

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y
Humanidades, Asunción, Paraguay.**

ISSN en línea: 2789-3855, 2025, Volumen VI

Necesidades básicas en pacientes sometidos a hemodiálisis desde el enfoque de Virginia Henderson en una institución pública de segundo nivel

Basic needs in patients undergoing hemodialysis from the
perspective of Virginia Henderson in a second-level public
institution

Mayely Madeline Burbano Alvarado

mburbano2@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0009-0007-4847-3180>

Universidad Técnica de Machala

Machala – Ecuador

Ana Lucía Suconota Pintado

asuconota@utmachala.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0003-3475-4903>

Universidad Técnica de Machala

Machala – Ecuador

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i4.4465>

Artículo recibido: 30 de mayo de 2025

Aceptado para publicación: 02 de
septiembre de 2025.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.


Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos

NÚMERO

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i4.4465>

Necesidades básicas en pacientes sometidos a hemodiálisis desde el enfoque de Virginia Henderson en una institución pública de segundo nivel

Basic needs in patients undergoing hemodialysis from the perspective of Virginia Henderson in a second-level public institution

Mayely Madeline Burbano Alvarado¹

mburbano2@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0007-4847-3180>
Universidad Técnica de Machala
Machala – Ecuador

Ana Lucía Suconota Pintado

asuconota@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0003-3475-4903>
Universidad Técnica de Machala
Machala – Ecuador

Artículo recibido: 30 de mayo de 2025. Aceptado para publicación: 02 de septiembre de 2025.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

Los pacientes en hemodiálisis requieren atención integral. El modelo de Virginia Henderson mejora significativamente el cuidado de enfermería al promover la independencia y autonomía mediante intervenciones personalizadas que se adaptan a sus necesidades específicas, favoreciendo el bienestar físico y la participación de la atención. Identificar las necesidades básicas en pacientes sometidos a hemodiálisis en una institución de salud de segundo nivel, 2024. Se realizó un estudio descriptivo-transversal, basado en la Teoría de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. La muestra incluyó 36 pacientes, quienes cumplieron con criterios de inclusión tales como: diagnóstico de Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento de hemodiálisis por al menos tres meses. Se evidencian satisfacción diferenciada de necesidades básicas: la autorrealización presenta limitaciones con solo 8,3% sintiendo control total y metas claras, mientras la autoestima con un 52,8% manteniendo imagen positiva y estrategias de afrontamiento. El aspecto social destaca por el apoyo familiar (41,7%) y excelente confianza en profesionales de salud (47,2%). La seguridad revela contrastes entre buena percepción institucional (61,1%) y comprensión del tratamiento (52,8%) versus dificultades económicas donde solo 22,2% logra cobertura adecuada. Las necesidades fisiológicas muestran cumplimiento satisfactorio en asistencia (80,6%) y cuidado del catéter (69,5%), aunque persisten vulnerabilidades en acceso a medicamentos (27,8% con dificultades). El modelo de Henderson facilita una atención más humana, efectiva y personalizada. El estudio demuestra que los pacientes en hemodiálisis presentan niveles adecuados en la mayoría de las dimensiones evaluadas, destacándose especialmente el sólido apoyo familiar y profesional, junto con excelente adherencia terapéutica.

Palabras clave: hemodiálisis, necesidades, enfermería

¹ Autora de correspondencia.

Abstract

Hemodialysis patients require comprehensive care. Henderson's model significantly enhances nursing care by promoting independence and autonomy through personalized interventions tailored to their specific needs, fostering physical well-being and active patient engagement in care. To identify basic needs in patients undergoing hemodialysis at a second-level healthcare institution, 2024. A descriptive cross-sectional study was conducted based on Virginia Henderson's Theory of 14 Basic Human Needs. The sample comprised 36 patients who met inclusion criteria including: diagnosis of Chronic Kidney Disease undergoing hemodialysis treatment for at least three months. Differentiated satisfaction of basic needs was evidenced: self-actualization showed limitations with only 8.3% experiencing complete control and clear goals, while self-esteem demonstrated 52.8% maintaining positive self-image and coping strategies. The social dimension stood out for family support (41.7%) and excellent confidence in healthcare professionals (47.2%). Security revealed contrasts between favorable institutional perception (61.1%) and treatment comprehension (52.8%) versus economic difficulties where only 22.2% achieved adequate coverage. Physiological needs demonstrated satisfactory compliance in attendance (80.6%) and catheter care (69.5%), although vulnerabilities persisted in medication access (27.8% experiencing difficulties). Henderson's model facilitates more humane, effective, and personalized care. The study demonstrates that hemodialysis patients exhibit adequate levels across most evaluated dimensions, particularly highlighting robust family and professional support, alongside excellent therapeutic adherence.

Keywords: hemodialysis, needs, nursing

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons.



Cómo citar: Burbano Alvarado, M. M., & Suconota Pintado, A. L. (2025). Necesidades básicas en pacientes sometidos a hemodiálisis desde el enfoque de Virginia Henderson en una institución pública de segundo nivel. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 6 (4), 2748 – 2765. <https://doi.org/10.56712/latam.v6i4.4465>

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se describe científicamente como la pérdida gradual, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un período variable, que puede extenderse por años. Esta condición se refleja en una reducción del aclaramiento estimado de creatinina a valores inferiores a 60 ml/min/1.73 m² (Ocaña et al., 2023). Actualmente, esta enfermedad representa un desafío significativo para la salud pública a nivel global, debido al aumento constante de su prevalencia e incidencia en la población (Velandina y Rivera, 2019).

La IRC provoca cambios irreversibles en los estilos de vida de los pacientes, alterando significativamente su expectativa de vida (OMS, 2020). La percepción de una muerte inminente se vuelve dominante, lo que puede llevar a un aislamiento social, llanto frecuente y el arrepentimiento por no haber adoptado cuidados preventivos a tiempo (Robalino et al., 2020). En esta fase, la intervención del personal de enfermería y del equipo multidisciplinario es fundamental para reorientar al paciente hacia hábitos que puedan prolongar su vida y mejorar su calidad (Hussein et al., 2024).

Según la Organización Mundial de la Salud, al menos el 10% de la población mundial sufre de IRC, afectando de manera particular a los países de ingresos medios y bajos. Esta enfermedad puede desarrollarse sin síntomas evidentes y manifestarse en etapas avanzadas, lo que obliga al paciente a someterse a tratamientos invasivos y costosos, como la hemodiálisis (Romero et al., 2021). En algunos casos, puede ser necesario recurrir al trasplante de riñón.

