

Estímulos y su relación en el proceso de adaptación en las personas con hemodiálisis

Francisco Eduardo Cabrales Martínez, Juan Daniel Cruz Jiménez, Armando Miranda de la Cruz, Sergio Quiroz Gómez, Marisol Guzmán Moreno y Janett Marina Garcia Hernandez

División Académica Multidisciplinaria de los Ríos
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Tenosique, Tab.; México

[franciscocabrales43, daniel.arias] @gmail.com, [armando.miranda, sergio.quiroz, marisol.guzman, janett.garcia]@ujat.mx

Abstract— This research aims to identify the adaptation process that people with hemodialysis treatment have in a High Specialty Hospital in Tabasco. The study used a quantitative approach, nonexperimental design, descriptive-correlational cross-sectional, with an n= 51 patients, the results show that patients with Chronic Renal Insufficiency present problems of adaptation in the dimensions of interdependence and role function, because they depend on the care of another person and their condition prevents them from developing their social roles. We conclude that age, disease and treatment are the stimuli that influence perception and level of adaptation.

Key words— Continuous renal replacement therapy, physiological adaptation, psychological adaptation, chronic renal failure.

Resumen— Esta investigación tiene como objetivo identificar el proceso de adaptación que tienen las personas con tratamiento de hemodiálisis atendidos en un Hospital de Alta Especialidad en Tabasco. El estudio utilizó un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo-correlacional de corte transversal, con una n= 51 pacientes, los resultados muestran que los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica presentan problemas de adaptación en las dimensiones de interdependencia y función del rol, debido a que dependen del cuidado de otra persona y su condición les imposibilita desarrollar sus roles sociales. Se concluye que la edad, enfermedad y tratamiento son los estímulos que influyen en la percepción y nivel de adaptación.

Palabras clave— Terapia de Reemplazo Renal Continuo, adaptación fisiológica, adaptación psicológica, Insuficiencia Renal Crónica.

I. INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC), se ha convertido en una de las enfermedades de mayor prevalencia en los últimos años, siendo considerada como un problema de salud pública, debido a su impacto social y epidemiológico, generalmente ante estas circunstancias las personas carecen de la suficiente información acerca de su enfermedad, y por lo cual, se presentan complicaciones que generan mayor costo económico. Además, se relaciona directamente con otras enfermedades, que las personas en algún momento desarrollan y que a corto, mediano o largo plazo afectan su calidad de vida.

La ERC se define como una disminución de la función renal demostrada por la Tasa de Filtrado Glomerular (TFG) de menos de 60 mL/min en 1.73m², por marcadores de daño renal, o ambas, de al menos 3 meses de duración, sin tomar en cuenta la causa subyacente, que generalmente está asociada a enfermedades no transmisibles como la diabetes e hipertensión arterial (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2019)

Según la Real Academia Española (RAE), menciona que, “un estímulo es una cosa que estimula a obrar o funcionar”, además, de que hay dos tipos de estímulos, el condicionado, que es, “estímulo que provoca un reflejo por asociación con un estímulo condicionado”, y está el estímulo incondicionado, que es, “estímulo que provoca un reflejo sin necesidad de aprendizaje”. Sin embargo, Roy menciona que el

estímulo es todo aquel factor interno o externo que puede ocasionar desajustes en el proceso adaptativo del sistema humano (Real Academia Española, 2020).

La adaptación, por tanto, hace referencia al proceso a través del cual las personas se ajustan a las condiciones de vida o ante las características de sus situaciones. Roy menciona que la adaptación dependerá de tres estímulos que muy probablemente se presentan a lo largo de nuestra vida; definiendo estos estímulos como focal, contextual o residual, es decir, el que confronta directamente la persona, los demás presentes en la situación y, por último, los ambientales, respectivamente. El nivel de adaptación de una persona va depender del estímulo y como éste es procesado a través de los mecanismos de afrontamiento innatos o natos y que ocasionan un resultado o respuesta de adaptación. (Raile Alligood, 2015).

A continuación, se mencionan dos estudios que tienen la finalidad de mostrar la evidencia científica relacionada con la adaptación y los estímulos presentes en las personas con ERC:

Un estudio realizado con el objetivo de evaluar el nivel de empoderamiento que tiene el paciente con IRC sobre el cuidado de la diálisis peritoneal. El cual tuvo un diseño cuantitativo, analítico, de corte transversal, en el que participaron 174 pacientes con diálisis peritoneal. Se utilizó un instrumento con 24 ítems, de opción múltiple midiendo el nivel de empoderamiento en alto, medio y bajo. Los resultados mostraron que 57.5 % de los pacientes tuvieron un nivel de empoderamiento medio. Se concluye en que el nivel de empoderamiento de los pacientes en el cuidado de la diálisis peritoneal fue medio, por lo que es necesario incrementarlo, a fin de mejorar la calidad de vida. (Miguel Hernández, Romero Quechol , & Cruz Ojeda, 2019).

