

AUTOEFICACIA, ESTRÉS PERCIBIDO Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES HEMODIALIZADOS

SELF-EFFICACY, PERCEIVED STRESS AND TREATMENT COMPLIANCE AMONG PATIENTS ON HEMODIALYSIS

ERIK ÁLVAREZ MABÁN*
ENRIQUE BARRA ALMAGÍA**

RESUMEN

Estudio descriptivo-correlacional y de corte transversal cuyo objetivo fue determinar la relación de la autoeficacia general y el estrés percibido con la adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. Se estudiaron 54 pacientes de tres centros de diálisis. La adherencia fue medida a través de autorreporte, de la ganancia de peso interdialisis y de la potasemia. Se observó que la autoeficacia general presentaba relaciones directas con el autoinforme de adherencia global y a medicamentos, pero no con los indicadores objetivos de adherencia. El estrés percibido no mostró relación significativa con la adherencia, mientras que los autoinformes de adherencia a medicamentos y a dieta mostraron una relación directa con la edad y una relación inversa con el tiempo de hemodiálisis.

Palabras clave: Autoeficacia, estrés percibido, adherencia, hemodiálisis.

ABSTRACT

A descriptive-correlational and cross-sectional study was carried out with the purpose of determining the relationship of general self-efficacy and perceived stress with treatment compliance in patients on hemodialysis. Fifty-four patients from three dialysis centers were studied. Treatment compliance was measured through self-report, interdialytic weight gain and potassium levels. It was found that general self-efficacy had direct relationships with self-reported overall compliance and medication compliance, but not with objective indicators of compliance. Perceived stress showed no significant relationships with compliance, while self-reported medication and diet compliance showed a direct relationship with age and an inverse association with time on hemodialysis.

Key words: Self-efficacy, perceived stress, compliance, hemodialysis.

Fecha recepción: 18/11/2009 Fecha aceptación: 16/11/2010

INTRODUCCIÓN

En muchos sentidos, la enfermedad renal terminal es extraordinaria entre las condiciones médicas. Como expresa Quinan (1), es difícil encontrar otra enfermedad con similar grado de dependencia extrema a me-

dios artificiales para la sobrevivencia y con demandas de conducta tan sustanciales para los pacientes. Por esa razón no debe sorprender la existencia de un nivel importante de incumplimiento entre los pacientes de hemodiálisis, lo cual es un problema mayor, ya que se ha demostrado su relación inversa con la sobrevivencia (2) y directa con un riesgo

* Enfermero. Docente, Universidad Católica de la Santísima Concepción. Concepción, Chile. E-mail: ealvarez@ucsc.cl

** Psicólogo. Docente Departamento de Psicología. Universidad de Concepción. Concepción, Chile. E-mail: ebarra@udec.cl

aumentado de mortalidad y morbilidad (1).

Adherencia a tratamiento

La OMS (3) refiere la adherencia terapéutica como un fenómeno multidimensional determinado por la acción recíproca de cinco conjuntos de factores relacionados con: el sistema o el equipo de asistencia sanitaria, la enfermedad, los aspectos socioeconómicos, el tratamiento y el paciente.

En términos generales, se ha estimado que cerca del 50% de los pacientes de hemodiálisis no adhieren a una parte de su régimen de tratamiento, según Kuther, citado en Breiterman (4) y Quinan (1). Contreras *et al.* (5) encontraron que el 40,6% de 32 pacientes hemodializados en Colombia no presentaba adhesión al tratamiento.

También se ha visto que el tiempo de permanencia en hemodiálisis está relacionado con la conducta de adherencia del paciente. Así por ejemplo, Tobo *et al.* (6) encontraron que las personas con menos tiempo de permanencia en hemodiálisis eran más puntuales en la asistencia a la misma, que las que tenían mayor permanencia.

