



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

"ADHERENCIA TERAPEUTICA Y APOYO SOCIAL EN NEFROPATAS DIABETICOS"

TESIS

TRABAJO PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. GISSELLE CARRILLO FLORES

RESIDENTE DE TERCER GRADO MEDICINA FAMILIAR

ASESOR:

DR. JORGE MENESES GARDUÑO MF

DRA. ALMA DELIA GONZALEZ MI

FOLIO CLIS: R-2010-3703-20



MÉXICO D.F, 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A U T O R I Z A C I O N E S:
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

DR. JOSÉ LUIS ORTÍZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DIRECTOR MÉDICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

DR. LEONOR CAMPOS ARAGÓN
MC; MPS; M EN C
COORDINADORA DE ECUCACION MEDICA E INVESTIGACIÓN EN LA SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21”FRANCICO DEL PASO Y
TRONCOSO”
IMSS

DR. JORGE MENESES GARDUÑO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

DEDICATORIAS:

Quiero dedicar

A Dios por haberme enviado una familia increíble que siempre esta cuando más la necesito, por nunca dejarme sola ante las adversidades.

A mi mama, pues tú eres el ejemplo claro de la perseverancia, el éxito, el esfuerzo, eres mi admiración entera.

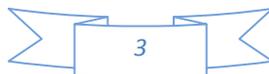
A mis hermanos Michel, Jonathan y Joel por estar conmigo en todo momento, por ser parte de mi y viceversa.

A mi padre, porque me dio la vida, amor y cariño, se que estas orgulloso.

A Jesús por acompañarme en las buenas y en las malas, además de ser alguien importante en mi vida, gracias.

A todas mis amigas y amigos tan queridos, gracias por su amistad y apoyo incondicional.

GRACIAS



AGRADECIMIENTOS:

Al Dr. Jorge Meneses Garduño por el apoyo y el valioso tiempo que me brindo, la paciencia y la comprensión para enseñar.

A la Dra. Alma Delia González por su apoyo y empeño con los pacientes, así como para sus alumnos.

A la Dra Alberta García Reyna por ser un excelente ser humano, doctora y amiga, gracias por su apoyo.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social por dejarme ser parte de este gran equipo de salud, logrando crecer como un mejor ser humano.

A la Unidad de Medicina Familiar No.21 la cual cuenta con personal de salud muy dedicado.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por haber sido como mi segundo hogar.

INDICE:

1. Resumen.....	6
2. Planteamiento del problema.....	8
3. Antecedentes.....	9
4. Objetivos.....	20
5. Hipótesis.....	21
6. Material y Métodos.....	22
7. Muestra.....	24
8. Criterios de inclusión.....	25
9. Definición y clasificación de variables.....	26
10. Metodología.....	27
11. Análisis y discusión de los Resultados	30
13. Conclusiones.....	54
14. Anexos	55
15. Bibliografía	64

RESUMEN

“ADHERENCIA TERAPEUTICA Y APOYO SOCIAL EN NEFROPATAS DIABETICOS”
González AD, Meneses GJ y Carrillo F G.

INTRODUCCION: La nefropatía diabética, es una de las primeras causa de insuficiencia renal terminal. Sólo puede revertirse con el control glucémico si se tiene adherencia terapéutica; además significa un enorme costo para las instituciones de salud. Los factores que influyen en el cumplimiento terapéutico son: la interacción con el profesional de la salud, las características culturales del paciente y el apoyo social.

OBJETIVO: Determinar cómo influye el apoyo social en la adherencia terapéutica en diabéticos nefrópatas adscritos a la UMF 21, del IMSS.

MATERIAL y MÉTODOS: Estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. En nefropatas diabéticos de la UMF 21, que acuden al H.G.Z 30, a los cuales se aplico el cuestionario de MOS(Medical Outcome Study), con el propósito de medir el apoyo social y el de Morisky-Green que determino adherencia terapéutica. Con Nefropatía Diabética en prediálisis; excluyendo pacientes con hemodiálisis, diálisis o trasplante renal, analfabetas o con discapacidad física..

RESULTADOS: Existe relación entre el apoyo social y la adherencia terapéutica, en el sexo femenino en casados.

CONCLUSIONES: Se debe ver a la familia como un factor protector para el paciente enfermo, además de los factores sociales, psicológicos, culturales, estado de ánimo y de la relación médico-paciente.

PALABRAS CLAVES: Nefropatía diabética, Apoyo social, adherencia terapéutica.

SUMMARY

ADHERENCE AND SOCIAL SUPPORT IN DIABETIC NEPHROPHATIC
González AD, Meneses GJ and Carrillo F G.

INTRODUCTION: *The diabetic nephropathy, it's one of the first cause of terminal renal deficiency. It can be only reversed with glycemic control if it is adherent; also it means a huge cost to health institutions. Factors influencing in therapeutic fulfillment are: interaction with the healthcare, patient's cultural characteristics and social support.*

AIM: *to establish the social influence support in therapeutic fulfillment in nephropathy diabetics attached to the UMF 21, IMMS.*

MATERIAL AND METHODS: *Observational, prospective, descriptive and descriptive research. In nephropathy diabetics of UMF 21 that attending to H.G.Z 30 to which the questionnaire MOS was applied with the purpose to measure off the social support and Morisky-Green's that therapeutic adherente. With nephropathy diabetic in predialysis; excluding patients with hemodiálisis, diálisis or kidney transplant, illiterate or physical disability.*

RESULTS: *There is a relation between social support and therapeutic adherente in women marriage.*

CONCLUSIONS: *Family should see as a protecting factor for the sick patient also social, psychological defined and cultural factors, frame of mind and doctor-patient relationship.*

KEY WORDS: *nephropathy diabetics, social support, therapeutic adherente.*

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La primera causa de Insuficiencia Renal actualmente es la Diabetes Mellitus, por lo que han ido aumentando los pacientes con nefropatía diabética, lo cual, representa una alteración en la calidad de vida del paciente, puesto que es considerada como la causa más frecuente de ingreso a programas de diálisis en México.

Entre los pacientes con nefropatía diabética, pocos son conscientes de su condición. Algunas investigaciones señalan que el conocimiento de la enfermedad por los pacientes, es tan bajo como el 9.4 %, en particular en aquellos con daño leve.

La importancia del papel que tiene la ayuda que reciben los individuos de sistemas sociales informales (familia, amigos, vecino, etc), sobre su salud, se considera como apoyo social, el cual contribuye al mantenimiento de la misma.

En el enfermo nefropata diabético que acude a consulta, deben considerarse los aspectos relacionados con el entorno familiar, ya que los mismos, al ejercer una influencia significativa y positiva sobre el tratamiento, contribuyen de manera importante en la adherencia terapéutica.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la adherencia terapéutica en torno al apoyo social en pacientes diabéticos nefropatas adscritos a la UMF 21, del IMSS en 2010?

ANTECEDENTES

El término adherencia terapéutica, es el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones médicas, es decir, cuando cumple las prescripciones recibidas para el manejo de la enfermedad. Esta implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo. Para explicar el cumplimiento terapéutico se han identificado diversos factores, como: la interacción del paciente con el profesional de la salud, las características del régimen terapéutico, de la enfermedad, el apoyo familiar y las peculiaridades psicológicas individuales, entre las que pueden mencionarse: las creencias, actitudes, atribuciones, locus de control y representación mental de la enfermedad.ⁱ

1. Otros factores que contribuyen son: la edad, la complejidad del tratamiento, duración de la enfermedad y la depresión como una condición psicológica.ⁱⁱ

La adherencia como conducta de salud está relacionada con los valores generales o motivación para ésta, así como también, se modula por la experimentación de riesgo o vulnerabilidad percibida, la consideración de la severidad de la enfermedad, la auto-eficacia y la utilidad de adherirse al tratamiento. Autores como Fishbein y Ajzen en 1980 plantearon la importancia de las creencias como factores moduladores importantes en la adherencia o cumplimiento de las recomendaciones médicas y/o de salud.ⁱⁱⁱ

A pesar de las consecuencias adversas de no cumplimiento, se estima que la problemática de los pacientes con Enfermedad Renal Terminal en relación a la adherencia terapéutica fluctúa entre un

30% y 50%. Se ha encontrado asociación entre el cumplimiento y el grado de escolaridad, mientras mayor es el grado escolar del paciente mayor es el cumplimiento.^{iv}

Método Morisky-Green-Levine: Validado en Hipertensión arterial (HTA). Este test es muy empleado en numerosas patologías y goza de gran experiencia entre los profesionales sanitarios. Además, es la base para el diseño de numerosos cuestionarios específicos.

Esta escala consta de 4 ítems, desarrollado en pacientes con hipertensión (Green y otros, Levine et al, et al Morisky, Cantor y otros), entre 1975 y 1990, fue adaptado y validado . El tema relativo a "descuido" fue sustituido por: " Si eres descuidado a veces acerca de tomar la medicina? "fue reemplazada por" ¿Alguna vez tiene problemas para recordar tomar su medicina? "Esta versión de la escala original se conoce como la Escala de Adherencia a Medicamentos de Morisky (MMAS -4). En 2008, publicó una versión actualizada de la MMAS-8, que tiene una fiabilidad más alta (0,61) y una mayor sensibilidad y especificidad.

Consta de 4 preguntas: 1.- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos? Sí o no. 2.- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? Sí o no. 3.- ¿Cuando se encuentra mejor deja de tomar la medicación? Sí o no. 4.- ¿Si alguna vez le sientan mal los medicamentos deja de tomarlos? Sí o no.

Un paciente se considera adherente cuando responde correctamente a todas las preguntas.

La influencia positiva del apoyo social, que incluye la pareja del paciente y el ambiente familiar ha sido identificada como factor asociado al cumplimiento del tratamiento y el bajo apoyo se asocia al pobre cumplimiento.^v

Diversos estudios indican que existe un impacto significativo del apoyo social sobre indicadores de salud, parece que no hay duda en admitir que el apoyo social y la salud están relacionados, en el sentido que una mala salud es más pronunciada y más probable entre aquellos individuos que carecen de apoyo o perciben que este no es suficiente. Así, un apoyo social deficiente o inadecuado se asocia a un mayor riesgo de enfermedad.^{vi}

Estos pacientes necesitan sentirse apoyados por las personas que les rodean (sus familiares, compañeros de trabajo, amigos, vecinos, etc.), los denominados sistemas de apoyo naturales (o informales), así como también, por las instituciones sanitarias y sus profesionales (médicos, personal de enfermería, etc.), designados como sistemas de apoyo organizados (o formales).

