



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

**MODELO INTEGRADOR
EXPLICATIVO DE ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO BASADO EN LA
RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE,
AUTOEFICACIA, ESTADO
EMOCIONAL Y APOYO SOCIAL
PERCIBIDO EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
DE HOSPITALES NACIONALES –
LIMA**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA
MARIA ELIZABETH CHALCO
FLORES**

LIMA - PERÚ

2021

ASESOR:

Dr. Carlos López Villavicencio

JURADO DE TESIS

DRA. ELIZABETH DANY ARAUJO ROBLES

PRESIDENTE

DRA. MAHIA BEATRIZ MAURIAL MACKEE

VOCAL

DRA. MARIA ELENA DIAZ PIZAN

VOCAL

DR. FREDY SANTIAGO MONGE RODRIGUEZ

SECRETARIO

DEDICATORIA

A Dios y a mi familia

Mi gratitud a todas las personas maravillosas que me brindaron sus grandes conocimientos sobre la base de sus experiencias tanto teóricas como prácticas; asimismo, por el apoyo emocional clave en todo el proceso de esta investigación. Mi estima personal al Dr. Carlos López Villavicencio.

AGRADECIMIENTOS

De la misma forma, expreso mi admiración y reconocimiento a cada una de las personas que afrontan día a día la enfermedad de insuficiencia renal, quienes fueron en esta oportunidad la motivación para continuar generando conocimiento a favor de mejorar su calidad de vida.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Tesis autofinanciada

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.1. Identificación del problema	5
1.2. Justificación e Importancia del problema	10
1.2.1. Justificación teórica,	10
1.2.2. Justificación metodológica	10
1.2.3. Justificación práctica o social	11
1.2.4. Importancia del estudio	11
1.3. Limitaciones de la investigación	12
1.4. Objetivos de la Investigación	12
1.4.1. Objetivo General	12
1.4.2. Objetivos Específicos:	12
2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	14
2.1. Situación contextual	14
2.2. Aspectos conceptuales pertinentes	16
2.2.1. Enfermedad Renal Crónica (ERC)	16
A. Clasificación de la enfermedad renal crónica	17
B. Insuficiencia Renal Crónica	19
C. Tratamientos	21
2.2.2. Teorías explicativas en el proceso salud-enfermedad	23
2.2.3. La Adherencia al tratamiento	26
Modelos teóricos sobre la adherencia al tratamiento	28
2.2.4. La Relación médico-paciente	32
2.2.5. La Autoeficacia	36
2.2.6. Estado emocional	38
2.2.7. El apoyo social percibido	41
2.2.8. Modelos de ecuaciones estructurales de la adherencia (MEE)	45
2.3. Investigaciones en relación con el problema investigado	49
2.3.1. Investigaciones internacionales	49
2.3.2. Investigaciones nacionales	55
2.4. Definiciones conceptuales y operacionales de variables	58
2.4.1. Variable Adherencia al Tratamiento	58

2.4.2.	Variable Relación Médico-Paciente	58
2.4.3.	Variable Autoeficacia	59
2.4.4.	Variable Estado Emocional	59
2.4.5.	Variable Apoyo social percibido	60
2.5.	Hipótesis	65
2.5.1.	Hipótesis General	65
2.5.2.	Hipótesis Específicas	66
3.	CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	67
3.1.	Tipo y nivel de investigación	67
3.2.	Diseño de la Investigación	67
3.3.	Población y muestra	68
3.3.1.	Descripción de los participantes	68
3.3.2.	Muestra y método de muestreo	69
3.4.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	70
3.4.1.	Escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos	70
3.4.2.	Instrumento 2, Cuestionario relación médico – paciente (PDRQ-9)	72
3.4.3.	Escala de autoeficacia general de Baessler y Schwarse	73
3.4.4.	Cuestionario del estado emocional en pacientes con IRC	74
3.4.5.	Escala de apoyo social percibido de Sherbourne y Stewart	76
3.5.	Procedimiento de recolección de datos	78
3.6.	Consideraciones éticas	80
3.7.	Plan de análisis de datos	81
4.	CAPÍTULO IV: RESULTADOS	84
4.1.	Análisis descriptivos	84
5.	CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	94
5.1.	Discusión	94
5.2.	Conclusiones	101
5.3.	Recomendaciones	102
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
7.	ANEXOS	120
	ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	120
	ANEXO 2: CUESTIONARIOS DE EVALUACIÓN	125

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica	18
Tabla 2. Matriz de operacionalización de variables	63
Tabla 3. Distribución y muestra de participantes en función al sexo y lugar de atención	70
Tabla 4. Distribución y muestra de los participantes por tipo de atención	71
Tabla 5. Validez V de Aiken de la variable Adherencia terapéutica	73
Tabla 6. Confiabilidad de la variable de Adherencia terapéutica	74
Tabla 7. Validez V de Aiken de la variable Relación Médico-Paciente	75
Tabla 8. Confiabilidad de la variable de Relación Médico-Paciente	75
Tabla 9. Validez V de Aiken de la variable Autoeficacia	76
Tabla 10. Confiabilidad de la variable Autoeficacia	77
Tabla 11. Validez V de Aiken de la variable Estado Emocional	78
Tabla 12. Confiabilidad de la variable Estado Emocional	79
Tabla 13. Validez V de Aiken de la variable Apoyo Social	80
Tabla 14. Confiabilidad de la variable Apoyo Social	80
Tabla 15. Estadísticos descriptivos de las variables de investigación	88
Tabla 16. Prueba consolidada de Kolmogórov-Smirnov de las variables	89
Tabla 17. Validez y confiabilidad de los instrumentos e Índice de bondad de ajuste de la estructura interna del constructo, de las variables de estudio.	93
Tabla 18. Índice de ajuste de la estructura interna de las variables de estudio	94
Tabla 19. Estimaciones y nivel de significancia de regresión estructural de las variables de estudio	96
Tabla 20. Correlación entre la adherencia y la relación médico paciente	96

Tabla 21. Correlación entre adherencia al tratamiento y autoeficacia	97
Tabla 22. Correlación entre adherencia y estado emocional	97
Tabla 23. Correlación entre adherencia al tratamiento y apoyo social percibido	98

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Propuesta del modelo integrador explicativo de la adherencia	48
Figura 2. Representación del modelo del estudio de investigación	87
Figura 3. Regresión estructural de las variables de estudio	89

RESUMEN

El estudio propone validar un modelo integrador explicativo de adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en función de las siguientes variables: relación médico-paciente, autoeficacia, estado emocional y apoyo social percibido. El tipo de investigación fue sustantivo, de nivel explicativo y su diseño fue no experimental, correlacional-multivariado y transversal. Se empleó el método de ecuaciones estructurales para la validación del modelo; la muestra fue de tipo censal, estuvo conformada por 245 pacientes que se siguen tratamiento de diálisis y trasplante renal de hospitales nacionales de Lima Metropolitana; además, todos los instrumentos fueron validados. Los resultados demostraron la validez del modelo integrador explicativo propuesto; se comprobó un ajuste de bondad adecuado evidenciado por medio de los valores de la $X^2 = 108.430$, (TLI)=.971, (RMSEA)=.058, (GFI)=.944, (CFI)=.978, (IFI)=.978. El modelo explicó que las variables que presentaron una influencia significativa sobre la adherencia al tratamiento fueron la relación médico-paciente y el apoyo social percibido, mientras que las otras variables predictoras “autoeficacia” y “estado emocional” presentaron implicancias no significativas. Se argumentan las implicancias de proponer un nuevo modelo de intervención en la salud pública a través de una labor multidisciplinaria con otros profesionales entendidos en el tema, así como trabajar con instrumentos validados en pacientes con insuficiencia renal.

Palabras clave: Adherencia, relación médico-paciente, autoeficacia, estado emocional, apoyo social, insuficiencia renal crónica.

ABSTRACT

The purpose of the study was to validate the explanatory integrative model of treatment adherence in patients with chronic renal insufficiency based on the variables: doctor-patient relationship, self-efficacy, emotional state, and perceived social support. The type of investigation was substantive, of an explanatory level and hypothesis testing, the sample was made up of 245 patients with dialysis treatment from the city of Lima; the surveys technique and instruments validated by the Aiken method and Cronbach's Alpha.

The result showed that the explanatory integrative model on treatment adherence presented an adequate fit in the study carried out in patients with chronic renal insufficiency. The fit indices obtained were $\chi^2=108,430$, (TLI) = . 971, (RMSEA)=.038, (GFI)=.944, (CFI)=.978, (IFI)=.978. In the model he explained that the variables that presented a significant influence on treatment adherence were the Doctor-Patient Relationship and perceived social support; the other predictor variables Self-efficacy and Emotional State presented not significant implications. It is argued the implications of proposing a new model of intervention in public health through multidisciplinary work with other professionals involved in the subject, as well as working with validated instruments in patients with chronic renal insufficiency.

Key Words: Adherence, Doctor-patient relationship, Self-efficacy, Emotional State, Perceived social support, Chronic Renal Insufficiency.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), desde el año 2004, considera las enfermedades crónicas como un severo problema de salud pública cuya proyección se incrementa de manera alarmante. Entre las enfermedades que resaltan se encuentran las siguientes: la diabetes, el cáncer, la hipertensión, los problemas cardiovasculares, la obesidad y las enfermedades renales.

El Perú no ha sido ajeno a esta tendencia especialmente centrada en la enfermedad renal crónica (ERC), cuya prevalencia está estimada en 16 % (Herrera *et al.*, 2014) que lidia con una exacerbada preocupación en el sector salud al no encontrar una adecuada forma de manejar la enfermedad renal y aminorar las secuelas que lleva esta enfermedad en el individuo.

La enfermedad renal crónica es una patología degenerativa de los riñones, que tiene por comorbilidad a otras enfermedades, como la diabetes *mellitus*, la hipertensión arterial y la obesidad, cuya tasa de mortalidad en todas las edades aumentó a 41,5 %, cuya prevalencia se estima en 87 % y la mortalidad, en 98 % entre 1990 y 2017; según el Global Burden Disease (James *et al.*, 2018), los países en vías de desarrollo presentan el 63 % de la carga global de la enfermedad. Este estudio de investigación desarrolla un marco conceptual de la ERC, descrita como una enfermedad heterogénea que altera el sistema de los riñones, reduce progresivamente la función renal, por lo general de forma definitiva (Herrera-Añazco *et al.*, 2016). En cuanto a la terapéutica, las principales fuentes son la hemodiálisis (HD), la diálisis peritoneal (DP) y el trasplante renal (TR) (Buitrago, 2018). Asimismo, esta enfermedad se caracteriza por afecciones psicológicas y

sociales que, en la mayoría de los casos, tienden a agravar su estado de salud por las modificaciones intempestivas en los estilos, los hábitos y la calidad de vida.

En nuestro país, se estiman tres millones de pacientes con enfermedades renales, que oscilan entre una etapa de ERC leve, seguida de una moderada y una grave hasta la etapa de insuficiencia renal crónica terminal (IRC-t); de este total, 450 mil radican en Lima Metropolitana; de ellos, trece mil se encuentran en la fase terminal, por lo que reciben algún tipo de tratamiento tanto en los diferentes hospitales nacionales como instituciones privadas de salud.

Esta realidad viene acompañada de un factor, denominado adherencia al tratamiento, que presenta implicancias importantes en el manejo de las enfermedades crónicas. Se trata de una variable que permite minimizar los riesgos y las afecciones que conlleva la enfermedad renal y optimizar la calidad de vida del paciente. Al estudiar esta variable, se intenta conocer cuáles son los factores que la explican y, de esta manera, asumir con mayor responsabilidad su salud renal. Las variables consideradas para este estudio están planteadas considerando el modelo biopsicosocial del proceso salud-enfermedad; en este se encuentran comprendidos los diversos enfoques teóricos derivados de la psicología de la salud, como son la teoría de la acción razonada, el modelo de los sistemas de autorregulación, la teoría social cognitiva y el modelo de aptitudes de información-motivación-comportamiento. Luego de analizarlos, se produce el interés y la necesidad de integrarlos considerando algunas de las variables de los modelos que podrían aportar en la propuesta del modelo integrador explicativo de la adherencia, cuya finalidad es abordar al paciente de forma integral y mejorar su condición de salud. Por consiguiente, el estudio de investigación se centra en conocer la validez del

modelo propuesto, el cual ha sido formulado teóricamente y propone explicar la intención de algunas variables psicosociales, entre las cuales se encuentran las siguientes: la relación médico-paciente, la autoeficacia, el estado emocional y el soporte social percibido, consideradas como variables predictoras, sobre la adherencia.

Respecto de las variables psicológicas que revisten importancia fueron señaladas las siguientes: la adherencia al tratamiento, la relación médico-paciente, la autoeficacia, el estado emocional y el apoyo social recibido. La adherencia al tratamiento es considerada como un conjunto de conductas que destaca el rol activo del paciente, que asume la responsabilidad del autocuidado y evita comportamientos de riesgo; de ahí la importancia de investigar y demostrar su necesidad (Zaldívar, 2003). Con respecto a la relación médico-paciente, esta alude, en primer lugar, a los códigos deontológicos que los profesionales se comprometen a cumplir en su labor asistencial; en segundo lugar, a medicalizar el periodo final de la vida hasta replantear la propia definición de muerte para el paciente; y, en tercer lugar, mantiene una relación igualitaria entre la provisión de los servicios sanitarios y el reparto equitativo de recursos económicos, así sean escasos (Sola, 2012). Por otro lado, la autoeficacia identifica la capacidad individual desarrollada y estable sobre la efectividad que puede ser la conducta del paciente para enfrentar su situación real o potencial de la enfermedad; su práctica por parte del paciente resulta moduladora, motivacional y sirve de factor protector (Pereyra *et al.*, 2018). Luego, el estado emocional se vincula con el miedo, la tristeza y la ira que, cuando son intensos y constantes, alteran el desenvolvimiento de las personas frente a situaciones que perciben como estresantes; estas constituyen exposiciones a

condiciones de riesgo para contraer y cronificar enfermedades físicas; de ahí que estos fenómenos psicofisiológicos hayan sido asociados a los padecimientos como elementos influyentes en su inicio, desarrollo y mantenimiento (Piqueras *et al.*, 2009). Por último, el apoyo social percibido, entendido como generador y a la vez reductor del estrés, consiste en reajustes de lo cotidiano realizados por la comunidad, redes sociales y otros, y son considerados por los pacientes como la función de brindar información, soporte emocional y ayuda material, lo que con anterioridad era poco deseable (Barro y Chacón, 1992).

Seguidamente, se presenta la metodología del estudio que se encuentra inserta en una investigación básica o sustantiva, de nivel explicativo y con diseño no experimental, correlacional, multivariado, a través del método de ecuaciones estructurales. Asimismo, se realiza la descripción de la muestra y también de todos los instrumentos utilizados y validados para el estudio, juntamente con las técnicas de análisis de los datos.

Posteriormente, se señalan los resultados correspondientes al modelo propuesto y la validez del modelo integrador explicativo sobre la adherencia al tratamiento. Se logra alcanzar el objetivo general planteado en el estudio mediante el uso de figuras y tablas relacionadas a los coeficientes estructurales que indican la influencia de las variables de acuerdo con las hipótesis planteadas.

Finalmente, esta investigación muestra la discusión de resultados y el contraste con las teorías de la literatura revisada. Cabe resaltar que esta propuesta de modelo validado será de gran utilidad para ejecutarlo en los hospitales nacionales y mejorar la adherencia.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Identificación del problema

La enfermedad renal crónica (ERC) es una patología que afecta al funcionamiento de los riñones y que se presenta por la influencia de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Las personas que padecen la enfermedad presentan dolor y sufrimiento, especialmente si se encuentran en los últimos estadios de la enfermedad. En el año 2015, de manera conjunta, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Sociedad Latinoamericana de Nefrología (SLN) revelaron su prevalencia del 10 % a nivel mundial (Loza, C., Tapia, C., Ramos, W., Concepción, L., 2015). En ese sentido, sobre la base del incremento de la incidencia y de la prevalencia asociadas con otras enfermedades, la ERC fue aceptada como un problema de salud pública.

En nuestro país, se estima que existen aproximadamente tres millones de pacientes con enfermedades renales, tomando en cuenta los cinco estadios por los que atraviesa la enfermedad, cuyo estadio final, denominado como insuficiencia renal crónica, es tratado mediante procedimientos de reemplazo renal (TRR): la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal. Las estadísticas nacionales indican que en el año 2015 fueron registrados 12 773 pacientes, de los cuales el 78 % recibió tratamiento en EsSalud; 16 % en el Minsa y 5,3 % en las Fuerzas Armadas; mientras que en el sector privado solo 0,2 % (Loza *et al.*, 2015). Asimismo, existen datos sobre las repercusiones clínicas negativas en los factores físico, biológico, psicológico y social; igualmente, se desconoce el costo real, la

eficacia de los tratamientos, su efectividad y el grado de adherencia que presenta el paciente ante la enfermedad.

Herrera, Pacheco y Taype (2016), en una revisión de la literatura médica, señalaron que la prevalencia de la ERC en algunas regiones del país llega al 16 %. Los pacientes tratados con hemodiálisis fallecen hasta en un 50 % a los siete meses de iniciado el tratamiento. En síntesis, la ERC es una enfermedad común y silenciosa que presenta problemas tanto en el diagnóstico como en el tratamiento temprano ante la ausencia de médicos especialistas en las diversas regiones de nuestro país, donde existen problemas de cobertura de la HD.

La enfermedad renal representa un problema relevante para la salud pública, así como la adherencia al tratamiento. Este último constructo fue definido por Sackett en 1975 como el comportamiento de un paciente para coincidir con los consejos del personal de salud. Este concepto otorga autoridad al médico y la pasividad del paciente. Durante muchos años, la adherencia al tratamiento estuvo focalizada dentro del modelo biomédico que, en el transcurso de los últimos años, resultó ser insuficiente, motivo por el cual se presenta la importancia de considerar otros componentes que intervienen en el proceso de la salud-enfermedad, como son los componentes psicológicos y sociales, vinculados con el planteamiento del modelo biopsicosocial, los cuales buscan aminorar los problemas de adherencia y mejorar los estilos de vida con el apoyo familiar y otros tipos de soporte (Silva, Galeno y Correa, 2005). En este modelo de salud, algunos autores, como DiMatteo y DiNicola (2004), señalaron la adherencia como un proceso en el cual el paciente sigue las indicaciones del terapeuta sobre la base de las características de su

enfermedad, del régimen terapéutico que sigue, de la relación que establece con el profesional de la salud y de sus características psicológicas y sociales. En tal sentido, se otorga al paciente un rol activo y responsable con su tratamiento médico, es decir, se resaltan los comportamientos que promueven el autocuidado responsable.

En el modelo biopsicosocial, existen diversos enfoques teóricos que buscan explicar la adherencia al tratamiento proveniente de la psicología de la salud, entre ellos se encuentran los siguientes: la teoría de la acción razonada, el modelo de creencias en salud, el modelo de los sistemas autorreguladoras, la teoría social cognitiva y el modelo de aptitudes de información-motivación y comportamiento. Todas estas teorías sustentadas en modelos de comportamiento demostraron ser válidas para la intervención de algunas enfermedades crónicas; no obstante, se carece de un modelo que explique la adherencia en pacientes con IRC, puesto que cada modelo se ha centrado en diferentes variables que buscan dar respuesta a las particularidades del contexto y de las patologías crónicas específicas.

Las características psicológicas y sociales contribuyen a mejorar o afectar aún más el desarrollo de la enfermedad o del tratamiento, incluso la capacidad de afrontamiento para manejar problema de salud. Algunos elementos que podríamos señalar son los siguientes: el incumplimiento de la prescripción médica, asociada a diversos factores, como, por ejemplo, el escaso o breve vínculo entre médico y paciente, la falta de comprensión de las indicaciones dadas por el médico; el abandono de la terapia, relacionado a pensamiento de desesperanza o de muerte; el agobio por la tristeza y la angustia como resultado de conocer el diagnóstico y el

tratamiento; finalmente, la ausencia de familiares que puedan brindar apoyo al paciente durante este proceso de salud-enfermedad. Todas estas características mencionadas son parte de la falta o pobre adherencia que puede visibilizarse en diferentes contextos; es así como la OMS, en el 2001, señala que más del 50 % de los pacientes llega a abandonar la terapia, lo que los lleva a la muerte.

En conformidad con la problemática ilustrada y por la experiencia de labor hospitalaria vivida durante 15 años de observación de la limitada adherencia al tratamiento en los consultorios y la hospitalización, en relación con la falta de concientización de la enfermedad renal y todo lo mencionado líneas arriba, se consideró la necesidad y la importancia de algunas variables de los modelos teóricos de la psicología de la salud con la finalidad de mejorar el abordaje del paciente con insuficiencia renal. Tal es el caso de la variable relación médico-paciente, derivada del modelo de aptitudes de información-motivación-comportamiento, que describe el vínculo entre el especialista y el paciente mediante la confianza y una comunicación fluida en la que se da a conocer toda la información sobre el diagnóstico y el tratamiento que el paciente recibirá; asimismo, se fomenta la motivación para asumir conductas saludables. Al respecto, Frishman (1996) refiere que esta variable pronostica óptimos resultados en diversas enfermedades crónicas. No obstante, en nuestro contexto, se observa que la información proporcionada por los médicos es escasa por el breve tiempo de atención, que genera dudas y/o falsa información sobre la enfermedad en el paciente; a esto se podría añadir la escasa confianza y empatía. Otra variable que se debe considerar es la autoeficacia extraída de la teoría de la acción razonada y de la teoría social cognitiva, que resaltan los conceptos de creencias, actitudes y la

autoeficacia, referida como aquella capacidad de creer que uno puede lograr todo lo que se propone. Sin embargo, la capacidad resolutive frente al problema de salud se ve mermada por pensamientos de incapacidad y sentimientos de minusvalía. Con respecto a la variable del estado emocional, tomada en cuenta del modelo de los sistemas autorreguladores, que intenta explicar que las conductas están determinadas por las creencias, la experiencia emocional y los planes de cambio; en ese sentido, es frecuente observar pacientes con reacciones y cargas emocionales negativas, sobre todo al conocer su diagnóstico y al inicio del tratamiento, cuando predominan los trastornos de ansiedad y depresión, que muchas veces condicionarán la vulnerabilidad del paciente y perjudicarán su adherencia al tratamiento (Colell, 2008). Finalmente, otra variable que ha cobrado importancia, porque asume un rol protector y minimizador de los efectos negativos del estrés que trae consigo la enfermedad renal (Aguerre y Bouffard, 2008), es el apoyo social percibido, derivado del modelo biopsicosocial en salud.

Existe la tendencia de desarrollar teorías y modelos integrados, tal como ocurre con los esquemas y los antecedentes de salud internacionales que existen y acentúan la importancia de la teoría de los determinantes sociales y ambientales en la relación salud-enfermedad (Franco-Giraldo, 2016). En ese sentido, se planteó un modelo de salud relacionado a nuestro medio, denominado Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS, 2010) que hace extensivo a la familia y a la comunidad; no obstante, en este modelo, no está considerada la atención para personas con ERC.