En la literatura pueden encontrarse diversas formas de medir la adherencia a tratamiento en pacientes hemodializados. Por un lado, está el uso del autorreporte, como en el estudio de Ochando *et al.* (7), donde se midió a través de 4 preguntas con dos alternativas de respuesta. Por otra parte, la adherencia puede ser evaluada de forma objetiva a través de diversos parámetros tales como indicadores bioquímicos, niveles plasmáticos de sustancias, medición de parámetros vitales, entre otros. En el caso específico de los pacientes hemodializados, los más utilizados son la ganancia de peso interdiálisis (GPI) para evaluar el cumplimiento de la restricción de líquidos (5) y los niveles de potasemia y fosfemia para evaluar el cumplimiento de la dieta y de la ingesta de medicamentos (5, 8-10).

En algunos estudios los parámetros objetivos son sometidos a juicio de expertos,

quienes determinan si los pacientes son adherentes o no (5, 11, 12). En otros estudios se considera no adherencia el aumento de más de 2,5 a 3 kilos entre sesiones de hemodiálisis, o el aumento de un 5,7% de peso prehemodiálisis sobre el peso seco (9, 13-15). Con respecto a la potasemia, se considera como adherencia el tener niveles séricos menores a 6 meq/L (9).

Contreras *et al.* (5) midieron los indicadores de cumplimiento con la dieta e ingesta de medicamentos, restricción de líquidos y asistencia a la hemodiálisis. Además, utilizaron indicadores clínicos y bioquímicos, tales como sobrecarga hídrica, presión arterial pre y poshemodiálisis, niveles de potasio, calcio, fósforo, hormona paratiroidea y asistencia puntual y completa a las sesiones, encontrándose que la alteración en los parámetros de volemia, de los niveles séricos de K, Ca, nitrógeno ureico (BUN) y albúmina, y del tratamiento nutricional fueron los mayores indicadores del incumplimiento del régimen terapéutico (de 56 a 83%), a pesar que la asistencia a las citas de control y a los tratamientos fue alta (80%).

En un estudio con 68 pacientes en hemodiálisis de Colombia se consideró como indicadores de incumplimiento del régimen terapéutico los niveles de presión arterial superiores a 140/90 mmHg, con frecuencia cardíaca superior a 90 por minuto y aumento de peso mayor de 3 kg entre una hemodiálisis y otra (6). En otra investigación se midió la adherencia mediante los indicadores biomédicos calcemia, potasemia, fosfemia y presión arterial, y también con una valoración clínica global realizada por un nefrólogo (11).

Se recomienda además incluir como indicador de no cumplimiento, el acortar las sesiones o faltar a alguna de ellas (2, 16).

Autoeficacia y adherencia

El constructo de autoeficacia fue definido por Bandura (17, 18) como la creencia de que uno es capaz de ejecutar con éxito un

determinado comportamiento requerido para obtener unos determinados resultados. La autoeficacia está constituida por juicios específicos sin un componente emocional sobre las propias habilidades o la capacidad para realizar conductas concretas en circunstancias concretas (19).

Se ha estudiado la relación entre adherencia terapéutica y autoeficacia en pacientes con diversas patologías. En un estudio con adolescentes chilenos diabéticos tipo 1 se encontró que la autoeficacia general resultó ser predictora de la adherencia al tratamiento (20). A similar conclusión se había llegado en un trabajo anterior (21). En otro estudio con pacientes de VIH se encontró que la autoeficacia de adherencia era uno de los predictores de la adherencia a los horarios de ingestión de medicamentos en la terapia antirretroviral (22).

Respecto a la autoeficacia en pacientes hemodializados, un estudio con 72 pacientes de hemodiálisis encontró que la autoeficacia específica para manejar la dieta se relacionaba con la adherencia al control de líquido (15). En otro estudio con 33 pacientes sometidos a hemodiálisis se encontró que la autoeficacia generalizada no tenía valor predictivo para los criterios de adherencia utilizados (11).

Los instrumentos más utilizados para medir el constructo de autoeficacia son escalas de autorreporte, por un lado las que miden un sentido de eficacia específico y, por otro, las que miden un sentido general de la autoeficacia (23). Dentro de las escalas que miden la autoeficacia de forma general se encuentra la Escala de Autoeficacia Generalizada de Schwarzer (24), que se utilizó en este estudio.

Estrés y adherencia

El estrés es un concepto central en la psicología de la salud, ya que se trata de un proceso que nos puede ayudar a adaptarnos a los cambios ambientales, pero que también puede tener un papel central en la fisiopatología de diversas enfermedades (25). Una

de las visiones del estrés más aceptadas en la actualidad es la de Lazarus y Folkman citados en Oblitas (26), que lo conciben como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por aquél como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. El modelo destaca el rol de los factores cognitivos en la experiencia del estrés, siendo central la valoración que hace el individuo de la situación y la forma de afrontarla (25, 26).

La hemodiálisis en sí puede ser muy agobiante, exigiendo a los individuos adaptarse y enfrentar múltiples estresores agudos y crónicos (1).

Estudios realizados en distintos medios han encontrado una relación entre el nivel de estrés y la adherencia a tratamiento. En los Estados Unidos y en España se informó que en pacientes VIH+, el nivel de estrés percibido era un predictor importante de la adhesión al tratamiento antirretroviral (27, 28).

En un estudio con pacientes trasplantados de riñón, aquéllos con menor adherencia al tratamiento con inmunosupresores presentaban mayor nivel de estrés percibido (29). Respecto de los pacientes hemodializados, un estudio estableció que a mayor nivel de estrés disminuía la adherencia a la restricción de líquidos (30).

Los objetivos de este estudio fueron: a) examinar la relación existente entre la autoeficacia general y el estrés percibido con la adherencia terapéutica en pacientes hemodializados y b) analizar la relación entre la adherencia terapéutica y las variables tiempo de tratamiento de hemodiálisis y sexo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo-correlacional y de corte transversal realizado en los centros de hemodiálisis Saludial, Medinefro y Lawen de Concepción. Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron: a) aceptación

y firma del consentimiento informado; b) un mínimo de duración del tratamiento de hemodiálisis de 4 meses, y c) ser mayor de edad. Como criterios de exclusión se consideraron: presentar una condición metabólica que influyera en su estado de conciencia (ej. encefalopatía urémica), tener impedimento intelectual que impidiera completar cuestionarios y analfabetismo.

La muestra, no probabilística por conveniencia, estuvo conformada por 54 pacientes (28 hombres y 26 mujeres), con edades entre los 18 y los 86 años (mediana de 57 años). El tiempo mínimo de hemodiálisis era de 7 meses y el máximo de 19 años (mediana de 3.96 años). A los pacientes que cumplían los criterios de inclusión se les explicó el objetivo de la investigación y se les entregó el consentimiento informado a quienes aceptaron participar voluntariamente. Los instrumentos fueron aplicados de manera colectiva en los diferentes turnos. La ganancia de peso interdialisis y la potasemia se obtuvieron de la ficha clínica y de los registros del centro. Se aplicaron cuatro instrumentos.

Escala de Autoeficacia General (24): evalúa el sentimiento estable de competencia personal para afrontar de forma eficaz una gran variedad de situaciones. Intenta medir un sentido general de autoeficacia, esto es, la creencia de que uno puede realizar tareas nuevas o difíciles o superar la adversidad en diversas áreas. Es un cuestionario de autoinforme de 10 ítemes que son contestados mediante una escala Likert de 4 puntuaciones. Se han encontrado relaciones positivas con autoestima, optimismo y satisfacción con el trabajo, y relaciones negativas con ansiedad y depresión (31). En su adaptación para población española, Sanjuán, Pérez y Bermúdez (32) obtuvieron un coeficiente alpha de 0.87, mientras que en su estudio de validación en Chile, Cid, Orellana y Barriga (31) obtuvieron un coeficiente alpha de 0.87. En el presente estudio se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.91.

Escala de Estrés Percibido (33): evalúa el

estrés percibido, basada en el modelo de estrés de Lazarus y Folkman. Está compuesta por 14 ítemes que indagan el grado en que los sujetos durante el último mes han percibido su vida como impredecible, incontrolable y sobrecargada. Tiene un coeficiente alpha de consistencia interna de 0.76. En un estudio de las propiedades psicométricas de la escala en una muestra de 440 adultos españoles mostró una adecuada fiabilidad por consistencia interna ($\alpha=0.81$) y validez concurrente de 0.71 con la medida de distrés global de la Escala de Depresión y Ansiedad en el Hospital (HADS) (34). En el presente estudio se obtuvo un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.68.

Autoinforme de Adherencia: Pauta para evaluar la opinión de los pacientes en cuanto a su adhesión global a tratamiento, adhesión a la toma de medicamentos, adhesión a la restricción de líquidos y adhesión a la dieta. El alpha de Cronbach fue de 0.82.

Adherencia "objetiva": siguiendo los criterios utilizados por Contreras *et al.* (5), García *et al.* (9) y Contreras *et al.* (11), la adhesión a la restricción de líquidos se midió a través del promedio de ganancia de peso interdialisis del último mes, y la adherencia a dieta se midió a través del promedio de la potasemia medida durante los últimos 3 meses.

Para el manejo y análisis de los datos se empleó el software SPSS para Windows. Como medida de asociación para las principales variables se calculó el coeficiente de correlación de Pearson. Finalmente, para evaluar las posibles diferencias entre hombres y mujeres se empleó la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes, debido a que la muestra es de bajo tamaño y no probabilística.

RESULTADOS

Respecto a la adherencia autoinformada, los pacientes debían informar su nivel de adhe-

rencia en base a 4 alternativas: Muy buena (95-100%), Buena (90-95%), Aceptable (80-90%) o Baja (menos de 80%). En la Tabla 1 puede observarse que tanto hombres como mujeres informaron mayoritariamente buena y muy buena adherencia global y adherencia a medicamentos, en cambio la adherencia

informada a la restricción de líquidos era mayoritariamente baja y aceptable en ambos sexos. Respecto a la adherencia a la dieta indicada, más mujeres que hombres consideraban que su adhesión era buena o muy buena (57.7 y 46.1% respectivamente).

Tabla 1. Adherencia autoinformada según sexo.

		Baja	Aceptable	Buena	Muy Buena
Adh Global	Hombres	7,1%	14,3%	53,6%	25,0%
	Mujeres	,0%	34,6%	30,8%	34,6%
Adh Medicamentos	Hombres	7,1%	17,9%	42,9%	32,1%
	Mujeres	7,7%	19,2%	34,6%	38,5%
Adh Líquidos	Hombres	7,1%	53,6%	21,4%	17,9%
	Mujeres	15,4%	46,2%	15,4%	23,1%
Adh Dieta	Hombres	7,1%	46,4%	32,1%	14,3%
	Mujeres	11,5%	30,8%	26,9%	30,8%

Como se observa en la Tabla 2, la mayor parte de la muestra presentaba buena adherencia a la restricción de líquidos y a la dieta, sin embargo una mayor proporción de mujeres que de hombres registró un aumento de

peso interdiálisis menor a 3 kilos, indicador de buena adherencia. En cambio el porcentaje de personas con potasemia menor a 6 meq/L (buena adherencia a la dieta) era similar en ambos sexos.

Tabla 2. Ganancia de peso interhemodiálisis y potasemia según sexo.

		Adherencia a restricción de líquidos (Peso interhemodiálisis)		Adherencia a dieta (Potasemia)	
		Buena Adherencia	Mala Adherencia	Buena Adherencia	Mala Adherencia
		< 3kilos	≥ 3kilos	< 6 meq/L	≥ 6 meq/L
sexo	Masculino	57,1%	42,9%	75,0%	25,0%
	Femenino	73,1%	26,9%	76,9%	23,1%
Total		64,8%	35,2%	75,9%	24,1%

Al examinar la asociación entre las medidas de adherencia objetiva y subjetiva, se encontró que la adherencia a líquidos autoinformada y la ganancia de peso interdiálisis presentaban una relación inversa significativa ($r = -0,41$, $p < 0.01$), en cambio no existía

asociación entre la adherencia informada para las indicaciones de la dieta y la potasemia ($r = -0.01$).

Con respecto a las variables psicológicas consideradas en este estudio, en la Tabla 3 se puede observar que la autoeficacia general

Tabla 3. Factores asociados a la adherencia.

	Adherencia autoinformada				Adherencia objetiva	
	Adh. global	Adh. a medicamento	Adh. a líquidos	Adh. a dieta	Ganancia de peso	Potasemia
Edad	,208	,305*	,160	,345*	-,178	-,110
Tiempo en hemodiálisis	-,210	-,333*	-,150	-,330*	,263	-,144
Estrés percibido	-,053	,001	-,103	-,056	-,083	-,235
Autoeficacia general	,296*	,361**	,243	,165	-,046	,090

*: p< 0.05; **: p< 0.01

muestra relaciones directas con los autoinformes de adherencia, siendo significativas las relaciones con la adherencia global y especialmente con la adherencia a medicamentos. En cambio no se observa relación entre la autoeficacia y las medidas objetivas de adherencia.

En cuanto al estrés percibido, sólo se observa relación con la medida objetiva de adherencia a la dieta (potasemia), la cual no alcanza significación estadística probablemente debido al tamaño de la muestra.

El tiempo de hemodiálisis muestra una relación inversa significativa con el autoinforme de adherencia a medicamentos y ad-

herencia a la dieta. En cambio su relación con la ganancia de peso interdiálisis no alcanza a ser significativa, posiblemente por el bajo tamaño de la muestra. En la Tabla 3 también se observa que la edad muestra relación directa significativa con el autoinforme de adherencia a medicamentos y adherencia a la dieta.

Al examinar las diferencias de sexo en las variables estudiadas mediante la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes, se observa que existe una diferencia significativa a favor de las mujeres en estrés percibido y una diferencia cercana a la significación a favor de los hombres en la variable ganancia de peso interdiálisis (Tabla 4).

Tabla 4. Diferencias de sexo en algunas variables estudiadas, mediante la prueba U de Mann-Whitney.

	Rango medio hombres	Rango medio mujeres	U	Z	Signif.(p)
Adh. global	27,48	27,52	363,5	-0,009	0,993
Adh. a medicamentos	27,05	27,98	351,5	-0,229	0,819
Adh. a líquidos	27,96	27,00	351,0	-0,243	0,808
Adh. a dieta	25,66	29,48	312,5	-0,938	0,348
Ganancia de peso (LIQ)	31,32	23,38	257,0	-1,853	0,064
Potasio (Dieta)	28,73	26,17	329,5	-0,598	0,550
Estrés percibido	22,54	32,85	225,0	-2,411	0,016
Autoeficacia general	28,61	26,31	333,0	-0,539	0,590

DISCUSIÓN

Respecto de la adherencia autoinformada, en general se reportó una buena adherencia global y específica para la toma de medicamentos y una menor adherencia a la restricción a líquidos y a la dieta, lo cual concuerda con Yokoyama *et al.* (15) en relación a que el control de la ingesta de líquidos es una de las restricciones más difíciles de cumplir para el paciente dializado.

Por su parte, los que registraron un peso entre diálisis superior o igual a 3 k, es decir mala adherencia, fue un 35,2%, lo cual es más bajo que el 53,4% encontrado por García *et al.* (9) y que el 70 a 80% reportado por Breiterman (4). Con respecto a la adherencia a las indicaciones de la dieta, el porcentaje de mala adherencia (nivel plasmático de potasio igual o mayor a 6 meq/L fue de un 24%, en comparación con el 35,2% reportado por García *et al.* (9).

Se encontró una relación directa entre la autoeficacia general y la adherencia global autoinformada; pero no mostró relación con las medidas objetivas de adherencia, lo cual concuerda con lo informado por Contreras *et al.* (11), quienes encontraron que la autoeficacia general no tenía valor predictivo para ninguna de las dimensiones de la adherencia medidas (calcemia, potasemia, fosfemia y presión arterial). Si bien Yokoyama *et al.* (15) encontraron que una mayor autoeficacia se asociaba a una mayor adherencia al control de líquidos, ese estudio midió la autoeficacia específica para manejar la dieta y no la autoeficacia general como en este estudio y en el de Contreras *et al.* (11).

También se encontró una relación directa de la autoeficacia con la adherencia a medicamentos autoinformada, coincidiendo con Nilsson *et al.* (22) en su estudio con pacientes de VIH, aun cuando allí se analizó la autoeficacia específica de adherencia, estableciéndose que era uno de los predictores de la adhesión a los horarios de ingestión de

medicamentos en la terapia antirretroviral.

El hecho que la autoeficacia general muestre mayor relación con el autoinforme de adherencia a la toma de medicamentos que a la dieta o a la restricción de líquidos, se podría explicar porque la ingestión de medicamentos supone la incorporación de una nueva conducta, mientras que adherir al régimen dietario y de líquidos corresponden a una restricción de conductas habituales y que dependen de otros factores fuera de lo volitivo, como la sed poshemodiálisis.

No se encontró relación significativa entre el estrés percibido y las diferentes medidas de adherencia, lo cual difiere de lo informado por Everett *et al.* (30), quienes establecieron que a mayor nivel de eventos estresantes cotidianos disminuía la adherencia a la restricción de líquidos. La discrepancia entre este último estudio y la presente investigación podría deberse en parte a que Everett y otros no midieron estrés percibido propiamente tal sino que los eventos estresantes experimentados (30).

Por otra parte, se encontró una relación inversa entre el tiempo de hemodiálisis y la adherencia informada a medicamentos y a la dieta, es decir los pacientes que llevan mayor tiempo en hemodiálisis informaron una menor adherencia al régimen terapéutico y a las indicaciones de la dieta, lo cual es consistente con lo informado por Kugler *et al.* (10) y con lo observado por Tobo *et al.* (6), quienes encontraron que la adherencia a los horarios de inicio de la hemodiálisis era mejor en personas con menos tiempo de permanencia en hemodiálisis. Esto podría ser explicado, de acuerdo a Martín *et al.* (35), por la carga que representa para el paciente la prolongación del tiempo de tratamiento, produciendo cansancio y disminución en el cumplimiento de las prescripciones. En cambio, Ochando *et al.* (7) no encontraron relación entre adherencia terapéutica y tiempo de hemodiálisis.

Dentro de otros hallazgos, la edad correlacionó positivamente con la adherencia a medicamentos y con la adherencia a la die-

ta autoinformada, resultado consistente con Kugler *et al.* (10), quienes encontraron que pacientes más jóvenes presentaban menor adherencia tanto a la dieta como a la restricción de líquido. En cambio Tobo *et al.* (6) informaron que el mayor incumplimiento del régimen terapéutico en su muestra se observó en el grupo etéreo de 35-65 años. En lo relativo al sexo, se observó una diferencia cercana a la significación a favor de las mujeres en la adherencia objetiva a la restricción de líquidos, medida por la ganancia de peso interdialisis. Este resultado es consistente con lo informado anteriormente por Kugler *et al.* (10), aunque en dicho estudio también se encontró una adherencia significativamente mayor de las mujeres a la dieta. El hecho que, a diferencia de la investigación de Kugler *et al.* (10), en el presente estudio no llegue a ser significativa la diferencia a favor de las mujeres en la adherencia a la dieta autoinformada podría deberse a la gran diferencia entre ambos estudios en el tamaño de las muestras utilizadas (916 versus 54).

El estudio de la adherencia a la hemodiálisis es complejo pero fundamental, dada la importancia del procedimiento en la sobrevivencia y bienestar de los pacientes insuficientes renales, quienes deben asumir responsablemente su autocuidado.

A la luz de los hallazgos del presente estudio, puede concluirse que es importante considerar la autoeficacia en programas para pacientes hemodializados, a fin de reforzar su adherencia, sugiriéndose para futuros estudios medir tanto la autoeficacia general como la específica. Respecto del estrés percibido, no se pudo establecer una relación con la adherencia en el presente estudio, lo cual hace necesario continuar su investigación.

La relación del tiempo de hemodiálisis con la adherencia hace recomendable el refuerzo constante a los pacientes, en especial a aquéllos cuya permanencia es más prolongada.

Futuros estudios deberían considerar diferentes formas de medir la adherencia, en

busca de aquellas que establezcan de manera más efectiva la realidad del cumplimiento terapéutico del paciente.

El tamaño de la muestra pudo influir en la posibilidad de encontrar relaciones significativas entre las variables, sugiriéndose realizar investigaciones con muestras mayores, que permitan establecer de manera más clara las asociaciones y el posible valor predictivo de algunas variables para la adherencia terapéutica.

A diferencia de otros países, en Chile la hemodiálisis está garantizada por el GES y este es un aspecto que también puede estar influyendo en la adherencia, por lo cual debería considerarse realizar estudios comparativos con pacientes de otras realidades.

REFERENCIAS

1. Quinan P. Control and coping for individuals with end stage renal disease on hemodialysis: A position paper. *CANNT J.* 2007; 17(3): 77-84.
2. Hailey B, Moss S. Compliance behaviour in patients undergoing haemodialysis: A review of the literature. *Psychol Health Med.* 2000; 5(4): 395-406.
3. Sabate E. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003. Hallado en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>. [acceso el 17 de diciembre de 2009].
4. Breiterman R. Adherence to the dialysis prescription: Partnering with patients for improved outcomes. *Nephrol Nurs J.* 2004; 31(4): 432-436.
5. Contreras F, Esguerra G, Espinosa J, Gutiérrez C y Fajardo L. Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Univ Psicol.* 2006; 5(3): 487-499.
6. Tobo N, Martínez G, Mosquera M, Peña

- G, Paz J. Cumplimiento del régimen terapéutico y su relación con las características biológicas y sociales del individuo con insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. *Colomb Med [revista en internet]* 1995; 26(4): 141-145. Hallado en: <http://www.monografias.com/trabajos904/insuficiencia-terminal-hemodialisis/insuficiencia-terminal-hemodialisis.zip>. [acceso el 12 de septiembre de 2007].
7. Ochando A, Royuela C, Hernández M, Lorenzo S, Paniagua, F. Influencia de la satisfacción de los pacientes de una unidad de hemodiálisis en la adherencia terapéutica. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2008; 11(4): 271-276.
 8. Denhaerynck K, Manhaeve D, Dobbels F, Garzoni D, Nolte C, De Geest S. Prevalence and consequences of nonadherence to hemodialysis regimens. *Am J Crit Care*. 2007; 16(3): 222-236.
 9. García F, Fajardo C, Guevara R, González V, Hurtado A. Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: Papel de los síntomas ansiosos y depresivos. *Nefrología*. 2002; 22(3): 245-252.
 10. Kugler C, Vlaminc H, Haverich A, Maes B. Nonadherence with diet and fluid restrictions among adults having hemodialysis. *J Nurs Scholarsh*. 2005; 37(1): 25-29.
 11. Contreras F, Espinosa J, Esguerra G. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. *Psicología y Salud*. 2008; 18(2): 165-179.
 12. Cepeda C, Wanner C, Barrales C, Núñez N. Locus de control y adherencia al tratamiento en personas con insuficiencia renal crónica. *Ciencia Psicológica*. 2007; 1(1): 1-7.
 13. Akman B, Uyar M, Afsar B, Sezer S, Nurhan F, Haberal M. Adherence, depression and quality of life in patients on a renal transplantation waiting list. *Transpl Int*. 2007; 20(8): 682-687.
 14. Saran R, Bragg-Gresham J, Rayner H, Goodkin D, Keen M, Van Dijk P et al. Nonadherence in hemodialysis: Associations with mortality, hospitalization, and practice patterns in the DOPPS. *Kidney Int*, 2003; 64(1): 254-262.
 15. Yokoyama Y, Suzukamo Y, Hotta O, Yamazaki S, Kawaguchi T, Hasegawa T, et al. Dialysis staff encouragement and fluid control adherence in patients on hemodialysis. *Nephrol Nurs J*. 2009; 36(3): 289-297.
 16. Saad C, Sepúlveda G, Ibáñez E, Flórez C, Herrán M, Márquez N et al. Adherencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica a las sesiones de hemodiálisis del Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., 2006, 2007. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2008; 3(3): 61-67.
 17. Bandura A. Self-efficacy; Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1977; 84(2): 191-225.
 18. Bandura A. Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. Córdoba: Revista Evaluar [revista en internet] 2001. Hallado en <http://www.revistaevaluar.com.ar/effguideSpanish.htm>. [acceso el 17 de diciembre de 2009].
 19. Gutiérrez R, Raich, D Sánchez, J Deus. (Coordinadores). Instrumentos de Evaluación en Psicología de la Salud. 1a ed. Madrid: Alianza Editorial; 2003.
 20. Ortiz M, Ortiz E. Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: Una aproximación psicológica. *Rev Med Chil*. 2005; 133(3): 307-313.
 21. Littlefield C, Craven J, Rodin G, Daneman D, Murray M, Rydall A. Relationship of self-efficacy and bingeing to adherence to diabetes regimen among adolescents. *Diabetes Care*. 1992; 15(1): 90-94.
 22. Nilsson L, Diamond P, Ross M, Williams M, Bratt G. Baseline predictors of three types of antiretroviral therapy (ART) adherence: A 2-year follow-up. *AIDS Care*. 2006; 18(4): 406-414.

23. Olivari C, Urra E. Autoeficacia y conductas de salud. *Cienc Enferm.* 2007; 13(1): 9-15.
24. Schwarzer R. General Perceived Self-Efficacy Scale (GSE) [Internet]. Berlin; 2000. Hallado en: http://web.fu-berlin.de/gesund/skalen/Language_Selection/Turkish/General_Perceived_Self-Efficac/general_perceived_self-efficac.htm. [acceso el 17 de diciembre de 2009]
25. Barra E. *Psicología de la salud*. Santiago: Editorial Mediterráneo; 2003.
26. Oblitas L. *Psicología de la salud y calidad de vida*. 2a ed. México: Editorial Thomson; 2004.
27. Bottonari K, Roberts J, Ciesla J, Hewitt R. Life stress and adherence to antiretroviral therapy among hiv-positive individuals: A preliminary investigation. *AIDS patient care and STDs.* 2005; 19(11): 719-727.
28. Remor E. Valoración de la adhesión al tratamiento en pacientes VIH+. *Psicothema.* 2002; 14(2): 262-267.
29. Achille M, Ouellette A, Fournier S, Vachon M. et al. Impact of stress, distress and feelings of indebtedness on adherence to immunosuppressants following kidney transplantation. *Clin Transplant.* 2006; 20: 301-306.
30. Everett K, Brantley P, Sletten C, Jones G, McKnight RT. The relation of stress and depression to interdialytic weight gain in hemodialysis patients. *Behav Med.* 1995; 21(1): 25-30.
31. Cid P, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev Med Chile.* 2010; 138: 551-557.
32. Sanjuán P, Pérez A, Bermúdez J. Escala de autoeficacia general: Datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema.* 2000; 12 (2): 509-513.
33. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983; 24: 385-395.
34. Remor E. Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span J Psychol.* 2006; 9(1): 86-93.
35. Martín L, Bayarre H, La Rosa Y, Orbay M, Rodríguez J, Vento F et al. Cumplimiento e incumplimiento del tratamiento antihipertensivo desde la perspectiva del paciente. *Rev Cub Salud Publica [revista en internet]* 2007; 33(3). Hallado en http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_3_07/spu13307.htm. [acceso 20 de octubre de 2009].