Además, el apoyo social es uno de los factores psicosociales más influyentes en la conducta de adherencia terapéutica a las prescripciones de salud, especialmente en el caso de los pacientes crónicos. Por lo que, un apoyo social insuficiente podría conducir hacia una menor adopción de hábitos de vida saludables y un menor cumplimiento de las recomendaciones médicas

De este modo, diversas investigaciones han verificado el importante rol que juega el apoyo social en la adherencia a las recomendaciones de salud en diversas enfermedades crónicas.

A nivel estructural, el apoyo social proporciona una sensación de pertenencia y de integración dentro de una estructura social. Este nivel de análisis lo constituyen las redes sociales (conjunto de contactos que el sujeto establece con otras personas), obteniendo de ellas sentimientos de vinculación y unión con los demás.

Sin embargo, es necesario diferenciar entre red social y la noción de apoyo social, referida esta última a las funciones de las interacciones dentro de la red y el modo en que son percibidas por el sujeto. Las redes sociales constituyen el marco estructural necesario para que lleguen a activarse procesos de apoyo; por lo que ambos, redes sociales y apoyo social están relacionados con el bienestar, la salud y la adherencia terapéutica. Según Vaux (1988) la red social del individuo mantiene una relación directa con el nivel de bienestar y salud de éste.

Del mismo modo, las redes sociales influyen en la adherencia, de forma que las personas con redes más extensas cumplirán en mayor grado con sus tratamientos. Por otro lado, la literatura sugiere que los pacientes crónicos que no están satisfechos con el apoyo social que reciben, pueden, en consecuencia, ver alterada su salud.

Se ha visto que los pacientes con enfermedad renal terminal en su mayoría no cumplen con la dieta, posiblemente se deba a que no entendieron las recomendaciones dadas por la nutrióloga y el médico sobre la dieta recomendada; no se les brindó la información sobre la importancia de cumplir con la dieta recomendada, no le explicaron las consecuencias negativas de no cumplir la dieta, no tienen una persona en su hogar que le prepare la dieta indicada o carecen del dinero necesario para comprar los alimentos que incluye la dieta.^{vii}

Existe un simbolismo involucrado con la comida en nuestra sociedad, quizás esta sea una de las razones por la cual el cumplimiento con la dieta es una parte difícil del régimen terapéutico del paciente con ERT. El alimento es un recurso de sostén, de placer y satisfacción física, y muchos de

ellos tales como: postres y bebidas, proveen una satisfacción social simbólica, que no es apropiada para los pacientes con enfermedad renal terminal.^{viii}

Por lo cual, se debe hacer hincapié en la educación del paciente, el apoyo familiar y social. El control de la Nefropatía diabética requiere de la modificación de los estilos de vida, por lo que, la educación del paciente es indispensable para el tratamiento. La educación incluye los aspectos básicos de la nefropatía diabética y sus complicaciones, factores de riesgo, componentes y metas del tratamiento, el automonitoreo, así como la prevención y vigilancia de complicaciones; y de enorme trascendencia proporcionar la educación a los familiares, no sólo para que apoyen al paciente a efectuar los cambios necesarios en su estilo de vida, sino, porque comparten factores de riesgo, y valoran, el grado de autonomía del paciente.

Se debe promover la participación de los familiares de los pacientes, a fin de facilitar el cumplimiento farmacológico y no farmacológico del paciente con enfermedades crónicas.

El cuestionario MOS de Apoyo social es un instrumento validado, para pacientes con patologías crónicas. Es auto-aplicable y consta de 20 ítems. De los cuales, el primero valora el apoyo estructural y el resto el apoyo funcional. Explora 5 dimensiones del apoyo social: emocional, informativo, tangible, interacción social positiva y afecto/cariño. Se mide en una escala de 5 puntos, evaluando con qué frecuencia está disponible el entrevistado para cada tipo de apoyo.

Valora el apoyo, opera en tres niveles; a) cognitivo: se ofrece información a una persona receptora de apoyo con el propósito de corregir concepciones erróneas y clarificar dudas acerca de una enfermedad. B) Afectivo: Presenta las reacciones y sentimientos de la persona, animándole a que

manifieste sus preocupaciones, miedos y dificultades en su vida familiar y relaciones sociales. C) conductual: se presentan estrategias concretas para enfrentar dichos problemas.

Por lo que, es útil para medir las redes con las que cuentan los pacientes con enfermedades crónicas.

Con base, en estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, el número de individuos con diabetes fue de 151 millones en 2000 y será 221 millones en el 2010. Más del 90% de estos diabéticos sufren diabetes tipo 2. Su prevalencia es de 10.7% de la población adulta (20-69 años) lo que representa un total de 5.3 millones.^{ix}

La Diabetes Mellitus produce trastornos metabólicos que conducen alteraciones microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía) como macrovasculares (cardiopatía isquémica, enfermedad vascular periférica y enfermedad cerebrovascular), lo que conlleva a un aumento de la mortalidad.^x

La diabetes es hoy la principal causa de insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) en los países de occidente. Se ha documentado que desarrollan enfermedad renal diabética (nefropatía) entre un 25 y un 40% de las personas con diabetes tipo 1 y tipo 2.^{xi}

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC), es una enfermedad irreversible de ambos riñones, en la que, el organismo pierde la capacidad de filtrar las sustancias tóxicas de la sangre, es un problema de salud pública a nivel mundial, el número de pacientes ha ido incrementándose tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.^{xii} Así mismo, las personas que la sufren requieren tratamiento de sustitución de la función renal (diálisis o trasplante) para conservar la vida.^{xiii}

En México las causas de IRC en orden de frecuencia son:

1. Nefropatía diabética.
2. Glomerulopatías.
3. Hipertensión arterial.
4. Nefropatía gotosa.
5. Enfermedad renal poliquística.
6. Nefropatía secundaria a enfermedades sistémicas (L.E.S).
7. Infección crónica de vías urinarias ^{xiv}

Los pacientes diabéticos con insuficiencia renal presentan una mortalidad del 50% mayor que los no diabéticos.^{xv} Se estima que 20-40% desarrollan nefropatía (proteinuria > 0.4 g/d) en un período de 15-20 años desde el inicio de la Diabetes Mellitus y una vez que se establece la proteinuria, la función renal disminuye progresivamente a razón de 10 a 12 ml/min por año en pacientes no tratados.^{xvi} El término de nefropatía diabética se aplica al conjunto de lesiones que aparecen en los riñones, afectando sobre todo a la filtración glomerular y dando lugar a cuadros clínicos de afección glomerular.^{xvii} La hipertensión y la proteinuria aceleran la progresión a la insuficiencia renal terminal.^{xviii}

La proteinuria es un factor de riesgo para el desarrollo de la nefropatía diabética, también, ha demostrado estar asociada con las enfermedades cardiovasculares. Por lo que, se recomienda realizar mediciones frecuentes, ya que, los niveles de albúmina varían hasta en un 40% de un día a otro. Una vez que el diagnóstico está claro, debería ser suficiente realizar mediciones cada 12 meses. ^{xix}

La importancia de la detección precoz de la nefropatía diabética radica en que es un marcador de riesgo cardiovascular y nos indica la existencia de una alteración vascular que se asocia a un aumento del riesgo de padecer un evento cardiovascular, tanto en la Diabetes tipo 1 como en la Tipo 2.^{xx}

Se ha estimado que 55,000 pacientes reciben tratamiento renal sustitutivo con diálisis y que al menos la misma cifra no tiene acceso a este tipo de tratamiento. Se calcula que más de 71,000 pacientes recibirán tratamiento sustitutivo con diálisis en el 2010.

Entre pacientes con enfermedad renal diabética, muy pocos son conscientes de su condición. Algunas investigaciones comprueban que el conocimiento de la enfermedad por los pacientes, es tan bajo como el 9.4 %, en particular en aquellos con daño leve.^{xxi}

Existen factores de riesgo no modificables para el desarrollo de la enfermedad renal dentro de los cuales se encuentran:

- 1) El género (masculino)
- 2) La etnia.
- 4) La hiperglucemia
- 5) La hipertensión es otro factor de riesgo, casi el 100% de los diabéticos con nefropatía son hipertensos, algunos de ellos lo eran antes de la Insuficiencia renal, otros la desarrollan después de la elevación de la creatinina sérica.

La susceptibilidad genética, la hipertensión arterial, la proteinuria y la hiperfiltración inicial son factores de riesgo para la Insuficiencia Renal.^{xxii}

Un porcentaje de los pacientes diabéticos van a desarrollar esta complicación, y además, a pesar de una misma estrategia terapéutica, algunos presentaran una buena respuesta al tratamiento, mientras que otros permanecerán estables o progresaran hacia la insuficiencia renal. Todo ello, sugiere la existencia de factores genéticos relacionados con el desarrollo y progresión de la Nefropatía Diabética, así, como con la respuesta al tratamiento. ^{xxiii}

Para prevenir la aparición de nefropatía diabética debemos iniciar oportunamente el tratamiento. El control glicémico es una prioridad en los pacientes que aún no tienen microalbuminuria. A la vez, proporcionar de primera línea IECA, reducir la presión arterial hasta 120 mm Hg de presión sistólica sentado (de acuerdo a las recomendaciones de la Fundación Nacional del Riñón y la Asociación Americana de Diabetes) y dejar de fumar. Así como:

- ❖ Ejercicio físico, que ayuda a dejar el tabaco, a concientizarse sobre la necesidad de reducir peso y mejorar la función osteomuscular y cardíaca.
- ❖ Dieta: hipocalórica según el peso, restricción de sal y proteínas. Si hay hipertensión, restricción proteica si la creatinina es mayor de 2 mg/dl. Los anorexígenos en general están contraindicados si hay insuficiencia renal hipotensión severa o cardiopatía isquémica.
- ❖ Inhibidores de la absorción de glúcidos y grasas. Los primeros disminuyen la glucosa sobre todo postprandial de forma moderada. Pueden utilizarse en presencia de insuficiencia renal moderada (hasta creatinina de 2-2.5mg/dl). Los inhibidores de la alfa-glucosidas Acarbosa y miglitol.

- ❖ Evitar el tabaco. El riesgo relativo de progresión a insuficiencia renal terminal es 10 veces mayor para los fumadores que para los no fumadores.^{xxiv}

El paciente con nefropatía diabética (>1.5-2 mg/dl) debe acudir a la consulta de nefrología para hacer un seguimiento en conjunto con el médico familiar. Ya que, la función renal puede deteriorarse con rapidez en caso de complicaciones como diarrea, infecciones, insuficiencia cardiaca, isquemia renal, hipertensión arterial no controlada, inyección de contrastes. Todo paciente que presente algún grado de disfunción renal y/o cuando la depuración de creatinina en orina llega a 30 ml/min, y/o existe presencia de microalbuminuria* requiere ser referido al segundo o tercer nivel de atención.