Otro estudio desarrollado por (Márquez Córdova & Ramon Sigsig, 2021), con el objetivo de aplicar el modelo de adaptación de Callista Roy a un paciente con ERC a través de los cuidados de enfermería, para mejorar la salud física y psicológica. Se buscó en las bases de datos: PubMed Central (PMC), Lilacs, Scielo, Scopus, y NNNConsult entre otras, en el idioma inglés y español. La Investigación es de tipo científico, analítico y descriptivo, se efectúa con la revisión y seguimiento del caso clínico, mediante la historia clínica. Los resultados obtenidos a través del proceso de atención de enfermería, permitieron mantener la condición clínica del paciente, además de ayudar en el mejoramiento físico y psicológico, se logró educar a familiares como sistema de apoyo y quienes favorecen la recuperación del paciente.

Este proyecto tiene por objetivo identificar los estímulos y su relación en el proceso de adaptación en las personas con ERC en Terapia Sustitutiva de la Función Renal (TSFR) a través de hemodiálisis atendidas en un hospital de tercer nivel de atención a la salud en Tabasco. Lo anterior, aunado a que epidemiológicamente, la ERC va en aumento, no se sabe con certeza el nivel de adaptación que tienen las personas, al afrontar tratamientos sustitutivos.

Según Edith Castro (2019), menciona que, en el Reino Unido la nefropatía diabética es la causa del 18% de los pacientes que requieren de diálisis; en los Estados Unidos representa el 7.3% de todos los adultos, entre los cuales 17.8% tiene más de 65 años y padece Diabetes Mellitus (DM). (Castro Serralde, Consejería personalizada de enfermería y nutrición para conservar la función renal en pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica, 2019).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que alrededor de 422 millones de personas a nivel mundial tienen DM y predicen que habrá más de 500 millones para el año 2025. Las cifras estimadas por la OMS en relación con la frecuencia de DM alertan a las unidades nefrológicas a prepararse para el número creciente de pacientes que necesitarán terapia de reemplazo renal en el futuro, si no se interviene a tiempo en su progresión.

En América Latina y el Caribe, Cuba ha triplicado en los últimos 20 años la incidencia de personas con ERC. Esto se debe al envejecimiento poblacional y el incremento de la incidencia de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Es importante mencionar que el envejecimiento poblacional es un proceso global, lo que alerta un futuro catastrófico para todas aquellas personas que inician o viven su proceso de envejecimiento con factores de riesgo agregados, co-morbilidades y procesos crónicos. (Mojena Roblejo, Suárez Roblejo, Ruíz Ruíz, Blanco Barbeito, & Carballo Machado, 2018)

A nivel mundial la ERC tiene una prevalencia entre el 12 y el 17% en los mayores de 20 años. En los últimos 15 años se ha duplicado y continúa aumentando, en los Estados Unidos de América el incremento de pacientes que ingresan al programa de diálisis es de 6% anual. Por otra parte, en Cuba, la ERC ha emergido como un problema de salud importante y creciente, la prevalencia de pacientes dispensarizados en la Atención Primaria de Salud se ha incrementado a 1.5 por cada 1,000 habitantes, además, ocupa la posición 12 como causa de muerte, reportando 812 defunciones, para una tasa ajustada de 4 por 100 mil habitantes. (Regueira Betancourt, Días Pérez, Jiménez Batioja, & Cajape León, 2016).

En este sentido, la Fundación Mexicana del Riñón reporta la existencia de 140,000 personas con ERC, donde sólo el 50% tiene acceso a la atención en el sector salud. En relación con esto, se reporta que 9.6 millones de personas adultas tienen Insuficiencia Renal leve, 65,000 tienen tratamiento continuo de diálisis y más de 75,000 con ERC que no son atendidas adecuadamente; por otra parte, se suman 25,000 niños.

México registra una incidencia de 467 casos de ERC por cada 1,000,000 de habitantes, siendo una de las más altas, junto con países como Estados Unidos, Japón, Chile y Brasil. Al realizar un análisis comparativo, en seis años se incrementó la incidencia en un 38%; en el 59% de los casos, la Diabetes Mellitus fue la principal causa de ERC. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2019).

Además, una persona con ERC puede presentar alguno de los siguientes marcadores de daño renal: albuminuria definido como albúmina en orina > 30 mg/24 hrs, anormalidades en el sedimento urinario, trastornos hidroelectrolíticos secundarios a un trastorno tubular, anormalidades detectadas en histología, anormalidades estructurales detectadas por imagen o historial de trasplante renal. (Levey AS, 2009) Se clasifica de acuerdo a su etiología, el filtrado glomerular y las concentraciones de albúmina urinaria. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2019).

Del mismo modo, existe evidencia epidemiológica que relaciona las cifras altas de presión arterial con enfermedades cardiovasculares y, por consiguiente, renales. A mayor cifra de Tensión Arterial (TA) aumenta la mortalidad y morbilidad relacionadas con enfermedades cardiovasculares y renales. Para evitarlo, hay que mantener las cifras de TA por debajo de 140/90 mmHg, pero en el caso de diabéticos y nefrópatas estas cifras deben ser aún menores, por debajo de 130/80 mmHg debido al riesgo que conlleva las propias patologías y su relación estrecha con la ERC. (Molero, y otros, 2017)

Según la Guía de Práctica Clínica, del Ministerio de Sanidad en España, menciona que la ERC se define como un conjunto de enfermedades heterogéneas que afectan la estructura y función renal con una gran variabilidad en su expresión clínica. La incidencia y la prevalencia global de la ERC están probablemente subestimadas debido al uso de diferentes clasificaciones a lo largo del tiempo y además existe una amplia variabilidad en estos datos debido a las medidas utilizadas y la propia variabilidad en las características socio-demográficas de las personas afectadas entre los diferentes países y regiones. (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2016).

