REV SEN
rev-sen.ec

La autodeterminación en salud como factor psicológico que influye en la supervivencia observacional y la percepción de los síntomas en pacientes en programas de hemodiálisis. Un estudio observacional multicéntrico.

Franklin Mora Bravo [1], Paulina Cruz Idrovo [2], Marcia Verónica Pozo Calderón [3], Alfonso Silva Contreras [4], Marisol Pérez Herrera [5], Washington Osorio [6], Rafael Becerra Guerra [7], Nelson Rojas Campoverde [8], Guillermina Lucía Blum Carcelen [8], Gustavo Guevara Nolivos [9], Rosalina de Lourdes Lituma [10], Wilmer Stalin Sanango Reinoso [11], Santiago David Silva Tobar [12],Oscar Ron [13], Diego Adolfo Vimos Cochanga [14], Victor Hugo Ortega Coronel [15], Elizabeth González González [16], Marlon Brayan Rivilla Nieto [17], Yamilka Rodriguez Cueto [18], Juan Carlos Paz Veloz [19], Estefanía Isabel León Hernández [20], Adriana Pamela Cabrera Eugenio [20], María Cristina Chediak Terán [21], Byron Fabricio Saa Sabando [22], Karol Vacacela Guerrero [23], Gustavo Coello Becerra [7], María José Cajas Romero [20].

Recibido: Agosto 22, 2025.
Aceptado: Noviembre 1, 2025.
Publicado: Noviembre 5 , 2025.
Editor: Dr. Salvador Magaña.

Como citar:
Mora F, Cruz P, Pozo M, Silva A, Perez M, Osorio W, et al. Autodeterminación en salud, como factor psicológico que influye en la supervivencia observacional y en la percepción de síntomas en pacientes en programas de hemodiálisis. Un estudio observacional multicéntrico. REV SEN 2025;14(1):39-49.
DOI: http://doi.org/10.56867/159
Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplantes.
ISSN-L: 2953-6448

Copyright 2025, Mora F, Cruz P, Pozo M, Silva A, Perez M, Osorio W, et al. This article is distributed under the Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 Attribution License, which allows the use and redistribution of the article, citing the source and the original author for non-commercial purposes.

1. Pafram Unidad de Hemodiafiltración, Red Complementaria de Salud de Morona Santiago, Ecuador.
2. Unidad de Diálisis Soldial, Salinas, Santa Elena, Ecuador.
3. Menydial Ibarra, Ecuador.
4. Contigo S.A. Dialicon-Quito, Ecuador.
5. Hospital del Iess La Mariscal, Quito, Ecuador.
6. Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N1, Quito, Ecuador.
7. SERDIDYV – Guayaquil, Ecuador.
8. Fundación Renal del Ecuador, Guayaquil, Ecuador.
9. Corporación Integral de Diálisis (CID) INSNEP Sur, Quito, Ecuador.
10. Hospital IESS-Ambato, Ecuador.
11. Hospital Universitario Católico de Azogues, Cañar, Ecuador.
12. Hospital General Docente Ambato, Ecuador.
13. Hospital General de Norte de Guayaquil Los Ceibos, Guayaquil, Ecuador.
14. Menydial-Riobamba, Ecuador.
15. Unidad Médica Vida, Riobamba, Ecuador.
16. Unidad de diálisis Contigo, El Carmen, Manabí, Ecuador.
17. Dialclinic–Quito, Ecuador.
18. Clínica Renal Centro-El Carmen, Manabí, Ecuador.
19. Hospital Militar Guayaquil, Ecuador.
20. Servicio de Nefrología, Hospital Pablo Arturo Suárez, Quito, Ecuador.
21. Servicio de Nefrología, Hospital General Docente de Calderón, Quito, Ecuador.
22. Clínica de Diálisis Renal Centro Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador.
23. DIALILIFE. Centro de diálisis, Quevedo, Ecuador.

* Autor de correspondencia
Email: Washington Osorio <dr.osoriow@yahoo.com>/ Dirección: Servicio de Nefrología, - Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N1, Quito, Ecuador. 170136.

Resumen

Introducción: La autodeterminación en salud (ADS), definida como la capacidad inherente de un paciente para tomar decisiones informadas y activas sobre su atención médica, es un factor psicológico modificable que se correlaciona con la motivación, el comportamiento proactivo y mejores resultados en salud física. En el contexto de la terapia de hemodiálisis (HD), la ADS fomenta la autonomía funcional y el compromiso activo del paciente, incluso ante la vulnerabilidad; por el contrario, su ausencia se asocia con la delegación de decisiones y el deterioro de la salud. La hipótesis del estudio es que los pacientes en programas de hemodiálisis con mayor ADS manifestarán una menor percepción de síntomas y una mayor supervivencia.

Métodos: El presente estudio observacional, de casos y controles, se realizó en 14 unidades de hemodiálisis en Ecuador entre mayo y junio de 2025. Ingresaron al estudio pacientes mayores de 18 años en programas de hemodiálisis. Se conformaron dos grupos: el primero, con pacientes sin ADS, y el segundo, con pacientes con ADS. Las variables fueron: edad, tiempo de observación en tratamiento de hemodiálisis, autodeterminación en salud, adherencia al tratamiento, integración laboral, dependencia física, aceptación de la enfermedad renal y escala de síntomas "The Dialysis Symptom Index". Se realizó un emparejamiento 1:1 de puntuación de propensión (PSM) entre los grupos por: edad, sexo y la presencia de diabetes mellitus tipo 2. Los promedios se comparan mediante el test t de Student. Las proporciones se comparan con Chi cuadrado. Se presenta un análisis de supervivencia observacional basado en el tiempo de permanencia histórico de los pacientes en la unidad de hemodiálisis hasta la fecha de la encuesta.