En España, la prevalencia de esta condición en personas mayores de 30 años se estima en un 7,2 %, afectando aproximadamente al 10 % de la población adulta y superando el 20 % en individuos mayores de 60 años, según estudios poblacionales. En los últimos años, se ha acumulado evidencia que señala una estrecha relación entre la IRC y diversas patologías crónicas, como la diabetes, la hipertensión arterial y los trastornos cardiovasculares. En Europa, se ha observado que entre el 15 % y el 30 % de los pacientes con diabetes desarrollan IRC (Lorenzo y Rodríguez, 2023).

En América Latina, la incidencia de IRC presenta patrones similares a nivel global. Sin embargo, la mayoría de los pacientes que padecen esta enfermedad no tienen acceso a un trasplante renal, que sería la solución definitiva, y deben someterse a hemodiálisis (Aránega et al., 2022). Las estadísticas muestran un alarmante incremento en las tasas de mortalidad durante las últimas dos décadas. Según los datos disponibles, la tasa de ingreso a hemodiálisis en 2019 fue más alta en Puerto Rico, con 1,500 pacientes, seguida por Chile con 944, Uruguay con 765, Argentina con 659, Brasil con 490, y Ecuador con 464 pacientes. Costa Rica presentó la menor tasa, con 283 pacientes (Castillo et al., 2023). En cuanto a la prevalencia, se estima que 650 pacientes por cada millón de habitantes requieren hemodiálisis, con un incremento anual del 10% (Jaramillo et al., 2024).

En Ecuador, aproximadamente 10,000 personas sufren de IRC y requieren terapia de hemodiálisis. Según el último informe del Instituto Nacional de Estadística y Censos, hasta el año 2016 se registraron 9,635 personas con esta condición (Gahona et al., 2023). Sin embargo, el aumento de estas cifras no se debe necesariamente a una mayor prevalencia de la enfermedad, sino a las limitaciones en el acceso al sistema de salud, lo que impide que los pacientes reciban su tratamiento de manera adecuada (Jaramillo et al., 2024).

Investigaciones realizadas por el Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín (HCAM) en Quito han identificado la IRC como una de las patologías de alto costo, debido a su significativo impacto económico y personal en la vida de los pacientes y sus familias, así como por sus repercusiones laborales. Se estima que el manejo de esta enfermedad ha representado en los últimos años el 2% del gasto en salud del país y el 4% del presupuesto en seguridad social (Lucas et al., 2021).

La hemodiálisis, siendo una de las terapias más comunes para pacientes, ocasiona una serie de efectos secundarios como fatiga, cansancio, palidez y pérdida de peso, que impactan negativamente en la calidad de vida del paciente (Pillajo et al., 2022). Estos individuos deben adaptarse a un nuevo estilo de vida, volviéndose dependientes de este procedimiento para su supervivencia (Lorenzo y Rodríguez, 2023). Por ello, la atención integral debe abordar no solo la enfermedad en sí, sino también el bienestar físico, psicológico y social del paciente, con el fin de mitigar las complicaciones asociadas. La respuesta al tratamiento varía entre los pacientes, lo que a menudo dificulta la adaptación, dado que las consecuencias de la hemodiálisis pueden ser devastadoras para su calidad de vida. Un factor clave para mejorar este proceso es la participación del cuidador, quien puede influir positivamente en el estado emocional del paciente, facilitando la superación conjunta de los desafíos biopsicosociales que se presentan (Fernández et al., 2023).

Dada la magnitud de esta patología, las necesidades básicas del individuo son un aspecto decisivo por considerar, las necesidades se definen como el conjunto de acciones e interacciones que una persona realiza para controlar factores internos y externos que podrían poner en riesgo su vida o su desarrollo futuro (Rodríguez et al., 2022).

De manera similar, la OMS define a las necesidades básicas “con aquellas que todo individuo requiere para poder vivir dignamente y mantener su bienestar, incluyendo la salud, la alimentación, la vivienda, la educación, el trabajo y la seguridad social.” (2024). El cumplimiento de estas necesidades está vinculado a la interacción con el cuidado proporcionado por el personal de enfermería, siendo que es el individuo quien decide actuar o no para preservar su salud o responder a los síntomas que presente (Peralta et al., 2024).

El cuidado de enfermería basado en el modelo de Virginia Henderson considera a la persona como un ser que requiere ayuda para recuperar o mantener su salud. Está fundamentado en 14 necesidades comunes entre todos los individuos tales como las fisiológicas, afectivas, de autorregulación, seguridad y permanencia (García et al., 2021). En este modelo, el cuidado tiene además de un enfoque humanístico, uno de actitud, que incluye satisfacer las necesidades del paciente y aceptarlo tal como se presenta. Además, el proceso busca armonizar la asistencia no solo centrada en los pacientes como tal, sino en la familia y comunidad (Velandina y Rivera, 2019). El cuidado y soporte de enfermería debe cumplir el objetivo de ser una base y estructura para la identificación y resolución de necesidades del paciente y su entorno, estableciendo un plan de acción que ayude a prevenir y reponer las condiciones de salud de las personas (Pastuña y Jara, 2020).

Por lo tanto, la intervención del personal de enfermería ante alteraciones en estas necesidades puede estructurarse en tres niveles (Fisiológico Básico, Fisiológico Complejo, y Conductual) dentro de la relación enfermera-paciente (Hernández et al., 2024). En casos de gravedad crítica, como en la agudización de la IRC, el profesional de enfermería asume la responsabilidad total del cuidado del paciente, actuando como su sustituto(a) debido a la falta de fuerza física, voluntad, capacidad o conocimiento por parte del paciente (Agualongo et al., 2023; May et al., 2022).

En este contexto, el objetivo del presente estudio fue identificar las necesidades básicas en pacientes sometidos a hemodiálisis en una institución de salud, Pasaje 2024.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con 36 pacientes de ambos sexos, de entre 60 y 85 años, en un hospital de Segundo Nivel de Atención en Pasaje, El Oro, Ecuador. Los participantes, quienes cumplieron los siguientes criterios: inclusión: pacientes con diagnóstico de IRC en tratamiento de hemodiálisis por al menos tres meses, y exclusión: aquellos con alteraciones psicológicas o discapacidades sensoriales. Para ello, se realizó el procedimiento ético correspondiente tales como:

participación voluntaria, firma de consentimiento informado y el manejo adecuado de los datos recolectados.

La capacidad de se evaluó mediante el cuestionario para la valoración de las necesidades humanas de los pacientes en hemodiálisis, en formato Likert de cinco opciones, estructurada por 29 ítems en 5 categorías tales como: Situación Fisiológica, Seguridad, Necesidad Social, Autoestima, Autorrealización. Esta herramienta, basada en la teoría de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

El análisis de los datos se realizó mediante el programa SPSS® versión 24.0, calculando las frecuencias de las escalas.

