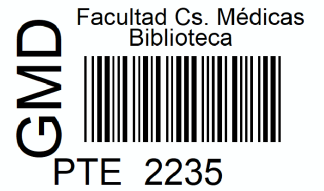


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA



PROYECTO DE TESINA

Relación entre la Adherencia al Tratamiento y el Sentimiento de Soledad de pacientes trasplantados renales que asisten a consultorio de una Institución Privada de la ciudad de Rosario, teniendo en cuenta Tiempo de Trasplante, Edad, Sexo y Estado Civil.

Por: Alarcón Jubany, Carolina Soledad.

Director de Tesina: Acharta, Federico.

Docente Asesor: Dra. Simonetti, Graciela.

Rosario, 13 de Diciembre del 2019

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina.

"Al enseñar a los hombres lo que es la enfermedad, como prevenirse y como puede curarse, La Universidad está cumpliendo con una de sus más nobles funciones"

William Osler (1895)

RESUMEN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un dilema muy prevalente en los últimos años, representa un importante problema de salud y demanda un elevado consumo de recursos. El Trasplante Renal (TR), es considerado, como la mejor alternativa de tratamiento para quienes padecen ERC, pero, independientemente de que existe una notable mejora en la supervivencia del injerto debido a los avances médicos quirúrgicos, enfermedades infecciosas y tratamiento indicado, la pérdida del injerto renal por la no adherencia al tratamiento, sigue siendo una de las causas más importantes en la actualidad.

Objetivo General: Determinar la relación existente entre la adherencia al tratamiento y el sentimiento de soledad de los pacientes trasplantados renales que acuden a consultorio externo de un Sanatorio Privado de la ciudad de Rosario, en el año 2020, teniendo en cuenta tiempo de trasplante, edad, sexo y estado civil.

Material y Métodos: Se desarrollará un estudio de abordaje cuantitativo, observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal, utilizando un muestreo no probabilístico, de tipo accidental, a pacientes trasplantados renales, mayores de 18 años, de ambos sexos.

Para tal fin, se utilizarán como instrumentos de recolección de datos, dos cuestionarios. Para sentimiento de Soledad, el cuestionario (ESTE-R) y para Adherencia al Tratamiento, la escala de adherencia al tratamiento de Morisky (MMAS-8) al cual se le añadieron más preguntas.

Para el análisis de los resultados, se utilizará el programa IBM SPSS Statistic 26.6 2019, utilizando una estadística descriptiva para interpretar los mismos.

Palabras Claves: Trasplante Renal, Adherencia al Tratamiento, Sentimiento de Soledad, Edad, Sexo, Estado Civil, Tiempo de Trasplante.

INDICE GENERAL

Resumen y Palabras Claves	3
Indice General	4
Introducción	
Estado del Arte	5
Planteamiento del problema en estudio	12
Hipótesis y Objetivos	12
Marco Teórico	14
Material y Métodos	
Tipo de Estudio o Diseño	25
Sitio y Contexto de la investigación	25
Población y Muestra	26
Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos	27
Personal a cargo de la recolección de datos	32
Plan de Análisis	33
Plan de Trabajo y Cronograma	38
Anexos	
I. Guía de estudio de convalidación de sitio.	41
II. Instrumento de recolección de datos	43
III. Resultados del estudio exploratorio	51
Bibliografía	52

INTRODUCCIÓN

Estado del Arte

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un dilema muy prevalente en los últimos años, ya que representa un importante problema de salud y demanda un elevado consumo de recursos. Según las guías *Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO), se considera ERC, a la presencia durante al menos tres meses de un Filtrado Glomerular Estimado (FGe) inferior a 60 ml/min/1.73m² o lesión renal estructural o funcional. (Gorostidi Manuel, 2014)

El Trasplante Renal (TR), es nombrado por la ciencia de la salud, como la mejor alternativa de tratamiento para los pacientes que padecen ERC, ya que se relaciona con una mejor calidad de vida, una mayor supervivencia del paciente y un costo menor que los demás tratamientos como los son, la hemodiálisis o diálisis peritoneal.

Sin embargo, como el TR se trata del reemplazo del órgano enfermo a través de un procedimiento quirúrgico, su aplicación se ve limitada a la disponibilidad de estos órganos en relación a la demanda de pacientes en lista de espera.

Un informe realizado por el Registro Latinoamericano de Diálisis y Trasplante en el año 2016, revela que la prevalencia de Terapias de Reemplazo Renal (TRR) en Latinoamérica, ha aumentado desde el año 1991 al 2016 de 119 personas a 776 personas por Millón de Población (PMP). (Gonzalez-Bedat, 2015-2016)

Hasta el año 2016, según este informe, en Argentina existían 923 personas PMP, de las cuales el 68% del total realizaba Hemodiálisis (HD), el 4% Diálisis Peritoneal (DP) y el 28% restante, se expusieron a un Trasplante Renal, el cual estaba Funcionante hasta el momento (TRF). (Gonzalez-Bedat, 2015-2016)

Según datos brindados por el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), en el mes de junio del año 2019, en Argentina, existe una población total de 44.938.712 personas. De las cuáles aproximadamente 41.000 personas están bajo TRR. 69,8% de ellas con tratamiento dialítico y el 30,2% restante, con TR. (INCUCAI, 2019)

Además, existen 9960 personas en lista de espera para trasplante, de las cuales 5659 esperan TR.

Se han realizado 2133 trasplantes a nivel nacional, en los meses enero/junio del año 2019, de los cuales 505 fueron TR. (INCUCAI, 2019)

Considerando estos datos, aproximadamente la mitad de la población con ERC de la República Argentina, se somete o se encuentra en lista de espera para trasplante, lo cual estadísticamente mejora su calidad de vida a corto plazo. La prevalencia de rechazo del injerto renal, es alrededor del 20% y la supervivencia, aproximadamente un 80%.

Aunque las personas trasplantadas renales, no presenten las limitaciones diarias que aquellas que realizan diálisis, es indispensable la adherencia al tratamiento terapéutico, como lo son los inmunosupresores, la dieta diaria, el ejercicio y los controles habituales. La no adherencia a este tratamiento, se relaciona con el aumento a la incidencia al rechazo, agudo o crónico.

Continuando con lo referido a la adherencia al tratamiento, una investigación realizada en una Institución prestadora de servicios de salud en Medellín, Colombia, durante los meses febrero, marzo y abril del 2016, planteó como objetivo determinar las características sociodemográficas, clínicas y de prestación de servicios del asegurador, que explicaran la calidad de vida de los pacientes trasplantados renales. (Sandra M. Montoya-Hincapie, 2016)

Corresponde a un estudio de abordaje cuantitativo, de tipo observacional, transversal de asociación, encuestando todos los pacientes que se encontraban en control por la especialidad de nefrología, mayores de edad, que pudieran responder de forma autónoma la encuesta y accedieran de manera voluntaria. El total de la población fue de 228 pacientes.

Se utilizó un instrumento de calidad de vida (SF-36), el cual fue adaptado culturalmente para Colombia. El mismo se compone de ocho dimensiones y un ítem sobre la percepción en el cambio de salud en el último año: funcionamiento físico, desempeño físico, dolor corporal, desempeño emocional, salud mental, vitalidad, salud general y funcionamiento social. Complementario a esto, para la medición de la adherencia al tratamiento inmunosupresor, se aplicó un Test de Morisky-Green, el cual posee cuatro preguntas que permiten conocer si el paciente cumple o no con las condiciones de su medicación (instrumento validado para su uso en pacientes con enfermedades crónicas).

Las subvariables de la variable características sociodemográficas medidas fueron: edad, sexo, zona de residencia, escolaridad y remuneración. De la variable clínica se midió: tiempo de trasplante, complicaciones, números de reingresos a hospitalización y efectos secundarios. De la prestación de servicios del asegurador: calidad en la prestación de servicios y la oportunidad en la entrega de medicamentos, programación de citas y exámenes.

Los resultados arrojados revelan que, el 50% de los pacientes obtuvo 83,3 o menos puntos en su calidad de vida. Se encontraron importantes diferencias en las variables tiempo después del trasplante y reingreso a hospitalización en el último año. Por cada reingreso a hospitalización su calidad de vida disminuyó en 3,82 puntos. Pacientes con un período superior a 36 meses después del trasplante, su calidad de vida decreció en 12,03 puntos, en comparación con aquellos que llevan períodos entre 7 y 36 meses. El 45,2% de los pacientes presentó algún tipo de complicación. En relación con los efectos secundarios de los medicamentos inmunosupresores, el 79,4% de los encuestados manifestó no padecer ningún efecto. Respecto a la adherencia al tratamiento farmacológico se encontró que la mayoría de los pacientes encuestados eran adherentes (88,6%) según el test de Morisky Green. El 68% correspondió al sexo masculino, con una media de edad de 47,57 años.

