Neiva, agosto de 2025.

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Neiva

Los suscritos:

Santiago Amaya Herrera, con C.C. No. 1003953460,

Karen Lizzeth García Guzmán, con C.C. No.1003893873,

Ziara Gómez Tierradentro, con C.C. No. 1077840957

Autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado titulado Factores etiológicos del diagnóstico de enfermería inadecuada autoeficacia en salud en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: revisión integrativa presentado y aprobado en el año 2025 como requisito para optar al título de Enfermero (a):

Autorizamos al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que, con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales “open access” y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.

- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.

- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es

un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores” , los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

EL AUTOR/ESTUDIANTE: Santiago Amaya Herrera

Firma: Santiago Amaya H.

EL AUTOR/ESTUDIANTE: Karen Lizzeth García Guzmán

Firma: Karen Lizzeth

EL AUTOR/ESTUDIANTE: Ziara Gómez Tierradentro

Firma: Ziara Gómez T.

TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Factores etiológicos del diagnóstico de enfermería inadecuada autoeficacia en salud en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: revisión integrativa

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Amaya Herrera García Guzmán Gómez Tierradentro	Santiago Karen Lizeth Ziara

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Gutiérrez Barreiro	Reinaldo

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Gutiérrez Barreiro	Reinaldo

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Enfermero

FACULTAD: Ciencias de la Salud

PROGRAMA O POSGRADO: Programa de Enfermería

CIUDAD: Neiva **AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2025 **NÚMERO DE PÁGINAS:** 110

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una **X**)**:**

Diagramas X Fotografías__Grabaciones en discos__Ilustraciones en general__Grabados. Láminas__Litografías__Mapas__Música impresa_Planos__Retratos__ Sin ilustraciones__ Tablas o Cuadros _X_

SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento:

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN *(En caso de ser LAUREADAS o Meritoria)*:

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

Español

1. Autoeficacia
2. Enfermedad renal crónica
3. Factores etiológicos
4. Diagnóstico de enfermería
5. Hemodiálisis

Inglés

1. Self-efficacy
2. Chronic kidney disease
3. Etiological factors
4. Nursing diagnosis
5. Hemodialysis

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

Objetivo: identificar los factores etiológicos del diagnóstico de enfermería inadecuada autoeficacia en salud en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis reportadas en la evidencia científica.

Métodos: revisión integrativa de la literatura siguiendo la metodología de Whittemore y Knafl en el 2005, realizada entre los meses de enero y marzo del año 2025 en las bases de datos Scopus, National Library Of Medicine (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL) y MEDLINE. La búsqueda responde a la pregunta central: ¿qué elementos causales se han reportado en la evidencia científica que puedan ser interpretados como factores etiológicos del diagnóstico de enfermería inadecuada autoeficacia en salud en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis? Fueron usados los descriptores DeCS: “autoeficacia”, “insuficiencia renal crónica”, “diagnóstico de enfermería”. Adicionalmente los descriptores no controlados “factores etiológicos” “enfermedad renal crónica” y “baja autoeficacia” en los idiomas español, inglés y portugués, combinados con los operadores booleanos “AND” y “OR”. Fueron aplicados criterios de inclusión y de exclusión de artículos.

Resultados: se identificaron 10 factores etiológicos del diagnóstico de enfermería inadecuada autoeficacia en salud. De ellos, 5 elementos están contemplados en la NANDA-I y los 5 restantes son considerados como factores nuevos específicos para los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis. Fueron clasificados en tres grupos: cognitivos, fisiológicos y socioeconómicos.

Conclusión: se identifican nuevos elementos causales de la baja autoeficacia en salud específicos de la población objeto de estudio, los cuales corresponden a factores etiológicos del diagnóstico de enfermería inadecuada autoeficacia en salud.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

Objective: To identify the etiological factors of the diagnosis of inadequate nursing self-efficacy in health in patients with chronic kidney disease on hemodialysis reported in the scientific evidence.

Methods: Integrative review of the literature following the methodology of Whittemore and Knafl in 2005, carried out between January and March 2025 in the Scopus, National Library of Medicine (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL) and MEDLINE databases. The search answers the central question: what causal elements have been reported in scientific evidence that can be interpreted as etiological factors of the diagnosis of inadequate nursing self-efficacy in health in people with chronic kidney disease on hemodialysis? The following descriptors were used: "self-efficacy", "chronic renal failure", "nursing diagnosis". In addition, the uncontrolled descriptors "etiological factors" "chronic kidney disease" and "low self-efficacy" in Spanish, English and Portuguese, combined with the Boolean operators "AND" and "OR". Inclusion and exclusion criteria were applied.

Results: 10 etiological factors of the diagnosis of inadequate nursing were identified. Of these, 5 elements are contemplated in the NANDA-I and the remaining 5 are considered as new factors specific to patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. They were classified into three groups: cognitive, physiological and socioeconomic.

Conclusion: New causal elements of low self-efficacy in health specific to the population under study are identified, which correspond to etiological factors of the diagnosis of inadequate nursing self-efficacy in health.

APROBACION DE LA TESIS

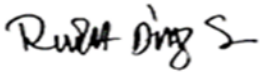
Nombre Presidente Jurado: Reinaldo Gutiérrez Barreiro

Firma: Reinaldo gutierrez B.

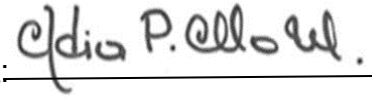
Nombre Jurado: Alix Yaneth Perdomo Romero

Firma: Yaneth Perdomo

Nombre Jurado: Ruth Díaz Sánchez

Firma: 

Nombre Jurado: Claudia Patricia Cantillo Medina

Firma: 

FACTORES ETIOLÓGICOS DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA INADECUADA AUTOEFICACIA EN SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS: REVISIÓN INTEGRATIVA

SANTIAGO AMAYA HERRERA
KAREN LIZZETH GARCÍA GUZMÁN
ZIARA GÓMEZ TIERRADENTRO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA.
NEIVA-HUILA
2025

FACTORES ETIOLÓGICOS DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA INADECUADA AUTOEFICACIA EN SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS: REVISIÓN INTEGRATIVA

SANTIAGO AMAYA HERRERA
KAREN LIZZETH GARCÍA GUZMÁN
ZIARA GÓMEZ TIERRADENTRO

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de Enfermeros

Asesor:
REINALDO GUTIÉRREZ BARREIRO
PhD. Enfermería

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA.
NEIVA-HUILA
2025

Nota de aceptación:

Presidente Jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, agosto 2025

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado:
A nuestras familias, por su acompañamiento y apoyo incondicional, por ser nuestro pilar fundamental para alcanzar nuestras metas con amor, esfuerzo y perseverancia. De igual forma, a nuestro asesor por brindarnos sus conocimientos y guiarnos con dedicación, paciencia y sabiduría. A todos ustedes, les extendemos nuestro agradecimiento.

Santiago, Karen y Ziara.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos especialmente a Dios, por ser nuestra guía y fortaleza durante toda la realización de este proyecto. Asimismo, a nuestro asesor y experto en el fenómeno, el Doctor Reinaldo Gutiérrez Barreiro quien con su conocimiento, orientación y paciencia contribuyó de manera significativa al desarrollo de este trabajo. Su dedicación, motivación y compromiso con la formación académica son un modelo para seguir para nuestra vida profesional.

De igual manera, a nuestros padres y familiares, por sus palabras de aliento, amor y apoyo incondicional. Este proyecto es fruto de su confianza en nuestras capacidades y habilidades para alcanzar cada una de las metas.

Además, agradecemos a nuestros docentes del programa de Enfermería por su carisma, aportes y conocimientos impartidos a lo largo de la carrera, ya que han dejado una huella en nuestra formación profesional. Finalmente, nos agradecemos a nosotros mismos por la disciplina, esfuerzo, tiempo y disposición para aprender durante la realización de esta investigación.

“Confiar en ti mismo no garantiza el éxito, pero no hacerlo garantiza el fracaso”

Albert Bandura

LISTA DE ABREVIATURAS

ERC: Enfermedad Renal Crónica
TRR: Terapia de Reemplazo Renal
HD: Hemodiálisis
DP: Diálisis Peritoneal
TR: Trasplante Renal
DE: Diagnóstico de Enfermería
FE: Factores Etiológicos
BAS: Baja Autoeficacia en Salud
IAS: Inadecuada Autoeficacia en Salud
TRM: Teoría de Rango Medio
HTA: Hipertensión Arterial
TFG: Tasa de Filtración Glomerular
RIL: Revisión Integrativa de la Literatura
NANDA-I: North American Nursing Diagnosis Association International

RESUMEN

Objetivo: identificar los factores etiológicos del diagnóstico de enfermería inadecuada autoeficacia en salud en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis reportadas en la evidencia científica.

Métodos: revisión integrativa de la literatura siguiendo la metodología de Whittemore y Knafl en el 2005, realizada entre los meses de enero y marzo del año 2025 en las bases de datos Scopus, National Library Of Medicine (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL) y MEDLINE. La búsqueda responde a la pregunta central: ¿qué elementos causales se han reportado en la evidencia científica que puedan ser interpretados como factores etiológicos del diagnóstico de enfermería inadecuada autoeficacia en salud en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis? Fueron usados los descriptores DeCS: “autoeficacia”, “insuficiencia renal crónica”, “diagnóstico de enfermería”. Adicionalmente los descriptores no controlados “factores etiológicos” “enfermedad renal crónica” y “baja autoeficacia” en los idiomas español, inglés y portugués, combinados con los operadores booleanos “AND” y “OR”. Fueron aplicados criterios de inclusión y de exclusión de artículos.

Resultados: se identificaron 10 factores etiológicos del diagnóstico de enfermería inadecuada autoeficacia en salud. De ellos, 5 elementos están contemplados en la NANDA-I y los 5 restantes son considerados como factores nuevos específicos para los pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis. Fueron clasificados en tres grupos: cognitivos, fisiológicos y socioeconómicos.

Conclusión: se identifican nuevos elementos causales de la baja autoeficacia en salud específicos de la población objeto de estudio, los cuales corresponden a factores etiológicos del diagnóstico de enfermería inadecuada autoeficacia en salud.

Palabras clave: autoeficacia, enfermedad renal crónica, factores etiológicos, diagnóstico de enfermería.

ABSTRACT

Objective: To identify the etiological factors of the diagnosis of inadequate nursing self-efficacy in health in patients with chronic kidney disease on hemodialysis reported in the scientific evidence.

Methods: Integrative review of the literature following the methodology of Whittemore and Knafl in 2005, carried out between January and March 2025 in the Scopus, National Library of Medicine (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL) and MEDLINE databases. The search answers the central question: what causal elements have been reported in scientific evidence that can be interpreted as etiological factors of the diagnosis of inadequate nursing self-efficacy in health in people with chronic kidney disease on hemodialysis? The following descriptors were used: "self-efficacy", "chronic renal failure", "nursing diagnosis". In addition, the uncontrolled descriptors "etiological factors" "chronic kidney disease" and "low self-efficacy" in Spanish, English and Portuguese, combined with the Boolean operators "AND" and "OR". Inclusion and exclusion criteria were applied.

Results: 10 etiological factors of the diagnosis of inadequate nursing were identified. Of these, 5 elements are contemplated in the NANDA-I and the remaining 5 are considered as new factors specific to patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. They were classified into three groups: cognitive, physiological and socioeconomic.

Conclusion: New causal elements of low self-efficacy in health specific to the population under study are identified, which correspond to etiological factors of the diagnosis of inadequate nursing self-efficacy in health.

Keywords: self-efficacy, chronic kidney disease, etiological factors, nursing diagnosis

RESUMO

Objetivo: Identificar os fatores etiológicos do diagnóstico de autoeficácia de enfermagem inadequada em saúde em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise relatados nas evidências científicas.

Métodos: Revisão integrativa da literatura seguindo a metodologia de Whittemore e Knafl em 2005, realizada entre janeiro e março de 2025 nas bases de dados Scopus, National Library of Medicine (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL) e MEDLINE. A busca responde à questão central: quais elementos causais têm sido relatados em evidências científicas que podem ser interpretados como fatores etiológicos do diagnóstico de autoeficácia inadequada de enfermagem em saúde em pessoas com doença renal crônica em hemodiálise? Foram utilizados os seguintes descritores: "autoeficácia", "insuficiência renal crônica", "diagnóstico de enfermagem". Além disso, os descritores não controlados "fatores etiológicos" "doença renal crônica" e "baixa autoeficácia" em espanhol, inglês e português, combinados com os operadores booleanos "AND" e "OR". Foram aplicados critérios de inclusão e exclusão.

Resultados: foram identificados 10 fatores etiológicos do diagnóstico de enfermagem inadequada. Destes, 5 elementos são contemplados na NANDA-I e os 5 restantes são considerados como novos fatores específicos para pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. Eles foram classificados em três grupos: cognitivos, fisiológicos e socioeconômicos.

Conclusão: Identificam-se novos elementos causais de baixa autoeficácia em saúde específicos da população em estudo, que correspondem a fatores etiológicos do diagnóstico de autoeficácia de enfermagem inadequada em saúde.

Palavras-chave: autoeficácia, doença renal crônica, fatores etiológicos, diagnóstico de enfermagem

CONTENIDO

Pág.

INTRODUCCIÓN 16

1. JUSTIFICACIÓN 19

1.1. SIGNIFICANCIA SOCIAL 19

1.2. SIGNIFICANCIA DISCIPLINARIA 19

1.3. SIGNIFICANCIA EMPÍRICA 20

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 22

2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN 31

3. OBJETIVOS 32

3.1. OBJETIVO GENERAL 32

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 32

4. MARCO TEÓRICO 33

4.1. DEFINICIÓN DE LOS PRINCIPALES CONCEPTOS DEL ESTUDIO 33

4.1.1. Autoeficacia 33
4.1.2. Baja autoeficacia en salud 34
4.1.3. Inadecuada autoeficacia en salud 34
4.1.4. Enfermedad renal crónica 34
4.1.5. Hemodiálisis 35
4.1.6. Enfermería 35
4.1.7. Diagnóstico de enfermería 36
4.1.8. Atención de enfermería en pacientes hemodiálisis 36
4.1.9. Factores etiológicos de un diagnóstico de enfermería 37
4.1.10. Revisión integrativa 40

4.2. ANÁLISIS TEÓRICO DE LA TEORÍA DE RANGO MEDIO PARA VALIDACIÓN DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE GUTIÉRREZ BARREIRO ET AL. 41

4.3. ANÁLISIS DE EVIDENCIA EMPÍRICA RELACIONADA A LOS FACTORES ETIOLÓGICOS DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA INADECUADA AUTOEFICACIA EN SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS 46

5. METODOLOGÍA 49

5.1. TIPO DE ESTUDIO 49

Pág.

5.2. ETAPAS DE DESARROLLO DE LA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA 49

5.2.1. Etapa 1: Identificación del Problema 49
5.2.2. Etapa 2: Búsqueda de la Literatura 51
5.2.3. Tema 51
5.2.4. Referencial Teórico 51
5.2.5. Estrategias de Búsqueda 52
5.2.6. Criterios de Inclusión 53
5.2.7. Criterios de Exclusión 53
5.2.8. Etapa 3: Evaluación de los Datos 53
5.2.9. Etapa 4: Análisis de los Datos 54

5.3. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS ARTÍCULOS INCLUIDOS EN LA RIL 55

5.3.1. Identificación y Control de Posibles Sesgos 56
5.3.2. Etapa 5: Presentación de Resultados 57

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS 58

6.1. CONFLICTOS DE INTERÉS 58

7. RESULTADOS 59

7.1. PRESENTACIÓN DE LOS ARTÍCULOS INCLUIDOS 61

8. DISCUSIÓN 70

8.1. FACTORES ETIOLÓGICOS DE TIPO COGNITIVOS 70

8.1.1. Experiencias de fracaso al adoptar conductas saludables 70
8.1.2. Dificultades auto percibidas en la ejecución de acciones de salud 71
8.1.3. Inadecuada alfabetización en salud 72
8.1.4. Personas sin religión 73

8.2. FACTORES ETIOLÓGICOS DE TIPO SOCIOECONÓMICOS 74

8.2.1. Situación económica precaria 74
8.2.2. Reducción o pérdida de las capacidades para desempeñar un rol laboral 75
8.2.3. Individuos con bajo nivel educativo 77
8.2.4. Apoyo social inadecuado 78

8.3. FACTORES ETIOLÓGICOS DE TIPO FISIOLÓGICOS 80

8.3.1. Edad 80
8.3.2. Multimorbilidad 82

Pág.

9. CONCLUSIONES 83
10. RECOMENDACIONES 85
11. LIMITACIONES 86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 87
ANEXOS 106

LISTA DE CUADROS

		Pág.
Cuadro 1.	Definiciones conceptuales de los FE del DE IAS	38
Cuadro 2.	Esquema PEO	50
Cuadro 3.	Herramienta de evaluación crítica de Crowe (CCAT) V1.4	55
Cuadro 4.	Presentación de artículos incluidos	61
Cuadro 5.	Caracterización de los estudios por fuentes de publicación	64
Cuadro 6.	Caracterización según el tipo de estudio y evaluación de calidad	65
Cuadro 7.	Factores etiológicos del diagnóstico de enfermería inadecuada autoeficacia en salud en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis	67
Cuadro 8.	Frecuencia de los factores etiológicos del diagnóstico de enfermería inadecuada autoeficacia en salud encontrados en la literatura científica, en relación con los descritos en la NANDA-I	68

LISTA DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1.	Principales conceptos relacionados con la presentación y manifestación clínica de un nivel bajo de autoeficacia en salud	42
Figura 2.	Diagrama de causa efecto de factores etiológicos de un nivel bajo de autoeficacia en salud	42
Figura 3.	Diagrama de flujo prisma de identificación, selección e inclusión de los estudios que describen FE del DE IAS en personas con ERC en HD	60

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LOS ARTÍCULOS CCAT	107
ANEXO B. BIBLIOMETRÍA	109
ANEXO C. *BIBLIOMETRIA* COMPLETA	110

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC), también conocida como insuficiencia renal crónica, se define como aquella situación patológica en que existe presencia de indicadores de daño o lesión renal, que pueden ser alteraciones estructurales o funcionales del riñón, y/o una reducción de la tasa de filtración glomerular (TFG) < 60mL/min/1.73 m2 de superficie corporal, independientemente de la causa, de ≥ 3 meses de duración, impidiendo la filtración y eliminación de desechos tóxicos para el organismo, así como el equilibrio hidroelectrolítico (1).

La ERC se clasifica en etapas según la gravedad de la disminución en la función renal, desde la etapa 1 (más leve) hasta la etapa 5 (insuficiencia renal terminal). Actualmente es considerada como una enfermedad de interés en salud pública debido al aumento en las tasas de prevalencia de la enfermedad a nivel mundial y a los altos costos asociados a su tratamiento, llegando a ser destinado hasta el 2-3% del presupuesto anual de salud para diálisis y trasplante renal en países con ingresos altos (2).

A nivel mundial, alrededor de 850 millones de personas padecen esta enfermedad (3). Para el 2019, se registraron 254.028 defunciones totales, con una tasa de mortalidad de 15.6 defunciones por 100.000 habitantes (4). Adicionalmente, en Colombia para el año 2021 se reportaron en la Cuenta de Alto Costo 889.123 personas con ERC, dando una prevalencia de 1.725 personas con ERC por cada 100.000 habitantes a nivel nacional (5).

Para el tratamiento de la ERC, existen tanto opciones farmacológicas que retardan la progresión de la enfermedad y terapia de reemplazo renal (TRR) como diálisis peritoneal (DP) o hemodiálisis (HD) y trasplante renal (TR). Un factor esencial como coadyuvante para el manejo de esta enfermedad, son las opciones terapéuticas no farmacológicas, como la actividad física regular, la restricción proteica de la dieta y otras medidas que favorecen el cuidado de los riñones y reducen el riesgo de desarrollar complicaciones (6).

Asimismo, esta enfermedad demanda un alto grado de compromiso por parte de los pacientes para mantenerse en metas terapéuticas, es decir, que requiere de unos cuidados específicos para controlar factores que pueden desencadenar complicaciones fisiológicas tales como anemia, sobrecarga de volumen y en casos graves, la muerte (1). Además, al ser una enfermedad crónica, se puede desarrollar en la persona otro tipo de complicaciones relacionadas con la gestión de la enfermedad como, las psicológicas (7) y socioeconómicas (8). Por lo tanto, el paciente necesita de una educación continua sobre su enfermedad, para que haya una correcta gestión del estado de salud, en caso de que esto no se cumpla, se produce un deterioro en la calidad de vida del paciente y su red de apoyo (9).

Ante esta problemática, dentro de las disciplinas de salud, hay teorías que abarcan diferentes fenómenos, dentro de los cuales se encuentra la autoeficacia, que es un concepto propuesto por el psicólogo Albert Bandura, y debido a su utilidad ha sido aplicado en otras ciencias como la enfermería, este concepto se define como los "juicios que cada individuo hace sobre sus capacidades, con base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado" (10). Este fenómeno ha sido trasladado teóricamente para orientar la práctica clínica de enfermería a través del desarrollo de teorías de rango medio (TRM), como la de Resnick (11) y Gutiérrez-Barreiro et al (12). Esta última fue desarrollada específicamente para la validación teórico causal del nuevo diagnóstico de enfermería diagnóstico de enfermería (DE) "baja autoeficacia en salud" (BAS). Asimismo, se destaca que el contenido de este diagnóstico fue analizado por jueces expertos en la temática y validado clínicamente en pacientes con hipertensión arterial (HTA). A partir de esos resultados, los autores brindan un nivel de evidencia adecuada para que los profesionales de enfermería puedan hacer una inferencia diagnostica precisa de esta respuesta humana, así como la identificación de los factores etiológicos (FE), los cuales son relevantes para la elección de intervenciones de enfermería para abordar este DE.

Sin embargo, pese a que este DE cuenta con un adecuado nivel de evidencia científica, se resalta que el mismo, fue desarrollado y validado en personas diagnosticadas con HTA, quienes presentan un proceso patológico diferente a los individuos que padecen de ERC, especialmente en quienes requieren TRR, que genera un compromiso mayor en las condiciones de salud asimismo un grado de exigencia por parte del paciente en la ejecución de acciones que buscan mantener bajo control y/o prevenir el deterioro de la enfermedad. Por lo anterior, surge la necesidad de conocer si en la evidencia científica se han reportado elementos relacionados a la causalidad de alteraciones en la percepción de autoeficacia en salud en pacientes con ERC en TRR específicamente en HD, que puedan ser interpretados como FE de esta respuesta humana en esta población.

La presente propuesta de investigación está conformada por los siguientes apartados, inicialmente se presenta el marco referencial en el cual sustenta el planteamiento del problema, en donde se encuentra la contextualización del área problemática, se expone el vacío del conocimiento, los objetivos y la justificación donde se describen los motivos para llevar a cabo la investigación propuesta. Luego, se presenta el marco teórico, donde se realiza la definición de los conceptos centrales del estudio, especialmente del fenómeno de las alteraciones en las perspectivas de autoeficacia en salud, como un DE en pacientes con ERC que se encuentran en HD, así como un análisis de la TRM para el DE BAS de Gutierrez-Barreiro et al, contextualizado al comportamiento de ese fenómeno en personas con ERC, además se expondrán los hallazgos encontrados en la evidencia científica, específicamente un recuento de los distintos elementos que puedan ser interpretados como FE del DE inadecuada autoeficacia en salud (IAS) en esta

población, como resultado de la revisión de literatura científica realizada preliminarmente.

Posteriormente, se expondrá el marco metodológico, donde se detallarán los métodos que se utilizarán para ejecutar este estudio y así las consideraciones éticas. Por último, se expondrán los resultados de la investigación obtenidos a partir de la búsqueda, análisis e integración de la evidencia científica; y se describirán las conclusiones, recomendaciones y las limitaciones del estudio.

.

1. JUSTIFICACIÓN

A continuación, se argumenta el desarrollo de esta pesquisa, la cual fue descrita, siguiendo las recomendaciones de Fawcett (1999) quien sugiere que los protocolos de investigación propuestos por profesionales de enfermería se justifiquen en la utilidad de los hallazgos del estudio, a nivel social, disciplinar y empírico de esta ciencia. De esta manera, en este apartado se describen los aportes que se esperan realizar en la disciplina y práctica clínica de enfermería, al identificar en la evidencia científica los FE del DE IAS en personas en HD, lo que podría auxiliar la comprensión de la causalidad de esta respuesta humana en esta población (49).

1.1. SIGNIFICANCIA SOCIAL

El fenómeno de la IAS ha sido validado recientemente como un DE y publicado en la NANDA-I en la más reciente versión (50). Sin embargo, este constructo diagnóstico fue diseñado y validado en el contexto clínico de personas con HTA, patología que difiere de la ERC, en la que se presenta un mayor deterioro en el estado de salud de quien la padece. Por tanto, presenta requerimientos terapéuticos más complejos que demandan un grado mayor de compromiso por parte de los pacientes, especialmente los que encuentran en HD para mantener bajo control su enfermedad. No obstante, algunos pacientes no alcanzan sus metas terapéuticas, hecho que se relaciona con percepciones de incompetencia personal y sentimientos de desconfianza en sus habilidades para gestionar su salud, dando como resultado inadecuados niveles de autoeficacia (47).

Por lo anterior, la realización de esta pesquisa se justifica en la pertinencia de identificar en la evidencia científica los posibles factores que tengan una relación causal con la presentación clínica del DE IAS en esta población. De esta manera, los resultados de esta investigación representarían un aporte para la sociedad, especialmente para la población objeto de estudio, ya que facilitaría la comprensión de los factores relacionados con las alteraciones en los niveles de autoeficacia en salud. Lo anterior evidencia la utilidad de estos hallazgos, ya que la comprensión de los FE de esta respuesta humana garantizaría que estos pacientes reciban intervenciones específicas para fortalecer las percepciones de competencia personal y sentimientos de confianza en sus habilidades para gestionar su salud (47). Obteniendo de este modo el adecuado control de la enfermedad, prevención de complicaciones, promoción de la propia salud y mejoramiento calidad de vida del paciente (1).

1.2. SIGNIFICANCIA DISCIPLINARIA

La presente investigación cuenta con un sustento teórico el cual aborda el fenómeno de la autoeficacia, que es un constructo teórico amplio propuesto desde la psicología por Bandura (1986) en su teoría social cognitiva (37) en la que se describe este fenómeno, el cual explica cómo los componentes cognitivos como las

propias percepciones de las personas determinan la adopción o desempeño de sus conductas. Este constructo fue descrito en el contexto de procesos educativos y posteriormente fue aplicado en el área de la salud, por ejemplo, a través de la TRM de enfermería de la autoeficacia propuesta por Resnick (2003).

Asimismo, Barreiro, Lopes y Cavalcante (2020) desarrollaron la TRM de enfermería que explica el fenómeno de la baja autoeficacia en salud como un constructo diagnóstico para la enfermería (12). De esta manera, estos teoristas lograron trasladar el conocimiento desde un plano abstracto a un nivel operativo para la práctica clínica de enfermería mediante la validación teórico-causal de este fenómeno, lo cual hizo posible la creación del DE IAS, que fue posteriormente validado metodológica y clínicamente, otorgándole el suficiente nivel de evidencia en su precisión diagnóstica, por lo tanto fue aceptado y publicado recientemente en la NANDA-I y se encuentra en el dominio 6 de autopercepción, en la clase 2 de autoestima (50) (51).

De esta manera, se espera que los hallazgos de este estudio representen una contribución relevante al conocimiento científico de enfermería al identificar en la literatura científica, los elementos de causalidad del DE IAS en personas con ERC en HD, corroborando los postulados teóricos que explican los elementos antecedentes de esta respuesta humana en esta población en específico. Asimismo, se pretende que estos hallazgos sirvan como base para futuras investigaciones, especialmente aquellas dirigidas a comprobar en estudios primarios las medidas de causalidad de este DE en contextos clínicos distintos a la HTA.

1.3. SIGNIFICANCIA EMPÍRICA

La contribución de este estudio a nivel empírico radica en la novedad de la problemática abordada, puesto que en la literatura científica revisada de manera preliminar no se reporta un estudio secundario que integre información sobre los elementos causales con la presentación clínica del DE IAS en personas sometidas a HD. Por lo tanto, esta propuesta investigativa pretende aportar a este vacío del conocimiento a través de una revisión integrativa de la literatura (RIL) que integre y sintetice la evidencia científica disponible sobre los posibles FE, incluidos aquellos estudios que exploran factores sociodemográficos, psicosociales, culturales y clínicos que pueden influir negativamente en la percepción o creencia personal para gestionar la propia salud en esta población.