RESULTADOS

Tabla 1

Datos sociodemográficos

Datos sociodemográficos		n	%
Sexo	Femenino	15	41,7%
	Masculino	21	58,3%
	Total	36	100%
Edad	60-65	35	77,6%
	66-70	0	0,0%
	71-75	3	8,1%
	76-80	1	2,7%
	81-85	4	10,8%
	Total	36	100%
Lugar de nacimiento	Machala	3	8,3%
	Pasaje	17	47,2%
	Santa Rosa	6	16,7%
	Otro	10	27,8%
	Total	36	100%
Estado civil	Soltero	11	30,6%
	Casado	12	33,3%
	Divorciado	7	19,4%
	Viudo	4	11,1%
	Unión libre	2	5,6%
	Total	36	100%

Fuente: elaboración propia.

En base a la tabla 1, la muestra evidencia factores sociodemográficos que pueden influir significativamente en las necesidades básicas de los pacientes en hemodiálisis. Predominan los hombres (58,3%), quienes, según la literatura, suelen presentar menor adherencia a los cuidados médicos en comparación con las mujeres. La mayoría tiene entre 62 y 65 años, lo que posiblemente existan limitaciones físicas o cognitivas propias de la edad que dificultan la gestión autónoma del tratamiento. El 47,2% son originarios de Pasaje, lo que podría reflejar condiciones socioeconómicas o de acceso a servicios de salud que impacten en el bienestar individual. En cuanto al estado civil, se observa una proporción similar entre solteros y casados (30,6% y 33,3% respectivamente), siendo este último grupo más beneficiado por tener apoyo emocional y práctico, lo que facilita el cumplimiento del régimen terapéutico.

Tabla 2

Datos clínicos

Datos clínicos		n	%
Origen de la enfermedad	Diabetes	16	44,4%
	Hipertensión arterial	12	33,3%
	Otra	8	22,2%
	Total	36	100%
Días de hemodiálisis	Lunes, Miércoles – Viernes	17	47,2%
	Martes – Jueves – Sábado	19	52,8%
	Total	36	100%
Hospitalización en el último mes	Sí	7	19,4%
	No	29	80,6%
	Total	36	100,0%

Fuente: elaboración propia.

La tabla 2, el 44,4% presenta diabetes como origen de su enfermedad, seguido por un 33,3% con hipertensión arterial y un 22,2% con otras causas. En cuanto a los días de hemodiálisis, la distribución es equitativa: el 47,2% asiste lunes, miércoles y viernes, y el otro 52,8% martes, jueves y sábado. Solo el 19,4% ha sido hospitalizado en el último mes, mientras que el 80,6% no ha requerido hospitalización lo que puede estar relacionado a un buen control clínico.

Tabla 3

Autorrealización

Autorrealización	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Casi nunca	Nunca	Total
Usted siente que tiene el control de su vida, incluso mientras recibe tratamiento de hemodiálisis.	8,3%	22,3%	36,1%	33,3%	0,0%	100%
Considera que su tratamiento no impide que cumpla con sus metas personales.	5,6%	50,0%	36,1%	8,3%	0,0%	100%
Realiza actividades que le permiten sentirse realizado a nivel personal o profesional.	8,3%	38,9%	38,9%	13,9%	0,0%	100%
Tiene metas claras para el futuro a pesar de su condición médica.	8,3%	55,6%	30,6%	5,6%	0,0%	100%

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 3, se demuestra una percepción mayormente positiva de autorrealización entre los pacientes en hemodiálisis. En cuanto al control sobre su vida, el 36,1% respondió “Muchas veces” y el 33,3% “Casi nunca”, lo que refleja una experiencia dividida, aunque inclinada hacia una percepción de autonomía moderada. El 50,0% indicó que “Casi siempre” su tratamiento no interfiere con sus metas personales, evidenciando una buena adaptación a su condición. En cuanto a la realización de actividades significativas, un 38,9% eligió tanto “Casi siempre” como “Muchas veces”, lo que sugiere una participación en actividades que les brindan satisfacción. Finalmente, el 55,6% afirmó que “Casi

siempre" tiene metas claras para el futuro, mostrando una actitud esperanzadora. En todos los ítems, la opción "Nunca" fue 0%, lo que indica que, a pesar de las dificultades, los pacientes mantienen algún grado de autorrealización.

Tabla 4

Autoestima

Autoestima	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Casi nunca	Nunca	Total
Se considera una persona valiosa e importante para su entorno.	27,8%	27,8%	19,4%	25,0%	0,0%	100%
A pesar de los desafíos que supone su tratamiento, mantiene una imagen positiva de sí mismo(a).	16,7%	52,8%	25,0%	5,6%	0,0%	100%
Se siente orgullosa/o de su capacidad para enfrentar las dificultades asociadas a su condición de salud.	11,1%	52,8%	30,6%	5,6%	0,0%	100%
Confía en sus propias habilidades para adaptarse y manejar los cambios que implica la hemodiálisis.	11,1%	41,7%	47,2%	0,0%	0,0%	100%
Percibe que su autoestima se ha fortalecido al asumir responsablemente su cuidado.	13,9%	47,2%	33,3%	5,6%	0,0%	100%
Mi espiritualidad me brinda paz interior y me ayuda a aceptar mi enfermedad, incluyendo la posibilidad de un desenlace fatal.	11,1%	47,2%	33,3%	8,3%	0,0%	100%

Fuente: elaboración propia.

Según la tabla 4, los pacientes con hemodiálisis muestran que la valoración personal se distribuye equilibradamente entre "siempre" y "casi siempre" (27,8% cada una), aunque 25,0% responde "casi nunca", evidenciando polarización. En cuanto al mantenimiento de imagen positiva (52,8% "casi siempre") y el orgullo por enfrentar dificultades (52,8% "casi siempre") demuestran que la mayoría preserva una visión favorable y reconoce su capacidad de resistencia.

La confianza adaptativa registra 47,2% en "muchas veces" y 41,7% en "casi siempre", reflejando confianza moderada en el manejo de cambios por hemodiálisis. Tanto el fortalecimiento de autoestima por cuidado responsable como la espiritualidad para paz interior y aceptación de la enfermedad alcanzan 47,2% en "casi siempre", mostrando que estos factores contribuyen significativamente al bienestar emocional y adaptación a la condición de salud.