Resultados: Se analizan 180 pacientes sin-ADS y 184 con-ADS. La edad fue similar en ambos grupos (57.9 ± 13.7 años vs. 58.0 ± 11.8 años, P = 0.938). La proporción de hombres fue igual en ambos grupos (51.1% vs. 51.6%; *P*=0.921). Prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 fue igual en ambos grupos (48.3% vs. 47.3%; P=0.841). El grupo sin ADS tuvo una dependencia física mayor (53.3%) en comparación con el grupo con ADS (25.5%) (P < 0.001). La adherencia fue mayor en el grupo con ADS (51.6%) que en el grupo sin ADS (36.7%; *P* < 0.001). La actividad laboral en el grupo con ADS (38.0%) vs. 12.2% en el grupo sin ADS (*P* < 0.001). El grupo con ADS presentó una menor intensidad de síntomas (−25.82%) que el grupo sin ADS P=. Se observó una mayor supervivencia en el grupo con ADS, 29.5 meses frente a 36.08 meses en el grupo sin ADS (X^2, Log Rank 7.71, *P*<0.005).

Conclusiones: Los pacientes con ADS demostraron una mayor supervivencia, una adherencia al tratamiento significativamente mayor y una menor dependencia física. Adicionalmente, la autodeterminación se asoció con una reducción de la intensidad de los síntomas percibidos, abarcando a 18 de los 34 evaluados, incluidos el dolor y síntomas psicológicos como la preocupación y la tristeza. Estos hallazgos demuestran que la ADS no es solo un constructo psicológico, sino también una meta terapéutica que impacta en la supervivencia. Se requieren estudios aleatorizados de intervención en ADS.

Palabras claves:

Autodeterminación en Salud, Hemodiálisis, Adherencia, actividad laboral, dependencia física, escala de síntomas.

Self-determination in health, as a psychological factor influencing observational survival and symptom perception in patients in hemodialysis programs. A multicenter observational study.

Abstract

Introduction: Self-determination in health (SDH), defined as a patient's inherent ability to make informed and active decisions about their health care, is a modifiable psychological factor that correlates with motivation, proactive behavior, and improved physical health outcomes. In the context of hemodialysis (HD) therapy, SDH promotes functional autonomy and active patient engagement, even in the face of vulnerability; by contrast, its absence is associated with decision delegation and deterioration in health. The study hypothesizes that patients in hemodialysis programs with higher SDH will have a lower perception of symptoms and a longer survival.

Methods: This observational, case-control study was carried out in 14 hemodialysis units in Ecuador from May to June 2025. Patients aged 18 years or older who were enrolled in hemodialysis programs were included. Two groups were formed: one with patients without SDH and the other with patients with ADS. The variables studied included age, duration of hemodialysis treatment, self-determination in health, adherence to treatment, labor integration, physical dependence, acceptance of kidney disease, and scores on "The Dialysis Symptom Index." A 1:1 propensity score matching (PSM) was performed between the groups based on age, sex, and presence of type 2 diabetes mellitus. The means were compared using Student's t-test, while proportions were compared using Chi-squared tests. An observational survival analysis was also conducted, examining the length of stay in the hemodialysis unit up to the date of the survey.

Results: 180 patients without SDH and 184 with SDH were analyzed. Age was similar in both groups (57.9 ± 13.7 years vs. 58.0 ± 11.8 years, P = 0.938). The proportion of men was similar in both groups (51.1% vs. 51.6%; P=0.921). The prevalence of type 2 diabetes mellitus was comparable between the groups (48.3% vs. 47.3%; P=0.841). The group without SDH had a higher rate of physical dependence (53.3%) compared to the group with SDH (25.5%) (P < 0.001). Adherence was greater in the group with SDH (51.6%) than in the group without SDH (36.7%; P < 0.001). Work activity was more common among the group with SDH (38.0%) than among those without SDH (12.2%; P < 0.001). The group with SDH showed lower symptom intensity (−25.82%) than the group without SDH (P<0.001). Increased survival was observed in the SDH group, with 29.5 months versus 36.08 months in the non-SDH group ($\chi 2$, Log-Rank 7.71, P<0.005).

Conclusions: Patients with SDH exhibited longer survival, significantly higher treatment adherence, and less physical dependence. Additionally, self-determination was associated with a reduction in the severity of perceived symptoms, including pain and psychological symptoms such as worry and sadness, across 18 of the 34 assessed. These findings demonstrate that ADS is not just a psychological concept but also a therapeutic goal that impacts survival. Randomized intervention studies in ADS are necessary.

Keywords:

Self-determination in Health, Hemodialysis, Adherence, work activity, physical dependence, symptom scale.

La autodeterminación en salud (ADS) se define como el derecho fundamental y la capacidad inherente de un individuo para tomar decisiones informadas y activas respecto a su propia atención médica y bienestar, posicionándolo como el agente principal en la gestión de su vida. La ADS se ha correlacionado de manera consistente con efectos positivos en la motivación, el comportamiento proactivo en salud, la salud psicológica y, en última instancia, en los resultados de salud física [1].