Además, los resultados obtenidos en esta investigación permitirían crear espacios de reflexión y bases para continuar con el desarrollo de estudios que demuestren las relaciones de causalidad de los FE de esta respuesta humana, lo que brindaría a los profesionales de enfermería una herramienta valiosa e importante para comprender la etiología del DE IAS. Por tanto, posibilitaría establecer intervenciones necesarias a nivel operativo y clínico, y de esa manera mejorar la calidad de vida

de esta población. En consecuencia, este estudio representaría un aporte a la enfermería como ciencia y profesión en su proceso de atención de enfermería a los pacientes en HD.

Por último, se resalta la factibilidad de esta propuesta investigativa, ya que cuenta con la actitud, interés y motivación de los investigadores. Además, este estudio se ha desarrollado en el Programa de Enfermería de la Universidad Surcolombiana que promueve la realización de estudios de investigación mediante la enseñanza y entrenamiento para el abordaje de la propuesta y en estrategias de búsqueda en la literatura científica; garantizando el acceso a bases de datos apropiadas para el desarrollo de esta revisión. A lo anteriormente descrito se suma que, el estudio cuenta con la orientación, asesoría y acompañamiento de un experto en el fenómeno ya que es el teorista que soporta esta investigación además de ser creador del diagnóstico abordado, tiene formación posgradual a nivel doctoral y experiencia investigativa en esta metodología.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para el año 2019, se habían reportado más de 850 millones de personas que padecían ERC a nivel mundial (13). Para ese mismo año se registraron 254.028 defunciones totales, con una tasa de mortalidad de 15.6 óbitos por 100.000 habitantes (4). En Colombia, según datos de la Cuenta de Alto Costo del Ministerio de Salud en el año 2022 había 742.243 casos de ERC en el país. Además, en ese mismo año se contabilizaron 30.622 muertes por esta causa, dando una tasa de mortalidad de 59.66 por cada 100.000 habitantes a nivel nacional (5). En consecuencia, según el Ministerio de Salud, la ERC ocupa el puesto 6 de las enfermedades crónicas no transmisibles con más alto costo que se destina a la prevención, diagnóstico, control de las patologías de base y su tratamiento, especialmente en estadios avanzados (14), de esta manera, genera un gasto promedio al año por persona de 6.690 USD (15). A partir de los anteriores datos, se evidencia que la ERC es un evento de interés en salud pública por su alta prevalencia, mortalidad e importante demanda de recursos destinados a su atención.

La ERC se define como cualquier daño de la función renal o deterioro de la TFG por debajo de 60 ml/min/1,73 m2, que se mantenga por más de tres meses. La TFG mide la capacidad que tienen los riñones para depurar los desechos y el exceso de líquido de la sangre. Cuando estos sufren una lesión, el resto de la masa funcional intenta suplir la lesión con las nefronas que aún quedan funcionando, aumentando la presión glomerular y realizando una hiper filtración dada de forma adaptativa, el cual es mediada por moléculas vasoactivas, proinflamatorias, y factores de crecimiento. De manera que, esto provoca glomeruloesclerosis y fibrosis del túbulo intersticial, que, con el tiempo producen deterioro progresivo de la función renal hasta que la TFG cae a niveles muy bajos, entonces el riñón ya no es capaz de compensar esta deficiencia (16).

De ese modo, la gravedad de esta enfermedad se ha clasificado en 5 estadios en función de la TFG, siendo los estadios 1 y 2 los menos severos de la enfermedad, en los que algunos pacientes pueden presentar signos y síntomas leves o estar asintomáticos. Por consiguiente, su tratamiento puede ser conservador de la función renal residual, y consiste principalmente en mantener bajo control los factores de riesgo y las enfermedades de base, como diabetes mellitus e HTA (17).

Por otra parte, los pacientes que se encuentran en estadios entre 3 y 5, presentan un mayor compromiso de la función renal, por lo tanto requieren de un manejo terapéutico integral de mayor complejidad, el cual incluye procedimientos invasivos como la TRR, para prolongar la supervivencia, mejorar la calidad de vida del paciente y prevenir complicaciones como la urgencia dialítica, síndrome urémico, la hipervolemia y edema agudo de pulmón, entre otras (18) (19).

Las modalidades de TRR que existen son la diálisis y el TR. La diálisis puede ser HD, en la que, se conecta al paciente a un dializador a través de un acceso vascular (fístula arteriovenosa, injerto arteriovenoso o catéter venoso central), la sangre del paciente es depurada, mediante los procesos de difusión y convección, eliminando las toxinas acumuladas y el exceso de líquidos. Cada sesión de HD dura aproximadamente 4 horas y debe realizarse al menos 3 veces por semana. La otra modalidad de diálisis es la peritoneal, en la que filtra la sangre a través de la membrana peritoneal, usando una solución para diálisis, y que puede ser realizada por el paciente en casa con un entrenamiento adecuado. Por último, se encuentra el TR que implica la implantación quirúrgica de un riñón sano de un donante compatible para reemplazar el riñón afectado, esta modalidad también evita que el individuo requiera ser sometido a procesos de diálisis, sin embargo, es necesario seguir un tratamiento para prevenir posibles complicaciones como el rechazo del injerto trasplantado (20).

Asimismo, la TRR tiene algunas indicaciones, entre las que se encuentran la ERC terminal que corresponde al estadio 5, con una TFG menor de 15 ml/min/1.73m², insuficiencia renal aguda que puede ser prerrenal, parenquimatosa y postrenal y puede manifestarse con oliguria/anuria, hiperpotasemia -K>6,5 mEq/L-, alteraciones del sodio y acidosis metabólica severa con pH < 7,2 y alteraciones clínicas secundarias a la uremia (miopatía, encefalopatía o pericarditis) (21) y/o desequilibrios hidroelectrolíticos que no responden al manejo farmacológico (22).

Sin embargo, la TRR puede estar contraindicada en algunos casos, como la HD en pacientes con inestabilidad hemodinámica, alto riesgo de hemorragias o problemas de acceso vascular, mientras que la DP se contraindica en pacientes con cirugías abdominales previas y enfermedades de la membrana peritoneal (23). El TR ofrece una mejor calidad de vida y supervivencia a largo plazo en comparación con la diálisis, pero puede tener contraindicaciones como cáncer reciente o metastásico, alto riesgo de no sobrevivir a la cirugía y expectativa de vida <2 años (24).

Aunque la TRR es crucial en el manejo de la ERC, cada terapia puede tener algunas complicaciones que deben ser consideradas por el personal de salud y por los pacientes con ERC, en la HD las complicaciones incluyen osteodistrofias, desnutrición y las relacionadas con el acceso vascular como infección, mal funcionamiento, estenosis y trombosis, sin embargo, la causa más frecuente de muerte de pacientes en HD, es la enfermedad cardiovascular, que está presente de 5 a 10 veces más en la población con ERC en HD que en la población general, debido a factores de riesgo como la hiperfosfatemia, la anemia y la dislipidemia, propios de la ERC (25).

Con lo anteriormente descrito, se evidencian diversas implicaciones que genera la ERC y su tratamiento sobre la salud de los pacientes a nivel fisiológico, sin embargo, esta enfermedad también representa una alta carga psicoemocional para las

personas que padecen esta enfermedad y que se encuentra en TRR y sus familias. La depresión y la ansiedad en estos pacientes son alteraciones comunes, que son exacerbadas por el impacto físico y emocional del tratamiento, que, aunque ha tenido avances en su aplicación, son necesarios procedimientos invasivos que pueden llegar a afectar emocionalmente al paciente, debido a las características de la HD, teniendo en cuenta que cada sesión dura aproximadamente 4 horas y debe realizarse al menos 3 veces por semana lo que limita a la persona y le puede crear una sensación de dependencia, a su vez, lleva consigo el abandono de algunas actividades, como el trabajo y el requerimiento de la adopción de nuevos hábitos obligatorios y permanentes para prevenir un deterioro mayor de su estado de salud. Lo anterior le genera sensaciones de estrés, lo que dificulta la adherencia al tratamiento en estos pacientes, afectando negativamente la efectividad de la terapia y la percepción que tienen estos individuos sobre su capacidad para hacerse cargo de su propia salud (26).

Adicionalmente, otros desafíos que pueden enfrentar los pacientes con ERC en HD incluyen la pérdida del rol dentro de la familia (27), ya que las demandas del tratamiento pueden limitar su participación en actividades sociales, y afectan el rol laboral de los pacientes, lo que puede generar preocupaciones financieras y problemas de interacción social (26) (28). Por otra parte, la imagen corporal también puede verse afectada, debido a cambios físicos relacionados con la enfermedad, como las alteraciones musculoesqueléticas y cutáneas, presencia de cuerpos extraños (accesos de diálisis) y alteraciones en el peso, provocando sentimientos de baja autoestima y ansiedad social (29) (30). Además, algunas personas presentan alteraciones en la función sexual, principalmente debido a cambios hormonales asociados a la ERC, como el déficit de estrógenos y testosterona circulantes, lo que causa dispareunia, disminución de la excitación sexual y cansancio, este aspecto puede afectar negativamente su intimidad (31).

Por otra parte, el manejo integral de los pacientes con ERC, incluye además de la TRR el tratamiento farmacológico y no farmacológico, el primero tiene el propósito de mantener bajo control la ERC, las patologías de bases y posibles complicaciones como la hiperfosfatemia, hipervolemias, infecciones, anemias, entre otras. El segundo incluye el cumplimiento del plan terapéutico, el cambio de hábitos de vida para evitar la progresión de la ERC, entre los que se encuentran una alimentación saludable en cantidad y calidad, consumo de sal hasta un gramo diario, la práctica de actividad física moderada y con asesoría, el descanso, la recreación, el control en la ingesta de sustancias como el alcohol, el abandono del tabaquismo, la higiene personal y el entorno saludable (32). Además, es preciso que el paciente ejecute otras acciones como el cuidado del acceso para la diálisis, procurar el apoyo de la red familiar, el control de tensiones y emociones negativas, entre otros aspectos; lo que en conjunto es crucial para el autocuidado de la persona fuera de la instancia hospitalaria (33).

Por lo tanto, esta situación le demanda al paciente un gran compromiso consigo mismo, para realizar de manera autónoma prácticas para cuidar su propia salud de forma rigurosa e ininterrumpida durante el resto de su vida (34). De esta manera, el tener que someterse a ciertas limitaciones, el impacto emocional de comprender la necesidad de la HD y sus implicaciones, hace que la percepción de las personas con relación a la gestión de su salud sea variable, debido a la poca aceptación de los cambios que surgen en su estilo de vida que son obligatorios y permanentes (35).

De otra manera, el personal de enfermería cumple un rol fundamental en la TRR realizando actividades como la educación al paciente sobre los cambios en su estilo de vida y prevención de complicaciones, monitorización continua durante el procedimiento y la manipulación correcta de los accesos de diálisis (36). Además, se establece una relación enfermero - paciente que permite fortalecer los conocimientos sobre el manejo de la enfermedad, lo que mejora la capacidad de autocuidado de las personas con ERC en TRR (33), lo cual es un aspecto importante debido a que el paciente debe tener una participación activa en la gestión de su salud, sin embargo, pese a que reciben un acompañamiento constante, el individuo presenta fracasos y los expone a presentar complicaciones agudas o crónicas.

Ante aquellas problemáticas, algunos profesionales han investigado sobre el fenómeno conocido como autoeficacia, este fue descrito y definido por Albert Bandura en su Teoría Social Cognitiva como los, "juicios que cada individuo hace sobre sus capacidades, con base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado" (37), es decir, como las personas perciben sus capacidades y la confianza que poseen sobre sus propias habilidades para realizar adecuadamente alguna acción y así alcanzar algún resultado deseado.

La autoeficacia no solo ha sido un fenómeno importante en el campo de la psicología, sino que, a lo largo del tiempo, ha sido estudiado en otros contextos, como en el área de la salud, para entender la percepción que poseen las personas sobre sus propias capacidades para ejecutar diferentes acciones relacionadas a su estado de bienestar, en especial en la adherencia al tratamiento, la adopción de hábitos saludables y cuidados para promover o restablecer su estado de salud o bienestar o prevenir y/o mantener el progreso de una enfermedad (38) (39) (40).

Las alteraciones en las percepciones de autoeficacia en el contexto de salud, fue validado como un constructo diagnóstico para la enfermería por Gutiérrez - Barreiro y de Oliveira - Lopes (2022) (41), quienes realizaron la validación teórico - causal, de contenido y clínica del DE IAS. En primer lugar, estos autores desarrollaron una TRM para esta respuesta humana la cual consiste en llevar los conceptos amplios de las bases teóricas a un nivel menos abstracto y por tanto facilitar la operacionalización de sus proposiciones teóricas en la práctica clínica, brindando la

validación teórico - causal, lo que a su vez permite determinar los elementos que conforman la estructura diagnostica, además de comprender la presentación de este fenómeno (12). Posteriormente, los autores validaron el contenido del DE, mediante la opinión de jueces que analizaron la relevancia de los componentes de dicha respuesta humana y finalmente realizaron la validación clínica de este diagnóstico en pacientes con HTA, analizando las medidas de precisión diagnóstica de sus características definitorias y con el estudio de los efectos de causalidad de los FE del DE IAS (42).

Según Gutiérrez-Barreiro y de Oliveira - Lopes (2020), la BAS, se refiere a un nivel inadecuado de confianza en la capacidad personal para llevar a cabo las acciones encaminadas a mantener o restaurar su salud, prevenir factores de riesgo y disminuir la progresión de la enfermedad; esta construcción teórica tiene la capacidad de influir en la percepción que poseen las personas sobre sus propias capacidades para ejecutar eficazmente una determinada actividad relacionada a su estado de bienestar, por lo tanto, este fenómeno es un significativo predictor de comportamientos de salud (43).

Durante el desarrollo y validación teórico causal de este DE, el fenómeno fue estudiado en personas con HTA, en los cuales se identificaron unos elementos que predisponen a los pacientes a tener bajos niveles de autoeficacia en salud, los cuales fueron denominados FE que causan que las personas se auto perciban como ineficaces para ejecutar adecuadamente acciones en el contexto de salud. Asimismo, los teoristas explican que una vez establecida esta respuesta humana las personas presentan comportamientos específicos, los cuales permiten a los enfermeros hacer la inferencia diagnóstica, que fueron denominados dentro de esta TRM como indicadores clínicos, que corresponden a las manifestaciones clínicas del DE IAS, lo que ayuda a los profesionales de enfermería en la identificación de este diagnóstico en sus sujetos de cuidado (12).

De la misma manera, los autores de esta teoría, clasifican las manifestaciones o indicadores clínicos del DE IAS en los siguientes cuatro componentes: conductuales, cognitivos, emocionales y fisiológicos. Dentro de los indicadores conductuales se encuentran: “comportamiento de salud propenso a riesgo”, “falla en el actuar para prevenir problemas de salud”, “codependencia”, “ausencia de interés en mejorar comportamientos de salud”, “déficit de autocuidado”, “capacidad de resolución de problemas en salud disminuida”, “conductas de evitación”, “baja adherencia al régimen terapéutico” y “comunicación verbal perjudicada”. En relación con los indicadores de carácter cognitivos los autores incluyeron: “menor calidad de vida relacionada a la salud”, “autocontrol insuficiente”, “menor grado de empoderamiento en salud” y “baja autopercepción de salud”. En el caso de los indicadores clínicos emocionales, se establecieron: “sentimientos de ira” y “negación en los cambios del estado de salud”, y, por último, en único indicador de naturaleza fisiológica se encuentra el “aumento de quejas por dolor” (12).

Estas 16 manifestaciones clínicas identificadas por los autores son de gran relevancia dentro de la TRM teniendo al subconjunto conductual con mayor número de manifestaciones clínicas debido a que la persona con baja autoeficacia modifica su comportamiento a través de juicios internos que determinan inicialmente su conducta y para el DE son importantes ya que estos indicadores auxilian al profesional de enfermería a identificar a los pacientes que presentan esta respuesta humana en la práctica clínica, es decir a realizar la inferencia diagnóstica (12).

Respecto a lo anterior, se evidencia que el bajo nivel de autoeficacia en salud que tienen los pacientes dependen de factores cognitivos, fisiológicos, emocionales, socioeconómicos, y conductuales que conllevan a que la persona perciba que no dispone de las capacidades o que desconfíe de sus habilidades personales para ejecutar adecuadamente las actividades necesarias para mejorar su estado de salud, y una vez presentada esa respuesta humana implica una afectación negativa en las conductas que la persona deba ejecutar para prevenir, promover su salud y tener bajo control su enfermedad (12). Por ejemplo, con esa respuesta humana se podría llegar a identificar baja adherencia terapéutica, fracaso en hábitos de vida saludables y hasta la percepción de una menor calidad de vida, entre otras.

Por otro lado, los FE del DE IAS se dividieron en cinco subconjuntos de acuerdo con las características de estos elementos, que denominaron factores cognitivos, fisiológicos, emocionales, socioeconómicos y conductuales. Dentro de los factores cognitivos se encuentran: “la percepción de consecuencias graves de la enfermedad” que hace referencia a la percepción del estado corporal que corresponde a la información que reciben del estado físico, por lo tanto, las personas evalúan su capacidad de lograr ciertos objetivos para mejorar su salud. En segundo lugar, “la percepción de barreras en salud” es el mecanismo por el cual las personas constantemente están evaluando su entorno y situaciones que pueden obstaculizar sus esfuerzos, afectando la capacidad de resiliencia ante la adversidad, influyendo en la autoevaluación de capacidades, así como la persistencia frente a las barreras sanitarias (43).

En tercer lugar, el FE “déficit de conocimientos” hace referencia al conocimiento insuficiente que le impide conocer a la persona las acciones y las habilidades requeridas para las diferentes actividades necesarias para la mejora de su estado de salud afectando directamente la autoeficacia. En cuarto lugar, el FE “creencias compensatorias de salud” se refiere a como las personas justifican su bajo desempeño con experiencias gratificantes, creyendo que el comportamiento poco saludable puede ser compensado por un comportamiento saludable. Por último, las “experiencias de fracaso” se basan en la frustración generada luego de realizar una acción con gran esfuerzo y no encontrar el resultado deseado (43).

Por otro lado, en los factores fisiológicos se comprende: el “mayor compromiso del estado de salud por severidad de la enfermedad” provoca que la persona tenga una distorsión de su capacidad para realizar las acciones imprescindibles para enfrentar

su alteración de salud. Del mismo modo, la “fatiga” puede hacer que la persona se sienta débil, percibiéndose como incapaz. Otro factor es el “límite de edad” ya sea personas muy jóvenes por la falta de experiencia que presenta frente a la superación de circunstancias difíciles en salud o personas de mayor edad que han perdido la capacidad física impidiéndoles realizar las acciones necesarias para mantener o promover (43). Asimismo, dentro de este subconjunto de factores se encuentran el “estrés” y “dolor” ya que el nivel de estrés que experimenta el individuo que enfrenta una enfermedad impacta negativamente en la autoeficacia, en referencia a los síntomas desagradables que experimenta el individuo, especialmente el dolor, influyen en las creencias de autoeficacia al despertar sentimientos de desesperanza e incompetencia en la persona (43).

En el caso de los factores emocionales se describen: los “sentimientos de confianza insuficientes en los profesionales de salud” puesto que estos profesionales son quienes educan, persuaden y exhortan buscando ayudar a las personas a adoptar hábitos saludables pero el sentimiento de desconfianza interfiere de forma negativa ya sea por sus creencias personales o culturales. Seguidamente, se encuentra el “miedo”, “sentimientos de impotencia” y “ansiedad” que son factores emocionales desagradables que se presentan cuando las personas padecen una enfermedad, provocando alteración de la percepción de sus capacidades para realizar de manera efectiva las acciones para su autocuidado (43).

Del mismo modo, en el subconjunto de factores socioeconómicos se incluyen: el “apoyo social insuficiente” que hace referencia a la falta de disponibilidad de un círculo social que brinde orientación y motivación impactando negativamente el nivel de autoeficacia, puesto que las personas buscan quien les transmita conocimiento y enseñe las habilidades y estrategias necesarias para hacer frente a la enfermedad. En segundo lugar, el FE “bajo nivel educativo”, ya que el conocimiento y desarrollo de habilidades cognitivas, interviene en los juicios que una persona hace sobre sus capacidades para desarrollar una actividad con éxito, puesto que el hecho de ser analfabeta, se traduce a tener déficit de conocimiento y un menor procesamiento de la información dificultando la comprensión de las actividades que debe realizar para mejorar su salud (43).

En tercer lugar, el FE “situación económica precaria”, determina la presentación de sentimientos de incapacidad para asumir compromisos de salud puesto que la disposición de los recursos materiales para la persona puede resultar indispensables para realizar las acciones de manera correcta y alcanzar los objetivos. Por último en el factor conductual esta la “comunicación verbal perjudicada” que interfiere en la relación entre el profesional de la salud y el paciente, ya que las barreras en la comunicación impactan la obtención de la información, conocimientos y las aclaraciones de posibles dudas, interfiriendo en la proposición de autoeficacia (43).

Los elementos anteriormente mencionados representan una relación de causalidad, es decir, lo que conlleva que una persona se sienta poco competente o que no tiene las capacidades para ejecutar adecuadamente acciones para la promoción de su estado de salud, evitar y/o controlar factores de riesgo, así como para prevenir la enfermedad o mantener bajo control la progresión de esta (12). Para ello, es importante que las personas entiendan los objetivos de las acciones que deben realizar para la adecuada gestión de su salud, comprendan cómo actuar y principalmente, crean que tienen las capacidades personales para realizar las acciones necesarias para mejorar su estado de salud. A partir estos elementos, el personal de enfermería puede identificar la causalidad de este DE y elegir intervenciones con el fin de brindar cuidados oportunos con el propósito de fomentar la confianza en su paciente para cuidar su propia salud.

Sin embargo, debe considerarse que este DE fue desarrollado y validado en personas con HTA, por lo que surge la necesidad de indagar si en la evidencia científica han sido reportados otros elementos relacionados a la presentación de niveles bajos de autoeficacia en salud en personas que presentan ERC sometidos a HD, que puedan ser interpretados como posibles FE para este diagnóstico en este contexto clínico en específico. Por ese motivo, se realizó una revisión preliminar de la literatura para enmarcar la problemática del presente estudio, donde fue hallado que, algunos autores han identificado que existen distintos factores relacionados a las alteraciones en las percepciones de autoeficacia que se presentan en esta población, como los descritos a continuación:

Shahrbabaki, et al (2023), realizaron un estudio con 110 pacientes renales sometidos a HD en la ciudad iraní de Sirjan durante la pandemia del COVID-19 sobre la relación entre la ansiedad y la autoeficacia y reportaron que los participantes que presentaron un nivel significativamente menor de autoeficacia eran los individuos solteros, los desempleados y las amas de casa; en comparación de las personas empleadas. Además, las personas sin actividad física tienen menos autoeficacia que los que regularmente realizan actividad física. Finalmente, los autores no identificaron relación entre la ansiedad y la autoeficacia en esta población (44).

Berma et al (2021), quienes realizaron un estudio correlacional en 100 pacientes renales en HD en la ciudad Port Said Egipto, con el propósito de documentar la relación entre los factores estresores en HD, estrategias de afrontamiento y autoeficacia en enfermedades crónicas. Los autores encontraron que, los pacientes en HD con estrategias de afrontamiento psicológico inadecuado, tienen niveles más bajos de autoeficacia, debido a que la ERC los expone a diversas fuentes de estrés, principalmente para su vida social y económica, tales como los problemas financieros, disminución de la participación en actividades sociales y abandono del rol. Asimismo, los investigadores hacen énfasis en que el equipo interdisciplinario debe brindar intervenciones educativas a los pacientes, dirigidas a desarrollar

estrategias para controlar los factores estresantes, impactando positivamente en sus niveles de autoeficacia (45).

Sumado a esto, Musa et al (2018), realizaron un estudio con 283 pacientes en HD que asistían a 12 centros de diálisis en Palestina, con el propósito de identificar los posibles factores que afectan la autoeficacia y calidad de vida de los pacientes sometidos a HD. Los pesquisadores encontraron que, los pacientes más jóvenes, y los pacientes empleados con un ingreso mensual tienen mayores niveles de autoeficacia. Además, las personas que viven solas tienen mejor autoeficacia, en comparación a las que viven con sus familias. Los autores también hallaron que los factores que se asocian a la baja autoeficacia son edades avanzadas, vivir con familiares y presentar varias comorbilidades. Por otro lado, con relación al deterioro de la calidad de vida se concluyó que esta se presenta en pacientes con bajo nivel educativo, niveles bajos de autoeficacia y un alto número de enfermedades comórbidas (46).

Del mismo modo, Lai et al, (2021) realizaron un estudio transversal con 112 pacientes con ERC que aún no se encontraban en TRR de un hospital de Taiwán, China, en el cual se buscaba encontrar factores que influyen en la autoeficacia y autogestión de esta población. Los resultados obtenidos en esta pesquisa mostraron que los pacientes que padecían depresión y los que no contaban con escolaridad a nivel educativo de secundaria o superior presentaron niveles menores de autoeficacia para la enfermedad renal crónica (47).

De igual manera, Venzon et al, (2014), llevaron a cabo un estudio en el que se buscaba evaluar factores de personalidad, autoeficacia y depresión en 65 pacientes con ERC en HD en lista de espera para trasplante renal en Porto Alegre, Brasil, en el que se concluyó que el factor de personalidad denominado neuroticismo o inestabilidad emocional tiene una relación negativa con la autoeficacia y con los niveles de depresión psicológica y somática en esta población. De esta forma, los autores recomiendan que durante la atención integral de estos pacientes, sean considerados los factores de personalidad ya que estos, tienen una importante influencia sobre la percepción que tienen de sus capacidades personales para gestionar la propia salud, conducta y niveles de depresión en los pacientes que se encuentran en lista de espera de trasplante de riñón (48).

A partir de la anterior revisión de la literatura científica, es posible evidenciar que en los estudios se reportan diferentes elementos conductuales, emocionales, cognitivos, fisiológicos como lo son el hecho de no realizar periódicamente ejercicios físicos, no desempeñar ninguna actividad remunerada, el bajo nivel educativo, estrategias de afrontamiento psicológico inadecuado, rasgos de la personalidad, edad avanzada, codependencia y entre otras situaciones; los cuales predispone a las personas con ERC a presentar una menor percepción de autoeficacia en salud. Sin embargo, pese a que el desarrollo de estos estudios representa un avance para la comprensión del fenómeno de las alteraciones en las percepciones de

autoeficacia en pacientes con esta patología crónica, en esta revisión preliminar de la evidencia no se encontró ningún estudio secundario que integre y reporte dichos hallazgos como elementos causales del DE IAS. Por lo tanto, se evidencia que existe un vacío en el conocimiento, ya que hasta el momento no se ha realizado ninguna revisión de literatura que busque, analice e integre los resultados de estas pesquisas, que puedan ser interpretados como elementos causales o FE el DE IAS en personas con ERC en HD.

Finalmente, se destaca que, el DE IAS tiene validación teórico - causal, metodológica y clínica en personas con HTA, una población con una enfermedad crónica cuya fisiopatología, tratamiento y manifestaciones clínicas difieren de las encontradas en la población con ERC en HD, motivo por el cual se plantea esta investigación, con el interés de conocer si en la evidencia científica se han reportado otros elementos que estén relacionados con la presentación del DE IAS en la población objeto de estudio.

2.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué elementos se han reportado en la evidencia científica que puedan ser interpretados como factores etiológicos del diagnóstico de enfermería inadecuada autoeficacia en salud en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores etiológicos del diagnóstico de enfermería inadecuada autoeficacia en salud en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis reportadas en la evidencia científica indexada entre los años 2014 al 2024.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la literatura científica disponible e indexada entre el 2014 al 2024, sobre elementos relacionados a las alteraciones en las percepciones de autoeficacia en salud en pacientes con ERC en HD.

- Integrar la literatura científica disponible e indexada entre el 2014 al 2024, sobre elementos que puedan ser interpretados como factores etiológicos del DE IAS en pacientes con ERC en HD.

- Determinar cuáles son los factores etiológicos del DE IAS en pacientes con ERC en HD según la literatura científica disponible e indexada entre el 2014 al 2024.