Tabla 5

Social

Social	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Casi nunca	Nunca	Total
Se siente apoyado por la familia durante su tratamiento de hemodiálisis.	22,2%	41,7%	25,0%	11,1%	0,0%	100%
Tiene amigos o compañeros que comprendan su situación y que le brinden apoyo emocional.	0,0%	44,4%	38,9%	16,7%	0,0%	100%
Los profesionales de salud que le atienden le generan un ambiente de confianza y apoyo.	44,4%	47,2%	8,3%	0,0%	0,0%	100%
Participa en actividades sociales o comunitarias que me hacen sentir parte de un grupo.	11,1%	41,7%	33,3%	13,9%	0,0%	100%
El tratamiento de hemodiálisis no ha afectado su interés en mantener relaciones sexuales.	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	100%

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 5, se constata que los resultados del aspecto social muestran que el apoyo familiar alcanza 41,7% en "casi siempre", seguido por 25,0% "muchas veces" y 22,2% "siempre", indicando fuerte respaldo familiar. Mientras que en el apoyo de amigos comprensivos registra 44,4% "casi siempre" y 38,9% "muchas veces", aunque 16,7% responde "casi nunca". La confianza en profesionales de salud presenta los mayores porcentajes: 47,2% "casi siempre" y 44,4% "siempre".

La participación social comunitaria muestra 41,7% "casi siempre" y 33,3% "muchas veces", mientras 13,9% participa "casi nunca". En cuanto a las relaciones sexuales, 66,7% responde "muchas veces" que el tratamiento no las afecta y 33,3% "casi siempre", sugiriendo impacto moderado de la hemodiálisis en la vida sexual.

Tabla 6

Seguridad

Seguridad	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Casi nunca	Nunca	Total
Se siente seguro de las instalaciones, y calidad del tratamiento que recibe en la institución de salud.	2,8%	61,1%	36,1%	0,0%	0,0%	100%
Entiende el procedimiento de su tratamiento y las acciones necesarias para evitar complicaciones.	2,8%	52,8%	44,4%	0,0%	0,0%	100%
Siente que la institución de salud se preocupa por su bienestar físico y emocional.	36,1%	38,9%	25,0%	0,0%	0,0%	100%
Su vivienda cuenta con un espacio seguro y cómodo adecuado para su	8,3%	50,0%	41,7%	0,0%	0,0%	100%

cuidado frente al tratamiento de hemodiálisis.						
Su empleo actual (o la falta de empleo) afecta negativamente su capacidad para seguir su tratamiento de hemodiálisis.	0,0%	25,0%	30,6%	44,4%	0,0%	100%
Su situación económica derivada de su empleo o vivienda le permite cubrir los gastos relacionados con su tratamiento.	0,0%	22,2%	63,9%	13,9%	0,0%	100%

Fuente: elaboración propia.

Según los datos de la tabla 6, en cuanto a la seguridad, el 61,1% de los encuestados “casi siempre” se siente seguro con las instalaciones y calidad del tratamiento, y el 52,8% entiende el procedimiento “casi siempre”, mientras que el 44,4% lo entiende “muchas veces”.

El 38,9% percibe que la institución se preocupa por su bienestar “casi siempre” y el 36,1% “siempre”. Sobre el espacio en casa, el 50,0% respondió que “casi siempre” es adecuado y el 41,7% “muchas veces”. Respecto al empleo, el 44,4% indicó que “casi nunca” afecta su tratamiento, y en lo económico, el 63,9% afirmó que “muchas veces” puede cubrir los gastos, aunque solo el 22,2% lo hace “casi siempre”.

Tabla 7

Situación fisiológica

Fisiológica	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Casi nunca	Nunca	Total
Mantiene un control adecuado de su alimentación según las indicaciones médicas.	16,7%	30,6%	36,1%	16,7%	0,0%	100%
Tiene acceso a los medicamentos y recursos necesarios para su tratamiento.	0,0%	33,3%	38,9%	27,8%	0,0%	100%
Puede descansar y dormir lo suficiente para mantener su energía durante el día.	13,9%	55,6%	30,6%	0,0%	0,0%	100%
Realiza ejercicios o actividades que le favorecen una buena función respiratoria según lo indicado por su médico.	0,0%	41,7%	36,1%	22,2%	0,0%	100%
Asiste puntualmente a todas las citas médicas y realiza los controles necesarios para monitorear su estado de salud.	38,9%	41,7%	19,4%	0,0%	0,0%	100%
Sigo las pautas alimentarias recomendadas por mi equipo médico para optimizar mi estado nutricional y mejorar mi tratamiento de hemodiálisis.	0,0%	44,4%	55,6%	0,0%	0,0%	100%
Sigue las recomendaciones e indicaciones del personal de salud en cuanto a exámenes clínicos y revisiones periódicas de su función renal.	0,0%	44,4%	55,6%	0,0%	0,0%	100%

Mantiene cuidado en el sitio donde está ubicado el catéter de su hemodiálisis.	27,8%	41,7%	30,6%	0,0%	0,0%	100%
--	-------	-------	-------	------	------	------

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 7, se demuestra que el control alimentario muestra que 36,1% de los pacientes lo realiza "muchas veces" y 30,6% "casi siempre". Respecto al acceso a medicamentos, 38,9% responde "muchas veces" y 33,3% "casi siempre", aunque 27,8% reporta dificultades con "casi nunca". El descanso adecuado es logrado por 55,6% "casi siempre", mientras que los ejercicios respiratorios son realizados por 41,7% con la misma frecuencia. La asistencia a citas médicas registra 38,9% "siempre" y 41,7% "casi siempre". Tanto el seguimiento de pautas alimentarias como las indicaciones médicas presentan distribución similar: 55,6% las cumple "muchas veces" y 44,4% "casi siempre" en ambos aspectos. El cuidado del catéter se mantiene en 41,7% "casi siempre" y 27,8% "siempre".

DISCUSIÓN

La atención de pacientes en hemodiálisis requiere un enfoque holístico que permita identificar y atender sus necesidades básicas, el modelo de las 14 necesidades de Henderson considera al individuo como alguien que necesita ayuda para mantener o recuperar su salud (Mendoza et al., 2024). Las características sociodemográficas ayudan a comprender la diversidad humana y sus implicaciones en diversos ámbitos de la vida. Nuestro estudio evidenció mayor prevalencia en pacientes masculinos con un 58,3% con edades entre 62 y 65 años, concordando con Lorenzo y Rodríguez (2023), quienes indican que el 77,6% de pacientes con IRC son hombres cumpliendo con el patrón epidemiológico descrito por la OMS (2020) que reporta que más del 20,0% de las personas tienen más de 60 años. Respecto al estado civil el 63,9% carecen de apoyo conyugal formal, mientras que solo el 33,3% están casados, sugiriendo que la mayoría carece del soporte familiar directo en la adherencia al tratamiento dialítico.

