

**VARIABLES ASOCIADAS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ADULTOS
EN TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS. ECUADOR**

Autor 1. Ana Caridad Serrano Patten, Pontificia Universidad Católica de Perú, Facultad de Psicología. Perú. **E-mail** anaserranopatten@gmail.com **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-7313-7436>

Autor 2. Josselin Cristina Astudillo León, Universidad Católica de Cuenca, Facultad de Psicología Clínica. **E-mail** **Autor 2.** josselin.astudillo0825@gmail.com **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-5302-3220>

Fecha de recepción: 1 de marzo de 2022

Fecha de aceptación: 29 de marzo de 2022

Resumen

El siglo XXI se ha caracterizado por el envejecimiento demográfico y el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles que anualmente provocan la muerte de 15 millones de personas en todo el mundo. Una de ellas es la enfermedad renal crónica (ERC), con una prevalencia en América Latina de 650 pacientes por cada millón de habitantes, que ven afectada su calidad de vida a causa del cuadro clínico y el tratamiento. El presente trabajo se orientó a analizar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y su asociación con variables sociodemográficas, clínicas y de comportamiento, evaluadas en pacientes con insuficiencia renal en tratamiento de hemodiálisis. Es una investigación cuantitativa, correlacional, de corte transversal. Se trabajó con 23 pacientes adultos de la provincia de Morona Santiago, Ecuador. La obtención de información se realizó a través de una ficha de datos generales, el *Kidney Disease Quality of Life (KDQOL- 36)*, el Cuestionario de Identidad de Enfermedad (CIE-E) y la Escala de adherencia terapéutica (EAT). Como resultado destaca que los pacientes tienen una percepción de deterioro de su CVRS, la adherencia terapéutica del 69.5% de los participantes es moderada y la regularidad con que la enfermedad se ha integrado a la identidad personal de dichos pacientes es de forma desadaptativa. Existe correlación negativa entre la CVRS y las variables: edad ρ (rho) = -.288**, tiempo de diagnóstico con ρ (rho) = -.114* y la dimensión absorción de la identidad de enfermedad (IE) ρ (rho) = -.62*. Hay correlaciones positivas estadísticamente significativas con la adherencia terapéutica y la dimensión aceptación de IE.

Palabras clave: insuficiencia renal, hemodiálisis, calidad de vida, identidad de enfermedad, adherencia terapéutica.

Abstract

The 21st century has been characterized by demographic aging and an increase in chronic non-communicable diseases that annually cause the death of 15 million people worldwide. One of these is chronic kidney disease (CKD), with a prevalence in Latin America of 650 patients per million inhabitants, whose quality of life is affected by the clinical picture and treatment. The present study was aimed at analyzing health-related quality of life (HRQOL) and its association with sociodemographic, clinical and psychological variables, evaluated in patients with renal failure undergoing hemodialysis treatment. This is a quantitative, correlational, cross-sectional study. We worked with 23 adult patients from the province of Morona Santiago, Ecuador. Information was obtained through a general data sheet, the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL-36), the Disease Identity Questionnaire (CIE-E) and the Therapeutic Adherence Scale (EAT). As a result, the patients have a perception of deterioration of HRQOL, the therapeutic adherence of 69.5% of the participants is moderate and the regularity with which the disease has been integrated into the personal identity of these patients is maladaptive. There is negative correlation between HRQOL and the variables: age ρ (rho) = $-.288^{**}$, time of diagnosis with ρ (rho) = $-.114^*$ and the absorption dimension of illness identity (IE) ρ (rho) = $-.62^*$. There are statistically significant positive correlations with therapeutic adherence and the IE acceptance dimension.

Keywords: kidney disease, hemodialysis, quality of life, disease illness identity, therapeutic adherence.

Introducción

El mundo contemporáneo asiste a un fenómeno progresivo de envejecimiento demográfico y consecuentemente a ello, existe un incremento considerable de enfermedades crónicas no transmisibles que anualmente provocan la muerte de 15 millones de personas entre 30 y 70 años de edad en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2021). Una de ellas es la enfermedad renal crónica (ERC), la cual tiene una prevalencia en América Latina de 650 pacientes por cada millón de habitantes, con un incremento estimado del 10% anual (Pecoits-Filho et al., 2015; González et al., 2017). La ERC se caracteriza por la pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar los residuos de la metabolización, que se encuentran en la sangre y la imposibilidad de los mismos de regular el equilibrio hidroelectrolítico del organismo. Es una enfermedad progresiva que destaca por no presentar síntomas evidentes hasta etapas avanzadas, en que se torna irreversible. Habitualmente requiere de tratamientos sustitutivos de la función renal como la diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante de riñón, los cuales son altamente invasivos y costosos (Prujm, 2014).