4. MARCO TEÓRICO

Siguiendo el enfoque de Fawcett (49), en el presente capítulo se realizará un análisis conceptual, teórico y empírico del fenómeno abordado en esta pesquisa. Por consiguiente, en primer lugar, se definirán los principales conceptos de estudio. Seguidamente, se presenta un análisis de la TRM de enfermería para el DE BAS de Barreiro et al (2020) (12), a la luz del contexto clínico de esta pesquisa con el ánimo de comprender cuáles serían los elementos causales de esa respuesta humana en personas con ERC sometidas a HD. Por último, se exponen los hallazgos encontrados en la revisión preliminar de la literatura científica acerca de las posibles causas de un nivel bajo de autoeficacia en salud en la población objeto de estudio. Con lo anterior se espera delimitar conceptualmente, establecer una explicación teórico-causal y determinar los hallazgos reportados en la evidencia empírica relacionados al fenómeno principal de esta propuesta de investigación.

4.1. DEFINICIÓN DE LOS PRINCIPALES CONCEPTOS DEL ESTUDIO

4.1.1. Autoeficacia. El concepto de autoeficacia fue introducido por Bandura en 1977 como base central de la Teoría Social Cognitiva, es definida como "juicios que cada individuo hace sobre sus capacidades, con base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado" es decir, la confianza que alguien tiene en su capacidad para llevar a cabo el desarrollo de acciones necesarias para alcanzar las metas deseadas (37).

Según la teoría de la autoeficacia, los factores ambientales y sociales influyen en el comportamiento de las personas, por lo cual estos tienen un impacto directo en el cumplimiento de los objetivos planteados. De acuerdo con la conceptualización de Bandura, la autoeficacia se caracteriza por creencias sobre acciones futuras, creencias en las propias capacidades y especificidad de dominio. Además, la autoeficacia resulta ser una definición clave para diversas áreas, ocupando diferentes funciones en variables motivacionales, moduladoras, psicosociales y factores protectores.

Cabe destacar que este fenómeno nace en el campo de la psicología, como se mencionó anteriormente, fue descrito por Bandura para explicar cómo los componentes cognitivos influyen en las conductas adoptadas por las personas específicamente en el contexto de la educación (37). Se resalta que el potencial de concepto fue comprobado empíricamente para explicar diferentes comportamientos en áreas diversas, entre estas el contexto de la salud. De esa manera, autores como Resnick (2003) traslada teóricamente este fenómeno para la enfermería con la creación de la TRM de autoeficacia para orientar la práctica clínica de esta disciplina (11), facilitando la comprensión sobre cómo los componentes cognitivos determinan los comportamientos en salud adoptadas por las personas en diferentes procesos salud – enfermedad.

En consecuencia, la autoeficacia al ser un fenómeno cognitivo-conductual, presenta un grado alto de relevancia, ya que trasciende lo teórico para alcanzar lo práctico, ya que se entrelaza estrechamente con otros resultados notables, tales como el rendimiento, la motivación, las estrategias de afrontamiento y la adherencia a tratamientos terapéuticos (52).

4.1.2. Baja autoeficacia en salud. La baja percepción de autoeficacia en el contexto de salud fue abordada por Barreiro et al (2020) como un constructo diagnóstico para la enfermería, de esta manera, estos autores teorizaron este fenómeno como una respuesta humana y la definieron como "un nivel inadecuado de confianza en la capacidad personal para llevar a cabo las acciones encaminadas a mantener o restaurar su salud, prevenir factores de riesgo y disminuir la progresión de la enfermedad" (12) (43). Es decir, que un individuo puede sentirse incapaz de lograr los objetivos propuestos en salud, además, tienen una limitada percepción sobre propia la habilidad para emplear y vigilar su propio bienestar.

4.1.3. Inadecuada autoeficacia en salud. De igual manera, los autores Barreiro y Lopes (2022) realizaron una validación de contenido y clínica, de este DE, lo que permitió que el mismo fuera sometido al comité evaluador de la NANDA-I para una posible inclusión y publicación del diagnóstico en esta clasificación. Durante este proceso, el mencionado comité sugirió modificar la etiqueta diagnostica a ¨inadecuada autoeficacia en salud¨ además recomendaron ajustar la definición de la siguiente manera: "creencia insuficiente en la propia capacidad para promover, mantener o restaurar un adecuado de estado de salud" y tiene como código de etiqueta diagnostica: 00338 (50).

Mediante el análisis de las anteriores definiciones de la alteración en las percepciones de autoeficacia en salud, es posible deducir que una persona puede llegar a sentirse incapaz de lograr los objetivos propuestos en salud, ya que dicha percepción pueden verse afectada por diversos factores que influyen en su conducta, como experiencias negativas al adoptar conductas saludables, falta de respaldo del sistema de salud o por el padecimiento de condiciones de salud crónicas que generan síntomas de debilidad física. Asimismo los individuos que presentan una IAS, manifiestan esta esta respuesta humana mediante comportamientos poco saludables que les impiden ejecutar las acciones necesarias para mantener su estado de salud, aumentar la probabilidad de padecer patologías y/o incrementar el deterioro de su bienestar (43).

4.1.4. Enfermedad renal crónica. Es un conjunto de afectaciones clínicas que tiene cambios permanentes en la función y/o estructura de los riñones y se caracteriza por presentar una evolución lenta, progresiva e irreversible, sus principales causas incluyen diabetes mellitus, HTA, glomerulonefritis crónica, pielonefritis crónica, uso crónico de medicamentos antiinflamatorios, enfermedades autoinmunes, poliquistosis renal, malformaciones congénitas e IRA prolongada (53). Además, la ERC se diagnostica cuando una persona presenta durante un período

igual o superior a tres meses una TFG inferior a 60 ml/min/1,73 m2, o un TFG superior a 60 ml/min/1,73 m2 con evidencia de lesión de la estructura renal. Finalmente, esta enfermedad se clasifica en 5 estadios dependiendo de la TFG, en el estadio 5 la función renal se encuentra gravemente disminuida, por lo que las personas requieren una TRR para cumplir las funciones vitales del riñón (54).

4.1.5. Hemodiálisis. Es un procedimiento clínico empleado para tratar a pacientes con ERC en estadios avanzados, donde el deterioro de la función renal impide filtrar de manera eficaz los desechos y el exceso de líquido en la sangre, lo que puede producir una aglomeración de toxinas y líquidos en el cuerpo, ocasionando graves consecuencias para su salud. Asimismo, la HD es un proceso en donde se extrae sangre a través de un acceso vascular, generalmente una fistula arteriovenosa o un catéter, y es direccionado a un filtro llamado dializador o riñón artificial con la finalidad de eliminar los desechos, excesos de líquidos y toxinas de la sangre, asemejándose a un riñón sano, una vez que la sangre fue purificada de manera correcta esta se devuelve al torrente sanguíneo del individuo (55).

Sumado a esto, los pacientes habitualmente están sometidos a sesiones de HD tres veces a la semana, con una duración promedio de 4-5 horas por sesión, conforme a su situación actual y prescripción médica. A pesar de su función terapéutica para los individuos con ERC, la HD es un procedimiento invasivo que puede dar lugar a ciertos riesgos y complicaciones, como infecciones, hipotensión, trombosis y estenosis del acceso vascular, entre otras (55).

4.1.6. Enfermería. Es la profesión, ciencia y disciplina encargada proporcionar cuidados profesionales, mediante la aplicación de un sustento teórico, que le permite brindar una atención de manera autónoma con el objetivo de gestionar y mejorar la salud de las personas de forma integral, asistir a quienes presentan alteraciones en el estado de bienestar y cuidar la salud humana desde el momento del nacimiento hasta el final de la vida. Por lo anterior, los profesionales de enfermería ejercen un papel elemental en la asistencia que se brinda a los individuos sanos o enfermos, ejerciendo acciones de manera autónoma encaminadas a mejorar su estado de salud actual y prevenir riesgos. Debido a la naturaleza humana de la profesión, se busca desarrollar una cercanía con los pacientes, la cual facilita diversos procesos en la atención, ya que permite la cooperación, empatía y confianza del paciente, contribuyendo notablemente en su bienestar, abordando sus síntomas físicos, psicológicos y relacionados con su rol social (56).

Asimismo, la ciencia de la enfermería establece un cuerpo de conocimientos propios obtenidos a través de indagación científica y análisis inherentes de la disciplina, mediante el plan de atención de enfermería, donde se destaca el papel fundamental de los DE, que permite a los profesionales de enfermería identificar hallazgos rigurosos, que lo llevan a realizar una inferencia diagnosticas precisa, en su práctica

profesional y, a su vez, proporcionar intervenciones justificadas en la evidencia científica que mejoren la condición actual del paciente (57).

4.1.7. Diagnóstico de enfermería. El DE fue definido por la NANDA-I en el año 2013 de la siguiente manera: “Un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre una respuesta humana a condiciones de salud/procesos vitales, o una vulnerabilidad a esa respuesta, que se reconoce de un individuo, familia, grupo o comunidad. Un diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de intervenciones de enfermería para lograr resultados por los cuales la enfermera es responsable” (50).

Se destaca que el DE, corresponde al segundo paso del proceso de atención de enfermería, por lo tanto, la formulación de un DE implica la capacidad del profesional de enfermería de analizar y comprender las necesidades de cuidado y problemas reales o potenciales de las personas, familia y comunidad durante su proceso de vida. Para la correcta identificación de un DE se debe llevar a cabo una combinación de conocimientos científicos, habilidades clínicas y experiencias en la práctica para entender los datos recolectados durante la valoración del individuo, en la que se escucha, observa y pregunta al paciente o a su familia con el fin de recopilar información para analizar la situación y contexto del paciente y de esta manera plantear un DE acertado (58).

Por otro lado, el uso del DE en la práctica clínica aporta ventajas significativas para la ciencia de la enfermería, paciente, institución de salud y equipo interdisciplinario de atención médica, dado que, la aplicación del DE conlleva a una calidad óptima, segura y humanización en los cuidados y la atención en salud, ya que, al centrarse en las respuestas humanas de los individuos a los procesos de salud y enfermedad se promueve un enfoque personalizado y holístico (58).

La clasificación de los DE según NANDA-I (2024) incluye: El DE centrado en el problema, que es un juicio clínico sobre una respuesta humana ante una condición de salud o proceso de vida en el individuo. Por otro lado, los diagnósticos de riesgo son un juicio clínico que identifica la probabilidad de que una persona desarrolle un problema de salud no deseado debido a alguna vulnerabilidad ante ciertos factores de riesgo, que indican que, si no se toman medidas preventivas, existe una alta posibilidad de que ocurra un deterioro en la salud o una complicación. Es decir, no es un problema actual, pero hay evidencia de que podría presentarse si no se actúa a tiempo. Finalmente, el diagnóstico de promoción de la salud se basa en un juicio clínico sobre la motivación y el deseo de mejorar el bienestar y actualizar el potencial de salud, expresado como una disposición para mejorar comportamientos específicos (50).

4.1.8. Atención de enfermería en pacientes hemodiálisis. La atención de enfermería representa un factor crucial para el tratamiento de los pacientes que padecen ERC y precisan de HD, ya que estos necesitan de cuidados previos,

durante y posteriores a cada sesión de HD, demostrando que el profesional de enfermería participa activamente en los procesos que esta conlleva, tales como la preparación del paciente y sus accesos (fístula o catéter) garantizando su correcta funcionalidad y previniendo infecciones asociadas, monitorización durante el procedimiento con el fin de evitar complicaciones y administración de medicamentos durante la sesión (59).

Se resalta que la atención de enfermería brindada en las unidades renales, no se limita únicamente a la correcta ejecución de la HD. Por el contrario, los profesionales de enfermería realizan intervenciones dentro del tratamiento no farmacológico, principalmente con acciones de educación las cuales tienen el propósito de fortalecer los conocimientos en los pacientes, lo que a su vez mejora la comprensión de su enfermedad y de su tratamiento, por tanto, tienen mayor probabilidad de cumplir con el régimen terapéutico farmacológico y no farmacológico. En este contexto es primordial determinar los niveles de autoeficacia de los usuarios para determinar cómo se siente el paciente frente a sus propias capacidades para la adquisición de habilidades en acciones de autocuidado, mejorando la calidad de vida del paciente (59).

4.1.9. Factores etiológicos de un diagnóstico de enfermería. Los FE, corresponden a los elementos relacionados a la presentación de una respuesta humana. Por lo tanto, estos son indispensables en la construcción de un DE, debido a que describen las principales causas del diagnóstico, sea este enfocado en el problema o en una situación del riesgo de la población objeto de cuidado. Asimismo, se destaca que la relevancia de estos factores, se evidencia a partir de la explicación causal de un determinado diagnóstico, orientando la toma de decisiones de los profesionales de enfermería, debido a que en el proceso de atención de enfermería las intervenciones deben estar dirigidas a mitigar y/o eliminar los factores desencadenantes del problema en el paciente (60).

Por otra parte, los FE se clasifican en diferentes componentes causales, como lo son los factores relacionados, que son elementos que contribuyen o predisponen a los individuos a la presentación de la respuesta humana. Además, se encuentra los denominados población en riesgo, que corresponden a un grupo de personas que tienen características en común que las hacen más propensas a presentar el DE. Finalmente, las condiciones asociadas que hacen referencia a las situaciones o enfermedades preexistentes que están vinculadas a un mayor riesgo de que se presente determinada respuesta humana, aumentando la vulnerabilidad de la persona y complicando su manejo (61).

En el contexto de la presente propuesta de investigación que pretende identificar los FE del DE IAS específicamente en personas con ERC que se encuentran en HD; se tendrán en cuanta los proposiciones de la TRM desarrollada para este diagnóstico por Barreiro et al (2020), quienes clasificaron los elementos causales de este diagnóstico en factores fisiológicos, cognitivos, emocionales, conductuales

y socioeconómicos (12). A continuación, se describen de acuerdo con las definiciones MeSH de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos.

Cuadro *1*. Definiciones conceptuales de los FE del DE IAS

Factores etiológicos del DE IAS		
Tipo de factor	**Factor**	**Definición MeSH**
Fisiológicos	Mayor compromiso del estado de salud por severidad de la enfermedad	Definición que corresponde al grado de gravedad de los cambios en el estado de salud relacionados con la gravedad de la enfermedad (62).
	Fatiga	Estado de cansancio posterior a un período de esfuerzo, mental o físico, caracterizado por una disminución de la capacidad de trabajo y una menor eficiencia para responder a los estímulos (63).
	Adultos mayores	Una persona de 65 años o más (64), El envejecimiento corresponde a los cambios que se producen en una persona a lo largo del tiempo y que conllevan un mayor riesgo de debilidad, enfermedad y muerte. Entre los cambios que se presentan en el envejecimiento se encuentran: disminución de las funciones biológicas y de la capacidad de adaptación al estrés metabólico, reducción de la inmunidad, pérdida de fuerza muscular, disminución de la memoria y otros aspectos de la cognición y pérdida del color del cabello y elasticidad de la piel, entre otros (65).
	Estrés	Efecto desfavorable de los factores ambientales (factores estresantes) sobre las funciones fisiológicas de un organismo. El estrés fisiológico prolongado no resuelto puede afectar la homeostasis del organismo y dar lugar a estados perjudiciales o patológico (66).
	Dolor	Sensación desagradable inducida por estímulos nocivos que son detectados por las terminaciones nerviosas de las neuronas nociceptivas (67).
Cognitivos	Percepción de consecuencias graves de la enfermedad	Corresponde a representaciones cognitivas de los efectos de una enfermedad, se refiere a las ideas o creencias que desarrollan las personas respecto a la gravedad de las consecuencias de la enfermedad en la vida del individuo (68).
	Percepción de barreras	La percepción de barreras de salud se define como obstáculos, impedimentos o situaciones, de naturaleza personal o contextual, que afectan negativamente la percepción de los individuos sobre su capacidad para adoptar y mantener conductas saludables (69). desarrollando la creencia de que las metas están fuera de su alcance (70).

	Déficit de conocimientos	El déficit de conocimiento se define como la ausencia de información o la imposibilidad de enunciar o explicar información y/o demostrar la capacidad necesaria para realizar acciones para enfrentar una enfermedad, generando la imposibilidad de tomar medidas para mejorar la salud (61) (71).
	Creencias compensatorias de salud	Las creencias compensatorias en salud se refieren a la convicción que tienen los individuos de que las conductas no saludables (72) pueden ser compensadas por conductas saludables (73).
	Experiencia de fracaso	Término que hace referencia al sentimiento de frustración que experimenta una persona ante un error o falla que ocurre en una acción que estaba realizando o planeaba realizar (74); como consecuencia, desarrolla conciencia del fracaso de lo hecho, ya que no lo termina o lo hace de manera incorrecta y obtiene resultados diferentes a los esperados en el contexto de salud, lo que lleva a experiencias de no cuidarse y/o afrontar la enfermedad (75)
Emocionales	Sentimientos de confianza insuficientes en los profesionales de salud	Concepto relacionado con emociones negativas que implican inseguridad y preocupación por las acciones de otras personas, en el contexto de la salud, se centra en la desconfianza en la atención recibida por el equipo de profesionales de la salud, lo que genera sentimientos y percepciones de vulnerabilidad (como por ejemplo el sufrimiento). de una enfermedad) y la incertidumbre (desconocer el tipo, la gravedad de la enfermedad y cómo se trata (76).
	Miedo	La respuesta afectiva a un peligro externo actual real que desaparece con la eliminación de la condición amenazante (77).
	Sentimientos de impotencia	Concepto que hace referencia a sentimientos resultantes de incapacidad, limitaciones, falta de fuerza, poder o competencia para realizar una acción (78); que limita el control de una situación (61).
	Ansiedad	Sentimientos o emociones de temor, aprensión y desastre inminente, pero no incapacitantes (79)
Socioeconómicos	Apoyo social insuficiente	El concepto corresponde a la deficiencia o ausencia de personas con conductas de apoyo, ya sean miembros del sistema de salud, familiares, vecinos, amigos o cualquier otra persona que esté en condiciones de movilizar su energía para brindar ayuda en beneficio de los demás (80).
	Bajo nivel educacional	El nivel educativo que alcanza una persona está relacionado con su nivel de alfabetización, que a su vez corresponde al nivel educativo más alto que ha alcanzado una persona. El nivel

		educativo que alcanza una persona está relacionado con su nivel de alfabetización, que a su vez corresponde al nivel educativo más alto que ha alcanzado una persona (81). En Colombia, el sistema educativo está compuesto por educación inicial, educación preescolar, educación básica (cinco grados de primaria y cuatro grados de secundaria), educación secundaria (dos grados y culmina con la licenciatura) y educación superior (82). Con lo anterior, la falta de educación o la falta de finalización de la escuela secundaria (considerada un nivel educativo bajo. La baja educación interfiere en la adquisición de conocimientos y el desarrollo de habilidades cognitivas que pueden condicionar la comprensión de la información sobre los problemas de salud que enfrenta una persona (83). Esta falta de comprensión no les permite generar confianza en su capacidad para cuidar de la familia (84).
	Situación económica precaria	Situación en la que el nivel de vida de un individuo, familia o grupo está por debajo del estándar de la comunidad. A menudo está relacionado con un nivel de ingresos específico (43).
Conductual	Comunicación verbal perjudicada	Aquellos factores, como el idioma o las relaciones socioculturales, que interfieren en la interpretación significativa y la transmisión de ideas entre individuos o grupos (43).

Fuente: Elaboración propia, 2024.

4.1.10. Revisión integrativa. La RIL es un tipo de estudio que permite obtener un conocimiento actualizado sobre un tema de interés, por medio de una búsqueda y evaluación crítica de estudios, para posteriormente realizar una síntesis sobre el tema indagado. Este tipo de investigación genera un estado actual de conocimiento del tema que se está investigando (85). Por lo tanto, este tipo de revisión tiene unos pasos o etapas, en primer lugar, se encuentra el planteamiento de una pregunta central, que guía la búsqueda de información, seguidamente, se establece un objetivo que responda al planteamiento del problema y que establezca la finalidad o propósito del estudio.

Luego, se establece la metodología en la cual se realizará la búsqueda en la literatura científica, posteriormente, se lleva a cabo la búsqueda propiamente dicha y se expone los resultados obtenidos. Asimismo, en la quinta etapa se ejecuta una evaluación de la calidad de estos resultados, para lo cual se aplica una escala de evaluación de artículos, además, se expone los artículos a los que se les aplicó la

escala y cumplieron con los criterios de calidad, y el investigador debe mostrar los resultados encontrados y por último se realiza un análisis e interpretación de estos resultados y se plantea una conclusión (86).

Finalmente, a través de las definiciones anteriores se contextualizan los principales conceptos de la presente pesquisa, además se identificó que no todos los FE de este DE descritos en la NANDA-I son aplicados en pacientes con ERC en HD. Por tal motivo, se evidencia la necesidad de indagar e identificar en la evidencia científica otros factores causales de IAS en esta población.

4.2. ANÁLISIS TEÓRICO DE LA TEORÍA DE RANGO MEDIO PARA VALIDACIÓN DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE GUTIÉRREZ BARREIRO ET AL.

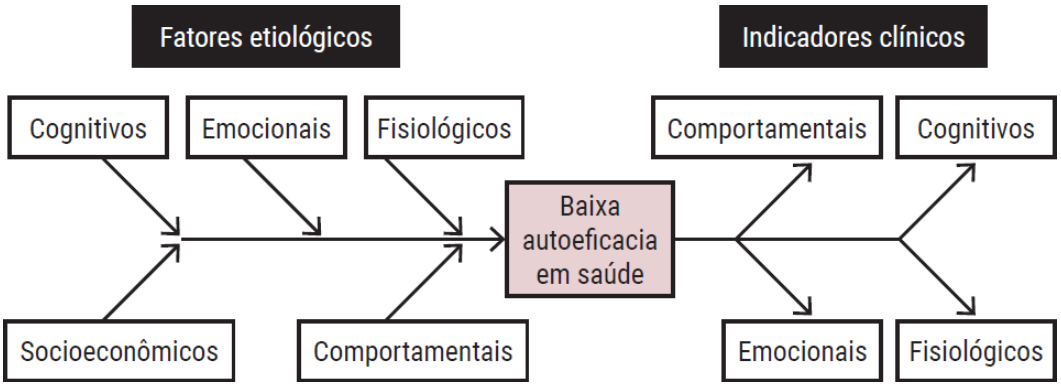
Este proyecto de investigación se encuentra soportado teóricamente por la TRM creada por Gutiérrez Barreiro (12), nacido en Neiva, quien se formó como enfermero y realizó su formación posgradual en enfermería, epidemiología y en cuidado crítico de enfermería. A lo largo de su formación, dio relevancia al fenómeno de la baja autoeficacia, asociada al campo de la salud, que este constructo se entiende como la percepción que poseen las personas de sentirse incapaz de gestionar las acciones encaminadas a mejorar el estado de salud y prevenir complicaciones de los diferentes procesos patológicos. Además, este teorista analiza este fenómeno como un constructo diagnóstico para la enfermería, mediante el desarrollo de esta TRM.

De esa manera, el principal supuesto de esta teoría, se basa en el concepto central del modelo social cognitiva de Bandura (37), correspondiendo a la autoeficacia, que es un fenómeno que se basa en la motivación, confianza y aprendizaje; aplicado en el campo de la psicología. También, toma como base la TRM de enfermería de la autoeficacia propuesta por Resnick (11) en el contexto de la salud. Es así, que Gutiérrez Barreiro et al, toma esas bases teóricas para sus postulados con el fin de construir la TRM para brindar un gradiente de validación teórico causal de este fenómeno como un constructo diagnóstico para los profesionales de enfermería, que denominó diagnóstico de la BAS. Por lo cual, este teorista traslada este constructo teórico desde un nivel abstracto de la base teórica de Bandura a un nivel más operativo, para que este fenómeno sea aplicado en la práctica clínica de enfermería.

De esta manera, estos autores, logran exponer teóricamente este fenómeno con un numero de conceptos más concretos, logrando describir una explicación de los componentes que conformaron la estructura diagnostica. De esta forma, la TRM define la etiqueta diagnostica de BAS como “un nivel inadecuado de confianza en la capacidad personal para llevar a cabo las acciones encaminadas a mantener o restaurar su salud, prevenir factores de riesgo y disminuir la progresión de la enfermedad” (12), es decir que, las personas sienten que no tienen la capacidad de auto cuidarse para mejorar su estado de salud.

Además, se enuncian los elementos causales del fenómeno de interés, que denominó FE. Así como los elementos que permiten identificar la manifestación clínica que se presentan en las personas con baja autoeficacia en el proceso de salud – enfermedad, que describió como indicadores clínicos para esta respuesta humana (12). Asimismo, se destaca que, dichos elementos causales y de manifestación clínica de este diagnóstico, fueron analizados y definidos conceptual y operacionalmente. Las mencionadas definiciones amplían la comprensión de la explicación teórico causal de este constructo diagnóstico. Adicionalmente, los teoristas clasificaron los FE y los indicadores clínicos en componentes fisiológicos, cognitivos, emocionales, socioeconómicos y conductual (12).

Figura 1. Principales conceptos relacionados con la presentación y manifestación clínica de un nivel bajo de autoeficacia en salud



Fuente: Baixa autoeficacia en salude (43).

Retomando el objetivo de esta pesquisa, que consiste en identificar los FE del DE IAS, que han sido reportados en la evidencia científica, específicamente en el contexto clínico de pacientes con ERC en HD; se tiene en cuenta las proposiciones de los FE según la TRM diseñada para este DE.

Figura 2. Diagrama de causa efecto de factores etiológicos de un nivel bajo de autoeficacia en salud

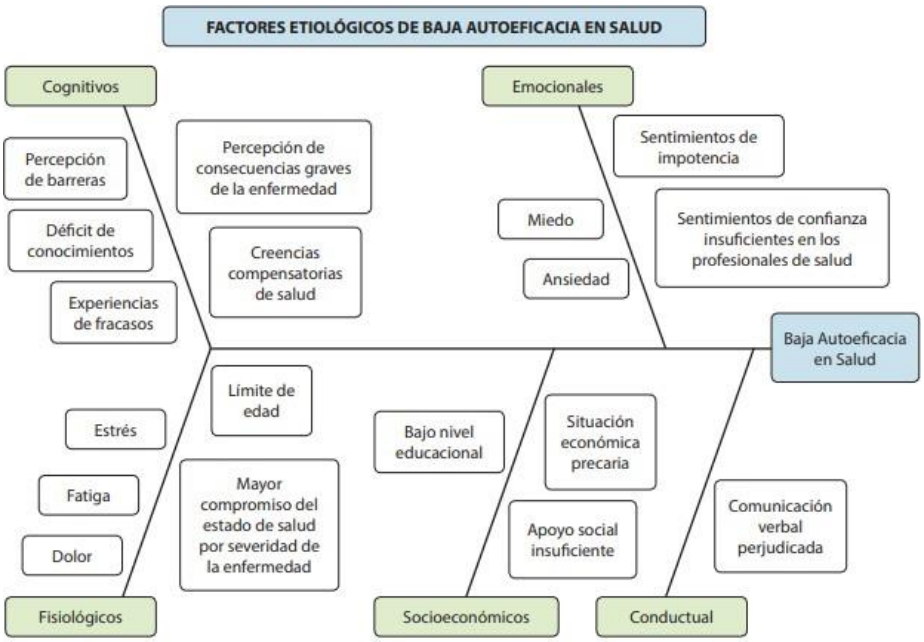


Figura 2 – Diagrama de causa efecto de factores etiológico de un nivel bajo de autoeficacia en salud

Fuente: Teoría de rango medio para el diagnóstico de enfermería baja autoeficacia en salud (12).

En primer lugar, es necesario tener presente que los factores fisiológicos explican causalmente, cómo las respuestas que tiene el organismo ante cualquier situación que presente a causa de una alteración de salud como una enfermedad, complicación patológica o evento traumático, puede generar sentimientos de incompetencia personal por parte del paciente, debido a que interpreta estos síntomas como señales de debilidad física. De esta manera, dichos factores fisiológicos, determinan en gran medida, el juicio que la persona emite sobre su capacidad y habilidad de poder autogestionar su salud con acciones de autocuidado, afectando negativamente su autoeficacia, lo que a su vez es percibido con un empeoramiento de su estado de bienestar y calidad de vida (12) (43).

Asimismo, los autores presentan los FE de tipo cognitivos que comprende el procesamiento racional que cada persona realiza para la emisión de juicios sobre sus propias capacidades para ejercer adecuadamente un comportamiento relacionado al cuidado de su salud. Por lo tanto, en este tipo de FE se ven involucrados procesos cognitivos como lo son la memoria y la integración de la información, las expectativas de resultado y las expectativas de autoeficacia. Cuando estos elementos se ven alterados, pueden influir en la percepción de los pacientes con relación a la capacidad de poder ejercer acciones de promoción de su salud (12) (43).