Carrillo et al. (2022) indican que en Latinoamérica existe una limitada cobertura de salud y acceso a los servicios de sanitarios que se ven influenciados por barreras geográficas aumentando el riesgo de complicaciones. Nuestro estudio reporta que solo el 47,2% proviene de Pasaje y el 52,8% de otros lugares lo que puede contribuir al abandono de tratamiento Lorenzo y Rodríguez (2023) informan que entre el 15-30% de los pacientes diabéticos desarrollan IRC; nuestro estudio ratifica a la diabetes como la principal causa (44,4%) e hipertensión arterial (33,3%). Por otro lado, el 100% de los participantes recibe hemodiálisis trisemanal coincidiendo con las recomendaciones internacionales (National Kidney Foundation) y los resultados de Zhang et al. (2020) que comparan la efectividad de esquemas de dos versus tres sesiones semanales en pacientes en hemodiálisis de mantenimiento. Un aspecto relevante es que solo el 19,4% requirió hospitalización el último mes, lo que sugiere que ciertos factores protectores benefician gradualmente las necesidades básicas como afrontamiento y autorrealización.

En autorrealización, se identifican limitaciones en la percepción de control y autonomía, un 8,3% de participantes manifestó sentir que "siempre" tiene control sobre su vida durante el tratamiento, mientras el 36,1% refirió experimentarlo "muchas veces", evidenciando una percepción neutral en su bienestar emocional, sin embargo, en el estudio de Romero et al. (2021) los pacientes refieren un mejor manejo de su patología, lo que indica una mejor autonomía. En cuanto al cumplimiento de metas, el 50,0% indicó "casi siempre", y el 5,6% considera "siempre" asimismo en la realización personal/profesional, apenas el 8,3% realiza actividades que permiten sentirse realizado "siempre" y el mismo porcentaje reporta tener metas claras, evidenciando limitaciones relevantes. Estos hallazgos coinciden con Rayyani et al. (2021) y Rahmani et al. (2024), quienes destacan que la autoeficacia puede verse afectada por diversos factores individuales y sociales.

Respecto a la autoestima, el 55,6% reportan sentirse valiosos para su entorno lo que refleja una autoestima positiva pese al impacto de la enfermedad, asimismo, el 69,5% mantiene una imagen positiva de sí mismo ante los retos del tratamiento, resultado consistente con Karami et al. (2025), quienes destacan la resiliencia en pacientes crónicos a diferencia de Li et al. (2023) quienes señalan que la estigmatización en hemodiálisis reduce la autoestima. Además, los resultados muestran que el 61,1% percibe un fortalecimiento de su autoestima al asumir responsablemente su propio cuidado y el 63,9% experimenta frecuentemente orgullo por afrontar las dificultades de su enfermedad, mientras que el 63,9% confía en su propia capacidad de adaptación. Esto se alinea con la teoría de Virginia Henderson, que postula que la autonomía en la gestión de la enfermedad aumenta el empoderamiento y la autovaloración positiva del paciente.

En relación al aspecto social, el apoyo familiar constituye un factor determinante que se manifiesta en el 63,9% de pacientes que reporta respaldo frecuente, evidenciándose tanto en el fortalecimiento de la autoestima con el 47,2% y un 41,7% en el soporte social directo, hallazgos que coinciden con las investigaciones de Pastuña y Jara (2020) y Fernández et al. (2023), quienes identifican el acompañamiento familiar como mecanismo esencial de adaptación en enfermedades crónicas. La evidencia internacional respalda estos resultados: Anita et al. (2025) confirman que el apoyo familiar reduce la depresión y mejora la adherencia al tratamiento, mientras que Miyata et al. (2018), reportaron que pacientes con fuente de apoyo familiar mostraban actitudes más positivas hacia la diálisis.

Particularmente relevante es la excelente confianza en profesionales de salud con un 91,6%, que según Ucaña y Galvez (2024) superan estándares latinoamericanos donde se destaca la relación enfermera-paciente como clave para la adaptación y satisfacción; y alineándose con Tayebi et al. (2021), quienes demuestran que el acompañamiento del personal sanitario mejora el manejo patológico, junto con la preservación de redes sociales evidenciada en la participación comunitaria con el 41,7% de igual forma el 66,7% manifiesta que las relaciones sexuales se mantienen sin afectación, contrastando favorablemente con reportes de aislamiento social descritos por Hussein et al. (2024). No obstante, persisten vulnerabilidades importantes: el 11,1% carece de respaldo familiar y solo el 44,4% recibe apoyo emocional externo constante, mientras que el 16,7% carece completamente de él, situación que amplía el riesgo de depresión y requiere intervenciones específicas como las estrategias grupales propuestas por Elías-Viramontes et al. (2020).

En este sentido, la percepción de seguridad institucional con un 61,1% y comprensión del tratamiento con el 52,8% reflejan una atención de calidad que contrasta con las limitaciones de acceso descritas por Jaramillo et al. (2024) para Ecuador. Asimismo, el 63,9% de los pacientes se siente seguro con las instalaciones y la atención, mientras que el 36,1 % expresa ciertas reservas, lo que podría afectar el vínculo terapéutico (Ucaña-Cieza y Gálvez-Díaz, 2024). Sin embargo, las dificultades económicas para cubrir gastos del tratamiento, con solo 22,2% "casi siempre" confirman el impacto financiero significativo reportado por Lucas-Choez et al. (2021), quien estima que la IRC representa el 2% del gasto en salud nacional (Ucaña-Cieza y Gálvez-Díaz, 2024).