El contexto de la terapia de hemodiálisis (HD), que implica un tratamiento crónico, vital y de alta dependencia, constituye un campo particularmente relevante para el estudio de la ADS. En este entorno, la ADS se manifiesta como una forma de autonomía funcional, incluso ante la vulnerabilidad física [2]. Un ejemplo ilustrativo son los pacientes que, a pesar de limitaciones severas como la retinopatía diabética y amputaciones, demuestran proactividad al asegurar su asistencia a las sesiones de diálisis —como coordinar su transporte de

manera independiente— cuando su cuidador habitual no está disponible. Este acto demuestra que la autodeterminación puede persistir como un ejercicio de responsabilidad y mejora la salud de los pacientes [3]. En contraste, la pérdida de ADS se observa en situaciones en las que el paciente delega la decisión sobre su tratamiento (como una cirugía de prótesis vascular) a terceros, lo que implica una dependencia decisional que puede deteriorar rápidamente su salud por la falta de asesoramiento médico. La ADS es un factor psicológico que se hipotetiza que influye en la salud. Al ser un factor psicológico, puede modificarse [4]. Por ejemplo, se espera que una mayor autodeterminación conduzca a una menor intensidad de síntomas.

La hipótesis del presente estudio es que los pacientes en programas de hemodiálisis con mayor ADS presentan una menor percepción de síntomas y una mayor supervivencia.

Materiales y métodos

Diseño del estudio

Este estudio es observacional, de casos y controles. La fuente es prospectiva.

Escenario

El presente estudio se llevó a cabo en 14 unidades de hemodiálisis de la red complementaria de salud de Ecuador. El período de estudio fue del 1 de mayo de 2025 al 30 de junio de 2025.

Participantes

Ingresaron al estudio pacientes mayores de 18 años con insuficiencia renal crónica en estadio 5d que realizan terapia sustitutiva de la función renal. Se excluyeron los registros sin datos de laboratorio del complemento. Se conformaron dos grupos: el primero, sin Autodeterminación en Salud, y el segundo, con Autodeterminación en Salud.

Variables

Las variables incluyeron datos demográficos, edad, tiempo de observación en tratamiento de hemodiálisis, autodeterminación en salud, adherencia al tratamiento, integración laboral, dependencia física, aceptación de la enfermedad renal, escala de síntomas "The Dialysis Symptom Index" [5].

Fuentes de datos/mediciones

La fuente fue directa. Los datos se recopilaron mediante una encuesta. La autodeterminación en salud se valoró según la opinión de cada nefrólogo, mediante la siguiente escala: 0, sin autodeterminación en salud; 1, autodet**e**rminación parcial; 2, autodeterminación total. Se realizaron capacitaciones virtuales vía Zoom para los médicos nefrólogos sobre el uso del formulario. Los pacientes con ADS de grado 0 y 1 conformaron el grupo 1; los pacientes con autodeterminación total, el grupo 2. La adherencia al tratamiento fue valorada por el médico consultor que revisa al paciente en consulta externa, quien determina el grado de adherencia a las indicaciones médicas. La fuente fue directa. La información se recolectó directamente mediante encuestas.

El cuestionario "The Dialysis Symptom Index" de 34 preguntas, que pregunta la intensidad de síntomas en las 2 semanas previas, cuya intensidad se valora de 0 a 4 puntos

Sesgos

Se evitó el sesgo de observación y de selección mediante la aplicación de criterios de selección de participantes. El investigador principal siempre mantuvo los datos mediante una guía y registros aprobados en el protocolo de investigación para evitar posibles sesgos del entrevistador, de la información y del recuerdo. En caso de duda sobre la desviación estándar de los datos, se realizaron correcciones mediante revisiones in situ de los datos anómalos. Dos investigadores analizaron de forma independiente cada registro por duplicado, y las variables se ingresaron en la base de datos tras verificar su concordancia.

Tamaño del estudio

La muestra fue probabilística. El cálculo muestral fue probabilístico. Tomando en cuenta que Ecuador cuenta con 19.000 pacientes en programas de hemodiálisis. Con un nivel de confianza del 95%, una frecuencia esperada del 50%, límite de confianza del 5%, el tamaño muestral óptimo calculado fue de 377 casos.

Variables cuantitativas

Los resultados de las variables ordinales se presentan en frecuencias y porcentajes. Los resultados de las variables en escala se presentan como promedios. No se convirtieron las variables de escala en variables cuantitativas.

Pareamiento de grupos por puntajes de propensión

Para ajustar los posibles factores de confusión, se realizó un emparejamiento de puntuación de propensión (PSM) entre ambos grupos. Para el emparejamiento se eligieron tres variables: edad, sexo y presencia de diabetes mellitus tipo 2. El riesgo de muerte está fuertemente asociado con la edad, el sexo y la diabetes, por lo que estos factores se incluyeron en el PSM. Las cohortes emparejadas fueron 1:1 se crearon utilizando el método del vecino más cercano con un calibre de 0.01. El balance de las variables basales se evaluó en función de las diferencias de medias estandarizadas (DME) antes y después de la MPS. Las variables con DME por debajo de 0.10 tras el emparejamiento se consideraron bien equilibradas.

Análisis estadístico

Los promedios se comparan mediante el test t de Student. Las proporciones se comparan con Chi cuadrado. Se presenta un análisis de supervivencia observacional con el tiempo histórico de permanencia de los pacientes en la unidad de hemodiálisis hasta la fecha de la encuesta. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $P < 0.05$. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS v 31.0. (IBM Inc., Chicago, Ill., EE. UU.).

Resultados

Participantes

Se recolectaron 516 encuestas. Luego del pareamiento, se analizan 180 pacientes del grupo sin autodeterminación en la salud y 184 del grupo con autodeterminación en la salud.

Descripción de la muestra

La Tabla 1 presenta las características de los pacientes analizados, los grupos fueron similares por edad, por sexo, y la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (Variables de pareamiento). Adicionalmente, la proporción de pacientes en hemodiafiltración fue similar en ambos grupos.

Tabla 1. Descripción de los grupos de estudio.

