



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Factores asociados a la adherencia en terapia de
reemplazo renal en pacientes adultos del Hospital
Nacional Dos de Mayo, Lima 2014**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Nefrología

AUTOR

Marilyn SÁNCHEZ CALLE

ASESOR

Dominga LÓPEZ VEGA

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

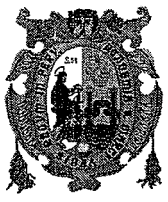
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Sánchez M. Factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2014 [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2016.

1006



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

INFORME DE CALIFICACIÓN

10 (r)
2
31 (r)

LICENCIADA (O) : SÁNCHEZ CALLE MARILYN

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA EN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL EN PACIENTES ADULTOS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO, LIMA 2014.

ESPECIALIDAD : ENFERMERÍA EN NEFROLOGÍA

Lima, 26 de julio de 2016

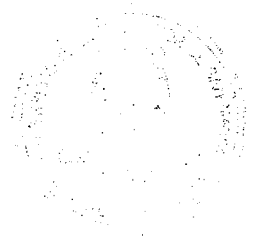
Señor Doctor
SERGIO GERARDO RONCEROS MEDRANO
Director de la Unidad de Post-Grado
Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad de **ENFERMERÍA EN NEFROLOGÍA** ha examinado el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con nota de:

Catorce (14)

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POST GRADO
Juana Cuba Sancho
Lic. Esp. JUANA CUBA SANCHEZ
Programa de Segunda Especialización en Enfermería
Coordinadora

Fabiola Quiroz Vasquez
MG. FABIOLA QUIROZ VASQUEZ.



Mary

**FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA EN TERAPIA DE
REEMPLAZO RENAL EN PACIENTES ADULTOS DEL
HOSPITAL NACIONAL DOS DE
MAYO, LIMA 2014.**

Dedicatoria

*Con amor a mis padres Amelia y Ruben,
quienes me motivan día tras día ha ser una
mejor persona y una excelente profesional.*

Agradecimiento

A todos los docentes de la Escuela de Postgrado de la “Universidad Nacional Mayor de San Marcos” por su valiosa enseñanza y permanente orientación, durante mi formación en la Especialidad en Enfermería en Nefrología, al Mg. Dominga López Vega, por su asesoría; y al director y colegas enfermeras del Hospital Nacional Dos de Mayo; por su valiosa colaboración durante el desarrollo de la presente investigación.

ÍNDICE

ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
SUMMARY	ix
PRESENTACIÓN	x
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	
1.1. Planteamiento, delimitación y origen del problema	1
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivos	5
1.5. Propósito	6
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	8
2.2. Base teórica	13
2.3. Definición operacional de términos	47
CAPÍTULO III. MATERIAL Y MÉTODO	
3.1. Nivel, tipo y método	48
3.2. Área de estudio	48
3.3. Población y muestra	49
3.4. Técnica e instrumento	50
3.5. Procedimiento de recolección de datos	51
3.6. Procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos	51
3.7. Consideraciones éticas	52
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados y discusión	53
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	
5.1. Conclusiones	70
5.2. Recomendaciones	71
5.3. Limitaciones	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
BIBLIOGRAFIA	77
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°		Pág.
1	Factores relacionados con la adherencia al tratamiento	32
2	Nivel de presencia de factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal	57
3	Factores socioeconómicos asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal	60
4	Factores personales de los pacientes adultos asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal	62
5	Factores asociados al cumplimiento de la terapia de reemplazo renal	65
6	Factores relacionados con el proveedor, sistema y equipo de salud asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal	68

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N°		Pág.
1	Situaciones consideradas como daño renal para el diagnóstico de enfermedad renal crónica	15
2	Clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica	16
3	Indicaciones del trasplante renal.	23
4	Modelos teóricos y adherencia	28
5	Obstáculos a la adherencia	31
6	Población y muestra de estudio	49
7	Características sociodemográficas de los pacientes en estudio	53
8	Nivel de presencia de factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal	56
9	Dimensión A. Factores socioeconómicos.	58
10	Factores socioeconómicos asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal.	59
11	Dimensión B. Factores relacionados con el paciente.	60
12	Factores personales de los pacientes adultos asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal	61
13	Dimensión C. Factores relacionados con la terapia	63
14	Factores asociados al cumplimiento de la terapia de reemplazo renal	64
15	Dimensión D. Factores relacionados con el proveedor, sistema y equipo de salud asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal	66
16	Factores relacionados con el proveedor, sistema y equipo de salud asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal	68

RESUMEN

El objetivo general del estudio fue Determinar el nivel de presencia de los factores asociados a la adherencia en Terapia de Reemplazo Renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2014.

Material y Métodos. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estaba conformada por 100 pacientes adultos con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal, aplicando el muestreo no probabilístico, el tamaño de la muestra fue de 80 pacientes. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. **Resultados.** Del 100% 7% (5) es Alto, 78% (63) es Mediano y 15% (12) es Bajo. El 65% A veces recibe apoyo familiar. El 60% Siempre no cuenta con disponibilidad económica. 76% Siempre muestra buenas actitudes y 66% Siempre muestra compromiso. 59% Nunca cuenta con el suficiente tiempo para trasladar al hospital. 65% A veces recibe trato personal. El 58% A veces recibe información y empatía.

Conclusiones. El nivel de presencia de los factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal es Mediano. Los factores socioeconómicos como la disponibilidad económica y apoyo familiar influyen negativamente. Los factores personales como las actitudes, conocimientos y compromiso que asume el paciente frente a su enfermedad son favorables para su tratamiento. Los factores asociados al cumplimiento en terapia de reemplazo renal como el tiempo y la distancia para trasladarse al hospital juegan en su contra, a pesar de ello, el paciente asume su responsabilidad en el cumplimiento de sus citas médicas. Los factores relacionados con el proveedor, sistema y equipo de salud influyen negativamente.

Palabras claves: Factores asociados a la adherencia, Terapia de reemplazo renal y Enfermedad renal crónica.

SUMMARY

The general objective of the study was to determine the level of factors presence associated to adherence in Renal Replacement Therapy in Adult Patients of Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2014.

Material and methods. The study is level application, quantitative, descriptive method of cross section. The population consisted of 100 adult patients with chronic kidney disease, renal replacement therapy, using non-probability sampling, the sample size was 80 patients. The technique was the survey and a questionnaire instrument. **Results.** 100% 7% (5) is High, 78% (63) it is medium and 15% (12) is Low. 65% Sometimes receive family support. 60% always do not have economic availability. 76% always shows good attitudes and 66% always shows commitment. 59% never have enough time to transfer to hospital. 65% Sometimes receives personal attention. 58% Sometimes receives information and empathy.

Conclusions. The level of presence of the factors associated with adherence in renal replacement therapy is medium. Socioeconomic factors such as economic availability and negatively impact family support. Personal factors such as attitudes, knowledge and commitment assumed by the patient against their disease are favorable for treatment. Factors associated with compliance in renal replacement therapy such as time and distance to travel to the hospital play against him, despite this, the patient assumes responsibility for meeting their medical appointments. Factors related to the vendor, system and equipment negatively influence health.

Keywords: Factors associated to adherence, renal replacement therapy and chronic renal disease.

PRESENTACIÓN

El presente estudio titulado “Factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2014” tuvo como objetivo Determinar el nivel de presencia de los factores asociados a la adherencia en Terapia de Reemplazo Renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo. Con el propósito de que a partir de sus hallazgos permita formar el desarrollo profesional del enfermero con atención segura, oportuna, continua y humana; motivando a la elaboración de nuevas estrategias que contribuyan a mejorar la calidad del cuidado que se le brinda al paciente renal.

Esta información será de mucha utilidad para los niveles directivos de Enfermería y del Hospital para la toma de decisiones sobre el manejo del Servicio de Hemodiálisis.

El cual consta de; Capítulo I: Introducción en el cual se expone el planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivo, propósito, antecedentes del estudio, base teórico y definición operacional de términos. Capítulo II: Material y Métodos que incluye el nivel, tipo y método, área de estudio, población y muestra, técnica e instrumento, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III. Resultados y Discusión. Capítulo IV. Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones y Recomendaciones, finalmente se presenta las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

La autora.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA

La enfermedad renal crónica, es el resultado final de una serie de situaciones patológicas que finalmente ocasionan un daño irreversible sobre las diversas estructuras del riñón y la pérdida progresiva de la función renal hasta ocasionar la muerte del paciente, si es que éste no recibe terapia de reemplazo renal. Puede ser también resultado de otras patologías, según la Organización Mundial de la Salud ha declarado que en el mundo hay aproximadamente 150 millones de personas con diabetes, las cuales si no reciben un cuidado estricto de su padecimiento serán las que ocuparán las Unidades Nefrológicas, que en el momento actual ya están resultando insuficientes para la atención de los pacientes diabéticos con enfermedad renal, y predicen que este dato puede ser doblado a más de 300 millones para el 2025. (1).

Con los datos antes mencionados esta patología, representa un extraordinario impacto denominado “epidemia” de la enfermedad renal crónica en el mundo, su importancia radica en los grandes costos que origina. El crecimiento anual de pacientes con enfermedad renal crónica terminal a nivel mundial está en aumento y el gasto se ha incrementado substancialmente; por ello se considera como una enfermedad catastrófica en los países del primer mundo y, en los países en vías de desarrollo, como el nuestro, la situación es aún más crítica.

A nivel de Latinoamérica se pueden encontrar datos estadísticos que demuestran que la enfermedad renal crónica está en aumento, por ejemplo, según el Programa Nacional de Salud Renal en Bolivia se estima que aproximadamente más de un millón de personas llegarán a un daño irreversible de su riñón y en Chile se observó que la prevalencia de la enfermedad renal crónica en fases 3 y 4 es 5,7% y 0,2%, respectivamente. Estos porcentajes aumentan significativamente en mayores de 45 años y particularmente en mayores de 65 años, es poca la información que nos hablen de porcentajes en adultos (30 – 59 años), los estudios están básicamente relacionados a datos de adultos mayores en la último estadio de la enfermedad renal crónica, siendo la tasa de prevalencia muy variable dependiendo de cada país en función del sistema de salud que rige la cobertura de la terapia de reemplazo renal, así por ejemplo en Puerto Rico esta tasa es de 818 pacientes por millón de población mientras en el Perú es de apenas 111.1. Asimismo la tasa de incidencia en estos países es de 276.9 y de 44.2, respectivamente (2).

Perú no es ajeno a esta situación, de acuerdo a datos estadísticos del Programa Nacional de Salud Renal se conoce que mensualmente alrededor de 84 personas llegan a la enfermedad renal crónica terminal, la muerte por daños irreversibles en el riñón, está muy ligada a la falta de recursos económicos limitando que la gran mayoría de pacientes no puedan acceder al tratamiento (3). En nuestro país la enfermedad renal no es reconocida como un problema de salud pública. Existen pocos centros de salud que cuentan con la infraestructura necesaria para poder atender la creciente demanda de pacientes con enfermedad renal, vale decir, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal no son procedimientos generalizados como terapia de reemplazo renal (4), si consideramos que solo el 22 % de la población

peruana está adscrita a la seguridad social - EsSalud, es decir aproximadamente 6 millones de peruanos tienen la cobertura de una eventual terapia de reemplazo renal en el caso de padecer de enfermedad renal crónica terminal, cuyas tasas verdaderas estarían subvaloradas (5).

En el adulto con una enfermedad crónica los sentimientos se alteran, se manifiesta un vaivén de emociones con diferentes cambios de humor, el deterioro del auto imagen frecuentemente se observa de manera rápida, el contemplarse así hace que esta se deteriore, la persona tiende a ajustar su mente al deterioro del cuerpo; los sentimientos, afectos y emociones son las áreas más vulnerables (6).

En la actualidad, las enfermedades crónicas como la enfermedad renal crónica son consideradas como fuentes generadoras de estrés, ya que implican un proceso de deterioro continuo y constante de varios años, afectando la calidad de vida de la persona, originando nuevas exigencias que deben ser afrontadas. Por ello, la presencia de la enfermedad crónica no sólo es percibida como una amenaza o pérdida de las funciones importantes para el bienestar personal sino también puede ser evaluado como un desafío dadas las nuevas condiciones bajo las que se debe seguir viviendo, las mismas que implican la introducción de terapia de reemplazo renal y nuevos regímenes alimenticios, la modificación de actividades laborales y sociales y la alteración de las relaciones interpersonales con seres significativos. (7).

Perú no cuenta con estudios representativos sobre los factores asociados a la adherencia a la terapia reemplazo renal siendo un asunto complejo y multifacético, con un papel relevante en la práctica

clínica y en la investigación médica. Las consecuencias del problema de no adherencia pueden ser vistos sobre los aspectos clínicos, económicos y profesionales.

La adherencia inadecuada es la razón primaria para los insuficientes beneficios clínicos, que causan complicaciones médicas y psicológicas, reduciendo la calidad de vida de los pacientes y desperdiciando recursos financieros.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta lo expresado anteriormente, se creyó conveniente realizar un estudio sobre: *¿Cuál es el nivel de presencia de los factores asociados a la adherencia en Terapia de Reemplazo Renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2014?*

1.3. JUSTIFICACIÓN

El poder determinar el nivel presencia de los factores asociados a la adherencia en Terapia de Reemplazo Renal, nos ayudará a contrarrestar este fenómeno desde la raíz. Se considera que la asistencia a la hemodiálisis hace parte fundamental de la adherencia al tratamiento, es un proceso difícil tanto para el paciente como para su familia que se ve afectado por diferentes factores, como la no aceptación de la enfermedad, alteración en su ritmo habitual de vida, discapacidades físicas, ausencia de apoyo familiar, escasez de recursos económicos, nivel cultural y autocuidado, los cuales debemos tener en cuenta para la caracterización de la población objeto de estudio, de esta manera poder establecer estrategias puntuales que disminuyan las inasistencias.

Saad et al. 2007, menciona que “El cumplimiento a las sesiones de hemodiálisis es uno de los temas menos analizados, pero uno de los más importantes, ya que la asistencia contribuye a evitar complicaciones y secuelas que conllevan a grandes limitaciones progresivas e irreversibles, además contribuye a dar una utilización adecuada de los servicios y los recursos destinados por las instituciones”. (8)

La medición de los indicadores clínicos en una institución de salud hace parte del proceso de mejoramiento continuo, aún más en las unidades renales que son prestadoras de servicio especial y de alto costo. Dentro de los procesos internos de la institución existe la medición de indicadores mensuales que reflejan y miden la calidad del servicio prestado, a través de la salud de los pacientes, de ahí la importancia de trabajar insistentemente en la adherencia al tratamiento específicamente en la asistencia cumplida a las sesiones de hemodiálisis, ya que como se ha mencionado anteriormente esta condición disminuye notablemente el número y grado de complicaciones a los que el paciente está expuesto.

Para un paciente que padece de enfermedad renal crónica es vital el tiempo y la frecuencia de la diálisis, su calidad de vida se ve disminuida al incumplir con su tratamiento porque mediante éste se reemplaza totalmente su función renal, requiriendo un alto compromiso de sí mismo, es decir, autocuidado.

1.4. OBJETIVOS

Entre los objetivos que se planteó la investigación tenemos:

OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de presencia de los factores asociados a la adherencia en Terapia de Reemplazo Renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los factores socioeconómicos asociados a la adherencia en Terapia de Reemplazo Renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2014.
- Identificar los factores personales de los pacientes adultos asociados al rechazo a la Terapia de Reemplazo Renal, en el Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2014.
- Identificar los factores asociados al cumplimiento de la Terapia de Reemplazo Renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2014.
- Identificar los factores relacionados al personal de salud asociados a la adherencia en Terapia de Reemplazo Renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2014.

1.5. PROPÓSITO

Por medio de esta investigación, se pretende dar a conocer a los profesionales de enfermería el nivel de presencia de los factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica, con el fin de

desarrollar e implementar en el futuro estrategias para optimizar o fortalecer la adherencia en terapia de reemplazo renal y evitar complicaciones desencadenadas por un medio o bajo nivel de adherencia. La identificación de los factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal de los pacientes adultos, permitirá a futuro mejorar las intervenciones de salud en el servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Para llevar a cabo el presente trabajo se revisaron algunos estudios relacionados al tema, así tenemos:

John Camargo Salamanca, el 2013, en Colombia, realizó un estudio titulado “Factores de riesgo para la progresión de la enfermedad renal crónica en pacientes con nefropatía diabética estadio 3 y 4 de la unidad renal del Hospital Militar Central”, con el objetivo de determinar los factores de riesgo para progresión de enfermedad renal crónica en pacientes diabéticos que se encuentren en estadios 3 y 4 de enfermedad renal crónica. El estudio es retrospectivo de casos y controles anidados en una cohorte. El tamaño de muestra se calculó por conveniencia. En este caso, se tomaron 84 pacientes con nefropatía diabética, corresponden al 28 % del total de los pacientes con enfermedad renal crónica estadio 3 y 4 del programa de prediálisis del Hospital Militar Central. Se realiza una evaluación al cabo de dos años de los parámetros clínicos y paraclínicos establecidos para el seguimiento de esta enfermedad. Se esperaba que en los pacientes con nefropatía diabética se identificaran factores de riesgo para progresión de enfermedad renal crónica. Al concluir el estudio no se encontraron factores de riesgo para progresión en nefropatía diabética de los pacientes con enfermedad renal crónica estadio 3 y 4 del programa de prediálisis del hospital militar central. (9)

Sandra López Correa 2012, realizó en Colombia un estudio sobre el “Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis, en una IPS de la ciudad de Cali”, con el objetivo de establecer el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis, de la unidad renal de RTS SAS Agencia Versalles, durante el periodo de octubre-diciembre del 2011. El estudio es observacional – descriptivo de corte transversal. El tamaño de la muestra se calculó por muestreo aleatorio simple y se obtuvo una muestra de 141 pacientes, presentándose mayores proporciones para los pacientes considerados no adherentes en los tres test evaluados en este estudio, lo que confirma la hipótesis planteada, que los niveles de adherencia al tratamiento farmacológico en este tipo de pacientes en baja. Adicional se pudo determinar que no existe diferencia significativa entre los test evaluados, es decir, independiente de que test se emplee para evaluar los niveles de adherencia al tratamiento farmacológico en este tipo de pacientes, se conservan las tendencias que muestran dichos análisis, concluyendo que podemos institucionalizar cualquiera de los test y esperar resultados confiables. Las evidencias y resultados de este estudio avalan además las intervenciones encaminadas a simplificar el tratamiento, buscar la colaboración familiar y los refuerzos conductuales, no como acciones individuales sino del equipo multidisciplinario en atención de salud. (10)

Julio Valdivia Arencibia 2009, en Cuba realizó un estudio sobre “Factores de riesgo para la supervivencia en pacientes renales crónicos en hemodiálisis y transplante renal”, con el objetivo de determinar los factores de riesgo y sobrevida en un grupo de estos pacientes. El estudio es de carácter descriptivo, longitudinal y prospectivo, realizado en un período de diez años. Los resultados muestran que los factores

de riesgo de los pacientes en hemodiálisis más frecuentes al inicio fueron la hipertensión arterial y la anemia crónica, 96% en ambos, durante la investigación, la desnutrición, la hipoalbuminemia, la enfermedad cardiovascular y las hepatopatías aumentaron, la hipertensión arterial disminuyó significativamente. En los trasplantados, la hipertensión arterial, la enfermedad cardiovascular, los problemas vasculares y el sangramiento influyeron negativamente en la supervivencia del implante, la dislipidemia mostró efecto protector, la sobrevida del paciente se vió afectada por la enfermedad cardiovascular. La sobrevida en el trasplante con donante vivo y en el trasplantado predialítico tienen mejores resultados ($p < 0.01$). Las principales causas básicas de muerte en los pacientes de hemodiálisis y en los trasplantados son las infecciones y la enfermedad cardiovascular. Esta investigación constituye el primer paso para aplicar una estrategia de intervención integral con enfoque de riesgo, lo que permitirá dirigir los recursos y las acciones de salud en su prevención y tratamiento. (11)

Viviana Loza Félix y Marianela Pecho, el 2011, realizaron en Ica - Perú un estudio sobre el “Nivel de información y adherencia terapéutica de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica hemodializados en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD”, con el objetivo de establecer la relación entre el nivel de información y adherencia terapéutica de los pacientes adultos con Enfermedad renal crónica hemodializados. Es un estudio descriptivo correlacional de corte transversal de enfoque cuantitativo. El tamaño de la muestra tomada en cuenta estuvo constituido por 75 pacientes que reciben hemodiálisis. La técnica de recolección de datos fue una encuesta teniendo como instrumento un cuestionario previamente validado. La relación de las variables fue demostrada a través del estadístico Chi

cuadrado (X^2). Los resultados muestran que la edad promedio de los pacientes fue de 60,5 años, existiendo mayor número de mujeres 53%(40 pacientes), el estado civil casado 45%(34 pacientes); siempre cuentan con apoyo familiar 61%(46) teniendo como grado de instrucción secundaria 69%(52). El nivel de información sobre su terapia fue media alcanzando 53%(40) y la adherencia terapéutica es mala 56%(42), destacándose en el tratamiento hemodialítico, alimentación y controles médicos. El estudio concluye que existe relación entre las variables demostrado a través del chi cuadrado ($p < 0,05 = 5,99$) donde $X^2 = 9,99$. (12)

Cynthia Pinedo Chuquizuta 2007, en Lima realizó un estudio titulado “Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la E.S.N. de prevención y control de la tuberculosis en el Centro de Salud Fortaleza”, con el objetivo de determinar los factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento Antituberculoso, identificando los factores propios del Paciente y los propios del servicio de salud. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte Transversal. La población estuvo conformada por todos los pacientes que se encontraban en la 2da. Fase del esquema I de tratamiento al momento de la recolección de los datos, siendo la población estudiada de 42 pacientes. Los resultados obtenidos fueron que los factores propios del paciente se encuentran presentes en el 100% de los pacientes pertenecientes al grupo de No Adherentes al tratamiento, mientras que estos mismos factores no se presentan en el grupo que tiene una buena adherencia al tratamiento. Respecto a los factores propios del Servicio de Salud están presentes en ambos grupos por lo que no se puede afirmar que condicionen el nivel de Adherencia en los Pacientes, en el grupo de No adherentes se encuentran presentes en un 100% y en el grupo de

Adherentes en un 21.4%. Por lo que se concluye que los factores Propios del Paciente condicionan el Nivel de Adherencia al Tratamiento Antituberculoso. (13)

July Espinoza, Katerine Hurtado y Ruth Ortega, el 2005, realizó en Lima un estudio titulado “Características sociales, demográficas y patológicas de los pacientes Con enfermedad renal Crónica terminal en la Clínica Santa Ena”, con el objetivo de identificar las características y perfiles sociales, demográficos y patológicos de los pacientes que padecen de enfermedad renal crónica terminal en la clínica de hemodiálisis Santa Ena. El estudio fue descriptivo entre los meses de enero a diciembre del 2005; se llegó a recolectar un total de 55 pacientes con enfermedad renal crónica terminal. Fueron las características sociales, demográficas y las características patológicas las que fueron sujetos de revisión. Se recolectó 55 historias clínicas en el mes enero del 2006. Luego se procedió con el control de calidad de los datos y luego se ingresó a la base de datos del software estadístico SPSS versión 13.0, para generar tablas simples de frecuencias para su posterior análisis. Los resultados muestran que esta enfermedad lo adquieren casi por igual tanto el sexo masculino como femenino 54.5% y 45.5% respectivamente. Se encontró mayor número de pacientes mujeres entre 51 y 60 años y los hombres entre 61 y 70 años, con porcentajes respectivos son 32% y 33.3%. Las personas casadas son los que tuvieron mayor frecuencia 65.5%, y los pacientes que tienen ocupación de ama de casa y que son empleados tuvieron mayor caso de esta enfermedad 27.3%, mayor caso de pacientes con nivel de instrucción secundaria completa con un 45.5%. En cuanto a las patologías se encontró que el 63.6% tuvieron antecedentes de enfermedad familiar, el antecedente de enfermedad familiar más prevalente fue la hipertensión arterial

controlada en un 25.5% y como segunda enfermedad más prevalente fue la diabetes mellitus tipo II en un 20.0% del total de pacientes estudiados. En conclusión, tanto varones como mujeres están expuestos a la enfermedad que se incrementa ligeramente en los hombres, incrementándose con la edad, especialmente a partir de los 50 años. La mayoría reportaron antecedentes de enfermedad familiar, entre ellos el más frecuente fue la hipertensión arterial y en menor frecuencia la diabetes mellitus tipo II. (14)

2.2. BASE TEÓRICA

A continuación se presenta la base científica que sustento los hallazgos del estudio.

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Factores de riesgo clásico, como la hipertensión arterial, la diabetes, la enfermedad vascular y la dislipemia, unidos al propio envejecimiento, han conseguido cambiar la visión epidemiológica de la enfermedad renal crónica. Son elementos altamente prevalentes, íntimamente ligados a la etiología de la enfermedad renal crónica, siendo por ello responsables de un incremento de la morbimortalidad cardiovascular por dicha causa, en relación a la población general (Soriano, 2004).

No se debe obviar que el proceso de envejecimiento a nivel renal condiciona una serie de cambios anatómicos y funcionales que hacen al anciano más vulnerable frente a aquellas situaciones que en diferentes circunstancias pudieran alterar al organismo. Es importante destacar la reducción fisiológica del filtrado glomerular en 10 ml/min por cada década de la vida y el escaso valor de la creatinina sérica como

índice aislado de la función renal.

En la nomenclatura nefrológica actual, el término Insuficiencia Renal Crónica ha quedado fuera de uso, siendo reemplazado por Enfermedad Renal Crónica. La enfermedad renal crónica se define como la pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso de años, expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina estimado $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ (Soriano, 2004). También se puede definir como la presencia de daño renal persistente durante al menos 3 meses, secundario a la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino-metabólicas.

La afectación o daño renal pueden determinarse por marcadores directos e indirectos, independientemente del factor causal precipitante, tal y como se expone en la tabla 1.

El término enfermedad renal crónica se ha utilizado fundamentalmente para referirse a aquella situación subsidiaria de inicio de terapia de reemplazo renal, bien mediante diálisis o trasplante.

Tabla 1. *Situaciones consideradas como daño renal para el diagnóstico de enfermedad renal crónica* (K/DOQI, 2002)*

— Daño renal diagnosticado por método directo: · Alteraciones histológicas en la biopsia renal.

— Daño renal diagnosticado de forma indirecta, por marcadores:

- Albuminuria o proteinuria elevadas.
 - Alteraciones en el sedimento urinario.
 - Alteraciones en pruebas de imagen.
-

* Para que un marcador de daño renal establezca el diagnóstico de enfermedad renal crónica la anomalía tiene que ser persistente durante al menos 3 meses.

CLASIFICACIÓN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La enfermedad renal crónica es una enfermedad progresiva, que evoluciona en diferentes estadios en los que se van incrementando las manifestaciones clínicas. Dichos estadios se establecen basados en la función renal medida por el filtrado glomerular estimado.

Tabla 2. Clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica (ERC) según las guías K/DOQI 2002 de la National Kidney Foundation.

Estadio	Descripción	FG (ml/min/1,73 m ²)
-	Riesgo aumentado de ERC	60 con factores de riesgo *
1	Daño renal † con FG normal	90
2	Daño renal † con FG ligeramente disminuido	60-89
3	FG moderadamente disminuido	30-59
4	FG gravemente disminuido	15-29
5	Fallo renal	<15

FG: filtrado glomerular.

* Factores de riesgo de ERC: edad avanzada, historia familiar de ERC, hipertensión arterial, diabetes, reducción de masa renal, bajo peso al nacer, enfermedades autoinmunes y sistémicas, infecciones urinarias, litiasis, enfermedades obstructivas de las vías urinarias bajas, uso de fármacos nefrotóxicos, razas afroamericana y otras minoritarias en Estados Unidos y bajo nivel educativo o social.

† Daño renal: alteraciones patológicas o marcadores de daño, fundamentalmente una proteinuria/albuminuria persistente (índice albúmina/creatinina > 30 mg/g, aunque se han propuesto cortes sexo-específicos en > 17 mg/g en varones y 25 mg/g en mujeres); otros marcadores pueden ser las alteraciones en el sedimento urinario y alteraciones morfológicas en las pruebas de imagen.

Esta clasificación permite, a su vez, la detección de pacientes de riesgo para el desarrollo de la enfermedad (K/DOQI, 2002):

a) **Estadios 1 y 2:** daño renal con: FG 90 ml/min/1,73 y FG 60-89 ml/min/1,73 m², respectivamente.

En esta situación podemos encontrar: microalbuminuria/proteinuria,

alteración en el sedimento urinario y en las pruebas de imagen. Aproximadamente el 75% de los individuos mayores de 70 años se encuentran en este estadio. La función renal global es suficiente para mantener al paciente asintomático, debido a la función adaptativa de las nefronas (Coresh et al., 2003).

El correcto plan de actuación en ambos estadios radica en el diagnóstico precoz y en el inicio de medidas preventivas con el fin de evitar la progresión.

b) **Estadio 3:** FG 30-59 ml/min/1,73 m². Puede acompañarse de las siguientes alteraciones: aumento de urea y creatinina en sangre, alteraciones clínicas (hipertensión, anemia), alteraciones de laboratorio (hiperlipidemia, hiperuricemia), alteraciones leves del metabolismo fosfo-cálcico y disminución de la capacidad de concentración urinaria (poliuria/nicturia).

La enfermedad renal crónica, estadios 2-3, aumenta con la edad, siendo la prevalencia mayor en mujeres con una tendencia de aparición en edades medias, persistiendo en edades mayores de 65 años. Con el método Cockcroft - Gault, casi la mitad de las mujeres mayores de 65 años tienen una enfermedad renal crónica estadio 3 frente a un tercio de los varones (Simal et al., 2004).

Una vez alcanzado el estadio 3, comienzan a aparecer signos clínicos que demuestran la vulnerabilidad renal. La totalidad de los pacientes deben someterse a una valoración nefrológica global, con el fin de recibir tratamiento específico preventivo y detectar complicaciones.

c) **Estadio 4:** FG 15-29 ml/min/1,73 m². En este estadio se produce una intensificación de alteraciones clínicas: anemia intensa refractaria, hipertensión acentuada, trastornos digestivos, circulatorios y neurológicos.

Puede haber acidosis metabólica, alteraciones moderadas del metabolismo fosfo-cálcico y prurito. Se conserva, no obstante, la excreción adecuada de potasio. En dicho estadio además de la instauración de terapéutica específica se hace indispensable la valoración de la instauración de una preparación para el tratamiento renal sustitutivo.

d) **Estadio 5:** $FG < 15 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. Cursa con osteodistrofia renal y trastornos endocrinos y dermatológicos sobreañadidos a las alteraciones previas.

Dicho estadio corresponde al síndrome urémico, en el que además de las medidas previas es obligada la valoración del inicio del tratamiento renal sustitutivo: diálisis —peritoneal/hemodiálisis— o trasplante renal.

Es conocido que los pacientes pertenecientes al estadio 5 no reciben una atención adecuada en estadios anteriores, y que en un alto porcentaje son remitidos tardíamente a los servicios de nefrología desde los centros de Atención Primaria y especializada. Entre los motivos destacan: edad avanzada, severa comorbilidad, ausencia de síntomas, factores económicos y un diagnóstico tardío (De Francisco y Otero, 2003).

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Teniendo en cuenta el progresivo incremento en el número de ancianos afectados de enfermedad renal crónica, tanto la monitorización cuidadosa como el tratamiento predialítico adecuado adquieren cada vez mayor importancia.

Una valoración temprana por el nefrólogo ha demostrado un aumento en la supervivencia en esta población; esto y los beneficios del tratamiento con diálisis en el anciano son cuestiones fuera de

discusión en la actualidad (López et al., 2003).

El tratamiento de los pacientes con enfermedad renal crónica contempla los siguientes aspectos:

1. *Detección de factores de reagudización y causas tratables de Enfermedad Renal Crónica.*

2. *Prevenir o, en su caso, ralentizar la progresión de la Enfermedad Renal Crónica:*

- Modificación de la dieta.
- Control de la hipertensión arterial.
- Control de la hiperlipemia.
- Control de metabolismo calcio-fósforo.
- Control de la hiperglucemia.

3. *Tratamiento sintomático de las complicaciones:*

- Trastornos cardiovasculares
- Trastorno del metabolismo del agua y del sodio.
- Hiperpotasemia.
- Acidosis metabólica.
- Prurito.
- Hiperuricemia.
- Anemia.
- Alteraciones de la hemostasia.
- Hipermagnesemia.
- Síntomas gastrointestinales.
- Síntomas neuromusculares.

4. *Terapia de Reemplazo Renal o Depuración extrarrenal o Tratamiento sustitutivo renal:* En la enfermedad renal crónica (estadio V) o fase de uremia avanzada el único tratamiento posible es la diálisis o el trasplante renal (donante vivo o cadáver).

TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL

La terapia de reemplazo renal es un término general que describe el procedimiento que ayuda a reemplazar la labor de los riñones sanos: filtrar desechos de la sangre y mantener el equilibrio de sustancias químicas importantes. Hay dos tipos generales de terapia de reemplazo renal:

- La diálisis, y
- El trasplante de riñón (Gómez et al., 2001)

a) *Diálisis:* La diálisis trabaja con el principio de la difusión de soluto a lo largo de un gradiente de concentración a través de una membrana semipermeable.

En todos los tipos de diálisis, la sangre pasa en un lado de una membrana semipermeable, y un líquido de diálisis pasa en el otro lado. Alterando la composición del líquido de diálisis, las concentraciones de solutos indeseados, toxinas, en el líquido son bajas, pero los solutos deseados, (por ejemplo sodio), están en su concentración natural encontrada en la sangre sana, o en el caso de bicarbonato, mayor, para neutralizar la acidosis que está presente a menudo.

La inclusión de un paciente en un programa de diálisis se debe individualizar en función de las condiciones clínicas, físicas, mentales y

sociales del mismo. Actualmente, según comisiones de expertos, influenciado a su vez por los avances tecnológicos, no existe contraindicación alguna para desestimar este tipo de tratamiento únicamente por cuestiones de edad.

En un informe de la U. S. Renal Data System del año 1999 se publica que en el año 1997, en Estados Unidos, la mitad de los pacientes sometidos a tratamiento dializante crónico tenían 65 años o más. Estos resultados son debidos al incremento en las derivaciones de este tipo de pacientes hacia la diálisis y a la aceptación voluntaria del tratamiento; influye, a su vez, un aumento en las tasas de supervivencia a otra serie de patologías, como la cardiopatía isquémica, diabetes, etc., que incrementan las posibilidades de desarrollo de una enfermedad renal crónica en estadio V. (Gómez et al., 2001).

Actualmente existen dos modalidades de diálisis: diálisis peritoneal y hemodiálisis.

La elección de una u otra depende de los deseos del paciente, de su estado clínico, de la experiencia del profesional que la prescribe y de los recursos disponibles. Ningún método ofrece ventajas en la tasa de supervivencia cuando se comparan factores de riesgo similares (Geriatrics Review Syllabus, 2003).

– **Diálisis peritoneal:** depuración a través de la membrana peritoneal natural. Se trata de un tratamiento domiciliario, realizado por el propio enfermo tras un período de adiestramiento.

- *Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria.* Técnica manual,

que utiliza una solución dializante que se infunde en la cavidad peritoneal; transcurridas seis-ocho horas se drena impregnada de toxinas urémicas.

- *Diálisis Peritoneal Automatizada.* Se utiliza una cicladora para la infusión dializante y posterior drenaje. Habitualmente se realiza por la noche.

Destacan como complicaciones en el anciano, una mayor incidencia de peritonitis, diverticulitis, aparición de hernias, fugas de líquido dialítico y lumbalgias por la postura lordótica artificial adquirida (Mussó y Macías, 2002).

– **Hemodiálisis:** tratamiento depurativo, realizado a través de un acceso vascular (catéter o fístula), con dirección hacia un circuito extracorpóreo y membrana artificial donde se produce la diálisis con regreso de la sangre una vez depurada, a través del acceso, al organismo.

En adultos mayores, una de las dificultades se centra en la realización de un buen acceso vascular, debido a la alta incidencia de esclerosis que padecen. En ocasiones, la utilización de conductos artificiales o la realización de transposiciones de vasos pueden ser la solución (Mussó y Macías, 2002). La ultrafiltración lenta puede neutralizar el síndrome del desequilibrio asociado a hemodiálisis, cuadro frecuente en pacientes añosos. Existen estudios realizados en pacientes de edad avanzada sometidos a diálisis, que valoran el grado de satisfacción con el estilo de vida y con el estado funcional. En lo referente al estilo de vida, la comparación entre este grupo y el grupo control, ofrece unos resultados que no fueron estadísticamente diferentes a los tres años. En cierto sentido, el tiempo invertido en el

tratamiento sirvió en gran medida para la resocialización, convirtiéndose en muchos casos en el eje principal de la vida social de cada paciente (Geriatrics Review Syllabus, 2003).

b) Trasplante renal: constituye un tratamiento alternativo para la IRCT en adultos de edad avanzada. Los resultados en torno a la supervivencia han mejorado en los últimos años gracias a la meticulosidad en la selección del receptor, los cuidados perioperatorios y el uso de nuevos fármacos inmunosupresores, más seguros y eficaces, reduciendo de forma considerable los límites en torno a la edad del paciente previamente establecidos (Calero, 2003). Sus indicaciones quedan reflejadas en la tabla 3.

Tabla 3. *Indicaciones del trasplante renal.*

Todo nefrópata en situación de enfermedad renal crónica sometido a tratamiento con diálisis crónica es candidato a trasplante, salvo las siguientes excepciones:

1. Enfermedades infecciosas activas: contraindicado de forma absoluta el trasplante en enfermos VIH+; no así en pacientes infectados por el virus de la hepatitis B y C.
2. Patologías extrarrenales graves y crónicas cuya evolución no es mejorable tras el trasplante: demencias avanzadas, hepatopatías severas, aterosclerosis generalizada...
3. Neoplasias activas. Todos los pacientes con antecedentes oncológicos deben ser valorados de forma individual, siendo necesario en algunos casos el establecimiento de un período de seguridad entre la colocación del injerto y la resolución del tumor.

La edad avanzada (> 70 años), los antecedentes de enfermedad cardiovascular, la malnutrición, las anomalías a nivel del tracto urinario, la insuficiencia respiratoria crónica no constituyen contraindicaciones absolutas, siendo preciso un estudio detallado e individualizado en cada caso.

Existe un informe publicado en el año 2000, que comparó en pacientes adultos mayores la supervivencia con trasplante renal frente a la supervivencia con diálisis en muestras homogéneas respecto a la edad, enfermedad renal de base y pluripatología asociada. Tras ajustar factores pronósticos, los autores concluyeron que el trasplante renal ofrece una ventaja significativa en la supervivencia respecto a la diálisis, con unas tasas de supervivencia a los cinco años del 81 y 51%, respectivamente (Johnson et al., 2000).

Además, en otro estudio, éste retrospectivo, publicado ese mismo año, que valoraba la supervivencia del trasplante y del paciente en individuos de 60 años y más frente a individuos de menor edad, concluía que en ausencia de factores de riesgo identificables —incluyendo tabaquismo, enfermedad vascular y neoplasias malignas pretrasplante—, la supervivencia del trasplante es equivalente en ambos grupos.

ADHERENCIA

Junto con la vorágine de avances tecnológicos, se han desarrollado medicamentos que permiten el incremento en la esperanza de vida, siendo capaces de prevenir, detener y hasta curar la progresión de una serie de enfermedades. Sin embargo, la eficacia de tales medicamentos es directamente proporcional al seguimiento del tratamiento e indicaciones por parte de los pacientes (Silva, Galeano y Correa, 2005). El adherir a un tratamiento implica, junto con el seguir las prescripciones farmacológicas, una serie de cambios, tanto para el paciente como para su entorno, y para su calidad y modo de vida.

La Organización Mundial de Salud (2004) ha definido la adherencia como "el grado en que el comportamiento de una persona

se corresponde, se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria” (15), otorgándole al paciente el rol de agente de cambio, más activo y participativo en relación a su enfermedad, haciendo hincapié en la necesidad de considerar la conformidad del paciente respecto a las recomendaciones y la buena comunicación con su tratante. Se trata más bien del cambio en el conjunto o repertorio de conductas del paciente, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada sus indicaciones, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida y conductas saludables (16).

ADHERENCIA Y RESISTENCIA: MODELOS EXPLICATIVOS

Según el análisis realizado por la OMS, en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas, alcanza cerca del 50 % y supone que esta deficiencia es aún mayor en países en desarrollo, dada la escasez de recursos y las inequidades en el acceso a la atención sanitaria (17).

Martín y Grau 2005, señalan que alrededor del 40% de los pacientes no siguen las indicaciones terapéuticas y que en enfermedades graves, este porcentaje llega a un 20%.

Asimismo, cuando tales tratamientos generan cambios en el estilo de vida, los porcentajes de adherencia disminuyen aún más (Rodríguez, 2001). Dentro de las consecuencias de la no adherencia a las indicaciones de tratamiento, se encuentran el aumento del costo sanitario y la disminución de los resultados en salud, condicionando la efectividad del sistema de salud, lo que es un serio problema si se tiene

en cuenta que las enfermedades crónicas representarán cerca del 64% del total de la carga mundial de todas las enfermedades en el 2020 (18).

Tanto la adherencia como la no adherencia pueden ser vistas desde distintos modelos de creencias en salud y teorías en psicoterapia. Es por ello, que hablar de resistencia resulta relevante para poder entender el comportamiento y las distintas dinámicas que tiene la adherencia durante el proceso terapéutico.

Arkowitz 2002, sostiene que la adherencia es un proceso dinámico, por lo que las instancias de resistencia al tratamiento han de ser entendidas como ambivalencias o conflictos: mientras por un lado el paciente presenta una predisposición al cambio asistiendo a terapia de forma voluntaria o engancho al tratamiento, por otro lado también puede alejarse de él, no asistiendo a sesiones o haciendo caso omiso al trabajo en sesión, a las tareas dadas y a los cambios sugeridos.

Del mismo modo, es posible entender la resistencia al tratamiento desde tres enfoques diferentes y complementarios. En primer lugar como un déficit en la función psicológica, es decir, dado que los pacientes carecen de algunas habilidades necesarias o muestran inhibición en la clave de la función psicológica (Clarkin y Levy 2004). En segundo lugar, como una respuesta adaptativa al conflicto, desde esta perspectiva, se considera el comportamiento humano (síntomas y resistencia) como una respuesta coherente con los esquemas y constructos personales: aunque se desea el cambio, éste no ocurre pues habría más de un esquema operando, uno en favor y otro en contra del cambio (Arkowitz, 2002). Y en tercer lugar, como parte de la interacción, donde algunos modelos plantean que ciertos

estilos de interacción tratante-paciente pueden incrementar o disminuir la conducta resistente (Arkowitz, 2002; Miller y Rollnick, 2002).

Desde la terapia, la resistencia puede ser una expresión del descuido del terapeuta por la motivación del paciente, valores y puntos de vista (Robinson, 2009), es por ello que el vínculo se considera como instancia terapéutica en sí mismo y, al igual que el cambio que tiene el paciente durante la terapia, el terapeuta ha de ir adquiriendo distintas dinámicas de trabajo, que pueden ir desde un modelo más bien directivo a otro donde sólo resulte necesario contener. Lo anterior explica el que una deficiente comunicación entre el paciente y el tratante resulte una de las principales causas de una mala adherencia.

Cuando el trabajo es cooperativo, con una buena comunicación y relación, los pacientes tienden a verse involucrados en su tratamiento, tomando un rol activo, facilitando que el que el paciente sea capaz de comprender su enfermedad y el tratamiento en el que está inserto (Jin et al., 2008). Del mismo modo Prochaska y DiClemente 1982, basados en su experiencia en psicoterapia, observaron que la gente pasaba por distintas etapas de cambio terapéutico, se trata de un proceso dinámico, en donde una conducta problema deja de serlo, y considera la motivación como un factor importante en tal proceso, atribuyéndole así al sujeto un rol activo y concibiéndolo agente de cambio conductual en sí mismo.

Años más tarde, Prochaska y Prochaska 1993, establecen dos categorías: aquellos pacientes que no quieren cambiar y aquellos que no saben cómo cambiar. Los primeros corresponden a quienes no señalan deseo o intención de cambiar, ni muestran signos de moverse hacia el cambio; en estos casos, otras personas (familiares, amigos,

red más cercana) son quienes quieren o esperan el cambio. Los segundos, corresponden a quienes no saben cómo cambiar, es decir, aquellos que tienen dificultades para controlar su temperamento, teniendo conflictos con su entorno familiar y red más cercana, pero que sin embargo no saben qué hacer para estar mejor. En estos casos, hay una expresión de deseo por cambiar y, si existe un tratamiento efectivo disponible, ellos estarían dispuestos a tomarlo. El problema es más bien sobre conocimiento y no sobre recursos como la motivación y la ambivalencia.

La importancia de tener en cuenta tales modelos a la hora de estudiar el comportamiento de la adherencia, reside en entenderla como un proceso dinámico, sujeto a una serie de variables que no sólo dependen de la enfermedad, sino que también del paciente, de factores socioeconómicos, culturales y del equipo de salud, lo que supone que no todas las personas a las que se dirige un programa de intervención en salud responderán del mismo modo.

Tabla 4. *Modelos teóricos y adherencia (Ortiz y Ortiz, 2007).*

Teoría o Modelo	Habilidades conductuales
Teoría Social Cognitiva	Señala que cualquier cambio en la conducta se fundamenta en la creencia que la persona puede alcanzar exitosamente la conducta deseada. Esto quiere decir, que si la persona no cree que pueda llevar a cabo la conducta, ésta no se realizará aun cuando otros factores estén presentes (comprensión de la enfermedad, apoyo social).
Teoría de la Acción Razonada	Relaciona las creencias, actitudes, intenciones y conducta. Señala que el mejor indicador de la conducta es la intención de llevarla a cabo, que a su vez es predicha por la actitud y los factores sociales.

<p>Modelo de Creencia en Salud</p>	<p>Este modelo integra teorías cognitivas y conductuales para explicar la falta de adherencia a conductas saludables. El adquirir una conducta de prevención depende del grado de motivación e información, la autopercepción de vulnerabilidad ante la enfermedad, el percibir la condición como amenazante, el convencimiento de que la intervención o tratamiento es eficaz y la percepción de poca dificultad de la ejecución de la conducta saludable.</p>
<p>Modelo Transteórico</p>	<p>Propone etapas de cambio para explicar la adquisición de conductas saludables o reducción de conductas de riesgo. Se distinguen cinco etapas de cambio: pre contemplación, contemplación, preparación para el cambio, acción y mantenimiento.</p>
<p>Modelo de información, motivación y habilidades conductuales</p>	<p>Para este modelo, la información, la motivación y las habilidades conductuales explican el 33% de la varianza del cambio conductual. Señala que la información es un prerrequisito, pero que por sí sola no es suficiente para alterar la conducta y que la motivación junto con las habilidades conductuales son determinantes críticos que son independientes del cambio de conducta. La información y la motivación afectarían la conducta por medio de las habilidades conductuales.</p>

Por otro lado existen distintos constructos teóricos basados en modelos de psicología y salud, los que permiten tener una visión más integra de quién es el paciente y cómo abordarlo, permitiendo un tratamiento más eficiente, enfocado no sólo e la enfermedad como síntoma, sino que también en la vivencia de la misma. Algunos de estos modelos se muestran en la Tabla 9. Un paciente cumple mejor y con

más facilidad el tratamiento farmacológico si mantiene una buena relación con el equipo de salud y participa en la planificación de su propio tratamiento, asumiendo la responsabilidad e interés en cumplir con las indicaciones prescritas (Beers y Fletcher, 2003) y recibiendo los conocimientos necesarios acerca de su enfermedad e intervenciones (Eraker, Kirscht y Becker, 1984). Concretamente, la adherencia al tratamiento se puede evaluar en la medida en que el paciente adhiera a su tratamiento farmacológico, entendiendo que éste va a depender, en gran medida, de que la persona acepte su enfermedad y demuestre interés en cumplir el tratamiento prescrito (19).

FACTORES QUE INCIDEN EN LA ADHERENCIA

Según la OMS 2004, los factores que inciden en la adherencia, son dimensiones interactuantes personal, clínico e institucional.

Desde el modelo cognitivo conductual, los obstáculos para adherir o no al tratamiento en enfermedades crónicas estarían dados por variables personales, interpersonales, del tratamiento, del sistema social y cognitivas, tal cual muestra la Tabla 5.

La Organización Mundial de la Salud 2004, señala factores similares a los anteriormente nombrados. Dentro de éstos se encuentran los factores socioeconómicos, aquellos relacionados con el paciente, con la enfermedad, con el tratamiento y con el sistema y equipo de salud (*Gráfico 1*).

Tabla 5. *Obstáculos a la adherencia. (Caballo, 1997)*

A. Variables Personales

1. Los síntomas se remiten y no ve necesidad de seguir con el tratamiento.
2. Se le acaba la medicación al paciente. No acude a que le hagan otra receta.
3. Niega que tenga el trastorno/ estigma crónico asociado a la enfermedad.
4. Olvido.

B. Variables de Tratamiento

1. Efectos secundarios de la medicación.
2. El programa de medicación no se ajusta al programa personal del paciente.
3. Se le asigna un nuevo médico al paciente que cambia los planes del tratamiento.

C. Variables del Sistema Social

1. Estímulos estresantes psicosociales.
2. Consejos médicos contradictorios.
3. Disuasión por parte de la familia o los amigos.
4. Historias de malas experiencias de otras personas con la medicación.

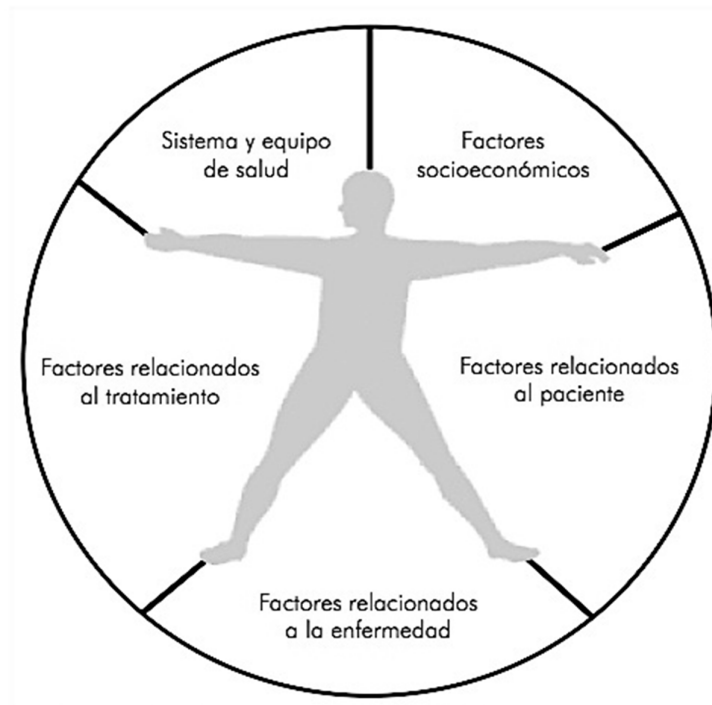
D. Variables interpersonales

1. Deficiente relación con el terapeuta y/o con el psiquiatra.
 2. Contexto clínico masificado, incómodo o desagradable.
-

E. Variables Cognitivas

1. Al paciente no le gusta la idea de tener que depender de los fármacos.
 2. El paciente piensa que debería ser capaz de controlar por sí mismo los cambios.
 3. El paciente atribuye erróneamente los síntomas de su enfermedad a otra fuente.
 4. El paciente sospecha de las intenciones del psiquiatra.
-

Gráfico 1. *Factores relacionados con la adherencia al tratamiento (Organización Mundial de la Salud, 2004)*



a. Factores socioeconómicos

A la hora de analizar los factores que inciden sobre la adherencia, aquellos relacionados con los socioeconómicos resultan tener un alto

peso. La Organización Mundial de la Salud (2004) incluye dentro de estos factores el estar lejos del lugar de tratamiento, la pobreza, los altos costos de los medicamentos y las intervenciones, el ser mayor de 60 años como un mal predictor, las creencias locales sobre el origen de la enfermedad y el analfabetismo o bajo nivel educacional.

Los beneficios económicos, para el sistema de salud y el estado, de la buena adherencia terapéutica, se expresan en los ahorros generados por la disminución del uso de servicios de salud complejos y costosos en caso de la progresión de la enfermedad o crisis, en la atención médica aprovechada y en la utilización adecuada de la producción de medicamentos (Gottlieb, 2000). Los ahorros indirectos tienen que ver con la mejoría del paciente y con la preservación de su calidad de vida, de las funciones sociales, laborales y personales (Gálvez, 1999).

La Organización Mundial de la Salud señala que la interrupción o abandono de una terapia encarece en, al menos, un 20% los costos de la salud pública (20). Asimismo, el gasto del paciente se puede traducir en pérdidas sensibles a la economía familiar relacionadas con la capacidad adquisitiva disponible para enfrentar la enfermedad, lo que concretamente se evidencia en problemas para adquirir medicamentos, alimentos y para ejecutar otras indicaciones.

De acuerdo a Mesa et al. 2007, los costos se pueden clasificar en:

- *Costos directos*, que corresponden a aquellos que surgen en relación directa con la enfermedad y su tratamiento, por lo que varían de acuerdo al lugar donde se realice el diagnóstico y la

intervención; entre ellos se encuentran los pagos por consultas ambulatorias, medicamentos, admisiones en los hospitales o exámenes.

Y también existen los costes directos no médicos, que incluyen educación especial, apoyo psicopedagógico, apoyo social, comida, transporte sanitario, entre otros.

- *Costos indirectos o de productividad*, es decir, aquellos que se refieren a los efectos que tienen en el paciente y su red de apoyo la enfermedad y su tratamiento, la duración y las repercusiones a nivel laboral. Se consideran los permisos y el absentismo laboral, el desempleo, la mortalidad precoz y la pérdida de horas de trabajo por parte de familiares.

Otros costos indirectos son originados por los cambios de casa, las pérdidas asociadas a comorbilidad y la mortalidad prematura. Su cálculo se basa en el método de capital humano, que relaciona tiempo perdido por la epilepsia y lo que el individuo deja de ganar en ese lapso. Es necesario destacar que en todos los estudios los costos indirectos superan en alta proporción a los directos, llegando a ser los primeros hasta el 70% del costo total (Devilat, 2004).

- *Costos intangibles*, los que corresponden al valor económico del dolor y sufrimiento debido a la enfermedad del individuo o su entorno próximo, por lo que resultan más difíciles de medir (Ripari, Moscoso y Elorza, 2012).

No se ha definido completamente que el nivel socioeconómico sea un factor predictivo independiente de la adherencia, la OMS

describe como en los países en desarrollo el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades básicas o competencias para mantener una terapia recomendada. Tales prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los limitados recursos disponibles para satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia que los cuidan.

Los principales problemas socioeconómicos que deben abordarse en relación con la adherencia terapéutica son la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la falta de redes de apoyo social efectivos, las condiciones de vida inestable, la lejanía del centro de tratamiento, el costo elevado del transporte, el alto costo de los medicamentos, la disfunción familiar, la cultura y las creencias populares acerca de la enfermedad y del tratamiento y la disfunción familiar, y los conflictos sociales como las guerras y los desplazamientos forzados (Revicki, 1999).

El costo elevado de los medicamentos y la atención se informa constantemente como una causa importante de la falta de adherencia terapéutica en los países en desarrollo. Para alcanzar buenas tasas de adherencia a los tratamientos se requiere financiamiento general y sostenible, protección del estado en salud, precios asequibles y sistemas de distribución de medicamentos de forma confiables.

Igualmente se ha informado que a las organizaciones comunitarias, la educación de los pacientes analfabetos, la evaluación de las necesidades sociales y el estado de preparación de la familia son intervenciones sociales efectivas para mejorar la adherencia terapéutica (Ruggieron, 1990).

Un factor demográfico que se ve afectado es la edad, muchos pacientes ancianos presentan enfermedades crónicas, que requieren tratamiento prolongado y complejo para prevenir la debilidad y la discapacidad además, los ancianos son los mayores consumidores de medicamentos dispensados con prescripción. En los países desarrollados las personas mayores de 60 años consumen en promedio el 50% de todos los medicamentos recetados hasta tres veces más per capital que la población en general y explican el 60% de los costos relacionados con la medicación, aunque solo representen el 12 al 18% de estos países (Enev y Goldstein, 1976).

El apoyo socioeconómico del estado, la comunidad y la familia, puede mejorar la adherencia al tratamiento y reducir la cantidad de tiempo dedicado por los profesionales de la salud a la atención de los pacientes mayores con procesos crónicos. La participación de las organizaciones y de los profesionales comunitarios de la salud ha probado ser eficaz para promover el mantenimiento y la motivación necesarios para el autocuidado de las personas mayores así como para mantener al paciente activo en el conocimiento de su enfermedad y en la adquisición de nuevos hábitos.

b. Factores relacionados con el paciente

Los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. Dentro del proceso de adherencia, intervienen aspectos psicológicos, motivacionales y volitivos (21), junto con el conocimiento que tienen los pacientes sobre su enfermedad y el tratamiento, lo que les permite actuar de manera consciente sobre los efectos, riesgos y comportamientos adecuados para el manejo de su enfermedad.

Del mismo modo, las creencias del paciente relacionadas con la percepción de la gravedad de su enfermedad, la estimación de su propio riesgo a enfermarse o cuán vulnerables se puedan sentir, influyen de manera directa en el comportamiento del paciente dirigido o no a la ejecución de acciones que le permitan conservar su salud.

Dentro de los factores que influyen en el comportamiento del paciente, se incluyen el olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuados para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento; el no percibir la necesidad de tratamiento, la falta de efecto percibido del tratamiento junto con las creencias negativas con respecto a la efectividad del mismo (22).

Asimismo, el entender mal y no aceptar la enfermedad ni el tratamiento, junto con las bajas expectativas, la inasistencia a las entrevistas de seguimiento, la desesperanza, los sentimientos negativos, la ansiedad y la estigmatización, influyen directamente en si el paciente adhiere o no al tratamiento, y en el valor que le asigna a él. Un régimen terapéutico complejo se asocia a un menor cumplimiento, por lo que las razones más frecuentes para el incumplimiento suelen ser (ver Tabla 3) el olvido, el desconocimiento, la desmotivación y los efectos adversos (Conthe y Tejerina, 2007).

Sabate 2003, considera que influyen en la adherencia aspectos como: el conocimiento, la habilidad inadecuada con relación al manejo de los síntomas y los tratamientos, las fallas previas en el manejo del mismo y la mala comprensión de las instrucciones sobre el tratamiento. En cuanto a actitudes es importante tener en cuenta que el paciente tiene dificultades para el manejo del tratamiento y la enfermedad y para

confiar en sí mismo, por lo cual también hay rechazo y desconfianza en el diagnóstico. La falta de motivación produce sentimientos de desesperanza y negatividad frente a la enfermedad, hay frustración con los proveedores del cuidado y con el valor que se da a seguir el tratamiento y no se tiene el verdadero significado de la relación costo-beneficio de seguir el tratamiento dado. Asimismo considera que otros de los factores asociados con el paciente son: la falta de auto percepción de las necesidades y los efectos, bajas expectativas del tratamiento, el estrés psicosocial, la ansiedad sobre posibles efectos secundarios o por la complejidad del régimen farmacológico, el temor a la dependencia de los medicamentos y el temor de sentirse estigmatizado por la enfermedad. Se debe tener en cuenta además la baja asistencia a los controles, a la asesoría o las clases sobre motivación, comportamientos y falta de aceptación del monitoreo. Adicionalmente las experiencias previas en el manejo de la enfermedad interfieren en la adherencia. (23)

De igual forma no es conveniente que el médico presuponga la no-adherencia en forma primaria a una personalidad no cooperadora del paciente. Según Sabate 2003, las razones por las cuales un paciente no cumple con el esquema de tratamiento indicado se pueden agrupar en cuatro categorías: Factores asociados al paciente, factor ambiental, factor asociado al medicamento y factor de interacción médico-paciente. (24)

En este punto es importante mencionar que muchas veces la no adherencia hace parte de factores individuales propios del paciente, en donde están involucrados: su personalidad; sus actitudes frente a la enfermedad y su motivación para recuperar su salud; la percepción de la gravedad del proceso patológico; el conocimiento de la enfermedad

padecida con su respectivo tratamiento; y la eficacia del tratamiento y la aceptación de este (Basterra, 1999). La motivación para adherirse al tratamiento prescrito es influida por el valor que el paciente asigna al hecho de seguir el tratamiento (relación costo-beneficio), y por el grado de confianza de poder seguirlo. Se debe acrecentar la motivación intrínseca del paciente mediante el aumento de la importancia percibida de la adherencia, y fortalecer la confianza mediante la construcción de actitudes de autocuidado. Estas son metas del tratamiento comportamental que deben darse continuamente con las biomédicas para buscar una mejor adherencia (25). La inestabilidad emocional, la depresión, tener personalidad agresiva, ser hipocondríaco y presentar delirios de grandeza hacen parte de las conductas que pueden llevar al abandono del tratamiento.

Por otra parte la falta de conocimiento de la enfermedad lleva a los pacientes a tomar diferentes alternativas. Una sería abandonar el tratamiento (Álvarez y Dorantes, 1998). En Pakistán se encontró que mejorando el nivel de conocimiento en los pacientes acerca de su enfermedad, se lograba disminuir el abandono de 43% a 50% (De Muynck et al., 1999).

El hecho de que muchos pacientes no se adhieran a los regímenes que se les prescriben no debe pasarse por alto ni menospreciarse, teniendo en cuenta que las tasas de adhesión, generalmente son muy bajas, en especial cuando se trata de regímenes complejos o de larga duración. En general las características de los sujetos que no se adhieren a las medidas prescritas y las razones de tal actitud son tema de numerosos estudios, que en su mayoría no muestran resultados concluyentes y no identifican ningún factor predominante que provoque la falta de

adhesión, por el contrario parece ser que son muchas las variables que influyen sobre el grado de cumplimiento: variables demográficas como la edad, sexo, grupo étnico, posición socioeconómica y nivel de estudio; variables de la enfermedad, como gravedad de la misma y respuesta al tratamiento; variables del régimen terapéutico, como complejidad y efectos secundarios molestos; variables psicosociales como coeficiente intelectual, actitud hacia el personal de salud, aceptación o negación de la enfermedad y creencias religiosas o culturales y variables financieras, en especial los costos directos e indirectos relacionados con el régimen prescrito.

c. Factores relacionados con la enfermedad

Para la Organización Mundial de la Salud 2004, algunos determinantes importantes para la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad, la velocidad de progresión, la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. En relación a las características de la enfermedad, la OMS expresa que es necesario señalar la importancia de los síntomas como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia. El paciente que experimenta un conjunto particular de síntomas perturbadores y un alivio inmediato para estos síntomas al adherirse a las prescripciones médicas y de enfermería, tiene mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de adherencia; mientras que el paciente que presenta una enfermedad asintomática no dispone de claves internas para la acción y su seguimiento de la prescripción no recibe refuerzo y tiene probabilidad de desarrollar un bajo nivel de adherencia.

La enfermedad puede generar cambios en el comportamiento de las personas tales como hostilidad, aislamiento, preocupaciones, que

requieren de estrategias de afrontamiento que le permitan una mejor adaptación (26).

Bonilla 2008, señala que la percepción de la enfermedad por parte de los pacientes es un importante elemento conceptual que se ha de tener en cuenta por cuanto en la medida que el paciente conozca todo lo relacionado con la misma será más consciente de la importancia del concepto y tratamiento integral de la misma. Adicionalmente es necesario informar al paciente en todas aquellas patologías o sintomatología asociada o que puede presentarse vinculada a la enfermedad de base.

Al respecto Bonilla cita a Sabate 2003, al señalar que influye en la adherencia la severidad de los síntomas, los niveles de incapacidad física, psicológica, social, vocacional, el grado de evolución y severidad de la enfermedad, la importancia que el paciente da a seguir el tratamiento y la prioridad que le da a la adherencia.

d. Factores relacionados con el tratamiento

En este tipo de factores se incluye el régimen de horarios complejos junto con los efectos adversos del tratamiento, por lo que se torna fundamental elaborar una prescripción adaptada al paciente, educar sobre los efectos colaterales de los medicamentos en uso, realizar monitoreos constantes y dar instrucciones claras sobre el tratamiento y la enfermedad, tanto al paciente como a su red activa de apoyo (27). Entre los aspectos que ejercen una mayor influencia se encuentran la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos. Cuanto más complejo sea el tratamiento (si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos,

diversos horarios), más dificultades implicará para las respuestas de adherencia del paciente.

Sabate 2003, en cuanto a los factores relacionados con la terapia y/o tratamiento dice que se debe relacionar lo que tiene que ver con la complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, fallas previas en el manejo del tratamiento, cambios periódicos del mismo, efectos benéficos inmediatos y la disponibilidad de apoyo médico para el manejo de los efectos secundarios. (28)

En el análisis de la literatura sobre Adhesión a los tratamientos terapéuticos realizado por Fernández 1996, se encontró que la satisfacción del paciente con relación a la terapéutica se identifica, en la mayoría de las investigaciones, como un factor que puede potenciar la adhesión. Los principales componentes que se han determinado como determinantes de la satisfacción del paciente son una buena comunicación y el mantenimiento de una relación respetuosa y cordial, encaminada a mejorar el grado de comprensión y colaboración del paciente en el programa de tratamiento. Agrega además que la falta de adhesión es un problema común, compartido por todos los profesionales de la salud (médicos, personal de enfermería, psicólogos etc.) pero que la comunicación del diagnóstico y del tratamiento no se realiza, generalmente, en unas condiciones formales que promuevan las destrezas requeridas en el cumplimiento y la satisfacción del paciente: no se dan instrucciones explícitas; ni se emplean términos operativos acerca de qué, cómo, cuándo; no se atiende al estilo de vida del paciente al prescribir el tratamiento; no se proporciona retroalimentación adecuada sobre los problemas surgidos; no se ensayan las conductas requeridas, particularmente cuando son novedosas o complicadas; y la supervisión es insuficiente y con

frecuencia realizada por médicos que desconocen al paciente. Desde esta perspectiva, la autora considera conveniente utilizar procedimientos conductuales para aumentar la información del sujeto y tener especial interés en conocer la información que dispone el paciente para influir en sus actuaciones para el autocuidado. (29)

e. Factores relacionados con el sistema y equipo de intervención sanitaria

Los sistemas de salud en la mayor parte de los países se caracterizan por ofrecer a la población programas de salud debidamente reglamentados bajo legislaciones que buscan alcanzar niveles óptimos de calidad y lograr accesibilidad, oportunidad, equidad, seguridad, eficiencia y eficacia con el fin de alcanzar altos niveles de satisfacción.

Sin embargo la literatura muestra un panorama muy diferente, donde se precisa que existen múltiples factores relacionados con los sistemas de salud que reflejan el incumplimiento de dichas legislaciones en salud y afectan la adherencia de los tratamientos. Dentro de estos factores se encuentran aquellos relacionados con el reembolso inadecuado o los malos planes de salud, teniendo en cuenta que el paciente pertenezca a un sistema de salud pública o a un sistema de salud privada, donde la diferencia en los gastos del tratamiento asciende casi al quíntuple (30), variando de acuerdo al tipo de enfermedad y de la respuesta que tenga cada paciente al tratamiento, junto el suministro de fármacos que puede ser no gratuito o de forma irregular.

Otro factor es la cantidad de especialistas, está reducida en relación al número de pacientes que necesitan una atención, por lo que

se generan inequidades tanto en el acceso como en la calidad de los distintos servicios. La mayoría de las tecnologías que permiten una mejor atención se encuentran concentradas en las ciudades grandes y en el sistema privado, dejando a aquellas aisladas obligadas a tener que transportarse para poder ser atendidos (31).

Asimismo la OMS, detectó cinco barreras para lograr la adherencia terapéutica vinculadas a los factores del sistema y equipo de salud. Estas barreras corresponden a la falta de conciencia y conocimiento acerca de la adherencia terapéutica, la falta de herramientas clínicas que ayuden a los profesionales de la salud a evaluar e intervenir en los problemas de adherencia, la falta de herramientas compartimentales que ayuden a los pacientes a desarrollar comportamientos adaptativos saludables o para modificar los problemáticos, las brechas en la prestación de atención para los procesos crónicos y la comunicación subóptima entre los pacientes y los profesionales de la salud.

A continuación se presentan algunos aportes importantes derivados de investigaciones que han estudiado los factores relacionados con los sistemas de salud o proveedores y la adherencia al tratamiento.

Sánchez 2006, desde su enfoque como enfermero resalta que algunas situaciones que implican la falta de adherencia tienen que ver con la comunicación entre el profesional y el paciente, el régimen terapéutico y los factores psicosociales, recomienda estrategias para aumentar la adherencia como la modificación del régimen terapéutico, instruir y preparar al profesional de la salud para desarrollar una mejor comunicación y educación sanitaria con el paciente, y considera que la

educación en salud es la estrategia que no solamente mejorará la adherencia, sino que además puede prevenir la enfermedad y que debe ser considerada como una de las prioridades sanitarias. (32)

En este mismo orden de ideas Brannon 2005, sostiene que en esta dimensión se deben tener en cuenta factores tales como la comunicación verbal entre el profesional de la salud y el paciente, señala que la falta de comprensión debido a una mala comunicación en el momento de suministrar las instrucciones al usuario puede afectar el grado de cumplimiento del tratamiento. Agrega otros factores como la percepción del nivel de competencia profesional, así como el tiempo transcurrido que los pacientes deben esperar en la sala de espera antes de ser atendidos.

De Oliveira y Moreira 2000, sostienen que en este punto es importante tener en cuenta los estados alterados del ánimo del paciente, ya que esto ocasiona en él un mal proceso de obtención de la información, algunos pacientes pueden presentar aparte de su patología de base algunas alteraciones mentales, como por ejemplo estrés, depresión, ansiedad, entre otras. Esto ocasiona en el paciente una falta de atención y de seguimiento de su tratamiento. Otro factor importante relacionado con el paciente es el que concierne a la enfermedad como tal, porque muchas veces este se adapta o se acostumbra a convivir con los síntomas relacionados con la enfermedad. Esto ocasiona que no consulte al médico y que no tome los medicamentos. Además, cuando se involucran enfermedades relacionadas con los estados de conciencia como lo son las enfermedades mentales, la adherencia al tratamiento se hace más difícil por la condición del paciente.

Herrera 2008, menciona que el 84.3% de los pacientes se encuentran sin riesgo de no adherirse, porque se considera que la interacción del profesional de la salud con el paciente cobra una notable importancia por la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente en cuanto a esta relación (33). La comunicación juega un papel importante, porque esta debe darse de forma clara, con un lenguaje apropiado y adecuado para el paciente, es decir, sin tecnicismos. Por el contrario, el paciente debe percibir que es tenido en cuenta y que sus preguntas o inquietudes son válidas. Además Bastera 1999, dice que la atención que se le brinde al paciente debe ser de buena calidad, que tenga en cuenta el tiempo, porque este es una causa de no adherencia, durante la consulta se le deben explicar las instrucciones pertinentes a la duración, toma y horarios de los medicamentos, al igual que oír sus expectativas en relación al tratamiento que va a iniciar.

Para que exista un buen cumplimiento, es fundamental que el paciente acepte el tratamiento y se incline por su necesidad. Por eso es importante destacar que el profesional de la salud sea preciso en impartir las indicaciones y/o instrucciones de forma clara y precisa para que estas sean fáciles y entendibles por parte del paciente, una cuarta parte de estos incumplimientos se debe a que el paciente no comprendió correctamente las órdenes impartidas por el profesional de la salud (Borga et al., 1999).

Resulta importante que el profesional de la salud desarrolle diferentes estrategias que susciten en el paciente compromiso y participación. En este punto cabe mencionar que la educación no solo debe darse de forma verbal, sino que debe impartirse también de forma escrita por que los pacientes muchas veces olvidan lo que se les ha

indicado o enseñado. Es necesario al brindar indicaciones que no sean solamente dadas en una sola instrucción, sino que el profesional de la salud tenga un proceso continuo y dinámico en el que el paciente se sienta participe de este proceso y donde se pueda realizar un seguimiento continuo (González et al., 1997).

2.3. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

Adherencia, es el grado de cumplimiento del paciente con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal, de las orientaciones dadas por el personal de salud del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Factores asociados a la adherencia, son elementos, circunstancias, influencias, que contribuyen a la aceptación continua de la terapia de reemplazo renal (Diálisis y/o Hemodiálisis) por parte del paciente con enfermedad renal crónica del Hospital Nacional Dos de Mayo. (Anexo A).

Terapia de reemplazo renal, es el procedimiento (Diálisis y/o Hemodiálisis) que ayuda a reemplazar la labor de los riñones sanos: filtrar desechos de la sangre y mantener el equilibrio de sustancias químicas importantes, en pacientes con enfermedad renal crónica del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Paciente adulto, es la persona de 30 a 59 años de edad con diagnóstico de enfermedad renal crónica (perdida permanente de la función de los riñones) que asiste al servicio de hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODO

3.1. NIVEL, TIPO Y MÉTODO

El estudio fue de nivel aplicativo ya que partió de la realidad, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal el cual ha permitido presentar los datos obtenidos en un tiempo y espacio determinado.

3.2. ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Nacional Dos de Mayo ubicado en Parque "Historia de la Medicina Peruana" s/n Alt. Cdra. 13 Av. Grau - Cercado de Lima - Lima, Perú. Es un establecimiento de salud con Nivel de Complejidad III – 2 perteneciente al Ministerio de Salud, dirigido por el Dr. José Roca Mendoza. Este establecimiento presta los servicios de Nefrología, Emergencia, Cirugía, Unidad de Cuidados Intensivos, Consultorios Externos, Hospitalización y otros; además brinda atención al público en general durante las 24 horas.

El área de estudio fue el Servicio de Nefrología que cuenta con profesionales especialistas capacitados en la atención de pacientes portadores de daños que afectan los riñones y su función excretora; donde acudieron los pacientes en estudio para las entrevistas correspondientes.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por 100 pacientes adultos con enfermedad renal crónica que reciben terapia de reemplazo renal en el Hospital Nacional Dos de Mayo y la muestra es la totalidad de los pacientes adultos, por lo tanto es una muestra poblacional.

Dentro de los criterios de inclusión tenemos:

- Paciente adulto con enfermedad renal crónica que recibe terapia de reemplazo renal (diálisis y/o hemodiálisis) en el Hospital Nacional Dos de Mayo, sin impedimento físico o mental.

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes adulto que no acepte de forma voluntaria participar en el estudio.
- Paciente adulto con algún impedimento físico o mental: sordos, mudos, síndrome de Down, psiquiátricos entre otros.
- Paciente adulto graves.

Después de aplicar la técnica de muestreo no probabilística o dirigida, la cual a decir de Hernández et al. 2010, la elección de los elementos de la muestra no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación; el tamaño de la muestra fue de 80 pacientes adultos.

Tabla 6. *Población y muestra de estudio.*

Población	Muestra
100	80

Fuente: elaboración propia.

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta y el instrumento un cuestionario, el cual fue sometido a juicios de expertos (Anexo C) para determinar la validez de contenido y constructo mediante la prueba binomial (Anexo D). Luego de haber realizado las sugerencias se realizó la prueba piloto a fin de establecer la validez y confiabilidad estadística mediante el coeficiente de fiabilidad *alfa* de Cronbach (Anexo E).

El instrumento para medir la variable Factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal, está compuesta por 23 ítems agrupados en: Factores socioeconómicos (5 ítems), Factores relacionados con el paciente (4 ítems), Factores relacionados con la terapia (6 ítems), y Factores relacionados con el proveedor, sistema y equipo de salud (8 ítems), que miden el nivel de presencia de factores asociados a la adherencia en Terapia de Reemplazo Renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, a través de una escala tipo Likert con tres niveles de respuesta, para las dimensiones A, B y D: (1) Nunca, (2) A veces, (3) Siempre; y para la dimensión C: (3) Nunca, (2) A veces, (1) Siempre.

Para la evaluación del nivel de presencia de factores asociados a la adherencia se establecieron los siguientes puntajes: Alta presencia (23 - 38 puntos), Mediana presencia (39 - 53 puntos), Baja presencia (54 - 69 puntos).

3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se solicitó la autorización pertinente al Director General del Hospital Nacional Dos de Mayo con el fin de acceder a los pacientes con enfermedad renal crónica en terapia de reemplazo renal del Servicio de Nefrología. El proyecto fue avalado por el comité de ética y de investigación de la Unidad de Postgrado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Programa de Segunda Especialidad en Enfermería), para la aprobación y autorización de la recolección de datos.

Se procedió a la recolección de datos por medio de la identificación de los pacientes en el servicio de nefrología según los criterios de selección. Allí se les dio a conocer de manera verbal y escrita el propósito, beneficios y riesgos del estudio por medio del consentimiento informado (Anexo F). Una vez los pacientes autorizaron el consentimiento informado, se procedió a la aplicación de un instrumento denominado “Factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal”. Este instrumento fue diligenciado por el investigador en un tiempo promedio de 15 minutos. (Anexo G)

3.6. PROCEDIMIENTO DE PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Para la presentación de resultados, se empleó la estadística descriptiva: con los valores obtenidos, se elaboraron las tablas de frecuencias absoluta y porcentajes con sus respectivos gráficos estadísticos; asimismo, se analiza la variable Factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal y de cada una de las

dimensiones. Todos estos procedimientos realizados con el software estadístico SPSS V. 20.

3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se remitió en la solicitud de autorización dirigida al Director General del Hospital Nacional Dos de Mayo para su revisión, el formato del consentimiento informado, la metodología del estudio (Anexo B), junto con la forma de incluir a los pacientes dentro del estudio y la información teórica sobre el tema a investigar.

A los participantes que cumplieron con los criterios establecidos para inclusión se les informó de forma verbal y escrita la descripción de los objetivos, procedimientos, riesgos, beneficios y su autonomía para continuar o retirarse del estudio cuando lo consideren pertinente, así como la confidencialidad, privacidad y anonimato de la información recolectada, todos estos aspectos estarán registrados en el consentimiento que será firmado por el paciente y por la investigadora que desarrolle este proceso (Anexo F).

La base de dato que se utilizará en este estudio no será utilizada ni distribuidas por entidades o sujetos diferentes al Hospital Nacional Dos de Mayo, el investigador y el asesor de investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este apartado procederemos con la presentación de resultados de la variable de estudio. Los datos correspondientes a los factores asociados a la adherencia a la terapia de reemplazo renal se presentan en tablas y gráficos con su correspondiente análisis y discusión. Dichos datos se relacionan con estudios encontrados en la revisión bibliográfica. A continuación se presentan los datos obtenidos tras la aplicación del instrumento.

En la siguiente tabla se describen las características sociodemográficas de la población estudio.

Tabla 7. Características sociodemográficas de los pacientes en estudio según edad, sexo, nivel de estudios, estado civil, tipo de seguro y tipo de terapia de reemplazo renal.

Variables	Nro. de Pacientes 80	% 100
Rango de edad		
30 - 35 años	7	9%
36 - 40 años	9	11%
41 - 45 años	25	31%
46 - 50 años	21	26%
51 - 55 años	6	8%
56 - 59 años	12	15%
Sexo		
Femenino	51	64%
Masculino	29	36%

Nivel de estudios		
Analfabeto	5	6%
Primaria	22	28%
Secundaria	38	48%
Técnica	5	6%
Universitario	10	12%
Estado Civil		
Soltero	20	25%
Casado/ Conviviente	42	52%
Divorciado/ Separado	14	18%
Viudo	4	5%
Tipo de Seguro		
SIS	80	100%
Otro	0	0%
Ninguno	0	0%
Tipo de Terapia de Reemplazo Renal		
Díálisis	5	6%
Hemodíálisis	75	94%

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario de encuesta (Anexo H).

En la tabla 7, se describen las características sociodemográficas de la población estudio según: edad, sexo, nivel de estudio, estado civil, tipo de seguro y tipo de terapia de reemplazo renal. Donde se observa que el mayor número de pacientes adultos se encuentra con un 31% en el rango de edad entre 41 – 45 años y un 26% entre 46 - 50 años, y el menor número se encuentra con un 8% en el rango de edad entre 51 y 55 años. Estos datos son comparados con los antecedentes indican que la edad adulta y adulta mayor son las que más se relaciona con la enfermedad renal crónica. En este estudio orientado al paciente en edad adulta se observa que el rango de edad, esta entre 41 y 45 años.

En cuanto al sexo, se observa que el 64% corresponde al sexo femenino y el 36% al sexo masculino. El sexo como factor de adherencia, los antecedentes describe que hay mayor predominio del sexo femenino en un 85% aproximadamente, en comparación con el 15% que corresponde al sexo masculino. En nuestro estudio se observa la misma prevalencia, predomina el sexo femenino.

En cuanto al nivel de estudio, se observa que el 48% (38) de los pacientes realizó estudios secundarios, y un 6% (5) de los pacientes realizó estudios técnicos y un mismo porcentaje son analfabetos. La bibliografía describe que el nivel de estudios es un factor importante en la adherencia al tratamiento. Se afirma que las personas con un nivel educativo bajo se les dificulta la comunicación con el personal de salud y tienen un mayor riesgo de abandonar los tratamientos a diferencia de las personas con un nivel educativo alto. En relación con este estudio, nuestra población tiene un nivel educativo mediano, con tendencia al nivel bajo.

Con relación al estado civil, se observa que el 52% (42) está casado/conviviente, el 25% (20) es soltero, el 18% (14) es divorciado/separado y el restante 5% (4) de la población es viudo. El estado civil es un factor importante en la adherencia al tratamiento. La bibliografía menciona que las personas que se encuentran casadas y compartiendo con la familia tienen un apoyo importante en el cumplimiento o adherencia al tratamiento. En nuestra investigación el mayor porcentaje se encuentra casado/conviviente, la proporción es del 52%. Los antecedentes muestran que las personas que se encuentran viudas, divorciadas o separadas tienen un riesgo de presentar abandono al tratamiento. Esta investigación arrojó que el 18% de las personas se ha divorciado o está separada y un 5% ha enviudado. Es

importante recordar que los participantes de este estudio en general presentan un nivel mediano de factores asociados en la adherencia a la terapia de reemplazo renal.

Con respecto al tipo de seguro de salud, el 100% de pacientes se encuentra afiliado al seguro integral de salud (SIS).

En cuanto al tipo de terapia de reemplazo renal, el mayor número de pacientes se realiza hemodiálisis, 94% (75), y el restante 7% (2) de la población se realiza diálisis.

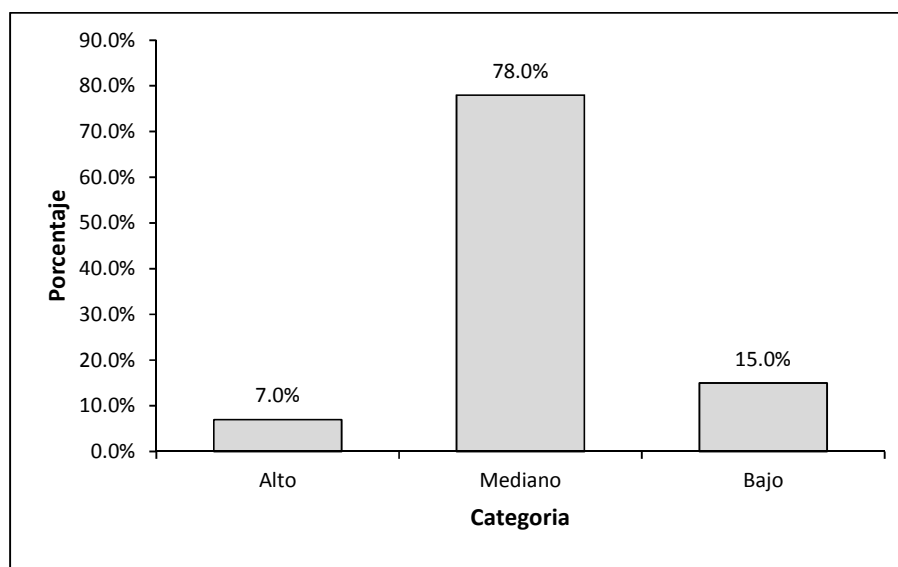
A continuación se describen nivel de presencia de factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal y sus dimensiones; en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2014. Como se describe en la metodología, el nivel de presencia de factores asociados a la adherencia se clasifica en: Alta presencia; Mediana presencia y Baja presencia. Es así como encontramos los siguientes resultados.

Tabla 8. *Nivel de presencia de factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal.*

Nivel	Nro.	Porcentaje
Alto [23 - 38]	5	7%
Mediano [39 - 53]	63	78%
Bajo [54 - 69]	12	15%
Total	80	100%

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario de encuesta (Anexo H).

Gráfico 2. Nivel de presencia de factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal.



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario de encuesta (Anexo H).

En la tabla 8 se describen los resultados globales obtenidos del nivel de presencia de factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, en donde se evidenció que el mayor número de la población presenta un nivel Mediano (78%) de los factores estudiados, el 18% Baja presencia y el restante 7% de la población Alta presencia. (Gráfico 2).

Los antecedentes describen que los factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal influyen en aproximadamente en un 68% en el éxito o fracaso de la misma. Otros estudios refieren que los pacientes con enfermedad renal crónica presentan factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal de forma negativa, la cual ocasiona consecuencias en su calidad de vida. De

acuerdo con lo referido en los antecedentes se observa que la muestra de este estudio se encuentra que los factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal están Medianamente presentes de forma negativa. Por otra parte, la investigación pretende identificar qué factores podrían favorecer la adherencia.

Tabla 9. *Dimensión A. Factores socioeconómicos.*

Item	Pregunta	Nunca		A veces		Siempre		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
1	¿Tiene apoyo económico de sus familiares?	41	51%	39	49%	0	0%	80	100%
2	¿Puede usted comprar sus medicamentos?	36	45%	44	55%	0	0%	80	100%
3	¿Cuenta con dinero para trasladarse al hospital?	34	43%	46	58%	0	0%	80	100%
4	¿Entiende la información escrita sobre el tratamiento de su enfermedad?	11	14%	62	78%	7	9%	80	100%
5	¿Cuenta con el apoyo de su familia o amigos para cumplir con su asistencia a las citas médicas?	52	65%	28	35%	0	0%	80	100%

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario de encuesta (Anexo H).

La tabla 9 muestra los resultados de los factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal según los aspectos socioeconómicos del paciente. El resultado muestra que los factores más relevantes son los siguientes: En respuesta al ítem 1, el 51% (41) de los pacientes respondió que nunca tiene el apoyo económico sus familiares. En el ítem 2, se observa que el 55% (44) de los pacientes respondió que A veces puede comprar sus medicamentos. Mientras que en el ítem 3, el 58% (46) de los pacientes respondió que A veces cuenta con dinero para trasladarse al hospital.

En cuanto al ítem 4, se observa que el 78% (62) de los pacientes respondió que A veces entiende la información escrita sobre el tratamiento de su enfermedad. En respuesta al ítem 8, el 65% (52) de los pacientes respondió que Nunca cuenta con el apoyo de su familia o amigos para cumplir con su asistencia a las citas médicas.

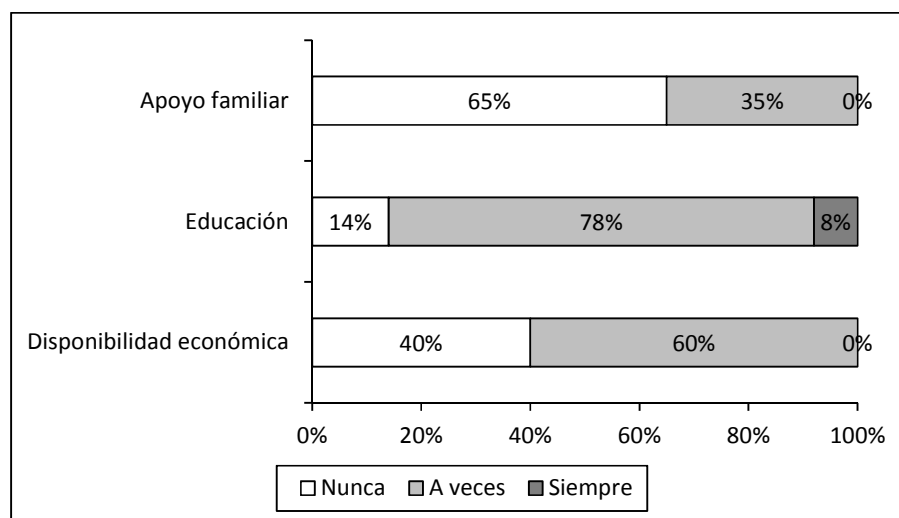
Tabla 10. *Factores socioeconómicos asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal.*

Indicador	Nunca		A veces		Siempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Disponibilidad económica	32	40%	48	60%	0	0%	80	100%
Educación	11	14%	62	78%	7	8%	80	100%
Apoyo familiar	52	65%	28	35%	0	0%	80	100%

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario de encuesta (Anexo H).

En la tabla 10, se describe los indicadores de la dimensión A Factores socioeconómicos, los resultados obtenidos evidencian una preferencia de la escala A veces en los indicadores Disponibilidad económica y Educación con 60% y 78% respectivamente. Asimismo el indicador Apoyo familiar evidencia una preferencia hacia la escala negativa Nunca con un 65%; lo cual indica que los pacientes consultados consideran que los factores socioeconómicos dificultan el cumplimiento de su tratamiento. (Gráfico 3).

Gráfico 3. Factores socioeconómicos asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal.



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario de encuesta (Anexo H).

Tabla 11. Dimensión B. Factores relacionados con el paciente.

Item	Pregunta	Nunca		A veces		Siempre		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
6	¿Está convencido que la terapia de reemplazo renal es beneficiosa y por eso sigue asistiendo al hospital?	3	4%	20	25%	57	71%	80	100%
7	¿Se interesa por conocer sobre su enfermedad y la forma de cuidarse?	2	3%	27	34%	51	63%	80	100%
8	¿Ha sido motivado/da a cumplir con su terapia de reemplazo renal para mejorar su salud?	9	11%	33	41%	38	48%	80	100%
9	¿Cree que es usted el responsable de seguir el cuidado de su salud?	5	6%	22	28%	53	66%	80	100%

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario de encuesta (Anexo H).

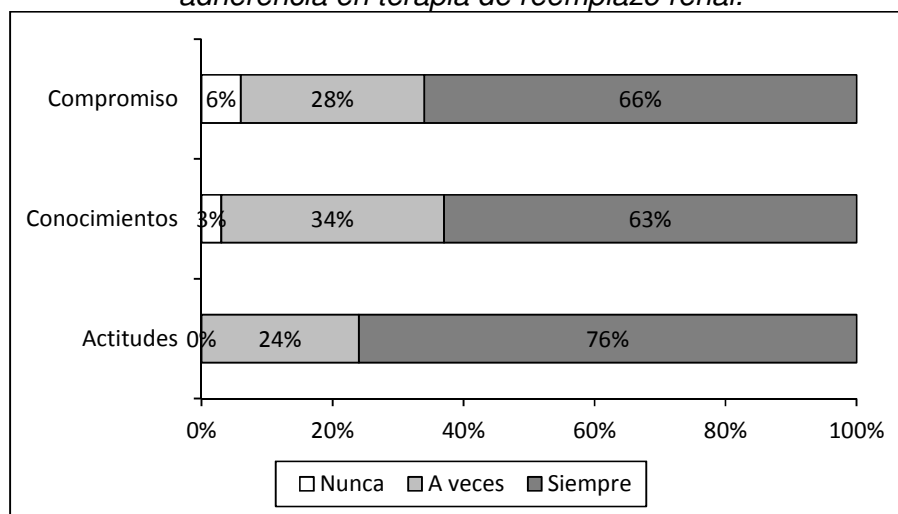
La tabla 11 muestra los resultados de los factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal según los aspectos personales del paciente. El resultado muestra que los factores más relevantes son los siguientes: En respuesta al ítem 6, el 71% (57) de los pacientes respondió que siempre está convencido que el tratamiento es beneficioso. En el ítem 7, se observa que el 63% (51) de los pacientes respondió que conoce sobre su enfermedad y las formas de cuidarse. En cuando al ítem 8, el 48% (38) de los pacientes respondió que siempre está siendo motivado a cumplir con el tratamiento. Mientras que en el ítem 9, el 66% (53) de los pacientes cree que es responsable del cuidado de su salud.

Tabla 12. *Factores personales de los pacientes adultos asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal.*

Indicador	Nunca		A veces		Siempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Actitudes	0	0%	19	24%	61	76%	80	100%
Conocimientos	2	3%	27	34%	51	63%	80	100%
Compromiso	5	6%	22	28%	53	66%	80	100%

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario de encuesta (Anexo H).

Gráfico 4. *Factores personales de los pacientes adultos asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal.*



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario de encuesta (Anexo H).

En la tabla 12, se describe los indicadores de la dimensión B Factores relacionados con el paciente, los resultados obtenidos evidencian una preferencia de la escala positiva Siempre para los tres indicadores: Actitudes 66%, Conocimientos 63% y Compromiso 76%; lo cual evidencia que los pacientes consultados consideran que su compromiso es fundamental para el éxito de su tratamiento. (Gráfico 4).

Por otro lado, las actitudes positivas como la motivación y el conocimiento de su enfermedad y las formas de cuidarse, son importantes. De acuerdo con los resultados, la investigación muestra que estos son factores influyen en la adherencia al tratamiento.

Tabla 13. *Dimensión C. Factores relacionados con la terapia.*

Item	Pregunta	Nunca		A veces		Siempre		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
10	¿Las actividades que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir con la terapia de reemplazo renal?	17	21%	46	58%	17	21%	80	100%
11	¿Las distancias de su casa o trabajo al hospital le dificultan el cumplimiento de sus citas a terapia de reemplazo renal?	47	58%	22	28%	11	14%	80	100%
12	¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?	42	52%	27	34%	11	14%	80	100%
13	¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende su asistencia a la terapia de reemplazo renal?	52	65%	19	24%	9	11%	80	100%
14	¿Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento?	39	48%	34	43%	7	9%	80	100%
15	¿Se le hace difícil cambiar ciertas costumbres alimenticias y ejercicios que son desfavorables para su salud?	16	20%	30	37%	34	43%	80	100%

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario de encuesta (Anexo H).

La tabla 13 muestra los resultados de los factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal según las características del cumplimiento de la terapia. En el ítem 10, se destaca que el mayor número de pacientes 58% (46), respondió que A veces sus actividades

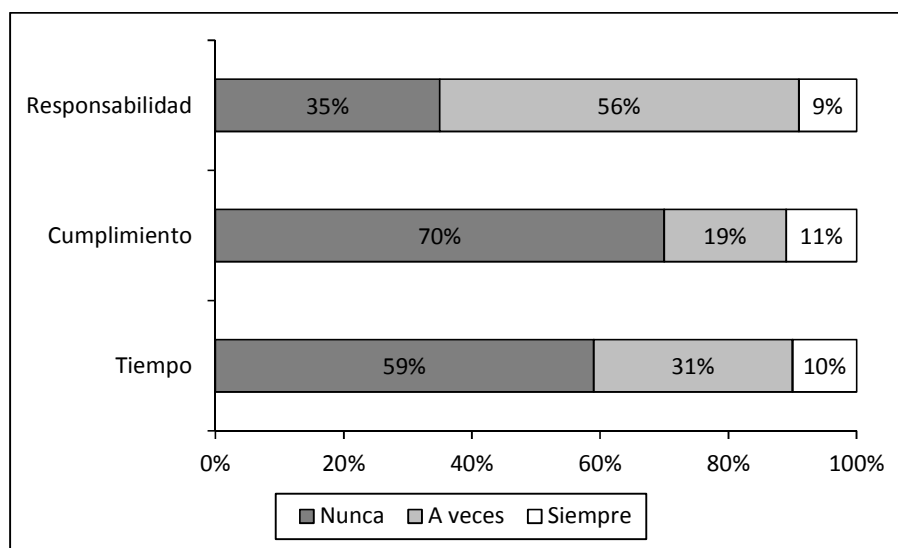
dificultan seguir con la terapia. En el ítem 11, el 58% (47) de pacientes respondió que Nunca la distancia de casa o trabajo al hospital le dificultan el cumplimiento a sus citas médicas. En respuesta al ítem 12 el 52% (42) respondió que Nunca tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos. En el ítem 13, el 65% (52) de los pacientes respondió que Nunca suspenden su asistencia a terapia a pesar de que mejoran sus síntomas. En cuanto al ítem 14 el 48% (39) respondió que Nunca antes han presentado dificultades para cumplir su tratamiento. En el ítem 15, el 43% de los pacientes respondió que Siempre tienen dificultades para cambiar ciertas costumbres alimenticias y ejercicios que son desfavorable pata su salud.

Tabla 14. *Factores asociados al cumplimiento de la terapia de reemplazo renal.*

Indicador	Nunca		A veces		Siempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tiempo	47	59%	25	31%	8	10%	80	100%
Cumplimiento	56	70%	15	19%	9	11%	80	100%
Responsabilidad	28	35%	45	56%	7	9%	80	100%

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario de encuesta (Anexo H).

Gráfico 5. Factores asociados al cumplimiento de la terapia de reemplazo renal.



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario de encuesta (Anexo H).

En la tabla 14, se describe los indicadores de la dimensión C Factores relacionados con el cumplimiento de la terapia de reemplazo renal, los resultados obtenidos evidencian una preferencia de la escala positiva Nunca en los indicadores Tiempo y Cumplimiento con 59% y 70% respectivamente. Asimismo el indicador Responsabilidad evidencia una preferencia hacia la escala A veces con un 56%; lo cual indica que los pacientes consultados consideran que los factores relacionados con la terapia no dificultan el cumplimiento de su tratamiento. (Gráfico 5).

La tabla 15 muestra los resultados de los factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal según la relación médico – enfermera - paciente. En el ítem 16, se destaca que el mayor número de pacientes 65% (52), respondió que A veces el personal de salud

responden a sus preguntas e inquietudes con respecto a la terapia. En el ítem 17, el 38% (30) de pacientes respondió que Nunca percibe que el medico controla su tratamiento. En respuesta a los ítems 18 y 19, se destaca que el mayor número de pacientes respondió A veces recibe información sobre: los beneficios de los medicamentos que toma (53%) y los horarios en que debe tomarlos (58%). En el ítem 20, el 40% (32) de los pacientes respondió que Nunca el personal de salud escucha su justificación de inasistencia a la terapia. En el ítem 21, el 53% (42) de los pacientes respondió que A veces el personal de salud usa palabras sencillas y claras en sus indicaciones sobre el tratamiento. En cuanto al ítem 22 el 46% (37) respondió que A veces el personal de salud le explica sobre el resultado de la terapia. En el ítem 23, el 40% (32) de los pacientes respondió que A veces coincide con el médico en relación a la expectativa de mejoría con la terapia.

Tabla 15. *Dimensión D. Factores relacionados con el proveedor, sistema y equipo de salud asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal.*

Item	Pregunta	Nunca		A veces		Siempre		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
16	¿Las personas que lo atienden responden sus preguntas e inquietudes con respecto a la terapia de reemplazo renal que está recibiendo?	11	14%	52	65%	17	21%	80	100%
17	¿Considera que su médico controla su tratamiento y efectos secundarios?	30	38%	29	36%	21	26%	80	100%

18	¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos que toma para su tratamiento?	11	14%	43	53%	26	33%	80	100%
19	¿Recibe información sobre como programar los horarios de toma de medicamentos, considerando sus actividades diarias?	14	18%	47	58%	19	24%	80	100%
20	¿En el caso que usted no asistiera a su terapia de reemplazo renal, el equipo médico escucha su justificación	32	40%	30	37%	18	23%	80	100%
21	¿El médico y la enfermera usan palabras sencillas y claras para darle las indicaciones y recomendaciones sobre su tratamiento?	6	8%	42	53%	32	39%	80	100%
22	¿El médico y la enfermera le explican los resultados de su terapia de reemplazo renal?	17	21%	37	46%	26	33%	80	100%
23	¿Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con la terapia de reemplazo renal y los cambios que está haciendo en sus hábitos?	25	31%	32	40%	23	29%	80	100%

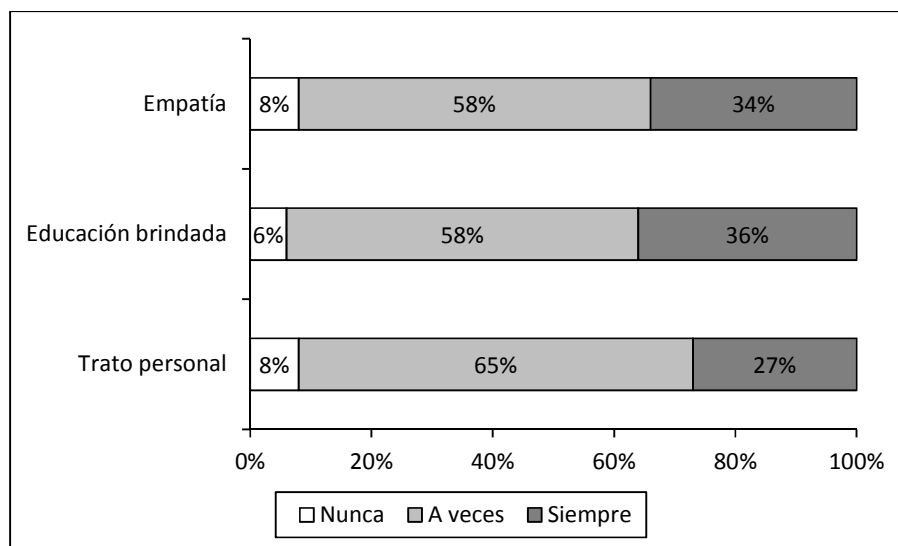
Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario de encuesta (Anexo H).

Tabla 16. Factores relacionados con el proveedor, sistema y equipo de salud asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal.

Indicador	Nunca		A veces		Siempre		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Trato personal	6	8%	52	65%	22	27%	80	100%
Educación brindada	5	6%	46	58%	29	36%	80	100%
Empatía	6	8%	46	58%	28	34%	80	100%

Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario de encuesta (Anexo H).

Gráfico 6. Factores relacionados con el proveedor, sistema y equipo de salud asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal.



Fuente: Datos obtenidos de la aplicación del cuestionario de encuesta (Anexo H).

En la tabla 16, se describe los indicadores de la dimensión D Factores relacionados con el proveedor, sistema y equipo de salud, los resultados obtenidos evidencian una preferencia de la escala A veces en los tres indicadores Trato personal, Educación brindada y

Empatía con 65%, 58% y 58% respectivamente; lo cual indica que los pacientes consultados consideran que los factores relacionados con el proveedor, sistema y equipo de salud son importantes en el cumplimiento de su tratamiento. (Gráfico 6).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas del presente estudio son:

- El nivel de presencia de los factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, es Mediano. Estos factores intervienen de manera negativa en la adherencia a la terapia de reemplazo renal.
- Los factores socioeconómicos como la disponibilidad económica y apoyo familiar influyen negativamente en la adherencia a la terapia de reemplazo renal.
- Los factores personales como las actitudes, conocimientos y compromiso que asume el paciente frente a su enfermedad son favorables para su tratamiento.
- Los factores asociados al cumplimiento en terapia de reemplazo renal como el tiempo y la distancia para trasladarse al hospital juegan en su contra, a pesar de ello, el paciente asume su responsabilidad en el cumplimiento de sus citas médicas.
- Los factores relacionados con el proveedor, sistema y equipo de salud influyen negativamente en la adherencia a la terapia

de reemplazo renal. El paciente percibe un mal trato del personal de salud que lo atiende con falta de empatía y no brinda información con respecto al tratamiento de su enfermedad.

5.2. RECOMENDACIONES

Las Recomendaciones derivadas del estudio son:

- Según los resultados obtenidos es importante señalar que se debe realizar un seguimiento a este grupo de pacientes para que el nivel de presencia de los factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal sea favorable, estableciendo estrategias que intervenció a partir de los factores identificados.
- Supervisar la cobertura integral del SIS en este grupo de pacientes e involucrar de manera activa a los familiares y/o personas más cercanas para que con su colaboración contribuirán al mejoramiento continuo del estado de salud y adherencia a la terapia de reemplazo renal puesto que ellos ocupan un lugar muy importante de manera directa y positiva en la psicología del paciente.
- Potencializar los factores personales del paciente que facilitan la adherencia en terapia de reemplazo renal, mediante grupos de apoyo, evaluaciones, seguimientos terapéuticos y conferencias educativas a cerca de su enfermedad, tratamiento y consecuencias de no adherencia, las cuales podrían intervenir negativamente en el proceso de su tratamiento.

- Fortalecer los factores asociados al cumplimiento de la terapia de reemplazo renal mediante la programación de horarios en relación a la disponibilidad de tiempo de los pacientes.
- Al equipo de salud mantener canales de comunicación abiertos para lograr una buena relación con el paciente que facilite la adherencia a la terapia de reemplazo renal.

5.3. LIMITACIONES

Las principales limitaciones en el desarrollo del estudio fueron:

- Escasa bibliografía respecto a la variable de estudio en los archivos del Ministerio de Salud con relación a aspectos estadísticos y de porcentajes con relación a la variable Factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal. Por lo que se tuvo que acudir a los datos existentes en diferentes medios de información dados por instituciones internacionales.
- El acceso a la población de estudio en el Servicio de Nefrología, del Hospital Nacional Dos de Mayo, ha sido difícil con relación a los horarios en que se realiza la terapia de reemplazo renal, estos son programados en cuatro turnos al día.
- El equipo de trabajo no cuenta con recursos económicos suficientes para solventar los gastos requeridos en la investigación, tales como la adquisición de textos, pago de honorarios profesionales (asesorías), viáticos, y otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Castro, E. (2013). Panorama Epidemiológico de la Insuficiencia Renal Crónica. Disponible en: http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:WUkcDgHndXcJ:scholar.google.com/&hl=es&as_sdt=0
- 2) (3) (5) Vásquez, F. (2013). Incidencia de la insuficiencia renal crónica en el país está subvalorada. Disponible en: http://www.drfernandovasquez.com/articulos_4.htm
- 4) Meneses, V. y Cieza, J. (2003). Diálisis peritoneal no convencional en pacientes con insuficiencia renal que requieren soporte dialítico. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-30X2003000100003&script=sci_arttext
- 6) KINPAMQA. (2009). Patología Médico Quirúrgica del Adulto. Disponible en: https://www.u-ursos.cl/medicina/2009/1/KINPAMQAD3/1/material_alumnos/previsualizar?id_material=34478
- 7) Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez. (2006). Afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica. Disponible en: <http://blog.pucp.edu.pe/item/9342/afrontamiento-en-pacientes-con-insuficiencia-renal-cronica>.
- 8) Saad, et al. (2007). Adherencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica a las sesiones de hemodiálisis del Hospital Militar Central. Bogotá, 2006-2007. Disponible en: <http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revist>

as/revista_colombiana_enfermeria/volumen3/adherencia_pacientes_insuficiencia_renal_cronica_sesiones_hemodialisis_hospital_militar_central.pdf

- 9) Camargo, J. (2013). Factores de riesgo para la progresión de la enfermedad renal crónica en pacientes con nefropatía diabética estadio 3 y 4 de la unidad renal del Hospital Militar Central. Colombia. Disponible en: <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/10808/1/CamargoSalamancaJohnAlejandro2014pdf>
- 10) López, S. (2012). Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis, en una IPS de la ciudad de Cali. Colombia. Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/6172/1/CB-0456371.pdf>
- 11) Valdivia, J. (2009). Factores de riesgo para la supervivencia en pacientes renales crónicos en hemodiálisis y trasplante renal. Cuba. Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/175/1/Arencibia_Julio.pdf
- 12) Loza, V. y Pecho, M. (2011). Nivel de información y adherencia terapéutica de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica hemodializados en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD. Ica. Disponible en: <http://www.unica.edu.pe>
- 13) Pinedo, C. (2007). Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la E.S.N. de prevención y control de la tuberculosis en el C.S. "Fortaleza".

Lima. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/515/1/pinedo_cc.pdf

- 14) Espinoza, J. Hurtado, K. y Ortega, R. (2005). Características sociales, demográficas y patológicas de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal en la Clínica Santa Ena. Lima. Disponible en: <http://posgrado.upeu.edu.pe/revista/file/90-93.pdf>
- 15) (17) (18) (21) (22) (27) (31) Organización Mundial de la Salud. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.htm>
- 16) Zaldívar, D. (2003). Adherencia terapéutica y modelos explicativos. Salud para la vida. Disponible en: <http://www.info-med.sld.cu>
- 19) Riquelme, K. (2003). Factores relacionados con el incumplimiento del tratamiento farmacológico en los pacientes con epilepsia. Chile: Universidad Austral. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2003/fmr594f/pdf/fmr594f-TH.4.pdf>
- 20) Organización Mundial de la Salud. (2003). Alerta sobre riesgos de incumplimiento del tratamiento médico. Disponible en: www.infomed.sld.cu
- 23) (26) (28) Sabate, E. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Ginebra. World Health Organization. Edition:

illustrated. Disponible en Internet:
books.google.com.co/books?id=kcYUTH8rPiwC.

- 24) Contreras et al. (2008). Un Instrumento para evaluar la adherencia: su validez facial y confiabilidad. Artículo de investigación. Revista Avances en Enfermería. XXVI. Disponible en: www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S012145002008000200004&script=sci_arttext
- 25) (33) Herrera, L. (2008). Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. En: Avances en enfermería. Vol. XXVI. No. 1. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_4.pdf
- 29) Fernández, C. (1996). La Adhesión a los Tratamientos Terapéuticos. Iber Psicología: Revista electrónica de la Federación española de Asociaciones de Psicología. ISSN 1579-4113. Vol.1.Nº 1. Disponible en: <http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=301251>
- 30) Organización Mundial de la Salud. (2005). Epilepsy care in the world. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/neurology/Epilepsy_atlas_r1.pdf
- 32) Sánchez, N. (2006). Adherencia terapéutica en hipertensión arterial sistémica. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México D.F. Medigraphic.com. Vol. 14, Núm. 3. Disponible en Internet en: www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en063d.pdf

BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ, G. Y DORANTES, E. (1998). Tratamiento acortado estrictamente supervisado para tuberculosis pulmonar. México: Revista de Salud Pública. Vol. 40.

ARKOWITZ, H. (2002). Toward an integrative perspective on resistance to Change. *Psychotherapy in Practice*.

BASTERRA, M. (1999). El incumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical Care*: Vol. 1.

BEERS, M., Y FLETCHER, A. (2003). *The Merck manual of medical information*. Nueva York: Merck Research Laboratories.

BONILLA, C. (2008). En Adherencia y factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: Una revisión de literatura. Bogotá Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Maestría en enfermería.

BORGA et al. (1999). Drug compliance and unreported drugs in the elderly. *J Am Geriatric Soc*. Vol. 37.

BRANNON et al. (2005). *Psicología de la salud*. España.

CABALLO, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid.

CALERO, F. (2003). La edad no es un criterio para plantear un trasplante, hay que hacer una valoración individual. Nefrología extrahospitalaria.

CONTHE, P. Y TEJERINA, F. (2007). Adhesión al tratamiento y calidad de vida en los pacientes con insuficiencia cardíaca. Rev. Esp. De cardio, Vol. 7.

CORESH, J. (2003). Prevalence of chronic disease and decreased kidney function in the adult US population: Third National Health and Nutrition examination Survey. Am J Kidney Dis.

CLARKIN, J. Y LEVY, K. (2004). The influence of client variables in psycho-therapy. New York: Wiley.

DE FRANCISCO Y OTERO. (2003). Epidemiología de la enfermedad renal crónica en España. Nefrología.

DE MUYNCK et al. (1999). A randomised trial of the impact of counselling on treatment adherence of tuberculosis patients in Sialkot, Pakistan. Int J Tuberc Lung Dis. Vol. 3.

DE OLIVEIRA, H. Y MOREIRA, D. (2000). Abandono de tratamiento e recidiva da tuberculose: aspectos de episodios previos, Campinas, SP. Brasil 1993-1994. Rev. Saúde Pública. Vol. 34.

DEVILAT, M. (2004). Aspectos prácticos de Costos de la Epilepsia. Revista chilena de Epilepsia.

ENEV Y GOLDSTEIN. (1976). Compliance of chronic asthmatics with oral administration of theophylline as measured by serum and salivary levels. Citado por OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra: OPS.

ERAKER, S., KIRSCH, J. Y BECKER, M. (1984). Understanding and improving patient compliance. Ann Intern Med.

GERIATRICS REVIEW SYLLABUS. (2003). 5.^a Ed. American Geriatrics Society. Medical Treas, SL.

GÓMEZ et al. (2001). Criterios de inclusión en diálisis y mortalidad precoz. Nefrología.

GOTTLIEB, H. (2000). Medication non-adherence: finding solutions to a costly medical problem. Drug Benefit Trends

GONZÁLEZ et al. (1997). Cumplimiento e incumplimiento terapéutico en el tratamiento antibiótico. JANO; Vol. 53.

HERNÁNDEZ et al. (2010). Metodología de la investigación. México: McGraw Hill.

JIN et al. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. Ther Clin Risk Manag.

JOHNSON et al. (2000). A comparison of the effects of dialysis and renal transplantation on the survival of older uremics patients. Transplantation.

K/DOQI. (2002). Clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. Kidney Disease Outcome Quality Initiative. Am J Kidney Dis.

LÓPEZ et al. (2003). Guía clínica de la insuficiencia renal en Atención Primaria. Nefrología.

MARTÍN, L. Y GRAU, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. Revista Psicología y Salud.

Mesa et al. (2007). Costes directos de la epilepsia en una población chilena. Revista de Neurología.

MILLER, W. Y ROLLNICK, S. (2002). Motivational interviewing: Preparing people for change. New York: Guilford Press.

MUSSÓ Y MACÍAS. (2002). El riñón del anciano: morfología y función. Principales nefropatías. Manual de Geriatria. 3.^a Ed. Barcelona: Masson.

PROCHASKA, J. Y DICLEMENTE, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, Research and Practice.

PROCHASKA, J.O. Y PROCHASKA, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En Casas, M. y Gossop, M. s.f. Recaída y prevención de recaídas. Tratamientos psicológicos en drogodependencias. Barcelona: Sitges.

ORTIZ, M. Y ORTIZ, E. (2007). Psicología de la Salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Chile: Revista Médica.

REVICKI, F. (1999). Pharmacoeconomic evaluations in the real world. Effectiveness versus efficacy studies. Citado por OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción. Ginebra: OPS.

RIPARI, N., MOSCOSO, N. Y ELORZA, M. (2012). Costos de enfermedades: una revisión crítica de las metodologías de estimación. Lecturas de Economía.

Rodríguez, J. (2001). Psicología Social de la Salud. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.

RUGGIERON et al. (1990). Impact of social support and stress on compliance in women with gestational diabetes. Diabetes Care: Vol.13

SILVA, G., GALEANO, E., & CORREA, J. (2005). Adherencia al tratamiento. Colombia: Acta Médica Colombiana.

SIMAL et al. (2004). Prevalencia de la enfermedad renal crónica leve y moderada en la población general. Estudio Hortega. Nefrología.

SORIANO, S. (2004). Definición y clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica. Prevalencia. Claves para el diagnóstico precoz. Factores de riesgo de enfermedad renal crónica. Nefrología.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
A	Operacionalización de la variable	I
B	Matriz de consistencia	II
C	Certificado de validación de instrumentos	III
D	Prueba binomial y grado de concordancia entre jueces	X
E	Muestra piloto y confiabilidad	XI
F	Consentimiento informado	XIII
G	Cuestionario aplicado en la investigación	XV
H	Base de datos en SPSS	XVIII
I	Resultados descriptivos en SPSS	XXI

ANEXO A

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE: FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA EN TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala y valores	Niveles y Rangos
A. Factores socioeconómicos	Disponibilidad económica	1, 2 y 3	(1) Nunca	
	Educación	4	(2) A veces	
	Apoyo familiar	5	(3) Siempre	
B. Factores relacionados con el paciente	Actitudes	6 y 8	(1) Nunca	Alta presencia
	Conocimientos	7	(2) A veces	[23 - 38]
	Compromiso	9	(3) Siempre	
C. Factores relacionados con la terapia	Tiempo	10 y 11	(3) Nunca	Mediana presencia
	Cumplimiento	12 y 13	(2) A veces	[39 - 53]
	Responsabilidad	14 y 15	(1) Siempre	
D. Factores relacionados con el proveedor, sistema y equipo de salud	Trato personal	16 y 17	(1) Nunca	Baja presencia
	Educación brindada	18, 19, 21 y 22	(2) A veces	[54 - 69]
	Empatía	20 y 23	(3) Siempre	

Fuente: Elaboración propia.

**ANEXO B
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

TITULO	PROBLEMA DE INV.	OBJETIVOS	VARIABLES	TIPO DE INVESTIGACIÓN	INSTR. DE COLECTA DE DATOS.				
Factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2014.	PROBL. GENERAL: ¿Cuál es el nivel de presencia de los factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2014?	OBJETIVO GENERAL: Determinar el nivel de presencia de los factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2014.	VARIABLE 1: Factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal.	De acuerdo a las características y los objetivos de la investigación se enmarca en el tipo descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo con el fin de describir lo observado.	Instrumento de medición: CUESTIONARIO: "Factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal"				
<p>MARCO TEORICO</p> <p>1. ANTECEDENTES:</p> <p>Dentro de los antecedentes internacionales se encontró estudios relacionados como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Camargo Salamanca John. (Colombia, 2013). Factores de riesgo para la progresión de la enfermedad renal crónica en pacientes con nefropatía diabética estadio 3 y 4 de la unidad renal del Hospital Militar Central. - López Correa Sandra. (Colombia, 2012) Nivel de adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis, en una IPS de la ciudad de Cali. - Vadvia Arencibia Julio. (Cuba, 2007). Factores de riesgo para la supervivencia en pacientes renales crónicos en hemodiálisis y trasplante renal. <p>Dentro de los antecedentes nacionales se encontró estudios relacionados como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Loza Félix Viviana, Pecho Tataje Mariana. (Perú, 2011). Nivel de información y adherencia terapéutica de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica hemodializados en el Hospital Félix Torrevalva Gutiérrez – ESSALUD Ica. - Pinedo Chuquiza Cynthia. (Perú, 2007). Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la E.S.N. de prevención y control de la tuberculosis en el C.S. "Fortaleza" - Lima. - Espinoza July, Hurtado Katherine y Ortega Ruth. (Perú, 2005). Características sociales, demográficas y patológicas de los pacientes con enfermedad renal crónica terminal en la Clínica Santa Ana - Lima. <p>2. BASES TEORICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad Renal Crónica - Terapia de Reemplazo Renal - Adherencia - Factores que inciden en la adherencia 									
<p>POBLACION Y MUESTRA</p> <p>El tamaño de la población es de 100 pacientes adultos con enfermedad renal crónica que reciben terapia de reemplazo renal en el Hospital Nacional Dos de Mayo y la muestra es la totalidad de los pacientes adultos, por lo tanto es una muestra poblacional.</p> <p>Después de aplicar la técnica de muestreo no probabilística o dirigida, la cual a decir de Hernández et al. (2010) la elección de los elementos de la muestra no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación; el tamaño de la muestra fue de 80 pacientes adultos.</p> <table border="1"> <tr> <td>Población</td> <td>Muestra</td> </tr> <tr> <td>100</td> <td>80</td> </tr> </table>						Población	Muestra	100	80
Población	Muestra								
100	80								
<p>JUSTIFICACIÓN</p> <p>1. Permitirá identificar los factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima.</p> <p>2. Contribuirá como uno de los estudios de investigación que brinde información sobre los factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal en el Perú.</p> <p>3. Permitirá orientar las estrategias de intervención del personal de salud del Servicio de Hemodiálisis del Hospital Nacional Dos de Mayo, con énfasis en la mejoría de la adherencia en terapia de reemplazo renal de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica.</p>									
<p>LIMITACIONES</p> <p>1. Escasa bibliografía respecto a la variable de estudio.</p> <p>2. Dificil acceso a la población de estudio.</p> <p>3. El equipo de trabajo no cuenta con recursos económicos suficientes.</p>									

ANEXO C

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

Juez 01

ESCALA DE CALIFICACION

Estimado (a)

Docente:.....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta se le solicitan su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X aspa en SI o NO en cada criterio según su opinión.

Nº	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	x		Usar (language) palabras entendibles para el paciente.
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	x		
3	La estructura del instrumento es adecuada.	x		
4	Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	x		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	x		
6	Los ítems son claros y entendibles	x		Se ha sugerido cambiar en formulación
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	x		

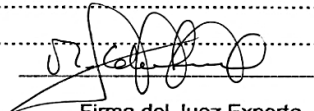
SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....



Firma del Juez Experto

M. Glenda Linares Vega
JEFE DE SERVICIO DE EMERGENCIAS Y TRASPLANTES
CEP 141015
HOSP "NAC. GUILLERMO ALMENDARA L."
EsSalud

ESCALA DE CALIFICACION

Estimada Docente:.....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X (aspa) en SI o NO encada criterio según su opinión.

Nº	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3	La estructura del instrumento es adecuado	X		
4	La estructura del instrumento responde a la operacionalización de la variable	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6	Los ítems son claros y entendibles	X		
7	El numero de ítems es adecuado para su aplicación	X		

Sugerencias:.....

H.N.G.A.I.
[Firma]
 LIC. VILLOQUIROZ CAYCHO
 CEP 29063

H.N.G.A.I.
 LIC. VILLOQUIROZ CAYCHO
 CEP 29063 Experto
 Fecha:

ESCALA DE CALIFICACION

Estimado (a)

Docente:.....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta se le solicitan su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X aspa en SI o NO en cada criterio según su opinión.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4	Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6	Los ítems son claros y entendibles		X	
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

Elaborar con palabras mas sencillas o adecuarse al nivel educacion de los pccunles.

.....

Lizeth
 Lic. Lizeth Amalia Rentería Alaj
 CEP: 42152 REE: 5887
 Firma del Juez Expono

ESCALA DE CALIFICACION

Estimado (a)

Docente:.....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta se le solicitan su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X aspa en SI o NO en cada criterio según su opinión.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3	La estructura del instrumento es adecuada.	X		
4	Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	X		Agrega factores de los ítems
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6	Los ítems son claros y entendibles	X		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	X		

SUGERENCIAS:

Me eliden que se afecta completamente el estado emocional del pes y familia de la persona

MARIA ISABEL SALAZAR
LIC. EN PSICOLOGIA
Firma del Juez Experto

MARIA ISABEL SALAZAR
Lic. en Psicología
F. 12655
ALMIRANTE

ESCALA DE CALIFICACION

Estimada Docente:.....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X (aspa) en SI o NO encada criterio según su opinión.

Nº	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3	La estructura del instrumento es adecuado	X		
4	La estructura del instrumento responde a la operacionalización de la variable	X		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6	Los ítems son claros y entendibles		X	
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

Sugerencias: Modificar los ítems correspondientes

M. Samor P.
 Firma del Juez Experto CEP=14944
 Fecha: 09/11/15

ESCALA DE CALIFICACION

Estimado (a)

Docente:.....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta se le solicitan su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X aspa en SI o NO en cada criterio según su opinión.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	✓		
3	La estructura del instrumento es adecuada.	✓		
4	Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	✓		
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
6	Los ítems son claros y entendibles	✓		
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	✓		

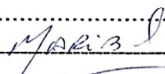
SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....


Firma del Juez Experto

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL 2 DE MAYO
D.C. MARIBEL SARMIENTO MEZA
C.E.P. 29263 REE 6000

ESCALA DE CALIFICACION

Estimado (a)

Docente:.....

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta se le solicitan su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X aspa en SI o NO en cada criterio según su opinión.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	La estructura del instrumento es adecuada.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Los ítems del instrumento responde a la operacionalización de la variable	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Los ítems son claros y entendibles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....


 S.C. ENFERMERO
 C.E. 37765

Firma del Juez Experto

ANEXO D

PRUEBA BINOMIAL Y GRADO DE CONCORDANCIA ENTRE JUECES

Prueba binomial

CRITERIO	Juez1	Juez2	Juez3	Juez4	Juez5	Juez6	Juez7	p valor
1	1	1	1	1	1	1	1	0.0078125
2	1	1	1	1	1	1	1	0.0078125
3	1	1	1	1	1	1	1	0.0078125
4	1	1	1	1	1	1	1	0.0078125
5	1	1	1	1	1	1	1	0.0078125
6	1	1	0	1	0	1	1	0.1640625
7	1	1	1	1	1	1	1	0.0078125

Nota: SI (1) NO (0)

Los criterios: N° 1, 2, 3, 4, 5 y 7 tienen un p valor < 0.05, por lo tanto si existe concordancia entre los jueces para dichos criterios. El Criterio N° 6, "Los ítems son claros y entendibles" el p valor > 0.05. Por lo tanto no hay concordancia entre los jueces, se debe revisar en la parte cualitativa las razones por las cuales los jueces han opinado así. Cabe recalcar que no es estadísticamente correcto calcular el promedio de los valores p a fin de obtener una valoración total de los jueces expertos; a continuación se indicara que procedimiento seguir. Recordemos que los principios éticos deben prevalecer a lo largo de nuestro trabajo y ello implica que debemos poner las opiniones de todos los jueces, aunque algunos nos puedan resultar adversas.

Grado de concordancia entre jueces

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

Donde:

b = Grado de concordancia entre jueces;

Ta = n° total de acuerdos;

Td = n° total de desacuerdos.

Reemplazamos por los valores obtenidos:

$$b = \frac{47}{49} \times 100$$

$$b = 96\%$$

El resultado es que el 96% de las respuestas de los jueces concuerdan.

ANEXO E
MUESTRA PILOTO Y CONFIABILIDAD

Encuestado	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19	p20	p21	p22	p23
1	2	2	1	1	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
2	1	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	1	1	1	1	2	1	2	2	1	3	2	1
3	2	2	1	2	1	3	2	1	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2
4	2	1	2	2	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
5	1	2	2	1	2	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	1	1	2	2	1	3	2	1
6	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	3	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1
7	2	1	2	2	1	3	3	3	3	3	3	1	1	3	1	2	2	1	1	1	2	2	1
8	2	2	1	2	1	3	2	2	2	1	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
9	1	2	1	3	1	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2
10	1	1	2	2	1	1	3	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2	1	2	2	2
11	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	3	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1
12	2	1	2	2	1	3	3	3	3	3	3	1	1	3	1	2	2	1	1	1	2	2	1
13	2	2	1	2	1	3	2	2	2	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
14	1	2	2	2	2	3	3	3	3	2	1	1	1	1	1	3	3	3	3	2	2	2	2
15	1	2	1	2	2	2	3	3	3	1	2	1	1	1	1	3	3	2	2	2	3	3	3
16	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	3	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1
17	2	1	2	2	1	3	3	3	3	3	3	1	1	3	1	2	2	1	1	1	2	2	1
18	2	2	1	2	1	3	2	2	2	1	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
19	2	2	1	1	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
20	1	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	1	1	1	1	2	1	2	2	1	3	2	1
21	2	2	1	2	1	3	2	1	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2
22	2	1	2	2	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3
23	1	2	2	2	1	3	3	2	3	2	3	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2
24	2	1	1	2	2	3	3	2	3	3	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
25	1	2	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2
26	2	2	1	1	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
27	1	2	2	2	2	3	3	3	3	2	3	1	1	1	1	2	1	2	2	1	3	2	1
28	2	2	1	2	1	3	2	1	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2
29	2	1	2	2	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2
30	1	2	2	1	1	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3

COEFICIENTE DE FIABILIDAD – ALFA DE CRONBACH

Reporte de análisis – SPSS V. 20

```
SAVE OUTFILE='D:\Prueba_piloto.sav'  
/COMPRESSED.  
RELIABILITY  
/VARIABLES=p1 p2 p3 p4 p5 p6 p7 p8 p9 p10 p11 p12 p13 p14 p15 p16 p17 p18 p19 p20 p21 p22 p23  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

➔ **Análisis de fiabilidad**

[Conjunto_de_datos0] D:\Prueba_piloto.sav

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	30	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,817	23

ANEXO F

CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en un estudio de investigación sin riesgo.

Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo, o si tiene alguna duda, pregúntele a las personas encargadas del estudio.

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Título de la investigación

Factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2014.

Personas a cargo del estudio y contactos

Este estudio es dirigido y conducido en El Programa de Segunda Especialidad en Enfermería de la Unidad de Postgrado de la Universidad Nacional Mayor de San por la estudiante Marilyn Sánchez Calle y la docente asesora Mg. Dominga López Vega. En caso de cualquier duda Usted puede ponerse en contacto personal con la estudiante al número de teléfono móvil 9 64337143.

Dónde se va a desarrollar el estudio

El estudio se realizará en el Hospital Nacional Dos de Mayo ubicado en Parque "Historia de la Medicina Peruana" s/n Alt. Cdra. 13 Av. Grau - Cercado de Lima.

Información general del estudio de investigación

El propósito de este estudio de investigación es dar a conocer cuáles son factores asociados a la adherencia en la terapia de reemplazo renal de los pacientes adultos con enfermedad renal crónica, con el fin de desarrollar e implementar en el futuro estrategias para mejorar o fortalecer la adherencia al tratamiento y para evitar complicaciones desencadenadas por un bajo o medio nivel de adherencia.

Objetivo del estudio

El objetivo general de esta investigación es conocer el nivel de presencia de los factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima 2014.

Plan del estudio

A las personas que decidan voluntariamente participar en el estudio se les realizará una encuesta con el fin de conocer los “Factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal”, esta encuesta durará aproximadamente 15 minutos propuesto por el investigador. Podrán participar en el estudio pacientes hombres y mujeres entre 30 y 59 años, con diagnóstico de enfermedad renal crónica, que estén recibiendo terapia de reemplazo renal en el Servicio de Nefrología, que acepten participar voluntariamente en el estudio, previa información verbal y escrita de las características del mismo y que estén en capacidad física y mental de contestar el cuestionario.

Beneficios de participar en este estudio

Al participar en el estudio, usted tendrá la oportunidad de que sean identificados los factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal y que se informe a los profesionales de la salud en donde usted está recibiendo atención, para que le ayuden a resolver las inquietudes que usted tenga al respecto.

Riesgos de participar en este estudio de investigación

Este estudio es clasificado como sin riesgo, no se conoce de ningún riesgo físico o mental por el hecho de participar en esta investigación.

Confidencialidad y privacidad de los archivos y anonimato

Con el objeto de mantener la confidencialidad de la información obtenida de usted, su nombre no será utilizado durante el análisis ni al reportar los resultados del estudio, y solo el personal del estudio tendrá acceso a la información.

Participación voluntaria

La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de participar en este estudio así como de retirarse en cualquier momento. Si decide no participar o decide retirarse en cualquier momento antes de terminar la investigación, no tendrá ningún castigo, ni tampoco perderá los beneficios que ya haya obtenido en la institución de salud.

2. CONSENTIMIENTO

De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio.

Entiendo que esta es una investigación. He recibido copia de este Informe de Consentimiento Informado.

Declaración del Investigador:

De manera cuidadosa he explicado al participante la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basado en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

Firma del Participante

Nombre

Fecha

Firma del Investigador

Nombre

Fecha

ANEXO G
CUESTIONARIO APLICADO EN LA INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA

**“FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA EN TERAPIA DE REEMPLAZO
RENAL”**

Cuestionario aplicado a los pacientes con enfermedad renal crónica

Estimado Paciente:

El instrumento presentado a continuación se ha realizado con la finalidad de recoger información sobre: **Factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2014.**

El cuestionario que se presenta por su consideración tiene un carácter confidencial y sólo será utilizado con fines de investigación. Se agradece toda la colaboración que pueda suministrar para la elaboración de esta investigación.

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

El investigador

Lima, Noviembre 2014



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
 FACULTAD DE MEDICINA
 SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA

ENCUESTA
“Factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal”

Instrucciones

Para contestar el cuestionario que se presenta a su consideración siga, por favor las siguientes instrucciones:

- Lea la pregunta antes de responder.
- Señale con una equis (x) la respuesta que usted considere adecuada.
- Marque solo una alternativa.

ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS:

Edad: años Sexo: Femenino Masculino

Tipo de Seguro: Nivel de Estudios:

SIS	.....	Analfabeto	.....
Otro	.....	Primaria	.....
Ninguno	.....	Secundaria	.....
		Técnico	.....
		Universitario	.....

Estado civil: Soltero Casado/Conviviente Divorciado/Separado Viudo

Tipo de Terapia de Reemplazo Renal: Diálisis Hemodiálisis

A) DIMENSIÓN: FACTORES SOCIOECONÓMICOS	Nunca (1)	A veces (2)	Siempre (3)
1. ¿Tiene apoyo económico de sus familiares?			
2. ¿Puede usted comprar sus medicamentos?			
3. ¿Cuenta con dinero para trasladarse al hospital?			
4. ¿Entiende la información escrita sobre el tratamiento de su enfermedad?			
5. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o amigos para cumplir con su asistencia a las citas médicas?			

B) DIMENSIÓN: FACTORES RELACIONES CON EL PACIENTE	Nunca (1)	A veces (2)	Siempre (3)
6. ¿Está convencido que la terapia de reemplazo renal es beneficiosa y por eso sigue asistiendo al hospital?			
7. ¿Se interesa por conocer sobre su enfermedad y la forma de cuidarse?			
8. ¿Ha sido motivado/da a cumplir con su terapia de reemplazo renal para mejorar su salud?			
9. ¿Cree que es usted el responsable de seguir el cuidado de su salud?			

C) DIMENSION: FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA	Nunca (3)	A veces (2)	Siempre (1)
10. ¿Las actividades que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir con la terapia de reemplazo renal?			
11. ¿Las distancias de su casa o trabajo al hospital le dificultan el cumplimiento de sus citas a terapia de reemplazo renal?			
12. ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?			
13. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende su asistencia a la terapia de reemplazo renal?			
14. ¿Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento?			
15. ¿Se le hace difícil cambiar ciertas costumbres alimenticias y ejercicios que son desfavorables para su salud?			

D) DIMENSIÓN: FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR, SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD	Nunca (1)	A veces (2)	Siempre (3)
16. ¿Las personas que lo atienden responden sus preguntas e inquietudes con respecto a la terapia de reemplazo renal que está recibiendo?			
17. ¿Considera que su médico controla su tratamiento y efectos secundarios?			
18. ¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos que toma para su tratamiento?			
19. ¿Recibe información sobre como programar los horarios de toma de medicamentos, considerando sus actividades diarias?			
20. ¿En el caso que usted no asistiera a su terapia de reemplazo renal, el equipo médico escucha su justificación?			
21. ¿El médico y la enfermera usan palabras sencillas y claras para darle las indicaciones y recomendaciones sobre su tratamiento?			
22. ¿El médico y la enfermera le explican los resultados de su terapia de reemplazo renal?			
23. ¿Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con la terapia de reemplazo renal y los cambios que está haciendo en sus hábitos?			

Nivel de Presencia

Alta [23 - 38]

Mediana [39 - 53]

Baja [54 - 69]

ANEXO H

BASE DE DATOS EN SPSS

	edad	sexo	seguro	estudio	E_civil	TRR	a1	a2	a3	b1	b2	b3	c1	c2	c3	d1	d2	d3	A	B	C	D	V1
1	39	2	1	5	1	2	2	2	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	9	11	15	18	53
2	46	1	1	3	2	2	2	1	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	7	8	13	16	44
3	42	2	1	4	2	2	2	2	1	3	2	2	3	3	3	2	2	2	8	9	16	18	51
4	55	1	1	3	2	2	1	2	1	3	3	3	2	2	2	2	2	2	7	11	12	13	43
5	44	2	1	3	1	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	8	12	17	16	53
6	50	2	1	2	3	2	2	2	1	3	2	3	2	2	2	3	3	3	8	10	12	21	51
7	46	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	3	2	2	2	2	7	6	10	14	37
8	40	1	1	3	1	2	1	2	1	3	3	3	3	3	2	2	2	2	7	12	14	13	46
9	33	1	1	2	3	2	2	2	1	3	3	2	3	3	2	3	3	3	8	10	15	23	56
10	41	2	1	3	2	2	2	1	2	3	2	3	3	3	3	1	2	2	8	10	15	13	46
11	43	1	1	5	1	2	2	2	1	2	2	3	3	2	2	2	2	2	9	9	13	16	47
12	42	1	1	2	2	2	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	9	12	16	24	61
13	35	1	1	3	1	2	2	2	1	3	3	3	3	3	2	2	2	2	8	11	15	14	48
14	44	1	1	3	1	2	2	2	1	3	3	3	3	2	2	2	2	2	8	11	13	16	48
15	44	2	1	3	2	2	1	3	1	2	2	2	3	3	2	2	2	2	8	8	15	14	45
16	46	1	1	3	2	2	1	2	1	2	3	3	2	2	3	2	2	2	7	10	14	16	47
17	58	1	1	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	9	11	17	13	50
18	49	1	1	5	3	2	2	2	1	3	3	2	2	3	3	1	3	3	8	10	14	16	48
19	57	1	1	2	1	2	1	2	2	3	3	3	2	3	2	3	3	3	8	12	14	24	58
20	43	2	1	2	2	2	1	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	8	11	17	21	57
21	45	1	1	5	2	2	1	2	1	3	3	3	3	3	2	2	1	1	7	11	16	10	44
22	46	1	1	4	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	9	10	16	19	54
23	43	1	1	2	2	2	2	2	1	3	3	3	1	3	2	3	3	3	8	12	11	22	53
24	56	2	1	3	2	2	2	2	1	3	3	3	3	3	2	2	2	2	8	12	15	12	47
25	47	1	1	3	2	2	2	2	1	2	2	3	3	3	3	2	1	2	8	9	17	10	44
26	59	2	1	3	4	2	2	2	1	3	3	2	3	3	2	2	2	2	8	11	12	13	44
27	40	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	3	2	2	2	2	7	5	11	13	36
28	46	1	1	3	4	2	2	2	2	3	3	3	2	1	1	2	2	2	9	12	8	12	41
29	38	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	9	8	9	14	40
30	52	1	1	2	1	2	2	1	2	3	2	2	3	3	2	3	3	3	8	9	14	22	53

	edad	sexo	seguro	estudio	E_civil	TRR	a1	a2	a3	b1	b2	b3	c1	c2	c3	d1	d2	d3	A	B	C	D	V1
31	30	2	1	2	2	2	2	2	1	3	3	3	2	3	2	3	2	2	8	12	12	17	49
32	44	1	1	3	1	2	1	2	2	3	3	3	3	1	1	2	2	2	8	12	10	14	44
33	53	2	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	9	12	12	24	57
34	59	1	1	2	3	2	1	2	2	3	3	3	2	1	1	3	3	3	8	12	7	20	47
35	36	2	1	2	2	2	2	1	2	3	3	3	2	1	1	3	3	3	8	11	7	24	50
36	58	1	1	1	3	1	1	1	1	2	2	1	2	3	1	2	2	1	6	6	11	13	36
37	55	1	1	3	3	2	2	2	1	3	3	3	3	1	2	2	2	2	8	12	12	12	44
38	48	2	1	2	1	2	2	2	1	3	2	2	1	2	3	3	3	3	8	9	11	24	52
39	31	1	1	2	1	2	1	2	1	3	3	3	3	3	2	3	3	3	6	12	14	24	56
40	46	1	1	3	1	2	1	2	2	3	3	3	3	1	1	2	2	2	8	12	9	14	43
41	44	2	1	3	2	2	2	2	1	2	2	2	3	3	2	2	2	2	8	8	15	14	45
42	46	1	1	3	2	2	1	2	1	2	3	3	2	2	3	2	2	2	7	10	13	16	46
43	58	1	1	3	3	2	2	2	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	8	11	17	13	49
44	49	1	1	5	3	2	2	2	1	3	3	2	2	3	3	1	3	3	8	10	14	16	48
45	57	1	1	2	1	2	2	2	1	3	3	3	2	3	2	3	3	3	8	12	14	24	58
46	43	2	1	2	2	2	2	1	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	8	11	17	21	57
47	45	1	1	5	2	2	1	2	1	3	3	3	3	3	2	2	1	1	7	11	16	10	44
48	46	1	1	4	2	2	1	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	8	10	16	19	53
49	43	1	1	2	2	2	1	3	1	3	3	3	1	3	2	3	3	3	8	12	11	22	53
50	56	2	1	3	2	2	2	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	9	12	15	12	48
51	33	1	1	2	3	2	1	2	1	3	3	2	3	3	2	3	3	3	7	10	15	23	55
52	41	2	1	3	2	2	1	2	1	3	2	3	3	3	3	1	2	2	7	10	15	13	45
53	43	1	1	5	1	2	1	2	1	2	2	3	3	2	2	2	2	2	7	9	13	16	45
54	42	1	1	2	2	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	8	12	16	24	60
55	35	1	1	3	1	2	2	2	1	3	3	3	3	3	2	2	2	2	8	11	15	14	48
56	44	1	1	3	1	2	1	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	8	11	13	16	48
57	44	2	1	3	2	2	1	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	8	8	15	14	45
58	46	1	1	3	2	2	1	2	1	2	3	3	2	2	3	2	2	2	7	10	14	16	47
59	58	1	1	3	3	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	8	11	17	13	49
60	49	1	1	5	3	2	2	2	1	3	3	2	2	3	3	1	3	3	8	10	14	16	48

	edad	sexo	seguro	estudio	E_civil	TRR	a1	a2	a3	b1	b2	b3	c1	c2	c3	d1	d2	d3	A	B	C	D	V1
61	39	2	1	5	1	2	2	2	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	9	11	15	18	53
62	46	1	1	3	2	2	2	1	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	7	8	13	16	44
63	42	2	1	4	2	2	2	2	1	3	2	2	3	3	3	2	2	2	9	9	16	18	52
64	55	1	1	3	2	2	2	1	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	8	11	12	13	44
65	44	2	1	3	1	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	7	12	17	16	52
66	50	2	1	2	3	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	3	3	3	9	10	12	21	52
67	46	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	3	2	2	2	2	7	6	10	14	37
68	40	1	1	3	1	2	2	2	1	3	3	3	3	3	2	2	2	2	8	12	14	13	47
69	33	1	1	2	3	2	2	3	1	3	3	2	3	3	2	3	3	3	9	10	15	23	57
70	41	2	1	3	2	2	1	3	2	3	2	3	3	3	3	1	2	2	9	10	15	13	47
71	45	1	1	5	2	2	1	2	1	3	3	3	3	3	2	2	1	1	7	11	16	10	44
72	46	1	1	4	2	2	2	2	1	3	2	3	3	3	3	2	3	3	8	10	16	19	53
73	43	1	1	2	2	2	1	3	1	3	3	3	1	3	2	3	3	3	8	12	11	22	53
74	56	2	1	3	2	2	2	2	1	3	3	3	3	3	2	2	2	2	8	12	15	12	47
75	47	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	1	2	9	9	17	10	45
76	59	2	1	3	4	2	2	2	1	3	3	2	2	3	2	2	2	2	8	11	12	13	44
77	40	2	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	3	2	2	2	2	7	5	11	13	36
78	46	1	1	3	4	2	1	2	2	3	3	3	2	1	1	2	2	1	8	12	8	12	40
79	38	1	1	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	8	8	9	14	39
80	52	1	1	2	1	2	2	2	1	3	2	2	3	3	2	3	3	3	8	9	14	22	53

ANEXO I
RESULTADOS DESCRIPTIVOS EN SPSS

```
SAVE OUTFILE='D:\Resultados.sav'  
  /COMPRESSED.  
FRECUENCIES VARIABLES=V1  
  /ORDER=ANALYSIS.
```

Frecuencias

[Conjunto_de_datos0] D:\Resultados.sav

Estadísticos

V1

N	Válidos	80
	Perdidos	0

V1

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alta	5	6,3	6,3	6,3
	Baja	12	15,0	15,0	21,3
	Mediana	63	78,8	78,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	