De ahí la necesidad de que en esta investigación se pueda diseñar un modelo integrador explicativo que contribuya al sustento de la adherencia al tratamiento en

relación con los factores atención médico-paciente, autoeficacia, estado emocional y el apoyo social percibido en pacientes con IRC de hospitales nacionales. Es así como se planteó el siguiente problema:

¿Es válido el modelo integrador explicativo de adherencia al tratamiento basado en la relación médico-paciente, la autoeficacia, el estado emocional y el apoyo social percibido en pacientes con insuficiencia renal crónica de hospitales nacionales de Lima Metropolitana?

1.2. Justificación e Importancia del problema

1.2.1. Justificación teórica,

Desde la perspectiva de la Psicología, el modelo integrador explicativo propuesto en este estudio resulta un aporte a la literatura científica para mejorar la adherencia en pacientes con IRC. La sistematización teórica de la literatura revisada sobre el comportamiento de los pacientes servirá para mejorar su atención en salud considerando las variables mencionadas líneas arriba. Además, la base teórica producto de la investigación amplía la información y establece el antecedente de que la psicología de la salud es de suma importancia en el manejo de la adherencia al tratamiento.

1.2.2. Justificación metodológica

La investigación se justifica metodológicamente, porque se validaron y describieron las propiedades psicométricas de los instrumentos de medición de las variables utilizadas para el estudio, como la relación médico-paciente, la

autoeficacia, el estado emocional, el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento.

1.2.3. Justificación práctica o social

Los procedimientos establecidos en esta investigación se encuentran sustentados con datos válidos y confiables tanto de los instrumentos como de los procedimientos realizados para obtener la influencia y la utilidad de las variables planteadas frente a la adherencia terapéutica. Todo esto tiene por finalidad promover mejoras en la atención en los servicios de salud y optimizar la calidad de vida de los pacientes, así como resaltar la contribución del psicólogo en el trabajo multidisciplinario entre profesionales de la salud.

1.2.4. Importancia del estudio

A nivel mundial, la adherencia terapéutica en personas con ERC fue considerada como un factor de poca trascendencia; no obstante, se ha visto afectado por el aumento de muertes prematuras y gastos adicionales en la salud hasta el punto de que la OMS consideró la falta de adherencia terapéutica un tema que se debería tomar en cuenta en la salud pública al evidenciarse el incremento de los casos de ERC (2003).

Es relevante enfatizar el rol que cumple la psicología de la salud cuando estudia la conducta adherente para atenuar las complicaciones de la enfermedad considerando el modelo biopsicosocial en salud en relación con factores personales, como la autoeficacia y los estados emocionales del paciente, y factores psicosociales, como la relación médico-paciente y el soporte social percibido, que

generan el establecimiento de un nuevo modelo de intervención para manejar la adherencia en pacientes con insuficiencia renal crónica en nuestra realidad peruana de la mejor forma posible.

1.3. Limitaciones de la investigación

La investigación puede determinar la correlación, pero no presenta una relación causal por el tipo de diseño de correlaciones multivariadas; por consiguiente, se queda en un nivel explicativo-inferencial. Así también, los resultados no podrán generalizarse, ya que atañen solo a pacientes con insuficiencia renal crónica de hospitales nacionales de Lima Metropolitana.

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo General

O_G Validar la propuesta del modelo integrador explicativo de la adherencia al tratamiento basado en la relación médico-paciente, la autoeficacia, el estado emocional y el apoyo social percibido en pacientes con insuficiencia renal crónica de hospitales nacionales.

1.4.2. Objetivos Específicos:

O₁ Identificar la influencia significativa de la variable *relación médico-paciente* sobre la adherencia al tratamiento en la propuesta del modelo integrador en pacientes con insuficiencia renal crónica de dos hospitales nacionales de Lima Metropolitana.

O₂ Identificar la influencia significativa de la variable *autoeficacia* sobre la adherencia al tratamiento en la propuesta del modelo integrador en

pacientes con insuficiencia renal crónica de dos hospitales nacionales de Lima Metropolitana.

- O₃** Identificar la influencia significativa de la variable *estado emocional* sobre la adherencia al tratamiento en la propuesta del modelo integrador en pacientes con insuficiencia renal crónica de dos hospitales nacionales de Lima Metropolitana.

- O₄** Identificar la influencia significativa de la variable *soporte social percibido* sobre la adherencia al tratamiento en la propuesta del modelo integrador en pacientes con insuficiencia renal crónica de dos hospitales nacionales de Lima Metropolitana.

2. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Situación contextual

El estudio de investigación se desarrolló en instituciones que forman parte del Ministerio de Salud, entidad del Estado que protege la dignidad de las personas mediante la promoción de la prevención de enfermedades y garantizando la atención integral de la salud a través de diferentes niveles de intervención, como puestos de salud, centros y hospitales en diferentes lugares del país.

Las instituciones de salud pública donde se desarrolló la investigación presentan una estructura orgánica y funcional que requiere ser descrita para un mejor panorama de nuestra realidad sobre la atención de pacientes con la enfermedad.

En esta oportunidad, abordaremos dos hospitales de nivel III-1 como son el Hospital Cayetano Heredia y el Hospital Dos de Mayo, ambos con características similares en cuanto a la estructura y el funcionamiento de los diversos departamentos y servicios médicos que ofrecen a la población nacional.

Todas las personas que son atendidas en dichos nosocomios poseen el Seguro Integral de Salud (SIS) y han sido derivados de diferentes establecimientos que no brindan un servicio especializado en relación con enfermedades renales. Es así como en ambas instituciones de salud presentan el servicio de atención en Nefrología, donde laboran aproximadamente cuatro nefrólogos, seis enfermeras y personal técnico según las necesidades del establecimiento. Se asiste a pacientes niños, adolescentes y adultos en el Hospital Cayetano Heredia y solo a pacientes

adultos en el Hospital Dos de Mayo. Así también, frente a la alta demanda como por la necesidad de ofrecer un mejor nivel de atención se creó una unidad de diálisis en cada hospital, que se organizan por horarios y turnos para dializar a los pacientes con IRC que reciben atención en las mencionadas instituciones.

El Hospital Dos de Mayo se caracteriza básicamente por contar con la unidad de diálisis para la atención de adultos, mientras que el Hospital Cayetano Heredia presenta una unidad de diálisis para adultos, adolescentes y niños, además de contar, al mismo tiempo, con una unidad de trasplante renal desde hace aproximadamente 15 años, en la cual se han realizado hasta la fecha un total de 153 trasplantes. Recordemos que la atención se ofrece sobre todo a pacientes que tienen SIS y los derivados por otros establecimientos de salud de diversas regiones, lo cual ha incrementado el número de pacientes; no obstante, el establecimiento hospitalario no logra cubrir la atención para todos en las unidades de diálisis, motivo por el que algunos pacientes se ven obligados a acudir también a centros particulares que les cubre el SIS para sus tratamientos.

A ello, se suma la falta de adherencia al tratamiento, proceso difícil para el paciente y su familia, porque muchas veces tienen que trasladarse de sus zonas de origen hacia la capital con la finalidad de obtener una atención especializada y un centro de diálisis para iniciar su tratamiento, lo cual les genera problemas de adaptación al medio y en sus relaciones interpersonales, ya que surge un conjunto de características psicológicas que podrían favorecer o perjudicar aún más el desarrollo de la enfermedad, debido a la reestructuración de sus recursos personales frente a las situaciones estresantes que abordarán de ahora en adelante. Es en ese

momento cuando surge la interrogante sobre las variables psicosociales que influyen en el afrontamiento de la enfermedad renal.

2.2. Aspectos conceptuales pertinentes

2.2.1. Enfermedad Renal Crónica (ERC)

La enfermedad renal crónica (ERC) es definida como un conjunto de patologías diversas y heterogéneas que perjudican la estructura y el funcionamiento del riñón, es decir, se produce una disminución del funcionamiento renal de manera progresiva, frecuente e irreversible (Herrera-Añazco *et al.*, 2016). En general, la evolución de esta enfermedad se considera de forma silente, lo cual, en muchos casos, limita el diagnóstico en sus primeros estadios, los controles a debido tiempo y el acceso al tratamiento, que llegando a manifestarse en los estadios más avanzados como insuficiencia renal crónica (IRC), que conlleva a recibir tratamiento de diálisis o trasplante renal.

En la publicación del Forum Kidney International, en el que participaron la Sociedad Internacional de Nefrología y la OMS (WHO, 2019), se señaló que la ERC es resultado del manejo deficiente de la diabetes y de las enfermedades cardiovasculares. Es así como últimamente se ha reunido evidencia de que la ERC se encuentra asociada a personas de edad avanzada, al padecimiento de hipertensión arterial, a la diabetes *mellitus*, a la obesidad y a otras enfermedades (Cerqueira *et al.*, 2014). En ese sentido, hoy en día, se sabe que las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la obesidad mantienen una estrecha interrelación con las ERC, porque son condiciones que se realimentan entre sí, lo cual evidencia que la mayor carga provocada por estas enfermedades sea mucho más perjudicial en los

países menos desarrollados, con menor cantidad de recursos y en transición epidemiológica activa. El Global Burden Disease (GBD) indica que entre los años 1990 y 2017 la prevalencia aumentó en 87 % y la mortalidad en 98 %, lo cual explica el 63 % de la carga global de la enfermedad.

Por otro lado, Cantoral (2019) señala que las intervenciones de la ERC se inician en los primeros niveles de atención, aunque se podrá obtener un mejor diagnóstico en el segundo y en el tercer nivel de atención, porque se cuenta con médicos nefrólogos especialistas.

A. Clasificación de la enfermedad renal crónica

En el año 2002, la National Kidney Foundation (NKF) reconoció la relevancia de la ERC y facilitó una categorización en estadios según gravedad, definidos por el filtrado glomerular (FG), así como también del diagnóstico clínico. Las guías internacionales de Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) (2013) han señalado el concepto de ERC, independientemente del diagnóstico clínico, de tres meses de un filtrado glomerular (FG) inferior a 60 ml/min/1,73 m² o una lesión renal, descrita por la evidencia de alteraciones estructurales y/o funcionales del riñón, que puedan conllevar geoméricamente un descenso del FG (Tabla 1)

Tabla 1*Clasificación de los estadios de la enfermedad renal crónica*

Estadio	Descripción	FG (ml/min/1,73m 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 o diálisis

Fuente: Guías KDIGO de la National Kindey Fundation (2002)

Es importante resaltar que la atención de este estudio se enfoca en las personas que se encuentran en el quinto estadio de la enfermedad (fallo renal), denominada insuficiencia renal crónica (IRC), y están recibiendo tratamiento de diálisis y trasplante en los hospitales nacionales.

Al respecto, ambas instituciones, categorizadas como de tercer nivel de atención, tienen el propósito brindar atención especializada, además de que cuentan con procedimientos de alta tecnología y atención por parte de profesionales especialistas en nefrología. Al mismo tiempo, poseen una alta demanda de atención por su carácter de referencia nacional en el país, así como por las intervenciones especializadas que realizan, como la diálisis y el trasplante renal; este último solo es realizado en uno de los hospitales. Al respecto, Herrera *et al.* (2016) señalaron

que más del 50 % de las personas con ERC en las regiones del interior del país no reciben diálisis y menos aún trasplante renal, debido a la ausencia de centros de diálisis en los hospitales del sector estatal, como por el hecho de no contar con nefrólogos para su atención, razón por la cual los derivan a la capital.

B. Insuficiencia Renal Crónica

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una enfermedad que se caracteriza por la pérdida progresiva (con un tiempo de tres meses o más) y definitiva de la función renal, cuya gravedad de afección se define por un filtrado glomerular (FG) <15 ml/min/1.73 m. Las causas son múltiples, entre las que destacan la nefropatía diabética, la nefrosclerosis hipertensiva y la glomerulonefritis. Es así como los riñones tienden a perder su capacidad para eliminar desechos, concentrar la orina y depositar los electrolitos en la sangre. Las anomalías se observan en la albuminuria, en el sedimento urinario, en las alteraciones electrolíticas, entre otros (Rosas, 2016, Mezzano y Aros 2009).

En el año 2012, el Minsa señaló que la insuficiencia renal es una de las diez primeras causas de muerte, que explica el 3,3 % de las defunciones en el Perú. No obstante, existen tratamientos que permiten evitar llegar a estas estadísticas, como la necesidad de acudir a procedimientos de diálisis y/o trasplante renal, denominados también como tratamientos sustitutivos del riñón o tratamientos de reemplazo renal.

En cuanto a la prevalencia de la IRC en el Perú, se conoce mediante la publicación de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (2016) la escasez de estudios de prevalencia de la enfermedad renal en sus diversos

estudios. Sin embargo, en el año 1992, el primer estudio que muestra tasas referenciales de la enfermedad en fase terminal (IRC) acontece en Lima, de 122 pmp (por millón de población), perteneciente al seguro social. El segundo estudio, realizado en Arequipa en el año 1994, reporta una tasa de 68 pacientes pmh (por millón de habitantes) en pacientes hospitalizados. Cabe resaltar que solo se trata de una tasa hospitalaria, mas no de la verdadera magnitud de la enfermedad. El tercer estudio, realizado en el año 2011 en poblaciones urbanizadas, reporta una tasa de 20,7 % en Lima y de 12,9 % en zonas semiurbanizadas (como Tumbes). En tal sentido, se podría afirmar que aún atraviesa una transición epidemiológica.

Los departamentos de Puno, Apurímac, Huancavelica, Cusco, Ayacucho y Moquegua son los que indican mayor número de muertes por ERC, de ahí que la tasa de muertes para el período 2000-2012 fue superior en los departamentos de la sierra (155 por cien mil habitantes), de la costa (113 por cien mil) y de la selva (85 por cien mil). Posteriormente, se observa un incremento de pacientes que reciben tratamiento de diálisis o trasplante desde el año 2014 que muestran una tasa de 415 pmp en total. La tasa en EsSalud es de 942 pmp y la del Minsa, de 101 pmp. (Loza, 2015).

Actualmente, la enfermedad renal afecta al 10 % de la población peruana; es decir, que 3 000 000 de personas han llegado a perder algún nivel de función del riñón, muchos de los cuales presentan complicaciones en su salud renal que los lleva finalmente a dializarse. Existen aproximadamente 13 000 pacientes que se encuentran en una etapa tardía de la enfermedad y reciben tratamiento de diálisis, así como también cada año se presentan cerca de mil pacientes nuevos que llegan a

una fase terminal en la que necesitan una terapia de reemplazo renal o un trasplante para sobrevivir, pero muchos no lo logran.

C. Tratamientos

Por lo tanto, según Martínez, los casos definidos con IRC requieren de “manejo del paciente con tratamiento renal sustitutivo consistente en hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal” (2014), esto es, los pacientes deben recibir tratamientos que no curan y que son invasivos, como la diálisis y el trasplante (Buitrago, 2018), que son considerados de elevado costo tanto por afecciones físicas, psicológicas y sociales como económicas. Estos inconvenientes presentan implicancias negativas en la vida del paciente, asociados a los hábitos, los estilos y la calidad de vida.

Las terapias de reemplazo renal se producen de tres formas: la hemodiálisis (HD), la más utilizada; la diálisis peritoneal (DP); y el trasplante renal (TR). Se debe tener presente que ningún método brinda mejores resultados en la tasa de supervivencia y los riesgos son similares en todos los tratamientos. A continuación, detallaremos cada uno de ellos:

— **Diálisis peritoneal:** Consiste en la purificación mediante la membrana del peritoneo. Es un tratamiento que suele realizarse en casa por el mismo paciente luego de una preparación de entrenamiento. Existen dos tipos de diálisis peritoneal:

- a) **Diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA):** Se realiza de manera diaria como técnica de limpieza, en la que se utiliza una solución dializante que se infunde en la cavidad peritoneal y se realiza cada cuatro horas aproximadamente durante el día (National Kidney Foundation, 2014).

- b) **Diálisis peritoneal automatizada (DPA):** Aquí, se hace uso de una máquina llamada cicladora que es útil para la infusión dializante y el posterior drenaje. Es aplicable en el cuidado nocturno de personas adultas mayores, quienes tienen una mayor incidencia de peritonitis, aparición de hernias y pérdida de líquido dialítico (Mejía *et al.*, 2019).
- c) **Hemodiálisis (HD):** Es un procedimiento que consiste en depurar la sangre mediante un equipo por el cual circula la sangre desde la arteria hacia el filtro de la máquina dializadora en la cual las sustancias nocivas de la sangre se dispersan. Una vez liberada de sustancias nocivas, la sangre retorna al organismo mediante una vena con cánula colocada. Este procedimiento sustituye las funciones de excreción, la eliminación del líquido retenido y la regulación del equilibrio electrolítico.
- d) **Trasplante renal:** La Clínica Mayo (2019) la define como “un procedimiento quirúrgico para colocar un riñón sano de un donante vivo o fallecido en una persona cuyos riñones ya no funcionan. Es un tratamiento alternativo para la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) que se produce generalmente en personas adultas mayores. Estos tratamientos, además, requieren de otras formas terapéuticas complementarias, tales como un régimen estricto de dietas, limitaciones en la ingesta hídrica, aparte de terapias farmacológicas. En los últimos años, las mejoras de supervivencia fueron mejorando a efectos de la selección del donante y cuidados perioperatorios del receptor, además de inmunosupresores nuevos.

Según el Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades del Perú (2017), los datos preliminares presentan un importante aumento de casos, con una tasa de prevalencia de 583 pacientes pmp. en TRR. La hemodiálisis, uno de los tipos de TRR más prevalentes, cuya tasa es 477 pacientes pmp., seguida por la diálisis peritoneal con 56 pacientes pmp.; y el trasplante renal, con 50 pacientes pmp. El 82 % se encuentra hemodiálisis crónica (HDC); el 10 %, en DP y el 8 %, en TR. Bajo estos antecedentes, el Minsa (2019) ha dado la Resolución Ministerial N° 394-2019/MINSA/ que aprueba la norma técnica de acreditación de establecimientos de salud donantes-trasplantadores, con lo cual se espera tener coberturas mayores de las TR. Cabe resaltar que el Hospital Cayetano Heredia es el primer hospital del Minsa que tiene la denominación de centro trasplantador a nivel nacional.

2.2.2. Teorías explicativas en el proceso salud-enfermedad

La salud, en el transcurso de su historia, estuvo dominada por las enfermedades infecciosas; posteriormente, con el crecimiento demográfico, las ciencias en salud y la globalización de la economía han modificado los parámetros en la salud; hoy en día, se entiende que todo es un proceso dinámico. En ese sentido, la Medicina moderna ha tratado de explicar la enfermedad desde diferentes perspectivas, a partir de los modelos biomédico y biopsicosocial en el proceso salud-enfermedad (Marks *et al.*, 2008).

En el modelo biomédico, se plantea el problema de la enfermedad mediante la pregunta ¿qué es la enfermedad? y las respuestas se asocian a las ciencias naturales. Este modelo surge con la medicina de Hipócrates, que señalaba que las enfermedades son un desorden de la *physis* humana. Más adelante, Descartes divide

al ser humano en dos partes: el cuerpo, considerado como una máquina; y la mente, considerada como la sustancia pensante. Asimismo, utiliza el concepto de unicausalidad, en el que la enfermedad se genera por un agente causal específico. Entre las ventajas de este modelo, se encuentra el avance de métodos diagnósticos, de técnicas quirúrgicas y de la farmacología (Otto, 2004).

Según el enfoque biomédico en salud, los médicos presentan un rol importante y decisivo de asistencia para los pacientes, porque son los únicos que solicitan los análisis, las cirugías y brindan los medicamentos; por ello, los pacientes le delegan toda la responsabilidad, mientras que el personal de enfermería, psicología, nutrición y el servicio social es considerado de apoyo al diagnóstico, situación que no permite desarrollar el potencial que cada profesional presenta de acuerdo a su objeto de estudio para fortalecer el manejo o el tratamiento del paciente ante su enfermedad.

En el transcurrir el tiempo, aproximadamente en el siglo XIX, la ciencia empieza a considerar el medio ambiente como un factor que interviene en el comportamiento del ser humano, que se convierte en un tema central en la ciencia. En ese sentido, la OMS, desde el año 1948, define a la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social”, y agrega “no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; entonces, el concepto de salud debe incluir aspectos como la objetividad, la subjetividad, la capacidad funcional y teleológica, así como un proceso de continuo cambio y de adaptación, es decir, está influenciada por factores biológicos, del medio ambiente, de la cultura, entre otros. Sobre la base de esta idea, se considera necesario un nuevo modelo si se quiere comprender y controlar mejor las enfermedades en general. A consecuencia de ello, surge el

modelo biopsicosocial de salud, que es considerado un enfoque dinámico, en el que la salud y la enfermedad presentan diferentes grados de capacidad de adaptación del hombre frente a su entorno.

Según el modelo biopsicosocial planteado por George Engel, “el modelo médico debe considerar al paciente, el contexto social en el que vive y el sistema para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad, esto es, el papel del médico y el sistema de cuidados de la salud” (1977, p. 130). Por consiguiente, este modelo se basa en la coexistencia de factores biológicos (virus y bacterias), factores psicológicos (pensamientos, emociones y conductas) y factores sociales (economía, familia, entorno inmediato) en el proceso de salud-enfermedad del paciente (Oblitas, 2006), es decir, este modelo tiene una mirada integral según la cual el cuerpo no es el que llega a enfermarse, sino la persona, el individuo, el ser humano en su totalidad. En tal sentido, el abordaje de las diversas enfermedades crónicas, especialmente la insuficiencia renal, deberá ser abordado considerando a la persona desde un modelo integral frente a la enfermedad.

Además, el modelo biopsicosocial señala la suma de lo natural y lo social del ser humano, lo cual permite un abordaje completo. Este modelo plantea la interrogante de ¿quién es el sujeto enfermo?, cuya respuesta involucra la participación del contexto, en el que las afirmaciones parciales del individuo no se pueden generalizar, ante el *continuum* de la salud y la enfermedad. También, hace hincapié en que el manejo de la enfermedad es integral, ya que involucra al paciente y su familia. Cabe resaltar que este modelo exige el intercambio de información y conocimientos multi- e interdisciplinarios con la finalidad de participar en la

intervención de la prevención primaria, secundaria o terciaria para optimizar la calidad de vida.

En síntesis, para el modelo biopsicosocial, la enfermedad es un fenómeno múltiple, en el cual la intervención del médico no solo consiste en tratar de curar la enfermedad (si fuera el caso), sino también de cuidar la salud. Como parte del desarrollo de las ciencias médicas, lo que se busca es la integración de ambos modelos considerando los beneficios que ambas teorías presentan en todo el proceso de salud y enfermedad frente al paciente que padece la insuficiencia renal crónica.

2.2.3. La Adherencia al tratamiento

Teniendo en cuenta todo lo anterior, esta investigación busca identificar la influencia de los atributos de los médicos y el estilo de práctica psicosocial sobre la adherencia de los pacientes.

Al respecto, es necesario conceptualizar el término ‘adherencia’ que inicialmente se definía como el cumplimiento, adhesión, alianza terapéutica, adherencia, cooperación, concordancia y colaboración.

La adherencia estaba enfocada básicamente en la toma de medicamentos (Martín y Grau, 2004), dirigida por un modelo biomédico, que excluía variables psicológicas y sociales para afrontar la enfermedad. Posteriormente, estos mismos autores la define como un fenómeno complejo por factores de diversa naturaleza, es decir, un repertorio de conductas que forman parte del tratamiento, como seguir las recomendaciones médicas, evitar conductas de riesgo e incorporar

comportamientos saludables (Zaldívar, 2003); asimismo, se señala la necesidad de contextualizarlo para un mejor abordaje.