	Sin autodeterminación en Salud N=180	Con autodeterminación en Salud N=184	X^2	*P*
Edad (Años)	57.9 ± 13.7	58.0 ± 11.8	T=-0.00	0.938
Hombre	92 (51.1%)	95 (51.6%)	0.01	0.921
DMT2	87 (48.3%)	87 (47.3%)	0.04	0.841
HDF	19 (10.6%)	10 (5.4%)	3.25	0.071

DMT2: Diabetes mellitus tipo 2. HDF: Hemodiafiltración.

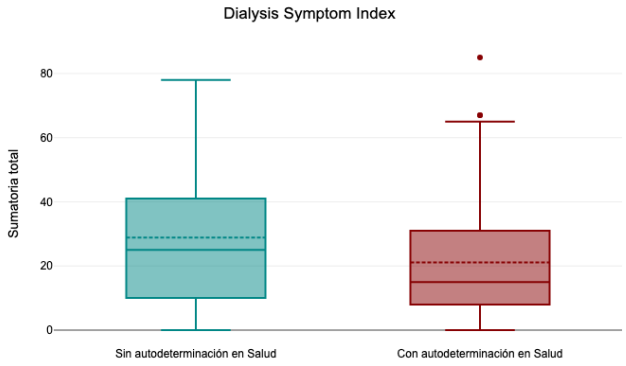
Autodeterminación y variables psicológicas

El grupo sin autodeterminación en la salud presentó mayor dependencia física (Delta + 27.8%), menor adherencia (delta – 22.57%), menor actividad laboral (Delta – 25.82%) que el grupo con ADS. No hubo diferencia en la aceptación de la enfermedad entre ambos grupos de estudio (Tabla 2).

Autodeterminación y percepción del dolor

El grupo con autodeterminación presentó una menor intensidad de síntomas (–25.82%) que el grupo sin ADS (Figura 1). Específicamente, 18 de los 34 síntomas fueron menos intensos en el grupo con autodeterminación (Tabla 3 y Figura 2).

Figura 1. Intensidad de síntomas en los grupos de estudio.



Autodeterminación y sobrevivencia

Se observó una mayor supervivencia (Delta: +6.55 meses) en el grupo con autodeterminación en salud, 29.5 meses frente a 36.08 meses en el grupo sin autodeterminación (Chi-Cuadrado de Log Rank 7.71, *P*<0.005) (Figura 3).