De igual forma, el acceso a información educacional no adecuada y angustia sobre las consecuencias graves de una patología, las dificultades para establecer una relación terapéutica adecuada con los profesionales de salud; repercute en la percepción que tiene el paciente respecto a cuán eficaz se percibe frente al manejo de su enfermedad (12) (43).

Por otra parte, en la validación teórico-causal del DE, se menciona que los factores emocionales permiten explicar que en la medida en que las personas se sienten mal emocionalmente, conlleva a una inadecuada autoeficacia en salud, ya que las emociones y sensaciones influyen en la percepción que tienen de sus propias capacidades para cuidar de sí mismas. Por ejemplo, el miedo, la ansiedad y la impotencia son sensaciones, sentimientos o emociones negativas que puede llegar a experimentar una persona cuando afronta una alteración del estado de bienestar, como es el caso de los pacientes cuando son diagnosticados con una enfermedad, como lo es la ERC (87), que obliga a la persona a enfrentar no solo el impacto de la patología, sino un tratamiento drástico que requiere de cambios radicales en su vida y a una exigencia rigurosa en el cumplimento del mismo (12) (43).

En esta situación las personas pueden sentir que pierden en control de sus vidas enfrentándose a una patología que la amenaza y haciéndose dependientes del personal de salud, por lo que las personas pueden llegar a sentirse incapaces de llevar a cabo conductas necesarias para mantener o mejorar su estado de bienestar, al percibir que la demanda de acciones para cuidar su salud sobrepasa sus capacidades personales (88).

Se suma a lo anterior, los factores socioeconómicos que representan elementos propios del ambiente, como la falta de recursos económicos, que influye negativamente en la percepción de las personas sobre su competencia para afrontar la responsabilidad necesaria de su proceso de salud – enfermedad. Ya que los pacientes asumen que la disponibilidad de recursos materiales es indispensable para desarrollar habilidades y competencias para cambiar sus malos hábitos por otros que sean saludables y que tengan como objetivo mantener su estado de bienestar. Por otro lado, la falta del apoyo que le puede brindar un círculo social o familiar hace que la persona se sienta incapaz y desfavorecida durante su tratamiento, al sentirse solo durante un proceso estresante y sin alguien quien lo motive a cuidar su salud, lo que puede llevar a bajos niveles de autoeficacia, afectando de esta manera el alcance de sus metas terapéuticas (12) (43).

Por último, los factores conductuales se relacionan con el comportamiento de la persona, afectando las decisiones que esta toma. Dentro de este factor se encuentra la alteración de la comunicación, lo que provoca una relación deficiente entre el profesional de salud y el paciente. Esto impacta negativamente al paciente, ya que interfiere en la adquisición de la información importante que el profesional de salud pueda brindarle para fortalecer sus conocimientos, además impide que las dudas sean aclaradas, perjudicando así la percepción que tenga el paciente sobre

sus capacidades de realizar las acciones necesarias para mejorar o mantener su salud (12).

A modo de conclusión, es pertinente destacar que la TRM del DE IAS ha sido comprobada, por Barreiro y Lopes, mediante la validación metodología y clínica de este diagnóstico (12) (51) (89). Por lo tanto, es considerada apropiada por los investigadores para sustentar teóricamente el proyecto investigativo, analizando las proposiciones teórico-causales de esta respuesta humana que pueden aplicarse para comprender los elementos relacionados a la presentación de bajos niveles de autoeficacia en salud en el contexto clínico de pacientes renales quienes precisan ser sometidos a cambios obligatorios, constantes y urgentes con relación a su estilo de vida, para evitar complicaciones de su patología y promover la gestión de su salud. Entre las acciones que debe ejecutar los pacientes en esta situación se encuentra la adherencia a una TRR como la HD, al tratamiento no farmacológico como lo es el autocuidado, alimentación sana, actividad física, entre otros, que tiene gran importancia para garantizar el bienestar, control de la enfermedad y calidad de vida (34). De esta manera, es crucial que el paciente se sienta capaz de ejecutar las mencionadas acciones para cuidar su propia salud, con el fin de mantener bajo control su enfermedad.

De este modo, la teoría orienta la identificación de los elementos causales que conllevan a una alteración en la percepción de autoeficacia en salud, dicha identificación de factores relacionados a una respuesta humana, es un paso primordial del proceso de atención de enfermería, específicamente para direccionar las intervenciones a disminuir, controlar o eliminar, los elementos relacionados etiológicamente con la presentación clínica de este diagnóstico (61).

Lo anterior representa un aporte teórico valioso para la práctica clínica de los profesionales de enfermería, que en el contexto del presente estudio desempeñan un rol especial en el cuidado holístico que brinda las personas con ERC, que incluye el acompañamiento continuo al paciente y familiar, educación, monitorización de la máquina de HD y manipulación directa con los accesos para el procedimiento, y de manera especial, en favorecer en esta población la motivación y autoconfianza en sí mismos para gestionar su propia salud (36).

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que Barreiro et al (2020), advierte que la autoeficacia de las personas es fluctuante, por ejemplo, cuando un paciente recibe la impactante noticia de precisar TRR y todos los desafíos que este proceso trae para su vida en todos sus aspectos, incide en el nivel de autoeficacia, lo que, a su vez, favorece el incumplimiento de las metas terapéuticas. Por tal motivo, el poder identificar los FE que se presentan en esta población en específico según la evidencia científica, es relevante ya que las intervenciones que se desarrollan desde enfermería van dirigidas a estos factores, por lo tanto, sería posible mejorar las percepciones de autoeficacia en salud en esta población objeto.

Por último, se destaca que las bases teóricas anteriormente mencionadas sustentan la presente investigación la cual tiene como objetivo identificar FE del DE IAS en pacientes con ERC en HD reportados en la evidencia. La relevancia de este estudio radica en que las intervenciones que se proponen desde la profesión de enfermería van dirigidas a los elementos causales de un DE, por lo que la temprana identificación de los FE, permite que los pacientes presenten unos buenos niveles de autoeficacia relacionado con sus estilos de vida saludables lo que favorece su tratamiento y el alcance de sus metas terapéuticas

4.3. ANÁLISIS DE EVIDENCIA EMPÍRICA RELACIONADA A LOS FACTORES ETIOLÓGICOS DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA INADECUADA AUTOEFICACIA EN SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS

Después de haber contextualizado el objetivo del estudio y de analizarlo con base en el planteamiento teórico de la IAS de Gutiérrez-Barreiro y Lopes, destacando que la teoría así como el DE IAS fueron realizados y divulgados recientemente, por consiguiente a continuación se describirá un análisis de los principales hallazgos reportados en la literatura científica sobre los elementos relacionados a la causalidad de una IAS en pacientes con ERC en HD, esta revisión representa una contextualización de lo que se ha investigado hasta el momento sobre este fenómeno en ese ambiente clínico en específico.

Los autores Qalawa et al (2022), investigaron el fenómeno de la autoeficacia de pacientes en HD durante la pandemia de covid-19, para lo cual se utilizó un diseño investigativo descriptivo y comparativo, realizado en unidades de diálisis de instituciones hospitalarias en Egipto y arabia Saudita (90). Los autores encontraron que los pacientes atendidos en Egipto presentaban puntuaciones menores en la escala de autoeficacia respecto a los de Arabia Saudita. Asimismo, observaron una relación de estos bajos niveles de autoeficacia con el sexo femenino, población mayor de 51 años, personas divorciadas, desempleadas y con ingresos insuficientes. Además, en la muestra de Arabia Saudita las puntuaciones altas de autoeficacia se relacionan con el sexo masculino, edades inferiores a 50 años, personas que se encuentran casadas, que tienen empleo y cuentan con ingresos suficientes (90).

En otra investigación, realizada por Almutary y Tayyib (2021), ejecutaron un estudio transversal con una muestra por conveniencia de 190 pacientes en el que buscaron evaluar la autoeficacia en pacientes con ERC sometidos a diálisis en centros de atención de Arabia Saudita y los factores que la afectan, mediante la escala de autoeficacia de ERC. De esta forma, estos investigadores no observaron relaciones significativas entre la edad o el sexo y la puntuación de autoeficacia percibida. Sin embargo, estos autores relataron una asociación significativa con el estado laboral y el tipo de diálisis que recibían los pacientes, obteniendo que las personas

empleadas y que se encontraban en DP, presentaban puntuaciones más altas en la escala de autoeficacia (91).

Por otro lado, Oktalina y Sulistiawan (2020), hicieron un estudio primario en el centro de HD de un Hospital regional en Indonesia, en el que a una muestra por conveniencia de 62 pacientes con ERC en HD se les aplicó una escala de autoeficacia para control de enfermedades crónicas de 6 ítems, previamente traducida y validada en Indonesia. Los resultados de esta investigación mostraron que el 56,5% de los pacientes evaluados presentaba niveles altos de autoeficacia, mientras que el 43,5% restante tenían niveles bajos de autoeficacia. Además, los ítems con promedios más bajos fueron los de manejo del disconfort con su cuerpo, dolor y otros síntomas, y la confianza para superar el distrés emocional causado por la enfermedad (92).

Por su parte, Hu et al (2018) realizaron un estudio en el que incluyeron 151 participantes reclutados de 17 unidades de diálisis de Pensilvania, con el objetivo de evaluar el impacto de la autoeficacia dietética inicial sobre el efecto de una intervención dietética para reducir la ingesta de sodio en pacientes sometidos a HD e identificar los determinantes de la baja autoeficacia dietética. Los resultados mostraron que quienes tienen mayor autoeficacia son los que tienen más edad, quienes tienen más tiempo en diálisis, los que se encontraban casados, los que tienen más educación, los que presentan ingresos que satisfacen las sus necesidades y quienes se encuentran empleados (93)

Asimismo, Clark-Cutaia et al (2014) ejecutaron un estudio en el que se incluyó 122 participantes reclutados en 13 centros de diálisis en el suroeste de Pennsylvania. El cual tuvo como objetivo identificar las características de los pacientes de HD con mayor probabilidad de experimentar dificultades para cumplir con las restricciones de sodio asociadas con su régimen dietético. En el que incluyeron una escala la cual medía la autoeficacia para restringir el sodio en la dieta en HD, la cual arrojó unos resultados en el que la edad estaba estrechamente relacionado con los adultos de menor edad, los cuales presentaron una menor autoeficacia para restringir la ingesta de sodio (94)

Por otro lado, los autores Knowles et al (2023) llevaron a cabo una investigación en la que participaron en total 147 paciente con ERC, de los cuales 85 de ellos se encontraban en TRR en dos hospitales metropolitanos de Australia, con el objetivo de evaluar el impacto de la ERC en la percepción de la enfermedad, el afrontamiento, la autoeficacia, el malestar psicológico y la calidad de vida. Las mediciones se hicieron a través de distintos instrumentos validados y específicos para cada fenómeno estudiado. Los resultados obtenidos mostraron que aproximadamente un cuarto de los participantes experimentaba ansiedad moderada a severa y un tercio de ellos padecía depresión moderada a severa. Además, se asocia la baja percepción del estado de salud en estos pacientes con mayor distrés

psicológico y menor calidad de vida, contrario a lo que ocurre con niveles más altos de autoeficacia, que reducen el distrés y mejoran la calidad de vida (95).

Finalmente, Mirmazhari et al (2022) realizaron un estudio transversal con 180 pacientes con ERC en HD en el centro de diálisis del hospital Emam Reza en Tabriz, Irán con el objetivo de evaluar los niveles de activación de los pacientes en HD y su relación con la autoeficacia. A través de los resultados de la investigación se logró identificar que, mejorar la autoeficacia de los pacientes, contribuye positivamente al nivel de activación que tienen para tomar un papel activo en su tratamiento y tomar decisiones sobre su salud. Además, el estudio mostró que las personas con un bajo nivel educativo, bajos ingresos, adultos mayores, procedentes de áreas rurales y sin historia de trasplante renal presentaban menores niveles de activación, lo que los hace propensos a ser pasivos sobre su estado de salud, tener poco conocimiento sobre su enfermedad y presentar baja adherencia al tratamiento (96).

De acuerdo con la literatura científica revisada y analizada previamente, se puede evidenciar que los autores abordaron diferentes enfoques del fenómeno de la presente investigación, los cuales son los factores pueden llevar a un paciente con ERC en HD a presentar bajos niveles de autoeficacia. A través de la revisión anterior se logran identificar algunos que son recurrentes en los estudios analizados, como lo son el bajo nivel educativo, los adultos mayores y los bajos ingresos, por lo cual es posible percibir que existen algunos factores que presentan los pacientes con ERC en HD que los hace susceptibles a presentar niveles bajos de autoeficacia, lo que ratifica la necesidad de realizar un estudio secundario que busque, integre y analice la evidencia científica disponible con el fin de encontrar los FE del DE IAS en pacientes con ERC en HD.

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Para llevar a cabo la presente investigación se planteó realizar una RIL, la cual permite recopilar artículos publicados e indexados sobre esta temática en específico, para posteriormente realizar una evaluación de la calidad de los estudios y un análisis crítico de los resultados obtenidos. que dé respuesta a la pregunta de investigación.

Este tipo de revisión fue escogida por los autores, porque permite buscar y condensar hallazgos investigativos de diferentes enfoques y metodologías, lo que permite tener una compresión completa de un fenómeno en específico, en este caso, resultados reportados en la evidencia científica que pueden ser interesados como elementos causales de la respuesta humana analizada, es decir, los FE del DE IAS con lo que se estaría aportando a un vacío del conocimiento previamente identificado, proporcionando una visión detallada del fenómeno en estudio (97)

5.2. ETAPAS DE DESARROLLO DE LA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

Esta pesquisa se desarrolla siguiendo los parámetros metodológicos que proponen Whittemore y Knalf (2005) (98), que comprende cinco etapas para la correcta ejecución y presentación de los resultados de una RIL, las cuales son: 1) identificación del problema, 2) búsqueda de la literatura, 3) evaluación de datos, 4) análisis de los datos y 5) presentación de los hallazgos de la revisión (98). A continuación, se explica de manera detallada cada una de las etapas.

5.2.1. Etapa 1: Identificación del Problema.

En la fase inicial de esta metodología, es esencial identificar y describir el problema de investigación, así como el propósito de la revisión. En este estudio, dicha etapa se desarrolla desde el marco referencial y el marco teórico, donde se contextualiza la problemática central de estudio, se delimita conceptual y teóricamente, además se establece el vacío del conocimiento reportado en la evidencia científica. Por consiguiente, en el transcurso del desarrollo de la propuesta de investigación, se ha definido el fenómeno de estudio, sus supuestas variables asociadas y la población objeto. A través de los pasos anteriormente mencionados, se alcanza una comprensión clara del propósito de la indagación.

Por otro lado, a tratarse de un estudio secundario, que tiene como propósito identificar los elementos causales del DE IAS en pacientes Renales en HD, se aplicó la estructura o esquema PEO (Población, Exposición y Resultado, por sus siglas en ingles) de formulación de preguntas de revisiones que buscan identificar y analizar factores etiológicos es decir, las causas de una enfermedad o condición, o respuesta humana (99) (100).

5.2.1.1. Esquema PEO. Este esquema comprende los siguientes componentes para la correcta formulación de la pregunta central de búsqueda:

- P (Población): ¿Cuál es el contexto clínico del estudio?, es decir ¿en qué grupo poblacional se indaga el fenómeno central a ser revisado? Puede estar basado en características sociales, económicas, demográficas (edad, género, estrato social, personas ubicadas en una ciudad determinada, etc.), y/o variables clínicas (condiciones de salud, grupos de pacientes, pacientes sometidos a determinado procedimiento, etc).

- E (Exposición): se debe indagar ¿Qué factor o exposición se está evaluando? En el contexto de factores etiológicos, esto puede referirse a una posible causa, un comportamiento, una condición ambiental, o cualquier factor que se cree que influye en el desarrollo de una enfermedad, condición o respuesta humana (60).

- O (Resultado): es preciso cuestionarse sobre ¿Qué resultado o efecto se está evaluando? Por lo tanto, el resultado podría ser la presentación de una enfermedad, condición o respuesta humana relacionada con la exposición en la población específica (101).

En el contexto de la presente investigación, la cual busca encontrar en la literatura científica elementos que predisponen a los pacientes que tienen ERC y se encuentran en HD a presentar niveles inadecuados de autoeficacia en salud; los cuales puedan ser interpretados como FE del DE IAS en este grupo poblacional (95) (102). Teniendo en cuenta lo anterior, en el cuadro 1, se desarrolla el esquema PEO específico para la presente investigación:

Cuadro 2. Esquema PEO

P (Población):	Personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis
E (Exposición):	Factores etiológicos del diagnóstico de enfermería inadecuada autoeficacia en salud
O (Resultado):	Inadecuada autoeficacia en salud

Fuente: Elaboración propia, 2025.

A partir del esquema anterior, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué elementos se han reportado en la evidencia científica que puedan ser interpretados como factores etiológicos del diagnóstico de enfermería inadecuada autoeficacia en salud en personas con enfermedad renal crónica en hemodiálisis?

5.2.2. Etapa 2: Búsqueda de la Literatura. Siguiendo los criterios de Whittemore y Knalf (98), es necesario llevar a cabo estrategias que limiten, la información que se pretende identificar con la ejecución de la revisión de la literatura. Por esta razón, se deben establecer parámetros y criterios de búsqueda que permitan la integración correcta de la bibliografía, la cual debe dar respuesta a la pregunta de investigación y que, descarte los artículos que no se relacionen con el tema a investigar (98). Para llevar a cabo esta búsqueda de la información, se disponen los siguientes criterios:

5.2.3. Tema. Factores etiológicos del diagnóstico de enfermería inadecuada autoeficacia en salud en paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.

5.2.4. Referencial Teórico. En primer lugar, se definieron los principales conceptos contenidos en la presente investigación: autoeficacia, baja autoeficacia en salud, inadecuada autoeficacia en salud, enfermedad renal crónica, hemodiálisis, enfermería, diagnóstico de enfermería, atención de enfermería a pacientes en hemodiálisis, factores etiológicos de un diagnóstico de enfermería y revisión integrativa. Adicionalmente, se definieron los FE del DE IAS presentes en la NANDA-I 2024-2026.

Posteriormente, se realizó un análisis de la TRM de Barreiro et al (2020), la cual respalda teóricamente la presente investigación, destacando que el fenómeno de la autoeficacia es un factor relevante para tener en cuenta en el quehacer de enfermería, debido a que los pacientes con niveles bajos de autoeficacia tienen menor adherencia a las recomendaciones impartidas por el equipo multidisciplinar que acompaña al paciente durante su tratamiento (12), (94). Los postulados anteriormente mencionados se ajustan al objetivo de la presente investigación, que es determinar, a partir de la revisión de la literatura científica, qué elementos causales pueden ser interpretados como FE para el diagnóstico IAS en pacientes con ERC en HD.

Finalmente, se destaca que previo a la ejecución de esta pesquisa, se realizó una revisión preliminar de la literatura con el fin de conocer hallazgos que se hayan obtenido hasta el momento con relación al fenómeno de estudio. De esta manera, se delimitó lo que se conoce hasta el momento y se proporcionó una noción de los principales elementos reportados en la evidencia científica relacionados con la IAS en pacientes renales en HD.

5.2.4.1. Definición de los Términos de Búsqueda. Seguido a la identificación de la pregunta central de la propuesta investigativa, se definieron los términos de búsqueda por medio del vocabulario controlado para bases de datos biomédicas Medical Subject Headings (MeSH), en los idiomas español, inglés y portugués. Los descriptores controlados utilizados fueron: “diagnóstico de enfermería”,

“enfermedad renal crónica”, “autoeficacia” y “hemodiálisis”. Además, de términos no controlados como “factores etiológicos” y “factores relacionados”.

5.2.4.2. Fuente de Búsqueda. La búsqueda de la literatura sobre el tema de estudio se llevó a cabo en las bases de datos de Scopus, Pubmed/ Medline, CINAHL y ScienceDirect.

- Scopus. Es una base de datos bibliográfica creada en 2004 que pertenece a Elsevier y contiene producciones científicas en varios idiomas y es utilizada principalmente en el ámbito académico, de investigación y profesional para acceder a información relevante, actualizada y de alta calidad en diversas disciplinas. Además, contiene bibliografía de literatura científica verificada por pares, artículos de diferentes revistas, libros, actas de congresos, patentes y publicaciones comerciales (103).

- Medline/PubMed. MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) es una base dirigida a investigadores, estudiantes y profesionales de la salud. Es gestionada por la National Library of Medicine (NLM) de los Estados Unidos que contiene más de 31 millones de referencias, especialmente artículos de revistas en ciencias de la vida y actualmente cuenta con citas de más de 5.200 revistas de todo el mundo en aproximadamente 40 idiomas. Una característica distintiva de MEDLINE es que los registros están indexados con los Encabezamientos de Temas Médicos (MeSH) de la NLM (104).

- ScienceDirect. Es una plataforma en línea de acceso a literatura científica y técnica lanzada en 1997 y gestionada por la editorial Elsevier. Esta base de datos proporciona contenido especializado y revisado por pares en una amplia gama de disciplinas científicas y alberga más de 12 millones de piezas de contenido de 3500 revistas académicas y 34 000 libros electrónicos (105) (106).

- CINHAL. Es una base de datos bibliográfica creada en 1982, que es ampliamente utilizada en los campos de la enfermería, las profesiones de la salud aliadas y las ciencias relacionadas con la atención sanitaria. Es una herramienta clave para estudiantes, investigadores y profesionales en estas áreas. Esta base de datos incluye una creciente colección de 1.398 revistas activas que son validadas y certificadas para su inclusión en la base de datos (107) (108).

5.2.5. Estrategias de Búsqueda. La estrategia de búsqueda de la información se realizó por medio de diferentes combinaciones de los descriptores controlados MeSH: “diagnóstico de enfermería”, “factores etiológicos”, “enfermedad renal crónica”, “autoeficacia” y “hemodiálisis”. Además de los términos no controlados “factores etiológicos” y “factores relacionados”, los cuales se conjugaron mediante los operadores booleanos “AND” y “OR”. A continuación, se enlistan las estrategias de búsqueda utilizadas:

- Self-efficacy AND chronic kidney disease AND hemodialysis
- Self-efficacy AND chronic kidney disease
- Self-efficacy AND end stage chronic kidney disease

5.2.5.1. Filtros de Selección. En la presente RIL, se establecieron criterios de inclusión y exclusión para filtrar la selección de evidencia científica disponible, con el propósito de elegir aquella que esté alineada con el tema central de esta propuesta de investigación. A continuación, se presentan los criterios empleados:

5.2.6. Criterios de Inclusión

- Parámetros de la población: para esta RIL, se seleccionaron artículos que presentaron estudios donde incluyen a pacientes con ERC que requieren HD.

- Artículos publicados en los idiomas inglés, español y portugués.

- Parámetros temporales: se incluyeron artículos publicados desde el año 2014 en adelante que tuvieran relación con la temática central a investigar.

- Parámetros metodológicos: con base en la pregunta de investigación, se escogieron estudios cuyo tema de base hayan sido la autoeficacia en pacientes con ERC en HD. Por tal motivo, se incluyeron estudios de enfoque tanto cuantitativo como cualitativo.
- Estos artículos se identificaron en revistas evaluadas por pares y en bases de datos seleccionadas.

5.2.7. Criterios de Exclusión

- Manuscritos que correspondan a literatura gris.

- Artículos de opinión, cartas al editor.

- Información de eventos académicos, como ponencias de congresos, entre otros.

- Todo artículo con una puntuación final menor de 50 % en la evaluación de calidad de Crowe (CCAT).

5.2.8. Etapa 3: Evaluación de los Datos. De acuerdo con los postulados de Whittemore y Knalf (2005) (98), se pretende identificar y trasladar la información para incluirla en la revisión, teniendo en cuenta que esta debe estar ordenada, codificada y clasificada. Siguiendo con la explicación metodológica de esta pesquisa, se da paso a la lectura critica de la información para la extracción de los datos, la cual fue realizada de forma coordinada y organizada por medio de una

bibliometría en una matriz de Excel, luego de haber seleccionado los artículos pertinentes para la presente propuesta de investigación.

Por consiguiente, en la matriz se colocaron los datos extraídos de cada estudio revisado, de esta forma fue creada una base con la siguiente información: título del artículo, nombre de la revista, autores, año de publicación, país donde se ejecutó el estudio y donde se publicó, tipo y diseño del estudio, población, muestra y resultados. Destacando, que, a partir de este análisis de la evidencia revisada, fue posible identificar y registrar los factores que intervienen en la presentación de bajos niveles de autoeficacia en la población objeto de estudio reportados en los artículos revisados.

5.2.9. Etapa 4: Análisis de los Datos. Una vez extraídos los datos, se realizó un análisis crítico de cada uno de los estudios seleccionados por los autores. Con aquella información, se caracterizó los elementos causales del fenómeno de interés, reportados en la evidencia, los cuales fueron interpretados como posibles FE del DE IAS en pacientes con ERC en HD. Por consiguiente, para la verificación adecuada de la información, se siguieron las recomendaciones de Whittemore y Knalf (2005), quienes sugieren dividir este apartado en cuatro pasos: reducción de los datos, la presentación de los datos, la comparación de los datos y, la extracción y verificación de las conclusiones (98). A continuación, se explica cada uno:

- Reducción de los datos: se hace de forma secuencial y permite una organización sucinta de la información encontrada en los estudios hallados con el fin de garantizar la calidad y rigor metodológico de la revisión.

- Presentación de los datos: se extraen los datos de los estudios para organizarlos en la matriz de Excel mencionada anteriormente. Seguidamente, se realiza la caracterización, el análisis y la interpretación de todos los datos obtenidos por medio de esquemas.

- Comparación de los datos: se evalúan los datos obtenidos con el fin de construir mapas conceptuales que incluyan e integren los resultados. Concretamente, se buscó identificar si en la evidencia científica se reportan los FE descritos en la Nanda-I para el DE IAS en la población objeto de estudio, o si en la actualidad se han reportado elementos causales distintos para este DE, específicamente en pacientes renales que se encuentran en HD.

- Extracción y verificación de conclusiones: en este último paso, se elaboran las conclusiones de la presente revisión por medio de la integración de los datos obtenidos; permitiendo la verificación los hallazgos encontrados y facilitando el establecimiento de las limitaciones que se tuvieron en esta etapa de esta investigación.

5.3. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS ARTÍCULOS INCLUIDOS EN LA RIL

Para la oportuna evaluación de la calidad de la literatura incluida en esta investigación, se aplicó la herramienta de evaluación crítica de CROWE (CCAT). Es una herramienta segura y su uso se justifica en que abarca todos los enfoques de estudios; cualitativos, cuantitativos y mixtos. Esta herramienta está constituida por ocho componentes a evaluar, denominadas categoría: preliminares, introducción, diseño, muestreo, recopilación de datos, asuntos éticos, resultados y discusión. Cada una de las categorías mencionadas anteriormente cuentan con un valor cuantitativo de cinco puntos, para un total de 40 puntos. Los resultados de esta puntuación se pueden interpretar como: todos los artículos con un puntaje total ≤ 50 %, deben ser clasificados como estudios de baja calidad (109,110).

Con la escala se pretende evaluar cada uno de los artículos teniendo en cuenta su contenido, estructura y rigor metodológico, usando una lista de chequeo ya que así los autores lograrían verificar el cumplimento de cada ítem. Estos, establecen los aspectos que se deben cumplir para su publicación y divulgación, permitiendo clasificar la calidad de cada estudio revisado.