Respecto a la comprensión del procedimiento y autocuidado, el 55,6% entiende el tratamiento plenamente, pero el 44,4% solo "muchas veces", lo que evidencia brechas educativas, tal como sugiere Xu et al. (2023) que el conocimiento insuficiente sobre hemodiálisis predice complicaciones y reingresos; la educación continua y personalizada mejora la seguridad percibida y la autonomía del paciente. Sobre en cuanto a la comprensión del procedimiento y autocuidado, el 55,6% entiende el tratamiento plenamente, pero el 44,4% solo "muchas veces", lo que evidencia brechas educativas, tal como sugiere Xu et al. (2023)

En la percepción de preocupación institucional por bienestar, el 36,1% de los encuestados percibe que el hospital siempre cuida su bienestar físico y emocional, el 38,9% "casi siempre" y el 25% "muchas veces", lo que evidencia la necesidad de humanizar la atención y mejorar la comunicación empática

(Andrade et al., 2020). Respecto a la vivienda, el 58,3% considera su hogar adecuado, mientras que el 41,7% sólo "muchas veces", lo que señala posibles vulnerabilidades sociales. Según el modelo de Henderson y la OMS, una vivienda digna es clave para el cuidado efectivo (WHO, 2018) por lo que se recomienda priorizar intervenciones sociofamiliares y vinculación con servicios públicos o comunitarios para quienes presentan inseguridades habitacionales. Por otra parte, el 55,6% de las personas percibe que su empleo afecta al menos ocasionalmente el seguimiento del tratamiento, mientras que el 44,4% dice que casi nunca lo hace. Solo el 22,2% afirma contar con recursos económicos suficientes casi siempre; el 63,9% los tiene muchas veces y el 13,9% casi nunca. Las dificultades laborales o el desempleo afectan la adherencia en el 55,6%, y el 77,8% indica que sus ingresos no siempre cubren los gastos relacionados. Estos factores económicos y laborales, como señala Goodman (2021), son determinantes sociales negativos para la continuidad del tratamiento y la percepción de seguridad en pacientes con IRC en países de ingresos medios y bajos.

La percepción de seguridad institucional con el 61,1% y comprensión del tratamiento un 52,8% reflejan una atención de calidad que contrasta con las limitaciones de acceso descritas por Jaramillo et al. (2024) para Ecuador, aunque el 36,1% expresa reservas que podrían afectar el vínculo terapéutico (Ucaña-Cieza y Gálvez-Díaz, 2024). Las dificultades económicas persisten con solo 22,2% cubriendo gastos "casi siempre", confirmando el impacto financiero reportado por Lucas-et al. (2021), quien estima que la IRC representa el 2% del gasto en salud nacional. Respecto a la comprensión del procedimiento, el 55,6% entiende el tratamiento plenamente pero el 44,4% solo "muchas veces", evidenciando brechas educativas que según Xu et al. (2023) predicen complicaciones y reingresos, requiriendo educación continua y personalizada para mejorar la seguridad percibida y autonomía del paciente.

La percepción de cuidado institucional muestra que el 36,1% percibe que el hospital siempre cuida su bienestar, el 38,9% "casi siempre" y el 25% "muchas veces", evidenciando la necesidad de humanizar la atención (Andrade et al., 2020). El 58,3% considera su vivienda adecuada versus 41,7% que solo "muchas veces", requiriendo intervenciones sociofamiliares según Henderson y la OMS (WHO, 2018). Los factores económicos presentan mayores limitaciones: el 55,6% indica que el empleo afecta el tratamiento, solo el 22,2% tiene recursos suficientes casi siempre y el 77,8% reporta que sus ingresos no cubren todos los gastos relacionados, constituyendo determinantes negativos para la continuidad del tratamiento (Goodman, 2021).

El cumplimiento del régimen dietético constituye un pilar fundamental en el manejo de pacientes con IRC, permitiendo mantener un estado de salud óptimo y prevenir complicaciones; sin embargo, los datos revelan importantes desafíos en el cumplimiento, siendo que solo el 47,3% de los pacientes sigue las indicaciones dietéticas, mientras que el 36,1% lo hace "muchas veces" y el 16,7% "casi nunca". En cuanto a las pautas alimentarias, en nuestro estudio el 44,4% sigue la dieta "casi siempre" y el 55,6% "muchas veces", lo que según Vijay y Harmeet (2022) refleja barreras como desconocimiento, limitaciones económicas y hábitos arraigados que dificultan el seguimiento de las dietas restrictivas necesarias. Esta problemática se agrava por el limitado acceso a medicamentos y recursos, donde solo el 33,3% accede "casi siempre", el 38,9% "muchas veces" y el 27,8% "casi nunca", evidenciando según Cojuc-Konigsberg et al. (2025) desigualdades críticas en la atención, particularmente en países de ingresos medios y bajos, por lo que resulta imperativo fortalecer la educación sanitaria en concordancia con SENETO (2023), que destaca la necesidad de tratamiento nutricional especializado e intervenciones educativas para mejorar la adherencia dietética.

Respecto con el descanso y sueño, el 69,5% de los pacientes reporta dormir suficientemente, resultado que contrasta con estudios previos de Dood et al. (2018), quienes demostraron frecuentes alteraciones del sueño en pacientes sometidos a hemodiálisis. Zicarelli et al. (2025), enfatizan que promover la educación y motivación sobre el ejercicio físico adaptado puede prevenir la sarcopenia y optimizar la

calidad de vida, sin embargo, aunque el 77,8% los practica con regularidad, persiste un 22,2% con baja adherencia. En las asistencias a citas y controles, el 80,6% asiste a sus citas médicas, evidenciando una alta adherencia al seguimiento terapéutico. Esta adherencia se fortalece con el 100% de cumplimiento en el seguimiento de recomendaciones para exámenes y revisiones. Referente al cuidado del catéter el 69,5% lo realiza regularmente lo que es validado por Sulkowski et al. (2024) y Xu et al. (2023) quienes mencionan que este es aspecto esencial para prevenir complicaciones en hemodiálisis.

CONCLUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio evidencian que, aunque la enfermedad de insuficiencia renal crónica y la hemodiálisis imponen barreras demostrativas a la integración social, la presencia de redes familiares y profesionales sólidas puede atenuar parcialmente el aislamiento experimentado por los pacientes. Sin embargo, se identifican vacíos importantes en las relaciones sociales extrafamiliares, lo que subraya la necesidad de implementar estrategias desde enfermería que fortalezcan los espacios de interacción social y soporte psicoemocional.

Desde el enfoque de Virginia Henderson el modelo de las necesidades básicas es fundamental para el cuidado integral de pacientes con enfermedad renal crónica terminal. Las características demográficas revelan un perfil predominante de pacientes masculinos adultos mayores, con diabetes e hipertensión como principales etiologías, limitado apoyo conyugal y procedencia geográfica diversa que plantea desafíos significativos de accesibilidad al tratamiento. Por otro lado, la autorrealización mostró limitaciones importantes en la percepción de control, autonomía y capacidad para establecer metas personales. No obstante, la autoestima evidenció resultados más favorables, con la mayoría manteniendo una valoración positiva de sí mismos y experimentando orgullo por afrontar su enfermedad, demostrando notable resiliencia y capacidad de adaptación.