La Sociedad Americana de Diabetes ha recomendado que se determine la concentración de creatinina sérica y proteinuria al menos 1 vez al año.^{xxv}

La dieta en los pacientes diabéticos con insuficiencia renal, varía de acuerdo a la etapa de la nefropatía diabética en que se encuentre, ya que, estos pueden pasar por: prediálisis, hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. Si bien es cierto, la dieta es un factor importante para disminuir la progresión de la insuficiencia renal.

En los pacientes diabéticos en prediálisis, los objetivos dietéticos en la terapia conservadora de la IRC son: 1) Prevenir o mejorar los síntomas de la uremia, como falta de apetito, náuseas, vómitos, astenia, al disminuir la cantidad de proteínas en la dieta a 0.6 gr/kg de peso ideal/día. 2) Mantener un estado nutricional óptimo, 3) Reducir y controlar la cantidad de productos de desecho acumulables en el cuerpo, así como evitar niveles de electrolitos.^{xxvi}

1. Existe una prevalencia sobre la falta de adherencia en todo tipo de régimen médico y enfermedades, incluyendo las que son crónicas. La cual es más común cuando el tratamiento es preventivo más que curativo, cuando los pacientes son asintomáticos y cuando la duración del tratamiento es larga. ^{xxvii}

El grado en que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones terapéuticas se vuelve cada vez más trascendente en el control de las enfermedades crónicas, pues el incumplimiento no sólo hace ineficaz el tratamiento prescrito, sino que también, aumentan los costos de la asistencia sanitaria. La falta de adherencia terapéutica genera pérdidas en lo personal, familiar y social. El paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traen consigo sufrimiento y limitaciones irreversibles y progresivas, desde el punto de vista social.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la adherencia terapéutica y el apoyo social en pacientes Diabéticos nefrópatas adscritos a la UMF 21, del IMSS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los factores socio demográficos que influyen en la adherencia terapéutica.

HIPOTESIS DE TRABAJO:

➤ **ALTERNA:**

- El apoyo social favorece la adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos nefropatas adscritos a la UMF 21 del IMSS.

➤ **NULA:**

- El apoyo social no influye sobre la adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos nefrópatas adscritos a la UMF 21 del IMSS.

MATERIAL Y MÉTODOS.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizo un estudio: Observacional ya que no se manipulo ninguna variable, solo se presencio los fenómenos sin modificar intencionadamente las variables.

Prospectivo en cuanto a la captación de la información. Se definió previamente y con precisión la forma de recolección de los datos, por medio de cuestionarios.

Transversal, porque se aplico solamente en una ocasión, no se hizo seguimiento, las variables de resultado son medidas una sola vez.

Comparativo, ya que se medio si existe adherencia y se comparo con la presencia del apoyo social.

Se realizó un estudio donde se aplicaron dos instrumentos de evaluación la Escala de Morisky-Green para determinar la adherencia terapéutica y el cuestionario de Apoyo Social de Mos.

Universo o población de estudio:

Pacientes con diabetes mellitus

Población de referencia;

Pacientes con nefropatía diabética

Población blanco:

Pacientes nefropátas diabéticos derechohabientes de la UMF 21 atendidos en el HGZ No. 30

UNIDAD DE ANALISIS

Pacientes nefropatas diabéticos derechohabientes de la UMF 21 atendidos en el HGZ 30.

Fuente de información

El paciente nefropata diabético que acudió a recibir atención a la consulta externa de nefrología y que sea adscrito a la UMF 21

Sitio de estudio

UMF 21

Muestra perfecta:

Se incluyeron todos los nefrópatas diabéticos que estaban en etapa pre dialítica, atendidos por este diagnóstico en el servicio de Nefrología del HGZ 30, adscritos en el UMF 21, del 01 de Noviembre al 01 de Diciembre del 2010. Siendo alrededor de 75-100 pacientes mensualmente.

Criterios:

- **Criterios de inclusión:**

- *Pacientes nefrópatas:*
- *Aquellos que hayan recibido consulta por lo menos en una ocasión por el servicio de nefrología del H.G.Z 30*
- *Derechohabientes con vigencia y Nefropatía Diabética en prediálisis adscritos a la UMF 21*
- *Sin importar la edad*
- *Sin importar el sexo*
- *Que sepan leer, escribir.*
- *Que acepten participar en el estudio por escrito*

- **Criterios de Exclusión:**

- *Paciente con Nefropatía diabética en hemodiálisis, diálisis o trasplante renal.*

VARIABLES.

VARIABLES dependiente: *adherencia terapéutica en nefrópatas diabéticos.*

Variable independiente: Apoyo social

Otras variables: Estado civil, Sexo (género) y Escolaridad

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERATIVA	INDICADOR
Adherencia terapéutica *	<i>Dependiente Cualitativa Nominal</i>	Habilidad de un individuo para llevar a cabo las prescripciones otorgadas por el médico para el manejo de su enfermedad.	<i>Determinada a través de las respuestas del cuestionario de Morisky-green.</i>	SI/NO
Apoyo Social	<i>Cualitativa ordinal</i>	<i>Ayuda que reciben los individuos de sistema sociales informales (familia, amigos, vecinos)</i>	<i>Se obtuvo a través del cuestionario de MOS</i>	<i>Apoyo social: 1.Adecuado (75 puntos o más) 2.Inadecuado (>75 puntos)</i>
OTRAS VARIABLES				
Edad*	<i>Independiente Cuantitativa discreta</i>	<i>Número de años de vida cumplidos a partir del nacimiento y hasta la fecha actual.</i>	<i>El obtenido del expediente clínico en el rubro de años cumplidos, del margen superior derecho.</i>	<i>Número de años cumplidos</i>
Sexo	<i>Independiente Cualitativa nominal</i>	<i>Condición biológica que distingue a las personas en hombres y mujeres</i>	<i>Del expediente clínico en el rubro de sexo, del margen superior central.</i>	<i>1. Masculino 2. Femenino</i>
Estado Civil	<i>Independiente Cualitativa nominal</i>	<i>Situación de la población mayor de 12años en relación a las leyes del matrimonio.</i>	<i>Del expediente clínico, bajo el rubro de la ficha de identificación en cuanto a estado civil, y corroborado en los cuestionarios a evaluar.</i>	<i>1. Unión libre 2. Soltero(a) 3. Casado(a) 4. Divorciado(a) 5. Separado(a)</i>
Escolaridad	<i>Independiente Cualitativa nominal</i>	<i>Nivel de instrucción de la población mayor de 15años, o último grado de estudios aprobado por la Institución de educación oficial.</i>	<i>En el rubro de máximo grado de estudios que señale el paciente en el cuestionario, en la ficha de identificación.</i>	<i>1. Primaria 2. Secundaria 3. Carrera Técnica 4. Bachillerato o prepa. 5. Licenciatura o posgrado.</i>
Ocupación*	<i>Independiente Cualitativa nominal</i>	<i>Es el trabajo o actividad predominante que desempeña el individuo.</i>	<i>Es el oficio que señala el paciente en el estudio.</i>	<i>1. Ama de casa 2. Desempleado 3. Campesino 4. Empleado 5. Trabaja por su cuenta 6. Profesionista</i>

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se llevo a cabo en el Hospital General de Zona No.30, en la consulta externa de Nefrología, la aplicación de dos cuestionarios previamente validados, con los cuales se midió la adherencia terapéutica y el apoyo social en pacientes con insuficiencia Renal Crónica secundaria a Diabetes Mellitus, que se encuentren en prediálisis esto determinado por la Fórmula de Cockcroft-Gault: $140 - \text{edad (años)} \times \text{peso (kg)} / 72 \times \text{creatinina sérica (mg/dl)}$. En las mujeres el resultado se multiplico por 0.85; en base a esto estadifico de acuerdo a la guía KDOQI, o aquellos que traían exámenes de laboratorio con depuración de creatinina y dependiendo de su función renal en etapa I >90ml FG, etapa II >60 <90 ml, etapa III >30-<60 ml, etapa IV >15-<30 ml, etapa V <15 ml, considerando solo en prediálisis del estadio I-IV, se incluyeron solo al estudio a los pacientes adscritos a la UMF 21, que aceptaron participar, a los cuales se les explico en qué consistía el estudio y previamente con el consentimiento informado firmado se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos de evaluación, aclarándose que la información obtenida es confidencial y solo con fines académicos y de investigación.

Recolección de información

Los pacientes fueron previamente seleccionados con los criterios de inclusión: diabéticos nefrópatas adscritos a la UMF 21, que habían recibido consulta en nefrología del H.G.Z 30, que se encontraban en prediálisis (KDOQI 1-4), se utilizaron dos cuestionarios uno de adherencia terapéutica de Morisky-green que consta de 4 ítems, referentes al cumplimiento medico y

posteriormente el cuestionario de Apoyo Social de MOS con el cual a través del 1º ítem del la persona identificará el nº de contactos sociales con los que cuenta.

Se trata de una pregunta simple y clara que no presenta dificultad para su respuesta. [Escasa (0-1), Mediana (2-5), Elevada (>6)] -Percepción apoyo social: Se uso el Cuestionario MOS que utiliza una escala tipo Likert de 5 puntos (nunca, pocas veces, algunas veces, la mayoría de la veces o siempre) para cada una de las 19 preguntas con el fin de medir la percepción de apoyo social global, instrumental, afectivo y emocional. La distribución factorial original de los ítems se presenta de la siguiente manera: apoyo emocional/informacional (ítems 3,4,8,9,13,16,17 y 19), apoyo instrumental (ítems 2, 5, 12, y 15), interacción social positiva (ítems 7, 11, 14, 18), apoyo afectivo (ítems 6, 10 y 20). Las preguntas están formuladas de manera que son fáciles de entender, puede ser de auto aplicación o de aplicación y se necesito de 10-15 minutos para responderlo (Anexo IV)

En el cuestionario se le solicito también al paciente su nombre, número de afiliación, edad, estado civil, ocupación (actividad laboral), nivel de escolaridad.

Durante la aplicación de los cuestionarios, se conto con personal médico, por si existiera alguna duda en cuanto al cuestionario; previamente se les informó sobre su contenido y se dio una breve explicación de cómo se debe contestar y que además era completamente confidencial y anónimo.

Una vez recolectada la información, fue vaciada y analizada con el programa SPSS, se graficaron los datos y las variables a estudiar.

Se realizo una base de datos en programa SPSS, para obtener medias y proporciones de las variables cuantitativas. Y se realizó la correlación, para establecer relación entre la adherencia terapéutica y el apoyo social en pacientes con nefropatía diabética en prediálisis, calculando la p, valorando así su significancia estadística.

DISEÑO ESTADÍSTICO.