Discusión

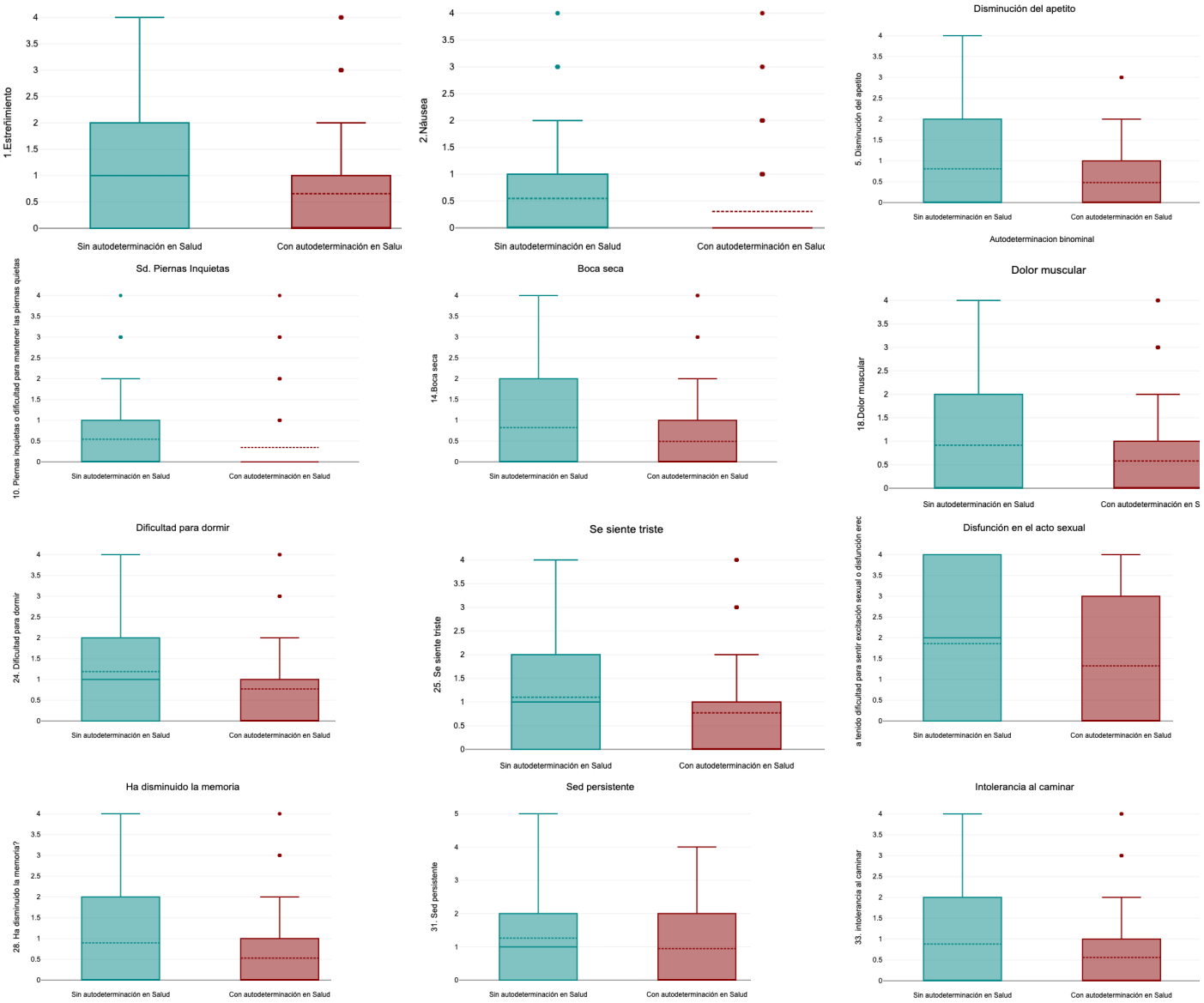
Hallazgos principales del estudio

El estudio compara a pacientes en programas de hemodiálisis con y sin autodeterminación en salud (ADS) y encuentra diferencias significativas en variables psicológicas, en la percepción del dolor y de los síntomas, y en la supervivencia. Los grupos (con ADS, N=184; sin ADS, N=180) mostraron ser comparables en edad, sexo y prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) al inicio del estudio. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en estas variables. El grupo con ADS presentó un perfil psicológico y de estilo de vida significativamente más favorable con menor dependencia física: una diferencia marcada, con un 53.3 % de dependencia física en el grupo sin ADS, frente a solo el 25.5 % en el grupo con ADS (*P*<0.001).

Tabla 2. Autodeterminación y variables piscológicas en pacientes en programas de hemodiálisis..

	Sin autodeterminación en Salud N=180	Con autodeterminación en Salud N=184	X^2	P
Dependencia física	96 (53.3%)	47 (25.5%)	29.5	<0.001
Adherencia	66 (36.7%)	95 (51.6%)	0.01	<0.001
Actividad laboral a medio tiempo o tiempo completo	22 (12.2%)	70 (38.0%)	40.4	<0.001
Aceptación de la enfermedad	153 (85.0%)	168 (91.3%)	3.5	0.062

Figura 2. Intensidad de los síntomas en los grupos de estudio.



Mayor Adherencia: El grupo con ADS mostró una mayor adherencia (51.6%) que el grupo sin ADS (36.7%) (P<0.001). Sobre la actividad laboral, se observó una participación mucho mayor en el grupo con ADS (38.0%) que en el grupo sin ADS (12.2%) (*P*<0.001). Sobre la supervivencia fue mayor en el grupo con ADS.

Importancia de los hallazgos

Los pacientes en hemodiálisis que no dependen físicamente de familiares, mantienen la movilidad y la autonomía, y conservan la capacidad de realizar actividades diarias en general, presentan una mejor salud general y un menor riesgo de complicaciones.

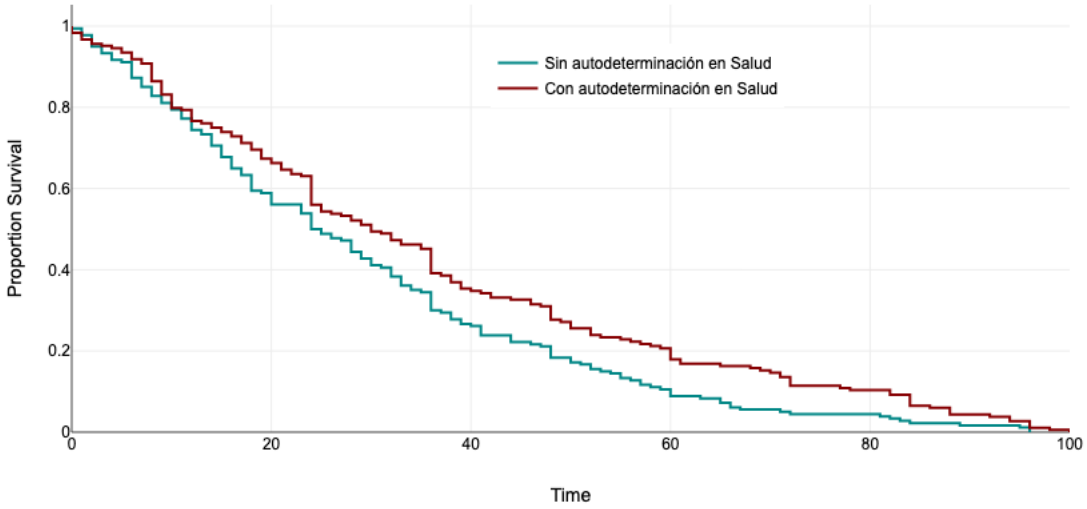
La autodeterminación en salud, o la capacidad de tomar decisiones informadas sobre la propia salud, se asoció con una supervivencia más prolongada. Esto se explicaría porque cuando los pacientes participan activamente en su tratamiento, pueden estar más comprometidos, adherirse mejor a los planes de tratamiento y lograr mejores resultados. La autodeterminación en salud no es solo un constructo psicológico, sino también un factor asociado a resultados clínicos y de calidad de vida tangibles y superiores en pacientes sometidos a hemodiálisis.

Tabla 3. Síntomas en los grupos de estudio.