Además, el aspecto social identificó el apoyo familiar como factor determinante del bienestar, junto con una excelente confianza en profesionales de salud. Sin embargo, persisten vulnerabilidades críticas en el apoyo emocional externo que incrementan el riesgo de aislamiento social. En cuanto a la seguridad institucional, la mayoría de los pacientes mostró una percepción positiva de las instalaciones, aunque las dificultades económicas y laborales representan barreras significativas que comprometen la adherencia al tratamiento. De igual manera, la comprensión del procedimiento y autocuidado evidenció brechas educativas importantes, aunque el cuidado del acceso vascular se realiza adecuadamente en la mayoría de los casos.

Paralelamente, la preocupación institucional requiere mejoras sustanciales en humanización de la atención y comunicación empática entre el personal sanitario y los pacientes. También se identificaron vulnerabilidades en las condiciones habitacionales de una proporción significativa de participantes, lo que impacta negativamente en su recuperación y bienestar general. Por otra parte, el control de alimentación representa el mayor desafío identificado en el estudio, con baja adherencia dietética influenciada por factores económicos, culturales y educativos que dificultan el seguimiento de las restricciones nutricionales. Contrariamente, los patrones de descanso y sueño mostraron resultados favorables que contrastan positivamente ante alteraciones del sueño en esta población. Finalmente, la asistencia a citas y controles evidenció una alta adherencia terapéutica.

De esta manera, el modelo teórico de Virginia Henderson permite identificar tanto fortalezas significativas como desafíos críticos en la atención integral de pacientes en hemodiálisis. Por un lado, se destacan aspectos positivos como la buena adherencia terapéutica, la confianza establecida con los profesionales de salud y el mantenimiento de niveles adecuados de autoestima. Por otro lado, persisten desafíos importantes en la adherencia dietética, la comprensión completa del tratamiento y el apoyo socioeconómico necesario. En este sentido, se requieren intervenciones multidisciplinarias

que incluyan programas educativos personalizados, estrategias de apoyo nutricional culturalmente pertinentes y fortalecimiento de redes de apoyo social. Igualmente, es fundamental desarrollar mecanismos de soporte económico que garanticen la accesibilidad al tratamiento. Solo mediante un abordaje holístico que reconozca la complejidad de las 14 necesidades fundamentales será posible optimizar la calidad de vida y los resultados en salud de esta población vulnerable en instituciones públicas de segundo nivel.

REFERENCIAS

Agualongo, D., Rea, M., A., & Castillo, D. (2023). Enfermería basada en el modelo de Virginia Henderson para pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. CISA. <https://doi.org/https://doi.org/10.58299/cisa.v5i5.43>

Alatawi, A., Alaamri, M., & Almutary, H. (2024). Social Support and Adherence to Treatment Regimens among Patients Undergoing Hemodialysis. Healthcare, 12(19), 1958. <https://doi.org/10.3390/healthcare12191958>

Andrade, C., Menon, V., Ameen, S., & Kumar, S. (2020). Designing and conducting knowledge, attitude, and practice surveys in Psychiatry: practical Guidance. Indian J Psychol Med, 42(5), 478-481. <https://doi.org/10.1177/0253717620946111>

Anita, D., Alfrizki, E., Suprayitno, E., Fadlilah, S., & Wantonoro, W. (2025). Family support, depression, and health-related quality of life of hemodialysis patients. Turk J Nephrol, 34(3), 195-200. <https://doi.org/10.5152/turkjnephrol.2025.25991>

Arancibia, C., & González, A. (2024). Cuidado de enfermería del paciente con enfermedad renal crónica en atención primaria de salud. Enfermería Nefrológica. <https://doi.org/https://doi.org/10.37551/S2254-28842024016>

Aránega, S., Guillén, I., Blanco, M., & Crespo, R. (2022). Aspectos psicosociales del paciente en diálisis. Enfermería Nefrológica. <https://doi.org/https://doi.org/10.37551/52254-28842022022>

Carrillo, M., Dolores, L., Díaz, R., Cercera, M., & Constantino, F. (2022). Prevención de la enfermedad renal crónica en adultos: una revisión bibliográfica. Enfermería Nefrológica. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.37551/52254-28842022031>

Castillo, M., Espín, E., Espine, E., Navas, M., & Naranjo, M. (2023). Enfermedad renal crónica en la población ecuatoriana y su. Metrociencia. <https://doi.org/https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol31/3/2023/28-38>

Cojuc-Konigsberg, G., Guijosa, A., Moscana-Nissan, A., IOZANO, r., Correa-Rotter, R., & Ramírez-Sandoval, J. (2025). Representation of Low- and Middle-Income Countries in CKD Drug Trials: A Systematic Review. AJKD, 85(1), 55-66. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2024.06.012>

Dodd, R., Palagyi, A., Guild, L., Jha, V., & Jan, S. (2018). The impact of out-of-pocket costs on treatment commencement and adherence in chronic kidney disease: a systematic review. Health Policy and Planning, 33(9), 1047-1054. <https://doi.org/10.1093/heapol/czy081>

Elías-Viramontes, A., Casique-Casique, L., & Rodríguez-Loreto, J. (2020). La persona con enfermedad renal crónica: una revisión sistemática de las intervenciones de salud. Enferm Nefrol, 23(4), 333-344. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842020000400001&lng=es

Fernández, R., Cifuentes, B., López, E., & Pablos, M. (2023). Evaluación de la experiencia asistencial en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada. Enfermería Nefrológica. <https://doi.org/https://doi.org/10.37551/S2254-28842023025>

Gahona, J., Prado, A., Meza, K., & Benitez, C. (2023). Descripción y análisis de la tasa de incidencia y prevalencia de pacientes en terapia de reemplazo renal en Ecuador. Metrociencia. <https://doi.org/https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol31/2/2023/35-40>

García, D., Racines, S., Peñafiel, A., & Bravo, D. (2021). Autocuidado y calidad de vida en pacientes renales con tratamiento de hemodiálisis. *Ciencia Latina*.
https://doi.org/https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.830

Goodman, M. (2021). Potential economic burden contributing to treatment nonadherence in end-stage renal disease. *HPHR*, 54. <https://doi.org/10.54111/0001/BBB2>

Helali, B., Eliwa, S., & Nosir, F. (2025). Impact of a psychoeducational nursing program on self-efficacy and psychological adjustment in hemodialysis patients. *Sci Rep*, 15, 19568.
<https://doi.org/10.1038/s41598-025-04052-x>

Hernández, E., Vinagre, G., & Arribas, P. (2024). Valoración de enfermería a la persona con enfermedad renal crónica avanzada. *Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.37551/S3020-45420002>

Hussein, S., Calvo, M., & Barroso, L. (2024). Diseño de estrategias para la atención integral en una paciente con barrera idiomática en tratamiento con hemodiálisis: a propósito de un caso. *Enfermería Nefrológica*. <https://doi.org/https://doi.org/10.37551/S2254-28842024018>