El análisis estadístico se llevo a cabo a través del procesamiento de los resultados obtenidos de los cuestionarios realizados de esta investigación, mediante la utilización del equipo software (PC), realizando la base de datos en el programa SPSS versión 17, para la realización de tabulaciones y gráficos de los resultados obtenidos. Así bien se realizará mediante la prueba estadística de Chi-Cuadrada, el análisis de las variables para correlación de la adherencia terapéutica y el apoyo social.

RESULTADOS

TABLA Y GRÁFICO No.1

Los resultados obtenidos en el período comprendido entre 01 de Noviembre al 01 de Diciembre del 2010, de los pacientes que se encontraron diagnosticados con Nefropatía Diabética en prediálisis, estudiándose un total de 100 pacientes, que acudieron a la consulta externa de Nefrología, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 21 "Francisco del Paso y Troncoso" del Instituto Mexicano del Seguro Social, México D.F. De los cuales 53% fueron del sexo masculino 47% del sexo femenino.

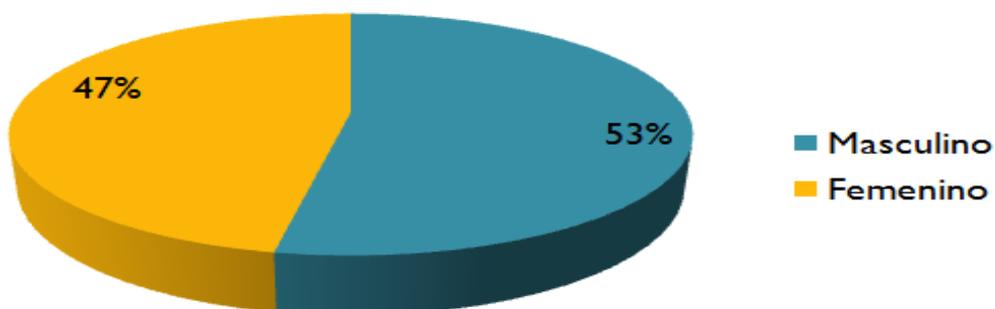
TABLA 1.

Porcentaje de nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF21, según el sexo 2010.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Femenino</i>	47	47.00%
<i>Masculino</i>	53	53.00%
<i>Total</i>	100	100.00%

FUENTE: BASE DE DATOS DE ENCUESTA 2010.

Adherencia terapéutica en relación al sexo nefrópatas diabéticos de la UMF 21, 2010.



FUENTE: BASE DE DATOS DE ENCUESTA 2010.

TABLA Y GRÁFICO No.2

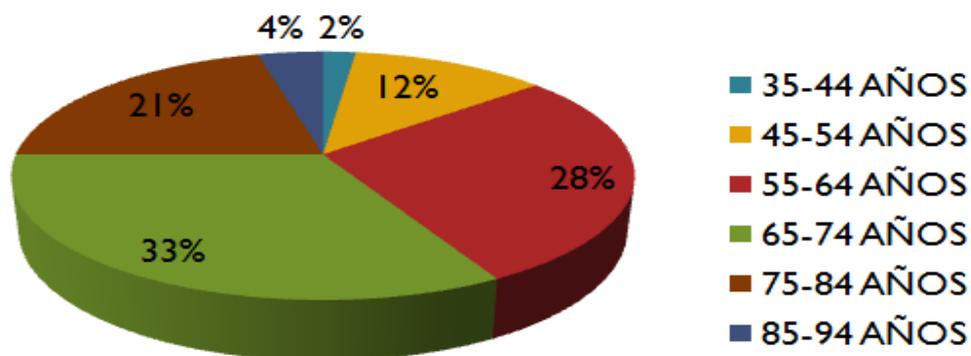
Se encontró por grupo de edad que la mayor prevalencia se presentó en el rango de los 65 a los 74 años (33%), así como la menor proporción en el rango de 35-44 años (2%). La edad de los pacientes estudiados fue de 36 a 89 años, siendo la media de 66.04 años.

TABLA 2 Rangos de edad en nefrópatas diabéticas en prediálisis de la UMF, en 2010.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
35-44 AÑOS	2	2.00%
45-54 AÑOS	12	12.00%
55-64 AÑOS	28	28.00%
65-74 AÑOS	33	33.00%
75-84 AÑOS	21	21.00%
85-94 AÑOS	4	4.00%
Total	100	100.00%

FUENTE: BASE DE DATOS DE ENCUESTA 2010.

Rangos de edad en nefrópatas diabéticas en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE: BASE DE DATOS : ENCUESTA MORISKY-GREEN 2010

TABLA Y GRÁFICO No.3

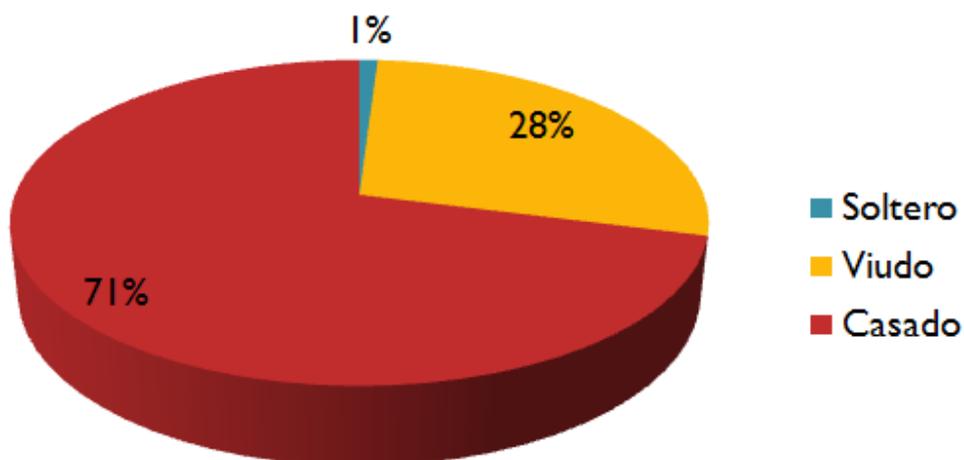
De la muestra de pacientes con nefropatía diabética en prediálisis: en un 71% eran casados, 28% son viudos y solo uno refirió ser soltero.

TABLA 3 Estado civil en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltero	1	1.00%
Viudo	28	28.00%
Casado	71	71.00%
Total	100	100

FUENTE: BASE DE DATOS DE ENCUESTA 2010.

Estado civil en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010



FUENTE: BASE DE DATOS DE ENCUESTA 2010

TABLA Y GRÁFICO No.4

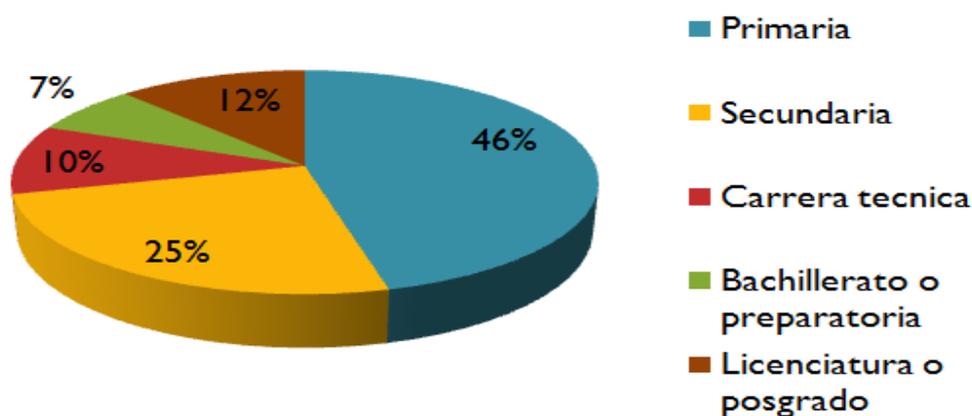
De la muestra de pacientes con nefropatía diabética en un 46% habían estudiado la primaria, 25% la secundaria, 12% la licenciatura o posgrado y 17% tenían carrera técnica o bachillerato.

TABLA 4. Escolaridad en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria	46	46
Secundaria	25	25
Carrera tecnica	10	10
Bachillerato o preparatoria	7	7
Licenciatura o posgrado	12	12
Total	100	100

FUENTE: BASE DE DATOS DE ENCUESTA 2010.

Escolaridad en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE: BASE DE DATOS : ENCUESTA MORISKY-GREEN 2010

TABLA Y GRÁFICO No. 5

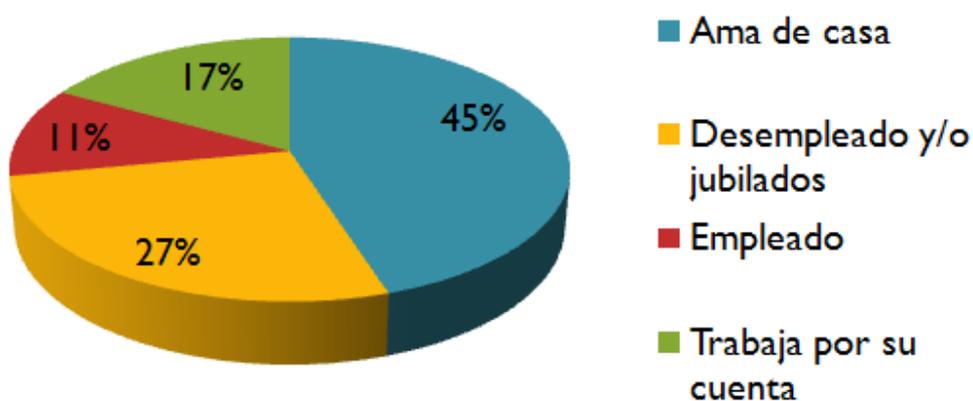
De la muestra la mayoría eran amas de casa en un 45%, 27% desempleados y/o jubilados, 11% empleados y 17% trabajaba por su cuenta.

TABLA 5 Ocupación en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	45	45
Desempleado y/o jubilados	27	27
Empleado	11	11
Trabaja por su cuenta	17	17
Total	100	100

FUENTE: BASE DE DATOS DE ENCUESTA 2010.