La Organización Mundial de la Salud, tomando en cuenta el modelo biopsicosocial, hace uso del concepto de adherencia terapéutica, apoyado en los propuestos por Haynes y Rand (OMS, 2004) como “el grado de comportamiento de una persona para tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, acordadas por un prestador de asistencia sanitaria” (p. 3). Esta última definición involucra la participación del paciente respecto de su enfermedad y las conductas saludables, que contribuyen a establecer una relación del paciente con el personal asistencial que lo atiende. Con esto, se procura que cada persona afronta su condición de salud-enfermedad como una forma de poner fin y atenuar los factores de riesgo o, de forma contraria, fortaleciendo sus factores protectores para el manejo óptimo de su enfermedad.

En efecto, Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez Sosa y Willey (2003) afirman que la adherencia al tratamiento es “...un proceso conductual complejo determinado por varios factores en interacción: atributos del paciente, medio ambiente del paciente (comprende apoyos sociales, el sistema de salud y accesibilidad de los recursos de salud), características de la enfermedad en cuestión y su tratamiento”. También, Soloway y Friedland (2000, cit. en Gordillo y de la Cruz Troca, 2003) señalan que la adherencia debe ser interpretada desde un enfoque biopsicosocial que incluye la interacción de diversos factores biológicos y conductuales que intervienen en la persona.

Modelos teóricos sobre la adherencia al tratamiento

En el proceso de esta investigación, se han enfatizado dos temas importantes de salud pública para el mundo y nuestro país, como la insuficiencia renal y la adherencia al tratamiento; este último tema es asociado a diversos factores, como los comportamentales y los subjetivos que desempeñan un rol fundamental en el manejo del tratamiento frente a la insuficiencia renal.

En ese sentido, la disciplina de psicología de la salud ha aportado varios modelos de comportamientos para comprender la adherencia y que han confirmado la importante utilidad para el pronóstico y la intervención de la enfermedad. Inicialmente, se tomaron en cuenta variables psicológicas, como la personalidad, y otras variables sociodemográficas (Huici, 1985; Rodríguez, 1990). Luego, se realizó un análisis desde modelos conductuales (condicionamientos operantes), centrados en los estímulos del ambiente y los reforzadores para la adopción de conductas saludables, como la teoría de la acción razonada, el modelo de los sistemas de autorregulación, la teoría social cognitiva y el modelo de aptitudes de información-motivación y comportamiento. A continuación, se describirán las teorías y los modelos conceptuales más resaltantes que han tratado de brindar una explicación de la adherencia en las diferentes enfermedades crónicas y que, en su momento, tuvieron resultados óptimos.

A) **Teoría de la Acción Razonada:** propuesta por Ajzen y Fishbein en 1973, quienes subrayan los conceptos de las creencias, las actitudes, las intenciones y la conducta en salud. A su vez, la intención está dada por el deseo de ejecutar la conducta tal como la percepción que se tiene sobre dicha

conducta. Por lo tanto, se podría señalar que una persona asuma conductas saludables tomando en cuenta la intención que tiene para ejecutarlas.

B) Modelo de los sistemas autorreguladores: desarrollado por Levental y sus colaboradores (Meyer y Nerez, 1980). Intenta explicar que las personas se encuentran dentro de un proceso autorregulador que les permite adaptarse ante situaciones de enfermedad, es decir, que las conductas estarían determinadas por las creencias de sentido común, la experiencia emocional y los planes de cambio. El modelo propone dos canales en el proceso: el primero es ser objetivo sobre la amenaza que se percibe; el segundo está enfocado en el procesamiento de las respuestas emocionales ante la percepción de amenaza y sus estrategias para controlar esa emoción. Ambos sistemas son independientes y al mismo tiempo interactivos al estar involucrados en la percepción y en las respuestas emocionales relacionadas a la enfermedad.

C) Teoría Social Cognitiva: fue planteada por Bandura en 1987, quien señala que todo cambio de conducta se centra en la creencia que se tiene para alcanzar la conducta deseada, denominada autoeficacia percibida. Esta creencia es esencial para predecir la conducta de adherencia, aun cuando otras variables predictoras estén presentes, porque se asocia con pensamientos y expectativas positivos de poder ejecutar las conductas satisfactoriamente, promueven menor nivel de estrés, ansiedad y percepción de amenaza, lo que conlleva a la persona a adoptar conductas saludables y prevenir riesgos en general.

Seguidamente, se señala que las creencias están basadas en cuatro fuentes: la experiencia de dominio, referida a la evaluación de sus acciones; las experiencias vicarias, que observan la conducta de otras personas que se encuentran en condiciones parecidas; la persuasión social, relacionada al fortalecimiento y al desarrollo de lo que dicen otras personas que intervienen y/o influyen sobre ellas; y, por último, los estados psicológicos y emocionales, que indican que podemos recibir información a través de las reacciones fisiológicas influenciadas por los niveles ansiedad, estrés y fatiga que generan respuestas de debilidad física y vulnerabilidad.

Finalmente, la autoeficacia promueve la habilidad del paciente para desenvolverse de forma adecuada y oportuna para con su tratamiento, independientemente de los profesionales de la salud, ya que favorece su asistencia en menor número de veces a los centros de salud y permite que pueda adherirse a su terapia.

D) Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales: este modelo fue propuesto por Fisher y Fisher, Bryan y Misovich en el 2002, quienes señalan que la información es un elemento importante para todo cambio de conducta; no obstante, es insuficiente para lograrlo, de tal forma que va a requerir la intervención de otros factores, como la motivación y las habilidades conductuales; estas últimas serían determinantes para el cambio que se requiere. No obstante, este modelo no considera más variables psicológicas.

El análisis de las teorías y los modelos descritos me ha permitido dilucidar que no existe un solo modelo que explique el fenómeno de la adherencia, más aún

si nuestras características personales y del entorno social son distintas para el manejo de la enfermedad. Cada modelo expuesto se ha centrado en diferentes variables de acuerdo con el contexto social en el que se han presentado las enfermedades crónicas que se estudian, para responder a sus necesidades. En ese sentido, explicar la adherencia integrándola en marcos teóricos generales ha dado lugar a diversos modelos teóricos expuestos que, a su vez, consideran el modelo biopsicosocial en conjunto con otros modelos teóricos de psicología de la salud, como las mencionadas líneas arriba. Además, mi experiencia profesional me ha motivado a proponer un modelo integrador explicativo de la adherencia tomando en cuenta variables psicosociales extraídas de las teorías.

DiMatteo *et al.* (1993) validaron un modelo heurístico clínicamente útil de tres factores para guiar a los profesionales mientras trabajan con pacientes para mejorar la adherencia: (a) asegurar que los pacientes posean la información correcta, generar confianza y empatía; (b) ayudar a los pacientes a creer en su tratamiento y motivarlos para comprometerse con él, es decir, abordar los factores cognitivos, sociales y culturales que afectan las creencias y las actitudes; y, finalmente, (c) ayudar a los pacientes a superar los obstáculos para fomentar la adherencia al tratamiento y desarrollar una estrategia viable para el manejo de la enfermedad a largo plazo, que incluye evaluar y mejorar el apoyo social.

Por consiguiente, con el objetivo de mejorar la intervención del paciente con IRC, mi interés se centra en estudiar las siguientes variables: relación médico-paciente, derivada del modelo de aptitudes de información-motivación y comportamiento, que describe el vínculo entre el especialista y el paciente mediante la confianza y comunicación fluida donde se da a conocer toda la información sobre

el diagnóstico y próximo tratamiento a recibir; asimismo, fomentar la motivación para asumir conductas saludables; luego, se encuentra la variable “autoeficacia”, tomada en cuenta de la teoría de la acción razonada y la teoría social cognitiva, que resaltan los conceptos de creencias y actitudes; la variable del estado emocional derivada del modelo de los sistemas autorreguladores, que intenta explicar que las conductas están determinadas por las creencias y la experiencia emocional y los planes de cambio; finalmente, otra variable que ha cobrado importancia, porque asume un rol protector y minimizador de los efectos negativos del estrés que trae consigo la enfermedad renal (Aguerre y Bouffard, 2008), es el apoyo social percibido, derivado del modelo biopsicosocial en salud. A continuación, desarrollaremos estas cuatro variables que influyen en la adherencia al tratamiento.

2.2.4. La Relación médico-paciente

Un primer factor determinante está conformado por las variables propias de la relación con el profesional de la salud, específicamente en el proceso de comunicación que se establece. La relación médico-paciente es considerada como uno de los factores de mayor influencia en el cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas (DiMatteo *et al.*, 1993). Asimismo, Sánchez (2006) señala que el manejo de las enfermedades crónicas representa muchas veces un desafío para los médicos tratantes, debido a que en realidades como la nuestra, que presentan un sistema de salud con deficiencias en relación a especialistas (nefrólogos), una escolaridad de baja calidad y las prácticas mágico-religiosas que buscan la cura de sus enfermedades, no es extraño encontrar terapias alternativas y desconocimiento en cuanto a la importancia del cumplimiento de las recomendaciones médicas. A esto, se suma el alto número de pacientes que son atendidos por un médico

nefrólogo durante un tiempo determinado, lo que podría obstaculizar la relación entre el médico y el paciente.

Las investigaciones en el campo de la salud han demostrado que la alianza entre el médico y el paciente logra vaticinar óptimos resultados en el tratamiento de diversas enfermedades. Frishman (1996) resalta que esta colaboración, por un lado, logra disminuir la carga de síntomas, facilitar la adherencia al tratamiento y reducir la posibilidad de un diagnóstico erróneo y, por otro, hace que el médico enfatice en la comprensión del padecimiento de la enfermedad del paciente, como la experiencia de sus síntomas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003), esta colaboración mencionada es descrita como un ejercicio dinámico, sólido y continuo entre el médico y el paciente, que favorece el cumplimiento del régimen prescrito. Asimismo, esta asociación también implica acciones tales como que el paciente se involucre y participe en los planes que se seguirán, así como en la negociación de las modificaciones al régimen prescrito y al monitoreo de los comportamientos actuales a lo largo del tratamiento (Bartholomew *et al.*, 1991).

Esta alianza médica se encuentra basada en el **modelo psicoterapéutico**, el cual sostiene que la relación terapeuta-cliente es un encuentro intensamente humano, personal y esencialmente único que influye de manera determinante en los resultados de la persona que asiste a terapia. Si bien esta asociación fue desarrollada por Freud en 1913 como el interés y la muestra de una actitud comprensiva por parte del analista hacia el paciente, es Bordin quien profundiza el tema y lo describe

como “el elemento relacional de carácter activo propio de todas aquellas relaciones que pretenden inducir un cambio” (Bordin, 1979).

El fundamento de este modelo es que Bordin percibe la alianza terapéutica como una colaboración activa, en el cual una persona busca un cambio y existe un agente de cambio que le brinda esa posibilidad a través de un medio, que es la psicoterapia (Corbella y Botella, 2003). Para que esta unión consiga el éxito deseado, según Andrade (2005), se necesita de una resonancia empática y una afirmación mutua entre los integrantes.

Asimismo, este modelo sostiene que esta alianza de trabajo va a ser dividida en tres dimensiones: la primera son los vínculos, la cual se refiere a los distintos tipos de apego que puede formular el paciente hacia su terapeuta, incluyendo aspectos de la empatía, la confianza mutua y la aceptación. La segunda son los objetivos, los cuales mencionan los resultados positivos comunes de lo que se pretende lograr en terapia. Por último, se encuentran las tareas o las actividades que se realizarán asociadas con la psicoterapia. Esta dimensión para Bordin constituye el elemento principal del proceso de asesoramiento (1979).

Para diversos investigadores, las características descritas hacen que el modelo de Bordin pueda tomar un carácter transteórico, es decir, que esta alianza suscitada en la psicoterapia pueda ser implementada en otros contextos (Horwath y Greenberg, 1989), como en el tratamiento médico, específicamente para la autorregulación y la adherencia. Según Patterson (2010), esta alianza de trabajo en el ámbito médico puede revelar el cumplimiento, la satisfacción y la calidad de vida del paciente, lo cual es un elemento valioso en el progreso del tratamiento.

Dentro de este marco, se define como un conjunto de pautas, actitudes y conductas socialmente establecidas que se presentan como supuestos encuentros clínicos, a través de una relación longitudinal, mediante un acuerdo entre ambos sobre la enfermedad y su tratamiento, basados en una confianza mutua y de comunicación fluida, como acota Kerse (2004).

El estilo de comunicación entre el médico y el paciente es fundamental, porque determina la calidad de la atención. Es así como en la atención primaria se observó que determinadas formas de comunicación estuvieron enfocadas en el paciente y que estas brindan seguridad y apoyo, porque están asociadas a resultados óptimos en salud. En ese sentido, podríamos señalar que la comunicación adecuada y la calidad, que involucra que el médico pueda brindar información necesaria y oportuna, favorece a la comprensión del diagnóstico que se está brindando, como también sobre la recomendación médica.

Hacer partícipe al paciente en tomar decisiones sobre su tratamiento es un estilo favorecedor que propicia mejores resultados para el paciente y una favorable expectativa frente a su enfermedad. Por otra parte, la satisfacción del paciente también puede estar relacionada con la organización que establece con su médico y revelarse como predictor de la fidelidad en la asistencia a un mismo centro de salud cuando pueden decidir. En tanto, los pacientes que no establecen esta relación con su médico presentan mayores indicadores de no cumplir con las indicaciones del tratamiento (Macía y Méndez, 1999).

Existen estudios que argumentan que la relación que existe entre la comunicación efectiva por parte del médico con la satisfacción del paciente, y

viceversa (Hernández, Fernández, Irigoyen, 2006). En ese sentido, se señala que la comunicación no solo sirve para brindar información por parte del médico, sino que debe utilizarse para que el paciente perciba un espacio donde se sienta escuchado y comprendido.

DiMatteo (2000) señala que un médico que no muestra interés por apoyar al paciente, sino que tiende a culpabilizarlo cuando actúa de forma que pueda perjudicar su propia salud y criticarlo por su accionar, estará promoviendo el abandono de su tratamiento. En tanto, la comunicación que facilite la retroalimentación de la información, sumada a un tono emocional empático, constituyen elementos indispensables en la relación médico-paciente. Este estilo de comunicación permitirá la expresión de las necesidades y expectativas del paciente, importantes elementos en la satisfacción de la atención.

2.2.5. La Autoeficacia

La autoeficacia es un constructo formulado por Bandura en 1977 (Olivari y Urra, 2007). Según la teoría de este autor, la motivación y la conducta están guiadas por el pensamiento y consideran tres tipos de expectativas:

- a) de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal; b) de resultado, que se refiere a la creencia de que una conducta producirá determinados resultados; y c) de autoeficacia, referida a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades necesarias que le permitan resultados esperados.

Según explica Bandura (Olivari y Urra, 2007), las creencias de eficacia influyen en la salud física de dos formas: 1) la creencia sobre la habilidad para enfrentarse a estresores del entorno que promueven la reducción de las creencias físicas que pueden afectar el sistema inmunológico, contrariamente, favorecen una adecuada respuesta de este; 2) la autoeficacia promoverá la adopción de conductas saludables, así como el interés al cambio.

Además, la autoeficacia es una creencia estable de la persona sobre su capacidad para afrontar una variedad de estresores cotidianos, según señalan Baessler y Schwarzer, 1996, cit. por Sanjuán, Pérez y Bermúdez, 2000.

Es importante tener en cuenta que los distintos procedimientos que actúan sobre la autoeficacia se dan a través de cuatro fuentes de información, como son las experiencias de dominio, las experiencias vicarias, la persuasión social y los estados psicológicos y emocionales, todos ellos descritos anteriormente.

Así, la eficacia adecuada promueve el procesamiento de información y cognición en diferentes entornos, incluyendo la toma de decisiones y la probabilidad de iniciar cuidados preventivos, como buscar tratamientos tempranamente (Grembowski, 1993, cit. en Olivari y Urra, 2007).

En ese sentido, la influencia de las expectativas durante la modificación de conductas se fundamenta en la confianza de la persona en su capacidad para cumplir sus objetivos planteados, lo que se denomina autoeficacia percibida. Por ejemplo, si una persona posee una enfermedad, entiende y conoce cuáles son los tratamientos específicos y cree en la necesidad de adoptar unos hábitos saludables;

entonces, lo hará, pero si no se cree capaz de tener la habilidad para ejecutarlo es poco probable que lo realice (Ortiz y Ortiz, 2007).

Cabe mencionar que de los tipos de expectativas señalados desempeñan un papel influyente en la adopción de conductas saludables, las expectativas de acción-resultado y las creencias de autoeficacia. La expectativa de autoeficacia promueve la salud por la influencia de dos niveles (Bandura, 1999, cit. por Olivari y Urra, 2007): 1) como mediador cognitivo de la respuesta de estrés; y 2) variables cognitivo-motivacionales que dirigen el esfuerzo y la perseverancia en los comportamientos.

Finalmente, la autoeficacia percibida es un variable que resalta su importancia, porque es la confianza de las personas en su capacidad para manejar los estresores que activan los sistemas biológicos y que intervienen la salud y la enfermedad.

2.2.6. Estado emocional

La asociación entre las emociones humanas y la salud han sido investigadas desde distintas disciplinas, como la biología, la medicina y la psicología (Martínez y Fernández, 1994). Entre los años 1940 y 1950, la escuela psicoanalítica estudió la asociación entre rasgos de personalidad y trastornos psicósomáticos (Alexander, 1950); más adelante, en los años 80, Holroyd (1987) señaló la asociación entre los procesos psicológicos y los trastornos somáticos, dado que las emociones y la personalidad pueden influir sobre las funciones somáticas y contribuir a la causa de diversos trastornos. Es así como señalamos los siguientes supuestos:

a) Toda emoción negativa es un componente de riesgo para la salud. Seyle (1936) señala que el estrés influye de forma determinante en el inicio de diversas

patologías, tanto físicas como emocionales. Efectivamente, la psico-neuro-inmunología aporta datos sobre las relaciones entre las respuestas emocionales negativas y las secuelas en el sistema inmunológico, ya que muestra cómo el estrés vulnerabiliza a las personas ante cualquier tipo de enfermedad (Ader, Felten, Cohen, 1991).

b) Presentar reacciones emocionales negativas de manera persistente puede agravar las enfermedades. Además, puede afectar su curso y generar una crisis hasta la cronicidad de los síntomas, como por ejemplo el dolor de cabeza (Martínez, Romero, García, Morales, 1992).

c) El estado emocional negativo del paciente distorsiona la conducta y altera su tratamiento. Por ejemplo, el malestar producido por los efectos secundarios que trae la enfermedad en sí podría promover conductas de abandono y/o desinterés para continuar con su terapia.

En definitiva, el componente afectivo es complejo y es probable que las personas que están inmersas en un contexto de pérdida y muerte posean un importante bagaje de experiencias sobre sentimientos de rechazo, miedos, dudas, necesidad de aceptación, reconocimiento, ansiedades, es decir, una gran carga emocional que condicionará y modulará su estado de salud-enfermedad, según Colell (2008).

En esta línea, el campo de las emociones es amplio y variado, debido al gran número de orientaciones teóricas y metodológicas (Limonero y Bayes, 1996); no obstante, para el estudio se ha considerado el modelo de sufrimiento de Bayes. Este modelo define al sufrimiento como un conjunto de conocimiento sensorial y emocional negativo relacionado a lesiones tisulares reales en función de los daños, según la

International Association for the Study of Pain (Merskey, 1979, cit. en Bayes, 1998).

El modelo consta de elementos y secuencias que pasaré a describir: se inicia con una situación experimentada como molesta o incómoda, como la soledad, el abandono o la culpa, que son percibidas como una amenaza para la supervivencia física o emocional. Luego, el paciente evalúa los recursos personales que le generan sufrimiento, que podría acrecentar los síntomas, a lo que se añade la falta de control sobre la situación. Al mismo tiempo, este sufrimiento presenta un estado de ánimo concreto, es decir, si la persona posee características de depresión, ansiedad o ira, el sufrimiento persistente conllevará al incremento del malestar (Bayés, 1998).

Frente a todo ello, se destaca la importancia de tener una adecuada gestión emocional, es decir, de ser conscientes de nuestras emociones y nuestras reacciones en sus diversas manifestaciones como respuestas fisiológicas, pensamientos y conductas manifiestas en sí mismas. En consecuencia, la gestión emocional presenta una relación directa con la salud psicosocial (Martínez- Lorca, Aguado y Zabala, 2015), lo que permite al ser humano lograr una mejor adaptación al entorno en el que se encuentra, con mayor razón para las personas que padecen una enfermedad crónica.

A propósito, las personas con IRC evidencian factores emocionales, como miedo, dudas, ansiedades e irritabilidad, que afectan o causan mayores problemas en su vida (Bingaman, 1980), características que se manifiestan ante la negativa para la aceptación tanto de la enfermedad como del tratamiento.

Los factores psicológicos presentan variables difíciles en la determinación del ajuste de paciente renal. Así, Gordillo (2003) concluye que existe una conexión entre el fracaso terapéutico y las variables psicosociales, con énfasis en la depresión, la ansiedad y el estrés (Alvis, 2009), que constituyen morbilidad psicológica, mientras que Carrobles (2003), Aradilla-Herrero, Tomás-Benito y Limonero (2009) señalan que los pacientes mejor adaptados psicológicamente toleran mejor el tratamiento, ayudan a moderar o prevenir los efectos negativos del estrés, presentan mejores tasas de adherencia e informan de un mayor bienestar subjetivo.

Al enfrentarse con una enfermedad crónica renal, los pacientes reaccionan con un conflicto casi siempre seguido de enojo o tristeza, como también una ambivalencia afectiva sobre lo que le suscita; por lo tanto, es un momento de tensión o ansiedad para el paciente por el hecho de admitir la amenaza de muerte. En tal sentido, es importante trabajar en la terapia de aceptación de la enfermedad –por ende, del tratamiento–, para lo cual es necesario identificar cada una de las cinco etapas que atraviesa el duelo, propuestas por Elizabeth Kubler (1969), como la negación, la rabia, la negociación, la depresión y la aceptación. Además, esta capacidad del proceso de duelo incluye también el trabajar antiguos conflictos personales.

2.2.7. El apoyo social percibido

Otra variable predictora en este estudio es el apoyo social que ha sido un tema estudiado desde el 2003 por disciplinas de las ciencias humanas –especialmente, la psicología–, el cual se refiere a la ayuda que le brinda una red social. De esta manera, la familia es el grupo de apoyo más importante; es así como las familias

funcionales presentan mejores niveles de salud, debido a los recursos emocionales adecuados que promueven entre los miembros, en tanto que las familias que presentan crisis de índole diverso –en este caso, asociadas a una enfermedad crónica–, tienden a perturbar la dinámica familiar.

Existen dos importantes mecanismos mediante los cuales la familia puede influir en la salud de sus miembros: uno se da a través de la vía psicofisiológica, como por ejemplo el estrés o los acontecimientos vitales que afectan el estado emocional predisponen al individuo a la enfermedad; el segundo se produce por la vía comportamental, asociada a una influencia en los estilos de vida, como la dieta y la adherencia a tratamientos médicos (Alonso *et al.*, 2013).

También, se sabe que las personas conforman redes sociales como una forma de socialización. Además del fin de socializar, estas contribuyen con la adaptación a los cambios y para lograr una adecuada capacidad de resistencia a las circunstancias que se presentan en la vida (Vargas, Ibáñez, Jiménez, 2003; cit. por Garay *et al.*, 2016).

Estudios relacionados sobre el apoyo social en situaciones de enfermedades crónicas señalan que esta variable prolonga la vida del paciente, mejora las condiciones de salud con una influencia favorable que va a propiciar conductas que favorecen su estado de salud para afrontar su enfermedad. Es así como Toro-Alfano y Varas Díaz (2003) concluyeron que el apoyo social está directamente relacionado con la reducción de la depresión.

El apoyo social es un elemento protector de la salud en los adultos mayores, que actúa como moderador o minimizador de los efectos negativos que puede conllevar el estrés y, de esta manera, favorece al bienestar y a la satisfacción con la

vida (Aguerre y Bouffard, 2008). Además, considerando el enfoque biopsicosocial de la salud, el estilo y la calidad de vida del adulto mayor estarían determinados por el entorno donde se encuentran; esto ha sido confirmado por varios autores, como Azpiazu, Jentoft, Villagrasa, Abanades, García y Alvear, (2002). Así, también, el soporte social ha tenido un rol importante en cómo el individuo se adapta a situaciones estresantes (Cohen y Wills, 1985); usualmente, es definido como la existencia o la disponibilidad de personas en quienes podemos confiar o en aquellas que muestran sentimientos de preocupación, apreciación y amor por nosotros. (Sarason, Levine, Basham y Sarason, 1983). Sin embargo, debido a que no existe un consenso sobre su conceptualización y medición (Levy, 1983), existen en la actualidad diversas definiciones que enfatizan tanto aspectos psicológicos como también los recursos materiales que se derivan de estas relaciones y que se cree tendrían beneficios específicos en la salud (Cohen, Gottlieb y Underwood, 2000).

Por consiguiente, en beneficio de esta investigación, se definirá al soporte social “conjunto de provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos” (Lin *et al.*, 1986, cit. en López y Chacón, 1999, p. 185).

Acercas de su influencia en la salud, el soporte social ha sido asociado en múltiples ocasiones a la recuperación de distintas enfermedades, así como en la adherencia y/o cumplimiento al tratamiento en padecimientos crónicos (Heitzman y Kaplan, 1988). Esta afirmación ha sido sostenida por Cohen y Wills (1985), quienes señalan que el cambio en el entorno social y las relaciones que posee el paciente mejoran la calidad de vida, porque llegan a producir una mayor adaptación con la enfermedad.

Para entender el impacto que tiene el soporte social sobre la adherencia al tratamiento, Gottlieb (1983) y Cohen y Syme (1985) proponen modelos de accionar en los cuales el soporte social actúa como un efecto directo o como un amortiguador ante situaciones de estrés; en este caso, ante el padecimiento de una enfermedad crónica.

El primer modelo es el que sostiene Gottlieb (1983), el cual es llamado “efecto directo”, que sostiene que el poseer un mayor nivel de apoyo social produce un efecto beneficioso en el paciente, el cual estaría relacionado con el bienestar general (afecto positivo, estabilidad en la situación de vida y un reconocimiento de la autoestima); por lo tanto, sería mínimo el malestar psicológico experimentado por el sujeto. Al contrario, mientras menor es el grado de apoyo social, mayor es la probabilidad de padecer algún trastorno físico o psicológico en el paciente. Este tipo de apoyo brindado por las redes sociales del sujeto también influye en la modificación de patrones de comportamiento relacionados con la salud.

El segundo modelo propuesto por Cohen y Syme (1985), llamado efecto protector o amortiguador, postula que ante una situación amenazante o exigente para la cual es difícil encontrar una respuesta adecuada, el soporte interviene como un agente de calma. En el caso de las enfermedades crónicas, Cohen (1985) considera que durante el tratamiento se acumulan diversos problemas, que llegan a alterar la capacidad de resolución de problemas del paciente, para posteriormente influir en mecanismos vinculados al sistema inmunitario o en comportamientos relacionados con la salud, como son los patrones de conducta ligados a la adherencia, que conllevan muchas veces al fracaso en su autocuidado. Sin embargo, ante esta situación, el soporte social puede desempeñar dos roles: el primero atenúa

o previene el estrés; el segundo puede reducir o eliminar la reacción al estrés al influir directamente en los procesos fisiológicos. Para este estudio, se tomó en cuenta la propuesta de Cohen y Syme, debido a que brinda una mejor explicación teórica sobre el apoyo social.

2.2.8. Modelos de ecuaciones estructurales de la adherencia (MEE)

El estudio tiene como finalidad conocer si el modelo propuesto es válido. Para tal fin, se realizó el procedimiento de Structural Equation Modeling (SEM), conocido también como Modelo de Ecuaciones Estructurales (MEE). Esta técnica de análisis estadístico multivariante contrasta modelos de relaciones entre las variables. Este término fue manifestado por Wright para lograr descomponer las correlaciones existentes en un sistema de ecuaciones que matemáticamente describen hipótesis respecto de relaciones causales, es decir, ecuaciones de regresión que muestran la influencia de una o más variables (exógenas) sobre otras variables (endógenas). La representación de estas relaciones de influencia se da mediante diagramas estructurales de rutas conocido como “*path analysis*” (Kerlinger y Lee, 2001).

Las ecuaciones estructurales tienen la ventaja de analizar las relaciones por cada subconjunto de variables (Chin, 1998). Es relevante señalar que la correlación entre variables no significa la existencia de una relación causal.

En general, los SEM permiten crear modelos del error de medida en las variables criterio (dependientes) como las variables predictoras (independientes). Asimismo, para fines de esta investigación, se realizó la técnica de MEE, de relación de tipo causal (Saris y Stronkhorst, 1984) que buscó conocer la influencia de las variables predictoras (relación médico-paciente, autoeficacia, estado

emocional y soporte social percibido) sobre la variable criterio (adherencia al tratamiento). Esta medición se desarrolló con el paquete informático AMOS (Analysis of Moment Structures).

Cabe resaltar que para entender los MEE se requiere conocer el concepto de ajuste de un modelo, que puede definirse como el ajuste de las covarianzas entre las variables. Asimismo, se requiere evaluar la calidad del ajuste, haciendo uso de los estadísticos de bondad de ajuste. Así, también, los MEE presentan fases que, según Kline (2005), son seis: a) la especificación, que establece la hipótesis entre variables latentes y observables; b) la identificación, que estima los parámetros del modelo; c) la estimación de los parámetros desconocidos, con su respectivo error de medición, en la cual se utilizó el programa AMOS; d) la evaluación o bondad de ajuste, referida a la precisión en los datos del modelo para determinar si es de utilidad para el estudio; e) la especificación del modelo, que permite conocer si el primer modelo es mejor; y f) la interpretación de resultados, que establece el modelo correcto.

Propuesta de un modelo integrador que explica la adherencia al tratamiento

El planteamiento de este modelo responde a la integración de las variables relación médico-paciente, autoeficacia, estado emocional y apoyo social percibido, que sobre la base de la revisión de la literatura y la experiencia profesional resulta ser idóneo en nuestra realidad para explicar la adherencia al tratamiento. Por esta razón, se describirá la importancia de cada una de las variables tomadas en cuenta en el modelo.

La relación médico-paciente, considerada como la variable de mayor influencia cuando se refiere al cumplimiento de la adherencia (DiMatteo *et al.*, 1993), ya que el vínculo entre el nefrólogo y el paciente, basado en la confianza y el diálogo constante para que el médico brinde al paciente información necesaria y oportuna sobre la enfermedad y el tratamiento, le permitirá al paciente resultados positivos en el manejo de las enfermedades crónicas (OMS, 2003). En nuestro medio social, los médicos especialistas tienen muchas veces dificultades para establecer una comunicación adecuada por diversos factores, como la baja escolaridad, las creencias asociadas a su medio sociocultural en cuanto al manejo de la IRC y el tiempo disminuido en la atención.

Una segunda variable que considerar es la autoeficacia, la capacidad y/o habilidad de creer que uno puede obtener lo que se propone para enfrentar situaciones estresantes (Sanjuán, Pérez y Bermúdez, 2000) aunada a la toma de decisiones para el autocuidado con relación a la salud (Grembowski, 1993). De acuerdo con la experiencia laboral, es común identificar pacientes con pobre capacidad para manejar su condición de enfermedad, describiéndolas con ideas de no ser capaces de realizar hábitos adecuados que les permitan adherirse a su tratamiento.

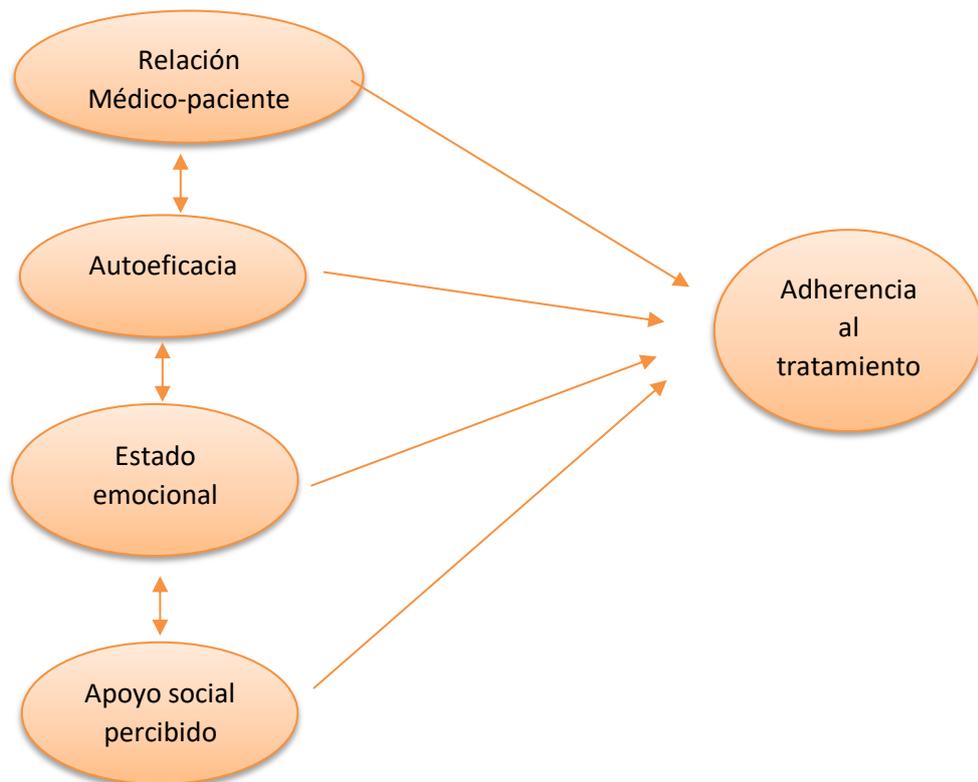
La tercera variable es el estado emocional, componente que puede favorecer o poner en riesgo el estado de salud al influir en el sistema inmunológico, debido a los altos niveles de estrés (Seyle, 1936; Ader, Felten, Cohen, 1991). Las reacciones emocionales en los pacientes conllevan muchas veces a trastornos adaptativos que podrían perjudicar su adherencia (Colell, 2008). Es así como los malestares físicos generados por la misma enfermedad promueven también dolores o sufrimientos que

llevarían al abandono de la terapia; en tal sentido, si la persona presenta ansiedad o depresión aumentaría su malestar (Limonero y Bayes, 1996).

Finalmente, se consideró el apoyo social percibido, el cual minimiza los efectos negativos del estrés que trae consigo la enfermedad en sí (Aguerre y Bouffard, 2008) y en la capacidad de cómo el paciente se adapta a situaciones difíciles propias de su enfermedad (Cohen y Wills, 1985), es decir, que un paciente que cuenta con el soporte familiar o social estará favorecido para asumir comportamientos saludables asociados con la adherencia y mostrará una conducta de cuidado individual fortalecido por el apoyo de su entorno inmediato.

Figura 1

Propuesta del modelo integrador sobre la Adherencia al tratamiento



Por lo tanto, el modelo propuesto busca evaluar el ajuste; luego, conocer qué variables resultarían ser un mejor predictor de la adherencia.

2.3. Investigaciones en relación con el problema investigado

2.3.1. Investigaciones internacionales

Palomo *et al.* (2021) realizaron una revisión de 14 artículos hasta el año 2019 que presentaban un diseño transversal y longitudinal a personas mayores de 18 años con dolor crónico, que estudiaron las variables psicológicas en relación con la adherencia, mostrando a la depresión como la variable más estudiada, seguido, de la ansiedad, luego, los recursos y estrategias de afrontamiento, en ese sentido resaltan la importancia de identificar y controlar los factores psicológicos a fin de mejorar la adherencia al tratamiento analgésico en los pacientes.

Caballos *et al.* (2020) describieron los elementos que influyen en la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con enfermedad renal crónica en Colombia. La investigación fue de carácter fenomenológico, donde se profundiza en los procesos personales de cada paciente, la técnica utilizada fue una entrevista a profundidad, donde se encontró que, a nivel social, la relación médico paciente y el apoyo social influyen en la adherencia, puesto que gran parte del tiempo del paciente está en terapias de diálisis, asimismo, los vínculos construidos permiten que pueda sentirse apoyado, así como se genera un significado emocional en sus vidas.

Cisneros *et al.* (2018) estudiaron la prevalencia de la depresión en pacientes hemodializados en un hospital en Cuba, donde mostraron que las respuestas emocionales más frecuentes son la ansiedad y las alteraciones del estado de ánimo,

que le generan una disminución del cuidado personal; por ende, un mayor riesgo para su salud. La metodología empleada fue cuantitativa con diseño descriptivo transversal; además, la recolección de la información se basó en la revisión de historias clínicas y se aplicaron cuestionarios que miden la depresión. Las conclusiones que obtuvieron de la población estudiada (20) es que presentaron algún tipo de depresión, entre los 15 y 60 años; además, se evidenció que tres participantes presentaron riesgo suicida.

El estudio de Plascencia *et al.* (2018), “Variables psicosociales predictoras de la no adherencia a los antirretrovirales en personas con VIH-SIDA”, realizado en México, tuvo como objetivo evaluar los niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral y determinar los factores psicológicos predictores de la no adherencia a dicho tratamiento. La muestra tuvo 25 pacientes y el diseño empleado fue descriptivo, transversal y correlacional. En cuanto a los resultados, se encontraron diferencias importantes entre los pacientes adherentes y no adherentes en las variables autoeficacia, estrés y depresión; asimismo, se obtuvieron correlaciones positivas de la adherencia con autoeficacia y apoyo social, en tanto que las correlaciones negativas se evidenciaron con estrés y depresión. En ese sentido, podría afirmarse que mayores niveles de estrés y depresión leve promueven niveles de baja adherencia al tratamiento con antirretrovirales.

Moya (2017) realizó un estudio denominado “Estado emocional de los pacientes en hemodiálisis” (España), donde señala que los pacientes que padecen la enfermedad avanzada sufren cambios importantes en sus vidas que conllevan a presentar trastornos ansioso-depresivos y alteraciones del estado de ánimo. Se estudió a 66 pacientes que fueron evaluados con la herramienta para la detección

del Estado emocional de pacientes en diálisis EE-D; se evidenció un 54 % de pacientes tristes y el 59 % estaba nervioso; asimismo, un 92 % presentaba una alteración del estado emocional. Además, se encontró una correlación positiva entre la tristeza y el nerviosismo; no obstante, el estado emocional no solo se altera por estos dos factores, sino también por las preocupaciones.

Rincón (2016) estudió la relación entre la autoeficacia general percibida y la adherencia terapéutica en adultos con diabetes *mellitus* tipo 2 que asisten a un hospital en Colombia. El tipo de diseño fue un estudio descriptivo correlacional, cuya estuvo formada por 178 personas. Mediante un cuestionario, se evaluaron sus características sociodemográficas, su funcionalidad y su estado mental, así como la adherencia terapéutica y la escala de autoeficacia. Los resultados señalaron menor adherencia en aspectos como el cumplimiento de las actividades prescritas (41,6 %), no muestra atención a los efectos secundarios del tratamiento (64,6 %), no identifica las dificultades de ser diabético (47,2 %). El 91 % de la muestra presentó altos niveles de autoeficacia. Por otro lado, no se encontraron relaciones significativas entre la autoeficacia general y la adherencia terapéutica.

Rojas, Ruiz y González (2017), en su estudio sobre la ansiedad y la depresión sobre la adherencia en pacientes con enfermedad renal (México), tuvieron como objetivo evaluar la relación entre la depresión y la ansiedad sobre la adherencia terapéutica. Participaron un total de 31 pacientes, entre 18 y 69 años, que se encontraban con terapia de reemplazo renal. Se utilizaron los inventarios de depresión de Beck-II, el Inventario de Ansiedad de Beck y la Escala de Adherencia Terapéutica. Los resultados demostraron que los pacientes presentaron alto nivel de

adherencia (67 %), así como síntomas depresivos (48 %) y ansiosos (35 %). Además, la depresión se relacionó con una menor adherencia, especialmente en el control de ingesta de alimentos/líquidos y seguimiento médico.

Canales y Barra (2014) analizaron las relaciones de la autoeficacia y el apoyo social percibido con la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos tipo II, en Colombia. Participaron 118 pacientes de ambos sexos, entre 35 y 64 años, quienes atendieron la escala de autoeficacia generalizada. En el cuestionario de apoyo social percibido, la adherencia se midió a través de un autorreporte de ingestión de medicamentos y el nivel de compensación metabólica. Los resultados indicaron que tanto la autoeficacia como el apoyo social presentaron relaciones significativas con ambos indicadores de adherencia, ya que existe una mayor relación de la adherencia con el apoyo social que con la autoeficacia.

Carrillo *et al.* (2014) exploraron artículos de investigación sobre los factores que influyen en la adherencia a la hemodiálisis, la personalidad y control interno, en la ciudad de Colombia. Para ello, realizaron la búsqueda de artículos científicos en las bases de datos Md Consult, Ovid, Ebsco Host y Up To Date. Los resultados mostraron que la personalidad afecta a la adherencia de tres maneras: en el comportamiento, en la percepción que las personas tienen del mundo y cómo se relacionan entre sí. En cuanto al control interno, influye en el comportamiento de la adhesión; por tanto, sería importante estudiar los factores internos y externos del paciente.

Cofreces *et al.* (2014) analizaron los estudios teóricos y empíricos sobre la comunicación en la relación médico-paciente y su impacto en la satisfacción y

adherencia del paciente al tratamiento médico en Argentina, entre 1990 y 2010. Realizaron la búsqueda en bases de datos y bibliotecas, durante el periodo febrero-noviembre de 2012. De los 143 artículos revisados, seleccionaron 63, de los cuales obtuvieron las siguientes conclusiones: 1) en la relación médico-paciente, cabe destacar la calidad del proceso comunicativo, la satisfacción del usuario y el cumplimiento de los tratamientos; 2) la satisfacción del enfermo y la adherencia son fenómenos multidimensionales; 3) existe un mayor riesgo de abandono al tratamiento en los sistemas de salud centralizados, con alta demanda de atención, poco personal, demoras y atención menos personalizada; y 4) los altos niveles de adherencia se relacionan con estilos de comunicación que toman en cuenta las actitudes y las creencias, y que permiten un proceso de negociación con mayor acuerdo y comprensión.

Huertas *et al.* (2014) estudiaron los “Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica, Madrid”. Participaron 35 pacientes, que fueron evaluados individualmente con cuestionarios. El objetivo fue la evaluación de la adherencia farmacológica en pacientes en HD crónica. Los resultados demostraron que los pacientes no adherentes presentan índices de depresión significativamente más elevados que los adherentes al tratamiento farmacológico. La ansiedad, el deterioro cognitivo y el apoyo social no muestran relación estadísticamente significativa con el grado de cumplimiento.

Moral (2014), en su estudio “Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2” (México), analizó la asociación entre la adherencia y las variables sociodemográficas, clínicas, de percepción de la

enfermedad y de apoyo social en una población de 289 pacientes que padecen de diabetes, a la cual se le aplicó algunos instrumentos de evaluación. En tal sentido, los resultados mostraron que el apoyo de la familia no fue una variable predictora de la adherencia a la medicación, sino una variable independiente, aunque logró relacionarse mejor con menor nivel de estrés y ánimo depresivo. Entonces, el apoyo social juega un rol fundamental como una estrategia de afrontamiento ante situaciones negativas, pero no se correlaciona con la afectación emocional por la enfermedad.

Pérez (2014) estudió la funcionalidad familiar en pacientes adultos con enfermedad renal crónica ingresados a un programa de diálisis peritoneal de la Unidad de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad Social en México. El estudio fue descriptivo, transversal y observacional. La muestra estuvo conformada por 71 pacientes adultos a los que se les aplicó el test de funcionamiento familiar. Sus resultados mostraron que el 43,7 % corresponde a familias funcionales, un 43,7 % a familias moderadamente funcionales y el 12,6 % corresponde a familias disfuncionales; en este caso, no se encontraron familias severamente disfuncionales. Se concluye que la enfermedad renal crónica es un padecimiento que conlleva una elevada carga dentro de la dinámica familiar, que requiere la intervención por parte del equipo multidisciplinario de salud, además de la preparación adecuada del paciente y sus familias para la terapia sustitutiva renal, ya que de ello depende en gran medida la adherencia.

Soria *et al.* (2011) realizaron un estudio donde evaluaron la adherencia terapéutica en enfermos crónicos y la relación con sus médicos en instituciones de

salud públicas y privadas de México. Los participantes fueron un total de 200 pacientes quienes respondieron la escala de adherencia terapéutica y un cuestionario de la relación médico-paciente. Los resultados indicaron que los pacientes crónicos de instituciones públicas fueron más adherentes. Se encontraron diferencias estadísticas importantes. Cuando los pacientes reciben información específica sobre el tratamiento, son más adherentes que cuando el médico les explica su enfermedad.

2.3.2. Investigaciones nacionales

Valverde (2021) describe en su estudio de Soporte familiar y adherencia al tratamiento de los pacientes con IRC, en Trujillo, sobre la influencia que tiene el soporte familiar en la adherencia. La muestra estuvo conformada por 70 pacientes y utilizó la observación, entrevista y encuesta para recabar datos, obteniendo como resultado que el soporte familiar influye positivamente, la cual fue estudiada a través del afrontamiento, relaciones intrafamiliares, adaptación y cumplimiento del tratamiento. El 92% acepta acudir a diálisis gracias al apoyo familiar, en tanto, el 45 % era acompañado por su familiar.

Morales (2017), en su estudio sobre Adherencia al tratamiento de Hemodiálisis de los pacientes de un centro de diálisis particular en Lima, Perú, tuvo como objetivo determinar el nivel de adherencia al tratamiento de la hemodiálisis. Hizo uso de la investigación descriptiva con enfoque cuantitativo, diseño no experimental y corte transversal. Los resultados que se obtuvieron con relación al nivel de adherencia al tratamiento fueron satisfactorios, lo cual indicó que el paciente cumplió con el tratamiento en las diferentes dimensiones. Además,

identificó que la adherencia al tratamiento de la hemodiálisis es satisfactoria en el aspecto socioeconómico, ante el apoyo de la familia, de la sociedad y los propios medios de los pacientes; también, en la dimensión del sistema sanitario fue satisfactorio, porque el centro de diálisis cumplió con las necesidades del tratamiento.