Jaramillo, J., Hidrobo, J., Morejón, G., & Cárdenas, D. (2024). Conductas de autocuidado en pacientes hemodializados en Ibarra, Ecuador. *Enfermería cuidándote*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.51326/ec.7.9303972>

Karami, H., Rahmati, M., & Abbasi, P. (2025). Investigating the relationship between perceived social support and resilience in patients undergoing hemodialysis: a cross-sectional study. *BMC Nephrol*, 26(1), 278. <https://doi.org/10.1186/s12882-025-04204-1>

Li, B., Liu, D., Zhang, Y., & Xue, P. (2023). Stigma and related factors among renal dialysis patients in China. *Front. Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1175179>

Lorenzo, V., & Rodríguez, D. (2021). *Enfermedad Renal Crónica*. Elsevier.
<https://static.elsevier.es/nefro/monografias/pdfs/nefrologia-dia-136.pdf>

Lorenzo, V., & Rodríguez, D. (2023). Nutrición en la Enfermedad Renal Crónica. *Nefrología al día*.
<https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-nutricion-en-la-enfermedad-renal-cronica-220>

Lucas, M., Cevallos, D., Quiroz, M., & Piguave, T. (2021). Autocuidado y calidad de vida en pacientes renales con tratamiento de hemodiálisis. *Polo del conocimiento*.
<https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2292>

May, M., Montejó, G., González, M., & Pérez, M. (2022). Estudio de caso, paciente en hemodiálisis, antecedentes heredofamiliares con el modelo de Virginia Henderson. *Revista de Enfermería Neurológica*. <https://doi.org/https://doi.org/10.51422/ren.v21i1.360>

Mendoza, A., Cabrera, G., & Ochoa, M. (2024). Rol Enfermero en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica Durante el Proceso de Hemodiálisis. *REINCASOL*.
[https://doi.org/https://doi.org/10.59282/reincisol.V3\(6\)2332-2362](https://doi.org/https://doi.org/10.59282/reincisol.V3(6)2332-2362)

Miyata, K., Shen, J., Nishio, Y., Haneda, M., Dadzie, K., Sheth, N., . . . Harbord, N. (2018). Patient knowledge and adherence to maintenance hemodialysis: An International comparison study. *J. Clin. Exp. Nephrol*, 22, 947-956. <https://doi.org/10.1007/s10157-017-1512-8>

Ocaña, A., Ramírez, N., Suárez, R., Prados, M., Díaz, D., & Alcántara, M. (2023). Nivel de conocimientos y capacidad para el autocuidado en personas en tratamiento con hemodiálisis y su relación con la

calidad de vida. Enfermería Nefrológica. <https://doi.org/https://doi.org/10.37551/S2254-28842023036>

Organización mundial de la Salud. (2024). Autocuidado para la salud y el bienestar. WHO INT. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/self-care-for-health-and-well-being>

Pastuña, R., & Jara, P. (2020). BÚSQUEDA DE LA AUTONOMÍA DE ENFERMERÍA DESDE LA MIRADA DE VIRGINIA HENDERSON. Enfermería Investiga. <https://doi.org/https://doi.org/10.31243/ei.uta.v5i4.975.2020>

Peralta, R., Sucasaca, B., & Astuñague, K. (2024). Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores hemodializados. Revista cubana de enfermería. <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/6038>

Pillajo, B., Guacho, J., & Moya, I. (2022). La enfermedad renal crónica. Revisión de la literatura y experiencia local en una ciudad de Ecuador. Revista Colombiana de Nefrología. <https://doi.org/https://doi.org/10.22265/acnef.8.3.396>

Robalino, R., Urdante, C., Machado, H., & Cano, L. (2020). Programa de atención de enfermería, pilar de la atención de pacientes con enfermedad renal crónica. Revista Cubana de Reumatología. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102666>

Rodríguez, C., Moreno, A., Cabrera, A., Regalado, L., & Amato, J. (2022). Vivencias del paciente ante el diagnóstico de enfermedad renal crónica y su ingreso a diálisis peritoneal. Enfermería Nefrológica. <https://doi.org/https://doi.org/10.37551/S2254-28842022007>

Romero, M., Moreno, A., Gómez, V., Alcántara, M., & Crespo, R. (2021). Análisis comparativo entre la calidad de vida del paciente trasplantado renal y el paciente en hemodiálisis. Enfermería Nefrológica. <https://doi.org/https://doi.org/10.37551/S2254-28842021015>

Sulkowski, L., Matyja, A., & Matyja, M. (2024). Social Support and Quality of Life in Hemodialysis Patients: A Comparative Study with Healthy Controls. Medicina, 60(11), 1732. <https://doi.org/10.3390/medicina60111732>

Tayebi, A., Jamshidi, E., Molavi, N., Akbari, M., & Karahrudi, M. A. (2021). Effects of perceived autonomy support and basic need satisfaction on quality of life in hemodialysis patients. BMC Nephrology, 22(1), 1-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29027069/#:~:text=Results%3A%20The%20empirical%20results%20of,physical%20and%20mental%20component%20scores.>

Ucaña-Cieza, H., & Gálvez-Díaz, N. (2024). Percepción de los pacientes con terapia de hemodiálisis respecto al rol de enfermería en Perú. Enfer. <https://doi.org/10.37551/s2254-28842024025>

Velandina, A., & Rivera, L. (2019). Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. Revista de Salud Pública. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000400005

Vijay, V., & Harmeet, K. (2022). The Worldwide Prevalence of Nonadherence to Diet and Fluid Restrictions Among Hemodialysis Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. Journal of renal nutrition, 32(6), 658-669. <https://doi.org/10.1053/j.jrn.2021.11.007>

WHO. (2018). World Health Organization. Who housing and health guidelines: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/276001/9789241550376-eng.pdf#:~:text=%28WHO%29%20apps,safety%20and%20personal%20hygiene%2C>

Xu, F., Zhuang, B., Wang, Z., Wu, H., Hui, X., Peng, H., . . . Ye, H. (2023). Knowledge, attitude, and practice of patients receiving maintenance hemodialysis regarding hemodialysis and its complications: a single-center, cross-sectional study in Nanjing. *BMC Nephrology*, 24, 275. <https://doi.org/10.1186/s12882-023-03320-0>

Zicarelli, M., Duni, A., & Leivaditis, K. (2025). Comprehensive Insights into Sarcopenia in Dialysis Patients: Mechanisms, Assessment, and Therapeutic Approaches. *Medicina (Kaunas)*, 61(3), 449. <https://doi.org/10.3390/medicina61030449>

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons .