



ADHESIÓN DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA A LA DIETA

Eugénia Maria Garcia Jorge Anes

Escola Superior de Saúde de Bragança. eugenia@ipb.pt

Florencio Vicente Castro

Universidad de Extremadura Badajoz (SPAIN). fvicente@unex.es

Fecha de recepción: 15 de febrero de 2011

Fecha de admisión: 10 de marzo de 2011

RESUMEN:

Este estudio, describe y evalúa la adhesión a la dieta en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis.

Se trata de un trabajo no-experimental, analítico y transversal desarrollado en una muestra de 263 pacientes en diálisis en el Noreste Transmontano en Portugal.

Se utilizó una medida específica de la adhesión a la dieta, RAAQ.

De los participantes, la mayoría son hombres (58,9%), el 64,3% están casadas, viven solos el 16%, y el 86,7% están jubilados y tienen un nivel de estudios de educación general básica o menos el 96,7%. La edad de los sujetos de la muestra oscila entre 19 y 88 años. Los ingresos económicos del 43,9% están por debajo de _ 400.

El tipo más común de tratamiento es la hemodiálisis (95,1%). Tratamiento en períodos de tiempo de 8 días a 25 años. Muchos tienen otras enfermedades asociadas (56,7%), la diabetes es la más aducida (29%). Para los parámetros bioquímicos y antropométricos de peso se utilizaron marcadores de potasio (K) e interdiálisis. Los valores de potasio se encuentran entre 1 y 9.2 mEq / L. Los rangos de peso en interdiálisis entre cero y 5,7 kg.

Se ha demostrado un impacto negativo de algunos datos sociodemográficos y clínicos en el nivel de adhesión a la dieta.

Palabras Claves:

Adherencia a la dieta, insuficiencia renal crónica, impacto de datos sociodemográficos, impacto de datos clínicos, indicador de salud.

ABSTRAT:

This study describes and evaluates the adherence to diet in chronic renal failure patients on dialysis.



It is a non-experimental, analytical and cross-sectional study on a sample of 263 dialysis patients in the Northeast Transmontano in Portugal.

We used a specific measure of adherence to the diet, RAAQ.

Of the participants, the majority are male (58.9%), 64.3% are married, living alone 16%, are retired or pensioners 86.7% and have a basic level of education or less 96.7%. The age ranges between 19 and 88 years. Incomes below _ 400 are presented by 43.9%.

The most common type of treatment is hemodialysis (95.1%). Treatment time ranges from 8 days to 25 years. More than half has other associated diseases (56.7%), diabetes is the most reported (29%). Claim to have complications (98.86%), being exhausted or without force complication most reported (78.5%). For biochemical and anthropometric parameters were used Potassium (K) and interdialytic weight, the values found for potassium between one and 9.2 mEq / L. The interdialytic weight ranges between zero and 5.7 kg.

It has been shown a negative impact of some socio-demographic and clinical data at the level of adherence to the diet.

The importance of assessing the adherence to the diet, as an excellent indicator of health care.

Keywords:

Adherence to diet, Chronic renal failure, Sociodemographic impact, Clinical impact, Health indicator.

INTRODUCCIÓN

El estado nutricional es uno de los principales determinantes de la morbilidad y mortalidad en diálisis. Los beneficios de la adhesión son de varios tipos y se relacionan con la prevención de recaídas, alivio de síntomas y mejoría general del estado de salud (Sousa, 2003). La no adhesión, además de reducir el nivel de salud de los enfermos contribuye obligatoriamente al aumento del gasto a nivel de la atención al paciente y aumento de la dependencia, consecuencia del deterioro de su estado de salud.

La adhesión a la dieta en la insuficiencia renal crónica implica cambios drásticos y adaptaciones a un nuevo régimen alimenticio. La adaptación al nuevo régimen alimenticio implica una ruptura con hábitos y costumbres adquiridos y con el concepto de una alimentación considerada normal para la población en general. Esta adaptación puede ser evaluada por las actitudes y comportamientos de los pacientes frente al nuevo régimen alimenticio (Rush & McGee, 1998).

Las estadísticas demuestran que la incidencia de la diálisis en Portugal viene aumentando como consecuencia del aumento de la insuficiencia renal crónica. Sin embargo el nivel de adhesión al régimen terapéutico es muy bajo, sólo el 25%, excluyendo la no adhesión a los líquidos, a la alimentación y a la terapéutica (Serafino, 1990).