Ocupación en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE: BASE DE DATOS : ENCUESTA MORISKY-GREEN 2010

TABLA Y GRÁFICO No.6

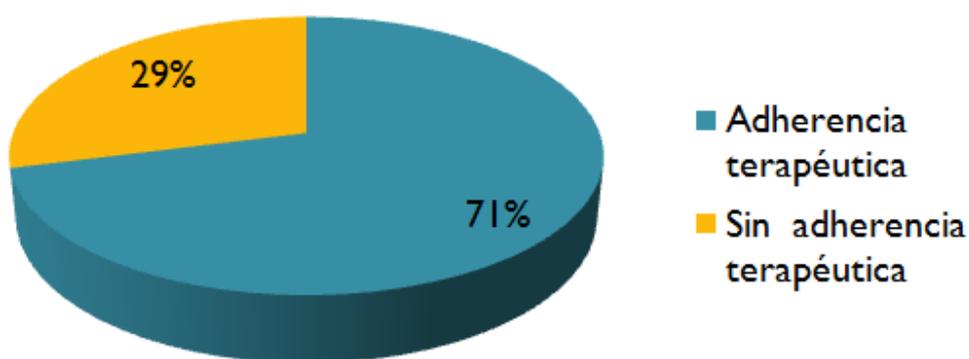
De la muestra de pacientes con nefropatía diabética en prediálisis, el 71% tiene adherencia terapéutica y el 29% sin adherencia terapéutica.

TABLA 6 Adherencia terapéutica en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.

ADHERENCIA TERAPÉUTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Adherencia terapéutica</i>	71	71
<i>Sin adherencia terapéutica</i>	29	29
<i>Total</i>	100	100

FUENTE: BASE DE DATOS : ENCUESTA MORISKY-GREEN 2010

Adherencia terapéutica en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE: BASE DE DATOS : ENCUESTA MORISKY-GREEN 2010

TABLA Y GRÁFICO No.7

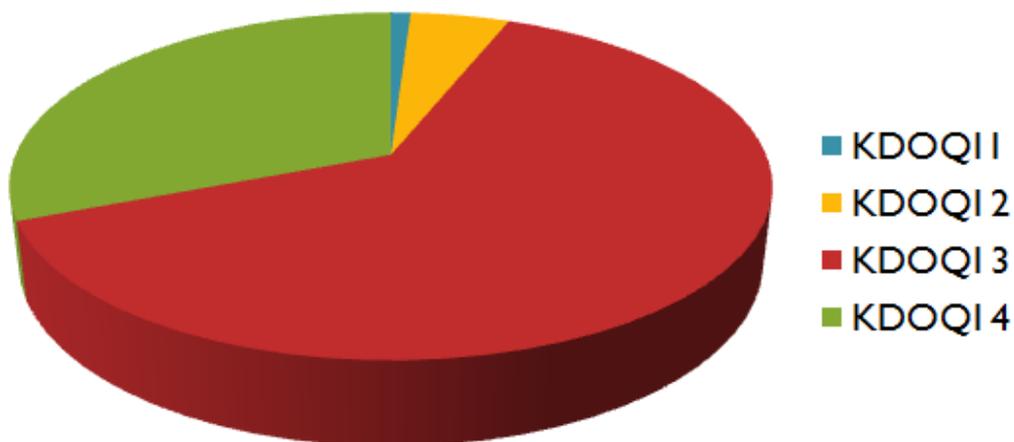
De los pacientes con nefropatía diabética en prediálisis de la UMF 21, la mayor parte estaba en IRC KDOQI 3 (63%), seguidos aquellos en IRC KDOQI 4 (31%), el resto en IRC KDOQI 1-2 (6%).

TABLA 7 Estado de la IRC en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.

ESTADIO DE LA IRC	FRECUENCIA	PORCENTAJE
KDOQI 1	1	1
KDOQI 2	5	5
KDOQI 3	63	63
KDOQI 4	31	31
Total	100	100

FUENTE: BASE DE DATOS 2010

Estado de la IRC en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE: BASE DE DATOS 2010

TABLA Y GRÁFICO No.8

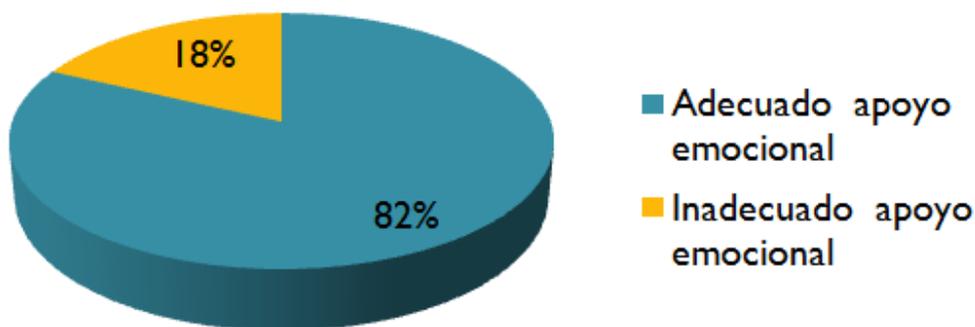
La muestra de pacientes con nefropatía diabética en prediálisis un 82% tienen apoyo emocional adecuado y 18% inadecuado apoyo emocional.

TABLA 8 Apoyo emocional en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.

APOYO EMOCIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Adecuado apoyo emocional</i>	82	82
<i>Inadecuado apoyo emocional</i>	18	18
<i>Total</i>	100	100

FUENTE: BASE DE DATOS ENCUESTA APOYO SOCIAL MOS 2010

Apoyo emocional en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE: BASE

DE DATOS ENCUESTA APOYO SOCIAL MOS 2010

TABLA Y GRÁFICO No.9

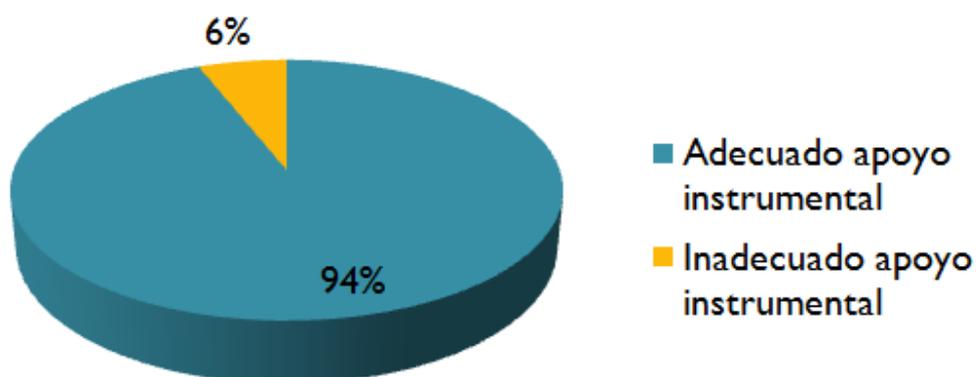
De la muestra obtenida de pacientes con nefropatía diabética en prediálisis más del 94% tienen apoyo instrumental y un 6% con un inadecuado apoyo instrumental.

TABLA 9 Apoyo instrumental en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.

APOYO INSTRUMENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Adecuado apoyo instrumental</i>	94	94
<i>Inadecuado apoyo instrumental</i>	6	6
<i>Total</i>	100	100

FUENTE: BASE DE DATOS ENCUESTA APOYO SOCIAL MOS 2010

Apoyo instrumental en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE: BASE DE DATOS ENCUESTA APOYO SOCIAL MOS 2010

TABLA Y GRÁFICO No.10

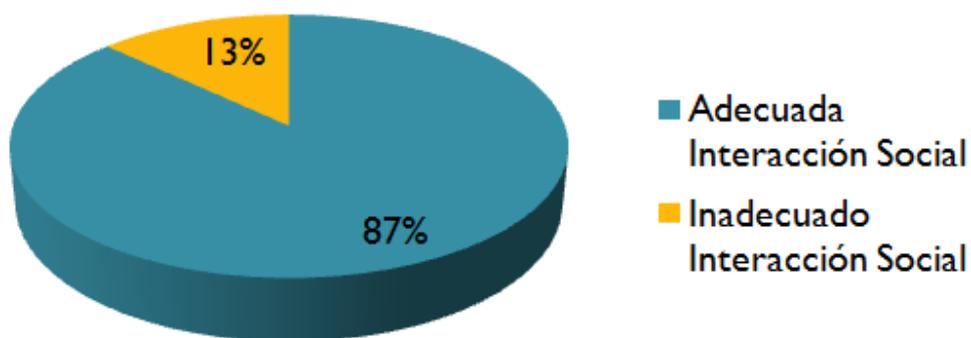
De la muestra de pacientes con nefropatía diabética en prediálisis 87% tienen adecuada interacción social y 13% no la tienen.

TABLA 10 Interacción Social en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.

INTERACCIÓN SOCIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Adecuada Interacción Social</i>	87	87
<i>Inadecuado Interacción Social</i>	13	13
<i>Total</i>	100	100

FUENTE: BASE DE DATOS ENCUESTA APOYO SOCIAL MOS 2010

Interacción Social en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE: BASE DE DATOS ENCUESTA APOYO SOCIAL MOS 2010

TABLA Y GRÁFICO No.11

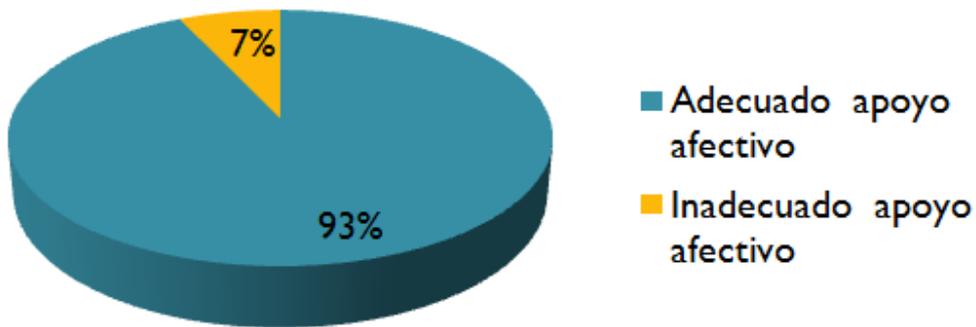
De la muestra de pacientes con nefropatía diabética en prediálisis el 93% tiene apoyo afectivo y 7% con apoyo inadecuado.

TABLA 11 Apoyo Afectivo en nefropatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.

APOYO AFECTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<i>Adecuado apoyo afectivo</i>	93	93
<i>Inadecuado apoyo afectivo</i>	7	7
<i>Total</i>	100	100

FUENTE: BASE DE DATOS ENCUESTA APOYO SOCIAL MOS 2010

Apoyo Afectivo en nefropatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE: BASE DE DATOS ENCUESTA APOYO SOCIAL MOS 2010

TABLA Y GRÁFICO No.12

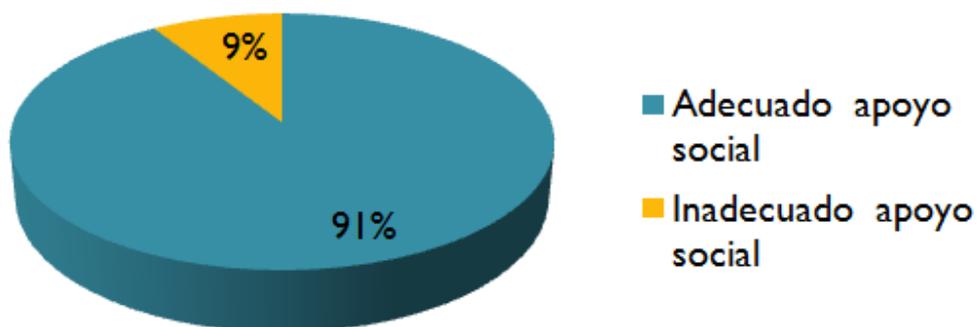
En relación a los pacientes con nefropatía diabética en prediálisis de los cuales el 91% tienen apoyo social y 9% no lo tienen.

TABLA 12 Apoyo Social en nefropátas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.

APOYO SOCIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Adecuado apoyo social	91	91
Inadecuado apoyo social	9	9
Total	100	100

FUENTE: BASE DE DATOS ENCUESTA APOYO SOCIAL MOS 2010

Apoyo Social en nefropátas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE:

BASE DE DATOS ENCUESTA APOYO SOCIAL MOS 2010

TABLA Y GRÁFICO 13

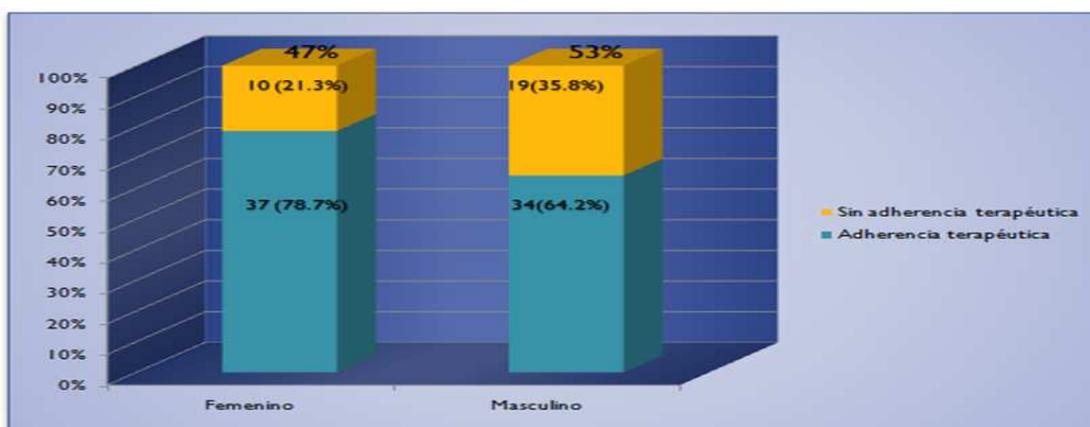
Se obtuvo de la muestra de pacientes nefrópatas diabéticos en prediálisis, 53 eran del sexo masculino y de estos 34 (64.2%) tenían adherencia terapéutica, a diferencia de las mujeres, de una muestra de 47, 37 (78.7%) tenían un mejor apego terapéutico.

TABLA 13 Adherencia terapéutica en relación con el sexo en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.

ADHERENCIA TERAPÉUTICA	SEXO		TOTAL
	FEMENINO	MASCULINO	
Con adherencia terapéutica	37	34	71
Sin adherencia terapéutica	10	19	29
Total	47	53	100

FUENTE: BASE DE DATOS: ENCUESTA MORISKY-GREEN 2010

GRÁFICA 13 Adherencia terapéutica en relación con el sexo en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE: Base de datos, test de Morisky-Green 2010

TABLA Y GRÁFICO 14

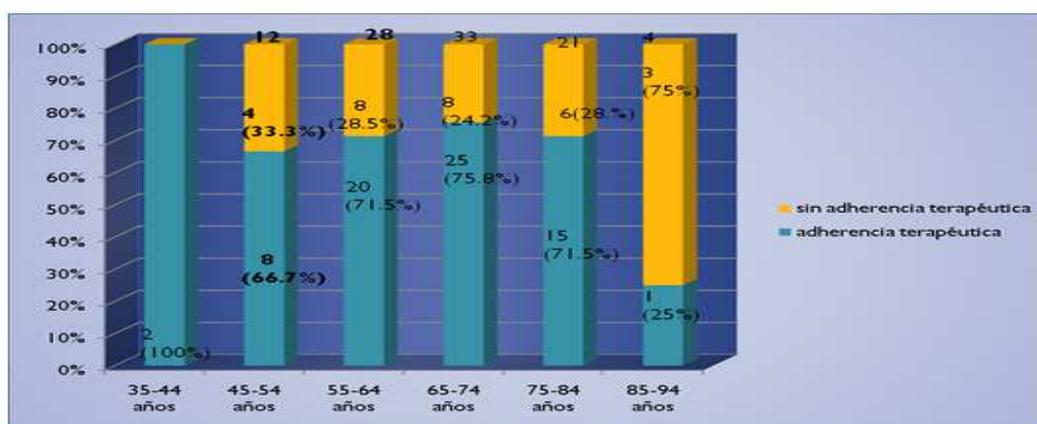
La relación observada de la adherencia terapéutica con la edad, en el rango de entre 65-74 años que fue la muestra mas representativa 25 (75.8) tuvieron adherencia y 8 (24.2%) no, demostrando que entre más edad existe menos adherencia terapéutica.

TABLA 14 Adherencia terapéutica en relación con la edad, en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.

ADHERENCIA TERAPEUTICA	RANGOS DE EDAD (AÑOS)						TOTAL
	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	
Con adherencia terapéutica	2	8	20	25	15	1	71
Sin adherencia terapéutica	0	4	8	8	6	3	29
Total	2	12	28	33	21	4	100

FUENTE: BASE DE DATOS : ENCUESTA MORISKY-GREEN 2010

GRÁFICA 14. Adherencia terapéutica en relación con la edad, en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE: Base de datos, test de Morisky-Green 2010

TABLA Y GRÁFICO 15

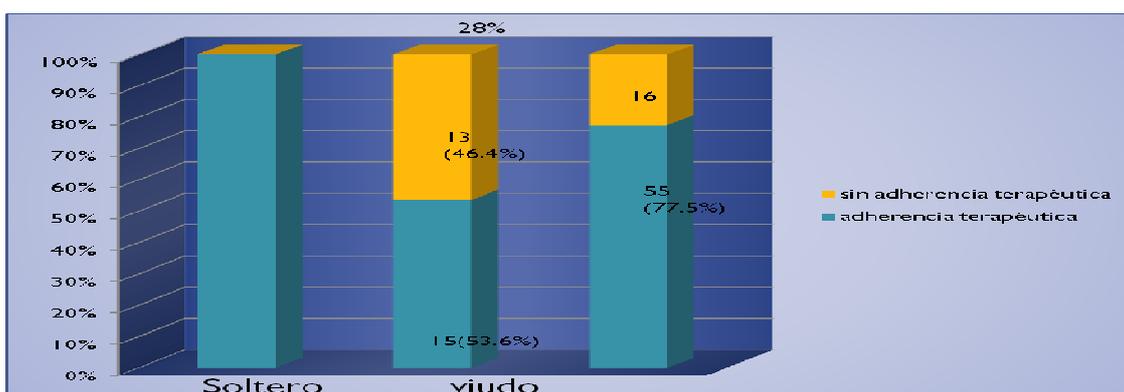
En cuanto a la adherencia terapéutica y la relación con el estado civil, observamos que aquellos que están casados son 71 de los cuales 55 (77.3%) tienen mejor apego terapéutico que los viudos (53.6%), el único soltero tuvo adherencia al 100%.

TABLA 15 Adherencia terapéutica en relación con el estado civil en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.

ADHERENCIA TERAPEUTICA	SEXO			TOTAL
	Soltero	viudo	casado	
Con adherencia terapéutica	1	15	55	71
Sin adherencia terapéutica	0	13	16	29
Total	1	28	71	100

FUENTE: BASE DE DATOS : ENCUESTA MORISKY-GREEN 2010

GRÁFICA 15 Adherencia terapéutica en relación con el estado civil en nefropátas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE: BASE DE DATOS : ENCUESTA MORISKY-GREEN 2010

TABLA Y GRÁFICO 16

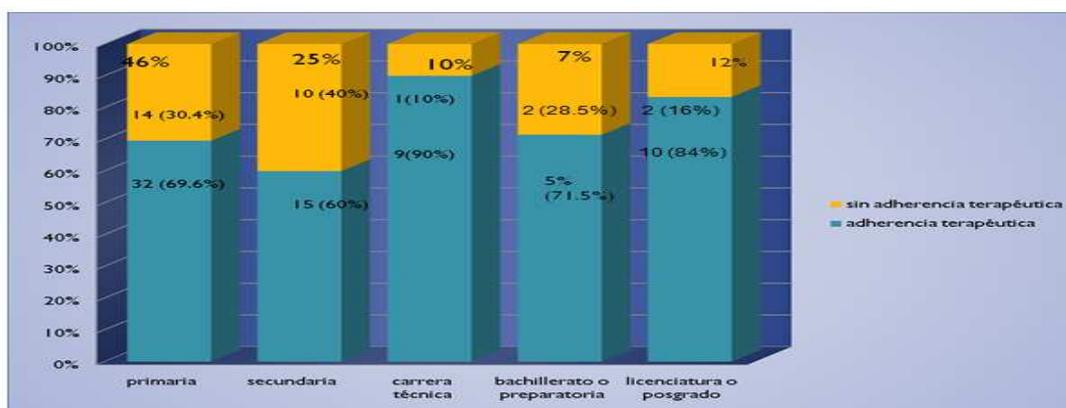
La adherencia terapéutica en relación a la escolaridad, se encontró que aquellos con carrera técnica el 90% se adherían al tratamiento, siguiendo los que tenían licenciatura o posgrado 10 (84%).

TABLA 16 Adherencia terapéutica en relación con la escolaridad en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.

ADHERENCIA TERAPEUTICA	ESCOLARIDAD					TOTAL
	Primaria	secundaria	Carrera técnica	Bachillerat o o prepa	Licenciatura o posgrado	
Con adherencia terapéutica	32	15	9	5	10	71
Sin adherencia terapéutica	14	10	1	2	2	29
Total	46	25	10	7	12	100

FUENTE: BASE DE DATOS : ENCUESTA MORISKY-GREEN 2010

GRAFICA 16 Adherencia terapéutica en relación con la escolaridad en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE: Base de datos, test de Morisky-Green 2010

TABLA Y GRÁFICO 17

La adherencia terapéutica en relación con la ocupación, se observa que aquellos que son empleados el 90% tienen adherencia y los que trabajan por su cuenta tienen menor apego terapéutico 42%.