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador (2016), en el país se contabilizaron cerca de 10.000 personas diagnosticadas con enfermedad renal terminal o avanzada, con necesidad de tratamiento dialítico en instituciones públicas de salud; en el 2020 la cifra es de 17500 pacientes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2020). Se espera que para los próximos años exista un incremento progresivo, debido a que la ERC se asocia causalmente en un 43% de los casos con la diabetes mellitus y en un 50%

con hipertensión arterial. Estas enfermedades crónicas tienen una alta prevalencia de morbilidad dentro de la población ecuatoriana, estando entre las diez causas fundamentales de mortalidad general a nivel de país, con efectos negativos a escala social, familiar e individual (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2017). La ERC ha sido reconocida como una condición médica extraordinaria, fundamentalmente porque resulta difícil encontrar otro trastorno que requiera de tan alto grado de dependencia a medios artificiales y que tenga demandas de conducta tan estrictas para la supervivencia de quienes la padecen (Carrillo et al., 2018; Hamilton, 2019); así por ejemplo, la hemodiálisis hospitalaria conocida también como riñón artificial, consiste en conectar al paciente al equipo dializador durante 4 horas aproximadamente con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana (Naseri et al., 2020).

Al respecto, se han desarrollado investigaciones en las últimas décadas que han demostrado que, estos pacientes ven afectada su cotidianeidad debido al fuerte impacto que provocan en su vida, las alteraciones fisiológicas, psicológicas y sociales, producidas por la sintomatología de la enfermedad y las consecuencias de los tratamientos de sustitución de la función renal (Perales et al., 2016; Kostro, 2016; Mendoza, 2016; Hamilton, 2019). Relacionado a tales efectos, se han identificado diferencias en el comportamiento de los pacientes con enfermedad renal crónica, encontrándose que algunos muestran un funcionamiento adaptativo ante su condición de salud, mientras que otros experimentan dificultades para adaptarse a convivir con la enfermedad lo que afecta su percepción de bienestar y calidad de vida (Belayev, 2015; Perales-Montilla, 2018; Narva et al., 2016; Goh, 2018).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una de las variables que ha sido evaluada de manera sistemática en pacientes con ERC. Se trata de un constructo multidimensional que está asociado a la percepción de bienestar en situación de enfermedad; su medición ayuda a determinar los efectos que produce la enfermedad en el paciente, la forma en la que ésta afecta todos los aspectos de la vida durante el proceso salud-enfermedad, así como para medir y predecir el impacto de la terapéutica en el paciente (Schick-Makaroff, 2018; Gomes et al., 2018; Wong et al., 2019). La CVRS se construye a partir de diversas facetas de la vida y situaciones del enfermo que influyen en el funcionamiento físico, psicológico, estado emocional, dolor, funcionamiento social, percepción general de la salud y otros factores (Vermandel et al., 2020; Rebollo et al., 2015).

En estudios realizados sobre la asociación de determinadas variables con la CVRS en pacientes con ERC, destacan los resultados que hacen mención a variables sociodemográficas, otras relacionadas con el tiempo de diagnóstico y el tipo de tratamiento que tenga el paciente (Barbero, 2016; Jesky et al; 2016; Varela, 2015); así como variables de comportamiento en salud, entre las que destaca la adherencia terapéutica (Cockerham, 2017; Cukor, 2015; Huertas-Vieco, 2014). Una revisión sistemática realizada por Rebollo et al., (2015) revela que el tiempo de padecimiento de la enfermedad renal crónica y el tipo de tratamiento de sustitución de la función renal, están asociados negativamente con la percepción de CVRS. Adicionalmente, se ha demostrado que, de las modalidades de tratamiento para la ERC, la que presenta una mayor afectación de la calidad de vida en el paciente es la hemodiálisis (Iyasere, 2016; Ocampo, 2017; Jardine et al., 2017; Jiménez, 2019).

Cabe mencionar en este contexto que también existe evidencia empírica que destaca un aspecto de singular importancia en el análisis de la CVRS en los pacientes renales, la variable adherencia terapéutica y los móviles que llevan a los enfermos a cumplimentar o no el tratamiento indicado (Ducharlet et al., 2019; Murali et al., 2020; Pabst., 2015). La adherencia terapéutica es un constructo que hace referencia al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo las indicaciones del terapeuta, basado en las características de su enfermedad, del régimen de tratamiento que sigue, de la relación que establece con el profesional de la salud y en las características psicológicas y sociales de los pacientes (Martín et al., 2015; Matos, 2019). Se ha documentado que alrededor del 50% de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis no se adhieren al menos a una parte de su régimen de terapéutico (Costa et al., 2017). La falta adherencia terapéutica ante al cumplimiento de una dieta específicos, restricciones en el consumo de líquidos, uso de medicamentos y tratamiento dialítico, es común en estos pacientes y todo ello se asocia con un alto riesgo de mortalidad, complicaciones y baja calidad de vida (Ducharlet et al., 2019).