El estudio “Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con I.R.C.T. sometidos a hemodiálisis que asisten al centro de diálisis Vida Renal SJM” de Ramírez (2017) fue de nivel aplicativo, de tipo cuantitativo, con método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 23 pacientes y la encuesta fue la técnica aplicada previo consentimiento informado. En cuanto a los resultados, mostraron que los factores con mayor porcentaje están dados porque el paciente observa durante su sesión que las máquinas de hemodiálisis no fallan; además, porque no sienten que les falta el aire o no presentan un alto nivel dolor en la espalda ni presentaron ganancia de peso.

“Apoyo social y Adherencia terapéutica en 67 personas con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, de la ciudad de Arequipa, entre varones y mujeres” es un estudio de Laura y Pérez (2016) de tipo descriptivo, con diseño correlacional y de corte transversal. Los pacientes fueron evaluados con una guía de entrevista, un cuestionario de apoyo social y de adherencia terapéutica. Los resultados mostraron una relación significativa, es decir, que mientras mayor sea el apoyo, mejor será la adherencia.

Rojas y Villegas (2016) estudiaron la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas de un hospital en Huancayo. El objetivo fue describir

los niveles de adherencia terapéutica en los pacientes. La metodología empleada fue de tipo básica, transversal prospectiva y de nivel descriptiva. La población estuvo conformada por pacientes mayores de 20 años de ambos sexos, que padecían diabetes, hipertensión, artritis y/o enfermedades renales crónicas. Los resultados indicaron que el 66,5 % de pacientes tiene una adherencia terapéutica significativa parcial, y que el 60,6 % son del sexo femenino y 76,0 % son adultos, es decir, no presentan una adherencia terapéutica total.

Herrera *et al.* (2014) realizaron un estudio en el Hospital Dos de Mayo, Perú, cuyo objetivo fue describir la frecuencia y la percepción de las causas de falta de adherencia a la diálisis en un hospital público de referencia nacional. Su diseño fue descriptivo y la muestra estuvo conformada por 54 pacientes con más de un año en diálisis. Sus resultados demostraron que uno de cada cuatro pacientes tuvo baja adherencia; la distancia con su centro de diálisis fue una de las principales causas.

Sánchez (2014) estudió los Factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Perú. El objetivo de la investigación fue determinar el nivel de factores asociados a la adherencia en TRR. Su estudio fue de nivel aplicativo, de tipo cuantitativo y de método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 80 pacientes adultos. Para ello, se utilizaron instrumentos como la encuesta y un cuestionario. Los resultados señalaron que factores socioeconómicos, como la disponibilidad económica y el apoyo familiar, influyen negativamente en la adherencia. Asimismo, factores personales, como las actitudes, los conocimientos y el compromiso del paciente frente a su enfermedad, son favorables para su

tratamiento. Además, el tiempo y la distancia para trasladarse desde su domicilio hacia el hospital juegan en contra de la adecuada adherencia; a pesar de ello, el paciente asume su responsabilidad en el cumplimiento de sus citas médicas. Así, también, la relación que sostienen con el proveedor, el sistema y el equipo de salud influyen negativamente.

2.4. Definiciones conceptuales y operacionales de variables

Estas variables en la investigación van dirigidas a pacientes crónicos con problemas renales.

2.4.1. Variable Adherencia al Tratamiento

Definición conceptual: Es el nivel de comportamiento de una persona para tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida (OMS, 2004). Está dirigida a pacientes con problemas de salud. En la investigación, será aplicada a pacientes crónicos con problemas renales.

Definición operacional: Medida obtenida a través de la escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos (Soria, Vega y Nava, 2009). Presenta tres dimensiones: control sobre el tratamiento, seguimiento médico conductual y autoeficacia. Ha sido adaptada para la investigación y consta en total de 18 ítems, con una escala ordinal en la que se interpreta que, a mayor puntuación, mayor es la adherencia al tratamiento.

2.4.2. Variable Relación Médico-Paciente

Definición conceptual: Es la relación longitudinal entre el médico y el paciente, un acuerdo entre ambos sobre el problema clínico y su tratamiento, una confianza mutua y una comunicación fluida y abierta entre ambos (Kerse, Buetow, Mainous, Young, Coster y Arroll, 2004).

Definición operacional: Medida obtenida a través del cuestionario de relación médico-paciente (Mingote, Moreno, Rodríguez, Gálvez y Ruíz, 2008). Consta de tres dimensiones: la satisfacción, la comunicación y la accesibilidad. Ha sido adaptada para el estudio y consta en total de 12 ítems con una escala ordinal, en la que se muestra que a mayor puntuación es mejor la relación entre el médico y el paciente.

2.4.3. Variable Autoeficacia

Definición conceptual: Es la percepción que cada individuo hace sobre sus capacidades, con base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado (Bandura, 1977; Cid, Orellana y Barriga, 2010).

Definición operacional: Medida obtenida a través de la Escala de autoeficacia general (Schwarzer y Jerusalén, 1996). Presenta en total 10 ítems. Ha sido adaptada para el estudio con una escala de tipo ordinal. Se interpreta que, a mayor puntuación, mayor es su autoeficacia.

2.4.4. Variable Estado Emocional

Definición conceptual: Es la intensidad de reacciones emocionales, tales como la ansiedad y la depresión, asociadas a la sintomatología orgánica o a las

limitaciones impuestas por la IRC y al tratamiento (Álvarez, Fernández, Vázquez, Mon, Sánchez y Rebollo, 2001).

Definición operacional: Medida obtenida del cuestionario para evaluar el malestar emocional para pacientes con IRC (García, Rodríguez, Rollán, Dapena, Ramos, Trocoli, Selgas, 2016). Esta prueba fue adaptada para el estudio y muestra cuatro dimensiones, como tristeza-nerviosismo, preocupaciones, motivaciones para sentirse mejor y síntomas relacionados con desadaptación y malestar; consta en total de 16 ítems con un tipo de escala ordinal.

2.4.5. Variable Apoyo social percibido

Definición conceptual: “Es el conjunto de provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos” (Lin *et al.*, 1986; cit. en López y Chacón, 1999, p. 185).

Definición operacional: Medida obtenida del cuestionario de apoyo social percibido (Londoño, Heather, Castilla, Posada, Ochoa, Jaramillo, Oliveros, Palacio y Aguirre, 2012). Fue adaptada para el estudio y presenta tres dimensiones de apoyo: emocional, afectivo e instrumental; consta en total de 17 ítems con un tipo de escala ordinal.

Tabla 2*Matriz de operacionalización de variables*

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Ítems	Escala de medición	Instrumento de medición
Adherencia al tratamiento	Nivel en que el comportamiento de una persona como tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida coincide con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (OMS, 2004)	Control sobre el tratamiento Seguimiento médico conductual Autoeficacia	1, 2, 4, 7, 8, 14 5, 6, 9, 16, 17 10, 11, 12, 13, 15, 18	Ordinal	La Escala de Adherencia Terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos. Adaptado para el estudio Confiabilidad: 0.81 Validez: 0.87
	Se caracteriza por una relación longitudinal entre el médico y el paciente	Satisfacción	1, 2, 10, 12		Cuestionario de Relación

<p>Relación Médico-paciente</p>	<p>(continuidad del cuidado), un acuerdo entre ambos sobre el problema clínico y su tratamiento, una confianza mutua y una comunicación fluida y abierta entre ambos. (Kerse, Buetow, Mainous, Young, Coster y Arroll, 2004)</p>	<p>Ordinal</p>	<p>médico-paciente</p>
	<p>Comunicación</p>	<p>4, 5, 11</p>	<p>Adaptado para el estudio, confiabilidad:</p>
	<p>Accesibilidad</p>	<p>3, 6, 7, 8, 9</p>	<p>0.90 Validez:0.87</p>

	Intensidad de las reacciones emocionales, tales como ansiedad y depresión, asociada a la sintomatología orgánica o a las limitaciones impuestas por la IRC y al tratamiento.		1,2		
		Tristeza	–		Cuestionario
		Nerviosismo		3, 4, 5, 6, 7	para evaluar el malestar emocional para pacientes con IRC.
		Preocupaciones (familiar, laboral, emocional y religioso)			
		Motivaciones para sentirse mejor		8, 9, 10, 11, 12	Adaptada para el estudio
Estado emocional	(Álvarez, Fernández, Vázquez, Mon, Sánchez y Rebollo, 2001)	Síntomas relacionados con desadaptación y malestar			Ordinal
				13, 14, 15, 16	Confiabilidad: 0.81 Validez: 0.92

Apoyo Social Percibido	Es el “conjunto de provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos” (Lin, et al., 1986; como se citó en López y Chacón, 1999, p. 185).	Apoyo emocional Apoyo afectivo Apoyo instrumental	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 9, 10, 11, 12, 13 14, 15, 16, 17	Ordinal	Cuestionario de Apoyo social percibido Adaptado para el estudio Confiabilidad: 0.94 Validez: 0.88
------------------------	--	---	--	---------	--

2.5. Hipótesis

2.5.1. Hipótesis General

El modelo integrador explicativo de la adherencia al tratamiento a la relación médico-paciente, a la autoeficacia, al estado emocional y al apoyo social percibido en pacientes con insuficiencia renal crónica de hospitales nacionales presenta validez.

2.5.2. Hipótesis Específicas

H₁ Existe una influencia significativa de la variable relación médico paciente sobre la adherencia al tratamiento del modelo integrador explicativo en pacientes con IRC de dos hospitales nacionales.

H₂ Existe una influencia significativa de la variable *autoeficacia* sobre la adherencia al tratamiento del modelo integrador explicativo en pacientes con IRC de dos hospitales nacionales.

H₃ Existe una influencia significativa de la variable estado emocional sobre la adherencia al tratamiento del modelo integrador explicativo en pacientes con IRC de dos hospitales nacionales.

H₄ Existe una influencia significativa de la variable soporte social percibido sobre la adherencia al tratamiento del modelo integrador explicativo en pacientes con IRC de dos hospitales nacionales.

3. CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de investigación

El estudio es parte de los denominados estudios de comprobación de hipótesis causales. Se trata de una investigación de tipo básica o sustantiva explicativa, según la clasificación de Selltitz, Jaoda, Deutsch y Cook en 1965; es sustantiva, porque se orienta a la profundización y pretende responder a un problema teórico sobre el ajuste del modelo.

En cuanto al nivel de investigación, es explicativo (Hernández *et al.*, 2014), porque busca encontrar una explicación sobre cuáles son las variables que realmente permiten realizar una predicción sobre otras. Además, busca explicar la validez del modelo integrador de la adherencia al tratamiento con la relación médico-paciente, la autoeficacia, el estado emocional y el apoyo social percibido en pacientes con insuficiencia renal crónica de dos hospitales nacionales.

3.2. Diseño de la Investigación

La investigación empleó un diseño no experimental, correlacional multivariado (Arbuckle y Wothke, 1999). Se planteó un modelo de adherencia al tratamiento basado en las variables relación médico-paciente, autoeficacia, estado emocional y soporte social percibido. Para tal propósito, el diseño se basó en los modelos de ecuaciones estructurales, para lo cual se hizo uso del programa informático AMOS 24 (Arbuckle y Wothke, 1999). Es importante mencionar que el presente diseño hace referencia a relaciones funcionales y no de causa-efecto.

3.3. Población y muestra

La población estuvo compuesta por 245 pacientes con IRC, de los cuales 144 personas fueron del sexo femenino y 101 personas de sexo masculino. 165 pacientes fueron del Hospital Cayetano Heredia y 80 pacientes, del Hospital Dos de Mayo (Tablas 4 y 5), quienes se encontraban recibiendo tratamiento entre los meses de marzo, abril y mayo del 2019, meses durante los cuales se realizó el levantamiento de los datos.

3.3.1. Descripción de los participantes

El grupo de estudio estuvo conformado por las personas que poseen el diagnóstico de IRC, estadio 5, es decir, quienes se encontraban en tratamiento de hemodiálisis, diálisis peritoneal y quienes habían recibido el trasplante renal, cuyas edades oscilaban entre los 16 y 70 años; todos ellos inscritos en el sistema integral de salud (SIS) en dos hospitales nacionales de Lima.

Tabla 3

Distribución y muestra de participantes en función al sexo y al lugar de atención

Hospital	SEXO		Total
	F	M	
Hospital 1	96	69	165
Hospital 2	48	32	80
Total	144	101	245

Los participantes presentan heterogeneidad en cuanto a su nivel de instrucción, (primaria completa como mínimo), proceden de Lima y de provincias de la costa, de la sierra y de la selva, y son de nivel socioeconómico bajo.

Tabla 4*Distribución y muestra de los participantes por tipo de atención*

	HD	DP	Trasplante	Total
Hospital 1	98	20	47	165
Hospital 2	58	21	1	80
Total	156	41	48	245

Nota: HD (hemodiálisis), DP (diálisis peritoneal)

3.3.2. Muestra y método de muestreo

La muestra estuvo conformada por la totalidad de los pacientes con IRC que asisten a la unidad de diálisis y de trasplante renal de ambas instituciones de salud. El método de recolección de datos es de tipo censal, porque considera a todos los integrantes de la población de estudio (Hayes,1999), este método se utiliza cuando es necesario conocer las opiniones de todos los participantes.

A. Unidad de Análisis: todos aquellos pacientes con IRC que fueron atendidos.

B. Marco Referencial: todos aquellos pacientes registrados en los consultorios del servicio de nefrología y cuyas historias clínicas se encuentran en el área de Archivo de los dos nosocomios.

C. Criterios de inclusión

- Personas mayores de 17 años diagnosticadas con insuficiencia renal crónica, estadio 5, que se encuentran en tratamiento de diálisis y trasplantados.
- Personas que se encuentran en tratamiento por más de tres meses

- Personas que poseen un nivel de instrucción de primaria completa como mínimo.
- Personas que hayan firmado el consentimiento informado.

D. Criterios de exclusión

- Personas que presentan algún tipo de trastorno psíquico o retraso mental registrado en la historia clínica.
- Personas que no están de acuerdo en participar en el estudio.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos

Descripción del instrumento

La escala de adherencia terapéutica para pacientes crónicos basada en comportamientos explícitos fue elaborada por Soria, Vega, Nava, en el año 2009, en México. Tiene por finalidad valorar la constancia del comportamiento de los pacientes consecuentes en seguir con los tratamientos de su enfermedad. Está conformado por tres dimensiones con seis ítems cada uno: a) control de ingesta de medicamentos y alimentos; b) seguimiento médico conductual; y c) autoeficacia. La versión original del instrumento tiene 21 ítems con una escala que va de 0 a 100, para que el paciente elija en términos de porcentaje la efectividad de su comportamiento; se considera que al estar próximo a 100 es considerada más adherente (Soria *et al.*, 2009).

Para fines de este estudio, los ítems de esta escala fueron adaptados al lenguaje de los habitantes del medio local, que quedó reducido a 18 ítems y mantuvo sus tres dimensiones, que conservan las mismas nomenclaturas que la

prueba original; excepto las escalas que fueron transformados a la modalidad de 1 = Nunca; 2 = Algunas veces; 3 = Muchas veces y 4 = Siempre.

Propiedades psicométricas: Se realizó el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento para determinar la validez y la confiabilidad; para ello, se trabajó con 245 participantes de ambos hospitales nacionales. Se obtuvo la validez aplicando la V Aiken de 0.87 y una confiabilidad de alfa cronbach 0.81.

Tabla 5

Validez V de Aiken de la variable “adherencia terapéutica”

Variable	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Validez
Adherencia Terapéutica	0.88*	0.87*	0.87*	0.87*

Significación ** (P< 0.001); * (P<0.05)

Tabla 6

Confiabilidad de la variable Adherencia al tratamiento

Constructo	Dimensión / total	M	DE	Cronbach's α
Adherencia al tratamiento	Control sobre el afrontamiento	3.19	0.64	0.77
	Seguimiento medido conductual	3.55	0.54	0.66
	Autoeficacia	3.48	0.58	0.64
	Total	3.33	0.40	0.81

Nota: M: media, DE: desviación estándar

3.4.2. Instrumento 2, Cuestionario relación médico – paciente

(PDRQ-9)

Descripción del instrumento

El nombre original del cuestionario es Patient-Doctor Relationship Questionnaire (PDRQ-9), elaborado en el año 2004 por Van der Feliz-Cornelis CM, Van Oppen P, Van Marwijk, en los Estados Unidos. Posteriormente, en el año 2009, se realizó una adaptación española por Mingote, Moreno, Rodríguez, Gálvez y Ruíz. Es un instrumento que permite cuantificar la opinión del paciente sobre la comunicación, la satisfacción y la accesibilidad en el trato con el médico y el tratamiento, desde la perspectiva del paciente. Está compuesta por 12 ítems y el participante responde a cada ítem eligiendo entre las opciones de “Nunca = 1”, “Algunas veces = 2”, “Muchas veces = 3” y “Siempre = 4”, que se califica mediante una escala de tipo Likert de 4 puntos, esta calificación de los ítems se dio como partes de la adaptación al léxico de los usuarios del hospital.

Propiedades psicométricas: Se realizó el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento para determinar la validez y la confiabilidad para fines del estudio; para ello, se trabajó con 245 participantes de ambos hospitales nacionales. Se obtuvo la validez aplicando la V Aiken de 0.87 y una confiabilidad de alfa cronbach 0.90.

Tabla 7

Validez V de Aiken de la variable Relación Médico-Paciente

Variable	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Validez
	0.87*	0.87*	0.87*	0.87*

Relación
Médico-
Paciente

Significación ** (P< 0.001); * (P<0.05)

Tabla 8

Confiabilidad de la variable de Relación Médico-Paciente

Constructo	Dimensión / total	M	DE	Cronbach's α
	Satisfacción	3.24	0.58	0.69
Relación médico	Comunicación	3.25	0.65	0.71
paciente	Accesibilidad	3.16	0.66	0.85
	Total	3.21	0.57	0.90

Nota: M: media, DE: desviación estándar.

3.4.3. Escala de autoeficacia general de Baessler y Schwarse

Descripción del instrumento

La escala de autoeficacia general, elaborada por Schwarzer y Jerusalén en Alemania (1996), ha sido adaptada por los españoles en el año 2000. Se centra en el sentimiento de confianza y en las capacidades propias que el individuo presenta para manejar estresores. Está compuesto por 10 ítems, divididos en dos dimensiones: relaciones personales y afrontamiento; cada una con 5 ítems, cuyas respuestas se califican con una escala de tipo Likert de 4 rangos; 1 = Incorrecto, 2 = Apenas Cierto, 3 = Más bien cierto, 4 = Cierto. Estas escalas de calificación, para los fines de este estudio, fueron organizadas en a la siguiente forma: 1 = Nunca; 2 = Algunas veces; 3 = Muchas veces 4 = Siempre. El puntaje alto revela elevado nivel de autoeficacia percibida por los sujetos y un puntaje bajo, un escaso

nivel de autoeficacia; el valor máximo corresponde a 40 puntos y el puntaje mínimo a 10 puntos.

Propiedades psicométricas: Se realizó el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento para determinar la validez y la confiabilidad; para ello, se trabajó con 245 participantes de ambos hospitales. Se obtuvo la validez aplicando la V Aiken de 0.89 y una confiabilidad de alfa cronbach 0.87.

Tabla 9

Validez V de Aiken de la variable Autoeficacia

Variable	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Validez
Autoeficacia	0.93*	0.87*	0.87*	0.89*

Significación ** (P< 0.001); * (P<0.05)

Tabla 10

Confiabilidad de la variable Autoeficacia

Constructo	Dimensión / total	M	DE	Cronbach's α
Autoeficacia	-	2.94	0.57	0.87

Nota: M: media, DE: desviación estándar.

3.4.4. Cuestionario del estado emocional en pacientes con IRC

Descripción del instrumento

El cuestionario de evaluación del malestar emocional de los pacientes renales en diálisis (EE-D) fue elaborado por Helena García-Llana, Rocío Rodríguez-Rey,

María Jesús Rollán de la Sota, Fabiola Dapena Vielba, Fernando Ramos Peña, Filo Trocoli González y Rafael Selgas Gutiérrez en España en el año 2016. Evalúa el malestar emocional de los pacientes renales en diálisis. La versión original tuvo formato de entrevista semiestructurada de 5 ítems: el primero mide tristeza y nerviosismo percibido en una escala del 0 a 10 (donde 0 es nada y 10 es máximo); otro ítem dicotómico sobre las preocupaciones del paciente sobre aspectos, familiar, laboral, emocional y religioso, el tratamiento o enfermedad y la relación con los profesionales de salud; dos ítems abiertos sobre motivaciones para sentirse mejor o ponerse contento; el último valorado por el profesional sobre algunos síntomas o situaciones relacionadas con desadaptación y malestar. Para el presente estudio, se hicieron modificaciones y adaptaciones consistentes en ordenar los ítems en 16 reactivos, con tres dimensiones: emocional, conformado de 7 ítems; socioemocional, de 5 ítems y mixto, con 4 reactivos; a ser calificados mediante una escala de 1 = Nada triste; 2 = Poco triste; 3 = Bastante triste 4 = Muy triste; edad de aplicación de 16 años en adelante y duración de 10 minutos.

Propiedades Psicométricas: Se realizó el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento para determinar la validez y la confiabilidad; para ello, se trabajó con 245 participantes de ambos hospitales. Se obtuvo una validez aplicando la V Aiken de 0.92 y una confiabilidad de alfa cronbach 0.81.

Tabla 11

Validez V de Aiken de la variable Estado Emocional

Variable	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Validez
	1.00*	0.88*	0.87*	0.92*

Estado

Emocional

Significación ** (P< 0.001); * (P<0.05)

Tabla 12

Confiabilidad de la variable Estado Emocional

Constructo	Dimensión / total	M	DE	Cronbach's α
Estado Emocional	Tristeza	3.76	0.93	0.78
	Preocupación	3.69	0.79	0.77
	Motivación	2.56	0.76	0.68
	Síntomas	3.80	0.86	0.78
	Total	3.54	0.56	0.81

Nota: M: media, DE: desviación estándar.

3.4.5. Escala de apoyo social percibido de Sherbourne y Stewart

Descripción del instrumento

La escala original es Medical Outcomes Study-Social Support Survey, elaborada por Sherbourne y Stewart en los Estados Unidos en el año 2001; posteriormente, fue adaptada en Colombia en el año 2012 por Londoño, Rogers, Castilla, Posada, Ochoa, Jaramillo, Oliveros, Palacio y Aguirre. El instrumento evalúa los siguientes elementos: a) red de apoyo social (amigos y familiares); b) apoyo social emocional/informacional: soporte emocional, orientación y consejos; c) apoyo instrumental: conductas sobre material de apoyo; d) interacción social positiva: la disponibilidad para hacer cosas divertidas; y e) apoyo afectivo: expresiones de amor y afecto. Esta estructura fue disminuida en este estudio con 17 ítems, distribuidos en tres dimensiones: a) apoyo social, de 6 ítems; b) apoyo

instrumental, también con 6 ítems; y c) apoyo afectivo, que tiene 5 ítems. La escala de calificaciones que se ha empleado fue: 1 = Nunca; 2 = Algunas veces; 3 = Muchas veces 4 = Siempre.

Propiedades psicométricas: Se realizó el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento para determinar la validez y la confiabilidad; para ello, se trabajó con 245 participantes de ambos hospitales. Se obtuvo la validez aplicando la V Aiken de 0.88 y una confiabilidad de alfa cronbach 0.94.

Tabla 13

Validez de V de Aiken de la variable Apoyo social percibido

Variable	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Validez
Apoyo social percibido	0.91*	0.87*	0.87*	0.88*

Significación ** (P< 0.001); * (P<0.05)

Tabla 14

Confiabilidad de la variable Apoyo Social percibido

Constructo	Dimensión / total	M	DE	Cronbach's α
Apoyo social percibido	Social	2.94	0.77	0.91
	Afectivo	3.09	0.81	0.87
	Instrumental	3.19	0.79	0.88
	Total	3.04	0.68	0.94

Nota: M: media, DE: desviación estándar.

3.5. Procedimiento de recolección de datos

➤ Coordinación

El paso inicial de la investigación consistió en realizar la solicitud de autorización de los directores de los hospitales nacionales; luego, se obtuvo el permiso del comité de ética de cada institución. Tras ello, se recibió la carta de aceptación y, seguidamente, se coordinó con los jefes del servicio de Nefrología para el acceso a las historias clínicas de los pacientes que se encontraban en tratamiento de diálisis y/o trasplantados. Realizadas las coordinaciones, se establecieron las fechas de visita y de evaluaciones. En cuanto se tuvo contacto con los pacientes, se les brindó información sobre el propósito, los beneficios y la confidencialidad de la investigación; al mismo tiempo, se aprovechó para la firma del consentimiento informado.

➤ Ejecución

- Previamente a la aplicación de los instrumentos, fue necesaria la ejecución del estudio piloto que consistió en probar la viabilidad de todos los instrumentos utilizados para la población de estudio. En tal sentido, se sometió a la validación de contenido del ítem con metodología de Aiken, realizado con la participación de 10 jueces expertos sobre el tema (dos investigadores, dos de salud pública, dos médicos, dos enfermeras, un docente y un paciente con IRC). La revisión de los jueces permitió mejorar la redacción semántica, lingüística tal como en la valoración de las escalas a la forma 1 = Nunca, 2 = algunas veces, 3 = muchas veces, 4 = siempre.
- Posteriormente, se revisaron las historias clínicas y se realizó la recolección de datos de manera individual; las evaluaciones se aplicaron en forma

sucesiva con la administración de los instrumentos en sesiones divididas en las que se respondía a cualquier duda durante la evaluación; en algunos casos, los cinco cuestionarios fueron administrados en una sola sesión, de 40 minutos aproximadamente, debido a la disponibilidad inmediata de los usuarios para resolverlos. En los casos de los pacientes que llevaron a cabo su tratamiento de diálisis, fueron evaluados en la sala de espera antes de ingresar a la terapia de hemodiálisis, con el objetivo de que puedan responder los cuestionarios sin ningún tipo de incomodidad y/o molestias físicas que comúnmente ocurren después de la diálisis (incremento de la presión, calambres, cefaleas, entre otras). Para ello, se contó con un registro de los pacientes y sus respectivos turnos.

- En sesiones subsiguientes, se recopilaron datos y se realizaron las evaluaciones con los pacientes en tratamiento con diálisis peritoneal, quienes acudían al hospital para sus respectivas revisiones médicas de frecuencia semanal o cada quince días; de igual forma, con los pacientes sometidos a trasplantes.
- La información obtenida fue sistematizada en una base de datos mediante los programas digitalizados; los informes obtenidos fueron digitados uno por uno mediante doble control de calidad de ingreso de datos en programas de almacenamiento Excel-2019, Statistical Package for the Social Sciences SPSS-26, así como el programa de estadístico estructural AMOS-24, para proceder a los análisis estadísticos respectivos.
- Finalmente, se establecieron las propiedades psicométricas de las herramientas mediante procedimientos estadísticos de análisis de los valores

descriptivos de la media, la desviación estándar, la correlación ítem-total corregida y el valor alfa de Cronbach, el análisis factorial confirmatorio para culminar con el establecimiento del índice de ajuste del modelo estructural del objetivo de estudio.

3.6. Consideraciones éticas

En la investigación clínica con humanos, se observan principios éticos aplicables en cualquier escenario; entre ellos, se encuentra el consentimiento informado, documento que fue propuesto por la misma universidad (anexo 1), donde se expuso el propósito, los procedimientos, beneficios, riesgos y la confidencialidad de los datos obtenidos en el estudio. Seguidamente, se consideró los siguientes principios éticos:

Autonomía: Este principio indica el derecho que tiene toda persona a decidir por sí misma qué debe hacerse con ella durante su enfermedad. Al respecto, la actividad consistió en brindar información necesaria sobre la investigación y luego se autorizó a los pacientes a participar de forma libre y consciente.

Beneficencia: Este principio coloca al profesional en la obligación de informar de los posibles riesgos y beneficios de la investigación. Por tanto, deberá existir una relación riesgo-beneficio favorable para el sujeto. Durante el periodo de las evaluaciones, los participantes no evidenciaron malestar físico ni emocional producto de su condición de salud, motivo para continuar en la investigación.

No-maleficencia: Consiste en no divulgar los datos personales de los participantes por ser privados. El investigador es el único responsable de la información obtenida en el desarrollo del estudio.

Justicia: Por este principio, las cargas y los beneficios de la investigación deben darse por igual, ya que todos los pacientes son considerados iguales y deben ser tratados bajo la misma atención y con el mismo respeto; en este caso, la discriminación debe estar ausente en la selección de los sujetos. Bajo este principio, se respetó a cada participante mediante la confidencialidad de la información obtenida; para esto, cada uno de ellos fue identificado por un código para salvaguardar su identidad, así como las respuestas de los cuestionarios.

3.7. Plan de análisis de datos

Para verificar la hipótesis liada al modelo estructural, se realizaron los siguientes análisis para confirmar la validez de los resultados:

Análisis descriptivos

Como se evidencia en el estudio, los instrumentos fueron sometidos previamente a diversas pruebas estadísticas para la verificación y el establecimiento de las propiedades psicométricas tales como las tendencias de media, la desviación estándar, las frecuencias y los porcentajes de cada variable, cuyos resultados serán mostrados en tablas. Se empleó el software SPSS 21.

Análisis de correlación

En cuanto se dispuso de la base de datos, previamente al análisis de resultados sobre los objetivos previstos, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov a las variables con la finalidad de conocer si la distribución era normal y definir el uso de los métodos estadísticos pertinentes de las variables: relación médico paciente, autoeficacia, estado emocional y soporte social percibido sobre la

adherencia al tratamiento. Se evidenció que solo la variable “estado emocional” no tuvo una distribución normal.

Análisis multivariado

En este punto, se pone a prueba la hipótesis a través de la evaluación de la bondad de ajuste del modelo planteado. Para tal fin, el modelo se sometió a una prueba de validez mediante la técnica estadística de modelamiento de ecuaciones estructurales (SEM), inicialmente conocida como análisis estructural de covarianza (Kerlinger y Lee, 2002). El análisis SEM en el estudio se hizo por medio del AMOS-24. Las variables exógenas del modelo fueron las siguientes: relación médico-paciente, autoeficacia, estado emocional y apoyo social percibido, en tanto que la variable endógena fue la adherencia al tratamiento, una variable que se propuso ser observada en el estudio. Bajo estas propuestas, el estudio consistió en determinar si el modelo se ajusta a la información empírica recogida, es decir, si nuestra hipótesis se acerca a la realidad, para lo cual se utilizó como nivel de indicador de significancia $p < 0.05$.

Se realizaron los siguientes indicadores de ajuste: TLI, RMSEA, GFI, CFI e IFI. El indicador de ajuste TLI (índice de ajuste de Tucker Lewis), conocido también como índice NNFI, cuyo valor cercano a uno (1) se interpreta como buen ajuste del modelo a los datos. El indicador de ajuste RMSEA (raíz del promedio de errores de aproximación al cuadrado) se deriva del RMS, su resultado igual a cero (0) es indicador de un ajuste perfecto, un valor inferior al 0.08 se considera aceptable y uno superior a 0.1 no es aceptable. El indicador de ajuste GFI (índice de bondad de ajuste) señala que los valores cercanos a uno (1) son los requeridos para ser considerados aceptados con respecto al modelo. El indicador CFI (índice

comparativo de ajuste) y el indicador IFI (índice de ajuste incremental) señalan que los valores cercanos a uno (1) significan un buen ajuste (Arbuckle y Wothke, 1999).

El manual de estilo de la A.P.A. (2020) recomienda presentar no solo el valor del χ^2 o chi cuadrada, sino también los índices GFI, CFI, RMSA e IFI para contrastar el modelo teórico con los datos empíricos obtenidos.

4. CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivos

Tabla 15

Estadísticos descriptivos de las variables de investigación

VARIABLES	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desviación
Adherencia al tratamiento		50	29	79	54.7	6.45
Relación Médico paciente		26	22	48	38.5	6.81
Autoeficacia	245	9	11	40	29.4	5.74
Estado emocional		47	17	64	38.2	7.44
Apoyo social		72	13	85	51.8	11.61

En la Tabla 15, se puede observar que los análisis descriptivos de los cinco instrumentos (adherencia terapéutica, relación médico-paciente, autoeficacia, estado emocional, apoyo social percibido) se encuentran en forma resumida: la media de los valores de los pacientes estudiados en adherencia terapéutica fue de 54.7; en relación médico-paciente, 38.5; en la autoeficacia, 29.4; en el estado emocional, 38.2; y en el apoyo social percibido, 51.8; con una desviación estándar para cada variable: la primera, de 6.45; la segunda, de 6.81; la tercera, de 5.74; la cuarta, de 7.44; y la última, de 11.61.

4.2 Análisis de correlación

Tabla 16

Prueba consolidada de Kolmogórov-Smirnov de las variables

Adherencia terapéutica	Relación médico-paciente	Auto-eficacia	Estado emocional	Apoyo social
------------------------	--------------------------	---------------	------------------	--------------

	N	245	243	245	243	245
Parámetros normales ^{a, b}	Media	54.67	38.48	29.44	38.16	51.76
	Desv. Desviación	6.449	6.807	5.743	7.439	11.606
Máximas diferencias extremas	Absoluto	0.108	0.097	0.073	0.101	0.090
	Positivo	0.061	0.081	0.060	0.101	0.077
	Negativo	-0.108	-0.097	-0.073	-0.061	-0.090
Estadístico de prueba		0.108	0.097	0.073	0.101	0.090
Sig. Asintótica (bilateral)		,000 ^c	,000 ^c	,003 ^c	,000 ^c	,000 ^c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

Previamente al procesamiento de los datos para dar respuestas válidas a la investigación, fue necesario realizar las pruebas de Kolmogorov-Smirnov aplicadas a las cinco variables objeto de estudio que se exponen en la Tabla 16, cuyos valores, en el caso de la adherencia terapéutica, corresponden a $Z = 0.108$, con un nivel de significación de $P < 0.000$; seguida de la variable “relación médico-paciente”, cuyo valor es de $Z = 0.097$, con un nivel de significación de $P < 0.000$; la variable autoeficacia, cuyo valor es de $Z = 0.073$, con un nivel de significación de $P < 0.003$; la variable “estado emocional” es de $Z = 0.101$, con un nivel de significación de $P < 0.000$; finalmente, la variable “apoyo social”, de $Z = 0.090$, con un nivel de significación de $P < 0.000$. Todos estos resultados tienen un nivel de significación de $P < 0.05$.

En resumen, la hipótesis H_0 de distribución normal ($p > 0.05$) de la muestra no cumple con este requisito; en conclusión, para el procesamiento de datos del estudio, se recurrirá al empleo de la estadística no paramétrica.

4.3 Análisis de hipótesis

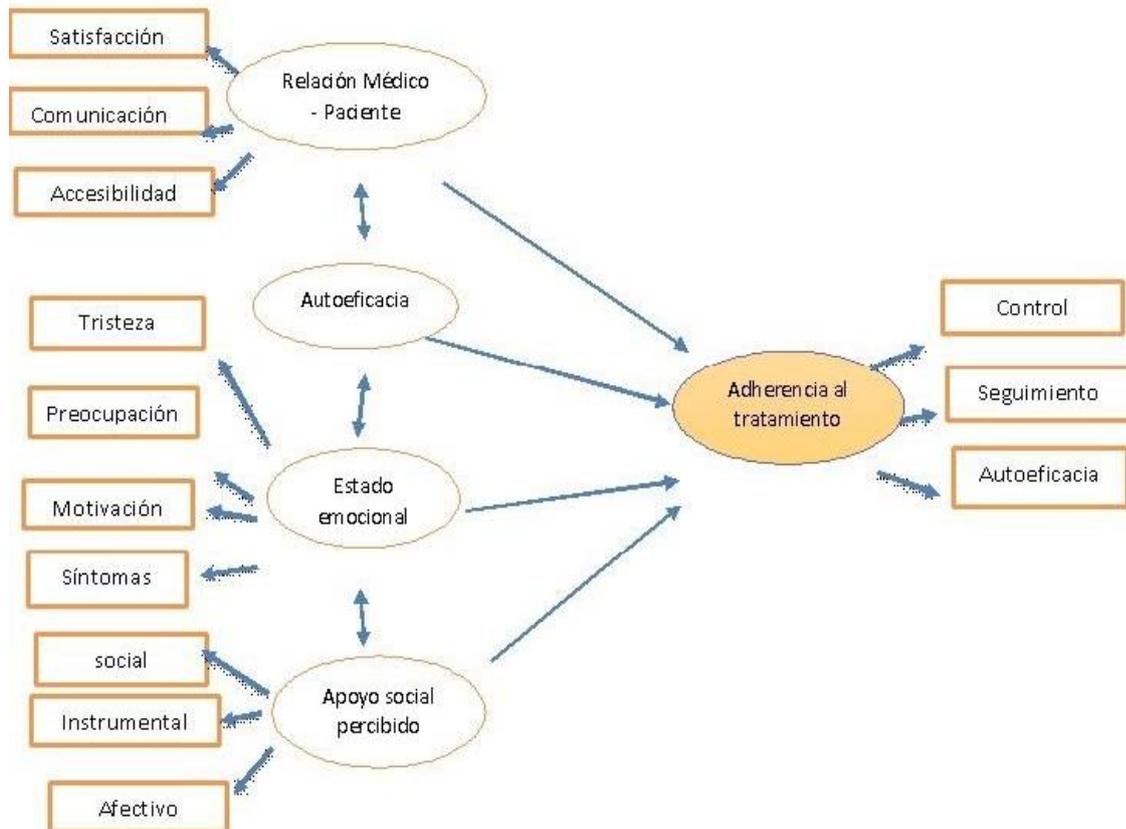
Respecto del procedimiento de la bondad de ajuste del modelo, se ha procedido a emplear la técnica de modelamiento de ecuaciones estructurales entre la adherencia al tratamiento y las demás variables del estudio.

El modelo de ecuaciones estructurales inicial se encuentra compuesto por cuatro variables latentes, cuyos factores responden a los instrumentos empleados para el estudio.

En la Figura 1, se observan las relaciones que se establecen entre las variables, así como la direccionalidad de las flechas.

Figura 2

Representación del modelo del estudio de investigación



A continuación, se describen los componentes del modelo de las ecuaciones estructurales:

a. Variables latentes:

- Exógena (relación médico-paciente, autoeficacia, estado emocional y apoyo social percibido)
- Endógena (Adherencia al tratamiento)

b. Variables observadas:

- Exógena (satisfacción, comunicación, accesibilidad, tristeza, preocupación, motivación, síntomas, social, instrumental y afectivo)
- Endógena (control, seguimiento y autoeficacia)

En cuanto a la hipótesis general, los resultados presentan una adecuada bondad de ajuste, que evidencia que todas las medidas permiten confirmar el modelo de manera óptima (Uriel y Aldas, 2005). En la Tabla 17, se observa en qué medida la relación médico-paciente, la autoeficacia, el estado emocional y el apoyo social percibido explican la adherencia al tratamiento. Sobre el caso, se evidencian los índices de bondad de ajuste tal como la proporción de Chi-cuadrado sobre los grados de libertad, $\chi^2/\text{gl}=1.355$, cuyo nivel es considerado aceptable (Tabachnick & Fidell, 2007); asimismo, los valores del índice de ajuste comparativo (CFI=.978) y del índice de Taker Lewis (TLI=.971) obtenidos fueron valores mayores al umbral mínimo establecido ($\geq .90$, Marsh & Tai Hau, 1996) y, por su parte, la raíz media cuadrática de error de aproximación (RMSEA=.058) y la raíz media residual estandarizada (SRMR=.042) se encontraron por debajo de .06. En conclusión, estos índices de ajuste tienen una aproximación de confirmación del modelo explicativo de la adherencia al tratamiento en la muestra de estudio.

Tabla 17

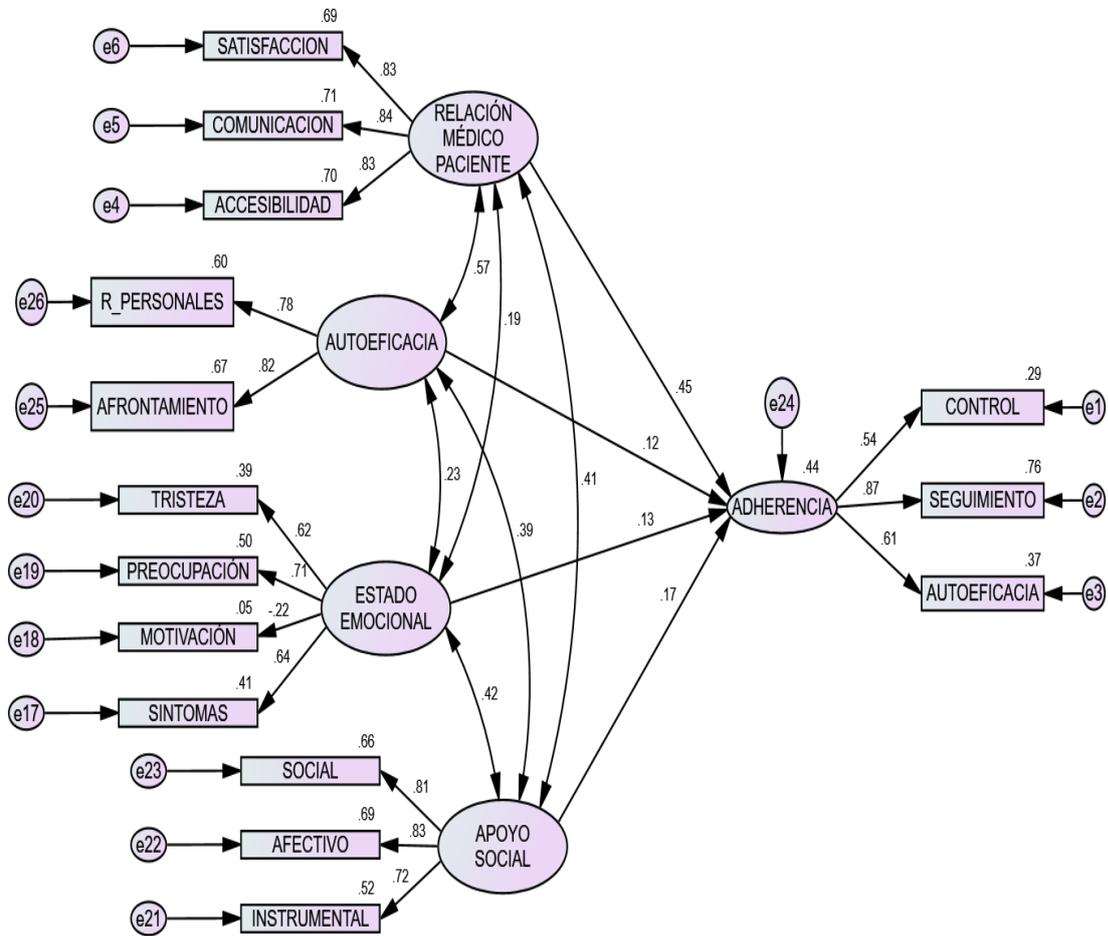
Índice de ajuste del modelo estructural del estudio

	χ^2	gl	χ^2/gl	CFI	GFI	IFI	TLI	RMSEA/SRMR	IC 90% RMSEA
Modelo Estructural	108.430	8	1.355	.978	0.944	.978	.971	.058/.042	[.031, .053]

Nota: χ^2 : chi-cuadrado, gl: grados de libertad, CFI: Índice de Ajuste Comparativo, TLI: Índice Taker Lewis, SMRM: raíz media residual estandarizada, RMSEA: raíz media cuadrática de error de aproximación.

Figura 3

Regresión estructural de las variables de estudio



CFI	0.978
GFI	0.944
IFI	0.978
TLI	0.971

Tabla 18*Estimaciones y nivel de significancia de regresión estructural de las variables de estudio*

Exógena (Predictor)	-	Endógena (criterio)	Estimaciones no estandarizadas	estimaciones estandarizadas (β)	DE	R.C. (Z)	<i>p</i>
R M-P	→		0.240	.447	0.051	4.373	***
Autoeficacia	→	Adherencia	0.140	.116	0.049	1.264	.206
Estad. emocional	→		0.082	.128	0.052	1.543	.123
Soporte social	→		0.108	.168	0.052	1.967	.049

En la Tabla 18, se resume la significancia de los efectos de relación de los factores predictores (relación médico-paciente, autoeficacia, estado emocional, apoyo social) sobre la variable criterio (adherencia al tratamiento). El valor que ostenta mayores niveles de significancia ($\beta=.447$ y $p<.001$) corresponde a la variable “relación médico-paciente” sobre el criterio de la “adherencia”, cuyo nivel de significación fue considerado adecuado. Asimismo, pero en menor magnitud, en comparación con la descripción anterior, la significancia de la variable exógena “autoeficacia” sobre la adherencia con valores $\beta=.116$ y $p=.206$ se encuentra lejos de explicar los niveles de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

Se presentan los resultados de la hipótesis general concerniente a la validez del modelo integrador explicativo de la adherencia y su ajuste a los datos empíricos en pacientes con IRC.

Tabla 18

Correlación entre adherencia al tratamiento y la relación médico-paciente, la autoeficacia, el estado emocional y el apoyo social percibido

Estadístico	VARIABLES	Relación Med. Pac.	Auto eficacia	Estado emocional	Apoyo social
Rho	Adherencia Terapéutica	,451**	,364**	-,130*	,369**
N		245	245	245	245

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la Tabla 17, los valores encontrados ostentan buenos niveles de significancia en (rho=.451, relación médico-paciente; 364, autoeficacia; 369, apoyo social $p < .01$ y Rho-,130 $p < .05$) sobre todas las variables y la variable criterio. En tal sentido, considerando el nivel de sig. (el valor crítico observado) obtenido, que fue de $0.01 < 0.05$, se acepta la hipótesis general; es decir, el modelo integrador explicativo de la adherencia al tratamiento se ajusta significativamente a la relación médico-paciente, a la autoeficacia, a la variable estado emocional y al apoyo social percibido en pacientes con insuficiencia renal crónica de dos hospitales nacionales.

Con respecto a las hipótesis específicas, a continuación, se describe en el orden planteado:

Tabla 20

Correlación entre la adherencia y la relación médico-paciente

Estadístico	VARIABLES	Relación Medico Paciente.
Rho	Adherencia terapéutica	,451**
N		245

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

La primera hipótesis específica afirma que la relación médico-paciente influye sobre la adherencia al tratamiento. Como se muestra en la Tabla 18, la correlación entre estas dos variables es de $Rho = 0.45$ y $p < .001$, como el valor de sig. (crítico observado) obtenido fue $0.01 < 0.05$, se acepta la hipótesis, con lo cual la bondad de ajuste del modelo integrador explicativo

es significativa en la relación médico-paciente y la adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica de hospitales nacionales.

Tabla 21

Correlación entre adherencia al tratamiento y autoeficacia

Estadístico	Variables	Autoeficacia
Rho	Adherencia terapéutica	,364**
N		245

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En cuanto a nuestra segunda hipótesis específica, la significancia de la variable exógena “autoeficacia” sobre la adherencia al tratamiento corresponde a los valores (Rho =,364 y $p < .001$); por cuanto el valor de sig. (crítico observado) obtenido fue $0.01 < 0.05$, se decide rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna que señala la bondad de ajuste del modelo integrador explicativo es significativa entre la autoeficacia y la adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica de dos hospitales nacionales.

Tabla 22

Correlación entre adherencia y estado emocional

Estadístico	Variables	Estado emocional
Rho	Adherencia terapéutica	-,130*
N		245

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Con respecto a la tercera hipótesis específica, la significancia de la variable exógena “estado emocional” sobre la adherencia al tratamiento corresponde a los valores Rho = -.130 y $p < .05$ que resultan interrelacionados de forma inversa; como el valor de sig. (crítico observado) negativo obtenido fue $0.01 < 0.05$, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna,

porque la bondad de ajuste del modelo integrador explicativo es significativa entre el estado emocional y la adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica.

Tabla 23

Correlación entre adherencia al tratamiento y apoyo social percibido

Estadístico	Variables	Apoyo social
Rho	Adherencia Terapéutica	,369**
N		245

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Finalmente, en la cuarta hipótesis específica, conforme al resultado en la Tabla 25, la significancia de la variable exógena “apoyo social” sobre la adherencia al tratamiento se revela mediante los valores ($Rho=.369$ y $p=.0.01$) que son adecuados y un nivel elevado de significación, de modo que la bondad de ajuste del modelo integrador explicativo es significativa entre el soporte social percibido y la adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica de dos hospitales nacionales.

5. CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

5.1. Discusión

El estudio tuvo por objetivo validar el modelo integrador explicativo de la adherencia al tratamiento basado en la relación médico-paciente, la autoeficacia, el estado emocional y el apoyo social percibido en pacientes con insuficiencia renal crónica. Considerando los resultados obtenidos, se demostró la validez del modelo, puesto que se muestra un ajuste aceptable a los datos empíricos. Este modelo plantea que la adherencia al tratamiento está influenciada por las variables psicosociales estudiadas, que resaltan la influencia significativa de la relación médico-paciente y el soporte social percibido sobre la adherencia al tratamiento.

El modelo presenta las relaciones causales directas entre las variables estudiadas que se identificaron en la literatura y que se consideraron importantes para establecer un modelo integrador.

En el modelo planteado, la relación médico-paciente (RMP) influye significativamente sobre la adherencia. Esto coincide con los estudios de Caballo (2020), Soria, Vega y Saavedra (2011), quienes hallaron que la relación entre el médico y el paciente influye en el control de las enfermedades crónicas y enfatizaron que la comunicación es muy importante para comprender la enfermedad y el tratamiento; así también, D'Anello, Barreat, Escalante, D'Orazio y Benitez (2009) concluyeron que la actitud de un paciente complacido con la atención médica influye en la adherencia al tratamiento médico. Asimismo, Cofreces, Ofman y Stefani (2014) señalaron que los altos niveles de adherencia están asociados con modelos de comunicación claras que consideran las actitudes, creencias y

preferencias de los pacientes. Además, Aburto y Gamundi (1997) afirman que los factores que afectan al tratamiento médico están vinculados con la información que tiene el paciente sobre su enfermedad y tratamiento; por tal motivo, se necesita establecer calidad en el proceso de comunicación percibido por el paciente durante la atención médica.

Cabe resaltar que la relación médico-paciente se asocia de forma directa y significativa con otras variables planteadas en el estudio, como son las variables de autoeficacia y apoyo social percibido. Esto podría explicarse de la siguiente manera: el paciente posee la creencia de que al cumplir con el tratamiento logrará los resultados esperados, lo que se ajusta a lo señalado por Olivari y Urra (2007) que, sumado al conocimiento sobre su enfermedad y el tratamiento específico que seguirá indicado por su médico nefrólogo, le permitirá creer y asumir hábitos saludables para afrontar su enfermedad, según es explicado por Ortíz y Ortíz (2007). En cuanto a la segunda variable que también se asocia, soporte social percibido, fue estudiada como una variable protectora de la salud que aminora los efectos negativos que conlleva el tratamiento, lo que concuerda con las posturas de Aguerre y Bouffard (2008). Entonces, el paciente, al desenvolverse en un nuevo entorno (contacto permanente con los servicios de salud, diálisis y médico nefrólogo) que sea favorable para percibir aceptación, confianza y empatía, se adaptaría mejor a la enfermedad, según los estudios de Cohen y Will (2008) y, por consiguiente, una adecuada adherencia al tratamiento.

Por lo tanto, los resultados indican que para la muestra estudiada el establecimiento de un vínculo basado en una comunicación fluida con un contenido comprensible y la cercanía con el médico nefrólogo permitirá una mayor

satisfacción por parte del paciente con insuficiencia renal al percibirse comprendido al generar una colaboración activa en el cumplimiento de las actividades propias de la adherencia. De esta forma, la relación médico-paciente se convierte en un carácter activo y productivo de todas las relaciones, según lo estudiado por Bordin (1979). En ese sentido, una relación médico-paciente apropiada será un elemento importante y esencial en el desarrollo de todo el tratamiento del paciente.

Con respecto a la influencia de la variable “autoeficacia” percibida del paciente sobre la adherencia, los resultados revelan una relación no significativa. Estos resultados son similares a los del estudio de Rincón (2016), quien reportó ausencia de influencia significativa entre las variables de autoeficacia y la adherencia terapéutica en una población adulta que presenta diabetes. Sobre el mismo tema, Álvarez y Barra (2010) observaron en sus hallazgos que la autoeficacia sí presentó una relación directa con el autoinforme de adherencia. Sin embargo, no mantiene el grado de significación, porque los pacientes con insuficiencia renal alcanzan una valoración alta de situaciones estresantes relacionadas a su enfermedad, que se centran en la misma y en la poca valía personal frente a su entorno, sobre la base de sus creencias. También, tienden a menospreciar sus estilos y recursos de afrontamiento para con su enfermedad y manifiestan sentimientos de tristeza, incremento de la ansiedad y una percepción amenazante de la enfermedad que conllevaría a incrementar la vulnerabilidad al estrés frente a una enfermedad crónica como la insuficiencia renal. Por lo tanto, la capacidad de pensar, sentir y actuar se encontraría mermada y perjudicaría su autoeficacia y la toma de decisiones para iniciar su autocuidado y adoptar hábitos saludables, como señalan Ortiz y Ortiz (2007), lo cual genera mayor dificultad para adherirse al

tratamiento, dado que los pacientes optarían por un rol pasivo en su tratamiento. En relación con lo señalado líneas arriba sobre la baja influencia de la autoeficacia sobre la adherencia, se suma el hecho de que las creencias de autoeficacia afectan la salud física; el paciente asume un comportamiento centrado básicamente en las indicaciones por parte del médico y se excluiría a sí mismo de su responsabilidad frente al manejo de su enfermedad crónica. No obstante, la autoeficacia es considerada como una de las teorías más eficaces empleadas en las enfermedades crónicas para obtener resultados positivos que disminuyan los riesgos; en nuestra realidad, se observan reacciones opuestas, como señalan Carrillo *et al.* (2014), en la exploración que realizan de varios artículos, en los que muestran que la personalidad afecta la adherencia, que se entiende como la influencia de los factores internos y externos que afectan a la persona.

Tanto en los estudios de Canales y Barra (2014) como en el de Guerra y Lugli (2010) no se halló una relación significativa entre la autoeficacia y la adherencia; sin embargo, mostraron relaciones significativas con la variable de apoyo social sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes y otros con problemas cardiacos. Al respecto, podemos afirmar la similitud de resultados con el estudio al analizar que la autoeficacia sostiene una importante relación con la variable de apoyo social percibido: a mayor apoyo del entorno, se promoverá el bienestar emocional para aminorar las experiencias psicológicas negativas que conllevan las modalidades de tratamiento (Gottlieb, 1983).

En cuanto a la demostración de los resultados de la variable estado emocional, se confirmó que no existe una influencia significativa sobre la adherencia al tratamiento en nuestro medio, a pesar de que se atribuye a las

respuestas emocionales, como la ansiedad, las alteraciones del ánimo o el ánimo depresivo, que incrementan a un mayor riesgo para la salud. Un estudio del fenómeno citado fue revelado por Cisnero, Pena (2018) y Moya, (2017); ellos encontraron una correlación positiva entre la tristeza y el nerviosismo. También, observaron elevados niveles de estrés y depresión en los pacientes con IRC, que se atribuyen a menores niveles de adherencia al tratamiento, afirmaciones que fueron indicadas por Palomo (2021), Gordillo (2003), Plascencia, Chan, Salcedo (2018) y Rojas *et al.* (2017), que hallaron que la depresión se relaciona con una menor adherencia, al igual que la ansiedad (Alvis, 2009, y Huertas *et al.*, 2014). Asimismo, la literatura científica refiere que las emociones negativas promueven el desarrollo de diversas enfermedades, tal como señalan Selye (1936) y Ader, Felte y Cohen (1991); además del riesgo en la aparición de enfermedades, las emociones también pueden incidir y precipitar esta vulnerabilidad, según Martínez (1992).

Por otro lado, una de las dimensiones de la variable “estado emocional”, es decir, la motivación, manifiesta una relación inversa en comparación con otras dimensiones de la tristeza, la preocupación y los síntomas. Dicho resultado estaría asociado a la motivación, porque el cuestionario utilizado identifica el malestar emocional del paciente renal, en tanto que, si el paciente tiene motivos para sentirse mejor, entonces mejoraría su estado emocional frente a su tratamiento. En síntesis, la variable de estudio describe que los pacientes con insuficiencia renal no necesariamente presentan factores emocionales que disminuyen y/o agravan su estado de salud-enfermedad, tal como señala Bingaman (1980). Por tal motivo, es necesario trabajar la aceptación de la enfermedad renal mediante la identificación de las etapas del duelo investigadas por Elizabeth Kubler (1969). Adicionalmente,

se puede analizar en este estudio la necesidad del soporte de la familia y los amigos como reforzador para afrontar y gestionar las emociones en sus diversas manifestaciones como respuestas fisiológicas, pensamientos y conductas que promueven una mejor adaptación, como señalan Martínez *et al.* (2015). No obstante, no demuestra mayor nivel de significancia frente a la adherencia.

La siguiente variable de estudio es el apoyo social percibido sobre la adherencia al tratamiento, cuyos resultados muestran que existe una influencia significativa. Este dato coincide con varios otros estudios que señalan que el nivel de adherencia guarda relación con el apoyo de la familia y el entorno social en el que se desenvuelve el paciente, como señalan Valverde (2021) y Huertas y Col (2014). Se entiende que la participación del equipo multidisciplinario de salud es la que garantiza la preparación del paciente y sus familiares, porque de ello depende la adherencia, como también señalan Pérez (2014), Laura y Pérez (2016) y Morales (2017). El apoyo social cumple un importante rol, como estrategia de afrontamiento ante situaciones negativas, como resaltó Moral de la Rubia (2014), mientras que Guerra y Lugli (2010) señalaron la necesidad de promover redes de soporte que podrían favorecer de manera determinante en la modificación de las estrategias de afrontamiento, ya que actúan como protectoras en la salud integral (Vivaldi, Barra, 2010), además de lograr un buen afrontamiento a las circunstancias que se presentan en la vida, según Vargas, Ibañez y Jiménez (2003). Asimismo, en la teoría de Cohen y Syme (1985), se proponen modelos que conceptualizan el soporte social como un efecto amortiguador ante situaciones de estrés que implica el padecimiento de una enfermedad crónica como la insuficiencia renal.

En definitiva, se puede señalar que las variables planteadas demuestran entre sí asociaciones altas que favorecen a una adecuada adherencia al tratamiento, es así como obtiene mayor puntaje la relación médica asociada con la autoeficacia, que en nuestro medio social denota que las indicaciones médicas son consideradas de gran importancia para el paciente ante el pensamiento de que sus vidas dependen únicamente del médico. Seguidamente, la relación médico-paciente y el soporte social percibido mantienen una alta asociación frente a la adherencia y revelan que el paciente renal requiere el soporte de su entorno para asumir comportamientos que puedan ayudar a manejar el estado de su enfermedad, característica común en los pacientes crónicos, tal como señalan Azpiazu, Jentoft, Villagrasa, Abanades, García y Alvear (2002) y Aguerre y Bouffard (2008).

Este panorama con los resultados del estudio evidencia la necesidad de una fuerte articulación de los diferentes factores estudiados con las políticas de salud que, como es de conocimiento, es de suma importancia incorporar aspectos psicosociales para la mejora de la calidad de atención de los pacientes con IRC en los hospitales nacionales de Lima Metropolitana.

5.2. Conclusiones

1. El modelo integrador explicativo es válido para explicar los datos empíricos obtenidos sobre la adherencia al tratamiento sobre la base de la influencia de las variables relación médico-paciente, autoeficacia, estado emocional y apoyo social percibido en los pacientes con insuficiencia renal crónica de hospitales nacionales en Lima Metropolitana.
2. La influencia entre la relación médico-paciente sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica es significativa, ya que influye sobre la relación indirecta con las variables “autoeficacia” y “apoyo social percibido”.
3. La autoeficacia por sí sola no presenta una relación directa significativa sobre la adherencia al tratamiento, pero existe una relación indirecta que se manifiesta a través de la relación médico-paciente con insuficiencia renal crónica.
4. El estado emocional por sí solo no presenta una relación directa significativa sobre la adherencia al tratamiento, pero podría tener una relación indirecta baja asociada a la relación médico-paciente con insuficiencia renal crónica.
5. De acuerdo con los resultados del soporte social percibido, la adherencia en pacientes con insuficiencia renal crónica es significativa, también por la influencia de las relaciones indirectas de la variable “relación médico-paciente”.

5.3. Recomendaciones

1. Integrar el modelo planteado de esta investigación en los hospitales nacionales estudiados con la finalidad de iniciar un trabajo multidisciplinario y abordar de forma integral a los pacientes con IRC.
2. Promover talleres para el personal asistencial médico y no médico (enfermeras, psicólogos, nutricionistas, servicio social), con el fin de brindar estilos de comunicación que fomenten la retroalimentación de la información que recibe el paciente durante el desarrollo del proceso de salud-enfermedad. Estas actividades incrementarían la adecuada relación con el personal de salud.
3. Realizar programas de intervención individual y/o grupal dirigidos a los pacientes con IRC con el objetivo de fortalecer sus recursos personales de afrontamiento frente a las situaciones estresantes que causa la enfermedad. Para ello, es necesaria la aplicación de entrenamientos basados en generar estrategias de solución de problemas, manejo del dolor y autocontrol emocional.
4. Brindar técnicas vivenciales relacionadas a la expresión de sus afectos y a la autorregulación de las emociones frente a la condición de salud y enfermedad en la que se encuentran los pacientes.
5. Fomentar talleres grupales de sensibilización y concientización a las redes de apoyo de los pacientes con el fin de brindar soporte emocional durante todo el proceso de salud-enfermedad.
6. Plantear nuevos modelos de adherencia al tratamiento, en los que se considere la variable sociocultural y el componente lingüístico relevante

para nuestro entorno al ser un país multilingüe cuya población, en la mayor parte del país, es migrante.

7. Desarrollar estudios de replicación con muestras representativas de instituciones de salud privadas y públicas para establecer la generalización del modelo planteado.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aburto, C. & Gamundi, G. (1997). La cooperación de los pacientes con el tratamiento médico. *Psicología y Salud*, 10, 38-45.
- Ader, R.; Felten, D. L. & Cohen, N. (1991) *Psychoneuroimmunology*. 2nd ed. San Diego: Academic.
- Aguerre, C. & Bouffard, L. (2008). Envejecimiento exitoso: teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 22, 1146-1162.
- Alarcón, R. (2008). *Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento*. Editorial Universitaria de la Universidad Ricardo Palma.
- Aldrete-V., J. A.; Chiquete, E.; Rodríguez-G, J. A.; Rincón-P., R.; Correa-R., R.; Peña-G., R.; Perusquía-F., E.; Dávila-V., J. C.; Reyes-Z., C. & Pedraza-Ch., J. (2018). Mortalidad por enfermedad renal crónica y su relación con la diabetes en México. *Med Int Méx*; 34(4),536-550.
- Alexander, F. (1950) *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. 2nd ed. Nueva York: Norton.
- Alonso, A.; Menéndez, M. & Ganzález, L. (2013) Apoyo social: mecanismos y modelos sobre la enfermedad crónica. Cuadernos de Atención primaria.
- Álvarez, E. & Barra, E. (2010) Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. *Ciencia y Enfermería* (3), 63-72,
- Álvarez, F.; Fernández, M.; Vázquez, A. M. J.; Mon, C.; Sánchez, R. & Rebollo, P. (2001). Síntomas físicos y trastornos emocionales en pacientes en programa de hemodiálisis periódicas. *Nefrología*, 21(2),191-199.

- Andrade, N. (2003). Diagnóstico categorial versus dimensional. *Clínica y Salud* 14(3),333-359.
- Arbuckle, J. & Wothke, W. (1999). *AMOS 4 user's reference guide*. Small waters Corp.
- Aradilla-Herrero, A.; Tomás Sábado, J.; Gómez Benito, J.; Limonero, J. (2009). Inteligencia emocional, alexitimia y ansiedad ante la muerte en enfermeras españolas. Santander: Fundación Marcelino Botín.
- Azpiazu, M.; Jentoft, A.; Villagrasa, J.; Abanades, J.; García, N. & Alvear, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, (76), 683-699.
- Bayes, R. (1998) Psicología del sufrimiento y de la muerte. Anuario de Psicología. Universidad de Barcelona. 29 (4) 5-17.
- Bayés, R.; Arranz, P.; Barbero, J. & Barreto, P. (1996) Propuesta de un modelo integral para una intervención terapéutica paliativa. *Med Pal*. (3): 114-121
- Barro L., de R. A. & Chacón F., F. (1992). Apoyo social percibido: Su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social* 7(1),53-59
- Beauducel, A. & Herzberg, P. Y. (2006). On the performance of maximum likelihood versus means and variance adjusted weighted least squares estimation in CFA. *Structural Equation Modeling*, 13, 186-203. Doi: 10.1207/s15328007sem1302_2

- Benavides, M. (2017). *Adherencia al tratamiento y autoeficacia en hombres con VIH/SIDA en la ciudad de Cali*. Pontificia Universidad Javeriana. Colombia. <https://bit.ly/3aOXENH>
- Bonner, A. & Lloyd, A. (2012). Exploring the information practices of people with end-stage kidney disease: *Journal of Renal Care*; 38(3),124–130.
- Bordin, (1979) The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16 (3), 252-260
- Bordin, E. S. (1994) Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. En: Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. *The working alliance: Theory, Research and Practice* 3-37 New York: Wiley and sons.
- Borrás F. (1992) Factores psicológicos, sistema inmune y estrés. *Revista de Psicología de la Salud* 4: 29-58.
- Bover, J.; Martínez, A.; Górriz, J.; de Pablos Velasco, P.; Sánchez-M. & Segura, J. (2013). *Documento de consenso sobre la enfermedad renal crónica*. <https://bit.ly/2XlneGi>
- Buitrago, C. A. (2018). Nefrología básica. <https://bit.ly/2xVbFL5>
- Caballeros, C. M. (2021) Adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con enfermedad renal crónica. Colombia
- Cabello, M. E. (2001). Calidad de la Atención Médica: ¿Paciente o cliente? *Rev Med Hered*; 12(3), 96-99.
- Canales, S. & Barra, E. (2014) Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes *mellitus* tipo II. *Psicología y Salud*. 24(2),167-173. <https://bit.ly/3c2xNSw>

- Cantoral, F. E. (2019). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. Guía de evidencias y recomendaciones: *Guía de Práctica Clínica. México*, CENETEC. <https://bit.ly/39eJjZj>
- Carrillo, A.; Eduardo, W. & Vidarte, I. (2014). Adherencia a la hemodiálisis. Universidad de *Ciencias de la Salud. Colombia*. 23 (1):28-35.
- Casallas, M. A. L. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Rev. Cienc. Salud*. 15(3):397-408.
- Cerqueira, D. de P.; Tavares, J. R. & Machado, R. C. (2014). Factores de predicción de la insuficiencia renal y el algoritmo de control y tratamiento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*;22(2),211-7.
- Cid, P.; Orellana, A. & Barriga, O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev. Med. Chil.* [serial online] 2010;138(5):551–557. <https://bit.ly/2xd1G3T>
- Cisneros-A., E.; Cisneros-A, A. & Peña, M. (2018) Prevalencia de la depresión en pacientes hemodializados en el hospital “Ernesto Guevara de la Serna” *Revista Electrónica. Cuba*. <https://bit.ly/3aU4LnT>
- Clínica Mayo (2019). *Trasplante renal*. <https://mayocl.in/2JdfFJy>
- Clyne, W.; Mshelia, C.; McLachlan, S.; Jones, P.; de Geest, S. & Ruppap, T. *et al.* (2016). *A multinational cross-sectional survey of the management of patient medication adherence by European healthcare professionals*. <https://bit.ly/39RVPOH>

- Cofreces, P.; Ofman, S. & Stefani, D. (2014) La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la Literatura científica 1990-2010. *Revista de Comunicación y Salud. Argentina (4)*,9-34
- Cohen, S. & Wills, T. (1985) Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 310-57.
- Coppelli, O. G. (2019). La globalización económica del siglo XXI. Entre la mundialización y la desglobalización. *Estudios Internacionales 191 - ISSN 0716-0240*, 57-80. Instituto de Estudios Internacionales – Universidad de Chile.
- Corbella, B. (2003). La alianza terapéutica: Historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología;19 (2)*, 205-221.
- D'Anello, S.; Barretet, Y.; Escalante, G.; D'Orazio, A. & Benitez, A. (2009). La relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento médico. Centro de Investigaciones Psicológicas. Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. Mérida. Venezuela. *Medula (18)*,33-39.
- Deming, W. E. (1990). As qualidades e a consumidor. En: *Qualidades: A revolução da Administração*. Editora Marques Saravia S. A. 1990.
- DiMatteo, M. R.; Sherbourne, C. D.; Hays, R. D.; Ordway, L.; Kravitz, R. L.; McGlynn, E. A.; Kaplan, S. & Rogers, W. H. (1993). Physicians' Characteristics Influence Patients' Adherence to Medical Treatment: Results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychology;12(2)*,93-102.
- Emanuel, E. J. & Emanuel, L. L. (2012). *Cuatro modelos de relación médico-paciente*. <https://bit.ly/2UA8Erq>

- Evans, J. R. & Lindsay, W. M. (2005). *Administración y control de la calidad*.
Curso: asignatura: fundamentos de la calidad. Filosofías y marcos de referencia de la calidad. Universidad Nacional Autónoma de Honduras.
<https://bit.ly/32fo9Zf>
- Flores, I.; Gómez, J.; Alfaro, Z.; Madera, S.; Meza, K. & Contreras, D. (2016).
Soporte social y adherencia a tratamientos en personas adultas hipertensas.
Universidad de Cartagena.
- Franco-Giraldo, A. (2016). Salud global: una visión latinoamericana. *Rev. Panam Salud Pública*;39(2),128–36.
- Frishman, W. H. (2016). “Reflections on the Physicians Payment Sunshine Act”,
The American Journal of Medicine; 129(1), 3-4. L. J. C.; Moysén, C. A.;
Balcázar, N. P.; Gurrola, P. G. M.; Estrada, L. E. & Villaveces, L. M. C.
(2016). *Apoyo social en pacientes con insuficiencia crónica*. XVII
Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. <https://bit.ly/2wCRmBP>
- García-Ll. H.; Barbero, J.; Olea, T.; Jiménez, C.; del Peso, G.; Miguel, J. L.;
Sánchez, R.; Celadilla, O.; Trocoli, F.; Argüello, M. T. & Selgas, R. (2010).
Incorporación de un psicólogo en un servicio de nefrología: criterios y
proceso. *Nefrología* 30(3),271-380. <https://bit.ly/2QOBYZW>
- Goldin, I. & Reinert, K. (2007). Globalización para el desarrollo. Banco Mundial.
<https://bit.ly/2xdxo0W>
- Gómez, C. A.; Arias, M. E. & Jiménez, R. C. (2004). Insuficiencia renal crónica.
Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

- Gordillo, M. V. & de la Cruz Troca, J. J. (2003). Adherencia y fallo terapéutico en el seguimiento de una muestra de sujetos VIH+: Algunas hipótesis desde la psicología. *Psicothema*, (15), 227-233.
- Guerra y Lugli (2010). *Variables psicosociales en la adherencia a programas de rehabilitación cardiaca*. Universidad Simón Bolívar.
- Hayes, B. (1999) *Diseños de encuestas, usos y métodos de análisis estadísticos*. Edit. Oxford.
- Hernández, S. R.; Fernández, C. C. & Baptista, L. M. del P. (2014). Metodología de la investigación. 6ta. Ed. McGRAW-HILL/Interamericana Editores, S.A. De C.V.
- Hernández-T., I.; Fernández-O., M. A. & Irigoyen-C., A. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*; 8 (2),137-143. <https://bit.ly/2xl3mrJ>
- Herrera, P.; Pacheco, J. & Taype, A. (2016) La enfermedad renal crónica en el Perú. Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados. *Acta Med. Perú*, 33 (2) 130-7.
- Herrera, P.; Palacios, M.; Mezones, E.; Hernández, A. & Chipayo, D. (2014). Baja adherencia al régimen de hemodiálisis en pacientes con enfermedad crónica renal en un hospital de referencia del Ministerio de Salud en Perú. *An. Fac. Med.* 75(4),1-10.
- Herrera-A., P.; Pacheco-M., J. & Taype-R., A. (2016). La enfermedad renal crónica en el Perú. Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados. *Acta Med Peru*;33(2),130-7.

- Holroyd, K. A. & Coyne, J. (1987) Personality and health in the 1980s: Psychosomatic medicine revisited. *J Pers.* 55: 359-375.
- Hooper, D.; Coughlan, J. & Mullen, M. R. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit. *The Electronic Journal of Business Research Methods*, (6), 53-60.
- Horvath & Greenberg (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology.* 36 (2), 223-233.
- Hotz, S.; Kaptein, A.; Pruitt, S.; Sánchez-Sosa, J. J. & Willey, C. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action.* Switzerland: World Health Organization.
- Hu, L. T. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, (6),1-55. <https://bit.ly/2Xj2r64>
- Huertas, M.; Pérez, R.; Albalade, M.; Sequera, P.; Ortega, M.; Puerta, M.; Corchete, E. & Alcázar, R. (2014). Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica, Madrid. *Revista de la Sociedad Española de Nefrología.* 34(6):737-42.
- Hurtado-Arístegui, A. (s/f). Manejo de la enfermedad renal crónica. <https://bit.ly/2IEcERS>
- James, S.; Abate, D.; Abate, K.; Abay, S.; Abbasi, N.; Abbastabar, H. Abd, F.; Abdela, J.; Abdelalim, A. Abdollahpour, I.; Suliankatchi, R.; Abebe, Z.; Abera, S.; Zewdie, O.; Niguse, H.; Jamal, L.; Abu-Rmeileh, N.; Kokou, M.; Acharya, D.; Acharya, A.; Ackerman, I.; (2017) Disease and injury incidence and prevalence collaborators. Global, regional, and national

incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Rev. The Lancet* (392), 1792-1858.

- Jumpa, A. D. (2019). *Aseguramiento universal en salud en el Perú: Una aproximación a 10 años de su implementación*. <https://bit.ly/3aGGAcI>
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en las ciencias sociales*. McGraw-Hill.
- Kerse, N.; Buetow, S.; Mainous III, A. G.; Young, G.; Coster, G. & Arroll, B. (2004). Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *Ann Fam Med*; 2:455-61.
- Kidney Disease Improving Global Outcomes (2013). Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney International supplement*;3(1), 1-163
- Krantz, D. S.; Grunberg, N. E. & Baum, A. (1985). Health Psychology. *Ann. Rev. Psychol.* 36:349-83.
- Laín, P. (1964). *La relación médico-paciente: historia y teoría*. Ed. Castilla.
- Laura, M. & Pérez, E. (2016). *Apoyo social y adherencia terapéutica en personas con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis*. [Tesis licenciatura enfermera. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Repositorio Institucional. <https://bit.ly/>
- León, B. R. (1999). La esencia real del diagnóstico. *Diagnóstico*, 38(3),141-3.
- Lima, O. (2004). Hacia un nuevo modelo en la medicina. *Gac Méd Caracas*; 112(2),139-141.

Londoño, N. E.; Rogers, H.; Castilla, J. F.; Posada, S.; Ochoa, N.; Jaramillo, M. A.; Oliveros, M.; Palacio, J. & Aguirre, D. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.

Luyckx, VA, Al-Aly, Z., Bello, AK y col. (2021) Objetivos de Desarrollo Sostenible relevantes para la salud renal: una actualización sobre el progreso. *Nat Rev Nephrol* 17, 15–32 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41581-020-00363-6>

Macía, D. & Méndez, F. X. (1999). Líneas actuales de investigación en psicología de la salud. En: Simón, M. A. (Ed.): *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (cap. VII, pp. 217-258). Madrid: Biblioteca Nueva.

Málaga, G. (2014). Las enfermedades crónicas no transmisibles, un reto por enfrentar. *Rev. Peru Med Exp. Salud Pública*; 31 (1),06-08.

Marks, D.F.; Murray, M.; Evans, B.; Willig, C.; Woodall, C. & Sykes, C.M. (2008). *Psicología de la Salud: Teoría, investigación y práctica. Manual Moderno.*

Marsh, H. W. & TaiHau, K. (1996). Assessing goodness of fit: Is parsimony always desirable? *The Journal of Experimental Education*, 64 (4), 364-390.

Martín, L. (2006). Repercusiones para la salud de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cub de Salud Pública*, 32(3), 1-10, <https://bit.ly/3bX2cBC>

Martín, L. (2009). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev. Cubana Salud Pública* (30)4. <https://bit.ly/2JMqthJ>

Martínez, C. A.; Górriz, J. L.; Bover, J.; Segura de la M., J.; Cebollada, J.; Escalada, J.; Esmatjes, E.; Fácila, L.; Gamarra, J.; Gràcia, S.; Hernánd-Moreno, J.; Llisterri-Caro, J. R.; Mazón, P.; Montañés, R.; Morales-Olivas, F.; Muñoz-Torres, M.; Pablos-Velasco, P.; de Santiago, A.; Sánchez-Celaya, M.; Suárez, C. & Tranche, S. (2014). Documento de consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica *Revista de Nefrología* ;34(2):243-62.

Martínez-Lorca, M., Aguado R. y Zabala C. (2015) La adhesión terapéutica desde la vinculación emocional. La técnica U. *Revista Clínica de Medicina de Familia*. 8 (2), 171-172. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2015000200015>

Martínez, F. & Fernández, J. Emoción y salud (1994) Desarrollos en psicología básica y aplicada. Tema monográfico: emoción y salud. *Anales de Psicología*. 10(2):101-109

Martínez-Sánchez, F.; Romero, A.; García, J.; Morales, A. (1992) El dolor de cabeza funcional. Modelos explicativos. *Av Psicol Clin Latinonot*. 10: 43-62.

Medline Plus (2007). Insuficiencia renal crónica. *Enciclopedia médica en español*.

Mejía, N. P.; Prats, V. M. & Borrás, S. M. (2019). *Indicaciones y modalidades de la diálisis peritoneal*. <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-indicaciones-modalidades-dialisis-peritoneal-229>

- Mezzano, A. S. & Aros, E. C. (2009). Enfermedad renal crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección. *Rev. Méd. Chile; 133(3)*, 338-348.
- Mingote, A. J.; Moreno, J. B.; Rodríguez, C. R.; Gálvez, H. M. & Ruíz, L. P. (2009) Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relación médico-paciente CREM-P. *Actas Españolas de Psiquiatría; 37(2)*,94-100.
- Ministerio de la Salud (2015). *Análisis de la situación de la enfermedad renal crónica en el Perú*. <https://bit.ly/2UfDm8U>
- Ministerio de Salud (2004). RM N° 771-2004/MINSA. *Establece las estrategias sanitarias del ministerio de salud y sus órganos responsables*. <https://bit.ly/32mplK8>
- Ministerio de Salud (2011). *Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad: Documento técnico / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Secretaría Técnica Comisión de Renovación del MAIS-BFC*. <https://bit.ly/2HKTrOj>
- Ministerio de Salud (2019). *Decreto de urgencia No. 017-2019*. El Peruano / jueves 28 de noviembre. P.5. <https://bit.ly/39NbNuq>
- Moral de la R., J. & Alejandra, C. M. T. (2014) Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud; 6(1)*,1927.
- Morales, R. G. L. (2017). *Nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis de los pacientes de un centro de diálisis particular*. [Tesis de licenciatura de

enfermería en nefrología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].
Repositorio Institucional. <https://bit.ly/3eaaxEj>

Moya, M. (2017). *Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis*.
Facultad de Medicina y Enfermería de Córdoba. <https://bit.ly/39YoFgB>

National Kidney Foundation (2020). *Dialysis peritoneal*. <https://bit.ly/2UdfWST>

National Kidney Foundation NKF (2013). *Kidney Disease Improving Global
Outcome*.

Novakofski, K. & Karduck, J. (2005). Improvement in knowledge, social cognitive
theory variables, and movement through stages of change after a
community-based in diabetes education Program. *Journal of the American
Dietetic Association*, 105(10), 1613-1616.

Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. 2da. Ed. México:
Thomson.

Olivari, M. C. & Urra, M. E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y
Enfermería* 13(1),9-15. <https://bit.ly/3dCx8ZQ>

Organización Mundial de la Salud (2009). *Adherencia a los tratamientos a largo
plazo. Pruebas para la acción*. OMS. <https://bit.ly/2JKzkk6>

Organización Panamericana de la Salud (1993). *La garantía de calidad.
Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América
Latina y el Caribe*. OMS.

Ormandy, P. (2008). Information topics important to chronic kidney disease
patients: a systematic review. *Journal of Renal Care*; 34 (1) 19-27.

Ortiz, M. & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el
fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica*, 135, 647-652.

- Palomo, O. J., De Sola, H., Moral-Muñoz, J., Dueñas, M. (2021) Factores psicológicos asociados a la adherencia al tratamiento analgésico en pacientes con dolor: Revisión sistemáticas de la literatura. *Revista de la Sociedad Española del Dolor rónico*. DOI:10.20986/resed.2021.3922/2021
- Passos, N. R. (2000). *Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud*. OPS/OMS.
- Pereira-Rodríguez, J.; Boada-Morales, L.; Peñaranda-Flores, D. G. & Torrado-Navarro, Y. (2017). *Diálisis y hemodiálisis. Una revisión actual según la evidencia*. <https://bit.ly/3afwMGm>
- Pereyra G., C. I.; Ronchieri, P. C. d V.; Rivas, A.; Trueba, D. A.; Mur, J. A. & Páez V., N. (2018). *Autoeficacia: una revisión aplicada a diversas áreas de la psicología*. <https://bit.ly/2wiJkxQ>
- Piqueras R., J. A.; Ramos L., V.; Martínez G., A. E.; Oblitas G., L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica* 16(2),85-112.
- Plascencia de la T., J.; Chan G., E. & Salcedo A., J. M. (2019) Variables psicosociales predictoras de la no adherencia a los antirretrovirales en personas con VIH-SIDA. *Revista CES Psicología*;12 (3), 1-13
- Plascencia de la Torre Chan, G.; Salcedo, A. & Ramírez H, C. P. (2017). *Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con I.R.C.T. sometidos a hemodiálisis que asisten al Centro de Diálisis Vida Renal SJM*. [Tesis de licenciatura de enfermería en nefrología. Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional. <https://bit.ly/2WVQLpS>

- Redondo-Figuero, C. G.; Santamaría-Pablos, A. & Redondo-Ortiz, C. G. (2015). Aspectos éticos en investigación clínica. *Pharm Care Esp.*; 17(4), 482-493.
- Rincón, M. (2016) *Autoeficacia y adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2*. Universidad Nacional de Colombia.
- Rodríguez, M. (2008) *Relación médico-paciente*. Edit. Ciencias Médicas.
- Rojas, U. & Villegas, F. (2016) *Adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo, 2016*. [Tesis de licenciatura. Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt]. Repositorio Institucional <https://bit.ly/2yKjyDJ>
- Rojas V., Y.; Ruiz M., A.O. & González E., R. (2017) Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de Psicología*; 26(1),1-13.
- Rosas, S. E. (2016). *Enfermedad renal crónica*. [presentación de diapositivas]. <https://bit.ly/39Xq2g2>
- Ruggiero, L. & Prochaska, J. (1993) Readiness for change: applications of the transtheoretical model to diabetes. *Diabetes Spectrum*, 6, 22-60.
- Ruiz, M. A.; Pardo, A. & San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del Psicólogo* 31(1),34-45.
- Sánchez F., R. (2018). *Sistema de salud en Perú*. <https://bit.ly/2Q9JwpZ>
- Sánchez, H. & Reyes, C. (2002). *Metodología de la investigación*. Editorial Visión Universitaria.

- Sánchez, J.; Hipólito, A.; Mugártegui, S. & Yañez, R. (2016). Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Universidad Nacional Autónoma de México* 23(2), 43-47. <https://bit.ly/2wnDg7r>
- Sánchez, J.; Montejo, A. & Llorca, G. (2006) Estudio del estado de salud, comorbilidad depresiva y rasgos de personalidad en pacientes en hemodiálisis renal crónica. *Psiquiatría Biológica*; 13(2):67-70.
- Sánchez, M. (2014). Factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo. UNMSM.: <https://bit.ly/2xTqU7n>
- Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Treatment adherence: The role of behavioral mechanisms and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología* (19), 85-92.
- Sanjuán, P.; Pérez, A. & Bermúdez, J. (2000). Escalada de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *PSICOTHEMA*, 12(2), 509-513. <http://www.psicothema.com/pdf/615.pdf>
- Saris, W. E. & Stronkhorst, L. H. (1984). Causal Modelling in Non-Experimental Research. Amsterdam: Sociometric Research.
- Scorsolini-Comin, F. & dos Santos, A. A. (2010). El estudio científico de la felicidad y la promoción de la salud: revisión integradora de la literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18(3),193-199.
- Seguín, C. (1963). Amor y psicoterapia. 1ª Ed. Paidós.
- Selyé, H. (1936) A syndrome produced by diverse noxiousagents. *Nature* 138: 32

Sola G., M. T. (2012). Problemas bioéticos en la insuficiencia renal.

<https://bit.ly/2JQ5R8g>

Soria, R.; Vega, Z.; Nava, C. & Saavedra, K. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos.

Universidad Nacional Autónoma de México. <https://bit.ly/2XisdaD>

Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5a ed.).

Pearson/Allyn & Bacon.

Valverde, M. (2021) Soporte familiar y adherencia al tratamiento, Centro Nefrológico Santa Lucía, Trujillo.

Van der Feliz-Cornelis, C. M; Van Oppen, P.; Van Marwijk, H.W.J.; De Beurs, E.

& Van Dyck R. (2004). A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *Gen Hosp Psychiatry*; (26),115-20.

Vivaldi, F.& Barra, E. (2010). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Sociedad Chilena de Psicología*.

Vol.30.Nº2, 23-29.

7. ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento para participar en estudio de investigación

Adulto

Institución : Universidad Peruana Cayetano Heredia

Investigador principal : María Elizabeth Chalco Flores

ANEXO 2: CUESTIONARIO RELACIÓN MEDICO-PACIENTE

Instrucciones: Marca con un X según la relación que mantiene con su médico.

Nombre:

Edad:

Instrucción:

Fecha de diagnóstico:

Tipo de diálisis:

Procedencia:

ÍTEMS	NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1. Siento que mi médico me entiende.				
2. Confío en mi médico.				
3. Mi médico se esfuerza en ayudarme con mi enfermedad.				
4. Puedo hablar con mi médico sin dificultad sobre mi enfermedad.				
5. Generalmente, comprendo las explicaciones de mi médico.				
6. Mi médico me ayuda.				
7. Mi médico me dedica suficiente tiempo en las consultas.				
8. Acepto lo que dice mi médico sobre las causas de mis síntomas.				

9. Encuentro a mi médico dispuesto a ayudarme en todo momento.				
10. Gracias a las recomendaciones de mi médico me encuentro mejor.				
11. Gracias a mi médico tengo más información acerca de mi salud.				
12. Controlo mejor mis síntomas a pesar de acudir pocas veces al médico.				

Escala de autoeficacia general

Instrucciones: Marque con un X la opción que refleje mejor como pueda estar enfrentando su condición de salud.

	NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga.				
2. Puedo ayudar a resolver mi problema de enfermedad si me esfuerzo lo suficiente.				
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.				
4. Tengo confianza en que podría manejar mejor las situaciones inesperadas de mi enfermedad.				
5. Gracias a mis cualidades y recursos personales puedo superar las complicaciones de mi enfermedad.				
6. Cuando mi enfermedad se complica puedo permanecer tranquilo/a,				

<p>porque tengo habilidades para manejarlas.</p>				
<p>7. Pase lo que pase con mi enfermedad soy capaz de afrontarla.</p>				
<p>8. Puedo resolver la mayoría de los síntomas de mi enfermedad si me esfuerzo lo necesario.</p>				
<p>9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente, se me ocurre qué debo hacer.</p>				
<p>10. Para hacer frente a mi enfermedad, generalmente tengo varias alternativas de cómo resolverla.</p>				

**CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL ESTADO EMOCIONAL EN
PACIENTES CON IRC**

1. ¿Cómo se ha sentido la semana pasada? Marque con una “X”.

Nada triste 1	Poco triste 2	Regular 3	Bastante triste 4	Muy triste 5
---------------	---------------	-----------	-------------------	--------------

2. ¿Cómo se ha sentido la semana pasada? Marque con una “X”

Nada nervioso 1	Poco nervioso 2	Regular 3	Bastante nervioso 4	Muy nervioso 5
--------------------	--------------------	--------------	------------------------	-------------------

3. Presenta preocupaciones en: (Marque con una “X”)

ÁREAS	1 Nada	2 Poco	3 Regular	4 Bastante	5 Mucho
El área familiar					
El área laboral					
El área emocional					
El área la enfermedad					
En la relación con los profesionales					
Otro					

4. Cree sentirse mejor en cuanto a: (Marca con una “X”)

ÁREAS	1 Nada	2 Poco	3 Regular	4 Bastante	5 Mucho
El apoyo por parte del sistema de salud (SIS)					
El apoyo familiar					

El apoyo económico					
El apoyo de sus amigos					
La relación con los profesionales					

5. Señale qué signos y/o síntomas presenta

ÁREAS	1 Nada	2 Poco	3 Regular	4 Bastante	5 Mucho
Fisiológicas (sudoración, sueño)					
Cognitivas (pensamiento repetido)					
Emocionales (miedo, irritabilidad)					
Conducta (aislamiento, evitación)					
Otro					

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO (MOS)

Instrucciones: Escriba el N° de amigos íntimos y familiares cercanos

Marque con una X según el apoyo del cual Ud. dispone.

Preguntas	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1. ¿Cuenta con alguien en quien pueda confiar?				
2. ¿Cuenta con alguien que le aconseje cuando tiene problemas?				
3. ¿Cuenta con alguien que le oriente y ayude a entender la situación?				
4. ¿Cuenta con alguien cuyo consejo realmente desee?				
5. ¿Cuenta con alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos?				
6. ¿Cuenta con alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas?				
7. ¿Cuenta con alguien con quien divertirse?				
8. ¿Cuenta con alguien que comprenda sus problemas?				
9. ¿Cuenta con alguien que le demuestre amor y afecto?				

10. ¿Cuenta con alguien con quien pasar un buen momento?				
11. ¿Cuenta con alguien que le abraze?				
12. ¿Cuenta con alguien con quien pueda relajarse?				
13. ¿Cuenta con alguien a quien amar y hacerle sentirse querido?				
14. ¿Cuenta con alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama?				
15. ¿Cuenta con alguien que le lleve al médico cuando lo necesite?				
16. ¿Cuenta con alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo?				
17. ¿Cuenta con alguien que le ayude en las tareas domésticas si está enfermo?				

ESCALA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Instrucciones: Marque con una X el ítem que describa mejor su adherencia al tratamiento.

ÍTEMS	Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1. Ingiero mis medicamentos de manera puntual.				
2. No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada.				
3. Me hago análisis cuando el médico me indica.				
4. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, lo hago.				
5. Asisto a mis consultas de manera puntual.				
6. Sigo las recomendaciones del médico en cuanto a estar pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi salud.				
7. Como solo aquellos alimentos que el médico o nutricionista me indica.				
8. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento.				
9. Durante mi tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica para verificar mi estado de salud.				
10. Cuando me dan los resultados de mis análisis, estoy más seguro de lo que tengo y cumplo el tratamiento.				

11. Cuando tengo muchas cosas que hacer se me olvida tomar mis medicamentos.				
12. Cuando los síntomas desaparecen, dejo el tratamiento, aunque no haya concluido.				
13. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento.				
14. Si el tratamiento limita hacer ejercicio físico, lo cumplo.				
15. Para seguir el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar medicamentos.				
16. Me inspira confianza que el médico demuestre conocer mi enfermedad.				
17. Como recomienda el médico, hago mis análisis clínicos periódicamente.				
18. Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo.				