TABLA 17 Adherencia terapéutica en relación con la ocupación en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.

ADHERENCIA TERAPEUTICA	OCUPACIÓN				TOTAL
	Ama de casa	Desempleado y/o jubilado	Empleado	Trabaja por su cuenta	
Con adherencia terapéutica	34	17	10	10	71
Sin adherencia terapéutica	11	10	1	7	29
Total	45	27	11	17	100

FUENTE: BASE DE DATOS : ENCUESTA MORISKY-GREEN 2010

GRÁFICA 17 Adherencia terapéutica en relación con la ocupación en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE: Base de datos, test de Morisky-Green 2010

TABLA Y GRÁFICO 18

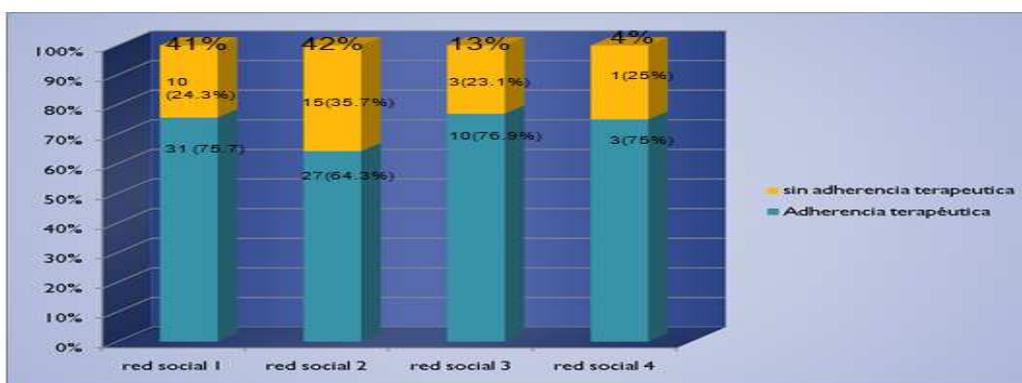
La adherencia terapéutica fue mayor en aquellos que contaban con una red social entre 0-4 integrantes de los 31, un 75.7%, a diferencia de las redes de entre 5-9 integrantes: 15% de la población no tenía apego terapéutico.

TABLA 18 Adherencia terapéutica en relación con la red social en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.

ADHERENCIA TERAPEUTICA	RED SOCIAL				TOTAL
	0-4	5-9 Integrantes	10-14 inte	15-19 integrantes	
Con adherencia terapeutica	31	27	10	3	71
Sin adherencia terapéutica	10	15	3	1	29
Total	41	42	13	4	100

FUENTE: BASE DE DATOS: ENCUESTA MORISKY-GREEN 2010

GRAFICO 18 Adherencia terapéutica en relación con la red social en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE: Base de datos, test de Morisky-Green 2010

TABLA Y GRÁFICO 19

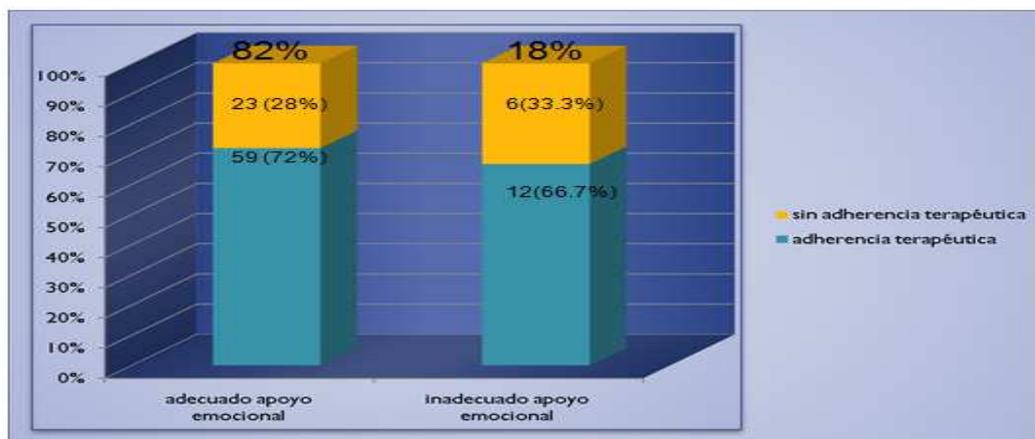
El apoyo emocional vemos que un 82% de la población cuenta con el mismo y el 18% tiene un inadecuado apoyo emocional.

TABLA 19 Adherencia terapéutica en relación con apoyo emocional en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.

ADHERENCIA TERAPEUTICA	APOYO EMOCIONAL		TOTAL
	Adecuado apoyo emocional	Inadecuado apoyo emocional	
Con adherencia terapéutica	59	12	71
Sin adherencia terapéutica	23	6	29
Total	82	18	100

FUENTE: BASE DE DATOS : ENCUESTA MORISKY-GREEN 2010

GRÁFICA 19 Adherencia terapéutica en relación con apoyo emocional en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE: Base de datos, test de Morisky-Green 2010

TABLA Y GRÁFICO 20

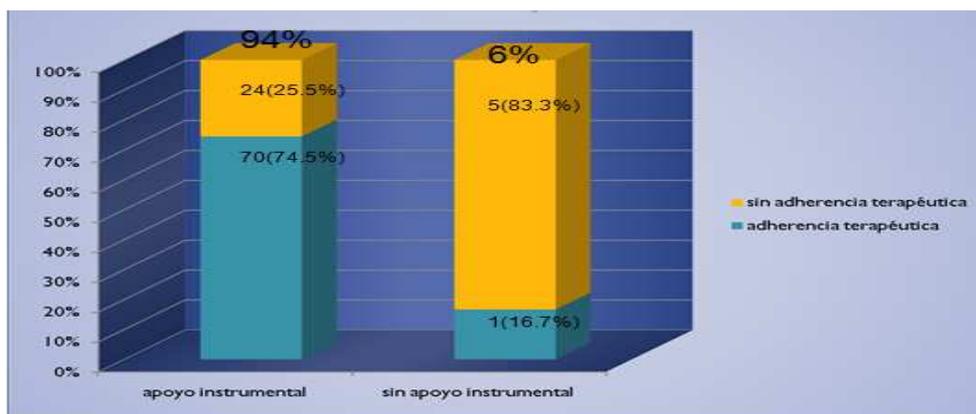
De la muestra el 94% de los pacientes con apoyo instrumental 70 % tenían adherencia terapéutica, a diferencia de los que no tuvieron adherencia, tampoco tenían apoyo instrumental (6%).

TABLA 20 Adherencia terapéutica en relación con apoyo instrumental en nefrópatas diabéticas en prediálisis de la UMF 21, 2010.

ADHERENCIA TERAPEUTICA	APOYO INSTRUMENTAL		TOTAL
	Adecuado apoyo instrumental	Inadecuado apoyo instrumental	
Con adherencia terapéutica	70	1	71
Sin adherencia terapéutica	24	5	29
Total	94	6	100

FUENTE: BASE DE DATOS : ENCUESTA MORISKY-GREEN 2010

GRÁFICA 20 Adherencia terapéutica en relación con apoyo instrumental en nefrópatas diabéticas en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE: Base de datos, test de Morisky-Green

TABLA Y GRÁFICO 21

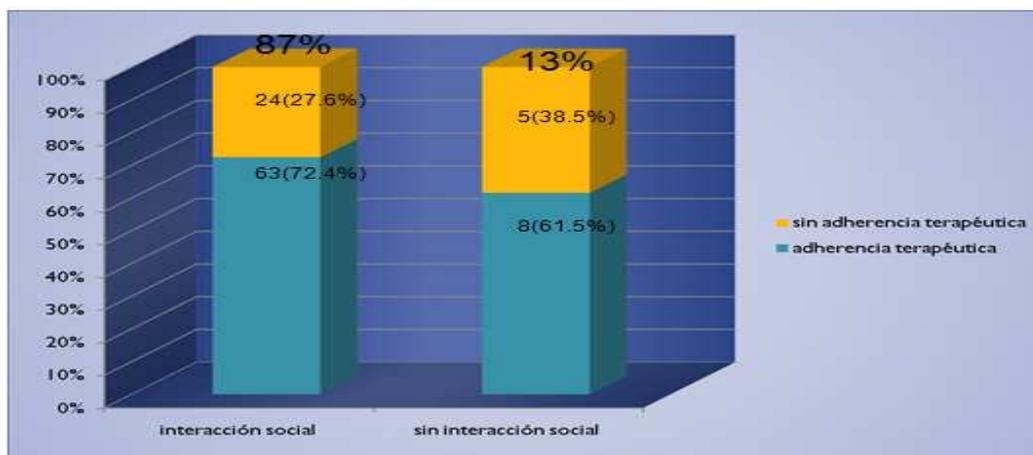
El 87% de los pacientes tiene adecuada interacción social, de ellos 63% con adherencia terapéutica y 24 sin ella, así mismo el 13% tenían inadecuada interacción.

TABLA 21 Adherencia terapéutica en relación con Interacción Social en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.

ADHERENCIA TERAPEUTICA	Interacción social		TOTAL
	Adecuado interacción social	Inadecuado interacción social	
Con adherencia terapéutica	63	8	71
Sin adherencia terapéutica	24	5	29
Total	87	13	100

FUENTE: BASE DE DATOS : ENCUESTA MORISKY-GREEN 2010

GRÁFICA 21 Adherencia terapéutica en relación con Interacción Social en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE: Base de datos, test de Morisky-Green

TABLA Y GRÁFICO 22

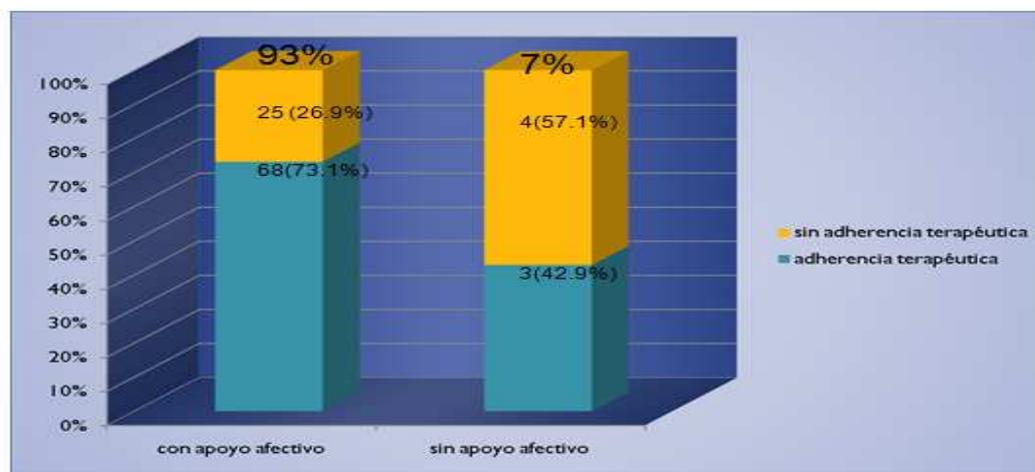
En relación al apoyo afectivo se encontró en un 93%, de estos con adherencia terapéutica fueron 68%, mientras que los que tuvieron un inadecuado apoyo no tenían adherencia terapéutica en un 4%.