Cuadro 3. Herramienta de evaluación crítica de Crowe (CCAT) V1.4

Crowe Critical Appraisal Tool (CCAT) Form (V1.4)
Criterios de calidad
1. **Preliminares (_/5)** (Título/Resumen/Texto)
2. **Introducción (_/5)** (Fondo/Objetivos)
3. **Diseño (_/5)** (Diseño de la investigacion/Intervencion/tratamiento/exposicion/Resultado/Sesgo)
4. **Muestreo (_/5)** (Método de muestreo/Tamaño de la muestra/Protocolo de muestreo)
5. **Recopilación de datos (_/5)** (Método de recolección/ Protocolo de recogida)
6. **Cuestiones Éticas (_/5)** (Ética del participante/Ética del investigador)
7. **Resultados (_/5)** (Análisis, integración/Análisis esencial/Resultado, salida)
8. **Discusión (_/5)** (Interpretación/Generalización/Observaciones finales)
TOTAL (_/40)

Fuente: Crowe Critical Appraisal Tool (CCAT) Form (v1.4) Crowe, M. (109)

5.3.1. Identificación y Control de Posibles Sesgos. Con el fin de lograr el desarrollo de esta investigación, se tuvo en cuenta los probables sesgos o interpretaciones erróneas que se podían presentar en la realización de esta revisión. De esa manera se pretendía evitar al máximo posibles errores y así, garantizar en la medida de los posible, que este estudio fuera lo más confiable y seguro posible; con interpretaciones acertadas de la información recolectada. Por tanto, a continuación, se presentan los sesgos que los autores tuvieron en cuenta en el progreso de esta propuesta investigativa (111):

- Sesgo de selección: ocurre cuando no se realiza adecuadamente la selección de manuscritos que conformarían la población objetivo, por tanto, la importancia de describirla completamente en el planteamiento del problema y definir los criterios de inclusión y exclusión de la evidencia. Por consiguiente, se optaron por bases de datos afines al estudio. Asimismo, se realizó una revisión detallada y precisa de los artículos seleccionados.

- Sesgo de evaluación inicial: suele presentarse con mayor frecuencia en los estudios secundarios, debido a que estos se basan en la recolección de la información de estudios primarios y, por tanto, en la mayoría de las ocasiones es difícil constatar si los datos son realmente verídicos. Es así, como los autores de los estudios secundarios deben estar atentos a la información que recolectan y describen en su investigación. Este sesgo se controló desde el planteamiento del problema, en la formulación de la pregunta de investigación y en el marco teórico y conceptual.

- Sesgo de concepto: se presenta cuando la información obtenida durante el desarrollo de una investigación, no es coherente con los objetivos propuestos. Para mitigar este error, en la presente pesquisa se ha hecho control y lectura crítica del fenómeno de interés. Además, se destaca que, en conjunto al orientador, quien es experto en la temática y metodología aplicada en el estudio, ya que es el creador de la teoría y del DE IAS. Se han desarrollado discusiones y toma de decisiones para que la búsqueda, análisis e integración de la información se encuentre correlacionado a los propósitos de la revisión, de esta forma se brinda confiabilidad a este estudio.

- Sesgo de análisis e interpretación: consiste en los errores sistemáticos por transcripción incorrecta de la información seleccionada en la base de datos, esto se puede presentar por factores como descriptores erróneos, datos de mala calidad, resultados inconclusos, entre otros. Para ello, se realizó una matriz de Excel para identificar, ordenar y coordinar la información encontrada por cada uno de los autores. Además, se realizaron peritajes para corroborar que la información extraída de cada artículo se encontrara completa.

- Sesgo de publicación: se presenta cuando los estudios con resultados positivos, se publican con más frecuencia que los que no lo hacen. Es decir que en

las investigaciones en que los autores no obtienen el resultado esperado, generalmente no divulgan sus hallazgos. Este sesgo se controló en esta investigación, mediante la selección de bases que contenía revistas indexadas, reconocidas mundialmente, que permitió identificar e incluir manuscritos que reportaron elementos causales de alteraciones en las percepciones de autoeficacia en la probación objeto, que fueron interpretados como posibles FE del DE IAS en pacientes renales sometidas a HD.

5.3.2. Etapa 5: Presentación de Resultados. Por último, se realizó la presentación de los hallazgos y las conclusiones que surgieron de la RIL, la cual fue explicada de manera precisa la metodología aplicada, las fuentes utilizadas, que permitió desarrollar un informe de resultados obtenidos, en el caso de esta investigación, los hallazgos fueron analizadas, a la luz de las proposiciones realizadas en el marco teórico, lo que permitió a su vez clasificar los posibles FE del DE IAS en pacientes con ERC en HD que se han descritos en la RIL, en elementos cognitivos, emocionales, fisiológicos, conductuales y socioeconómicos, corroborando los postulados de la teoría que sustenta esta investigación.

Es importante mencionar, que esta pesquisa ha sido presentada en dos espacios académicos para dar a conocer la relevancia que tiene en la población estudio y en profesional de enfermería.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente pesquisa consiste en un estudio secundario, en el que se realizó una revisión de la evidencia científica sobre los posibles FE del DE IAS en pacientes en HD, que puede verse afectado por diferentes elementos, como el miedo, la ansiedad, el bajo nivel educativo, entre otros. Dichos elementos son de gran importancia, ya que guían las intervenciones de los profesionales de enfermería con el fin de que los pacientes tengan un buen nivel de autoeficacia y se sientan capaces de realizar las acciones necesarias para el mantenimiento de su salud.

Puesto que durante el desarrollo del estudio no se realizaron procedimientos o intervenciones en seres vivos, la presente investigación se considera sin riesgos, acorde con lo dispuesto en el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993, por medio de la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (112).

Por otra parte, se destaca que el presente estudio es planteado con el fin de que los hallazgos obtenidos, proporcionen un importante aporte al desarrollo de la profesión de enfermería. Considerando lo anterior, se tomó en cuenta los lineamientos presentes en la Ley 266 de 1996 (113) y conforme al código deontológico de la profesión, el cual se aborda en la Ley 911 de 2004 (114). Estas normas muestran a los profesionales de enfermería el valor de ser partícipes en procesos investigativos para ampliar el cuerpo de conocimiento científico en la disciplina, procurando proteger durante estos procesos la dignidad, la integridad y los derechos humanos como principio ético fundamental.

Ya que en este estudio se realizó un RIL, en las unidades de análisis corresponden a artículos científicos publicados por distintos autores, posteriormente se realizó un análisis de los resultados encontrados en la RIL se mantuvo el valor de la honestidad respetando el trabajo y las contribuciones de cada uno de los autores que aportaron a esta investigación. En conformidad, con la Ley 1915 de 2018 en este estudio no se vulneraron y además se respetaron los derechos de autor (115).

Asimismo, esta investigación, se basó en los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, puesto que se busca que por medio de esta investigación se beneficien los pacientes con ERC que se encuentra en HD, y del mismo modo se espera brindar un aporte a los profesionales de la salud que brindan atención a estos pacientes, en especial a los profesionales de enfermería, quienes tienen mayor cercanía con estos pacientes por las intervenciones que realizan.

6.1. CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores y el orientador declaran no tener ningún tipo de conflicto de interés en el desarrollo de la presente investigación.

7. RESULTADOS

A continuación, se muestran los pasos que se siguieron para realizar la búsqueda de la evidencia científica, en la cual se encontraron posibles FE del DE IAS en pacientes en con ERC en HD:

- Se realizó la búsqueda de la literatura a través de combinaciones de los descriptores controlados MeSH: “diagnóstico de enfermería”, “enfermedad renal crónica”, “hemodiálisis” y “autoeficacia”. Los términos no contralados “factores etiológicos” y “factores relacionados”; los cuales se conjugaron mediante los operadores booleanos “AND” y “OR” en los idiomas español, inglés y portugués, en las bases de datos Scopus, PubMed, CINHAL y ScienceDirect. De esta forma se hallaron un total de 4702 artículos.

- Posteriormente, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión, de esta manera se eliminaron 4607 estudios y fueron preseleccionados 95 manuscritos.

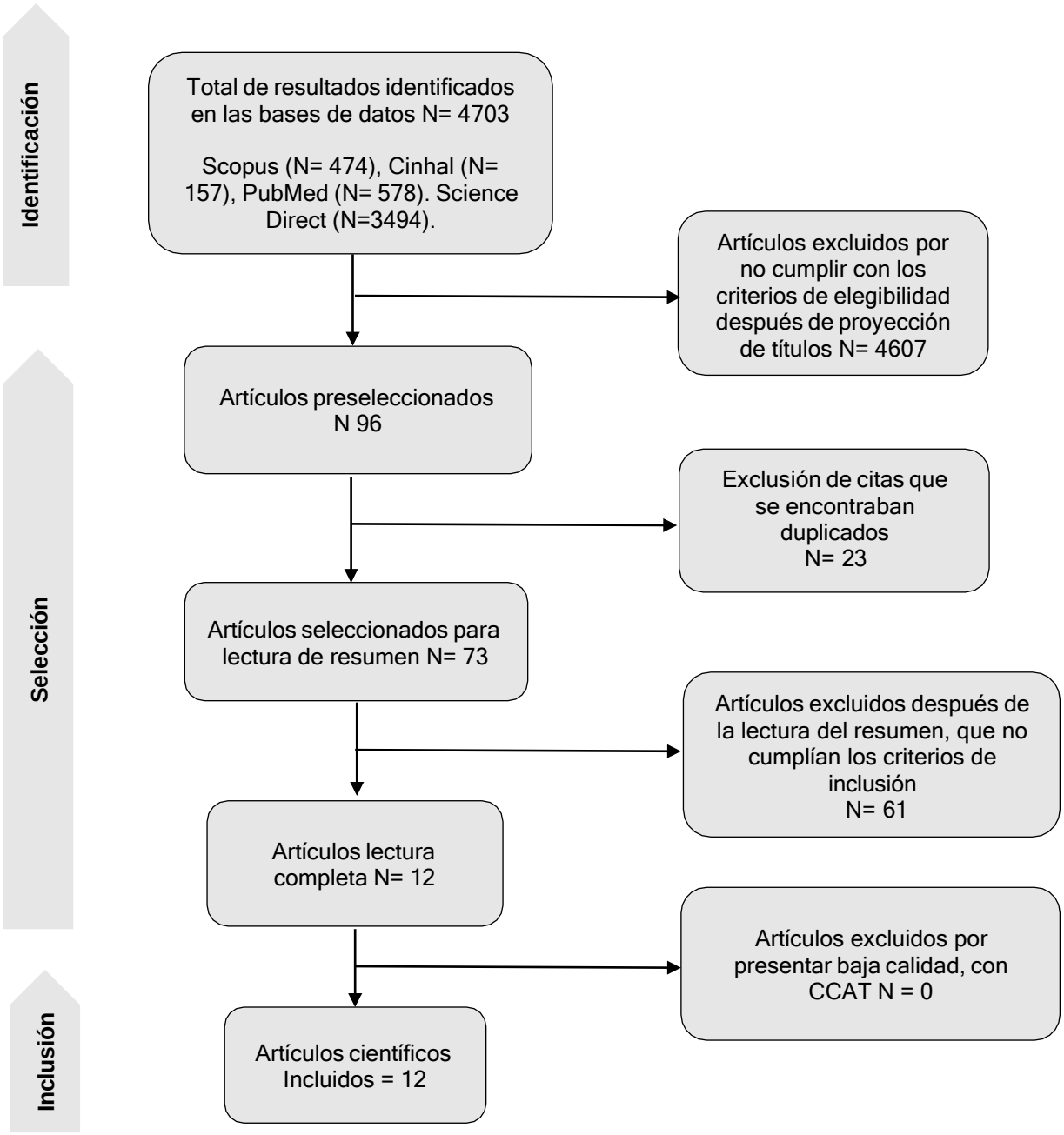
- Luego, se identificaron y descartaron los artículos duplicados (23), quedando así un total de 72 estudios.

- A continuación, se leyeron los resúmenes de los artículos seleccionados, de los cuales 61 fueron eliminados al considerar que no aportaban al tema de investigación de esta tesis, obteniendo un total de 12 artículos elegidos.

- Finalmente, se realizó una lectura de los 12 artículos, además fue evaluada la calidad de cada estudio con el instrumento CCAT, donde todos mostraron una calidad adecuada para ser tenidos en cuenta en el desarrollo de esta revisión.

Lo descrito anteriormente se representa en la Figura 3, que corresponde al diagrama Prisma, el cual resume el proceso de identificación, selección e inclusión de los artículos.

Figura 3. Diagrama de flujo prisma de identificación, selección e inclusión de los estudios que describen FE del DE IAS en personas con ERC en HD



Fuente: Elaboración propia, 2025.

Como se logró evidenciar en el diagrama PRISMA, en la evidencia científica revisada fue posible incluir 12 artículos para la presente revisión, los cuales

cumplían con los criterios de inclusión, calidad adecuada según escala CCAT y respondían a la pregunta orientadora. De esta manera, se encontraron posibles FE del DE IAS en pacientes con ERC en HD. Por lo anteriormente mencionado, se logra demostrar que el fenómeno de los distintos elementos causales de la alteración en las percepciones de autoeficacia en personas con ERC ha sido abordado en algunas investigaciones realizadas anteriormente. Sin embargo, se destaca que el tema no se ha investigado directamente como FE de la IAS como una respuesta humana. Por consiguiente, mediante la implementación de la RIL, fue posible identificar, analizar e integrar algunos elementos que pueden disminuir la autoeficacia en los pacientes que se encuentran en HD, los cuales fueron interpretados como FE, destacándose que algunos de ellos no han sido reportados en la NANDA-I como elementos causales del DE analizado.

7.1. PRESENTACIÓN DE LOS ARTÍCULOS INCLUIDOS

Finalizado el proceso de búsqueda y selección de la literatura, se organizaron los artículos para realizar la extracción de los datos de interés para la presente investigación; a cada estudio se les asignó un código conformado por la letra A seguida de un número del 1 al 12 para facilitar la descripción y el análisis. A continuación, se presenta la información en distintos cuadros. En el Cuadro 4, se muestran para daca los títulos, autores y objetivo de cada uno de los artículos. De igual manera, en el Cuadro 5 se identifican los estudios según la revista de publicación, el idioma y el país de origen de la investigación. Seguidamente, en el Cuadro 6 se representa el tipo de estudio, la población, el tamaño de la muestra y el porcentaje obtenido por la aplicación de la lista de chequeo CCAT para evaluar la calidad de la investigación.

Cuadro 4. Presentación de artículos incluidos

Código	Título del artículo	Autores	Objetivo
A1	*Determinantes y papel de la autoeficacia en un ensayo de reducción de sodio en pacientes en hemodiálisis*	Lu Hu, David E. St-Jules, Collin J. Popp, Mary Ann Sevick	Evaluar el impacto de la autoeficacia dietética inicial en el efecto de una intervención dietética para reducir la ingesta de sodio en pacientes sometidos a hemodiálisis (HD) e identificar los determinantes de la baja autoeficacia dietética.
A2	*Evaluación de la autoeficacia en pacientes sometidos a terapia de diálisis*	Almutary, Hayfa;Tayyib, Nahla;Gray, Richard	Evaluar la autoeficacia de los pacientes con ERC y determinar los factores que afectan significativamente la autoeficacia entre los pacientes en diálisis

A3	*El papel de las quejas cognitivas subjetivas en la autogestión de los pacientes en hemodiálisis: un estudio transversal*	Frederick H. F. Chan, Stanton Newman, Behram A. Khan & Konstadina Griva	Examinar las asociaciones de las quejas cognitivas con las variables sociodemográficas y clínicas, el estado de ánimo, así como los resultados clave informados por el paciente, es decir, la autoeficacia, las habilidades de autogestión y la adherencia al tratamiento.
A4	*Autoeficacia en pacientes con hemodiálisis durante la pandemia de COVID-19*	Shereen Ahmed Qalawa, Sheren Ibrahim Eltahry, Azza Anwar Aly	Investigar la autoeficacia entre los pacientes con hemodiálisis durante la pandemia de COVID-19.
A5	*Exploraciones sobre la conciencia, la contemplación, la autoeficacia y la preparación para la planificación anticipada de la atención y sus predictores en pacientes taiwaneses mientras reciben tratamiento de hemodiálisis*	Li-Chen Chen, I-Te Tu, I-Chen Yu, Tao-Hsin Tung, Hsiang-Ping Huang, Yung-Chang Lin, Randal D. Beaton & Sui-Whi Jane	Examinar la conciencia, la contemplación, la autoeficacia y la preparación para el ACP; y los factores que influyen en la preparación para el ACP.
A6	*Adherencia a las recomendaciones dietéticas sobre sodio en hemodiálisis: influencia de las características del paciente, la autoeficacia y las barreras percibidas*	Maya N Clark-Cutaia, Dianxu Ren, Leslie A Hoffman, Lora E Burke, Mary Ann Sevick	Identificar las características de los pacientes de hemodiálisis con mayor probabilidad de experimentar dificultades para cumplir con las restricciones de sodio asociadas con su régimen dietético.
A7	*Predicción de la conducta de autocuidado a partir del conocimiento sobre la enfermedad renal crónica utilizando la autoeficacia como mediadora*	Shu-Fang Vivienne Wu, Nan-Chen Hsieh, Li-Ju Lin, Juin-Ming Tsai	Investigar: (1) los factores importantes en el autocuidado de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) y (2) los efectos mediadores de la autoeficacia en el conocimiento y el autocuidado.

A8	*Creencias de salud sobre la ingesta de sal entre pacientes sometidos a hemodiálisis*	Jianfei Xie, Siqing Ding, Lifang Liu, Zina Liu, Qiuxiang Zhang, Yinglong Duan, Chunyan Wang, Jianda Zhou	Examinar las creencias sanitarias sobre el consumo de sal entre los pacientes sometidos a hemodiálisis
A9	*Relación entre la ansiedad por COVID-19 y la autoeficacia de pacientes en hemodiálisis: un estudio transversal*	Parvin Mangolian shahrbabaki , Leyla Ahmadi lari, Parniya Abolghaseminejad, Mahlagha Dehghan, Emad Gholamrezaei y Somayeh Zeidabadinejad	Investigar la relación entre la ansiedad por la COVID-19 y la autoeficacia en pacientes en hemodiálisis.
A10	*La asociación entre la autoeficacia, el apoyo social percibido y la resiliencia familiar en pacientes sometidos a hemodiálisis: un estudio transversal*	Farzaneh Safi, Hossein Namdar Areshtanab, Mansour Ghafourifard & Hossein Ebrahimi	Evaluar la asociación entre la autoeficacia percibida y el apoyo social de los pacientes en tratamiento de hemodiálisis y la resiliencia de sus familias.
A11	*Factores relacionados con la diálisis que afectan a la autoeficacia y la calidad de vida en pacientes en hemodiálisis: un estudio transversal de Palestina*	Ibrahim Mousa, Raed Ataba, Khaled Al-ali, Abdulsalam Alkaiyat & Sa'ed H. Zyoud	El objetivo principal de este estudio fue determinar los factores asociados con la autoeficacia y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) entre los pacientes en hemodiálisis (HD).
A12	*Evaluación de la relación entre alfabetización en salud y autoeficacia: una muestra de pacientes en hemodiálisis*	Aysun Kazak, Ayşe Özkaraman, Secil Duran, Hasret Topali	Evaluar la autoeficacia y la alfabetización en salud de pacientes sometidos a hemodiálisis, investigar la relación entre la alfabetización en salud y la autoeficacia y determinar los factores que afectan la autoeficacia.

Fuente: Elaboración propia, 2025.

Como se logra evidenciar en Cuadro 4, la mayoría de los objetivos de los artículos incluidos en la presente revisión buscan identificar factores que afectan la autoeficacia de los pacientes con ERC en HD. Por otra parte, algunos autores indagaron en el impacto de la autoeficacia en comportamientos que deben adoptar estos pacientes, como la reducción del consumo de sodio en la dieta. Finalmente, entre los estudios seleccionados también se indaga la relación entre la autoeficacia y otros fenómenos como el autocuidado y la calidad de vida. Aclarando que en

dichas pesquisas se reportaron la relación causal de estos elementos con las alteraciones en las percepciones de autoeficacia en esta población.

Cuadro 5. Caracterización de los estudios por fuentes de publicación

Código	Base	Nombre de la revista	Año	Idioma	País
A1	CINAHL	Journal of renal nutrition	2019	Inglés	Estados Unidos
A2	CINAHL	Nursing reports	2021	Inglés	Arabia Saudita
A3	PUBMED	BMC Nefhrology	2022	Inglés	Singapur
A4	PUBMED	Journal of medicine and life	2022	Inglés	Egipto
A5	PUBMED	BMC palliative care	2022	Inglés	Taiwán
A6	PUBMED	Journal of renal nutrition	2014	Inglés	Estados Unidos
A7	PUBMED	Journal of clinical nursing	2016	Inglés	Taiwán
A8	PUBMED	Journal of renal care	2017	Inglés	China
A9	PUBMED	BMC Psychology	2023	Inglés	Irán
A10	Scopus	BMC Nefrología	2024	Inglés	Irán
A11	Scopus	BMC Part of springer naute	2018	Inglés	Palestina
A12	Scopus	The international journal of artificial organs	2022	Inglés	Turquía

Fuente: Elaboración propia, 2025.

En el cuadro 5 se evidencia que la base de datos de la cual se extrajeron más artículos es PUBMED, ya que aportó 7 artículos de los 12 seleccionados para esta

revisión, como ya se mencionó anteriormente en la metodología, esta base de datos cuenta con citas de un gran numero revistas de todo el mundo en aproximadamente 40 idiomas. Teniendo en cuenta los países en los cuales se realizaron estas investigaciones, se destaca que en la presente revisión se incluyen estudios de latitudes variables, desde dos artículos de Estados Unidos, a países del medio oriente como Arabia Saudita, Singapur, Egipto, Irán, Palestina y de Asia oriental, como China y Taiwán. Por lo anterior, se evidencia que en la muestra existe diversidad sociocultural y demográfica. Por tal razón, se resalta que la autoeficacia se presenta indistintamente de factores como las creencias, la raza o la situación económica, así mismo la identificación e inclusión de los anteriores manuscritos nos permite tener una visión global de la evidencia reportada sobre del fenómeno de estudio.

En relación con la antigüedad de las investigaciones, se puede observar que gran parte de los estudios seleccionados son recientes, ya que tienen menos de 5 años de haber sido publicados. Asimismo, el articulo más antiguo identificado es de 2014. teniendo en cuenta que ese mismo año se estableció como límite temporal para la búsqueda de los artículos.

Cuadro 6. Caracterización según el tipo de estudio y evaluación de calidad

Código	Tipo de estudio	Tamaño de la muestra	Porcentaje CCAT
A1	Ensayo controlado aleatorizado	179 pacientes	69%
A2	Transversal	190 pacientes	84%
A3	Transversal	305 pacientes	88%
A4	Descriptivo comparativo	210 pacientes	81%
A5	Transversal	143 pacientes	81%
A6	Estudio preliminar	122 pacientes	76%
A7	Transversal	247 pacientes	78%
A8	Transversal	326 pacientes	79%
A9	Transversal	110 pacientes	72%
A10	Descriptivo correlacional	183 pacientes y familias	87%
A11	Transversal	283 pacientes	74%
A12	Transversal	198 pacientes	80%

Fuente: Elaboración propia, 2025

En el cuadro 6 se identifican las características de los estudios teniendo en cuenta su tipo, tamaño de muestra y el porcentaje de la evaluación del instrumento CCAT para determinar su calidad. De este modo, se logra observar que gran parte de los estudios seleccionados son de tipo transversales y se incluyen otros estudios con mayor rigor metodológico como ensayos clínicos aleatorizados. De igual forma, la totalidad corresponden a estudios primarios, cuya muestra eran pacientes de centros de HD. En cuanto al tamaño de las muestras, los artículos reportaron tamaños de muestra que varían entre 110 y 326 pacientes lo que le da un mayor rigor y poder en la interpretación de los hallazgos obtenidos en cada uno de los estudios.

Finalmente, se presenta el porcentaje de calidad de cada artículo estimado mediante la lista de chequeo de CCAT, previamente mencionada en el apartado de metodología, la cual es útil para evaluar el nivel de rigor y calidad de los artículos con diferentes enfoques de investigación, en el cuadro se observa que los puntajes del CCAT oscilan entre 68% y 88%. Lo que sugiere que las investigaciones incluidas en la revisión son de buena calidad y útiles para llevar a cabo la presente revisión según la guía de aplicación del instrumento. Teniendo en cuenta los criterios de exclusión, ningún artículo obtuvo un puntaje menor o igual a 50% en el CCAT, por lo que no se descartaron estudios por esta razón.

Luego de evaluar la calidad de los artículos, se procedió con la lectura y análisis de cada estudio seleccionado, en el cual se identificó, analizo e interpreto como posibles factores etiológicos del DE IAS en pacientes con ERC en HD. Los cuales, a su vez, se clasificaron en componentes cognitivos, fisiológicos, socioeconómicos, según la TRM para el diagnóstico BAS (12), los cuales se presentan en el cuadro 7.

Cuadro 7. Factores etiológicos del diagnóstico de enfermería inadecuada autoeficacia en salud en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis

Factores etiológicos del diagnóstico de enfermería inadecuada autoeficacia en salud en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. Revisión integrativa			
	Cognitivos	**Fisiológicos**	**Socioeconómico**
Factores etiológicos	• Experiencias de fracaso al adoptar conductas saludables • Dificultades auto percibidas en la ejecución de acciones de salud • Inadecuada alfabetización en salud • Personas sin creencias religiosas.	• Personas jóvenes • Adultos mayores • Multimorbilidad	• Situación económica precaria • Reducción o perdida de las capacidades personales para desempeñar un rol laboral • Individuos con bajo nivel educativo • Apoyo social inadecuado

Fuente: Elaboración propia, 2025.

En el cuadro anterior, se presenta la clasificación de los FE encontrados después de la revisión de literatura, se evidencia que existen factores de diferente naturaleza, que llevan a que la población objeto, se sienta incapaz de sus propias habilidades personales y desconfíe de sí misma para realizar actividades para cuidar su propia salud. Lo anterior demuestra la relevancia de las intervenciones ejecutadas por los profesionales de enfermería y otros miembros del equipo multidisciplinario, que buscan fortalecer las percepciones de autoeficacia en las personas que están en HD, lo que les permitiría alcanzar sus metas de que mantener o promover su estado de salud, así como prevenir el avance de su enfermedad y la presentación de complicaciones.

Por otro lado, en el siguiente cuadro se realiza la comparación entre los FE del diagnóstico IAS descritos en clasificación de la NANDA-I y los que se encontraron en la presente revisión, con el fin de determinar los elementos causales de las alteraciones de las percepciones de la autoeficacia en salud que se encontraron en este estudio específicos para la población de ERC en HD y, que no se encuentran relacionados en dicha clasificación. Además, se enuncia la frecuencia con que se reportaron los FE en los diferentes estudios incluidos en esta investigación.

Cuadro 8. Frecuencia de los factores etiológicos del diagnóstico de enfermería inadecuada autoeficacia en salud encontrados en la literatura científica, en relación con los descritos en la NANDA-I

Factor etiológico	Presente en la NANDA-I	No presente en la NANDA-I	Frecuencia
Experiencias de fracaso al adoptar conductas saludables		X	1
Dificultades autopercibidas en la ejecución de acciones de salud		X	1
Inadecuada alfabetización en salud	X		2
Personas sin creencias religiosas		X	1
Edad	X		4
Comorbilidad significativa	X		1
Situación económica precaria		X	3
Reducción o pérdida de las capacidades personales para desempeñar un rol laboral		X	4
Individuos con bajo nivel educativo	X		4
Apoyo social inadecuado	X		1
TOTAL	5	5	-

Fuente: Elaboración propia, 2025.

El anterior cuadro presenta 10 FE del DE IAS que se encontraron en la literatura científica revisada. De esta forma, se evidencia que los elementos causales del diagnóstico analizado, que se mencionaron con mayor frecuencia fueron: bajo nivel educacional en 4 estudios, seguido de reducción o perdida de las capacidades personales para desempeñar un rol laboral, situación económica precaria y ser adulto mayor en 3 pesquisas respectivamente. Es decir, que estos son los factores

que más afectan las percepciones de la autoeficacia en salud que tienen las personas sometidas a HD según lo reportado en la literatura. Finalmente, se logra evidenciar que solo 5 FE se encuentran descritos en la NANDA-I para el DE IAS, y se pueden interpretar que 5 factores son nuevos y específicos para la población objeto de estudio. Por lo anterior, esta revisión cobra especial importancia, ya que proporciona a los profesionales de enfermería evidencia clave sobre los factores que influyen en la baja autoeficacia en salud y permite comprender la naturaleza causal de esta respuesta humana en esta población especifica. Además, orienta la planeación y ejecución de las intervenciones que sean más efectivas para incidir en la promoción de la salud y prevenir complicaciones.

8. DISCUSIÓN

En este capítulo se realiza un análisis a profundidad de los hallazgos obtenidos en la revisión de la literatura, los cuales responden a los objetivos planteados de esta pesquisa. Mediante los cuales fue posible identificar los FE del DE IAS que se presentan en pacientes con ERC en HD. Interpretados según los postulados de la TRM para el DE BAS de Gutiérrez-Barreiro et al, (2019), y en los reportes en la evidencia científica; resaltando las implicaciones que tiene para la práctica clínica de enfermería la caracterización de los elementos causales de alteraciones en las percepciones de la autoeficacia en el contexto de salud en esta población.