Por otro lado, en Europa y Estados Unidos se han desarrollado investigaciones sobre la identidad de enfermedad (IE) y su efecto en el comportamiento de pacientes con diversas enfermedades crónicas; este es un constructo que ofrece una explicación respecto a las diferentes maneras en que el paciente puede integrar la enfermedad a su identidad personal (Yanos et al., 2010; Oris et al., 2016, 2018; Luyckx et al., 2018; 2019). El postulado teórico distingue cuatro dimensiones de IE: el rechazo, la absorción, la aceptación y el enriquecimiento. El rechazo se refiere a que la enfermedad crónica no es aceptada como parte de la identidad propia del paciente y es interpretada por este como una amenaza o como algo inaceptable para sí (Oris, 2016; 2018). La absorción, en cambio, describe la manera en que la enfermedad domina la identidad de una persona; en este estado los individuos se definen completamente a sí mismos en términos de su enfermedad, demostrando que ésta invade todos los dominios de su vida (Morea, et al., 2008; Luyckx et al., 2018). La aceptación, hace referencia a cómo los sujetos aceptan su nueva condición como parte de sí, sin ser abrumados y, finalmente, se le denomina enriquecimiento, a la generación de cambios positivos que le permiten al paciente crecer como persona, lo cual deviene en beneficio para su identidad (Oris, 2016; Luyckx et al., 2018). Se ha identificado que los estados de IE como el rechazo y la absorción, se relacionan con una mala adaptación psicológica y un mal funcionamiento físico en el paciente, mientras que la aceptación y el enriquecimiento están asociados con un buen funcionamiento adaptativo desde el punto de vista tanto psicológico como físico (Morea et al., 2008; Luyckx, 2018; Oris, 2016; 2018).

Tales elementos señalados constituyeron antecedentes de importancia para la realización del presente estudio, que se orientó a cumplir el objetivo de analizar la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con insuficiencia renal en tratamiento de hemodiálisis y su asociación con variables sociodemográficas, clínicas y las variables de comportamiento en salud, identidad de enfermedad y adherencia terapéutica.

Materiales y métodos

Se presenta un estudio desarrollado a partir del enfoque cuantitativo de investigación, con diseño no experimental, correlacional, de corte transversal. Se trabajó con 23 pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica que se realizan tratamiento de hemodiálisis en una clínica renal en la provincia de Morona Santiago del Ecuador.

Procedimiento de obtención de datos

Se elaboró una ficha de datos ad hoc con las siguientes variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, escolaridad, situación económica percibida y ocupación. Variables clínicas: tiempo de tratamiento dialítico, duración de la enfermedad y comorbilidad.

La CVRS en la enfermedad renal, se evaluó con el instrumento *Kidney Disease Quality of Life KDQOL- 36*, la versión del cuestionario para el español validado en Colombia (Chavez et al., 2013). Es un instrumento mixto que consta de 36 ítems que indagan sobre la salud general y específica a partir de la exploración de: la función física, el rol físico, el dolor corporal, la vitalidad, la función social, el rol emocional y la salud mental. Adicionalmente indaga sobre la enfermedad del riñón mediante la exploración de síntomas, efectos y carga de la enfermedad renal. Cada ítem es codificado y transformados en una escala que tiene un recorrido de (0 -100) donde cero se corresponde el peor estado de salud y valores superiores hasta 100, con mejor estado de salud. El instrumento en la presente investigación mostró una confiabilidad con valor de Alfa de Cronbach $\alpha = .89$

La variable identidad de enfermedad se midió con el *Illness Identity Questionnaire (IIQ)* (Oris et al., 2018) en la versión en castellano, Cuestionario de Identidad de enfermedad (CIE-E) obtenida de un proceso de adaptación lingüística/ cultural y validado en el Ecuador (Serrano, 2020). El CIE-E, es una medida de auto informe que evalúa cuatro dimensiones diferentes de identidad de enfermedad en adultos con enfermedad crónica: rechazo, absorción, aceptación y enriquecimiento. El instrumento cuenta con 25 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos que va de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (Totalmente de acuerdo). La fiabilidad del instrumento medida por el Coeficiente Alpha de Cronbach es alta, de $\alpha = .90$.

La adherencia terapéutica se evaluó con la Escala de adherencia terapéutica (EAT) basada en conductas y comportamientos explícitos del paciente (Soria et al., 2009). El instrumento consta de 21 preguntas distribuidas en 3 dimensiones (autoeficacia, control de ingesta de medicamentos y alimentos y seguimiento médico-conductual) con 7 ítems cada una. Como resultado global y, por dimensiones, se obtienen niveles alto, medio o bajo de adherencia terapéutica. El índice de fiabilidad es de $\alpha = .91$.

Procedimiento de análisis de datos

Los datos recolectados fueron almacenados en una base de datos a través del programa estadístico SPSS versión 24. Se realizaron cálculos de estadística descriptiva de frecuencias absolutas, relativas, media y desviación estándar. Adicionalmente se realizaron asociaciones entre variables mediante el cálculo del coeficiente de correlación Rho de Spearman para variables ordinales. Se trabajó con niveles de significación estadística de $p \leq$

0.01 y $p \leq 0.05$. Se tomó en consideración el cumplimiento de aspectos éticos de la investigación con seres humanos: se les entregó a los pacientes el consentimiento informado, se hizo énfasis en el objetivo del estudio, los beneficios y el carácter voluntario de la participación. La aplicación de los instrumentos se realizó de manera individual, no se ejecutaron prácticas injustas que perjudicaran en algún sentido a los participantes y se garantizó el anonimato de la información recolectada.