Así mismo, otro estudio de abordaje cuantitativo, descriptivo y observacional, de tipo transversal, realizado en 49 pacientes durante los meses de Marzo/Abril del año 2014, tuvo como objetivo identificar la adherencia al tratamiento farmacológico de aquellos pacientes que ingresaban en la unidad de nefrología y de los que realizaban hemodiálisis, en el Hospital del Mar, Barcelona, según las variables edad, sexo, nacionalidad y tipo de tratamiento de la ERC. (Montserrat García, 2014)

Utilizando el test de Morisky-Green, como instrumento de la variable adherencia al tratamiento, se clasificó a la población en tres grupos; agudos, crónicos y trasplantados. (Agudos: pacientes que han empezado o tienen problemas renales, estadio 1 a 4, o han agudizado sus problemas crónicos, sin iniciar de forma prolongada ningún TRR)

Los resultados que arrojó esta investigación fueron; la edad media de los pacientes fue de 57.75 años. Como en la investigación anterior, el porcentaje mayoritario fue de sexo masculino (65.30%). En comparación a la adherencia al tratamiento de la investigación que se mencionó anteriormente, el resultado de ésta fue que los pacientes trasplantados nunca olvidaron tomar su medicación, un 14.81% de los que realizaban

diálisis afirmaron olvidarse en alguna ocasión y un 41.67% de los pacientes agudos no tomaba la medicación con regularidad.

Los pacientes en diálisis y los ya trasplantados, afirmaron tomar su medicación en las horas pautadas, mientras que un 33.33% de los pacientes agudos, reconocieron no hacerlo.

Se observó que un 18.75% de los hombres afirmaron dejar su medicación cuando les producía malestar, mientras que las mujeres no lo hicieron.

Por último, no se encontró diferencia en la adherencia al tratamiento con relación a la nacionalidad.

Otra investigación de abordaje cuantitativo, no experimental de corte transversal, con alcance correlacional, tuvo como objetivo, evaluar la relación entre las variables emocionales (depresión y ansiedad) y la adherencia al tratamiento de pacientes con ERC, de la zona Noroeste del Estado de México en el año 2017. (Rojas-Villegas, 2017)

La muestra con la que se trabajó, fue no probabilística, formada por 31 personas con ERC, de 18 a 69 años, que se encontraban bajo TRR. Los instrumentos utilizados fueron: Inventario de Depresión de Beck-II (BDII), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala de Adherencia Terapéutica para pacientes con enfermedades crónica, construida con 21 ítems que se contestan con un puntaje del 0-100, donde la mayor puntuación indica mayor adherencia. Midiendo control de ingesta de medicamentos y alimentos, seguimiento médico conductual y autoeficacia.

Los resultados de este estudio revelaron que, a diferencia de las investigaciones anteriores, en esta última predominaron las mujeres (54.8%) por sobre los hombres (45.2%). Con una edad promedio de 40.6 años. El tratamiento con más frecuencia fue la HD. La adherencia al tratamiento resultó ser del 67%, los síntomas depresivos del 48% y los de ansiedad de 35%.

La depresión se relacionó con menor adherencia, mayormente en la ingesta de alimentos/líquidos y en el seguimiento médico.

Siguiendo con las necesidades psicosociales, se puede mencionar otro estudio piloto de diseño cuasiexperimental, realizado en 36 personas candidatas a un Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH), en el Hospital Universitario Virgen de Las Nieves, que tuvo como objetivo, determinar las repercusiones de un programa de intervención

psicooncológica, con el propósito de “favorecer la adaptación al proceso del trasplante, suavizando el impacto psicológico y el sufrimiento asociado, identificando y anticipando necesidades, preocupaciones y dificultades, reduciendo, siempre que sea posible, los efectos negativos asociados con el proceso”, además de, analizar los cambios que tuvieron lugar en el período antes y después del trasplante. (Linarez-Fernández, 2017)

Participaron dos grupos de pacientes, determinados por un muestreo aleatorio. El grupo de intervención, conformado por 21 personas que realizaron el programa previo al trasplante, y un grupo de control, con los 15 restantes que no recibieron la intervención pre-TPH. La edad promedio de los pacientes que participaron en dicho estudio fue de 47.53 años.

El programa constaba de cuatro módulos: análisis y manejo de la información, habilidades de afrontamiento, control del estrés, y preparación familiar al aislamiento.

Los instrumentos de mediciones utilizados fueron la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) la cual esta formada por catorce ítems y cada ítems se califica de 0 a 3. Y un registro de autoevaluación HPT, basado en las ideas de Bayés. Usando una escala entre 0 y 10, se indagó sobre: percepción del alargamiento o acortamiento del tiempo, estado emocional, nivel de actividad y síntomas físicos.

Se cruzaron las variables edad, sexo, estado civil, situación familiar, educación y situación laboral, con las variables clínicas, diagnóstico, etapas, tratamientos, tipo de HPT.

Los resultados arrojados, evidencian una diferencia significativa entre los grupos de intervención y control. Los pacientes que recibieron la intervención, independientemente del sexo, edad y situación familiar, presentaron niveles más bajos de ansiedad y depresión que los pacientes del grupo de control. Aún más, sus niveles de ansiedad y depresión al enfrentar el proceso pueden considerarse más adaptativos.

En relación al cruce de variables sentimiento de soledad y adherencia al tratamiento, no se han encontrado evidencia de estudios anteriores, pero se puede mencionar un estudio realizado que revela correlación de la soledad en el deterioro de la salud.

El mismo tuvo como objetivo general, estudiar la realización del sentimiento de soledad y el estado de salud de los adultos mayores que acudieron a un centro médico

denominado “Tierra Nueva”, en los meses Febrero a Mayo del 2015. (Md Cristina de los Angeles Cantuña Tapuyo, 2015)

Consistió en un estudio de tipo transversal analítico, donde participaron 165 adultos mayores, con la aplicación de la escala ESTE y el cuestionario SF 36.

Los resultados demostraron una gran asociación entre soledad familiar con peor estado de salud mental y, crisis de adaptación con peor estado de salud físico y mental.

El 70% de la muestra, tenían soledad familiar baja. El 34% soledad conyugal baja. El 52% soledad social media y el 60% crisis de adaptación.

En el componente de salud física, el 62% padecía de peor estado de salud y el 38% mejor estado de salud. En relación a salud mental: 59% mejor estado de salud.

Siguiendo con esta variable, se puede nombrar otro estudio observacional, descriptivo, transversal, unicéntrico y retrospectivo, que fue realizado en pacientes que padecían ERC, pero realizando tratamiento renal sustitutivo con diálisis peritoneal, en el Hospital General Regional N° 36 de Puebla, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (Aguilar-Rivera, Gonzalez-Lopez, & Perez-Rosete, 2014)

En este caso, se evaluó el apego al tratamiento con el instrumento de Morinsky-Green y Batalla, la importancia de la funcionalidad familiar con el Apgar Familiar y Faces III, y por último, la autoestima con la escala de Coopersmith, además de las variables edad, sexo, tiempo y tipo de diálisis, escolaridad y estado civil.

Participaron 290 sujetos de atención, de los cuales el 57.2% eran del sexo masculino. La edad media encontrada fue de 51.1 años. En cuanto al tiempo de evolución de diálisis, se halló una media de 19.8 meses. El 37.6% realizando diálisis peritoneal continua ambulatoria y el 62.4%, diálisis peritoneal automatizada.

En relación a la escolaridad, el 36.6% culminó los estudios primarios y el 71.3% del total estaban casados, donde el 62.1%, mantenían un apego al tratamiento por Morinsky-Green y el 56.9% por Batalla.

El 51.4% contaban con un autoestima media alta, el 78.3% pertenecían a familias funcionales, revelado por el apgar familiar y el 45.9% a familias balanceadas, Faces III.

En cuanto a la relación entre la funcionalidad familiar y el apego al tratamiento, el estudio reveló que predominaron las familias funcionales con apego al tratamiento.

Se puede expresar entonces, con todo lo mencionado anteriormente, que independientemente de que existe una notable mejora en la supervivencia del injerto, debido a los avances quirúrgicos, tratamiento indicado, prevención y adecuado manejo de infecciones asociadas, la pérdida del injerto renal por la no adherencia al tratamiento, indistintamente del porqué, sigue siendo una de las causas más importantes en la actualidad.

En este estudio de abordaje cuantitativo, se describirá si existe relación entre las variables adherencia al tratamiento y sentimiento de soledad, de los pacientes trasplantados renales que asisten a consultorio de un sanatorio privado durante el año 2020, teniendo en cuenta el tiempo de trasplante, sexo, edad y estado civil, con el propósito de analizar los datos obtenidos como resultados, presentarlos ante el directorio del efector donde se realizará la investigación y en conjunto con el Departamento de Trasplante Renal, se procederá a trabajar sobre la problemática detectada, con el fin de disminuir el porcentaje de no adherencia al tratamiento, si lo hubiera.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe relación entre la adherencia al tratamiento y el sentimiento de soledad de los pacientes trasplantados renales que acuden a consultorio externo de un sanatorio privado de la ciudad de Rosario, en el año 2020, teniendo en cuenta, tiempo de trasplante, edad, sexo y estado civil?