Desconocemos, en Portugal, la existencia de una medida específica de adhesión a la dieta, para pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis. Así, y en este sentido, nos pareció de gran importancia la validación de un instrumento que nos proporcione detalles específicos de estos pacientes, que probablemente no cumplen las medidas de carácter más general.

Con la presente investigación pretendemos encontrar algunas variables que nos permitan comprender mejor la siguiente cuestión: ¿Cuál es el nivel de la adhesión a la dieta de los pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis?

Así, los objetivos planteados para la presente investigación son:

- Evaluar la Adhesión a la dieta de las personas con Insuficiencia Renal Crónica de cara a la restricción alimentaria y hídrica impuesta por la enfermedad (RAAQ).



- Contribuir al proceso de adaptación y validación intercultural de una medida específica de evaluación de la Adhesión a la dieta a través de la evaluación de las actitudes y comportamientos de los Insuficientes Renales Crónicos frente a la restricción alimentaria e hídrica impuesta por la enfermedad: Renal Adherence Attitudes Questionnaire (RAAQ) e Helena Rushe y Hannah McGee (1998), comprobando su fiabilidad y validez.

MÉTODO

Se ha desarrollado un estudio no experimental, analítico y transversal en una muestra de 263 pacientes (el 77,58% de la población afectada), con insuficiencia renal crónica que tenían tratamiento dialítico en las unidades de diálisis del Noreste Transmontano en Portugal y que cumplen los criterios para la inclusión. Hemos tenido una excelente cooperación de los pacientes. Se prestó asistencia en el cuestionario a los pacientes que presentaban limitaciones visuales o físicas, y/o eran analfabetos (el 57%).

La población tratada en esta investigación comprende a todas las personas mayores de 18 años de edad, con diagnóstico de insuficiencia renal crónica y diálisis. Formaban parte de los criterios de exclusión, la existencia de pérdida del conocimiento o desorientación en tiempo y espacio, la enfermedad mental severa, la sordera y la no aceptación a participar en el estudio.

Se hizo un contacto personal con todos los pacientes. Se presentaron los objetivos y propósitos de la investigación, se explicitó una aclaración sobre la importancia de la contribución de cada participante, se reafirmó el carácter voluntario de la participación, el compromiso de garantizar la confidencialidad de los datos, disposición para aclarar cualquier duda y el agradecimiento de la participación. La participación fue precedida por la obtención del consentimiento informado.

Se utilizó un instrumento de evaluación constituido por una medida específica de este cuadro clínico de adhesión a la dieta el RAAQ, después de haber sido validado para la población portuguesa. El cuestionario consta de 26 preguntas distribuidas en cuatro dimensiones, que se corresponden a las actitudes hacia las restricciones sociales, las actitudes hacia el bienestar, las actitudes hacia el auto-cuidado y la aceptación. Se incluyeron algunas preguntas socio-demográficas y clínicas para completar la información del paciente.

RESULTADOS/DISCUSIÓN

De los participantes estudiados, la mayoría eran hombres (58,9%), están casados (64,3%), viven solos un 16%, están jubilados un 86,7% y tienen un nivel básico de educación o inferior el 96,7%. La edad de los encuestados varía entre los 19 y 88 años, con media y desviación estándar de 62,87 y 15,5 años respectivamente. Se constató que el 43,9% de los encuestados tienen ingresos inferiores de 400_.

El tipo de tratamiento más común es la hemodiálisis (95,1%). La duración de la diálisis en estos pacientes oscila entre los 8 días y 25 años. La mayoría de los pacientes tiene otras enfermedades asociadas (56,7%), la diabetes es la enfermedad más mencionada (29%). Mencionan complicaciones el 98,86% de los pacientes, siendo el cansancio, agotamiento y encontrarse sin fuerzas la complicación más mencionada (78,5%). Con respecto a los datos bioquímicos y parámetros antropométricos, se utilizaron sólo los valores del Potasio (K) y la ganancia de peso interdiálisis, los valores encontrados para el potasio varían entre el 1 y 9.2 mEq/L, presentando como media el valor de 5.45 mEq/L y desviación estándar de 1.03 mEq / L. La ganancia de peso interdiálisis varía entre cero y 5,7 kg, con una media de 2,30 kg y desviación estándar de 977g.

Es importante recordar que los estudios sobre la adhesión al régimen terapéutico en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis, apuntan hacia una prevalencia de no adhesión entre el 30



y el 50% para la dieta, cantidad de líquidos y medicamentos (Christensen & Moran, 1998). Estos autores también indican que la no adhesión es mayor hacia los líquidos que hacia la alimentación y la terapéutica, lo cual es consistente con otros estudios que refieren que la adhesión a las recomendaciones en materia de control de la cantidad de líquido es la componente más difícil y estresante del régimen terapéutico en hemodiálisis (Christensen, Benotsch, Wiebe, & Lawton, 1995).

En relación a la hipótesis, en que se demuestra, que hay relación entre las características sociales y demográficas y la adhesión a la dieta en pacientes con insuficiencia renal crónica en diálisis, nuestros resultados confirman también la relación de algunos otros factores en la adhesión a la dieta.

En lo que respecta a la variable sexo (cuadro 1), los resultados no confirman la hipótesis, pues no se encuentran diferencias importantes entre las medias de adhesión a la dieta entre pacientes del sexo femenino y masculino. Sin embargo Almeida (2003) concluyó, que son los hombres, aquellos que demostraron mayor adhesión al tratamiento, sobre todo en la dimensión conductual. Según Santín, Ceresér y Rosa (2005), muchos factores pueden explicar el fenómeno de la no adhesión al tratamiento, tales como soportar grandes frustraciones, citando entre otras las características demográficas, donde el género está incluido.

Tabla 1 • Adhesión a la dieta (RAAQ) en relación al sexo por dimensiones.

Dimensión	Sexo Femenino N=108		Sexo Masculino N=155		t	p	Test Mann Whitney U Sig.(2-tailed)
	Media	S	Media	S			
Actitudes rest. sociales	25,10	6,80	26,30	6,50	-1,432	0,153	0,265
Actitud bienestar	40,70	6,40	40,30	7,50	0,388	0,698	0,830
Actitudes auto-cuidados	15,00	2,60	15,20	2,90	-0,384	0,701	0,666
Aceptación	34,70	7,60	35,80	7,80	-1,181	0,239	0,212

Por lo que respecta a la variable edad (Tabla 2), los resultados apoyan la hipótesis. Se ha verificado una relación estadísticamente significativa en las dimensiones de actitud hacia el auto-cuidado y la aceptación de sí mismo. Esta relación indica que el nivel de adhesión a la dieta aumenta al mismo tiempo que la edad avanza, siendo el nivel de adhesión a la dieta más satisfactorio en las personas mayores. Estos resultados son corroborados por Santin, Ceresér y Rosa (2005), pues afirman que es la edad, uno de los muchos factores que intentan explicar el fenómeno de la no adhesión al tratamiento. Según Henriques (2006) la edad no es siempre un factor de adhesión.

Tabla 2 • Adhesión a la dieta (RAAQ) en relación a la edad por dimensiones.

Dimensión	Edad 18 - 40 años N=28		Edad 41 - 64 años N=85		Edad ≥ 65 años N=150		Test Anova		Test Mann Whitney U Sig (2-tailed)
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	f	p	
Actitudes rest. sociales	24,64	7,62	24,87	6,36	26,54	6,53	2,230	0,110	0,216
Actitud bienestar	39,42	4,41	39,77	6,51	41,04	7,70	1,205	0,301	0,351
Actitudes auto-cuidado	14,03	2,39	14,76	2,44	15,50	2,93	4,365	0,014	0,010
Aceptación	33,85	6,03	34,28	7,32	36,39	8,09	3,271	0,040	0,050

Respecto a la variable nivel de educación (Tabla 3), los resultados no confirman la hipótesis, ya que no se verificó una relación estadísticamente significativa entre las medias de adhesión a la dieta en las dimensiones del RAAQ, en los diferentes niveles de educación. Sin embargo, y según



Valenzuela, Giffoni, Cuppari y Canziani (2003) los pacientes con mayor nivel educativo tienen recursos intelectuales que permiten una mejor adaptación emocional al tratamiento.

Tabla 3 • Adhesión a la dieta (RAAQ) en relación al nivel de educación por dimensiones.

Nivel de educación Dimensión	Hasta la enseñanza básica n=109		Enseñanza básica y sec. n=145		Enseñanza media y superior n=0		Test Anova		Test Kruskal Wallis
	Media	S	Media	S	Media	S	f	p	symp. Sig.
Actitudes rest. sociales	25,93	6,10	25,46	6,99	29,55	6,38	1,653	0,193	0,139
Actitud bienestar	40,92	7,44	40,01	6,92	42,00	3,39	0,740	0,478	0,525
Actitudes auto-cuidado	15,48	2,86	14,84	2,68	14,66	2,64	1,779	0,171	0,131
Aceptación	35,66	8,18	34,93	7,48	38,33	5,40	0,971	0,380	0,354

En relación al estado civil (Tabla 4), no se confirma la hipótesis de una relación estadísticamente significativa entre las dimensiones del RAAQ con esta variable. Por lo tanto, se confirma no haber diferencias significativas entre los diferentes grupos de la variable estado civil en relación a la adhesión con la dieta. Cooper et al (2005) afirma que el estado civil es un factor negativo de adhesión o predictor de no adhesión.

Tabla 4 • Adhesión a la dieta en relación al estado civil por dimensiones.

Estado Civil Dimensión	Casados n=169		Solteros n=35		Viudos n=46		Divorciados Separados n=13		Test Anova		Test Kruskal Wallis
	Media	S	Media	S	Media	S	Media	S	f	p	Asymp. Sig.
A. rest. sociales	25,62	6,56	27,34	6,48	26,30	6,65	22,15	7,06	2,092	0,102	0,074
A. bienestar	40,15	7,09	41,91	5,41	41,04	8,23	38,46	5,75	1,054	0,369	0,376
A. auto-cuidado	15,08	2,78	15,45	3,04	15,34	2,65	13,61	1,89	1,574	0,196	0,131
Aceptación	35,31	7,92	36,37	7,56	35,86	7,52	31,15	5,09	1,561	0,199	0,109

Para la variable situación familiar (Tabla 5), los resultados tampoco corroboran la hipótesis, pues se confirma que no existen diferencias significativas en la adhesión a la dieta en relación con esta variable. Según Santín, Ceresér y Rosa (2005), la historia y la estructura familiar se encuentran entre los muchos factores que explican el fenómeno de la no adhesión al tratamiento. También Dellepiane y Bós (2008) hacen hincapié en la importancia de la familia a nivel de la adhesión.

Tabla 5 • Adhesión a la dieta (RAAQ) en relación a la situación familiar por dimensiones.

Situación Familiar Dimensión	Con Pareja n=169		Sin Pareja n=94		Teste t		Teste Kruskal Wallis
	Media	S	Media	S	Media	p	Asymp. Sig.
Actitudes rest. sociales	25,62	6,56	26,11	6,78	-0,573	0,567	0,599
Actitud bienestar	40,15	7,09	41,01	7,00	-0,943	0,347	0,449
Actitud auto-cuidado	15,08	2,78	15,14	2,76	-0,185	0,853	0,798
Aceptación	35,31	7,92	35,40	7,39	-0,085	0,932	0,934

En lo que respecta a la situación profesional (Tabla 6), se verifica la hipótesis de relación estadísticamente significativa en la dimensión actitud hacia el auto-cuidado, siendo esta relación, en el



grupo de individuos jubilados o pensionistas donde presenta mejores medias de adhesión a la dieta. Son los individuos trabajadores en activo los que presentan peor nivel de adhesión. No se ha encontrado ningún registro sobre la relación de este factor, sin embargo los jubilados y los pensionistas constituyen el grupo de las personas mayores y ya hemos constatado anteriormente que el nivel de adhesión aumenta con la edad.

Tabla 6 • Adhesión a la dieta (RAAQ) en relación a la situación profesional por dimensiones.

Situación profesional	Trabajadores activos n=21		Estudiantes Desempleados n=14		Otros n=228		Teste Anova		Teste Kruskal Wallis
	Media	S	Media	S	Media	S	f	p	Asymp. Sig.
Actitud rest. sociales	24,04	6,91	25,94	8,10	26,14	6,52	0,803	0,449	0,461
Actitud bienestar	37,80	5,22	40,68	4,52	40,78	7,29	1,617	0,200	0,097
Actitud auto-cuidado	13,28	2,12	14,35	2,34	15,32	2,78	5,948	0,003	0,001
Aceptación	32,90	5,94	35,54	5,47	35,85	7,96	1,154	0,317	0,203

Respecto a la variable ingresos (Tabla 7), los resultados confirman la hipótesis, se verifica una relación estadísticamente significativa en la dimensión actitudes hacia las restricciones sociales, siendo esta correlación, en el sentido de los individuos con mayores ingresos, los que presentan una adhesión a la dieta más satisfactoria. Estudios realizados sobre de las variables demográficas en la adaptación a la diabetes también indican que hay mejor adhesión terapéutica a la enfermedad, en el caso de clases sociales más altas (Muhlhauser, Overmann, Bender, Bott, Jorgens, Trautner, Siegrist & Berger. 1998). El bajo nivel de ingresos familiares o una condición económica precaria, a menudo asociados a bajo nivel educativo, favorecen el desconocimiento de la necesidad de cuidados adicionales asociados o no a una buena dieta, lo cual influye en el nivel de adhesión y por lo tanto la calidad de vida de estos pacientes (Bezerra, 2006).

Tabla 7 • Adhesión al dieta (RAAQ) en relación a los ingresos por dimensiones.

Ingresos	Hasta 250 □ N=46		250-400 □ N=61		400-750 □ N=72		>750 □ N=52		Teste Anova		Teste Kruskal Wallis
	Media	S	Media	S	Media	S	Media	S	f	p	Asymp. Sig.
A. rest sociales	24,93	6,87	24,85	7,01	25,63	6,53	27,57	5,94	2,306	0,077	0,048
A. bienestar	41,15	6,37	39,44	8,46	41,01	6,54	40,21	6,49	0,810	0,489	0,488
A. auto-cuidado	14,45	2,76	15,28	2,83	15,57	2,64	14,73	2,79	2,157	0,093	0,063
Aceptación	34,80	7,66	34,49	9,20	35,63	6,46	36,25	7,64	0,682	0,564	0,416

Por lo que respecta a la hipótesis según la cual existe relación entre las características clínicas y la adhesión a la dieta de las personas con insuficiencia renal crónica en diálisis, se verificó que los resultados confirman la existencia de estas características como factores de variación en la adhesión a la dieta.

Para la variable de tipo de tratamiento (Tabla 8), los resultados confirman la hipótesis. Se confirma la existencia de diferencias significativas entre las medias de adhesión a la dieta en relación al tipo de tratamiento en la dimensión actitud hacia al auto-cuidado. Significa que los individuos en hemodiálisis presentan un mejor nivel de adhesión. Estos resultados pueden explicarse por el hecho de los pacientes en hemodiálisis presentaren una menor calidad de vida y esta ser inversamente proporcional a la adhesión a la dieta.



Tabla 8 • Adhesión a la dieta (RAAQ) en relación al tipo de tratamiento por dimensiones.

Tipo de Tratamiento	Hemodiálisis N=250		D. peritoneal N=13		Test <i>t</i>		Test <i>Mann Whitney U</i>
	Media	S	Media	S	Media	p	Sig. (2-tailed)
Dimensión							
Actitud rest sociales	25,9	6,40	24,2	10,20	0,606	0,555	0,581
Actitud bienestar	40,6	7,10	38,3	5,30	1,128	0,260	0,170
Actitud auto-cuidados	15,2	2,80	12,8	1,70	3,175	0,002	0,001
Aceptación	35,4	7,80	34,4	7,00	0,461	0,645	0,643

Por lo que respecta al tiempo en diálisis (Tabla 9), los resultados no confirman la hipótesis. No se ha confirmado la existencia de diferencias significativas entre las medias de adhesión a la dieta en relación al tiempo de tratamiento. Sin embargo, en la diabetes, el análisis del impacto de la duración del tratamiento permitió constatar una disminución de la adhesión al tratamiento (Almeida, 2003).

Tabla 9 • Adhesión a la dieta (RAAQ) en relación al tiempo en diálisis por dimensión.

Tiempo de tratamiento	Hasta tres meses		Tres meses a un año		Más de un año		Test <i>Anova</i>		Teste <i>Kruskal Wallis</i>
	Media	S	Media	S	Media	S	f	p	Asymp. Sig.
Dimensión									
Actitud rest sociales	25,47	7,78	24,31	7,11	26,17	6,39	1,472	0,231	0,286
Actitud bienestar	40,57	7,56	40,08	6,96	40,53	7,06	0,075	0,929	0,921
Actitud auto-cuidados	14,31	2,80	15,11	2,89	15,18	2,73	0,845	0,431	0,322
Aceptación	35,26	10,50	34,97	7,65	35,44	7,47	0,067	0,935	0,856

Referente a la influencia de la variable de enfermedades asociadas (Tabla 10, 11 y 12), los resultados también corroboran la hipótesis. Se confirma que el grupo de pacientes que dice tener otras enfermedades asociadas presenta mayores puntuaciones de adhesión a la dieta en la dimensión de las actitudes hacia el auto-cuidado. Significa entonces, que son los grupos de personas con enfermedades asociadas, aquellos que tienen mayores medias de adhesión a la dieta. La adhesión a la dieta aumenta al mismo tiempo que aumenta el número de enfermedades asociadas, hasta dos. Es decir, son los individuos con dos enfermedades asociadas, los que presentan mayores medias de adhesión a la dieta. Por otro lado, son los individuos sin ninguna enfermedad asociada los que presentan una media de adhesión más baja. También se confirma, que la adhesión a la dieta es mayor en el grupo de individuos con diabetes, para la dimensión actitud hacia el bienestar. La asociación de las comorbilidades con la adhesión a la dieta puede ser debido al hecho de que son pacientes con mayor número de enfermedades, los de más edad. Ya constatamos que son estos individuos, los que presentan mayor nivel de adhesión. Según Margalho, Vélez, Guzmán, Oliveira, Saraiva da Cunha y Meliço-Silvestre (2007) las comorbilidades constituyen un factor de interferencia al nivel de la adhesión. También podría justificarse por el hecho de que estos individuos son los que ya han perdido un nivel significativo de salud y por lo tanto ellos son los que atribuyen más valor a la salud que se pierden y a la importancia de la adhesión a la asistencia sanitaria.



Tabla 10 • Adhesión a la dieta (RAAQ) en relación a las enfermedades asociadas por dimensiones.

Enfermedades asociadas	No tiene enfermedades asociadas		Tiene enfermedades asociadas		Test <i>t</i>		Test <i>Mann Whitney U</i>
	Media	S	Media	S	t	p	Sig. (2-tailed)
Dimensión							
Actitudes restricciones sociales	26,00	6,60	25,70	6,70	0,422	0,673	0,715
Actitud bienestar	39,90	7,00	40,90	7,10	-1,083	0,280	0,150
Actitudes auto-cuidado	14,60	2,90	15,50	2,60	-2,734	0,007	0,003
Aceptación	35,30	7,60	35,40	7,80	-0,094	0,925	0,853

Tabla 11 • Adhesión a la dieta (RAAQ) en relación al número de enfermedades asociadas por dimensión.

Nº enfermedades asociadas	No tiene enfermedad es asociadas n=114		1 enfermedad asociada n=79		2 enfamedades asociadas n=48		≥ tres enfermedades asociadas n=22		Test <i>Anova</i>		Test <i>Kruskal Wallis</i>
	Media	S	Media	S	Media	S	Media	S	f	p	Asymp. Sig.
Dimensión											
A rest. sociales	26,00	6,67	25,50	6,87	25,70	7,31	26,04	4,56	0,098	0,961	0,957
A bienestar	39,92	7,03	40,29	6,89	41,52	8,00	41,54	5,47	0,769	0,512	0,432
A auto-cuidado	14,57	2,93	15,32	2,55	16,00	2,64	15,13	2,39	3,350	0,020	0,012
Aceptación	35,29	7,60	35,16	7,94	36,04	8,59	34,77	5,71	0,184	0,907	0,954

Tabla 12 • Adhesión a la dieta (RAAQ) en relación a la diabetes por dimensión.

Diabetes	No tiene diabetes asociada		Tiene diabetes asociada		Test <i>t</i>		Test <i>Mann Whitney U</i>
	Media	S	Media	S	t	p	Sig. (2-tailed)
Dimensión							
Actitud rest. sociales	25,70	6,50	26,00	7,10	-3,17	0,752	0,714
Actitud bienestar	40,00	6,90	41,70	7,30	-1,807	0,072	0,042
Actitud auto-cuidado	15,00	2,80	15,40	2,60	-1,116	0,265	0,188
Aceptación	35,30	7,50	35,40	8,40	-0,086	0,932	0,702

En la variable complicaciones (Tabla 13), los resultados confirman que existe una relación estadísticamente significativa. Se confirma la existencia de diferencias significativas entre las medias de adhesión a la dieta de los diversos grupos en todas las dimensiones, excepto en la dimensión aceptación. Así que presentan mejores medias de adhesión a la dieta los pacientes con 4 a 6 complicaciones y con un menor nivel de adhesión se encuentra el grupo con cero a tres complicaciones. Al igual que ocurre con la asociación de enfermedades, las complicaciones son también un factor de interferencia al nivel de la adhesión a la dieta (Margalho, Velez, Guzmán, Oliveira, Saraiva da Cunha & Meliço Silvestre, 2007).



Tabla 13 • Adhesión a la dieta (RAAQ) en relación al número de complicaciones por dimensiones.

Número Complicaciones	De 0 a 3		De 4 a 6		De 7 a 9		De 10 a 12		Test Anova		Test Kruskal Wallis
	Media	S	Media	S	Media	S	Media	S	t	p	Asymp. Sig.
Dimensión											
A. rest sociales	23,03	5,49	26,76	7,02	25,86	6,31	27,06	6,94	4,313	0,005	0,006
A. bienestar	38,76	5,90	42,73	7,40	39,95	6,94	39,25	7,02	4,605	0,004	0,012
A- auto-cuidado	14,32	2,52	15,81	2,81	15,06	2,72	14,80	2,80	3,457	0,017	0,019
Aceptación	33,36	5,98	36,60	8,52	35,52	7,29	35,04	8,44	1,928	0,125	0,112

En lo que respecta a los datos bioquímicos (Tabla 14), específicamente el nivel de potasio, no se confirma la hipótesis, no se verifica la existencia de diferencias significativas entre las medias de adhesión a la dieta entre los dos grupos con diferentes niveles de potasio. Sin embargo, en términos biomédicos y tal como indica Nascimento y Riella (2001) sería normal que se observara mejor nivel de adhesión entre los individuos con los niveles de potasio por debajo de 5,5 mEq / L.

Tabla 14 • Adhesión a la dieta (RAAQ) en relación al nivel de potasio por dimensiones.

Nivel de Potasio	Hasta 5 mEq/L		Más de 5 mEq/L		Test t		Test Mann Whitney U
	Media	S	Media	S	t	p	Sig.(2-tailed)
Dimensiones							
A. rest sociales	25,53	6,63	25,95	6,65	-0,497	0,620	0,752
A. bienestar	40,32	5,91	40,53	7,66	-0,244	0,807	0,639
A. auto-cuidado	14,88	2,58	15,23	2,87	-0,984	0,326	0,267
Aceptación	35,54	7,10	35,23	8,09	0,315	0,753	0,849

Referente a la ganancia de peso interdiálisis (Tabla 15) se confirma la existencia de diferencias significativas entre las medias de adhesión a la dieta en la dimensión actitud frente al auto-cuidado. Así que presentan mejores medias de adhesión a la dieta los pacientes con menor peso o sea hasta 2,5 kg. La ganancia de peso interdiálisis se utiliza generalmente para definir la adhesión al control de la cantidad de líquidos y valores superiores a 4% del peso corporal indican baja adhesión (Machado, 2009).

Tabla 15 • Adhesión a la dieta (RAAQ) en relación a la ganancia de peso interdiálisis por dimensiones.

Peso interdiálisis	Até 2,5 kg		Más de 2,5 kg		Test t		Test Mann Whitney U
	Media	S	Media	S	t	p	Sig.(2-tailed)
Dimensiones							
A. restricciones sociales	26,05	6,97	25,35	5,97	0,822	0,412	0,303
A. bienestar	41,04	6,93	39,41	7,19	1,798	0,073	0,118
A. auto-cuidado	15,44	2,81	14,50	2,59	2,680	0,008	0,008
Aceptación	35,96	8,01	34,24	7,09	1,736	0,084	0,071



CONCLUSIONES

La adhesión a la dieta en la insuficiencia renal crónica es muy difícil de adoptar, porque implica cambios drásticos y adaptaciones difíciles a un nuevo régimen alimenticio.

La adaptación o no al nuevo régimen alimenticio está directamente asociada a la calidad de vida de estos pacientes. Es necesaria una adaptación constante a un nuevo régimen alimenticio, que implica una ruptura con el concepto de una alimentación considerada normal para la población en general. Sin embargo hay muchos factores o variables que se relacionan con la adhesión a la dieta.

Los resultados de este trabajo y su interpretación nos permiten concluir que la gran mayoría de los factores socio-demográficos (sexo, edad, nivel educativo, estado civil, familiar, situación profesional e ingresos) y clínicos (tipo de tratamiento, tiempo en diálisis, enfermedades asociadas, complicaciones, datos bioquímicos y parámetros antropométricos) tienen efectivamente implicaciones en la adhesión a la dieta de los pacientes insuficientes renales crónicos en diálisis.

Se constató una relación entre las variables socio-demográficas y clínicas con la adhesión a la dieta. Ello pone de manifiesto la importancia de la evaluación de la adhesión a la dieta en esta investigación, constituyendo un indicador de excelencia en la práctica de la atención sanitaria, a través de la percepción individual de cada paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. P. C. (2003). *Impacto dos factores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo I*. Dissertação de doutoramento, Universidade do Minho, Departamento de Psicologia, Braga.
- Bezerra, K. V. (2006). Estudo do cotidiano e qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crónica (IRC), em hemodiálise. Dissertação, Ribeirão Preto. Consultado em 20 de Abril de 2008. Disponível em: http://www.tesesusp.br/teses/disponiveis/17/17139_tde-19092006-112400/
- Cooper, C. et al (2005). The AdHOC study of older adults's adherence to medication in 11 Countries. *Am J Geriatr Psychiatry*, 13(12), 1067-76
- Christensen, A. J., & Moran, P. J. (1998). Psychological aspects of end-stage renal disease. In D. W. Johnston & M. Johnston (Eds.), *Comprehensive clinical psychology*. Amsterdam: Pergamon. 321-335.
- Christensen, A. J., Benotsch, E., Wiebe, J., & Lawton, W. J. (1995). Coping with treatment -related stress: effects on patient adherence in hemodialysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 454-459.
- Dellepiane, L. B. & Bós, A. J. G. (2008). Participação da família na adesão à restrição de sódio em adultos e idosos hipertensos: estudo de intervenção randomizada. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 5 (1), 32-42.
- Henriques, M. A. P. (2006). *Adesão ao regime terapêutico em idosos: revisão sistemática*. Universidade de Lisboa.
- Machado, M. M. P. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Margalho, Velez, Guzmán, Oliveira, Saraiva da Cunha & Meliço-Silvestre (2007). Determinantes da adesão em doentes infectados pelo VIH. Consultado em 18 de Agosto de 2010. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0363.pdf>
- Muhlhauser, I., Overmann, H., Bender, R., Bott, U., Jorgens, V., Trautner, Ch., Siegrist, J. & Berger, M. (1998): Social status and the quality of care for adult people with type 1 (insulin-dependent) diabetes mellitus • a population-based study. *Diabetologia*, 41, 1139-1150.



- Nascimento, M. M. & Riella, M. C. (2001). Metabolismo da água, sódio, potássio e magnésio na insuficiência renal crônica. In M. C. Riella & C. Martins. *Nutrição e o rim*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 27-32.
- Rushe, H. & McGee, H. (1998). Assessing adherence to dietary recommendations for hemodialysis patients: the renal adherence attitudes questionnaire (RAAQ) and the renal adherence behaviour questionnaire (RABQ), *Journal of Psychosomatic Research*, 45 (2), 149-157.
- Santin, A., Ceresér, K. & Rosa, A. (2005). Adesão ao tratamento no transtorno bipolar. *Revista Psiquitria Clínica*, 32 (supl 1), 105-109.
- Serafino, E. P. (1990). *Health Psychology Biopsychosocial Interactions*. New York: Jhon Wiley & Sons.
- Sousa, M. R. G. (2003). *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2*. Tese de Mestrado. Universidade do Minho . Braga.
- Valenzuela, R. G. V., Giffoni, A.G., Cuppari, L., Canziani, M. E. F. (2003). Estado nutricional de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise no Amazonas. *Rev Assoc Med Bras*, 49 (1), 72•8.