La ERC una vez establecida progresa hacia etapas más avanzadas, por lo que la nefrología actual se preocupa por prevenir o retardar su progresión por medio de la aplicación de estrategias dirigidas a la

corrección de los factores de riesgo, al diagnóstico temprano y al tratamiento adecuado. Esta enfermedad se encuentra en ascenso, datos estimados por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), apuntan que uno de cada 10 adultos en el mundo está afectado en algún grado por este padecimiento. (Rufín Gutiérrez & López Polanco, 2018).

Según Edwin Núñez (2018), menciona que las personas pueden experimentar un severo deterioro físico; además, de conductas inefectivas como: insomnio, fatiga, pérdida de movilidad, cansancio, palidez, hinchazón de pies y tobillos y una percepción de mal sabor en la boca debido a la falta de eliminación de desechos, situaciones que lo limitan en su vida diaria, generándole sentimientos de minusvalía, incapacidad e indefensión, efectos que redundan en la percepción de su calidad de vida y que repercuten en el tratamiento y por ende en su proceso adaptativo. (Beltré Núñez, 2018).

Cabe mencionar, que las malformaciones urológicas están directamente conectadas a la presencia de enfermedad renal aguda o crónica, ya que su importancia radica en su prevalencia, pues constituyen cerca del 20-30% de todas las anomalías detectadas en el periodo prenatal, con una incidencia del 5-10 por cada 1,000 recién nacidos vivos y en su trascendencia clínica, ya que a pesar de que la mayoría cursan de manera asintomática, suponen la principal causa de enfermedad renal crónica avanzada en la infancia, evolucionando a ella en un 30-60% de los casos. (Beltré Núñez, 2018).

La población adulta que en nuestros días padece ERC secundaria a diabetes en México, etapas 1 a 3, es de alrededor de 6.2 millones y debería ser identificada, caracterizada y tratada por médicos generales, familiares, internistas, nutriólogos, psicólogos y expertos en activación física y ejercitamiento, de acuerdo con un protocolo de atención en clínicas de medicina familiar, centros de salud y consultorios. (Tamayo y Orozco & Lastiri Quirós, 2016).

Un estudio para la detección de ERC oculta mediante fórmula de Cockcroft-Gault en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas en el primer nivel de atención en Comalcalco, Tabasco, México, tuvo como objetivo determinar Tasa de Filtrado Glomerular (TFG) y la patología con mayor riesgo para desarrollar ERC en pacientes crónicos degenerativos. Se realizó un estudio a 66 pacientes crónicos degenerativos, utilizando estadística descriptiva con Excel y SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, por sus siglas en inglés). Se encontraron 17 pacientes con ERC, obteniendo tasa de morbilidad de 6.7 pacientes con ERC/1000 habitantes y prevalencia de 17 pacientes con ERC/100 crónicos degenerativos. La HAS (Hipertensión Arterial Sistólica) eleva 4.3 veces el riesgo de desarrollar ERC en comorbilidad con la DM (Diabetes Mellitus) aumenta 1.2 veces más. Por lo que se concluye que, el 20% de pacientes crónicos degenerativos de una comunidad podrían tener ERC oculta. (Cadena-Naranjos & Javier-Hernández, 2016).

Como personal de salud, y trabajando día a día con personas que padecen incontinencia renal, enfermedad renal aguda, enfermedad renal crónica y algunas otras enfermedades relacionadas conjuntamente, permite vislumbrar la necesidad de identificar los estímulos y conocer el proceso adaptativo de las personas con ERC, lo anterior porque la presencia de la enfermedad causa directamente estragos en la adaptación y por consecuencia la persona debe utilizar mecanismos de afrontamiento que logren la integración del sistema humano.

Este proyecto, permite desarrollar estrategias de mejora, como base las experiencias y expectativas de los pacientes atendidos en el Hospital Regional de Alta Especialidad (HRAE) "Dr. Gustavo A. Roviroso en Tabasco; cuyo propósito es documentar la situación actual y mediante la identificación de los estímulos emprender estrategias para su reducción ocasionando la mejora en el proceso de adaptación de la persona. Lo anterior, pues se atienden enfermos renales en 3 hospitales de tercer nivel, sin embargo, no existe evidencia científica que permita favorecer su adaptación fisiológica y psico-social.

Objetivo General

Identificar los estímulos y el proceso de adaptación de las personas con hemodiálisis que acuden al HRAE “Dr. Gustavo A. Roviroso” de Villahermosa, Tabasco.

Objetivos específicos

- Documentar la percepción y nivel de adaptación de las personas con hemodiálisis.
- Describir las variables sociodemográficas de las personas con ERC.
- Identificar los estímulos presentes en las personas con tratamiento de hemodiálisis.

Hipótesis de Investigación

Hi: Los estímulos (edad, apoyo familiar, autoconcepto, dieta, cambios físicos, aspectos espirituales) se relacionan con el proceso de adaptación de las personas con ERC en tratamiento de hemodiálisis.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Enfoque y diseño

Esta investigación utilizó un enfoque cuantitativo, ya que (Polit & Tatano Beck, 2018) [16], describen que los fenómenos naturales son regulares y ordenados: “la investigación cuantitativa se conduce según el método científico tradicional, que es sistemática y controlado. Los investigadores cuantitativos basan sus hallazgos en la evidencia empírica (evidencia recopilada por medio de los sentidos humanos) y buscan la generalizabilidad”.

Este proyecto utilizó un diseño no experimental, transversal, exploratorio y descriptivo-correlacional. Es no experimental, ya que los investigadores no establecieron control de las variables de estudio; de corte trasversal, porque la aplicación del instrumento se realizó en un solo momento durante el proceso de investigación; exploratorio, ya que se documenta el fenómeno a través de la revisión de información; descriptivo, porque observa, describe y documenta aspectos de una situación, además se establecen relaciones entre los estímulos y la adaptación de los pacientes con IRC con TSFR a través de hemodiálisis. (Polit & Tatano Beck, 2018)

Población, muestra y muestreo

La población de estudio es finita conformada por 51 pacientes que asisten a terapia de hemodiálisis en el área de medicina interna del HRAE Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez, Tabasco, la muestra fue poblacional y el muestreo seleccionado fue no probabilístico por conveniencia intencional, es decir se eligieron personas con criterios específicos como tener ERC en TSFR a través de hemodiálisis, entre otros.

Criterios de inclusión

- Pacientes que lleven tratamiento de hemodiálisis dentro del hospital, con más de seis meses, que se encuentren conscientes y autoricen su participación en el estudio; sin considerar la edad, sexo, estado civil u ocupación.

Criterios de exclusión

- Pacientes con pérdida de sus facultades mentales, debido a la necesidad de responder de manera coherente el cuestionario, con dificultad para comprender idioma español o bien que decidan retirarse en el transcurso del estudio.
-

Instrumentos y mediciones

Este proyecto de investigación utilizó como instrumento de evaluación una encuesta, la cual esta está conformada por tres apartados; el consentimiento informado que es revisado y firmado propiamente por el participante manifiesta el deseo de participar, la cédula de datos generales, que consta de datos como: edad, sexo, religión, estado civil, escolaridad, empleo y años que tiene realizándose la terapia sustitutiva, entre otros.

Por último, el instrumento que se utiliza en este proyecto se titula “Adaptación fisiológica y psicosocial en las personas con enfermedades crónicas”, elaborado por Armando Miranda de la Cruz, Sergio Quiroz Gómez y Marisol Guzmán Moreno en el año 2021. Este cuestionario consta de 73 preguntas, todas de opción múltiple con escala tipo Likert que van de 1 nunca demostrada, a 4 siempre demostrado. Este cuestionario se realizó utilizando los fundamentos teóricos del Modelo de Adaptación de Callista Roy, teniendo 5 dimensiones, cada dimensión puede categorizarse para clasificar la adaptación en integrada, comprometida o compensatoria.

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se utilizó el modelo de alfa de cronbach para conocer la fiabilidad del instrumento, los resultados muestran que el cuestionario llamado “Adaptación fisiológica y psicosocial en las personas con enfermedades crónica” presentó un $\alpha=.958$, considerado aceptable para medir la variable propuesta en todas sus dimensiones o modos adaptativos de acuerdo al Modelo de Adaptación de Roy: dimensión fisiológica ($\alpha=.912$), dimensión autoconcepto / identidad de grupo ($\alpha=.882$), dimensión función del rol ($\alpha=.883$), dimensión interdependencia ($\alpha=.926$), nivel de adaptación ($\alpha=.896$) y la identificación de estímulos ($\alpha=.777$), dando con esto validez y confiabilidad del instrumento.

Hola

Tabla 1. Fiabilidad del instrumento

Nombre del instrumento o apartado	Número de elementos	Resultado de fiabilidad
Dimensión fisiológica	37	.912
Dimensión Autoconcepto / identidad de grupo	8	.882
Dimensión función del rol	4	.883
Dimensión interdependencia	16	.926
Nivel de adaptación	4	.896
Identificación de estímulos	4	.777
Adaptación fisiológica y psicosocial en las personas con IRC en TSFR	73	.958*

*Nota: alfa de cronbach = 0 < a 0.8 se considera aceptable para medir la variable propuesta.

Datos sociodemográficos

En cuanto a los datos sociodemográficos, 26 (50.98%) son mujeres y 25 (49.02%) hombres; la religión que predomina en los participantes de este estudio es la católica con 22 (43.14%) personas, además, 6 (11.76%) pacientes son ateos; más del 50% tiene apoyo de la pareja, el otro 47% menciona estar solo debido a no tener en este momento una pareja, lo cual puede interferir con la adaptación.

En referencia a la actividad laboral de los pacientes con IRC, 41 pacientes (80.4%) no tiene ningún empleo desde que iniciaron su terapia sustitutiva, solo 6 (11.8%) mencionan trabajar en el campo y 4 (7.8%) dicen trabajar en oficina. En relación a la escolaridad, el mayor número de pacientes, es decir, 16 (31.4%) tienen educación secundaria, seguido de 14 (27.5%) primaria, otros 14 pacientes (27.5%) acudieron a la preparatoria, y 5 (9.8%) tienen un nivel de educación de licenciatura; es decir, cerca del 60% de los participantes mencionan haber concluido el nivel básico, lo cual puede favorecer la comprensión de las indicaciones y ayudar al mecanismo de afrontamiento innato a través del subsistema cognitivo mediante uno de los canales que sería el aprendizaje.

Tabla 2.- Estadística descriptiva de las variables cuantitativas

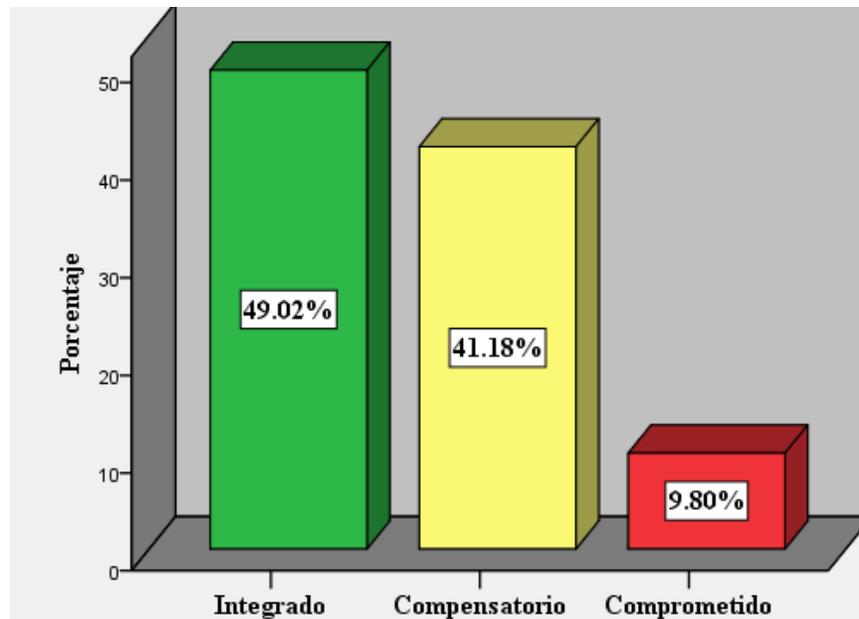
Variables	V. Min	V. Max	\bar{X}	S	S ²
Edad	20	74	47.84	15.12	228.77
Tiempo en TSFR.	.08	14.00	3.18	3.72	13.87
Modo fisiológico	43.00	97.00	64.50	15.09	227.97
Modo autoconcepto	8.00	30.00	13.76	4.80	23.06
Modo función del rol	4.00	16.00	8.74	3.19	10.23
Modo interdependencia	16.00	59.00	31.58	10.31	106.44
Conductas adaptivas	4.00	16.00	8.78	3.29	10.85
Identificación de estímulos	4.00	16.00	9.94	3.40	11.57
Nivel de adaptación	88.00	219.00	137.33	32.06	1028.14

*Nota: V. Min= valor mínimo, V. Max = valor máximo, \bar{X} = media aritmética, S= desviación estándar y S²= varianza.

Al realizar el análisis de las variables numéricas o cuantitativas, se encontró que la media de edad fue de 47.84 años (S=15.12, 20-74), por otra parte, el tiempo de recibir terapia sustitutiva presentó una media aritmética de 3.18 años (S=3.72, 0.8-14), en el modo fisiológico, el puntaje de la dimensión mostró una media de 64.50 (S=15.09, 43-97), el modo autoconcepto de 13.76 (S=4.80, 8-30), en cuanto, al modo de función del rol fue de 8.74 (S=3.19, 4-16), mientras que en el modo interdependencia la media fue de 31.58 (S=10.31, 16-59), en cuanto a las conductas adaptativas la media fue de 8.78 (S=3.29, 4-16), por otra parte la identificación de estímulos documentó una media de 9.94 (S=3.40, 4-16) y en cuanto al nivel de adaptación global, se obtuvo una media de 137.33 (S=32.06, 88-219).

En la Gráfica 1. Se muestra el nivel adaptación, donde 21 pacientes (41.18%) no están adaptados en su TSFR, sin embargo se muestran compensados, por lo que requieren de apoyo multidisciplinario para poder desarrollar mecanismos de afrontamiento que permitan lograr integrarse ante la enfermedad, por otra parte, 5 pacientes (9.80%) están comprometidos, lo que indica que muestran desequilibrio en sus modos adaptativos y la enfermedad afecta la adaptación fisiológica y psicosocial; es decir, 26 pacientes

(más de la mitad) manifiestan problemas en su adaptación, por lo cual, se requiere identificar los estímulos presentes en la situación y posteriormente establecer estrategias para desarrollar la adaptación a partir de mecanismos innatos.



Gráfica 1. Nivel de adaptación en pacientes con ERC

En la tabla 3, sobre la relación entre las variables principales del estudio, se utilizó el correlación de Pearson, ya que al realizar la prueba de normalidad se mostró una distribución normal de datos; los resultados encontraron relaciones positivas estadísticamente significativas entre la adaptación y la edad del paciente con una $r_s=0.312$ ($p=0.05$), modo físico-fisiológico con una $r_s=0.891$ ($p=0.01$), modo auto concepto ($r_s=0.723$, $p=0.01$), modo desempeño del rol ($r_s=0.401$, $p=0.01$), modo interdependencia ($r_s=0.848$, $p=0.01$), los estímulos ($r_s=0.607$, $p=0.01$) y percepción de adaptación ($r_s=0.734$, $p=0.01$), no siendo así con los años de diagnóstico.

Además, los estímulos identificados en la adaptación de la persona fueron la ERC, los problemas económicos, la falta de apoyo familiar y el entorno social inadecuado, pues se mostraron relaciones positivas estadísticamente significativas con el modo fisiológico ($r_s=0.408$, $p=0.01$), modo autoconcepto ($r_s=0.384$, $p=0.01$), modo interdependencia ($r_s=0.605$, $p=0.01$), sin embargo, no siendo de la misma manera con el desempeño del rol; lo anterior permite afirmar que la edad es un factor determinante en el proceso de adaptación debido a que la madurez fisiológica y psicosocial influye en el proceso adaptativo. Se identificaron que los estímulos se relacionan directamente con la adaptación fisiológica y psicológica, no siendo así con la adaptación social.

Tabla 3. Relación entre variables sociodemográficas, estímulos y la adaptación

Variables	Edad	Años Dx	MF	MA	MDR	MI	E	PA	NA
Edad	1.000								
Años Dx	-.026 .854	1.000							
MF	.273 .053	-.017 .907	1.000						
MA	.182 .201	.099 .489	.572**	1.000					
MDR	.268 .057	-.072 .617	.229 .106	.355*	1.000				
MI	.256 .070	.149 .295	.594** .000	.576** .000	.395** .004	1.000			
E	.173 .225	.093 .517	.408** .003	.384** .005	.109 .448	.605** .000	1.000		
PA	.321* .022	.084 .557	.587** .000	.507** .000	.296* .035	.654** .000	.471** .000	1.000	
NA	.312* .026	.050 .726	.891** .000	.723** .000	.401** .004	.848** .000	.607** .000	.734** .000	1.000

*Nota: Dx= diagnostico, MF= modo fisiológico, MA= modo autoconcepto, MDR= modo desempeño del rol, MI= modo interdependencia, E= estímulos, PA= percepción de adaptación, NA= nivel de adaptación.

Discusión

En este estudio referente a los “Estímulos y proceso de adaptación de las personas con enfermedades crónicas”, en este caso con ERC, se identifica como un problema de salud pública mundial, ya que desde hace algunos años ha incrementado su carga de enfermedad debido principalmente a los cambios en la forma de enfermar y morir a nivel global, es decir, con la creciente epidemiológica de las enfermedades crónicas como: la diabetes, hipertensión, así como factores de riesgo como la obesidad y el sobrepeso, la ERC se ha convertido en la principal complicación, por lo que entender los estímulos internos y externos, además del proceso de adaptación es una necesidad.

Una vez realizado el proceso de aplicación del instrumento se obtuvo como resultado global, que la percepción de los pacientes ante la adaptación a la TSFR mostró que 19 pacientes (37.25%) mencionan sentirse no están adaptados a su enfermedad. Es decir, aunque han recibido tratamiento renal y atención medica de especialidad. La percepción de adaptación se convierte en un punto de partida para el análisis de la adaptación como proceso personal de cada paciente, así como la identificación correcta de estímulos.

En cuanto al modo adaptativo autoconcepto/identidad de grupo: yo personal, 27 pacientes (53%) han demostrado presentar problemas para percibir las sensaciones corporales; deseo sexual, sensibilidad corporal, etc., 30 pacientes (58.9%) manifiestan pensamientos y sentimientos negativos, 31 pacientes (63.5%) presentan problemas para establecer metas futuras o aspiraciones personales y tan sólo 14

pacientes (27.5%) han perdido la fe y la esperanza. Esto indica que los pacientes se encuentran espiritualmente comprometidos, y su estado espiritual no permite generar metas, visión y objetivos en su vida futura. Esto concuerda con el estudio realizado por May, Valdez, Poot y Sosa (2018), ya que mencionan que los aspectos emocionales, espirituales y del autoconcepto influyen de manera significativa en el proceso de adaptación tras un trasplante renal. Por otra parte, estos resultados concuerdan con (Pairazamán Castillo & Constantino Facundo, 2019) que consideraron que la Terapia de Reemplazo Renal o trasplante brinda esperanza de vida que permite cambiar sus necesidades, al mismo tiempo adaptarse a su nuevo estilo de vida y en todo momento manifestaron estar agradecidos con Dios.

Acercas de los factores sociodemográficos, 42 pacientes (82.4%) dicen que la enfermedad es el principal factor que ha ocasionado cambios en su vida, 45 pacientes (86.4%) sienten que los problemas económicos los abruma, 30 pacientes (58.8%) no cuentan con el apoyo familiar para continuar con su tratamiento, 32 pacientes (62.8%) demuestran que el entorno social dificulta los cuidados que deben realizar para cuidar su salud. Por lo que, estos factores externos e internos actúan como estímulos generando conductas inefectivas dificultando el proceso de adaptación a la enfermedad. Éstos hallazgos concuerdan con lo reportado por Vallejos y Saldarriaga (2018), quienes concluyeron que los niveles de depresión tienden a presentarse de forma significativa de acuerdo a los factores sociodemográficos ($p < 0.00$), como la economía, apoyo familiar y social en personas con ERC.

En referencia al nivel de adaptación general, 21 pacientes (41.18%) se encuentran compensados, es decir, los mecanismos reguladores a nivel endocrino, neural y químico permiten que los estímulos ocasionen conductas inefectivas que no comprometen su adaptación, sin embargo, de forma subyacente exponen la necesidad de apoyo multidisciplinario para lograr integrarse y equilibrar su adaptación fisiológica y psico-social. Además, 5 pacientes (9.80%) están comprometidos, es decir, estos pacientes a pesar de utilizar sus mecanismos de afrontamiento natos e innatos no logran integrarse a nivel físico, psicológico y social, por ende, resulta en problemas críticos de adaptación.

Se concluye que más de la mitad de los pacientes que no logran integrarse a la adaptación, generalmente consecuentes a la presencia de estímulos focales o contextuales que dificultan su busca de equilibrio. Un tercio de los pacientes se encuentran integrados en su proceso adaptativo mejorando así su calidad de vida y manteniendo su equilibrio físico, mental y social. Los resultados descritos son similares a lo reportado por Castro y Cadena (2017), mostrando que el 54% y el 31.3% se sintió muy satisfecho respecto a las dimensiones de comunicación y profesionalidad y el 39% con la atención de enfermería. Concluyendo que el grado de satisfacción no depende solo de la prestación de los servicios, sino también de la solución de las expectativas del paciente.

IV. CONCLUSIÓN

Tomando en cuenta el objetivo de esta investigación, identificar los estímulos y su influencia en el proceso de adaptación en las personas con ERC en TSFR a través de diálisis y hemodiálisis que acuden a un hospital de tercer nivel de atención a la salud en Tabasco, se encuentra que a pesar de que los pacientes han iniciado un proceso de búsqueda del equilibrio, alrededor de una tercera parte se perciben inadaptados a su enfermedad. Lo que hace evidencia de la necesidad de valorar la vulnerabilidad de los pacientes, considerando no solo aspectos fisiológicos, sino psicológicos y sociales que permitan darle un mejor panorama de esperanza de vida y por consecuencia se apoye la adaptación a su enfermedad.

La ERC como se ha mencionado es un problema de salud pública, además de ser prevenible, también es tratable cuando se detecta de forma oportuna, sin embargo, a pesar de que los pacientes se encuentran en TSFR no se perciben ni se muestran adaptados en su totalidad, lo anterior por el impacto

en la salud física que genera cambios o conductas inefectivas como consecuencia de su proceso de afrontamiento inadecuado. Lo anterior permite documentar que tratar una ERC requiere de trabajo integral trans y multidisciplinario que considere aspectos sociales, psicológicos y físicos; lo cual se contraponen al modelo biomédico actual, es decir, existe la necesidad de dejar de ver a la persona como un órgano o patología y centrarnos en los aspectos subjetivos.

Ha quedado claro que la promoción de la salud debe trascender las barreras de las unidades de salud, además de necesitar cambios en la forma en que educamos, promocionamos y concientizamos a las personas, no basta con folletos, carteles y charlas educativas, se requiere de personal calificado en uso de plataformas digitales, comunicación terapéutica, desarrollo humano, manejo de crisis, evaluación de conductas de riesgo, no solo en el primero, si no en todos los niveles de atención a la salud.

En relación a la hipótesis de investigación se logró identificar que existen estímulos que influyen en el proceso de adaptación de las personas con ERC en TSFR a través de hemodiálisis. Entre los de mayor presencia se encuentran la: ERC, los problemas económicos, la falta de apoyo familiar y su entorno social. Con estos resultados se puede lograr hacer evidencia científica de establecer modelos y protocolos intrahospitalarios integrales, en el que los profesionales de la salud no solo se preocupen por la salud física, sino además se puedan implementar estrategias cognitivas, conductuales, comportamentales como parte del tratamiento en los pacientes renales.

Hacer que las personas cambien sus pensamientos, estilos de vida, procesos adaptativos ante enfermedades, no sólo depende del personal de enfermería, también es necesario incluir a médicos, nutrición, trabajo social y todos los que intervienen en el proceso de atención médica, y entre los más importantes, como se ha observado la sociedad en general, las familias y amigos, ya que los sistemas de apoyo se convierten en el éxito inminente de las terapias renales.

Es agradable realizar este tipo de estudios, pues, permiten evidenciar necesidades del sector salud, en cuanto a considerar las intervenciones comunitarias, para evitar que estos problemas de salud pública tengan mayor impacto en el proceso de adaptación y calidad de vida de las personas y sus familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beltré Núñez, E. (2018). Malformaciones urológicas asociadas a desarrollar enfermedad renal crónica en niños del departamento de urología, en el Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Facultad de ciencias de la salud, 4-5.
- Cadena-Naranjos, D. A., & Javier-Hernández, A. M. (2016). Detección de enfermedad renal crónica oculta mediante fórmula de Cockcroft-Gault en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas en el primer nivel de atención en Comalcalco, Tabasco, México. *Salud en Tabasco*, 1-4.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2018). Ley General de Salud. Ciudad de México: Secretaría General.
- Castro Serralde, E. (2019). Consejería personalizada de enfermería y nutrición para conservar la función renal en pacientes ambulatorios con enfermedad renal crónica. *Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*, 1-11.
- Castro Serralde, E., & Cadena Antonio, G. (2017). Dimensiones de la satisfacción del paciente con insuficiencia renal crónica respecto a la calidad del cuidado de enfermería. *Revista de enfermería Inst. Mex. Seguro Soc.*, 1-8.

- Gárate-Campoverde, M. B., Mena-De la Cruz, R., Cañarte-Baque, G. C., Sarmiento-Cabrera, M. J., Delgado-Janumis, D. A., & Santana-Reyes, M. F. (2019). Patología desencadenante de la enfermedad renal crónica. *Dominio de las Ciencias*, 1-24.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. IMSS, 8-9.
- Lopera-Medina, M. M. (2016). La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades de salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Gerenc. Polít. Salud.*, 1-22.
- López Roldán, P., & Fachelli, S. (2015). Metodología de la investigación social cuantitativa. Barcelona, España: Creative Commons .
- Márquez Córdova, A. D., & Ramon Sigsig, K. G. (2021). Proceso de atención de enfermería a un paciente con insuficiencia renal crónica orientado en el modelo de Callista Roy. *Universidad Técnica de Machala*, 3-52.
- Miguel Hernández, M., Romero Quechol, G. M., & Cruz Ojeda, G. A. (2019). Empoderamiento del paciente con insuficiencia renal crónica en el cuidado de la diálisis peritoneal en un hospital de segundo nivel. *Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social*, 1-8.
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. (2016). Guía de Práctica clínica sobre la detección y el manejo de la enfermedad renal crónica. *Guías de prácticas clínicas en el SNS.*, 7-8.
- Mojena Roblejo, M., Suárez Roblejo, A., Ruíz Ruíz, Y., Blanco Barbeito, N., & Carballo Machado, R. A. (2018). Complicaciones más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal sometidos a hemodiálisis. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 1-6.
- Molero, M. D., Pérez Fuentes, M. D., Gázquez, J. J., Barragán, A. B., Martos, Á., & Simón, M. D. (2017). *Acercamiento Multidisciplinar a la Salud*. Madrid: Artes Gráficas Salvador.
- Pairazamán Castillo, P. G., & Constantino Facundo, F. (2019). Proceso de adaptación en personas con trasplante renal en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo. *ACC CIETNA*, 1-12.
- Polit, D. F., & Tatano Beck, C. (2018). *Investigación en Enfermería. Fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de la enfermería*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Raile Alligood, M. (2015). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Barcelona, España.: ELSEVIER.
- Ramírez Palma, A., Freire Vicencio, R., & González Nahuelquin, C. (2021). Cuidados del trasplantado renal en cuidado intensivos según el modelo de adaptación de Callista Roy. *ENE*, 1-15.
- Real Academia Española. (04 de 05 de 2020). Real Academia Española. Obtenido de Real Academia Española: <https://dle.rae.es/est%C3%ADmulo>
- Regueira Betancourt, S. M., Días Pérez, M. d., Jiménez Batíoja, G. G., & Cajape León, L. G. (2016). Morbilidad oculta de la enfermedad renal crónica en un consultorio médico de la familia. *Revista electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 1-9.
- Romero, N., Pêrez, P., Pérez, J., Pérez, K., Reyes, J., & Rodríguez, A. (2019). Causas de enfermedad renal entre la unidad de hemodiálisis. *Revista Cubana de Urología*, 1-9.
- Rufín Gutiérrez, A., & López Polanco, C. (2018). Enfermedad renal crónica en el adulto. *Finlay*, 1-2.

- Rugiero Cabrera, A., Navarro Adame, J. L., & López Almaráz, J. E. (2015). Terpias continuas de reemplazo renal en pacientes críticos con lesión renal aguda. *Medigraphic*, 1-8.
- Saldarriaga Vallejos, J. F., & Ortega Reyna , E. Z. (2018). Niveles de depresión y factores sociodemográficos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Perú. *Ciencias Psicológicas*, 1-10.
- Secretaria de Salud. (2013). NOM-012-SSA3-2012 Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en los seres humanos. Secretaria de Salud, 1-13.
- Secretaría de Salud;. (2001). Código de ética para las enfermeras y enfermeros Mexicanos. México, D.F.: Secretaria de Salud.
- Sosa Medellín, M. Á., & Luviano García , J. A. (2018). Terapia de reemplazo renal continuo. Conceptos, indicaciones y aspectos básicos de su programación. *Med Int Mex*, 1-11.
- Tamayo y Orozco, J. A., & Lastiri Quirós, H. S. (2016). La enfermedad renal crónica en México. Hacia una política nacional para enfrentarla. *Academia nacional de medicina de México.*, 18-23.
- Vallejos Saldarriaga, J. F., & Ortega Reyna, E. Z. (2018). Niveles de depresión y factores sociodemográficos en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Perú. *Ciencias Psicosociales.*, 1-10.
- Vilela Paucara, C. F. (2018). Nivel de conocimiento sobre enfermedad renal crónica en pacientes hipertensos en Hospital Jorge Reategui Piura 2018. *Facultad de Medicina Humana*, 1-38.