Resultados

Los resultados obtenidos en la investigación son presentados a continuación mediante tablas que ilustran el cumplimiento del objetivo propuesto. En la tabla 1 se presenta la distribución de pacientes renales según las variables sociodemográficas y clínicas evaluadas. Como se puede observar de los 23 participantes en el estudio, 16 pertenecen al sexo femenino que representan al 69.6% y 7 corresponden al sexo masculino con un porcentaje del 30.4%. Respecto a la edad sobresale el 39,1% con una edad mayor a 60 años.

En la distribución porcentual por estado civil destaca que el 52.2 % son casados, hay una misma cantidad de personas solteras y divorciadas que representan el 17.4% del total. Respecto al nivel de escolaridad de los pacientes, la tabla indica un predominio del 39.1% de personas con secundaria terminada, el 30.4% con estudios primarios y, el resto de participantes, tienen nivel de bachiller y universitario. En cuanto a la ocupación sobresale que el mayor porcentaje son mujeres amas de casa, para un 47.8%, hay ocho pacientes que trabajan, ya sea en empleo público, privado o negocio propio, lo que representa el 34.7%. La mayoría de los participantes en la investigación tienen una percepción de su situación económica entre buena y regular, sin embargo, un 30.4% la percibe como mala. Igualmente, en la tabla 1 se presenta la distribución de los pacientes según variables clínicas, nótese que el mayor número de ellos tiene entre 1 y 5 años de diagnosticada la insuficiencia renal para un 65.2% y al observarse los datos del tiempo que llevan en hemodiálisis se puede ver que hay un 39.1% que está hace menos de un año, un 47.8% entre 1 y 5 años y que solo tres pacientes llevan más de cinco años de sobrevida después de iniciado este tipo de tratamiento.

En la tabla 2 se pueden observar los resultados de los valores medios de las respuestas reportadas por los pacientes, para las distintas dimensiones evaluadas por el KDQOL- 36. En cuanto a la salud en general, el valor más alto lo presenta la dimensión que explora la función social con una media de $M= 84.2$; dicho resultado es indicativo de que este aspecto es el que más aporta a la percepción de calidad vida de los pacientes, quienes sienten que la enfermedad no les limita del todo la realización de esta función. Seguido de este valor se aprecian cifras de $M= 74.7$, $M=73.7$ y $M=73.2$ en las dimensiones, rol emocional, dolor corporal y salud mental respectivamente; lo cual es muestra de cierta afeción de la calidad vida percibida por los pacientes en estas áreas, ya que dichos valores al alejarse de 100, se corresponde con peor estado de salud. La percepción de bienestar es más negativa en las dimensiones con valores inferiores a 70 como son: vitalidad $M=68.3$; función física $M=66.6$ y rol físico $M=63.1$. Adicionalmente, al analizarse los valores de las dimensiones específicas de la enfermedad del riñón, se observan que son los más bajos a los anteriores y, por tanto, indican percepción de un peor estado de salud en lo referente a los síntomas de la enfermedad del riñón con $M=62.8$; la carga de la enfermedad con $M=57$ y los efectos de la enfermedad

M=50.7. Con tales resultados, resulta coherente el valor que alcanza la percepción de salud en general que tienen los pacientes cuya media de respuesta a este ítem fue de M=64.7

La tabla 3 que se muestra, presenta la manera en que la insuficiencia renal se ha integrado a la identidad personal de los pacientes investigados. Si se toma en cuenta que cada ítem del instrumento empleado es evaluado en una escala de 1 a 5 puntos, los valores registrados dan cuenta de que dicha enfermedad se ha integrado con más regularidad, mediante las formas desadaptativa de absorción y rechazo, es decir, la enfermedad domina la vida del paciente; los valores de M=3.8 con DE= .8 y M=3.1 con DE=1,0 de cada una de estas, evidencian lo anterior. Tal resultado se refuerza al ver las cifras de la disensión enriquecimiento M=2.1 y aceptación con M= 2.9.

En la tabla 4 se ofrece información respecto a los niveles de adherencia terapéutica identificados en los participantes, donde el 69.5% de ellos son modernamente adheridos, seguidos de aquellos con adherencia alta, que representan el 21.8% y el 8.7% de pacientes que posee niveles bajos en el cumplimiento de las indicaciones médicas. La tabla 5 muestra el comportamiento de las dimensiones de adherencia terapéutica, los cuales esclarecen los motivos por los cuales se alcanzaron los datos anteriormente presentados de adherencia global. Como puede observarse, en las tres dimensiones los niveles moderados de adherencia son representados con los valores más elevados. Se puede ver que existen algunas dificultades en el control de ingesta de alimentos y medicamentos en el 93.7%, de los casos; similar resultado se presenta en la dimensión seguimiento médico conductual, donde el 83.7% de los pacientes presenta niveles moderados de adherencia y hay un 16% de ellos que tienen nivel alto. Con mejores resultados se muestran en la dimensión autoeficacia.