The Dialysis Symptom Index	Sin autodeterminación en Salud N=180	Con autodeterminación en Salud N=184	*P*
1.Estreñimiento	1.01	0.66	0.04
2.Náusea	0.56	0.3	0.003
3.Vómito	0.32	0.18	0.041
4. Diarrea	0.37	0.27	0.202
5. Disminución del apetito	0.82	0.48	0.001
6. Calambres	0.81	0.76	0.971
7. Hinchazón de piernas	0.75	0.63	0.247
8. Falta de aire (especialmente en la noche)	0.53	0.36	0.073
9. Mareo	0.67	0.44	0.021
10. Piernas inquietas o dificultad para mantener las piernas quietas	0.55	0.35	0.026
11.Entumecimiento u hormigueo en los pies	0.82	0.7	0.263
12.Sentirse cansado o falta de energía postdiálisis.	1.23	1.04	0.189
13.Tos persistente o crónica	0.31	0.29	0.807
14.Boca seca	0.84	0.49	0.002
15.Dolor de huesos o articulaciones	1.01	0.79	0.092
16.Dolor de pecho	0.41	0.3	0.208
17.Dolor de cabeza	0.91	0.65	0.19
18.Dolor muscular	0.93	0.58	0.003
19.Dificultad para concentrarse	0.65	0.46	0.084
20. Piel seca	1.31	1.02	0.04
21. Comezón	1.05	0.94	0.409
22.Preocupación	1.36	0.97	0.003
23. Sentirse nervioso o ansioso	0.82	0.68	0.199
24. Dificultad para dormir	1.19	0.77	0.002
25. Se siente triste	1.11	0.77	0.01
26. Ha disminuido el interés en el sexo	1.72	1.32	0.013
27. Ha tenido dificultad para sentir excitación sexual o disfunción eréctil	1.86	1.33	0.001
28. Ha disminuido la memoria?	0.9	0.53	0.001
29. Ha disminuido su audición?	0.59	0.38	0.028
30. Ha disminuido su agudeza visual?	1.23	0.82	0.002
31. Sed persistente	1.27	0.95	0.019
32. Dolor y enrojecimiento del sitio del acceso vascular	0.42	0.29	0.113
33. intolerancia al caminar	0.88	0.56	0.007
34. Ha presentado deposiciones negras (Como la coca cola)?	0.1	0.07	0.453

El hallazgo más significativo es la mayor supervivencia observada en el grupo con ADS (36.08 meses de media) en comparación con el grupo sin ADS (29.53 meses de media, $P<0.005$), esto tiene relevancia clínica y sugiere que la ADS puede ser un factor pronóstico y una meta terapéutica. Una reducción drástica en la dependencia física (de 53.3 % a 25.5 % en el grupo con ADS) se traduce directamente en una mayor autonomía; estos eventos están relacionados fuertemente. El aumento en la actividad laboral (38.0% vs. 12.2%) es un indicador de una mejor reinserción social y calidad de vida, permitiendo a los pacientes mantener un rol productivo. Una mayor adherencia (51.6% vs. 36.7%) es fundamental, ya que el cumplimiento del régimen de diálisis y medicación está intrínsecamente ligado al control de las complicaciones y al pronóstico a largo plazo. La menor intensidad general de los síntomas, incluyendo 18 síntomas específicos (como dolor, síntomas gastrointestinales, y dificultades psicológicas como preocupación y tristeza), implica que la ADS confiere a los pacientes mejores estrategias de afrontamiento y autocuidado, resultando en un alivio sustancial del sufrimiento asociado a la hemodiálisis. Los resultados sugieren que los programas de atención psicológica en hemodiálisis deberían centrarse en promover la ADS mediante intervenciones específicas que empoderen a los pacientes para tomar decisiones activas sobre su tratamiento y mejoren sus habilidades de autocuidado y de manejo de la enfermedad. Podrían utilizar la ADS como objetivo terapéutico medible para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida.

Figura 3. Kaplan- Meier de la supervivencia en los grupos de estudio.



	Media	Mediana	Límite inferior IC 95% Mediana	Límite superior IC 95% Mediana
Sin autodeterminación en Salud	29.53	24	20	29
Con autodeterminación en Salud	36.08	30	24	35

Estudios con hallazgos relacionados

En un estudio previo se ha demostrado que los pacientes en hemodiálisis experimentan una disminución de la calidad de vida física y psicológica, especialmente los hombres, en donde el apoyo emocional, la información, y el estado civil casado mejoran los resultados para los pacientes en hemodiálisis [6]. También se ha descrito que la actividad física en la vida cotidiana se asocia de manera más estrecha con la calidad de vida de los pacientes, por lo que los programas de actividad física de rutina deben implementarse en las unidades de hemodiálisis [7]. Específicamente sobre los factores psicosociales, se ha reportado que los síntomas depresivos son un predictor importante de mortalidad por todas las causas en pacientes en hemodiálisis, con una relación independiente del estado nutricional o inflamatorio [8]. El efecto de la autodeterminación, en el cumplimiento del tratamiento y el nivel de autocuidado en pacientes con hemodiálisis se ha reportado en 1 estudio con un grupo pequeño de pacientes (N=45) con controles sin autodeterminación (N=45), se educó a los pacientes en hemodiálisis, se apoyó el cumplimiento del tratamiento y medidas de autocuidado de la fístula, de la dieta, de la ingesta de líquidos. Después de la intervención, los puntajes totales de resolución de problemas, asociación, procesamiento emocional, actividades de autocuidado, el dominio físico, el dominio psicológico, el dominio de las relaciones sociales y las puntuaciones totales de calidad de vida en el grupo de intervención fueron más altos que los del grupo convencional ($P < 0.05$), por lo que el manejo de la teoría de la autodeterminación es eficaz para mejorar el conocimiento relacionado con la hemodiálisis, el cumplimiento del tratamiento, el nivel de autocuidado y la calidad de vida en pacientes con hemodiálisis [9]. También se ha demostrado previamente que la educación para la salud basada en la teoría de la autodeterminación puede mejorar el nivel de conocimientos sobre hemodiálisis y la capacidad de autogestión de los pacientes de hemodiálisis de mantenimiento y reducir el aumento de peso interdialítico y el nivel de ansiedad y depresión [10].

Explicaciones alternativas

Un paciente sin dependencia física probablemente tenga una mayor masa muscular y un mejor estado nutricional general. La malnutrición proteico-energética es común en pacientes en diálisis y está fuertemente asociada con la fragilidad, la debilidad y la pérdida de masa muscular. Un paciente que puede realizar sus actividades diarias (caminar, asearse) probablemente está consumiendo suficientes calorías y proteínas, lo que protege su masa muscular y su fuerza. La buena nutrición y la masa muscular contribuyen directamente a una mejor respuesta al tratamiento y a una menor inflamación, factores que prolongan la supervivencia. La independencia física está altamente correlacionada con la edad. Un paciente más joven es menos propenso a presentar comorbilidades y a experimentar debilidad relacionada

con la edad. Por lo tanto, es más probable que sean físicamente independientes, lo que explica en parte la mayor supervivencia. Los síntomas como la fatiga, las náuseas y la pérdida de apetito son muy comunes en la ERC y son indicadores de un peor estado de salud general. Un paciente con síntomas leves probablemente tiene un mejor estado nutricional y menos pérdida de masa muscular. Un buen estado nutricional previene la fatiga extrema y la debilidad, lo que, a su vez, reduce los síntomas y mejora la calidad de vida, contribuyendo a una mejor supervivencia. Los hallazgos de autodeterminación y aceptación no se explican directamente por la nutrición, la masa muscular, la edad o la función renal, pero están intrínsecamente relacionados con ellos. Un paciente que acepta su enfermedad y se autodetermina es más propenso a seguir un plan de dieta abierto (más proteínas, restricción de líquidos) y a realizar ejercicio para mantener la masa muscular. El compromiso psicológico con el tratamiento se traduce en una mejor nutrición y en la prevención de la pérdida muscular, lo que se asocia con una mejor salud física y una mayor supervivencia.

Relevancia clínica de los hallazgos

El manejo de la CKD no debe centrarse únicamente en los valores de laboratorio y en la dosis de diálisis. Los programas de rehabilitación física, la fisioterapia y la educación sobre el manejo de síntomas (como la fatiga, las náuseas y el dolor) deben establecerse como intervenciones clínicas. Evaluar de manera regular la capacidad funcional y el estado sintomático del paciente, e intervenir proactivamente, puede tener un impacto directo y significativo en su longevidad. Sobre la autodeterminación en salud y la aceptación del diagnóstico, estos hallazgos son quizá los más relevantes desde una perspectiva de atención holística, con un impacto de +9 y +26 meses, respectivamente. La diferencia de 26 meses en la supervivencia de los pacientes que aceptaron su diagnóstico es un hallazgo que tiene implicaciones directas: la salud mental como pilar del tratamiento: el apoyo psicológico, la terapia cognitivo-conductual, y el asesoramiento son tan importantes como el tratamiento médico. Asimismo, fomentar la autodeterminación implica educar a los pacientes para que comprendan su enfermedad, las opciones de tratamiento, la importancia de la dieta y el ejercicio, y capacitarlos para tomar decisiones informadas. La adherencia al tratamiento, que mejora con la autodeterminación, es la principal causa de las fallas en los resultados clínicos. Al empoderar al paciente, no solo mejoran su calidad de vida, sino que también impactan directamente su supervivencia.

Limitaciones del estudio

Es posible que los pacientes que ya tenían una mejor salud mental, un mejor sistema de apoyo social o una personalidad más resiliente (factores no medidos) fueran más propensos a aceptar el diagnóstico y a permanecer más tiempo en el grupo de ADS. Es muy difícil controlar todas las variables que pueden influir en la supervivencia. Es posible que factores no medidos, como el estado nutricional, la masa muscular, la adherencia a la diálisis, la calidad de la atención médica recibida o la función renal residual, influyan en los resultados. Las variables psicosociales, como la "autodeterminación" y la "aceptación", pueden ser subjetivas, y la precisión de la medición puede variar. El estudio no explica cómo estos factores (independencia, aceptación, etc.) cambian con el tiempo ni cómo dichos cambios podrían afectar la supervivencia. Por otro lado, la supervivencia observacional se define como el tiempo de permanencia de los pacientes en el programa de hemodiálisis hasta la fecha de la encuesta. Dado que el grupo de pacientes que no están presentes en la encuesta corresponde a los fallecidos, el desenlace de muerte no está presente y el seguimiento se realiza con todos los datos censurados, ya que no se observa el evento.

Investigaciones futuras

Estudios de intervención para mejorar la supervivencia en pacientes con autodeterminación en salud. Línea de investigación: Evaluar si las intervenciones orientadas a aumentar la autodeterminación en salud (como programas de psicología, grupos focales, etc.) pueden mejorar la supervivencia de los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Otra línea de investigación sería el impacto de la autodeterminación y de la aceptación del diagnóstico para comprender los mecanismos por los que la autodeterminación en salud y la aceptación del diagnóstico de ERC inciden en la supervivencia. Se podría investigar si estos factores conducen a una mejor adherencia al tratamiento, a un mayor compromiso con los autocuidados, o a una mejor salud mental que, a su vez, impacte en los resultados clínicos.

Conclusión

En el presente estudio se observa que la autodeterminación en salud (ADS) es un factor asociado con mejores resultados clínicos y psicosociales. Específicamente, los pacientes con ADS demostraron una mayor supervivencia, una adherencia al tratamiento significativamente mayor y una menor dependencia física. Adicionalmente, la autodeterminación se asoció con una reducción de la intensidad de los síntomas percibidos, abarcando a 18 de los 34 evaluados, incluidos el dolor y síntomas psicológicos como la preocupación y la tristeza. Estos hallazgos demuestran que la ADS no es solo un constructo psicológico, sino también una meta terapéutica que impacta en la supervivencia. Se requieren estudios aleatorizados de intervención en el ADS.

Abreviaturas

ADS: Autodeterminación en Salud.
ERC: Enfermedad renal crónica.

Información suplementaria

Los materiales suplementarios no han sido declarados.

Agradecimientos

No aplica.