8.1. FACTORES ETIOLÓGICOS DE TIPO COGNITIVOS

Según Gutiérrez-Barreiro et al, (2019), y Barreiro y Lopes (2021) los FE de tipo cognitivos se relacionan con el procesamiento racional que cada persona realiza para la emisión de juicios sobre sus propias capacidades para ejercer adecuadamente un comportamiento relacionado al cuidado de su salud. Por lo tanto, en este tipo de FE se ven involucrados procesos cognitivos como lo son la memoria y la integración de la información, las expectativas de resultado y las de autoeficacia. En consecuencia, cuando estos elementos se ven alterados, puede propiciar que se presente una inadecuada percepción de autoeficacia frente a los comportamientos de salud (12,43). Dentro de este tipo de FE se identificaron en la evidencia científica, cuatro elementos causales del DE analizado, los cuales se describen a continuación.

8.1.1. Experiencias de fracaso al adoptar conductas saludables. Según la TRM de Gutiérrez-Barreiro et al (2020) y como se ha mencionado anteriormente en el marco teórico, la experiencia de fracaso es un factor causal relevante de la IAS, ya que implica las vivencias negativas relacionadas a un resultado fallido en la ejecución de las acciones de autocuidado, generan frustración, y refuerzan las percepciones de incompetencia personal y desconfianza de sí mismo para adoptar conductas saludables a futuro (12).

De acuerdo con Barreiro y Lopes (2021) este FE se puede explicar según los postulados teóricos de Bandura, quien menciona que la experiencia de dominio o desempeño previo es la principal fuente de autoeficacia, ya que, cuando una persona tiene éxito o fracaso al ejecutar una determinada acción, repercute directamente en la percepción de sus habilidades para realizar la misma tarea de nuevo o para efectuar adecuadamente una acción semejante(43).

Asimismo, Chan et al (2022), en su estudio examinó la asociación entre las quejas subjetivas, variables sociodemográficas y elementos importantes como la autoeficacia, las habilidades de autogestión y la adherencia al tratamiento entre 305 pacientes sometidos a HD. Los resultados obtenidos indicaron que cuando un paciente experimenta repetidos fracasos en sus acciones de autogestión de la

salud, por ejemplo: olvidarse el horario de la toma de los medicamentos, puede comprometer su capacidad y confianza en sí mismo para promocionar su autocuidado, afectando así la adherencia al tratamiento instaurado(116).

Con base a lo anterior, se evidencia el efecto causal de las experiencias de fracaso en el manejo que dan las personas con ERC en HD a su enfermedad sobre las percepciones de autoeficacia en salud. Esto puede estar explicado por la naturaleza de esta enfermedad, que, al ser crónica, irreversible y con tendencia al deterioro progresivo, implica que los pacientes tengan un compromiso riguroso y deban planear y ejecutar acciones para el mantenimiento de su estado de salud de manera constante, lo que aumenta las probabilidades de que sus resultados no sean los esperados, esto corresponde a las experiencias de fracaso, que al ser reiterativos generan una percepción negativa sobre su capacidad para controlar su enfermedad y cuidarse adecuadamente.

8.1.2. Dificultades auto percibidas en la ejecución de acciones de salud. Según, Chan et al (2022), este concepto se refiere a las percepciones subjetivas de dificultad en relación con la ejecución de las actividades orientadas a prevenir el avance de la enfermedad, la presentación de complicaciones y en la medida de los posible, preservar o promover el estado de salud. Lo anterior, se asocia a la complejidad de dichas acciones, las cuales deben ser realizadas por las personas que requieren ser dializadas de manera permanente, lo que aumenta la probabilidad de que se presenten algún tupo de problemas en el cumplimiento de la restricción hídrica, adherencia estricta al tratamiento farmacológico, horarios de diálisis, alimentación baja en sodio, actividad física, entre otras (116). Lo cual en muchas ocasiones genera en el paciente sentimientos de incompetencia personal e inseguridad para llevar a cabo dichas conductas.

Estos autores reportan que, entre los participantes de su estudio, quienes manifestaron más dificultades eran aquellos que recientemente iniciaban sesiones de HD, específicamente los que llevaban menos de 6 meses debido a que presentaban síntomas físicos desagradables que se manifestaban durante y después de la diálisis. Asimismo, los investigadores documentaron que las personas mayores expresaban más quejas, ya que eran propensos a presentar deterioro cognitivo, lo que a su vez influye negativamente en su percepción de autoeficacia respecto al manejo de su enfermedad. Por último, se destaca que los pesquisadores mencionan que las dificultades auto percibidas son un factor modificable que requiere de un trabajo integral para ayudar y apoyar al paciente en sentirse competente y seguro en sus propias capacidades para llevar a cabo las acciones necesarias para una respuesta adecuada a su alteración de salud (116).

Hallazgos similares fueron encontrados por Oliveira y Soares (2012), quienes a través de una entrevista semiestructurada conocieron las percepciones de 19 personas en HD con relación a su calidad de vida en Bahía, Brasil. En este estudio, los pacientes mencionaban las dificultades al momento de realizar actividades

básicas como lavar ropa o alzar objetos pesados debido a la fístula arteriovenosa. Asimismo, los participantes expresaron que tras las sesiones de diálisis llegaban agotados a casa, y en su defecto, delegaban las actividades que debían realizar a otra persona; lo cual les generaba sentimientos de impotencia, dependencia y frustración ya que no se sentían capaces de ejecutar las acciones de su cotidianidad, ni las propias para la gestión de su salud, afectando negativamente su capacidad para cuidar efectivamente de sí mismo (117).

Finalmente, los autores destacan que las quejas más frecuentes fueron la falta de energía, el deterioro muscular y esquelético, desaliento y fatiga (117). los cuales corresponden a la afectación de su estado físico, esto se relaciona directamente con lo expuesto por Bandura (1986) quien establece que una de las fuentes de autoeficacia son los estados fisiológicos o emocionales (37), por tanto, es posible deducir que las dificultades manifestadas por estos pacientes propician una inadecuada percepción de autoeficacia en salud.

Por lo expuesto previamente, en la presente investigación se interpretan las dificultades auto percibidas como FE del DE IAS, ya que los pacientes sometidos a HD deben cambiar su estilo de vida y adquirir hábitos saludables de manera obligatoria e ininterrumpida para preservar su bienestar. Es así como la implementación rigurosa de actividades como la restricción hídrica, la alimentación, cumplimiento terapéutico y las limitaciones para realizar actividades cotidianas subsecuentes a la HD representan un desafío, ya que implica alterar un ritmo de vida previamente establecido, dichas dificultades influyen negativamente en la percepción de en capacidad de esta población para controlar adecuadamente la patología.

8.1.3. Inadecuada alfabetización en salud. La alfabetización en salud comprende una serie de habilidades tales como la lectura, la escritura, las matemáticas, la comunicación y el uso de tecnologías electrónicas que son necesarias para tomar decisiones de manera adecuada en materia de salud (118). Por consiguiente, una inadecuada alfabetización en salud en pacientes con ERC se ha asociado con mayores tasas de complicaciones, hospitalizaciones y mortalidad (119), ya que se les dificulta la comprensión adecuada de las indicaciones del personal de salud, la interpretación correcta de la información y el seguimiento de instrucciones específicas de su tratamiento, asimismo. Esta falta de comprensión de la situación fisiopatológica y el propósito de las medidas terapéuticas genera la carecías de aptitudes para gestionar adecuadamente su condición de salud. Lo anterior, impacta de manera negativa en las percepciones de autoeficacia que tienen los pacientes renales y reduce la confianza en la propia capacidad para ejecutar acciones encaminadas a controlar su enfermedad de manera adecuada.

En el estudio realizado por Kazak et al (2022) identificaron que quienes presentaron menores niveles de alfabetización en salud y autoeficacia fueron las personas de edad avanzada debido a que esta población es más propensa a presentar deterioro

cognitivo(120), igualmente, las personas con baja escolaridad ya que no poseen habilidades básicas como la lectura y, escritura y finalmente las personas viudas puesto que no cuentan con el apoyo social necesario para afrontar de manera adecuada su condición de salud (121). Además, en esta investigación se encontró una correlación lineal significativa entre la alfabetización en salud y los niveles de autoeficacia en pacientes sometidos a HD, resaltando que un mayor nivel de alfabetización en salud influye de manera positiva en la percepción de autoeficacia, de estos pacientes (122).

Estos hallazgos son consistentes con los encontrados en otros contextos clínicos, por ejemplo en la pesquisa ejecutada por Masoompour at al (2017) quienes realizaron un estudio descriptivo correlacional llevado a cabo en Irán en pacientes diabéticos en el cual concluyeron que la alfabetización en salud y la autoeficacia tienen una correlación positiva significativa (123). De igual manera, Striberger et al (2022) en un estudio transversal en pacientes con claudicación intermitente de unidades vasculares en Suecia reportaron que los pacientes con una alfabetización en salud adecuada presentaban una autoeficacia y calidad de vida significativamente más altas que los pacientes con una alfabetización en salud inadecuada (124).

A partir de lo anteriormente expuesto, en el presente estudio se interpreta la inadecuada alfabetización en salud como un FE del DE IAS, ya que la falta de conocimientos y habilidades para el autocuidado de la ERC y a su tratamiento interfieren en la comprensión de la importancia de las indicaciones del personal de salud, lo que a su vez dificulta la adherencia terapéutica, impactando directamente en la percepción de competencia personal, ya que la persona puede sentirse incapaz de tomar decisiones informadas, asumir un rol activo en el manejo de su condición y mantener conductas que promuevan su bienestar.

8.1.4. Personas sin religión. En la presente investigación se identificó que las personas con ERC en HD sin creencias religiosas presentan niveles menores de autoeficacia para el cuidado de su salud (125). Lo anterior puede explicarse ya que las personas que practican una religión cuentan con un sistema de creencias, valores y prácticas que favorecen la resiliencia, la esperanza y genera mecanismos de afrontamiento religioso frente a la ERC, lo que les brinda una forma de hacer frente al estrés y la incertidumbre que genera la enfermedad y su tratamiento, mejorando así, su calidad de vida y su percepción sobre sus propias habilidades para gestionar de manera adecuada su patología(126) (127) (128) (129).

Sumado a esto, la religión puede actuar como una fuente de apoyo estructurado que brinda sentido al sufrimiento, disminuye la ansiedad frente al futuro y fomenta una actitud positiva hacia el tratamiento a través de prácticas como la oración, la meditación, el yoga o la participación en comunidades de fe que refuerzan los mecanismos de afrontamiento de los pacientes con enfermedades crónicas, lo cual

potencia las percepciones que tiene la persona sobre sus propias capacidades para manejar activamente su condición de salud (130) (131).

Lo anteriormente descrito, se sustenta empíricamente por investigaciones como la de Nohgani et al. (2024) quienes realizaron un estudio cuasiexperimental en pacientes que se encontraban en HD en Irán, en el cual implementaron una intervención basada en 9 sesiones de terapia espiritual al grupo de casos, donde los resultados evidenciaron una mejora significativa en los niveles de autoeficacia tras la aplicación de la intervención respecto al grupo de control (132).

Asimismo, Güvener at al (2022), en un estudio descriptivo realizado en Turquía documentaron que las personas que no practicaban ninguna religión y llevaban varios años realizando sesiones de HD presentaban baja autoeficacia debido a los problemas físicos, mentales, sociales y económicos. Es así como, concluyen que crear espacios que faciliten las practicas espirituales de los pacientes en unidades de diálisis mejoran sus niveles de autoeficacia ya que refuerzan su autoconfianza y resiliencia para llevar a cabo acciones necesarias para cuidar adecuadamente de sí mismos y afrontar situaciones difíciles como la HD (133).

Con base en lo analizado anteriormente, se considera a las personas sin religión como población en riesgo para presentar el DE IAS, debido a que pueden carecer de ciertos recursos emocionales, espirituales y sociales que suelen estar presentes en quienes practican alguna religión, limitando su capacidad para afrontar positivamente la enfermedad, generando en consecuencia una percepción menor de sus capacidades para cuidar adecuadamente de sí mismos.

8.2. FACTORES ETIOLÓGICOS DE TIPO SOCIOECONÓMICOS

De acuerdo con Gutiérrez-Barreiro et al, (2019), y Barreiro y Lopes (2021) los FE del DE IAS de tipo socioeconómicos se asocian con características sociales y del entorno de la persona, tales como la disponibilidad de recursos económicos, que puede influir directamente en la percepción que tenga una persona sobre la capacidad para asumir el compromiso requerido en relación con su proceso de salud y enfermedad. Por lo tanto la carencia de recursos y la falta de apoyo de las personas que lo rodean, ya sea de índole familiar o social lleva a que el individuo experimente el sentimiento de estar solo durante el proceso de su tratamiento y todos los cambios que este implica, además que, no tener a alguien como motivación o inspiración para sobrellevar la situación genera bajos nivel de autoeficacia, es decir siente que las metas terapéuticas propuestas para mantener bajo control una enfermedad, está fuera de su alcance (12) (43). Dentro de este conjunto de FE se identificaron en la evidencia científica, cuatro elementos causales del DE analizado, los cuales se describen a continuación.

8.2.1. Situación económica precaria. En la evidencia científica revisada, se observó que los pacientes con ERC en HD que atraviesan una situación económica

precaria son más propensos a tener una menor percepción de competencia personal para asumir compromisos relacionados con el cuidado de su salud. Esta disminución en la autoeficacia se relaciona con el hecho de que, al tomar decisiones sobre su autocuidado, los individuos no solo consideran sus capacidades personales, sino también factores externos a ellos, como la disponibilidad de recursos económicos, que pueden ser percibidos como indispensables para gestionar su salud de forma adecuada, convirtiéndose en un obstáculo para la gestión de su enfermedad, reforzando así la sensación de impotencia de la persona (43).

Según Hu et al (2019), en un estudio realizado en 17 unidades de diálisis en Pensilvania, se observó que los pacientes con bajos ingresos económicos presentaban niveles reducidos de autoeficacia para disminuir la ingesta de sodio, principalmente debido a la falta de recursos financieros necesarios para planificar y mantener una dieta adecuada que favoreciera la reducción del sodio en lo alimentos (93). Hallazgos similares fueron descritos por Xie et al (2017) quienes también encontraron que las personas en HD con mayores ingresos económicos presentaban más altos niveles de autoeficacia para disminuir la cantidad de sal en su dieta (134). Asimismo, Almutary et al (2021), mediante un estudio transversal llevado a cabo en pacientes en terapia de diálisis en Arabia Saudita, también identificaron una menor autoeficacia en aquellos con ingresos económicos bajos, debido principalmente a las limitaciones financieras que dificultan la adherencia a los requisitos dietéticos y la falta de apoyo social (91).

Estos hallazgos han sido corroborados en otros contextos clínicos, como lo reportan los autores Whitley et al (2021) quienes llevaron a cabo un estudio transversal con el objetivo de analizar la relación entre el nivel de ingresos económicos y la autoeficacia en el manejo del dolor en pacientes con lumbalgia crónica. Los resultados evidenciaron una correlación estadísticamente significativa entre los ingresos bajos y una menor autoeficacia para afrontar el dolor, lo que refuerza la influencia de los determinantes socioeconómicos en la percepción de las personas sobre sus capacidades para cuidar adecuadamente su propia salud (135).

Finalmente, en la presente investigación se interpreta la situación económica precaria como un factor causal del DE IAS, ya que, la carencia de recursos económicos suficientes puede limitar el acceso oportuno a insumos, medicamentos, una alimentación adecuada, transporte hacia el centro de hemodiálisis y otros elementos esenciales para el mantenimiento de la salud. Esta realidad puede generar en la persona sometida a HD, sentimientos de frustración, impotencia y pérdida de control sobre su enfermedad, lo que a su vez disminuye su percepción de autoeficacia para participar activamente en el cuidado de su salud.

8.2.2. Reducción o pérdida de las capacidades para desempeñar un rol laboral. Desde la teoría social cognitiva de Bandura (1986) se establece que dos de las fuentes de autoeficacia son la experiencia de dominio y los estados fisiológicos

o emocionales. En la población estudiada, es común la pérdida de empleo o de la capacidad para desarrollar actividades que generen ingresos económicos para la persona y su familia; debida a la naturaleza incapacitante de esta patología. En consecuencia, puede desarrollarse una percepción sostenida de impotencia, derivada de la pérdida del sentido de utilidad asociado a las actividades que anteriormente desempeñaba, y del rol familiar, social y laboral que lleva a la preocupación por la estabilidad económica, las limitaciones físicas y el aumento de la dependencia hacia otros. Además, al perder su actividad laboral, muchas personas también pierden rutinas estructuradas, redes de apoyo social y un sentido de pertenencia, lo cual puede aumentar el aislamiento y el desánimo (37).

Almutary et al (2021) señalaron que los pacientes en HD que se encontraban desempleados presentaban niveles más bajos de autoeficacia en comparación con aquellos que desempeñaban un rol laboral, principalmente debido a la falta de estabilidad económica y de redes sociales de apoyo, factores que influyen negativamente en la percepción de la capacidad personal para gestionar adecuadamente su condición de salud (91).

De manera similar, Qalawa et al (2022) identificaron una asociación estadísticamente significativa entre el ejercicio de una actividad laboral remunerada y niveles más altos de autoeficacia en pacientes en HD.(90). En otra pesquisa, Shahrbabaki et al (2023) llevaron a cabo un estudio transversal en Sirjan, Irán que buscaba evaluar una asociación entre la ansiedad por COVID-19 y la autoeficacia en HD, los hallazgos mostraron que las personas que se encontraban sin empleo como las amas de casa eran más propensas a presentar menores niveles de autoeficacia para la gestión eficaz de la enfermedad (44).

Asimismo, la pérdida de ingresos asociada a la imposibilidad de trabajar puede agravar la situación económica del paciente, limitando su acceso a recursos esenciales para el autocuidado durante su enfermedad, tales como una alimentación adecuada, transporte para acudir a la unidad renal, medicamentos o implementos para el cuidado en el hogar. Esta situación refuerza la sensación de que, a pesar de sus esfuerzos, no se cuenta con los medios necesarios para ejercer un cuidado efectivo, lo que contribuye a disminuir la percepción de autoeficacia en el contexto de salud (136) (137).

Con base a lo anteriormente expuesto, se interpreta la pérdida de las capacidades para desempeñar un rol laboral como un factor que lleva a que la persona con ERC en HD presente el DE IAS, debido a que esta situación genera un impacto significativo en los elementos fundamentales en la construcción de las percepciones de autoeficacia como la autoestima, el juzgamiento de las capacidades personales para ejecutar acciones en salud, el sentido de utilidad personal y la percepción de control sobre la propia vida. Además, dificulta que el individuo disponga de ingresos económicos, rutinas, responsabilidades y redes sociales que habitualmente favorecen el compromiso con el autocuidado.

En consecuencia, esta situación influye negativamente la toma decisiones activas sobre su salud ya que puede sentirse menos capaz para ejecutar con éxito estas acciones. A su vez, cuando se presenta esta respuesta humana, se evidencia con el pobre desempeño en conductas de salud, como la inadecuada adherencia a las indicaciones terapéuticas, mayor dependencia de terceros para gestionar su tratamiento, lo que corresponde a la manifestación clínica de la percepción de inadecuada autoeficacia para el cuidado de su salud.

8.2.3. Individuos con bajo nivel educativo. En consonancia con lo propuesto por Barreiro y Lopes (2021), este elemento afecta negativamente la autoeficacia debido a que las personas con bajo nivel educativo presentan menor nivel de conocimientos y limitado desarrollo de las capacidades cognitivas que se adquieren durante los procesos educativos y, que son necesarias para el procesamiento de la información, lo cual dificulta la comprensión de la magnitud de la enfermedad, tratamiento y el propósito de las acciones que debe llevar a cabo para el mantenimiento de su estado de salud (43).

Lo anterior es confirmado por Mousa et al (2018), quienes realizaron un estudio transversal en 12 unidades de diálisis en Palestina, obteniendo como resultado que los pacientes con mayor nivel educativo presentan mejores niveles de autoeficacia para el manejo de su enfermedad (46). Estos hallazgos coinciden con los obtenidos por Kazak et al (2022) en su estudio en el que evaluaron la autoeficacia y la alfabetización en salud de pacientes sometidos a HD, encontrando que los pacientes con escasa formación académica tenían una menor percepción sobre sus habilidades para gestionar su patología (122).

Por otro lado, Moktan et al (2019) ejecutaron su estudio con 97 pacientes que se encontraban en prediálisis sobre conocimiento, autoeficacia y autogestión de su enfermedad determinando que quienes presentaron niveles más altos de autoeficacia fueron los que tenían acceso a educación superior, debido a que estos tenían mayor disposición para buscar, comprender y utilizar información relacionada con su enfermedad y tratamiento (138). Finalmente, Almutary et al. (2020) llevaron a cabo un estudio transversal con el objetivo de evaluar la autoeficacia para la práctica del ejercicio en población con enfermedades crónicas. Los resultados destacaron que el nivel educativo fue el principal factor que se correlacionó negativamente con la autoeficacia, es decir, las personas con menor escolaridad presentaron niveles significativamente más bajos de confianza en su capacidad para realizar actividad física (139).

De acuerdo con lo anteriormente mencionado, el bajo nivel educativo se interpreta como un factor predictivo del DE IAS en pacientes en HD, debido a que la población con poca escolaridad no tiene las habilidades y herramientas necesarias para buscar, analizar y comprender información relacionada con su condición de salud, lo cual dificulta la interpretación de las indicaciones brindadas por el personal de

salud, la planificación de conductas de autocuidado y la toma de decisiones informadas, haciéndolos más propensos a tener una menor percepción sobre sus capacidades para cuidar adecuadamente de sí mismo.

8.2.4. Apoyo social inadecuado. De acuerdo con los postulados de Barreiro y Lopes (2021) el apoyo social inadecuado repercute negativamente en dos fuentes de autoeficacia, una de ellas es la persuasión verbal que consiste en opiniones provenientes del círculo social de una persona y que tienen como finalidad motivar y generar confianza. La segunda de ellas es la experiencia vicaria, que se refiere al aprendizaje obtenido a partir de la observación de la ejecución exitosa de acciones por parte de otras personas en una situación similar. Lo anterior fortalece las creencias en las propias capacidades del paciente para realizar las acciones encaminadas a mantener su estado de salud y afrontar los desafíos que la enfermedad conlleva. Sin embargo, cuando se carece de la ayuda y respaldo de la familia o de amigo, dichas fuentes de autoeficacia se ven afectas, por consiguiente el paciente puede llegar a sentirse incapaz o inseguro para dar una respuesta adecuada a su condición de salud (43).

Por lo anterior, las redes de apoyo con las que cuenta el paciente afectan directamente el nivel de autoeficacia, esto se puede observar con su círculo más cercano como amigos, familia y pareja. Se ha reportado en la evidencia científica que la pérdida del conyugue ya sea por viudez o divorcio supone un impacto significativo en la vida de las personas, afectándolas emocionalmente ya que genera sentimientos de tristeza, estrés, soledad y abandono. Además, esto puede llevar a la pérdida de la rutina diaria cuando el conyugue es un soporte indispensable tanto instrumental como emocional para el acompañamiento a los diferentes procesos de gestión de la enfermedad crónica. Asimismo, a quienes les afecta más el hecho de perder a su pareja son a los hombres debido a su dependencia de apoyo para promover y/o mantener el estado de bienestar, debido a que históricamente ha sido la mujer quien ha asumido el rol de cuidar de su propia salud y la de los miembros de su familia (140) (141).

Por otro lado, la familia supone una fuente de apoyo emocional indispensable en situaciones difíciles como lo es el hecho de padecer ERC, puesto que ayuda a fortalecer la confianza en sí mismos, los motiva a adoptar los hábitos de vida saludable necesarios para el control de la enfermedad y ejecutar acciones de cuidado directo para la mejoría de su salud (27). Sin embargo, cuando la influencia que ejerce la familia es negativa a través de críticas, barreras, sobreprotección, indiferencia o falta de comprensión hacia su patología puede influir de manera desfavorable en la percepción que tiene el paciente sobre su capacidad para llevar a cabo acciones de autocuidado eficaces, por lo que en estas circunstancias puede afectar negativamente la autoeficacia de persona con afectación renal para gestionar su propia salud (46) (142) (143).

De acuerdo con, Isnaini et al (2020) el apoyo familiar tiene una correlación significativa con niveles más altos de autoeficacia en pacientes en HD, debido a que la familia participa activamente en distintos procesos del tratamiento de la ERC, tales como la adopción de hábitos de vida saludable y control de la ingesta de líquidos. De la misma manera, los autores mencionan que no contar con un apoyo familiar adecuado aumenta las tasas de mortalidad y de depresión en esta población (144). Conclusiones afines fueron descritas por Luo et al (2024) quienes también encontraron que el apoyo familiar estaba directamente vinculado con la percepción de autoeficacia de pacientes con enfermedades crónicas (145).

De acuerdo con Qalawa at al (2022), quienes en su estudio descriptivo – comparativo, encontraron que los pacientes egipcios sometidos a HD que se encontraban divorciadas presentaban bajos niveles de autoeficacia porque consideraban que no tenían esa fuente de apoyo fuerte que significa la pareja para asumir la responsabilidad de su salud y ejecutar las acciones encaminadas al autocuidado (90).

Del mismo modo, Tizana et al (2024), realizaron una investigación de tipo transversal en Indonesia con 234 pacientes en HD, obteniendo en sus resultados que los participantes casados tienian mayor autoeficacia que los divorciados, solteros o abandonados por sus parejas, ya que la persona se integra al acompañamiento al tratamiento y en la adopción de hábitos saludables, siendo esto una estrategia potencial para el mantenimiento de la salud del paciente. Asimismo, se reportó que quienes contaban con mayor apoyo social y familiar tendían a presentar niveles más altos de autoeficacia para el cuidado de su salud, reduciendo el estrés emocional asociado a la enfermedad y reforzando la motivación y percepción de competencia personal del paciente para gestionar su enfermedad (146).

De forma similar, Kazak at al (2022) ejecutaron una pesquisa transversal en dos hospitales de Turquia, con 198 pacientes en HD, encontrando que las personas que han perdido a su conyugue se perciben como menos auto eficaces para ejecutar las acciones en salud, superar obstáculos y motivarse en todo lo realacionado con su patología, por lo que, los autores recomiendan que los profesionales de salud deben valorarlos y apoyarlos para aumentar su sentido de autoconfianza y asimismo, aumentar la autoeficacia en salud (122).

La influencia que ejerce el apoyo social sobre las percepciones de autoeficacia han sido pesquisadas por autores como Safi et al (2024), quienes evidenciaron en su estudio que el apoyo social se relaciona positivamente con los niveles de autoeficacia en pacientes en HD, señalando que, contar con redes de apoyo sólidas proporciona a los pacientes herramientas emocionales y prácticas que les permiten afrontar de manera eficaz las situaciones complejas derivadas de su condición de salud, lo cual favorece el desarrollo de la resiliencia psicológica y la capacidad de

autogestión de la salud, aspectos fundamentales para mantener un buen nivel de confianza en sus habilidades para cuidar de sí mismo (147).

En síntesis, a partir de la relación causal reportada en la evidencia científica entre el apoyo social y la respuesta humana estudiada, es posible interpretar que el apoyo social inadecuado corresponde a un FE del DE IAS en pacientes sometidos a HD, debido a que los pacientes que no reciben respaldo emocional, palabras de aliento ni reconocimiento de sus esfuerzos por parte de los miembros de su entorno familiar y/o social enfrentan mayores dificultades para gestionar su salud, debilitando así su confianza y compromiso para manejar adecuadamente su enfermedad.

Además, la ausencia de modelos que promuevan hábitos saludables, los ambientes de tensión y sobreprotección que obstaculizan el desarrollo de la autonomía del paciente, debilitan la confianza y compromiso para manejar adecuadamente su enfermedad, influyendo en la percepción de competencia personal reduciendo así el nivel de autoeficacia en la persona. Asimismo, el hecho de no tener pareja, afecta la esfera emocional del individuo, por lo que, puede experimentar sentimientos de soledad y desamparo, reduce la motivación, energía y su capacidad para ejecutar acciones con el fin de mantener adecuadamente su enfermedad provocando una menor adherencia al tratamiento y un peor pronóstico clínico.

8.3. FACTORES ETIOLÓGICOS DE TIPO FISIOLÓGICOS

Según Gutiérrez - Barreiro et al (2019) y, Barreiro y Lopes (2021) los FE del DE IAS de tipo fisiológicos son repuestas del cuerpo que se generan ante la presencia de factores de riesgo, antecedentes patológicos, cuando se cursa por una enfermedad, complicación o acontecimientos traumáticos que influyen negativamente en la confianza de las propias capacidades de los pacientes de ejecutar las acciones necesarias para afrontar un proceso patológico (12) (43). En la evidencia científica revisada se encontraron 5 elementos causales interpretados como FE del diagnóstico analizado de tipo fisiológico. Seguidamente, se analiza cada uno.

8.3.1. Edad.

Según Barreiro y Lopes (2021), las personas jóvenes presentan menores niveles de autoeficacia ya que no tienen suficiente pericia gestionando condiciones de salud complejas y crónicas como la ERC o tratamientos como la HD, esta inhabilidad afecta una de las fuentes de la autoeficacia como es la experiencia de dominio, lo cual puede llevar a las personas a dudar de sus capacidades y sentirse inseguros de adoptar conductas para el mantenimiento de su salud, lo que puede limitar su adherencia al tratamiento y a las recomendaciones de dieta y medicación, haciendo que en ocasiones requieran de una tercera persona que les vigile o controle estas actividades (43) (84).

De acuerdo con lo anterior, Clark et al (2014) realizaron su estudio con 122 pacientes en HD de 13 unidades renales en Pensilvania hallaron que las personas más jóvenes presentaban menor autoeficacia para seguir una dieta estricta baja en

sodio (93). Además, hallazgos similares fueron encontrados por Hu et al (2018) quienes tuvieron una muestra de 151 pacientes en HD de 17 unidades renales en Pensilvania, obteniendo como resultado que las personas jóvenes presentan menor confianza para seguir las recomendaciones dietéticas, debido a que esta población tiene una vida social más activa, con actividades como salir a comer con sus amigos, lo que implica situaciones que dificultan el cumplimiento de las restricciones alimenticias, afectando negativamente su percepción de autoeficacia con relación a seguir una dieta equilibrada (94).

Por otro lado, la edad avanzada implica cursar un proceso natural de envejecimiento que, frecuentemente, se acompaña de síntomas de debilidad y pérdida de capacidades físicas y cognitivas. (148) (149). Según Barreiro y Lopes (2021), estos indicativos de deterioro afectan la fuente de autoeficacia de estados fisiológicos y emocionales, puesto que los adultos mayores se autoperciben incapaces de realizar las acciones necesarias que les permitan mejorar o mantener su estado de salud por su condición somática (43).

De ese modo, se ha evidenciado que los adultos mayores presentan múltiples comorbilidades que interfieren en el proceso de salud-enfermedad, lo que disminuye aún más la capacidad de poder realizar por sí solos actividades para gestionar su estado de salud (150). En relación con lo anteriormente mencionado, Qalawa et al (2022) realizaron una pesquisa de tipo descriptiva comparativa con un total de 210 pacientes en unidades de HD en Puerto Said, Egipto y Arabia Saudita encontraron que los pacientes con edad avanzada presentaban menores puntuaciones de autoeficacia (90).

Conclusiones afines presentaron Mousa et al (2018), quienes en su investigación transversal con 301 pacientes de 12 unidades de HD en Cisjordania, en la que hallaron que quienes tenían edad avanzada presentaban menor autoeficacia (46). Asimismo, Kazak at al (2022) llevaron a cabo su estudio en los hospitales estatales de Eskisehir y Gumushane, Turquía con la participación de 198 pacientes que recibían HD en los que identificaron una relación negativa entre la edad avanzada y los niveles de autoeficacia (122).

Con base en lo descrito anteriormente respecto a los dos factores analizados, es posible concluir que la edad constituye una variable dual en relación con la autoeficacia en salud de los pacientes con ERC en HD. Esto significa que ambos extremos del ciclo vital pueden afectar negativamente la autopercepción de las capacidades para cuidar su salud y mantener la enfermedad bajo control.

En el caso de los pacientes más jóvenes, la falta de experiencia puede dificultar la emisión de juicios realistas sobre sus propias capacidades, lo que afecta su confianza y motivación para asumir un rol activo en el autocuidado. Por otro lado, los pacientes de mayor edad o adultos mayores tienden a percibir una disminución

de sus capacidades físicas y cognitivas, lo cual también incide negativamente en su juicio de autoeficacia para gestionar su salud de manera adecuada.

8.3.2. Multimorbilidad. Se entiende como multimorbilidad la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que se pueden presentar de manera concomitante o como complicaciones de una patología principal, se asocia a un resultado negativo en salud y como consecuencia la gestión clínica es más compleja, llegando a requerir tratamientos invasivos y la toma de varios medicamentos al día, lo cual afecta negativamente la calidad de vida del paciente repercutiendo en el nivel de autoeficacia para la autogestión de su patología (151).

De esa manera, los autores Mousa et al (2018), en su estudio transversal, determinaron los factores asociados a la baja autoeficacia y calidad de vida en 283 pacientes sometidos a HD de Palestina y en sus resultados evidenciaron que las personas con más de tres comorbilidades se auto percibían incapaces de poder gestionar su estado de salud positivamente por la carga negativa de las diferentes enfermedades sobre su calidad de vida (46).

Por otro lado, en un contexto clínico diferente, Buck et al (2015), llevaron a cabo su estudio con una muestra de 628 pacientes italianos que estaban diagnosticados con insuficiencia cardiaca en el que se logró evidenciar que una mayor comorbilidad se relaciona negativamente con la autoeficacia percibida y la realización de actividades específicas orientadas a mantener su autocuidado (152).

Por lo anterior, se concluye que la multimorbilidad es un efecto predictivo del DE IAS en pacientes con ERC en HD ya que la coexistencia de múltiples enfermedades se relaciona con la presencia de un número mayor de síntomas y deterioro fisiológico, impone una carga considerable en las diversas dimensiones de la vida personal del paciente, lo cual lo lleva a enfrentar desafíos complejos y demandantes relacionados a la adherencia simultánea a varios tratamientos extensos, cumplimiento de regímenes terapéuticos estrictos y estilos de vida saludables para evitar exponerse a complicaciones. Es así que, la presencia de múltiples enfermedades incide en la vitalidad y capacidades físicas y cognitivas para tener el control de cada una de sus patologías, lo que resulta oneroso e impacta negativamente en la percepción de su propia capacidad para manejar eficazmente estos acontecimientos de salud.

9. CONCLUSIONES

Siguiendo la metodología propuesta en la RIL, fue posible alcanzar el objetivo propuesto, y fueron identificados 10 elementos causales de inadecuadas perspectivas de autoeficacia en el contexto de salud específicamente en pacientes con ERC en HD. Se analizo una muestra total de 12 artículos de enfoque cuantitativo ejecutados por profesionales de medicina y enfermería, destacando que en su mayoría fueron estudios realizados por profesionales de enfermería, resaltando el rol y el interés investigativo de esta disciplina hacia el comportamiento de este fenómeno en la población renal.

Es importante mencionar que durante la búsqueda de la literatura no se encontró en la evidencia científica reportes del fenómeno como "factores etológicos" del "diagnóstico de enfermería", no obstante, esto puede deberse a la novedad del DE IAS. Sin embargo, mediante la metodología propuesta en esta RIL se encontraron diferentes elementos causales que fueron interpretados como FE para esta respuesta humana analizada los cuales se categorizaron en socioeconómicos, fisiológicos y cognitivos. Asimismo, esta investigación integró las diferentes denominaciones que correspondían al mismo factor descrito en la evidencia en un solo término debido a que en la literatura científica se han analizado de manera individual, lo que resalta el aporte de esta pesquisa para el lenguaje estandarizado, el cual es crucial para la continuidad de los cuidados de enfermería dirigidos a los pacientes en HD.

De esta manera, los elementos causales interpretados como FE del DE IAS que fueron reportados con mayor frecuencia dentro de la evidencia revisada fueron los de tipo cognitivos y socioeconómicos con un total factores 4 respectivamente. Los FE de naturaleza cognitiva son: *Experiencias de fracaso al adoptar conductas saludables, Dificultades auto percibidas en la ejecución de acciones de salud, Inadecuada alfabetización en salud, Personas sin religión*. Dentro de los elementos causales de tipo socioeconómicos del DE IAS se encontraron: *Situación económica precaria, reducción o pérdida de las capacidades para desempeñar un rol laboral, Individuos con bajo nivel educativo, apoyo social inadecuado*. Y por último, los factores de carácter fisiológico fueron: *Multimorbilidad* y la e*dad* destacando que este último elemento causal incide en la percepción de autoeficacia para cuidar de la propia salud, en las personas con ERC en HD cuando se encuentran en la franja etaria de personas jóvenes por falta de experiencia y los adultos mayores o vejez, ya que la percepción d pérdida de capacidad física e cognitiva, inciden de manera directa sobre la emoción de juicios de las capacidades personales para gestionar su estado de bienestar.

Por otro lado, al comparar los FE del DE IAS presentes en la NANDA-I con los hallados en la presente revisión, se encontró que, de los 10 factores reportados en la evidencia, 5 corresponden a FE presentes dentro de la estructura diagnóstica de la IAS publicada en esta clasificación diagnóstica. Por consiguiente, se destaca que

fueron identificados 5 nuevos elementos causales de esa respuesta humana en el contexto clínico de personas con ERC en HD: *experiencias de fracaso al adoptar conductas saludables, dificultades auto percibidas en la ejecución de acciones de salud, personas sin creencias religiosas, situación económica precaria y reducción o perdida de las capacidades personales para desempeñar un rol laboral*.

En síntesis, lo anterior representa un importante aporte, ya que los factores identificados en este estudio permiten complementar la etiología de este diagnóstico, ya que los FE contemplados en la NANDA-I para el DE IAS, corresponden a FE validados teórica, metodológica y clínicamente en pacientes con HTA. Por consiguiente, la identificación de factores que condicionan una baja autoeficacia en pacientes con ERC en HD, promueve una visión más amplia y mayor comprensión de los diferentes predictores de esta respuesta humana en estos pacientes, aportando conocimiento relevante para el abordaje integral de esta población en la práctica clínica de enfermería, lo que favorecería a estos individuos con planes de cuidados más eficaces y pertinentes.

Asimismo, a partir de los resultados obtenidos es este estudio se pueden crear espacios de reflexión sobre la labor asistencial de los profesionales de enfermería, ya no se limita exclusivamente a la atención de variables fisiopatológicas durante el procedimiento de HD, sino que también implica la evaluación integral de otros aspectos que puedan afectar o complicar el estado de salud de sus pacientes, como es el caso de la inadecuada autoeficacia para el cuidado de la salud. Este estudio aporta herramientas valiosas que permiten comprender los elementos relacionados a este DE, favoreciendo la planeación de intervenciones oportunas y efectivas a través del proceso de atención de enfermería, que contribuyan a la mejora del estado de salud y la calidad de vida de esta población.

10. RECOMENDACIONES

Se recomienda que los profesionales de enfermería incorporen en sus valoraciones integrales la identificación de los factores socioeconómicos, fisiológicos y cognitivos que afectan la autoeficacia, de manera que puedan planear cuidados individualizados y educativos que promuevan la confianza en las propias capacidades lo cual es crucial para mejorar la autonomía y el autocuidado en esta población.

De igual forma, que a partir de los hallazgos de esta pesquisa de se desarrollen investigaciones primarias, encaminadas a validar metodológica y clínicamente los factores identificados que conllevan a que las personas con ERC en HD se sientan incapaces de realizar actividades para gestionar su propia salud. Asimismo, se sugiere que futuros estudios aborden el desarrollo de instrumentos de valoración, que respondan a las características y necesidades específicas de los pacientes en HD. Además, se requieren estudios que diseñen, implementen y evalúen intervenciones eficaces dirigidas específicamente a modificar estos FE, con el fin de fortalecer la autoeficacia y, en consecuencia, mejorar la adherencia al tratamiento, alcances de las metas terapéuticas de la HD y la calidad de vida de esta población.

11. LIMITACIONES

Durante el desarrollo de la RIL se evidenciaron las siguientes limitaciones y dificultades, en primer lugar, una dificultas encontrada corresponde a que en la búsqueda de la literatura no se encontró en la evidencia científica reportes del fenómeno específicamente como “factores etológicos” del “diagnóstico de enfermería”, debido a que el DE IAS fue recientemente validado e incorporado a la NANDA-I. ante esta problemática, se establecieron estrategias metodológicas para identificar los diferentes elementos causales que fueron interpretados como FE para esta respuesta humana analizada en la población con ERC en HD.

En segundo lugar, aunque se incluyeron bases reconocidas como PubMed, Scopus y CINAHL, es posible que la exclusión de otras fuentes haya limitado la exhaustividad de la búsqueda y con ello la identificación de otros estudios, así mismo, se evidenció una reducida cantidad de publicaciones que aborden directamente la inadecuada autoeficacia en el contexto de pacientes con ERC en HD.

Por otro lado, se destaca la que la búsqueda de la literatura fue realizada en español, inglés, y portugués lo que pudo haber excluido estudios relevantes publicados en otras lenguas lo cual puede limitar la revisión y la posibilidad de integrar hallazgos de contextos culturales diferentes.

Sin embargo, estas limitaciones y dificultades no impidieron en el cumplimiento de los objetivos propuestos en esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quiroga B, Rodríguez JR, de Arriba G. Insuficiencia renal crónica. Medicina - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2015;11(81):4860-7. https://10.1016/j.med.2015.06.004

2. Pillajo BL, Guacho JS, Moya IR. La enfermedad renal crónica. Revisión de la literatura y experiencia local en una ciudad de Ecuador. Rev Colomb Nefrol 2021,8(3). https://doi.org/10.22265/acnef.8.3.396

3. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS ONE. 2016;11(7):e0158765. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158765

4. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Carga de Enfermedades Renales. [Internet]. s.f. [citado 23 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedes-renales

5. Cuenta de Alto Costo. Enfermedad Renal Crónica ERC. [Internet]. 2019 [citado 23 de febrero de 2024]. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/erc/

6. Rodrigo B. Prevención y tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC). Rev Médica Clínica Las Condes. 2010;21(5):779-89. https://doi.org/:10.1016/S0716-8640(10)70600-3

7. Ruiz M, Auxiliadora M. Estudio del estado emocional de los pacientes en hemodiálisis. Enferm Nefrológica. 2017;20(1):48-56. https://doi.org/10.4321/S2254-28842017000100007

8. Porto I. La afectación social en la enfermedad renal crónica. Aportes desde el trabajo social sanitario. Universitat Oberta de Catalunya (UOC). 2020. Disponible en: https://hdl.handle.net/10609/121886

9. Laguado E. Perfil del cuidador del paciente con Enfermedad Renal Crónica: una revisión de la literatura. Enferm Nefrológica. 2019;22(4):352-9. https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000400002

10. Linge AD, Bjorkly SK, Jensen C, Hasle B. Bandura's Self-Efficacy Model Used to Explore Participants' Experiences of Health, Lifestyle, and Work After Attending a Vocational Rehabilitation Program with Lifestyle Intervention – A Focus Group Study. J Multidiscip Healthc. 2021;14:3533-48. https://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S334620

11. Smith MJ, Liehr PR, editors. Middle range theory for nursing [Internet]. New York: Springer Publishing Company; 2013;(3):197-223. Disponible en : https://stikespanritahusada.ac.id/wp-content/uploads/2017/04/Mary-Jane-Smith-PhD-RN-Patricia-R.-Liehr-PhD-RN-Middle-Range-Theory-for-Nursing_-Third-Edition-Springer-Publishing-Company-2013.pdf

12. Barreiro R, Lopes M, Cavalcante L. Middle-Range Theory for the Nursing Diagnosis of Low Self-Efficacy in Health. Rev Bras Enferm. 2020;73(5):e20190370. https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0370

13. Jager KJ, Kovesdy C, Langham R, Rosenberg M, Jha V, Zoccali C. A single number for advocacy and communication—worldwide more than 850 million individuals have kidney diseases. Kidney Int. 2019;96(5):1048-50. https://dx.doi.org/10.1016/j.kint.2019.07.012

14. Rocha JO. Enfermedad renal crónica (ERC), entre las de alto costo en Colombia. Universidad de los Andes - Colombia. 2022 [citado 8 de marzo de 2024]. Disponible en: https://uniandes.edu.co/es/noticias/salud-y-medicina/enfermedad-renal-cronica-erc-entre-las-de-alto-costo-en-colombia

15. Rico J, Yama E, Robayo A, Gustavo M, Arango J, Barros L, et al. Situación de la enfermedad renal crónica en Colombia. Nefrol Latinoam. Nefro Latinoam. 2022;19. https://dx.doi.org/10.24875/NEFRO.M24000055

16. Mezzano A, Aros E. Enfermedad renal crónica: clasificación, mecanismos de progresión y estrategias de renoprotección. Rev Médica Chile. 2005;133(3):338-48. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000300011

17. García R, Bover J, Segura J, Goicoechea M, Cebollada J, Escalada J, et al. Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad

renal crónica. Nefrología. 2022;42(3):233-64. http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2021.07.010

18. Martín de Francisco AL, Sellarés VL. (Eds). Enfermedad Renal Crónica. Nefrología al día [Internet]. s.f. [citado 27 de marzo de 2024]. Disponible en: https://nefrologiaaldia.org/es-articulo-enfermedad-renal-cronica-654

19. Andreu D, Hidalgo Blanco M, Moreno M. La supervivencia de las personas sometidas a diálisis. Enferm Nefrológica. diciembre de 2013;16(4):278-80.

20. Treviño A. Tratamientos sustitutivos en enfermedad renal: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal. Cir Cir. 2009;77(5):411-5. Disponible en: https://www.enfermerianefrologica.com/revista/article/view/4178

21. Rodríguez E, Pascual J. Acute kidney injury, when to dialyze critically ill patients?. Nefrol Publicacion Of Soc Espanola Nefrol. 2017;37(6):563-6. http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2016.12.002

22. Teruel J, Fernández M, Marcén R, Torrente J, González E, Zarraga S, et al. Valoración de la función renal e indicaciones para el inicio de diálisis. Nefrología. 2009;29:38-43. http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.2009.29.S.1.5636.en.full

23. Lorenzo V, López J (Eds). Iniciación a la diálisis. Elección de modalidad, acceso y prescripción. Nefrología al Día. [Internet]. 2019 [citado 28 de marzo de 2024]. Disponible en: http://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-iniciacion-dialisis-eleccion-modalidad-acceso-236

24. Martín P, Errasti P. Trasplante renal. An Sist Sanit Navar. 2006;29:79-91. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000400008&lng=es

25. Mejía R, Durán J, Ortega M, Joza C, Larrea M, Vallejo V. Complicaciones de los pacientes sometidos a tratamiento de hemodiálisis. RECIMUNDO. 2019;3(3 ESP):1042-56. http://dx.doi.org/10.26820/recimundo/3.(3.Esp).noviembre.2019.1042-1056

26. Aránega S, Guillén I, Blanco M, Crespo R, Guillén I. Aspectos psicosociales del paciente en diálisis. Una revisión bibliográfica. Enferm Nefrológica. 2022;25(3):216-27. https://dx.doi.org/10.37551/52254-28842022022

27. Rodríguez L, Intriago J, Martínez H, Durán S. El Soporte familiar y el estado emocional del paciente con Enfermedad Renal Crónica Manadiálisis Portoviejo. Rev Científica Sinapsis [Internet]. 2018;2(13). https://doi.org/10.37117/s.v2i13.145

28. Julian Mauro JC, Molinuevo Tobalina JA, Sánchez González JC. La situación laboral del paciente con enfermedad renal crónica en función del tratamiento sustitutivo renal. Nefrología. 2012;32(4):439-45. https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Apr.11366

29. Frazão CMF de Q, Tinôco JD de S, Fernandes MI da CD, Macedo BM de, Lira ALB de C. Modificaciones corporales experimentadas por pacientes con dolencia renal crónica en hemodiálisis. Enferm Glob. 2016;15(43):289-99. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300012

30. Carhuas LHH, Mandujano DGM. Imagen Corporal Y Calidad De Vida En Pacientes Con Trasplante Renal De Un Hospital Público Callao, 2022. Tesis (Pregrado Enfermería). Universidad Ncional del Callao. 2023.

31. Jalón A, Álvarez M, Gorostidi M, Escaf S. Problemas de la esfera sexual en el paciente renal. Med Fam SEMERGEN. 2019;45(1):63-72. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.09.006

32. López SM, Robles JB, Montenegro LP, Garduño J de J, López JA. Factores de riesgo y de estilo de vida asociados a enfermedad renal crónica. Rev Médica Inst Mex Seguro Soc. 2020;58(3):305-16. https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000035

33. Cantillo CP, Blanco J de J. Agencia de autocuidado de la persona con enfermedad renal crónica en diálisis. Enferm Nefrológica. 2017;20(4):330-41. https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842017000400007

34. Kim H, Cho MK. Factors Influencing Self-Care Behavior and Treatment Adherence in Hemodialysis Patients. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(24):12934. https://dx.doi.org/10.3390/ijerph182412934

35. Casas MA, Madroñero DI, López PA, Pantoja JD. Adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con enfermedad renal crónica. Arch Venez Farmacol Ter. 2020;39(4):485-90. https://doi.org/10.5281/zenodo.4092559

36. Licht M, Almeida J, Bolivar F, Galván Y, García S. Rol del profesional de enfermería en terapias de reemplazo renal, diálisis peritoneal. MedUNAB. 2014;17(2):107-13. https://doi.org/10.29375/01237047.2088

37. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc; 1986. xiii, Pag. 617.

38. Xie Z, Liu K, Or C, Chen J, Yan M, Wang H. An examination of the socio-demographic correlates of patient adherence to self-management behaviors and the mediating roles of health attitudes and self-efficacy among patients with coexisting type 2 diabetes and hypertension. BMC Public Health. 2020;20(1):1227. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09274-4

39. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. PloS One. 2017;12(10):e0186458. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186458

40. Chagas CM, Melo G, Botelho RB, Toral N. Effects of the Rango Cards game intervention on food consumption, nutritional knowledge and self-efficacy in the adoption of healthy eating practices of high school students: a cluster randomised controlled trial. Public Health Nutr. 2020;23(13):2424-33. https://doi.org/10.1017/S136898002000053

41. Barreiro R. Validação do diagnóstico de enfermagem baixa autoeficácia em saúde. 2022. Disponible en: http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/69058

42. Barreiro R, Lopes MVDO. Validación teórica, de contenido y clínica del diagnóstica de enfermería baja autoeficacia en salud. En: Memoria XXVIII Seminario Internacional de Cuidado: “Innovación en el cuidado de enfermería: el futuro es ya”; Universidad Nacional de Colombia; 2023. p. 185–186. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/382214884

43. Barreiro R, Lopes MVDO. Baixa autoeficacia em saúde. En: Pronanda: Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: 2021;3(9):13-48. Disponible en: https://secad.artmed.com.br/blog/enfermagem/baixa-autoeficacia-em-saude/

44. shahrbabaki PM, Iari LA, Abolghaseminejad P, Dehghan M, Gholamrezaei E, Zeidabadinejad S. The relationship between the COVID-19 anxiety and self-efficacy of patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study. BMC Psychol. 2023;11:341. https://doi.org/10.1186/s40359-023-01386-x

45. Berma A, Abo El-Ata AB, Wahba NM, Elmwafy RI. Relation Between Stressors, Coping Strategies And Self-Efficacy Among Patients Undergoing Hemodialysis. Port Said Sci J Nurs. 2021;8(1):122-41. https://doi.org/10.21608/pssjn.2021.62243.1084

46. Mousa I, Ataba R, Al-ali K, Alkaiyat A, Zyoud SH. Dialysis-related factors affecting self-efficacy and quality of life in patients on haemodialysis: a cross-sectional study from Palestine. Ren Replace Ther. 2018;4(1):21. https://doi.org/10.1186/s41100-018-0162-y

47. Lai PC, Wu SFV, Alizargar J, Pranata S, Tsai JM, Hsieh NC. Factors Influencing Self-Efficacy and Self-Management among Patients with Pre-End-Stage Renal Disease (Pre-ESRD). Healthcare. 2021;9(3):266. https://doi.org/10.3390/healthcare9030266

48. Thomas CV, de Castro EK. Personality factors, self-efficacy and depression in chronic renal patients awaiting kidney transplant in Brazil. Interamerican Journal of Psychology. 2014;48(1):119-28. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28432716013

49. Fawcett J. The State of Nursing Science: Hallmarks of the 20th and 21st Centuries. Nurs Sci Q. 1999;12(4):311-5. https://doi.org/10.1177/089431849901200411

50. Communications E. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2024-2026 [Internet]. [citado 11 de octubre de 2024]. Disponible en:https://medone.thieme.com/ebooks/cs_22967189?context=search#/ebook_cs_22967189_cs70

51. Barreiro RG, de Oliveira Lopes MV. Content validity of the nursing diagnosis low self-efficacy in health. Int J Nurs Knowl. 2023;34(3):216-25. https://doi.org/10.1111/2047-3095.12395

52. Pereyra C, Pardo C, Trueba D, Mur J, Rivas A, Páez Vargas N. Autoeficacia: una revisión aplicada a diversas áreas de la psicología. Ajayu. 2018;16(2):299-325. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612018000200004

53. Ammirati AL. Chronic Kidney Disease. Rev Assoc Médica Bras. 2020;66(suppl 1):s03-9. http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.66.S1.3

54. Stevens PE, Ahmed SB, Carrero JJ, Foster B, Francis A, Hall RK, et al. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024;105(4):S117-314. http://dx.doi.org/10.1016/j.kint.2023.10.018

55. Elliott DA. Hemodialysis. Clin Tech Small Anim Pract. 2000;15(3):136-48. https://doi.org/10.1053/svms.2000.18297

56. Su JJ, Masika GM, Paguio JT, Redding SR. Defining Compassionate Nursing Care. Nurs Ethics. 2020 27(2):480-493. http://dx.doi.org/10.1177/0969733019851546

57. Cabal E. VE. Enfermería Como Disciplina. Rev. Colomb. Enferm. 2011;6:73-81. https://doi.org/10.18270/rce.v6i6.1436

58. Carvalho da Silva CM, Lopes de Azevedo S, Cavalcanti Valente GS, Machado TF Rosas AM, Marinho Chrizóstimo M. Diagnósticos de enfermería como instrumentos en la formación del enfermero: una revisión de la literatura. Enferm glob. 2009;(17). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300020&lng=es

59. Santos I dos, Rocha R de PF, Berardinelli LMM. Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. Rev Bras Enferm. 2011;64:335-42. https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000200018

60. Diagnosticos estandarizados de enfermeria: clasificacion de valores determinantes [Internet]. 2024. Disponible en: https://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/76508/Diagn%C3%B3sticos+enfermeros

61. Herdman TH, Kamitsuru S. Takáo CL. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones Y Clasificación 2021-2023. Edición Hispanoamericana. Elsevier Health Sciences; 2021. Disponible en: https://books.google.com.co/books?id=0dY7EAAAQBAJ

62. Sarkar U, Ali S, Whooley MA. Self-Efficacy as a Marker of Cardiac Function and Predictor of Heart Failure Hospitalization and Mortality in Patients With Stable Coronary Heart Disease: Findings From the Heart and Soul Study. Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc. 2009;28(2):166. https://doi.org/10.1037/a0013146

63. Fatigue - MeSH - NCBI [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68005221

64. Adulto mayor - MeSH - NCBI [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=older+adult

65. Alvarado-García AM, Salazar-Maya ÁM. Aging concept analysis. Gerokomos. 2014;25(2):57-62. https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002

66. Stress, Physiological - MeSH - NCBI [Internet]. [citado 6 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68013312

67. Pain - MeSH - NCBI [Internet]. [citado 6 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68010146

68. González M. Modelo de Representación de la Enfermedad y Salud. ¿Se aplicaría a las enfermedades crónicas de las vías digestivas? G E N. 2017;71(4):137-42. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032017000400005&lng=es&nrm=iso

69. Ávila-Sansores GM, Gómez-Aguilar P, Yam-Sosa AV, Vega-Argote G, Franco-Corona BE. Un enfoque cualitativo a las barreras de adherencia terapéutica en enfermos crónicos de Guanajuato, México. Aquichan. 2013;13(3):373-86. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972013000300006&lng=e&nrm=iso&tlng=es

70. Guerrero-Alcedo JM, Parra-Soteldo LR, Mendoza-Oropeza JC. Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis.

Rev Cuba Salud Pública. 2016;42(2):193-203. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662016000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

71. Bailey-Robert A, Pfeifer M, Shillington AC, Harshaw Q, Funnell MM, VanWingen J, et al. Effect of a patient decision aid (PDA) for type 2 diabetes on knowledge, decisional self-efficacy, and decisional conflict. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):10. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1262-4

72. Pablo J, Fuentes O, Barra Almagiá E. Creencias compensatorias de salud: implicaciones para la salud y la adherencia al tratamiento. 2017;27:207-11. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/318930302_Creencias_compensatorias_de_salud_implicaciones_para_la_salud_y_la_adherencia_al_tratamiento_Compensatory_health_beliefs_Implications_for_health_and_treatment_adherence

73. Storm V, Reinwand D, Wienert J, Kuhlmann T, De Vries H, Lippke S. Brief report: Compensatory health beliefs are negatively associated with intentions for regular fruit and vegetable consumption when self-efficacy is low. J Health Psychol. 2017;22(8):1094-100. https://doi.org/10.1177/1359105315625358

74. Asale R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Fracaso. [citado 1 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://dle.rae.es/fracaso

75. Omelas M, Blanco H, Viciana J, Rodríguez JM. Percepción de Autoeficacia en la Solución de Problemas y Comunicación Científica en Universitarios de Ingeniería y Ciencias Sociales. Form Univ. 2015;8(4):93-100. https://doi.org/10.4067/S0718-50062015000400011

76. Hevia F. Confianza y desconfianza en el sistema público de salud en México. Rev Chil Salud Pública. 2006;10(2):107-11. Disponible en : https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/view/2806

77. Fear - MeSH - NCBI [Internet]. [citado 6 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68005239

78. Braga CG, Cruz D de ALM da. Instrumento de Medida do Sentimento de Impotência para pacientes adultos. Rev Esc Enferm USP. Diciembre de 2009;43:1063-70. https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500010

79. Anxiety - MeSH - NCBI [Internet]. [citado 6 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68001007

80. Barrera-Ortiz L, Campos MS, Gallardo-Solarte K, Coral-Ibarra R del C, Hernández-Bustos A. Soporte social percibido por las personas con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares en cinco macro regiones geográficas de Colombia. Univ Salud. 2016;18(1):102-12. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972013000300006&lng=e&nrm=iso&tlng=es

81. Oliveira-Rodrigues L, Andrade-Araujo J, Martins-Guedes J, Costa-Silva M. Mensuração da desigualdade educacional entre os municípios nordestinos. 2017. Disponible en: https://www.scielo.br/j/rec/a/BStZQyRq87MyPMrGLfVSwbx/

82. Ministerio de Educación. Sistema educativo colombiano. [Internet]. [citado 1 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1780/w3-article-233839.html?_noredirect=1

83. Krueger PM, Tran MK, Hummer RA, Chang VW. Mortality Attributable to Low Levels of Education in the United States. PLoS One. 2015. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131809

84. Avendaño-Monje MJ, Barra-Almagiá E. Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. Ter Psicológica. 2008;26(2):165-72. https://doi.org/10.4067/S0718-48082008000200002

85. Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Revisión integradora: método de investigación para la incorporación de evidencias en la salud y la enfermería. Texto Contexto - Enferm. 2008; 17:758-64. https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018

86. Scopus. Methodological update of integrative reviews: an emphasis on the quality of the results [Internet]. [citado 12 de septiembre de 2024]. Disponible en:

https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85145983544&origin=inward&txGid=c539f12ac9316ae6d29e7dd3875bdb51

87. Rojas-Villegas Y, Ruíz-Martínez AO, González-Sotomayor R. Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. Rev Psicol. 2017. Disponible en: https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/46859

88. Contreras F. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis. 2008;18. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/291/29118203.pdf

89. Barreiro RG, Lopes MV de O. Clinical Validation of the Nursing Diagnosis «Inadequate Health Self-Efficacy» in People with Hypertension. J Clin Nurs. 2024. https://doi.org/10.1111/jocn.17418

90. Qalawa SA, Eltahry SI, Aly AA. Self-efficacy among patients with hemodialysis during the COVID-19 pandemic. J Med Life. 2022;15(6):797-804. https://doi.org/10.25122/jml-2021-0405

91. Almutary H, Tayyib N. Evaluating Self-Efficacy among Patients Undergoing Dialysis Therapy. Nurs Rep. 2021;11(1):195-201. https://doi.org/10.3390/nursrep11010019

92. Oktarina Y, Sulistiawan A. The Self-Efficacy in Hemodialysis Patients. En Atlantis Press; 2020. p. 430-3. Disponible en: https://www.atlantis-press.com/proceedings/sicph-19/125941348

93. Hu L, St-Jules DE, Popp CJ, Sevick MA. Determinants and the Role of Self-Efficacy in a Sodium-Reduction Trial in Hemodialysis patients. J Ren Nutr Off J Counc Ren Nutr Natl Kidney Found. 2019;29(4):328-32. https://doi.org/10.1053/j.jrn.2018.10.006

94. Clark-Cutaia MN, Ren D, Hoffman LA, Burke LE, Sevick MA. Adherence to Hemodialysis Dietary Sodium Recommendations: Influence of Patient Characteristics, Self-Efficacy and Perceived Barriers. J Ren Nutr Of Nutr Natl Kidney Found. 2014;24(2):92-9 https://doi.org/10.1053/j.jrn.2013.11.007

95. Knowles SR, Apputhurai P, Jenkins Z, O'flaherty E, Ierino F, Langham R, et al. Impact of chronic kidney disease on illness perceptions, coping, self-efficacy, psychological distress and quality of life. Psychol Health Med. 2023;28(7):1963-76. https://doi.org/10.1080/13548506.2023.2179644

96. Mirmazhari R, Ghafourifard M, Sheikhalipour Z. Relationship between patient activation and self-efficacy among patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study. Ren Replace Ther. 2022;8(1):40. https://doi.org/10.1186/s41100-022-00431-6

97. Crossetti M da GO. Revisión integrativa de la investigación en enfermería, el rigor científico que se le exige. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33:10-1. https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000200002

98. Whittemore R, Knalf K; The integrative review: updated methodology - 2005 - Journal of Advanced Nursing - Wiley Online Library. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x

99. Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E. Manual for evidence synthesis. JBI. Disponible en: https://jbi-global-wiki.refined.site/download/attachments/355863557/JBI_Reviewers_Manual_2020June.pdf?download=true

100. Capili B. How Does Research Start? Am J Nurs. 2020;120(10):41-4. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000718644. 96765.b3

101. Munn Z, Stern C, Aromataris E, Lockwood C, Jordan Z. What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences. BMC Med Res Methodol. 2018; 18:5. https://doi.org/10.1186/s12874-017-0468-4

102. McAuley EA, Ross LA, Hannan-Jones MT, MacLaughlin HL. Diet quality, Self-efficacy and Health Literacy in Adults with Chronic Kidney Disease: A Cross-Sectional Study. J Ren Nutr Off J Counc Ren Nutr Natl Kidney Found. 2024;S1051-2276(24)00141-9. https://doi.org/10.1053/j.jrn.2024.06.005

103. Elsevier. Acerca de Scopus | Base de datos de resúmenes y citas. [Internet]. S.f. Disponible en: https://www.elsevier.com/es-es/products/scopus

104. Medline Overview [Internet]. U.S. National Library of Medicine; [citado 25 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.nlm.nih.gov/medline/medline_overview.html

105. Elsevier. ScienceDirect | Peer-reviewed literature | Elsevier. [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.elsevier.com/products/sciencedirect

106. Codina Ll. Science Direct: plataforma y base de datos digital de Elsevier [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.lluiscodina.com/science-direct-elsevier/

107. EBSCO. CINAHL Database | EBSCO. [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.ebsco.com/es/productos/bases-de-datos/cinahl-database

108. Elsevier. CINAHL [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/topics/nursing-and-health-professions/cinahl

109. Crowe M, Sheppard L, Campbell A. Comparison of the effects of using the Crowe Critical Appraisal Tool versus informal appraisal in assessing health research: a randomised trial. Int J Evid Based Healthc. 2011;9(4):444-9. https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2011.00237.x

110. Crowe M, Sheppard L, Campbell A. Reliability analysis for a proposed critical appraisal tool demonstrated value for diverse research designs. J Clin Epidemiol. 2012;65(4):375-83. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2011.08.006

111. Manterola C, Otzen T. Los Sesgos en Investigación Clínica. Int J Morphol. 2015;33(3):1156-64. https://doi.org/10.4067/S0717-95022015000300056

112. Ministerio de Salud. Resolución número 8430 de 1993. [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf

113. El Congreso de Colombia. Ley 266 De 1996. [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105002_archivo_pdf.pdf

114. El Congreso de Colombia. Ley 911 De 2004. [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

115. El Congreso de Colombia. Ley 1915 de 2018. [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=87419

116. Chan FHF, Newman S, Khan BA, Griva K. The role of subjective cognitive complaints in self-management among haemodialysis patients: a cross-sectional study. BMC Nephrol. 2022;23(1):363. https://doi.org/10.1186/s12882-022-02994-2

117. Malheiro P, Arruda D. Percepciones de las personas con insuficiencia renal crónica sobre la calidad de vida. Enferm Glob. 2012;11(28):257-75. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400014&lng=es

118. Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health Literacy in Primary Care Practice. Am Fam Physician. 2015;92(2):118-24. PMID: 26176370. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26176370/

119. Schrauben SJ, Cavanaugh KL, Fagerlin A, Ikizler TA, Ricardo AC, Eneanya ND, et al. The Relationship of Disease-Specific Knowledge and Health Literacy With the Uptake of Self-Care Behaviors in CKD. Kidney Int Rep. 2020;5(1):48-57. https://doi.org/10.1016/j.ekir.2019.10.004

120. Wu SFV, Hsieh NC, Lin LJ, Tsai JM. Prediction of self-care behaviour on the basis of knowledge about chronic kidney disease using self-efficacy as a mediator. J Clin Nurs. 2016;25(17-18):2609-18. https://doi.org/10.1111/jocn.13305

121. Zou H, Liu J, Jiang D, Hou L, Wang W, Zhang L. The Effect of Health Literacy on Disease Management Self-Efficacy in Chronic Disease Patients: The Mediating Effects of Social Support and the Moderating Effects of Illness Perception. Patient Prefer Adherence. 2024;18:657-66. https://doi.org/10.2147/PPA.S447320

122. Kazak A, Özkaraman A, Topalı H, Duran S. Evaluation of the relationship between health literacy and self-efficacy: A sample of hemodialysis patients. Int J Artif Organs.2022;45(8):659-65. https://doi.org/10.1177/03913988221108754

123. Masoompour M, Tirgari B, Ghazanfari Z. The Relationship between Health Literacy, Self-Efficacy, and Self-Care Behaviors in Diabetic Patients. Evid Based Care. 2017;7(3):17-25. https://doi.org/10.22038/ebcj.2017.24826.1551

124. Striberger R, Axelsson M, Kumlien C, Zarrouk M. Health literacy in patients with intermittent claudication in relation to clinical characteristics, demographics, self-efficacy and quality of life – A cross-sectional study. J Vasc Nurs. 2022;40(3):121-7. https://doi.org/10.1016/j.jvn.2022.09.001

125. Chen LC, Tu IT, Yu IC, Tung TH, Huang HP, Lin YC, et al. The explorations of the awareness, contemplation, self-Efficacy, and readiness of advance care planning, and its predictors in Taiwanese patients while receiving hemodialysis treatment. BMC Palliat Care. 2022;21(1):180. https://doi.org/10.1186/s12904-022-01063-7

126. Nurbadriyah WD, Nursalam, Widyawati IY. Do spiritual religious coping strategies affect quality of life in patients with chronic kidney disease? A systematic review. JPMA J Pak Med Assoc.2023;73:S148-52. https://doi.org/10.47391/JPMA.Ind-S2-34

127. Valcanti CC, Chaves E de CL, Mesquita AC, Nogueira DA, de Carvalho EC. [Religious/spiritual coping in people with chronic kidney disease undergoing hemodialysis]. Rev Esc Enferm U P.2012;46(4):838-45. https://doi.org/10.1590/s0080-62342012000400008

128. Pilger C, Molzahn AE, Pilotto de Oliveira M, Kusumota L. The Relationship of the Spiritual and Religious Dimensions with Quality of Life and Health of Patients with Chronic Kidney Disease: An Integrative Literature Review. Nephrol Nurs J J Am Nephrol Nurses Assoc. 2016;43(5):411-26. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30550069/

129. Bravin AM, Trettene ADS, Andrade LGM de, Popim RC. Benefits of spirituality and/or religiosity in patients with Chronic Kidney Disease: an integrative review. Rev Bras Enferm. 2019;72(2):541-51. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0051

130. Eloia SMC, Ximenes MAM, Eloia SC, Galindo Neto NM, Barros LM, Caetano JÁ. Religious coping and hope in chronic kidney disease: a randomized controlled

trial. Rev Esc Enferm U P. 2021;55:e20200368. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0368

131. Desveaux L, Lee A, Goldstein R, Brooks D. Yoga in the Management of Chronic Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. Med Care. 2015;53(7):653-61. https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000372

132. Noghani F, Fereidouni Sarijeh P, Sahrif Nia H. The Effect of Spiritual Therapy on Hope and Self-efficacy of Hemodialysis Patients. Evid Based Care. 2024;13(4):40-6. https://doi.org/10.22038/EBCJ.2023.71459.2862

133. Güvener YÖ, Gümüştekin K. Self-Efficacy and Spiritual Care Needs of Individuals Receiving Hemodialysis. GEVHER NESIBE J Med Health Sci. 2024;9(3):403-10. https://doi.org/10.5281/zenodo.13623815.

134. Xie J, Ding S, Liu L, Liu Z, Zhang Q, Duan Y, et al. Health beliefs of salt intake among patients undergoing haemodialysis. J Ren Care. 2017;43(4):235-41. https://doi.org/10.1111/jorc.12211

135. Whitley MD, Herman PM, Aliyev GR, Sherbourne CD, Ryan GW, Coulter ID. Income as a predictor of self-efficacy for managing pain and for coping with symptoms among chronic low back pain patients. J Manipulative Physiol Ther. 2021;44(6):433-44. https://doi.org/10.1016/j.jmpt.2021.05.004

136. Nicholas SB, Kalantar-Zadeh K, Norris KC. Socioeconomic Disparities in Chronic Kidney Disease. Adv Chronic Kidney Dis.2015;22(1):6-15. https://doi.org/10.1053/j.ackd.2014.07.002

137. Ritte RE, Lawton P, Hughes JT, Barzi F, Brown A, Mills P, et al. Chronic kidney disease and socio-economic status: a cross sectional study. Ethn Health. 2020;25(1):93-109. https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1395814

138. Moktan S, Leelacharas S, Prapaipanich W. Knowledge, Self-Efficacy, Self-Management Behavior of the Patients With Predialysis Chronic Kidney Disease. Ramathibodi Med J. 28 de junio de 2019;42(2):38-48. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151275

139. Almutary H, Tayyib N. Factors associated with exercise self-efficacy among people with chronic diseases. Appl Nurs Res. 2020;54:151275. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151275

140. Reyes MF, Cujiño MA, Cano D, Orozco S, Pereira Á, Díaz MC. Afrontamiento y viudez en la vejez: Estudio mixto en población colombiana. Interdisciplinaria. 2020;37(1):1-29. https://doi.org/10.16888/interd.2020.37.1.7

141. Jiménez IR, Moya MN. La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar. Enferm Glob. 2018;17(49):420-47. https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.292331

142. Medellín FMM, Rivera HME, López PJ, Kanán CMEG, Rodríguez OAR. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. Salud Ment. 2012;35(2):147-154. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000200008&lng=es.

143. Rosland AM, Heisler M, Choi H, Silveira MJ, Piette JD. Family Influences on Self-Management Among Functionally Independent Adults with Diabetes or Heart Failure: Do Family Members Hinder As Much As They Help?. Chronic illness. 2010;6(1):22-33. https://doi.org/10.1177/1742395309354608

144. Isnaini N, Sukma R, Aprilina H. The Influence of Family Support on Self Efficacy of Chronic Kidney Disease. 2021. https://doi.org/10.2991/ahsr.k.210115.095

145. Luo Z ni, Li K, Chen A qi, Qiu Y chi, Yang X xi, Lin Z wen, et al. The influence of family health on self-efficacy in patients with chronic diseases: the mediating role of perceived social support and the moderating role of health literacy. BMC Public Health. 2024;24(1):3398. https://doi.org/10.1186/s12889-024-20906-x

146. Tizana E, Wantonoro W, Widiastuti, Nguyen T. THE CORRELATION BETWEEN FAMILY SUPPORT AND SELF EFFICACY IN HEMODI- ALYSIS PATIENTS: AN INDONESIAN SAMPLE. NurseLine J. 2024;9:119-23. https://doi.org/10.19184/nlj.v9i2.52468

147. Safi F, Areshtanab HN, Ghafourifard M, Ebrahimi H. The association between self-efficacy, perceived social support, and family resilience in patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study. BMC Nephrol. 2024;25:207. https://doi.org/10.1186/s12882-024-03629-4

148. Paz CI, Ledezma BM, Rivera DM, Salazar ML, Torres MV, Patiño FR, et al. Relación de la capacidad funcional y la funcionalidad familiar con la fragilidad en adultos mayores con riesgo cardiovascular en el suroccidente colombiano. Biomédica. 2024;44(4):537-51. https://doi.org/10.7705/biomedica.7473

149. Wang Y, Jiang T, Zhou F. The Chinese version of the self-efficacy scale for daily life activities among older adults: translation, validity and reliability. Geriatr Nur (Lond). 2023;54:46-53. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.08.023

150. M CIG. Functional capacity and health: guidelines and nursing care of the elderly. Av En Enferm. 2008;26(1):43-58. Disponible en: https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12884

151. Peters M, Potter CM, Kelly L, Fitzpatrick R. Self-efficacy and health-related quality of life: a cross-sectional study of primary care patients with multi-morbidity. Health Qual Life Outcomes. 2019;17(1):37. https://doi.org/10.1186/s12955-019-1103-3

152. Buck HG, Dickson VV, Fida R, Riegel B, D'Agostino F, Alvaro R, et al. Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. Int J Nurs Stud. 2015;52(11):1714-22. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.018

153. Chazot C, Jean G. The advantages and challenges of increasing the duration and frequency of maintenance dialysis sessions. Nat Clin Pract Nephro 2009;5(1):34-44. https://doi.org/10.1038/ncpneph0979

154. Hargrove N, El Tobgy N, Zhou O, Pinder M, Plant B, Askin N, et al. Effect of Aerobic Exercise on Dialysis-Related Symptoms in Individuals Undergoing Maintenance Hemodialysis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Clinical Trials. Clin J Am Soc Nephrol .2021;16(4):560-74. https://doi.org/10.2215/CJN.15080920

155. Zazzeroni L, Pasquinelli G, Nanni E, Cremonini V, Rubbi I. Comparison of Quality of Life in Patients Undergoing Hemodialysis and Peritoneal Dialysis: a Systematic Review and Meta-Analysis. Kidney Blood Press Res. 2017;42(4):717-727. https://doi.org/10.1159/000484115

156. Zhong X, Wang X, Gao Z, Ren H. Self-efficacy status and influential factors of fluid intake in patients on maintenance hemodialysis. 2025. https://doi.org/10.1111/1744-9987.14255

ANEXOS

Anexo A. Formulario de Evaluación de Calidad de los Artículos CCAT

1. PRELIINARES		PUNTAJE
TÍTULO	1. INCLUYE OBJETIVOS DE ESTUDIO - Y DISEÑO -	
ABSTRACTO (evaluar último)	1. INFORMACIÓN CLAVE -	
	2. EQUILIBRADO -E INFORMATIVO-	
TEXTO (evaluar último)	1. DETALLES SUFICIENTES QUE OTROS PODRÍAN REPRODUCIR	
	2. PREGUNTAS SECUNDARIAS	
PUNTAJE		
2. INTRODUCCIÓN		
FONDO	1. RESUMEN DE CONOCIMIENTOS ACTUALES -	
	2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS ABORDADOS Y MOTIVOS PARA ABORDARLOS	
OBJETIVO	1. OBJETIVO(S), HIPÓTESI(S) O META(S) PRINCIPAL(ES)	
	2 . PREGUNTAS SECUNDARIAS	
¿VALE LA PENA CONTINUAR?		
PUNTAJE		#¡DIV/0!
3. DISEÑO		
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	1. DISEÑO(S) DE INVESTIGACIÓN ELEGIDO(S) Y POR QUÉ	
	2. DISEÑOS DEL (LOS) DISEÑO(S) DE INVESTIGACIÓN -	
INTERVENCIÓN TTO, EXPOSICIÓN	1. INTERVENCION(ES)/ TTO(S)/EXPOSICION(ES) ELEGIDA(S) - Y POR QUÉ -	
	2. DETALLES PRECISOS DE LA(S) INTERVENCION(ES)/TTO(S)/EXPOSICION(ES) - PARA CADA GRUPO	
	3. INTERVENCION(ES)/TTO(S)/EXPOSICION(ES) VÁLIDA(S) Y FIABLE(S)	
RESULTADO PREDICTOR, MEDIDA	1.RESULTADO(S)/PRODUCTO(S)/PREDICTOR(ES)/MEDIDA(S) ELEGIDA(S) - Y POR QUÉ	
	2. DEFINIR CLARAMENTE LOS RESULTADOS/PRODUCTOS/PREDICTORES/MEDIDAS	
	3. RESULTADO(S)/PRODUCTO(S)/PREDICTOR(ES)/MEDIDA(S) VÁLIDO(S) Y CONFIABLE(S)	
SSESGO, ETC	1. SESGO POTENCIAL -, VARIABLES DE CONFUSIÓN -, MODIFICADORES DEL EFECTO -, INTERACCIONES	
	2. GENERACIÓN DE SECUENCIA -, ASIGNACIÓN DE GRUPO -, EQUILIBRIO DE GRUPO - Y POR QUIÉN -	
	3. TRATAMIENTO EQUIVALENTE DE PARTICIPANTES/CASOS/GRUPOS -	
¿VALE LA PENA CONTINUAR?		
PUNTAJE		***#¡DIV/0!***
4. MUESTREO		
MÉTODO DE MUESTREO	1. MÉTODO(S) DE MUESTREO ELEGIDO (Y POR QUÉ)	
	2. IDONEIDAD DEL MÉTODO DE MUESTREO	
TAMAÑO DE LA MUESTRA	1. TAMAÑO DE LA MUESTRA, CÓMO SE ELEGIÓ Y POR QUÉ.	
	2. IDONEIDAD DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	
PROTOCOLO DE MUESTREO	1. POBLACIÓN(ES) OBJETIVO/REAL/MUESTRA: DESCRIPCIÓN - IDONEIDAD -	
	2. PARTICIPANTES/CASOS/GRUPOS: CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	
	3. RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES/CASOS/GRUPOS	
¿VALE LA PENA CONTINUAR?		
PUNTAJE		***#¡DIV/0!***
5. RECOPILACIÓN DE DATOS		
MÉTODO DE RECOLECCIÓN	1. METODO(S) DE RECOLECCIÓN ELEGIDO(S) - Y POR QUÉ -	
	2. IDONEIDAD DEL(LOS) MÉTODO(S) DE RECOGIDA -	
PROTOCOLO DE RECOGIDA	1. INCLUYA FECHA(S) -, UBICACIÓN(ES)-, ENTORNO(S)-, PERSONAL -, MATERIALES-, PROCESOS-	
	2. MÉTODOS PARA ASEGURAR/MEJORAR LA CALIDAD DE LA MEDICIÓN/INSTRUMENTACIÓN	
	3. GESTIONAR LA NO PARTICIPACIÓN -, BAJA-, DATOS INCOMPLETOS/PÉRDIDA-	
¿VALE LA PENA CONTINUAR?		
PUNTAJE		***#¡DIV/0!***
6. CUESTIONES ÉTICAS		
ÉTICA DEL PARTICIPANTE	1. CONSENTIMIENTO INFORMADO-, EQUIDAD-	
	2. PRIVACIDAD-, CONFIDENCIALIDAD/ANONIMATO-	
PROTOCOLO DE RECOGIDA	1. APROBACIÓN ÉTICA-, FINANCIACIÓN-, CONFLICTO(S) DE INTERESES -	
	2. SUBJETIVIDADES-, RELACIÓN(ES) CON PARTICIPANTES/CASOS -	
¿VALE LA PENA CONTINUAR?		
PUNTAJE		***#¡DIV/0!***
7. RESULTADOS		
ANÁLISIS, INTEGRACIÓN, MÉTODO DE INTERPRETACIÓN	1. TODOS LOS MÉTODOS PARA LOS RESULTADOS/PRODUCTOS/PREDICTORES PRIMARIOS ELEGIDOS, Y POR QUÉ	
	2. MÉTODOS AII ADICIONALES (POR EJEMPLO, ANÁLISIS DE SUBGRUPOS) ELEGIDOS (Y POR QUÉ)	
	3. IDONEIDAD DEL MÉTODO(S) DE ANÁLISIS/INTEGRACIÓN/ITERPRETACIÓN	
ANÁLISIS ESENCIAL	1. FLUJO DE PARTICIPANTES/CASOS/GRUPOS A TRAVÉS DE CADA ETAPA DE LA INVESTIGACIÓN	
	2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y DE OTRO TIPO DE LOS PARTICIPANTES / CASOS / GRUPOS	
	3. ANALIZAR DATOS BRUTOS -, TASA DE RESPUESTA -, NO PARTICIPACIÓN/RETIRADA/DATOS INCOMPLETOS/PERDIDOS	
RESULTADO, PRODUCTO, ANÁLISIS DE PREDICTORES	1. RESUMEN DE RESULTADOS (Y PRECISIÓN) PARA CADA RESULTADO/PRODUCTO/PREDICTOR/MEDIDA	
	2. CONSIDERACIÓN DE BENEFICIOS/DAÑOS ., RESULTADOS INESPERADOS-, PROBLEMAS/FRACASOS	
	3. DESCRIPCIÓN DE DATOS ATÍPICOS (POR EJEMPLO, CASOS DIVERSOS, EFECTOS ADVERSOS, TEMAS MENORES)	
PUNTAJE		***#¡DIV/0!***

8. DISCUSIÓN		
INTERPRETACIÓN	1. INTERPRETACIÍN DE LOS RESULTADOS EN EL CONTEXTO DE LA EVIDENCIA ACTUAL (Y DE LOS OBJETIVOS)	
	2. HACER INFERENCIAS CONSISTENTES CON LA SOLIDEZ DE LOS DATOS	
	3. CONSIDERACIÓN DE EXPLICACIONES ALTERNATIVAS PARA LOS RESULTADOS OBSERVADOS	
	4. TENGA EN CUENTA EL SESCO, FACTORES DE CONFUSIÓN/MODIFICACIONES DE EFECTOS/INTERACCIONES/IMPRECISIÓN	
GENRALIZACIÓN	1. CONSIDERACIÓN DE LA UTILIDAD PRÁCTICA GENERAL DEL ESTUDIO	
	2. DESCIPCIÓN DE LA GENERALIZACION (VALIDEZ EXTERNA) DEL ESTUDIO	
OBSERVACIONES FINALES	1. RESALTE LAS FORTALEZAS PARTICULARES DEL ESTUDIO	
	2. SUGERIR PASOS QUE PUEDAN MEJORAR LOS RESULTADOS FUTUROS (POR EJEMPLO, LIMITACIONES)	
	3. SUGERIR MÁS ESTUDIOS	
PUNTAJE		#¡DIV/0!
PUTAJE TOTAL		#¡DIV/0!
		#¡DIV/0!

Anexo B. Bibliometría

Miembros (autores)	Santiago Amaya Herrera
	Zoira Gomez Heredero
	Karen Lizeth Garcia
Pregunta de investigación	Que elementos se han reportado
Fecha	30/7/2025

Código	¿Quién realizó la busqued	Base	Ecuación de busqueda	Nombre de la revista	Referencia Artículo	Título del artículo	Año	País	Enfoque	Tipo de estudio	Objetivo	Conceptos o fenómenos principales del	Población	Tamaño de la muestra	Resultados principales	Conclusiones	Porcentaje CCAT	Viabilidad del estudio	Factor etiológico en la NANDA	Factor etiológico NO encontrado en la NANDA

Anexo C. *Bibliometria* completa