HIPÓTESIS

- I- Los pacientes trasplantados renales, mayores de 31 años, masculinos, con sentimiento de soledad conyugal bajo, son quienes mayormente se adhieren de manera correcta al tratamiento terapéutico.
- II- Los pacientes trasplantados renales, mayores de 65 años, femeninos, con un sentimiento de soledad social alto, son quienes tienen más falencias en la adherencia al tratamiento terapéutico.
- III- Los pacientes trasplantados renales, menores de 30 años, solteros, independientemente del sexo y tiempo de trasplante, con un sentimiento de soledad bajo, tienen una correcta adherencia al tratamiento terapéutico.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y el sentimiento de soledad de los pacientes trasplantados renales que acuden a consultorio externo de un sanatorio privado de la ciudad de Rosario, en el año 2020, teniendo en cuenta tiempo de trasplante, edad, sexo y estado civil.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- I- Identificar la existencia de cumplimiento en la adherencia al tratamiento, ya sea en inmunosupresores, dieta, ejercicio o controles habituales.
- II- Analizar la presencia de sentimiento de soledad familiar, conyugal, social o crisis existencial, que puedan afectar a la adherencia al tratamiento terapéutico, en pacientes trasplantados renales.

- III- Determinar similitudes y diferencias en la adherencia al tratamiento, entre la edad, sexo, estado civil y tiempo de trasplante, de los pacientes trasplantados renales, que acuden a consultorio externo de un sanatorio privado de la ciudad de Rosario, en el año 2020.

MARCO TEÓRICO

La Enfermedad Renal Crónica (ERC), es considerada según la Secretaría de Salud Pública, una patología trágica, ya que se denominan de esta manera a las enfermedades con un elevado aumento de casos, altos valores de inversión y recursos materiales y humanos reducido. (Mendez Durán & Rivera Rivera, 2017)

Esta patología aumenta de manera constante y se relaciona con frecuencia con los grupos de adultos mayores, de tal manera que el envejecimiento puede expresarse como uno de los grandes determinantes, como así también lo son la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial, Enfermedades Cardiovasculares y la Obesidad; además de las complicaciones propias de esta enfermedad.

Los Riñones, son dos órganos ubicados en la región retroperitoneal del cuerpo humano, a los lados de la última vertebra de la columna dorsal y las dos primeras de la lumbar. Su tamaño es de aproximadamente 12cm de largo, 6cm de ancho y 4cm de grosor. En cuanto a las funciones, pueden mencionarse múltiples y complicados mecanismos, que pueden agruparse en cuatro importantes grupos; en primer lugar, la producción hormonal, regulación del equilibrio acido-base, detoxificación de la sangre y por último, la eliminación del agua. (Mendez Durán & Rivera Rivera, 2017)

A grandes razgos, la filtración consiste en el pasaje de el elemento líquido de la sangre desde el sistema glomerular a la cápsula de Bowman. En la Detoxificación Sanguinea, lo que se realiza es la eliminación de diversas sustancias tóxicas, productos del resultado del metabolismo de los nutrientes. Si este sistema de filtración falla, lo que se produce es un acumulo de estas toxinas, las cuales producen consecuencias patológicas en el organismo. El aumento de la creatinina, urea, ácido úrico, potasio, cloruros, etc., pueden generar daño renal, predisponiendo así, padecer una ERC.

Entonces, se denomina así a la ERC como la “incapacidad progresiva e irreversible del riñón para mantener sus funciones normales, por lo menos durante tres meses; pueden observarse alteraciones funcionales o estructurales y puede haber deterioro o no de la filtración glomerular. Se diferencia de la Enfermedad Renal Aguda por el tiempo de instalación, ya que, en la ERC, este es lento, progresivo y crónico, mientras que en la primera se manifiesta de manera abrupta.” PP 69-70. (Mendez Durán & Rivera Rivera, 2017)

En cuánto a la clasificación, al comienzo de la época del 2000, un equipo experimentado amplió la información existente hasta el momento y sumó términos para hablar del daño renal. Caracterizaron a la fase final de la ERC, es decir, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC); como el aumento de la necesidad de incorporar tratamientos más especializados de sustitución, debido a que los tratamientos médicos farmacológicos, son insuficientes para este estadio.

Esta clasificación agrupa 5 estadios y está sujeta al valor de la Tasa de Filtración Glomerular (TFG), expuesto en ml/min/1.73m² por superficie corporal.

Estadio I, TFG normal o alta, 90 ml/min/1.73m²;

Estadio II, Daño renal con disminución moderada de la TFG, 60 a 89 ml/min/1.73m²;

Estadio III, Disminución leve a moderada de la TFG, 45 a 59 ml/min/1.73m², III2: Disminución moderada a severa de la TFG, 30 a 44 ml/min/1.73m²;

Estadio IV, Disminución grave de la TFG, de 15 a 29 ml/min/1.73m², (pre-diálisis);

Estadio V, IRC, con menos de 14 ml/min/1.73m². (Mendez Durán & Rivera Rivera, 2017)

La ERC impacta de la misma manera tanto a mujeres como a hombre, aunque, se ha observado a lo largo de los años una leve inclinación en el sexo masculino.

La ERC es una patología que evoluciona de manera lenta y en forma progresiva. Esta última se percibe en el daño gradual del filtrado glomerular como así también en el aumento del cociente albumina-creatinina y/o proteinuria.

Dado que estos órganos realizan demasiadas funciones en el organismo, como se mencionó con anterioridad, las patologías que padecen estas víceras, producen una sintomatología característica.

Los signos y síntomas más frecuentes en la ERC son: anemia, fatiga y cansancio, falta de apetito, náuseas y vómitos, hipertensión arterial (aparece o se agrava), disnea, pobre tolerancia al ejercicio, palidez de piel y tegumentos, disfunción eréctil, resequedad de la piel, edema de párpados y piernas, sangrado digestivo, encefalopatías, etc. La hiperpotasemia e hiponatremia son las alteraciones electrolíticas más frecuentes. (Mendez Durán & Rivera Rivera, 2017)

En cuanto a los tratamientos sustitutivos de la función renal, se pueden nombrar tres técnicas: Diálisis Peritoneal, Hemodiálisis y Trasplante Renal.

La elección entre la Diálisis Peritoneal y la Hemodiálisis, va a depender de la situación en la que se encuentre el sujeto, sus preferencias y de las contraindicaciones que presente. Sin embargo, la mejor opción de terapia de reemplazo renal existente hasta el momento, es sin lugar a dudas, el TR.

Es indiscutible que uno de los mayores eventos del pasado siglo, fue con éxito, la cirugía de trasplante de órganos sólidos. Cuando en el año 1954 se realizó en la ciudad de Boston, EE.UU., el primer trasplante renal entre gemelos idénticos, denominada como “el milagro del siglo XX”. Ésta cirugía se incrementó de manera gradual, perfeccionándose día a día. Pero, cabe destacar que, estos logros no serían viables sin la implementación y avance de los fármacos inmunosupresores. (Mendez Durán & Rivera Rivera, 2017)

Como en cualquier procedimiento quirúrgico, las complicaciones a las que se está expuesto son numerosas. Se necesitan evaluaciones constantes y oportunas para prevenir el mayor problema que se puede desencadenar, como lo sería la pérdida tanto del injerto como función renal, o incluso, en mayor medida, la vida del paciente trasplantado.

Algunas de estas complicaciones pueden ser definidas como; linfocèle, hemorragia, fístula urinaria, trombosis del injerto, lesión de nervios adyacentes, rechazo del injerto (hiperagudo, agudo, mediado por células, mediado por anticuerpos, crónico, agudo subclínico).

La severidad y ocurrencia de las complicaciones luego de realizada la cirugía, fueron disminuyendo de manera notable durante las últimas tres décadas, a consecuencia de los nuevos avances en materiales quirúrgicos, fármacos inmunosupresores y diagnósticos precoz.

Los fármacos inmunosupresores han avanzado con la finalidad de favorecer al órgano trasplantado, pero, como sucede con todos los fármacos, producen efectos colaterales sobre los pacientes que realizan dicho tratamiento. Como se mencionó anteriormente, se puede considerar a éstos como medicación de manejo dificultoso, altamente tóxicos si no son empleados de manera correcta, y, de un alto costo. Independientemente de

esto, su gran evolución, aminoró la ocurrencia del rechazo agudo del injerto, mejorando la calidad de vida al año posterior de dicha cirugía.

Su clasificación puede ser expresada como; Inhibidores de Calcineurina (Ciclosporina, tacrolimus), Inhibidores del blanco de rapamicina mTOR (sirolimus, everolimus), Agentes antiproliferativos (azatioprina, micofenolato de mofetilo), Anticuerpos monoclonales, policlonales (globulinas antilinfocítica y antitimocítica, basiliximab), Corticoesteroides. (Mendez Durán & Rivera Rivera, 2017)

El método de mantenimiento de este tipo de pacientes, se apoya en el suministro de un Inhibidor de Calcineuria (ICN), agente antiproliferativo, esteroides y adición de terapias de inducción (anticuerpos monos y/o policlonales).

En cuanto a los ICN, se demostró que la interrupción de la Ciclosporina o Tacrolimus, de manera notoria, mejora la tensión arterial y la función renal, pero, en su defecto, incrementa la exposición al rechazo agudo. Cabe destacar que los nuevos agentes antiproliferativos e inhibidores de la m TOR, han favorecido este dilema, ya que se ha demostrado que el Sirolimus es un inmunosupresor eficaz con propiedades antitumorales. (Mendez Durán & Rivera Rivera, 2017)

Se puede mencionar de esta manera, que, la suspensión luego de los tres meses en tratamiento con Ciclosporina, en conjunto con la administración con Sirolimus, mejora de manera notoria la histología renal luego de un año, la subsistencia del injerto, filtrado glomerular y la tasa de rechazo agudo no se ve incrementada.

En relación a los fármacos antiproliferativos, el uso de azatioprina ha sido reemplazado en diversos lugares del mundo, por el Micofenolato Mofetil como primer antimetabólico.

Con respecto a los Corticoesteroides, son fármacos irremplazables hasta el momento. Estos deben emplearse en bajas dosis y tratamientos de tres a cinco días de duración, para prevenir el rechazo agudo.

Durante el padecimiento de la ERC, es habitual que se produzca un déficit energético y proteínico el cual produce efectos nocivos en el organismo del paciente que lo padece. Una adecuada variación en los hábitos alimenticios mejora satisfactoriamente el estado nutricional de los mismos. Es de gran importancia, la oportuna educación sobre el aporte calórico apropiado, la restricción adecuada de sodio, proteínas, fósforo y potasio, como así también, evitar las excesivas alteraciones del nivel de lípidos, electrolitos y

fomentar el control de peso diario, para así mantener un bienestar generalizado, favoreciendo las condiciones óptimas necesarias para el TR. (Mendez Durán & Rivera Rivera, 2017)

En el período post-trasplante, el tratamiento inmunosupresor provoca a menudo, efectos adversos como obesidad, intolerancia a la glucosa, hipertensión, hipercatabolismo protéico, alteraciones en el metabolismo y vitamina D. Las modificaciones en los hábitos nutricionales, tienen como objetivo entonces, como se mencionó anteriormente, evitar efectos colaterales de estas afecciones.

El balance hidroelectrolítico debe evaluarse periódicamente, ya que los requerimientos de los mismos pueden variar desde el post-operatorio inmediato al alejado. La selección de la cantidad hídrica y electrolítica que se debe consumir, va a estar íntimamente ligada al nivel de función renal y la posible presencia de necrosis tubular aguda. (Riella & Martins, 2004)

Las recomendaciones nutricionales impuestas por el personal de salud, tienen por objetivo suministrar una nutrientes en cantidades adecuadas promoviendo el anabolismo y previniendo afecciones asociadas.

En cuanto al post-trasplante tardío, las recomendaciones sobre kilocalorías son del 25 al 30% del total de kilocalorías o la cantidad suficientes para mantener el peso ideal, según el paciente. Proteínas, el valor ideal es de 1gr/kg. Los lípidos consumidos deben ser menores al 30% de kilocalorías y, el Colesterol, menor a 300mg diarios.

En relación a Hidratos de Carbono, deben completar el 50% del total de kilocalorías, las Fibras de 25 a 30gr diarios. Sodio y Potasio de 1 a 3gr, con restricción si padece hipertensión. Fósforo de 1.200 a 1.500mg día, Calcio de 800 a 1.500mg, además de Hierro, Magnesio y Vitaminas si fuesen necesarios. (Riella & Martins, 2004)

El aumento de peso vivenciado por la gran mayoría de pacientes receptores del injerto renal, es acompañado de un aumento importante de grasa corporal, lo cual podría explicarse como resultado de la medicación inmunosupresora y sus efectos adversos a largo plazo, mencionado anteriormente. Además, el sedentarismo impuesto por el cuadro post-quirúrgico, es un factor agregado que contribuye a este importante aumento de peso corporal.

Es interesante destacar entonces, que la actividad física de tipo aeróbica, es de gran importancia en el tratamiento terapéutico de los pacientes TR, ya que la misma disminuye riesgos cardiovasculares, reduciendo la exposición a sufrir obesidad, dislipemias, mejorando la capacidad física, evitando o aliviando patologías como la hipertensión y diabetes. Además de aportar beneficios psicológicos y sociales, mejorando así, la autoestima y el sueño.

Es indispensable también, educar a estos pacientes, debido a que una excesiva y extenuante actividad física, puede desencadenar aumento de albuminuria y así poner en riesgo la vida del injerto renal. La indicación prescrita entonces, para este tipo de pacientes, es de realizar actividad física de tipo aeróbica de 40 a 50 min cada 48hs. (Mendez Durán & Rivera Rivera, 2017)

Durante la última década, los avances en el tratamiento inmunosupresor han reducido notoriamente la tasa de rechazo agudo del injerto, mejorando así los resultados del trasplante a corto plazo. A pesar de ello, los resultados a largo plazo, no han sufrido cambios, por lo cual, el rechazo tardío del injerto renal, sigue siendo uno de los motivos de regreso a diálisis y reingreso a la lista de espera para trasplante.

Existen diversas afecciones tanto de procedencia inmunes como no inmunes que afectan la normal funcionalidad del injerto y llevan así a una disfunción crónica del mismo.

Es de importancia entonces, conocer y caracterizar en cada uno de los sujetos trasplantados renales, el tiempo post-trasplante, la salud y función renal, su adherencia al tratamiento, los factores como los son el rechazo clínico, subclínico, como así también, los factores no inmunes, diabetes, hipertensión, entre otros, que favorezcan el mal funcionamiento crónico del riñón, para así, operar de la manera más eficiente y demorar la aparición del rechazo tardío. (Mendez Durán & Rivera Rivera, 2017)

En cuanto a los controles habituales que deben realizarse periódicamente este tipo de pacientes, dependen estrictamente de la salud del injerto renal y su función. Es por esto que no todos tienen un esquema programado de visitas sino que las mismas están sujetas al bienestar de cada individuo.

En relación a lo expuesto anteriormente sobre la patología y su tratamiento, la importancia de la adherencia al mismo, debido a que si no se realiza el esquema como fue indicado, el sujeto queda expuesto inmediatamente a las diversas complicaciones

mencionadas, es indispensable además, para el transcurso de este tratamiento crónico, contar con acompañamiento y apoyo de relaciones afectivas como los son la familia, grupos de amigos, parejas y otros allegados.

En la actualidad los cambios socioculturales han conducido a las personas a mantener relaciones interpersonales de una manera diferente. Se puede visualizar un notorio debilitamiento en las relaciones familiares, un elevado incremento de la posición individualista y una delimitada división en los lazos sociales, lo cual favorece a que los sujetos se encuentren o sientan solos. Es entonces, aquí, donde surge la primera percepción subjetiva de la soledad. (Maldonado Molina, 2018)

Cuando se aborda un sujeto con una afección crónica, así como es importante la inclusión del tratamiento farmacológico, también lo es, los cambios de estilo de vida y el proceso de adaptación que este conlleva, ya que de alguna manera, este desarrollo afecta o influye en el contexto inmediato del individuo. Este proceso arrastra consigo una serie de restricciones que modifican la vida laboral, familiar y social del sujeto, creando así sentimientos estresantes que, además, inciden en su enfermedad.

Se puede hacer mención entonces, al sentimiento de soledad, denominado anteriormente “sentimiento estresante”, como uno de los condicionantes más importante que debilita la calidad de vida de estos sujetos. Esta situación es frecuentada de un gran desánimo, lo cual puede conducir a que las enfermedades que se padecen, se agraven de una manera significativa, así como incrementar síntomas de depresión o ansiedad.

La privación de afecto, puede atraer estados de soledad. Ésta se considera una condición psicológica difícil de definir. “Se entiende como un estado mental en el que el sujeto se encuentra en un estado de desarraigo, sentimiento de pérdida, incomodidad, separación, aislamiento, e incluso, duelo. Esta sintomatología se puede presentar cuando se está frente a ciertos estímulos internos y externos; aunque, también existen casos donde este sentimiento se puede presentar sin haber ocurrido un cambio en las condiciones y circunstancias personales.” (Gentós Palacios, Pérez Serrano, & Pérez de Guzmán Puya, 2011)

Autores como Peplau y Perlman (1982) califican como significativa, la diferencia subjetiva entre las relaciones que una persona cree tener y las que le gustaría. Es decir, entre las que éste desea y las que realmente existen. Dicha disimilitud, se refiere tanto

a la cantidad como a la cualidad de estas relaciones. (Gentos Palacios, Perez Serrano, & Perez de Guzman Puya, 2011)

Wheeler, Reiss y Nezlek (1983) establecen conceptos de diferencias entre la cantidad de la calidad de las relaciones . Mencionan que la “Cantidad” se refiere a la totalidad de sujetos con los que el individuo se relaciona, tanto así como frecuencia y tiempo que pasa con ellos. A diferencia de la calidad, que hace referencia al, placer, intimidad alcanzadas con las relaciones como así también la satisfacción que estas le generan. (Gentos Palacios, Perez Serrano, & Perez de Guzman Puya, 2011)

Según Rubio (2004), para poder definir la soledad, primeramente se debe diferenciar la soledad objetiva de la soledad subjetiva. La primera, se trata de la ausencia de compañía, independientemente de que sea un estado provisional o estable, o en su defecto, que se encuentre solitario. La segunda, es decir, la soledad subjetiva, se define como un sentimiento atemorizador y muy penoso. Es decir, puede ser percibido como aislamiento social, dándose tanto en presencia como ausencia de otras personas. (Maldonado Molina, 2018)

Teniendo en cuenta lo definido con anterioridad, el sentimiento de soledad se distingue con la diferencia entre el grado de interacciones sociales deseadas y las que realmente mantiene. Debido a esto, se puede mencionar que las necesidades sociales están insatisfechas y las aspiraciones por parte del sujeto sobre estas relaciones, no son cumplidas.

Otro aspecto para mencionar es que con la aparición de este sentimiento, es frecuente que sea asociado con baja autoestima, depresión y/o ansiedad. Sumado a esto, se ha dado a conocer que un estado de salud deteriorado, lleva a producir niveles más elevados de sentimientos de soledad, debido a que entorpece las actividades cotidianas del sujeto, aislándolo, dejándolo de alguna manera, dependiente de las relaciones familiares o íntimas.

Rubio diferencia la soledad en los diferentes terrenos de la cotidianidad donde un sujeto se puede notar a sí mismo, solo. Menciona cuatro tipos de soledad: Soledad Familiar, Soledad Conyugal, Soledad Social y Crisis Existencial. Según la autora, “Soledad Familiar, hace referencia a la percepción de déficit en el apoyo social recibido del colectivo familiar. La Soledad Conyugal ocurre por la ausencia de la pareja o por percibir falta de apoyo y comprensión por parte de la pareja. La Soledad Social, según

esta autora, se refiere a una falta de interacción con el resto de personas que conforman la sociedad. Y, por último, se define a la Crisis Existencial, como una experiencia emocional que ocurre ante cambios importantes en la vida de las personas.” PP 133 (Maldonado Molina, 2018)

Este sentimiento de soledad, es una manifestación universal que se expresa en todas las edades. Independientemente de los años cumplidos, existen ciertas circunstancias que podrían ayudar, de alguna manera, a la aparición del mismo, como lo son perder un amigo/a, un ser querido, la aparición de patologías crónicas, sentimiento de falta de acompañamiento por parte de familia, pareja, amigos o allegados en momentos importantes e indispensables para el sujeto, etc. Sin embargo, aunque más del 80% de los jóvenes se han sentido “solos” alguna vez, este sentimiento aumenta a medida que pasan los años.

Diversas investigaciones revelan que este sentimiento es más frecuente en mujeres que se encuentren viviendo solas. Esto puede relacionarse con una mayor esperanza de vida y en los cambios de las estructuras familiares de la actualidad, que incluyen menor cantidad de hijos. Otro factor predisponente a sufrir sentimiento de soledad, es el estado civil, aquellas personas viudas o separadas, en especial si son adultos mayores, que habitan las zonas alejadas a la ciudad, con patologías de jerarquía, con un grado bajo de educación y, un nivel económico mínimo. (Maldonado Molina, 2018)

Dicho sentimiento, se relaciona entonces, con las relaciones sociales afectivas con las que cuenta el individuo. El grado de gratificación para con estas relaciones, especialmente parejas, hijos y amigos, esta ligado fuertemente con la aparición en mayor o menor medida de este estado emocional.

Este sentimiento puede atraer consecuencias significativas en la salud del individuo, debido a que produce demasiados efectos negativos tanto en el bienestar mental como físico.

Hawkley y Cacioppo manifiestan que “los efectos perjudiciales de la soledad en la salud física se deben a que esta experiencia emocional activa mecanismos en el sistema nervioso del sujeto, lo cual produce un efecto perjudicial para la salud, debido en parte, a una baja capacidad de autorregulación emocional y comportamental de las personas con altos niveles de soledad.” PP 136 (Maldonado Molina, 2018)

Se puede concluir entonces, que el apoyo familiar y social de los sujetos, son las principales fuentes de bienestar, en todas las etapas del ciclo vital. Se sostiene que no es de importancia la cantidad de integrantes de esta red de apoyo, sino la calidad. Esta misma es medida por el nivel de apoyo brindado en situaciones de conflictos, enfermedades o problemas, como así también, las satisfacciones con cada uno de estos integrantes.

Una buena comunicación, acompañamiento y apoyo emocional, proporciona una mejor adaptación a los cambios en la cotidianeidad, aumentando el manejo de estrategias de afrontamiento, aminorando las situaciones caracterizadas como estresantes, impulsando motivación para solucionarlas, mejorando el estado de salud y satisfacción de vida. (Maldonado Molina, 2018)

Tomando como referencia lo mencionado anteriormente, el sentimiento de soledad puede relacionarse con un elevado riesgo de mortalidad y una mayor prevalencia en enfermedades como la obesidad, hipertensión arterial, enfermedades coronarias, como así también mentales.

En cuanto a consecuencias en la salud mental, la bibliografía científica menciona que la soledad se relaciona de forma negativa con la felicidad y satisfacción de vida, por el contrario, lo hace de manera muy positiva con la depresión y estados emocionales negativos, como por ej; el odio, auto-desprecio y baja autoestima. (Maldonado Molina, 2018)

En relación a todo lo mencionado anteriormente, se pueden relacionar estas teorías con la Teoría de las Relaciones Interpersonales de Hildegard E. Peplau, madre de la enfermería psiquiátrica, ya que en sus escritos, implementó el desarrollo de la enfermería psiquiátrica como especialidad.

Esta autora mencionó la importancia de la capacidad de las enfermeras de entender su propia conducta, para así, asistir a los sujetos a comprender y resolver los inconvenientes que se les presentaran, como así también hizo hincapié en la importancia de la relación enfermera-paciente como un proceso interpersonal significativo y terapéutico.

En su análisis de experiencias psicobiológicas, menciona cuatro que obligan a desarrollar respuestas constructivas o destructivas frente a necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. (Alligood & Tomey., 2011)

Otra teoría que adhiere a Peplau es la de Joyce Travelbee. Esta presentó su teoría como un modelo de relaciones entre seres humanos. Propuso como objetivo de enfermería, “ayudar a un individuo, familia o comunidad a prevenir o afrontar las experiencias de la enfermedad y el sufrimiento, y si fuera necesario, encontrar un significado para estas experiencias”. (Alligood & Tomey., 2011)

La obra de esta teórica, era conceptual y habló sobre las enfermedades, el sufrimiento, la comunicación, el dolor, la esperanza, la compasión, empatía, interacción, la transferencia y el uso terapéutico del propio yo.

La teoría de Travelbee amplió las teorías de Peplau y Orlando, pero sus ideas se diferenciaron en cuanto al énfasis de la empatía, la compasión, la transferencia y los aspectos emocionales en las relaciones humanas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de Estudio

Se realizará un estudio de abordaje cuantitativo, debido a que el problema de investigación, se planteará dentro de un marco conceptual, integrado por definiciones generales y específicas, resultados de investigaciones anteriores y de preguntas expresadas como hipótesis. Los hechos estudiados se interpretarán de manera objetiva y sistemática. La realidad se abordará en forma fragmentada y el conocimiento que surge, por lo tanto, será generalizable solo para la población en estudio.

No experimental u observacional, es decir, las variables adherencia al tratamiento, sentimiento de soledad, tiempo de trasplante, edad, sexo y estado civil, serán estudiadas de la manera en que se presenten en la realidad, sin ningún tipo de manipulación por parte del investigador.

De carácter descriptivo, ya que se determinará la situación de las variables antes mencionadas en pacientes trasplantados renales y se describirá lo que sucedió en un período que comprende los meses Abril-Octubre del año 2020, en los consultorios externos, de un sanatorio privado.

Prospectivo; el estudio se iniciará con la exposición de una supuesta causa, denominada hipótesis, y luego se medirá a partir de ese momento, a cada uno de los pacientes trasplantados renales, a partir de los 3 meses de dicha intervención, mayores de 18 años, de ambos sexos, en tratamiento terapéutico.

Y, por último, de corte transversal, debido a que las variables se medirán simultáneamente, en un tiempo determinado, anteriormente expuesto. (Hernandez Sampieri, 2004)

Sitio y Contexto

El estudio descriptivo se realizará en el servicio de trasplante renal, perteneciente a un sanatorio privado de la ciudad de Rosario. El mismo se encuentra ubicado en zona centro de la ciudad. Éste es un efector de alto grado de complejidad que cuenta con diversos servicios de atención médica, comenzando por la guardia, centro de emergencia y trauma de Rosario, consultorios externos en planta baja y subsuelo del edificio. Sector de internación ubicado en el primer, segundo, cuarto y quinto piso

actualmente, en las alas “A”, “B” y “D”. Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, Quirófanos y Sala Post-Anestesia, ubicándolas en el tercer piso sobre alas “B” y “D”. Área de imágenes y servicio de Hemodinamia en el ala “C”, del edificio.

La presente investigación se desarrollará entonces, como se expuso anteriormente, en subsuelo del ala “A” del edificio, ubicándose allí, el departamento de Trasplante Renal y sus respectivos consultorios.

Cabe destacar que se seleccionaron dos efectores privados de la ciudad de Rosario, de mismo grado de complejidad, optando por el presente debido a que en uno de ellos no se permitió realizar el estudio de convalidación.

En cuanto al estudio de convalidación de sitio y control de amenazas, se aplicó una guía elaborada por el investigador a uno de los integrantes del cuerpo médico de Trasplante Renal, ya que, quien cumple funciones de Jefe, no se encuentra actualmente en la Institución (Ver Anexo I). Se logró conocer que los pacientes asisten a consultas de Lunes a Viernes en un rango de 5hs (10 a 15hs). No se pudo obtener datos estadísticos de cantidad total de pacientes y división entre hombres y mujeres, pero si afirmó que cuentan con ambos sexos.

Haciendo referencia al tiempo de trasplante, a partir de su externación, todos son atendidos por consultorio, por lo cual pueden ser trasplantados de meses como años.

Además, forman parte del cuerpo médico Psicólogos, Psiquiatras y Asistente Social, para el acompañamiento emocional de los pacientes durante la internación y tratamiento. (Ver Anexo III)

Población y Muestra

CRITERIOS DE INCLUSION / EXCLUSION.

Cada uno de los pacientes trasplantados renales, a partir de los 3 meses de dicha intervención, mayores de 18 años, de ambos sexos, en tratamiento terapéutico, que asistan a consulta a un sanatorio privado de la ciudad de Rosario, en el año 2020.

Quedarán excluidos:

- Pacientes con afecciones psicológicas, en tratamiento terapéutico.
- Pacientes trasplantados renopáncreas.

El tipo de muestreo que se aplicará será no probabilístico, de tipo Accidental, ya que no se cuenta con el número total de la población o universo. La selección de las unidades de análisis no será prevista con anterioridad, solo se encuestará en un período de dos meses a quienes asistan a consultorio. Es decir, no toda la población tendrá la misma probabilidad de integrar la muestra.

En cuanto a los criterios de inclusión/exclusión y muestreo, se aplicarán para controlar las amenazas a las que se está expuesto. En primer lugar, Regresión, ya que se tendrá en cuenta no seleccionar participantes que tengan puntuaciones extremas en las variables medidas, debido que así no se mediría su valor real. Y, la Mortalidad Experimental; ya que algunos participantes de la investigación podrían abandonar la misma. Dado esto, se deberá reclutar suficientes participantes que conformen el universo.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica seleccionada para la recolección de datos, es la Encuesta, ya que lo que se busca es recoger datos objetivos y precisos de las unidades en estudio.

Se seleccionaron dos instrumentos validados para las variables Adherencia al Tratamiento y Sentimiento de Soledad.

Para la elección de estos instrumentos se tuvo en cuenta la validez de los mismos, que comprendieran todos los aspectos del problema planteado, el vocabulario aplicado, el tipo de población con la cual se trabajará como así también la validez interna y externa de la investigación.

En cuanto a las Ventajas de la Encuesta, se puede decir que son muy útiles para recabar información objetiva y exacta de las unidades en estudio, siendo la técnica más adecuada para reconocer cuantitativamente los conceptos o indicadores que se quieren conocer.

Para Adherencia al tratamiento; se utilizará un cuestionario con opciones múltiples y dicotómicas, debido a que se seleccionó un instrumento validado para la dimensión Inmunosupresores, al cuál se le sumaron más preguntas para las demás dimensiones. Escala de adherencia al tratamiento de Morisky (MMAS-8). (Ninfa Marlen, 2016).

Este cuestionario, concuerda con la siguiente operacionalización:

Variable 1: Adherencia al tratamiento. (Cualitativa Compleja, Dependiente)

Definición conceptual: Grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.

D1: Inmunosupresores.

Indicadores:

*¿A veces se olvida de tomar su medicación?

*La gente a veces omite tomar sus medicamentos por razones diferentes al olvido. Pensando en las últimas dos semanas, ¿hubo algún día que no tomó sus medicamentos?

*¿Alguna vez se recortó o dejó de tomar el medicamento sin consultar antes con su médico, ya que se sintió peor cuando lo tomaba?

*Cuando viaja o sale de casa, ¿a veces se olvida de llevar su medicina?

*Ayer, ¿tomó todos los medicamentos?

*Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿a veces deja de tomar sus medicamentos?

*Tomar medicamentos todos los días es un verdadero inconveniente para algunas personas. ¿Alguna vez se siente presionado a apegarse a su plan de tratamiento?

*¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos?

D2: Dieta.

Indicadores:

*¿Cumple con la dieta prescrita luego de TR?

*En los últimos tres meses, ¿descuido en algún momento la dieta indicada?

D3: Ejercicios

Indicadores:

*¿Realiza ejercicios?

*¿Con que frecuencia?

*¿Cuántas horas?

D4: Controles Habituales

Indicadores:

*¿Se realiza los controles habituales en tiempo y forma?

*En los últimos tres meses, ¿olvidó asistir a algún control?

*¿Solo asiste a consulta cuando no se siente bien?

(Ver Anexo II)

Para medir el sentimiento de soledad, se utilizará la escala de Rubio y Alexandre (1999), validada por la Universidad de Granada en el 2009, (ESTE-R) de opciones múltiples, tipo Likert. (Ramona, 2009).

En cuanto a la operacionalización de esta variable, la misma se define como:

Variable 2: Sentimiento de Soledad. (Cualitativa Compleja, Independiente)

Definición Conceptual: Condición de malestar emocional que surge cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por otros o carece de compañía para las actividades deseadas, tanto físicas como intelectuales o para lograr intimidad emocional. Sensación de no tener el afecto necesario deseado, lo cual produce sufrimiento, desolación, insatisfacción, angustia, etc.

D1: Soledad Familiar.

Indicadores:

*Me siento solo

- *¿Con que frecuencia siente que no hay nadie cerca de usted?
- *¿Me siento solo cuando estoy con mi familia?
- *¿Mi familia se preocupa por mí?
- *¿Siento que en mi familia no hay nadie que me preste su apoyo aunque me gustaría que lo hubiera?
- *¿Realmente me preocupo por mi familia?
- *¿Siento que pertenezco a mi familia?
- *¿Me siento cercano a mi familia?
- *¿Me encuentro a gusto con la gente?
- *¿Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejos?
- *¿Me siento aislado?
- *¿Con qué frecuencia sientes que hay gente que realmente te comprende?
- *¿Siento que mi familia es importante para mí?
- *¿Siento que soy importante para la gente?

D2: Soledad Conyugal

Indicadores:

- *¿Siente que tiene a alguien que quiere compartir su vida con usted?
- *¿Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito?
- *¿Siento que estoy enamorado de alguien que me ama?
- *¿Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales?
- *¿Contribuyo a que mi pareja sea feliz?

D3: Soledad Social

Indicadores:

- *No tengo amigos que compartan mis opiniones, aunque me gustaría tenerlos.
- *¿Siento que mis amigos entienden mis intenciones y opiniones?

*¿Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo?

*Me gusta la gente con la que salgo

*¿Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda?

*¿Me siento satisfecho con los amigos que tengo?

*¿Tengo amigos con los que comparto mis opiniones?

D4: Crisis Existencial.

Indicadores:

*¿Lo que es importante para mí no parece importante para la gente que conozco?

*Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie.

*¿Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas?

*Siento que no soy popular.

*¿Siento que a medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí?

*¿Siento que las cosas pequeñas me molestan ahora más que antes?

*¿Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil?

*A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida.

*¿Tengo miedo de muchas cosas?

(Ver Anexo II)

Además, en el encabezado del instrumento, se anexó como pregunta cerrada la edad, teniendo que contestar con años cumplidos y tiempo de trasplante expresado en meses o años.

Para el sexo, se utilizó también el encabezado, con respuestas dicotómicas. Es decir, hombre o mujer.

En cuanto a la variable estado civil, también se recolectó el dato con una pregunta cerrada, teniendo que responder si era Soltero, Casado, Viudo, Divorciado, Concubinato, Otros.

El momento en que se desarrollará la recolección de datos, será acordado con el Departamento de Trasplante Renal, a fin de no entorpecer el normal funcionamiento del mismo. Se realizará en los momentos de esperar de los pacientes para ingresar a consulta, por lo que se procurará asistir a la institución en los diferentes días de atención, en un lapso de tres horas y hasta tanto se reúna la totalidad de la información del universo estudiado. Dicha actividad, será programada para ser desarrollada en un término de dos meses, de manera tal, que se pueda incluir todas de unidades de análisis seleccionadas.

En cuanto a los cuidados éticos que se tendrán en cuenta durante la recolección de datos, se tendrá presente, explicarles que no estarán expuestos a daños tanto físicos como psicológicos. Y, si así lo fuera, se brindará contención por parte de profesionales capacitados y se seguirá la máxima “Sobre todo no dañar”.

Los datos obtenidos, se mantendrán en confidencialidad, es decir, no se revelarán individualmente. Se les informará de manera completa el objetivo, propósito y pasos del estudio, y los derechos de cada unidad de análisis.

Luego de brindarles toda la información necesaria, cada participante deberá firmar el consentimiento afirmado, libre de coerción, reconociendo sus derechos y capacidades de tomar sus propias decisiones. (Ver Anexo II)

La prueba piloto de los instrumentos, se realizó en pacientes internados, trasplantados renopancreas, en la misma institución que se llevó a cabo la investigación.

No se debió realizar ningún cambio significativo ya que no existieron inconvenientes en el vocabulario de los instrumentos y, además, el tiempo promedio para completar la encuesta fue de 20 a 40 min aproximadamente.

Las razones de realizar la misma, fue porque existen amenazas que también afectan los Instrumentos de Medición. La inestabilidad del instrumento es una de ellas. Para esto, se debió realizar una administración de pruebas, denominada “Prueba Piloto”, se tuvo en cuenta no realizarla sobre la población elegida para la investigación ya que esta quedaría sensibilizada y alteraría las respuestas en la aplicación real para la investigación propiamente dicha.

Personal a Cargo de la Recolección de Datos

La recolección de datos estará a cargo de la autora de dicha investigación, ya que debido a los instrumentos seleccionados no se necesita adhiestastrar personal extra debido a que son Encuestas de tipo likert y docotomicas, y serán realizada de manera espontánea a medida que lleguen los pacientes a consultorios externos.

PLAN DE ANÁLISIS

Para la medición de la variable 1: “Adherencia al tratamiento”, se utilizará una estadística descriptiva, medida a través de una escala Nominal.

A cada indicador que compone las dimensiones que miden la variable, se le asignará un valor numérico, con el fin de poder cuantificar los mismos y reconstruir la variable.

Dimension 1: Inmunosupresores.

Las preguntas 1, 2, 3, 4, 6, y 7, se le asigna 0 punto al “SI”, y 1 al “NO”.

En la pregunta 5, se le asigna 1 al “SI”, y 0 al “NO”.

La pregunta 8, debe contestar entre 5 opciones. Dándole un valor de 0 a las opciones B, C, D y E. Y 1, a la opción A.

Dimension 2: Dieta

En el primer indicador, a la respuesta “SI” se le asigna 1 punto y al “NO”, 0.

Segundo indicador, respuesta “SI”, 0 punto y “NO”, 1 punto.

Dimension 3: Ejercicios

En el primer indicador si la respuesta es “NO”, se le asigna 0 punto, por el contrario, si responde “SI” se le asigna 1 punto, considerando que las dos siguientes también valgan 1 punto.

-¿Con qué frecuencia? valiendo 1 punto las opciones 2, 3 y 4, y 0, la opción 1.

-¿Cuántas horas? Asignándole 0 punto a la opción 1, y 1 punto las opciones 2 y 3.

A mayor valor, mayor será la adherencia al tratamiento, quedando reconstituida la variable de la siguiente manera:

7 puntos o menos, Adherencia al tratamiento baja;

8 a 10 puntos, Adherencia al tratamiento media;

12 a 13 puntos, Adherencia al tratamiento alta.

Con respecto a la medición de la variable 2: “Sentimiento de Soledad”, se utilizará una estadística descriptiva, la cual será medida a través de una escala ordinal.

A cada indicador que compone las dimensiones que miden la variable, se le asignó un valor numérico, que van del 1 al 5, con el fin de poder cuantificar los mismos y reconstruir la variable.

1=Nunca, 2=Rara vez, 3=Alguna vez, 4=A menudo y 5=Siempre

La puntuación en cada uno de los factores se obtiene sumando la puntuación de los ítems correspondientes al factor, teniendo en cuenta que los **siguientes ítems**, tienen la puntuación invertida, de manera que las puntuaciones serán desde Nunca=5 hasta Siempre=1 en esos casos.

Dimension 1: Soledad Familiar

*¿Mi familia se preocupa por mí?

*¿Realmente me preocupo por mi familia?

*¿Siento que pertenezco a mi familia?

*¿Me siento cercano a mi familia?

*¿Me encuentro a gusto con la gente?

*¿Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejos?

*¿Con qué frecuencia sientes que hay gente que realmente te comprende?

*¿Siento que mi familia es importante para mí?

*¿Siento que soy importante para la gente?

Dimension 2: Soledad Conyugal

*¿Siente que tiene a alguien que quiere compartir su vida con usted?

*¿Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito?

*¿Siento que estoy enamorado de alguien que me ama?

*¿Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales?

*¿Contribuyo a que mi pareja sea feliz?

Dimension 3: Soledad Social

*¿Siento que mis amigos entienden mis intenciones y opiniones?

*Me gusta la gente con la que salgo

*¿Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda?

*¿Me siento satisfecho con los amigos que tengo?

*¿Tengo amigos con los que comparto mis opiniones?

	Soledad Familiar	Soledad Conyugal	Soledad Social	Crisis Existencial
BAJA	14 a 32	5 a 11	7 a 16	9 a 20
MEDIA	33 a 51	12 a 18	17 a 26	21 a 33
ALTA	52 a 70	19 a 25	27 a 35	34 a 45

En cuanto a la variable 3: “Tiempo de Trasplante”, se utilizará una estadística descriptiva, la cuál será medida a través de una escala de Razón, identificando la moda y la mediana. Se Tabularán los datos tal como se mencionen a fin de ser relacionados con las Variables 1 y 2.

Con respecto a la variable 4: “Edad”, se utilizará una estadística descriptiva, medida a través de una escala de razón, midiendo así moda, mediana y desvío estándar. Luego se cualificará como grupo etário, segun clasificación de la OMS (Adulto Joven de 18 a

35 años, Adulto Maduro de 36 a 59 años, y Adulto Mayor de 60 en adelante), con el objetivo de medir frecuencia y cruzarla con las variables 1, 2, 5 y 6.

La variable 5: “Sexo”, se utilizará una estadística descriptiva, la cuál será medida a través de una escala nominal, identificando así frecuencias y porcentajes.

Los datos se tabularán tal y como se mencionen a fin de relacionarlos con las variables, 1, 2, 3, 4 y 6.

Por último, en la variable 6: “Estado Civil”, se utilizará una estadística descriptiva, medida a través de una escala nominal, identificando también frecuencias y porcentajes, tabulandolos de manera que sea posible cruzar los resultados con las variables, 1,2, 4 y 5.

Para la tabulación de los resultados, se utilizará el programa IBM SPSS Statistic 26.6 2019. El mismo es uno de los software estadísticos más conocidos, utilizado para resolver una gran variedad de problemas de investigación. Se considera útil para la realización de esta investigación y además, de dominio público, lo cual facilita su descarga.

Para exposición de los resultados, se consultará a un estadista la forma más adecuada de presentar los datos. Pero en su mayoría, serán tablas de doble entrada, es decir, bivariadas y, gráficos de barra simple y adosadas, según el cruce de variables.

Plan de Trabajo y Cronograma

Actividades	Abril 2020	Mayo 2020	Junio 2020	Julio 2020	Agosto 2020		Septiembre 2020
	2º Quincena				1º Quincena	2º Quincena	
Coordinación con Departamento de Trasplante para posterior recolección de datos.							
Recolección de Datos. Recursos: Encuestas impresas, Biromes.							
Tabulación de los Datos. Recursos: Computadora							
Análisis e Interpretación de los Datos. Recursos: Computadora, programa IBM SPSS Statistic 26.6 2019.							

Elaboración de Discusión y Conclusiones. Recursos: Computadora.							
Redacción y Entrega Final de la Investigación. Recursos: Computadora, Hojas A4, Anillado.							

ANEXOS

Anexo I

Guía de Convalidación de Sitio.

En cuanto al Sitio y Contexto, se debe tener precauciones sobre acontecimientos que ocurran durante la investigación y afecten solo a algunos participantes del estudio, ya que esto, puede cambiar o madurar a los mismos y así sesgar los resultados. Otro cuidado que se debe tener en cuenta es lograr que las condiciones ambientales o entorno del estudio sean iguales para todos los participantes, ya que esto también puede modificar los resultados. Para realizar estos controles, se aplicó la guía de convalidación de Sitio tiempo antes de realizar la investigación.

Guia de Convalidacion de Sitio

*¿La institución autoriza la recolección de datos para la investigación?

() SI () NO

*¿La institución permite la publicación de los resultados?

() SI () NO

*¿Cuántos pacientes trasplantados renales asisten a consulta?

*¿Cada cuánto tiempo asisten?

*¿Cuáles son los días de consulta?

*¿Hay pacientes de ambo sexos?

() SI () NO

*¿Cuántos de cada uno?

*¿Cuál es el tiempo de trasplante de la mayoría de los pacientes?

*¿Se brinda acompañamiento emocional por parte de la institución?

☐ SI ☐ NO

*¿Se realizan grupos de apoyos donde interactúen y se integren entre pacientes?

☐ SI ☐ NO

*¿La institución cuenta con un lugar oportuno y privado para estos grupos?

☐ SI ☐ NO

Anexo II

Instrumentos

<u>Edad:</u>	<u>Tiempo de Trasplante:</u>
<u>Sexo:</u> Femenino () Masculino ()	<u>Estado Civil:</u> Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Concubinato () Otros ()

Adherencia al tratamiento: (MMAS-8)

A continuación, se plantean distintas preguntas que usted debe responder con una cruz en el casillero “SI” o “NO”, considerando el cumplimiento de su tratamiento terapéutico.