Contribuciones de los autores

Franklin Mora Bravo: Conceptualización, metodología, análisis formal, administración del proyecto, software, validación, visualización, redacción – revisión y edición.

Paulina Cruz Idrovo, Marcia Verónica Pozo Calderón, Alfonso Silva Contreras, Marisol Pérez Herrera, Washington Osorio, Rafael Becerra Guerra, Nelson Rojas Campoverde, Guillermina Lucía Blum Carcelen , Gustavo Guevara Nolivos, Rosalina de Lourdes Lituma, Wilmer Stalin Sanango Reinoso, Santiago David Silva Tobar,

Oscar Ron,, Diego Adolfo Vimos Cochanga Victor Hugo Ortega Coronel, Elizabeth González González, Marlon Brayan Rivilla Nieto, Yamilka Rodriguez Cueto, Juan Carlos Paz Veloz, Estefanía Isabel León Hernández, Adriana Pamela Cabrera Eugenio, María Cristina Chediak Terán, Byron Fabricio Saa Sabando, Karol Vacacela Guerrero, Gustavo Coello Becerra, María José Cajas Romero:. Conceptualización, curación de datos, investigación, visualización, redacción-borrador original,, recursos, software, supervisión, validación, redacción – revisión y edición.
Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Financiamiento
El estudio fue autofinanciado por los autores.

Disponibilidad de datos o materiales
No aplica.

Declaraciones

Aprobación del comité de ética y consentimiento para participar
El estudio cuenta con una carta de exención emitida por el Comité de ética de la Sociedad Ecuatoriana de Nefrología, Diálisis y Trasplante. Los autores cuentan con los permisos institucionales de los centros participantes.

Consentimiento para publicación
No aplica cuando no se publican imágenes, radiografías o fotografías específicas de pacientes.

Conflictos de interés
Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Información de los autores
No declarada.

Referencias

1. Ng JY, Ntoumanis N, Thøgersen-Ntoumani C, Deci EL, Ryan RM, Duda JL, Williams GC. Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis. Perspect Psychol Sci. 2012 Jul;7(4):325-40. doi: 10.1177/1745691612447309. PMID: 26168470.

2. Zhang J, Xu F, Zhuang P, Xu X, Zou Z, Qing W. Effects of health education based on self-determination theory on hemodialysis knowledge and self-management in maintenance hemodialysis patients. Sci Rep. 2025 May 8;15(1):15982. doi: 10.1038/s41598-025-01152-6. PMID: 40341669; PMCID: PMC12062488.

3. Brioni E, Delli Zotti G, Apuzzo L, Magnaghi C, Iodice M, Burrai F, Manunta P, Vezzoli G, Manara DF, Villa G. [Self-efficacy and self-management in patients in hemodialysis: a narrative review of multidisciplinary theories]. G Ital Nefrol. 2021 Jun 24;38(3):2021-vol3. Italian. PMID: 34169692.

4. Wu R, Feng S, Quan H, Zhang Y, Fu R, Li H. Effect of Self-Determination Theory on Knowledge, Treatment Adherence, and Self-Management of Patients with Maintenance Hemodialysis. Contrast Media Mol Imaging. 2022 Jul 20;2022:1416404. doi: 10.1155/2022/1416404. PMID: 35935305; PMCID: PMC9329035.

5. Weisbord SD, Fried LF, Arnold RM, Rotondi AJ, Fine MJ, Levenson DJ, Switzer GE. Development of a symptom assessment instrument for chronic hemodialysis patients: the Dialysis Symptom Index. J Pain Symptom Manage. 2004 Mar;27(3):226-40. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2003.07.004. PMID: 15010101.

6. Fletcher BR, Damery S, Aiyegbusi OL, Anderson N, Calvert M, Cockwell P, Ferguson J, Horton M, Paap MCS, Sidey-Gibbons C, Slade A, Turner N, Kyte D. Symptom burden and health-related quality of life in chronic kidney disease: A global systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2022 Apr 6;19(4):e1003954. doi: 10.1371/journal.pmed.1003954. PMID: 35385471; PMCID: PMC8985967.

7. Watanabe G, Tanaka K, Saito H, Kimura H, Tani Y, Asai J, Et al. Post-dialysis fatigue predicts all-cause mortality in patients on chronic hemodialysis. Ther Apher Dial. 2025 Feb;29(1):12-22. doi: 10.1111/1744-9987.14186. Epub 2024 Jul 16. PMID: 39013552.

8. Ntoumanis N, Ng JYY, Prestwich A, Quested E, Hancox JE, Thøgersen-Ntoumani C, Deci EL, Ryan RM, Lonsdale C, Williams GC. A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies in the health domain: effects on motivation, health behavior, physical, and psychological health. Health Psychol Rev. 2021 Jun;15(2):214-244. doi: 10.1080/17437199.2020.1718529. Epub 2020 Feb 3. PMID: 31983293.

9. Sułkowski L, Matyja A, Matyja M. Social Support and Quality of Life in Hemodialysis Patients: A Comparative Study with Healthy Controls. Medicina (Kaunas). 2024 Oct 22;60(11):1732. doi: 10.3390/medicina60111732. PMID: 39596917; PMCID: PMC11596316.

10. Filipčič T, Bogataj Š, Pajek J, Pajek M. Physical Activity and Quality of Life in Hemodialysis Patients and Healthy Controls: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health. 2021 Feb 18;18(4):1978. doi: 10.3390/ijerph18041978. PMID: 33670745; PMCID: PMC7922560.

DOI: Digital Object Identifier. **PMID**: PubMed Identifier.

DOI: http://doi.org/10.56867/159

Nota del Editor

REV SEN se mantiene neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales sobre mapas publicados y afiliaciones institucionales.