Al analizar la asociación entre variables sociodemográficas, clínicas y de comportamiento en salud, con la CVRS de los pacientes, cabe señalar que en la tabla 5 solo se incorporaron las variables que obtuvieron correlación estadísticamente significativa. Como puede observarse se presentan diversas asociaciones entre las variables, edad, tiempo de diagnóstico, dimensiones de identidad de enfermedad, adherencia terapéutica con la CVRS. En un análisis pormenorizado de los resultados destaca que existe una correlación negativa estadísticamente significativa entre la variable demográfica edad ρ (rho) = -.288; la variable clínica tiempo de diagnóstico ρ (rho) = -.114 y la dimensión absorción de la variable IE con ρ (rho) = -.62. Con correlaciones positivas estadísticamente significativas con la CVRS, sobresalen los valores de ρ (rho)= .45 y ρ (rho)= .318 de la adherencia terapéutica y la dimensión aceptación de la IE, ambas variables relacionadas con comportamientos adaptativos. Con correlación positiva más bajas, pero igualmente significativas está la dimensión enriquecimiento de la identidad de enfermedad ρ (rho)= .162, en todos los casos con una significación estadística de $p \leq 0.01$ y $p \leq 0.05$.

Discusión

Con el desarrollo de la presente investigación se logró dar cumplimiento al objetivo general planteado cuya finalidad fue la de analizar la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con insuficiencia renal en tratamiento de hemodiálisis y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y de comportamiento en salud. Cabe señalar que los resultados

obtenidos resultan de gran utilidad para ser empleados como insumos para el desarrollo de estrategias de atención integral a este tipo de pacientes.

Cuando fue evaluada la CVRS en los participantes del estudio, se obtuvo que los mismos tienen una percepción de deterioro de la CVRS general y por dimensiones, expresado a través de las limitaciones en el rol emocional, la sensación de dolor corporal y los problemas en salud mental. Otro aspecto relevante a señalar y que aporta a la percepción de falta de bienestar subjetivo identificada, está relacionado con las dimensiones específicas de la CVRS en pacientes renales, como la expresión de los síntomas, la carga y los efectos de la enfermedad; estas dimensiones son las que presentaron peores resultados para la salud en los pacientes. Al compararse estos hallazgos con los obtenidos por otros investigadores, se pueden apreciar similitudes. Se ha identificado que tanto los síntomas de enfermedad renal crónica como el tipo de tratamiento de sustitución de la función renal impactan de manera negativa en la percepción de CVRS (Rebollo et al., 2015). Por otro lado, un estudio realizado por Ocampo (2017) al comparar la CVRS en pacientes con ERC con diferentes tipos de tratamientos llegó a la conclusión de que la hemodiálisis es la modalidad que genera mayor afectación de la calidad de vida. Iyasere et al., (2016), documentaron que las limitaciones a las que se ven sometidos los pacientes, por la dinámica del tratamiento de hemodiálisis, que implica el traslado de tres o más veces por semana a la unidad renal, constituyen factores de riesgo para la baja percepción de estado de salud.

Otro dato obtenido en este estudio y que llama a la atención por la implicación que tiene el comportamiento de la variable en la CVRS y en la sobrevida de los pacientes, es el relacionado con los niveles de adherencia terapéutica identificados; casi el 70% de los enfermos son modernamente adheridos y hay un 8.7% de pacientes que posee niveles bajos en el cumplimiento de las indicaciones médicas. Matos (2019), en una investigación donde exploró factores condicionantes de la adherencia al tratamiento en paciente con ERC, encontró que el 56 % de los investigados se adhiere parcialmente al tratamiento. Se ha documentado que alrededor del 50% de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis no se adhieren al menos a una parte de su régimen de terapéutico. La prevalencia de no adhesión al tratamiento, ocurre a expensas del incumplimiento en los factores de dieta, cantidad de líquidos y medicamentos (Rojas-Villegas, 2017).

Adicionalmente se ha identificado que el tiempo de permanencia en este tipo de tratamiento, está asociado con el comportamiento de adherencia del paciente. Así por ejemplo Costa et al., (2017), señalan que el indicador de adherencia, asistencia y puntualidad al tratamiento, tiene un mejor comportamiento en los pacientes con menor tiempo de permanencia en hemodiálisis que en aquellos que tenían mayor tiempo. En relación con lo anterior puede hacerse referencia a que la adherencia terapéutica ha resultado ser una variable adecuada para la predicción de la calidad de vida en pacientes renales crónicos (Monsalve, 2017; Alonso et al., 2017).

Otra variable evaluada en esta investigación fue la identidad de enfermedad, encontrándose que en estos pacientes la ERC se ha integrado a su identidad personal en formas desadaptativas, como son la absorción y el rechazo. Hasta donde se ha podido revisar, no existen reportes de investigaciones similares que hayan sido desarrolladas en pacientes con ERC en tratamiento de hemodiálisis, sin embargo, al ser la una enfermedad crónica,

comparte similares características con otras patologías que permiten la comparación. Diversos estudios han constatado que la mayoría de personas con enfermedades crónicas, cuyas manifestaciones clínicas poseen una alta intensidad, como son los defectos cardíacos complejos y la esclerosis sistémica, han desarrollado estados mal adaptativos de identidad de enfermedad, es decir, el rechazo y la absorción, y en menor medida se ha presentado el estado de aceptación a la enfermedad (Oris et al., 2016, 2018).

Finalmente, al analizarse los resultados de la correlación de la CVRS en estos pacientes con el resto de las variables evaluadas, se encontró asociación negativa estadísticamente significativa entre la variable sociodemográfica edad, la variable clínica tiempo de diagnóstico y la dimensión absorción de la variable IE. También fueron identificadas correlaciones positivas de la CVRS con la adherencia terapéutica y la dimensión aceptación de la IE. La evidencia teórica y empírica, explica que las diferencias en cuanto a la percepción de CVRS en pacientes renales crónicos, ocurre en virtud de variables que de manera sistemática han mostrado tener correlaciones significativas con ella. Jesky et al., (2016) y Barbero (2016) obtuvieron que variables clínicas asociadas a la ERC, como el tiempo de diagnóstico y el tipo de tratamiento de sustitución de la función renal, diálisis peritoneal y hemodiálisis están correlacionados con la CVRS. McAdams et al., (2018) señalan que en los enfermos renales el apoyo social y la adherencia terapéutica son las variables con mayor nivel de relación positiva significativa con la CVRS percibida en los pacientes con ERC.

Conclusiones

- Se evaluaron 23 pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis; en su mayoría, dichos pacientes presentan problemas de adherencia al tratamiento sobre todo en lo referente al control de ingesta de alimentos y medicamentos.
- La enfermedad se ha incorporado en la identidad personal de los pacientes, mayormente de forma desadaptativa. Se identificó que la absorción y el rechazo son las dimensiones de la identidad de enfermedad más integradas.
- Existe correlación negativa entre la calidad de vida relacionada con la salud y las variables: edad, tiempo de diagnóstico y la dimensión absorción de la identidad de enfermedad.
- Los datos indican la existencia de correlaciones positivas estadísticamente significativas de la calidad de vida relacionada con la salud con la adherencia terapéutica y la dimensión aceptación de la variable identidad de enfermedad.

Tablas

Tabla 1.

Distribución de pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis según variables sociodemográficas y clínicas

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS (N=23)	No.	%
Sexo		
Femenino	16	69.6
Masculino	7	30.4
Edad		
18 a 40 años	7	30.4
41 a 60 años	7	30.4
Mayor de 60 años	9	39.1
Estado Civil		
Soltera/o	4	17.4
Casada/o	12	52.2
Divorciada/o	4	17.4
Unión Libre	1	4.3
Viuda/o	2	8.7
Escolaridad		
Primaria	7	30.4
Secundaria terminada	9	39.1
Bachillerato terminado	5	21.7
Universitario	2	8.7
Situación económica percibida		
Buena	8	34.8
Regular	8	34.8
Mala	7	30.4
Ocupación		
Empleo público	4	17.4
Empleo privado	1	4.3
Negocio propio	3	13.0
Ama de casa	11	47.8
Desempleado	2	8.7
Jubilado y estudiante	2	8.6
Tiempo de diagnosticada/o		
Menos de un año	3	13.0
Entre 1 y 5 años	15	65.2
Entre 5 y 10 años	1	4.3
Entre 10 y 15 años	3	13.0
Más de 15 años	1	4.3
Tiempo de tratamiento/hemodiálisis		
Menos de un año	9	39.1

1 a 5 años	11	47.8
5 a 10 años	1	4.3
10 a 15 años	2	8.7

Tabla 2.

Distribución de pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis según la media de respuestas en las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)

Dimensiones de CVRS N=23	Media	Desviación estándar
Función Física	66.6	27.2
Rol Físico	63.1	29.7
Dolor Corporal	73.7	26.2
Vitalidad	68.3	19.9
Función Social	84.2	21.7
Rol Emocional	74.7	28.9
Salud Mental	73.2	18.6
Síntomas de la enfermedad del riñón	62.8	17.3
Efectos de la enfermedad del riñón	50.7	23.4
Carga de la enfermedad del riñón	57.7	18.7
Salud General	64.7	22.4

Tabla 3.

Distribución de pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis según la media de respuestas en las dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)

Identidad de enfermedad N=23	Media	Desviación estándar
Rechazo	3.1	1.0
Absorción	3.8	.8
Aceptación	2.9	1.1
Enriquecimiento	2.1	.9

Tabla 4.

Distribución de pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis según niveles de adherencia terapéutica general

Niveles de adherencia terapéutica general	Frecuencia	Porcentaje
Alto	5	21.8
Moderado	16	69.5
Bajo	2	8.7
Total	23	100

Tabla 5.

Distribución de pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis según niveles de adherencia terapéutica por dimensiones. N=23

Dimensiones de adherencia terapéutica	Niveles (%)
Control de Ingesta de alimentos y medicamentos	Bajo (6,3%)
	Moderado (93,7%)
	Alto (0)
Seguimiento médico conductual	Bajo (0,3%)
	Moderado (83,7)
	Alto (16 %)
Autoeficacia	Bajo (0,7%)
	Moderado (61,3%)
	Alto (38%)

Tabla 6.

Correlaciones de las variables tiempo de diagnóstico, dimensiones de identidad de enfermedad y adherencia terapéutica con la CVRS identificada en pacientes renales en tratamiento de hemodiálisis. Cálculo de Rho de Spearman

Variables	CVRS
Edad	-.288**
Tiempo de Diagnóstico	-.114*
Absorción	-.62*
Aceptación	.318**
Enriquecimiento	.162**
Adherencia terapéutica	.453**

N=23 **. Correlación muy significativa $p \leq 0.01$; *. Correlación muy significativa $p \leq 0.05$

Referencias bibliográficas

- Alonso, M. R. (2017). Evaluación de un programa de actividad física intradialítica en pacientes con hemodiálisis. . *Nefrología Latinoamericana*, 14(1), 4-11.
- Barbero Narbona, E. T. (2016). Estudio comparativo del estado físico, mental y percepción de calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes. *Enfermería Nefrológica*, 19(1), 29-35.
- Carrillo-Algara, A. J.-R.-M.-Z. (2018). (2018). Escalas para evaluar la calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica avanzada: revisión integrativa. *Enfermería Nefrológica*, 21(4), 334-34.
- Chavez, K. D. (2013). Adaptación transcultural del cuestionario KDQOL SF 36 para evaluar calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en Colombia. . *Revista Med*, 21(2),, 12-17.
- Cockerham, W. C., Hamby, B. W., & Oates, G. R. (2017). The social determinants of chronic disease. *American journal of preventive medicine*, 52(1), S5-S12.
- Costa-Requena, G. C. (2017). Adherencia al tratamiento tras trasplante renal como indicador de calidad de la información recibida: estudio longitudinal con un seguimiento de 2 años. . *Revista de Calidad Asistencial*, 32(1), , 33-39.
- Cukor, D. V. (2015). Psychosocial intervention improves depression, quality of life, and fluid adherence in hemodialysis. *Journal of the American Society of Nephrology*, 25(1), , 196-206.
- Ducharlet, K. S. (2019). Patient-reported outcome measures and their utility in the management of patients with advanced chronic kidney disease. *Nephrology*, 24(8), 814-818.
- Goh, Z. S. (2018). Anxiety and depression in patients with end-stage renal disease: impact and management challenges—a narrative review. . *International journal of nephrology and renovascular disease*, 11, 93.
- Gomes Neto, M. d. (2018). Intradialytic exercise training modalities on physical functioning and health-related quality of life in patients undergoing maintenance hemodialysis: systematic review and meta-analysis. . *Clinical rehabilitation*, 32(9), , 1189-1202.
- Gonzalez-Bedat, M. C.-D. (2017). El Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante Renal: la importancia del desarrollo de los registros nacionales en Latinoamérica. . *Nefrología Latinoamericana*, 14(1),, 12-21.
- Hamilton, A. J.-S. (2019). Psychosocial Health and Lifestyle Behaviors in Young Adults Receiving Renal Replacement Therapy Compared to the General Population:

- Findings From the SPEAK Study. . *American Journal of Kidney Diseases*, 73(2), , 194-205.
- Huertas-Vieco, M. P.-G. (2014). Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. . *Nefrología (Madrid)*, 34(6), 737-.
- Instituto nacional de estadísticas y censos. (2017). *EN CIFRAS*. Ecuador.
- Iyasere, O. U. (2016). Quality of life and physical function in older patients on dialysis: a comparison of assisted peritoneal dialysis with hemodialysis. . *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11(3), 423-430.
- Jardine, M. J. (2017). A trial of extending hemodialysis hours and quality of life. . *Journal of the American Society of Nephrology*, 28(6), 1898-1911.
- Jesky, M. D. (2016). Health-related quality of life impacts mortality but not progression to end-stage renal disease in pre-dialysis chronic kidney disease: a prospective observational study. . *PloS one*, 11(11), e0165675.
- Jiménez, M. D.-U. (2019). Estrategias para aumentar la seguridad del paciente en hemodiálisis: Aplicación del sistema de análisis modal de fallos y efectos (sistema AMFE). . *Nefrología*, 37(6), 608-621
- Kostro, J. Z.-N.-Ś. (2016). Quality of life after kidney transplantation: a prospective study. . *Transplantation proceedings (Vol. 48, No. 1)*, pp. 50-54). Elsevier.
- Luyckx, K. B. (2019). Illness identity: Capturing the influence of illness on the person's sense of self. *European Journal of Cardiovascular Nursing 2019, Vol. 18(1)* , 4 –6.
- Luyckx, K. O. (2018). Illness identity in young adults with refractory epilepsy. . *Epilepsy & Behavior*, 80,, 48-55.
- Martín Alfonso, L. B. (2015). Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. . *Revista Cubana de Salud Pública* 41(1), , 33-45.
- Matos, T. G. (2019). 2019). Adherencia terapéutica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento dialítico. . *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 18(4), , 666-677.
- Mendoza, H. M. (2016). Impacto de la atención psicológica en el paciente con insuficiencia renal crónica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(3), , 972.
- McAdams-DeMarco, M. A. (2018). Frailty and postkidney transplant health-related quality of life. . *Transplantation*, 102(2), , 291.
- Morea, J. M. (2008). Conceptualizing and measuring illness self-concept: a comparison with self-esteem and optimism in predicting fibromyalgia adjustment. . *Research in nursing & health*, 31(6),, 563-575.

- Monsalve Méndez, M. M. (2017). *Calidad de vida de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal*. Caracas: Doctoral dissertation, Universidad Central de Venezuela.
- Murali, K. M. (2020). Breaking the adherence barriers: Strategies to improve treatment adherence in dialysis patients. *Seminars in Dialysis (Vol. 33, No. 6)*, 475-485. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sdi.12925>
- Narva, A. S. (2016). . Educating patients about CKD: the path to self-management and patient-centered care. . *Clinical Journal of the American Society of Nephrology, 11(4)*, 694-703.
- Naseri-Salahshour, V. S.-N. (2020). The effect of nutritional education program on quality of life and serum electrolytes levels in hemodialysis patients: A single-blind randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling, 103(9)*, 1774-1779.
- Ocampo, V. F. (2017). Perspectiva espiritual y calidad de vida concerniente a la salud de personas en diálisis. . *Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante, 36(2)*, 91-98.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Enfermedades no transmisibles: Datos y cifras*. Ginebra: OMS. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Oris, L. L. (2018). Illness identity in adults with a chronic illness. . *Journal of clinical psychology in medical settings, 1-12*.
- Oris, L. R. (2016). Illness identity in adolescents and emerging adults with type 1 diabetes: introducing the illness identity questionnaire. *Diabetes Care, 39(5)*, 757-763.
- Pabst, S. B. (2015). Physician reported adherence to immunosuppressants in renal transplant patients: prevalence, agreement, and correlates. *Journal of psychosomatic research, 79(5)*, 364-371.
- Pecoits-Filho, R. F.-G. (2015). Gonzalez-Bedat, M., Rosa-Diez, G., Burden of disease: prevalence and incidence of ESRD in Latin America. *Clin Nephrol, 83(7 Suppl 1)*, 3-6.
- Perales, C. M. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Nefrología, 36(3), RevistadelaSociedadEspañoladeNefrología*, 275-282.
- Perales-Montilla, B. N. (2018). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología (Madrid), 32(5)*, 622-630.
- Pruijm, M. H. (2014). Determinants of renal tissue oxygenation as measured with BOLD-MRI in chronic kidney disease and hypertension in humans. *PloS one, 9(4)*, 95895.

- Rebollo-Rubio, A. M.-A.-R.-F. (2015). Revisión de estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica avanzada en España. . *Nefrología (Madrid)*, 35(1),, 92-109.
- Rojas-Villegas, Y. R.-M.-S. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. , . *Revista de psicología (Santiago)*, 26(1), 65-77.
- Schick-Makaroff, K. M. (2018). Symptoms, Coping, and Quality of Life of People with Chronic Kidney Disease. . *Nephrology Nursing Journal*, 45(4),, 339-355.
- Soria Trujano, R. V. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. . *Alternativas en Psicología* , 14 (20), 89-103.
- Yanos, P. T. (2010). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American journal of psychiatric rehabilitation*, 13(2), 73-93.
- Varela, Y. P. (2015). Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica. . *Duazary*, 12(2), , 157-163.
- Vermandel, M., Debruyne, P., Beron, A., Devos, L., Talbot, A., Legrand, JF, ... & Lion, G. (2020). Manejo de pacientes con insuficiencia renal sometidos a diálisis durante la terapia con ¹³¹I para el cáncer de tiroides. *Diario de Medicina Nuclear*, 61 (8), 1161-1170.
- Wong, C. K. (2019). Health-related quality of life and health utility of Chinese patients undergoing nocturnal home haemodialysis in comparison with other modes of dialysis. . *Nephrology*, 24(6), , 630-63