ¿Suelo saltar mis sesiones de hemodiálisis?

Siempre ()

Algunas veces ()

Nunca ()

2. ¿Suelo retirarme antes de mis sesiones de hemodiálisis?

Siempre ()

Algunas veces ()

Nunca ()

Anexo III
Consentimiento Informado

Acepto a participar del presente proyecto de investigación académico y científico de la enfermera Natalia Maino, DNI N°27244887, colaborando a responder un cuestionario a través de una entrevista el cual ofrece valiosa información para llevar a cabo el estudio que tiene como objetivo analizar qué relación existe entre los niveles de autoestima y el grado de adherencia al tratamiento, según sexo y edad con el propósito de poder brindar datos para la mejora de la calidad de vida de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica

La autora también me informó que en cualquier momento del estudio tengo derecho a dejar de participar cuando así lo desee, garantizando la confidencialidad de los datos y anonimato de toda la información brindada de acuerdo a la Ley Nacional 25.326.

Fecha: _____

Firma: _____



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que Natalia Tramo
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los 29 de Octubre 2020

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Comite de Docencia
e Investigación Interdisciplinario
H.E.C.A.

Carlos Pardo
11011

Nores, Rosana

Rosario 5 de noviembre 2020

Sra. Profesora
Actividad Académica Tesina
Esp. Nores Rosana.
S _____ / _____ D:

Me dirijo a UD. a fin de informarle que he aceptado ser la/él
Director de la Tesina de MAIMO NATALIA.....A tal
efecto adjunto a la presente un Currículo Vitae Abreviado.

Cabe señalar que he acompañado cada una de las etapas del
proceso de la elaboración del Proyecto, que el mismo reúne los contenidos y los requisitos
de forma y estilo planteados por la Cátedra. Así mismo doy fe que todo lo planteado en este
proyecto corresponde a la autoría intelectual del/la estudiante respetando las normas de
citación, sin presencia de plagio.

Sin otro particular, me dirijo a Ud. con atenta consideración.


SAMUEL ELIAS LOPEZ
LIC. EN ENFERMERIA
MAT. 4650

Bibliografía

1. Jaramillo, M., Romero, H., Orozco, M. y Reyes, A. Estado emocional del paciente con insuficiencia renal crónica. *Salud y Bienestar Colectivo*. 2020; 4(1): 59-68. Disponible en <https://revistasaludybienestarcolectivo.com/index.php/resbic/article/view/73/50>
2. Luis Aníbal Pérez Rodríguez; Pamela Elena Salas Espín; León Alvarado Lissette Jissella; Nubia Cicely López Contreras. Problemática de la insuficiencia renal: Aspectos Psicológicos. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. Vol. 3 núm.2, pp. 1076-1094. 2019. Disponible en <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/491>
3. Marta Raile Alligood. *Ann Marriner Tomey. Modelos y teorías en enfermería*. 7ma Ed. España. (2011)
4. Rangel, Yamila Ramos, Morejón Suárez, Roilán, Cabrera Macías, Yolanda, Herranz Brito, Dorenis, & Rodríguez Ortega, Wilber. Adherencia terapéutica, nivel de conocimiento de la enfermedad y autoestima en pacientes diabéticos tipo 2. 2018. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212018000300013
5. Jhon T. Daugirdas. *Manual de Diálisis*. 4ta ed. España, 2008.
6. Jaramillo, M., Romero, H., Orozco, M. y Reyes, A. Estado emocional del paciente con insuficiencia renal crónica. *Salud y Bienestar Colectivo*. 2020; 4(1): 59-68. Disponible en [file:///C:/Users/pc/Downloads/73-Texto%20del%20art%C3%ADculo-136-1-10-20200504%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/pc/Downloads/73-Texto%20del%20art%C3%ADculo-136-1-10-20200504%20(6).pdf)
7. Holguín, Lyda; Correa, Diego; Arrivillaga, Marcela; Cáceres, Delcy; Varela, María Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial *Universitas Psychologica*, vol. 5, núm. 3, octubre - diciembre, 2006, pp. 535-547. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/647/64750309.pdf>
8. Gottlieb, Eduardo, Tessey, Adriana, Tanús, Roberto, Hecker, Susana, & Díaz Fernández, Juan Carlos. Saltar una o más sesiones de diálisis aumenta significativamente la tasa de mortalidad: impacto de medir la no adherencia. *Revista de nefrología, diálisis y trasplante*, 34(2), 62-70. Disponible en <file:///C:/Users/pc/Downloads/106-Texto%20del%20art%C3%ADculo-366-1-10-20170628.pdf>
9. R Ramiez García, María Cristina; Anlehu Tello, Alejandra y Rodriguez León, Alfonso. Factores que influyen en el comportamiento de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. *Horiz. Sanitario [online]*. vol.18, n.3, pp.383-392. Epub 17-Ene-2020. ISSN 2007-7459. Disponible en <http://dx.doi.org/10.19136/hs.a18n3.2888>

10. Rangel, Yamila Ramos, Morejón Suárez, Roilán, Cabrera Macías, Yolanda, Herranz Brito, Dorenis, & Rodríguez Ortega, Wilber. Adherencia terapéutica, nivel de conocimiento de la enfermedad y autoestima en pacientes diabéticos tipo 2. 2018. Disponible en <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1498>
11. Forero Villalobos Jenny, Hurtado Castillo Yenifer, Barrios Araya Silvia. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento del paciente en diálisis peritoneal. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2017 Jun [citado 2020 Nov 20]; 20(2): 149-157. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000200149&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/s2254-288420170000200008>.
12. Villegas-Alzate, Juan Diego, Vera-Henao, Sebastián, Jaramillo-Monsalve, María Camila, Jaramillo-Jaramillo, Laura Isabel, Martínez-Sánchez, Lina María, Martínez-Domínguez, Gloria Inés, & Villegas-Gutiérrez, Iván. El abandono de la adherencia en la terapia de reemplazo renal: una alarma en salud pública. *Comunidad y Salud*, 14(2), 42-49. 2016 Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/3757/375749517006.pdf>
13. Matos Trevín, G., Martín Alfonso, L., Alvarez Vázquez, B., Remón Rivera, L., & González Gacel, J. Adherencia terapéutica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento dialítico. *Revista Habanera De Ciencias Médicas*, 18(4), 666-677. 2019. Disponible en <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2313/2393>
14. Herrera-Añazco, Percy, Palacios-Guillen, Melissa, Mezones-Holguin, Edward, Hernández, Adrián V., & Chipayo-Gonzales, David. Baja adherencia al régimen de hemodiálisis en pacientes con enfermedad crónica renal en un hospital de referencia del Ministerio de Salud en Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 75(4), 323-326. 2014. Disponible en <https://dx.doi.org/10.15381/anales.v75i4.1084>
15. Méndez-Durán A, Ignorosa-Luna MH, Pérez-Aguilar G, et al. Estado actual de las terapias sustitutivas de la función renal en el Instituto Mexicano del Seguro Social. 2016; 54(5):588-593. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im165g.pdf>
16. Marinovich S, Bisigniano L, Hansen Krogh D, Celia E, Tagliafichi V, Rosa Diez G, Fayad A: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2018. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina 2019. Disponible en <https://san.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/3.Registro-Argentino-de-Dia%CC%81lisis-Cro%CC%81nica-2019-SAN-INCUCAI.pdf>
17. Jhon T. Daugirdas, Manual de Diálisis. 4Ta edición. Barcelona, 2008.
18. Brunner y Suddarth, Enfermería Medicoquirúrgica, 10a edición, 2004

19. Jhoann Grif Alspach. Cuidados Intensivos de Enfermería en el adulto. 5ta edición. México. 1998
20. Marta Raile Alligood. Ann Marriner Tomey. Modelos y teorías en enfermería. 7ma. España. 2011
21. Jhoann Grif Alspach. Cuidados Intensivos de Enfermería en el adulto. 5ta edición. México. 1998
22. Rosario Gómez Sánchez. Magdalena Gómez Díaz. Remedios Gómez Sánchez. Manual Atención Psicosocial. Barcelona 20012
23. Tarazona, D. Autoestima, satisfacción con la vida y condiciones de habitabilidad en adolescentes estudiantes de quinto año de media. Un estudio factorial según pobreza y sexo. Revista de Investigación en Psicología. 2005 Disponible en <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/4048>
24. Riso, W. Aprendiendo a quererse a sí mismo. Literatura universal contemporánea, 2003. 57-65. Disponible en <http://www.scielo.org.co/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0120-55522007000100005&caller=www.scielo.org.co&lang=es>
25. Rosario Gómez. Sánchez. Magdalena Gómez Díaz. Remedios Gómez Sánchez. Manual Atención Psicosocial. Barcelona 20012
26. Granados EE, Escalante E. Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. Liberabit Lima (Perú). 2010; 16(2):203-16. Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v16n2/a10v16n2>
27. Gil VF, Belda J, Piñeiro F. El cumplimiento terapéutico. Madrid: Doyma; 1999. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775305717048>
28. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud. 2004. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
29. Marta Raile Alligood. Ann Marriner Tomey. Modelos y teorías en enfermería. 7ma. España. 2011
30. Manuel Gorostidi. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica. 2014; 34(3):302-16. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v34n3/especial2.pdf>
31. Hernández Sampieri, R, Fernandez Collado, C y Baptista Lucio, M. Metodología de la Investigación. 5Ta de. Washington: OPS/OMS, 2010.

32. Rojas-Barahona Cristian A, Zegers P Beatriz, Förster M Carla E. La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. Rev. méd. Chile [Internet]. 2009 Jun [citado 2020 Oct 25]; 137(6): 791-800. Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000600009&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600009>.