	SI	NO
1 ¿A veces de olvida de tomar su medicación?		
2 La gente a veces omite tomar sus medicamentos por razones diferentes al olvido. Pensando en las últimas dos semanas, ¿hubo algún día que no tomó sus medicamentos?		
3 ¿Alguna vez a recortado o dejado de tomar el medicamento sin consultar antes con su médico, ya		

que se sintió peor cuando lo tomaba?		
4 Cuando viaja o sale de casa, ¿a veces se olvida de llevar su medicina?		
5 Ayer, ¿tomó todos los medicamentos?		
6 Cuando siente que sus síntomas están bajo control, ¿a veces deja de tomar sus medicamentos?		
7 Tomar medicamentos todos los días es un verdadero inconveniente para algunas personas. ¿Alguna vez se siente presionado a apegarse a su plan de tratamiento?		
8 ¿Con qué frecuencia tiene dificultad para acordarse de tomar todos sus medicamentos?	A: Nunca / Raramente. () B: De vez en cuando. () C: A veces. () D: Usualmente / Casi Siempre. () E: Todo el tiempo / Siempre. ()	
9 ¿Cumple con la dieta prescrita luego de TR?		
10 En los últimos tres meses, ¿descuido en algún momento la dieta indicada?		

11 ¿Realiza ejercicios?		
12 ¿Se realiza los controles habituales en tiempo y forma?		
13 En los últimos tres meses, ¿olvidó asistir a algún control?		
14 ¿Solo asiste a consulta cuando no se siente bien?		

Si las respuestas de la pregunta ¿Realiza Ejercicios? Fue afirmativa, responda con una cruz:

*¿Con que frecuencia?

1- Una vez por semana

2- Dos veces por semana

3- Tres veces por semana

4- Más de 3 veces por semana.

*¿Cuántas horas?

1- 20 a 30 min

2- 40 a 50 min

3- Más de 60 min.

Sentimiento de Soledad: (ESTE-R)

A continuación, se plantean distintas preguntas que usted debe responder con una cruz, en el casillero correspondiente, según su consideración.

	Nunca	Rara Vez	Alguna Vez	A menudo	Siempre
1. Me siento solo					
2. ¿Con que frecuencia siente que no hay nadie cerca de usted?					
3. ¿Siente que tiene a alguien que quiere compartir su vida con usted?					
4. Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito.					
5. Siento que estoy enamorado de alguien que me ama.					
6. Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales.					
7. Contribuyo a que mi pareja sea feliz					
8. Me siento solo cuando estoy con mi familia.					
9. Mi familia se preocupa por mi.					
10. Siento que en mi familia no hay nadie que me preste su apoyo, aunque me gustaría que lo hubiera.					
11. Realmente me preocupo por mi familia.					
12. Siento que pertenezco a mi familia.					

13. Me siento cercano a mi familia.					
14. Lo que es importante para mi, no parece importante para la gente que conozco.					
15. No tengo amigos que compartan mis opiniones, aunque me gustaría tenerlos.					
16. Siento que mis amigos entienden mis intenciones y opiniones.					
17. Me encuentro a gusto con la gente.					
18. Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejos.					
19. Me siento aislado.					
20. ¿Con que frecuencia sientes que hay gente que realmente te comprende?					
21. Siento que mi familia es importante para mi.					
22. Me gusta la gente con la que salgo.					
23. Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda.					
24. Me siento satisfecho con los amigos que tengo.					
25. Tengo amigos con los que comparto mis opiniones.					
26. Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie.					

27. Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas.					
28. Siento que soy importante para la gente.					
29. Siento que no soy popular.					
30. Siento que a medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí.					
31. Siento que las cosas pequeñas me molestan ahora más que antes.					
32. Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil.					
33. A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida.					
34. Tengo miedo de muchas cosas.					

Consentimiento Informado para Participantes de la Investigación.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Alarcón Jubany, Carolina Soledad, de la Universidad Nacional de Rosario. La meta de este estudio es Determinar la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y el sentimiento de soledad de los pacientes trasplantados renales que acuden a consultorio externo de un sanatorio privado de la ciudad de Rosario, en el año 2020, teniendo en cuenta tiempo de trasplante, edad, sexo y estado civil.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y/o completar una encuesta. Esto tomará aproximadamente 30 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se eliminarán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si algunas de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Alarcón Jubany, Carolina Soledad. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es Determinar la relación que existe entre la adherencia al tratamiento y el sentimiento de

soledad de los pacientes trasplantados renales que acuden a consultorio externo de un sanatorio privado de la ciudad de Rosario, en el año 2020, teniendo en cuenta tiempo de trasplante, edad, sexo y estado civil.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Alarcón Jubany, Carolina Soledad al teléfono (03476) 15594407.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Alarcón Jubany, Carolina Soledad al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

Anexo III

Resultados del Estudio Exploratorio.

Para la convalidación de sitio, es importante destacar que se seleccionaron dos efectores privados de la ciudad de Rosario, de mismo grado de complejidad, optando por el presente debido a que en uno de ellos no se permitió aplicar la guía de convalidación de sitio, por lo cual no fue posible realizar el estudio de investigación en tal Institución.

En cuanto al estudio de convalidación de sitio y control de amenazas, en el mes de Noviembre del año 2019, se aplicó una guía elaborada por el investigador a uno de los integrantes del cuerpo médico de Trasplante Renal, ya que, quien cumple funciones de Jefe, no se encuentra actualmente en la Institución. Se comprobó mediante la misma, que el sitio seleccionado reúne la características necesarias para el estudio.

Las autorizaciones para el ingreso y realización de Investigación, fueron concedidas por parte del entrevistado.

En cuanto a la cantidad total de pacientes y totalidad de hombres y mujeres, no fue posible obtener datos estadísticos. El número aproximado que se tenía no era actualizado, pero si se afirmó que habría una gran cantidad de ambos sexos.

Se logró conocer que los pacientes asisten a consultas Lunes y Martes de 12 a 15hs, los días Miércoles de 10 a 15hs, y, Jueves y Viernes de 10 a 11hs. Haciendo referencia al tiempo de trasplante, a partir de su externación, todos son atendidos por consultorio, por lo cual pueden ser trasplantados de meses como años.

Además, se afirmó que forman parte del cuerpo médico Psicólogos, Psiquiatras y Asistente Social, para el acompañamiento emocional de los pacientes durante la internación y tratamiento. Y, si fuera necesario, existe además, una red de psicoterapeutas a disposición.

No existe un grupo de apoyo formado por la Institución donde interactúen entre pacientes pero, en el tiempo de espera fuera de consultorio o en las internaciones post-trasplante, los pacientes se integran entre sí.

Bibliografía

Aguilar-Rivera, T., Gonzalez-Lopez, A., & Perez-Rosete, A. (Abril-Junio. de 2014). Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con IRC que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal. *Atención Familiar.*, 21, 50-54. doi:[https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30014-1](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30014-1)

Alligood, M. R., & Tomey., A. M. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería* (7ma Edición. ed.). Barcelona, España: Elsevier España, S.L.

Gentos Palacios, S., Perez Serrano, G., & Perez de Guzman Puya, M. V. (2011). *Tratamiento educativo de la diversidad en personas mayores*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Gonzalez-Bedat, M. C. (2015-2016). Registro latinoamericano de diálisis y trasplante renal. Obtenido de <http://test1.slanh.net/wp-content/uploads/2018/10/INFORME-2015-2016.pdf>

Gorostidi Manuel, R. S.-F. (2014). Nefrología. Documento de la Sociedad Española de Nefrología sobre las guías KDIGO para la evaluación y el tratamiento de la enfermedad renal crónica., 34(3), 302-316. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952014000300005

Hernandez Sampieri, R. (2004). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill Interamericana.

INCUCAI, S. (2019). Listas de espera de órganos y tejidos. Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina. Obtenido de <https://sintra.incucai.gov.ar/>

Linarez-Fernández, S. d.-M.-Q.-A.-L.-F. (2017). Psycho-oncological intervention in haematopoietic progenitor cell transplant (HPT): Effects of emotional impact. *Terapia Psicológica.*, 35(3), 259-270. doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082017000300259>

Maldonado Molina, J. A. (2018). *Materiales docentes de gerontología y protección de los mayores*. Madrid.: Dykindon S.L.

Md Cristina de los Angeles Cantuña Tapuyo, D. A. (2015). Relación del sentimiento de soledad y el estado de salud de los adultos mayores que acuden al centro médico Tierra

Nueva. Universidad Católica del Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/10255>

Mendez Durán, A., & Rivera Rivera, G. (2017). Nefrología para Enfermeros (2da Edición ed.). México: El manual moderno.

Montserrat García, S. B. (2014). Comparación del nivel de adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con enfermedad renal (ER) de nuestro servicio. *Enferm Nefrol*, online, 17(1), 12-13. Recuperado el 11 de Agosto de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842014000500006&lng=es&tlng=es

Ninfa Marlen, C. (2016). Validación de la Escala de Morinsky de 8 Items en pacientes con enfermedad renal crónica. *Med.*, 24(2), 23-32. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v24n2>

Ramona, R. (2009). Una alternativa de medición a través de la escala Este. La soledad en los mayores. Obtenido de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>

Riella, M. C., & Martins, C. (2004). Nutrición y Riñón. Buenos Aires: Panamericana.

Rojas-Villegas, Y. R.-M.-S. (2017). Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de Psicología*, 65-77. doi:<https://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.46859>

Sandra M. Montoya-Hincapie, R. M.-B.-Z. (2016). Calidad de vida en pacientes trasplantados renales de una institución prestadora de servicios de salud en Medellín, Colombia. *Universidad y Salud.*, 237-247. doi:<http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.86>