TABLA 22 Adherencia terapéutica en relación con apoyo afectivo en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.

ADHERENCIA TERAPEUTICA	APOYO AFECTIVO		TOTAL
	Adecuado apoyo afectivo	Inadecuado apoyo afectivo	
Con adherencia terapéutica	68	3	71
Sin adherencia terapéutica	25	4	29
Total	93	7	100

FUENTE: BASE DE DATOS : ENCUESTA MORINSKY-GREEN 2010

GRÁFICA 22 Adherencia terapéutica en relación con apoyo afectivo en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE: Base de datos, test de Morisky-Green 2010

TABLA Y GRÁFICO 23

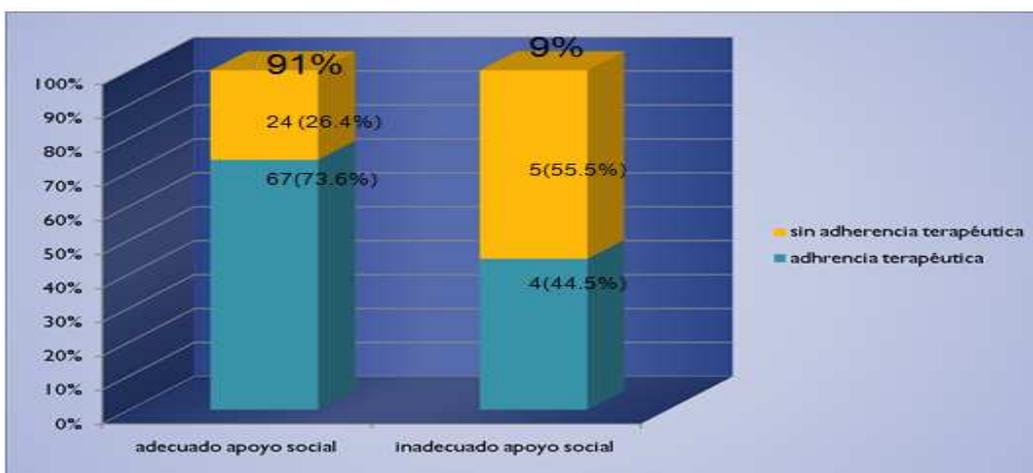
En cuanto al apoyo social se encontró presente en el 91% del total de la población, solo un 9% no tenía apoyo social, con adherencia terapéutica fueron 71% y sin adherencia 29%.

TABLA 23 Adherencia terapéutica en relación con apoyo social en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.

ADHERENCIA TERAPÉUTICA	APOYO SOCIAL		TOTAL
	Adecuado apoyo social	Inadecuado apoyo social	
Con adherencia terapéutica	67	4	71
Sin adherencia terapéutica	24	5	29
Total	91	9	100

FUENTE: BASE DE DATOS : ENCUESTA MORISKY-GREEN Y APOYO SOCIAL DE MOS 2010

GRÁFICA 23 Adherencia terapéutica en relación con apoyo social en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE: Base de datos, test de Morisky-Green

TABLA Y GRÁFICO 24

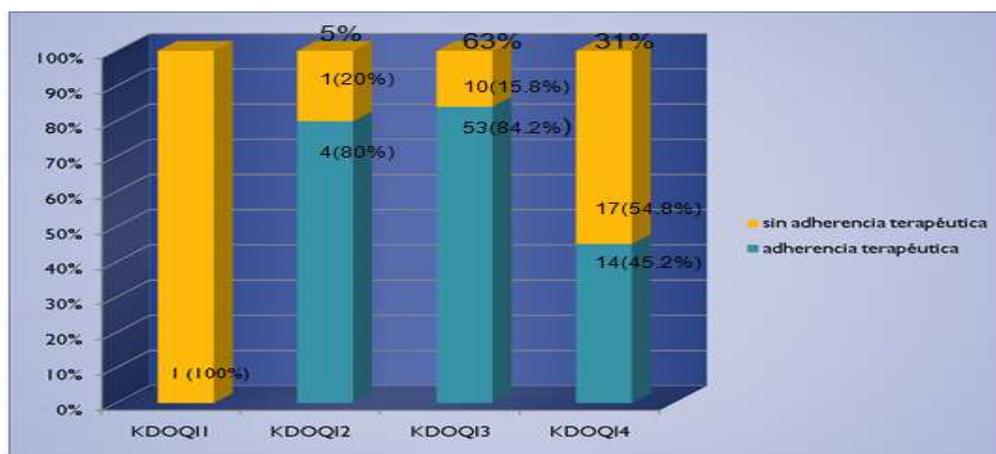
El estadio que se encontró en más de la mitad de la población fue IRC KDOQI 3, de estos 53(84.2%) tuvieron adherencia terapéutica y el 54.8% en IRC KDQ 4 no presentaban apego terapéutico.

TABLA 24 Adherencia terapéutica en relación con el estadio de IRC en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.

ADHERENCIA TERAPÉUTICA	INSUFICIENCIA RENAL CRONICO				TOTAL
	KDOQ 1	KDOQI 2	KDOQ 3	KDOQI 4	
Con adherencia terapéutica	0	4	53	14	71
Sin adherencia terapéutica	1	1	10	17	29
Total	1	5	63	31	100

FUENTE: BASE DE DATOS: ENCUESTA MORISKY-GREEN 2010

GRÁFICA 24 Adherencia terapéutica en relación con el estadio de IRC en nefrópatas diabéticos en prediálisis de la UMF 21, 2010.



FUENTE: Base de datos, test de Morisky-Green

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos observamos que aproximadamente más de la mitad (71%) de los pacientes con nefropatía diabética tienen adherencia terapéutica, como se muestra en estudios realizados TOLEDANO 2008^{xxviii.} hay una correlación entre aquellos pacientes con adherencia terapéutica y apoyo social. Así mismo, el apoyo familiar es el factor más relevante en el apego terapéutico (ORZÁEZ 2006^{xxix}). Sin embargo, los pacientes con enfermedad renal crónica, por lo general demandan mayor apoyo familiar, (RODRIGUEZ 2004^{xxx}).

Dentro de las variables sociodemográficas que influyen sobre la adherencia terapéutica observamos que el sexo femenino tiene una mayor adherencia como se muestra en estudios, (MARTIN 2003^{xxxi}). De manera similar, la edad varió entre 36 y 89 años, siendo la media de 66.04 años y tomando en cuenta a cada grupo de edad como el 100%, se demostró que en pacientes mayores de 85 años tienen menos adherencia. En cuanto, a la escolaridad se vio que aquellos con carrera técnica y licenciatura o postgrado tenían mayor adherencia. Así pues, en el estudio publicado por (BASTERRA 1999^{xxxii}), se consideran como factores influyentes sobre la falta de adherencia: la edad (edades extremas: niños y ancianos), nivel educativo bajo, características del entorno familiar, como: la existencia de problemas de comunicación, escasa supervisión de la toma de medicación, soledad. Así mismo no se encontró relación en cuanto a la ocupación ($p > .24$). sin embargo se encontró que con redes más pequeñas la adherencia es mayor.

El estado civil si tuvo significancia estadística, ya que se observó mayor adherencia en los pacientes casados ($p < .003$), que en los viudos.

El estadio de la IRC que se encontró en mayor proporción fue KDOQI 3 (con una depuración de creatinina de 30-15ml), que fueron los que tuvieron una mayor adherencia terapéutica ($p < .000$), lo cual pudo estar relacionado con el envío oportuno al servicio de nefrología, con la explicación médica del daño renal que presentan y la repercusión en su salud, de no llevar a cabo su tratamiento médico.

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS:

Este estudio fue limitado, ya que, requiere de un mayor número de pacientes para su significancia estadística. Sin embargo, consideramos que puede ser punta de lanza para estudios posteriores en torno a este padecimiento crónico, tomando en cuenta que las causas de la falta de adherencia terapéutica son multifactoriales y en el presente estudio se investigó una de las más importantes.

Se observó en este estudio, que los pacientes con nefropatía diabética se ubicaron en el estadio 3 en un mayor porcentaje, donde hubo mejor adherencia terapéutica, al igual que en los pacientes casados donde influyeron sus redes sociales más cercanas (como su pareja).

En cuanto al apoyo social y la adherencia terapéutica hubo una correlación importante puesto que a mayor apoyo mejor cumplimiento de las prescripciones medicas.

El presente estudio determinó diversas conclusiones como son:

- 1. El manejo de la nefropatía diabética en prediálisis incluye medidas de tratamiento farmacológico, ejercicio y dieta, para lograr un control adecuado, lo cual depende del apego que se tenga de las diferentes acciones prescritas, por lo que es importante involucrar a la familia, verla como un factor protector y de apoyo para el paciente enfermo, tal como se demuestra en el estudio donde hay mayor y mejor adherencia en aquellos pacientes que están casados, a diferencia de los que son viudos.*
- 2. Es difícil determinar al apoyo social como único factor para la adherencia al tratamiento, ya que, intervienen otros factores como: variables psico-sociales (control percibido, creencias en la salud, auto-concepto, estado de ánimo depresivo, funcionalidad familiar, calidad de vida, hábitos y costumbres del individuo) y la relación médico-paciente.*
- 3. Es necesario dirigir acciones de intervención orientadas al mejoramiento del entorno familiar y a nivel individual, educando a la población para evitar que progrese el daño renal y con ello se llegue a la diálisis.*

4. El objetivo principal es la prevención y tratamiento de este tipo de patologías, en donde existen una interacción evidente entre variables conductuales, fisiológicas, ambientales y socioculturales, por lo que, el tratamiento será dirigido a modificar: a) hábitos y estilos de vida (dieta, obesidad, sedentarismo, consumo de tabaco); b) factores psicosociales (estilos de conducta, manifestaciones emocionales negativas) y c) mejorar la adherencia a las medidas de prevención o rehabilitación.

A

N

E

X

O

S

FACTIBILIDAD Y ÁSPECTOS ÉTICOS.

De acuerdo a la programación de las actividades y necesidades de la investigación, se consideran los siguientes aspectos para la realización de esta:

I. Recursos Humanos:

- Médico residente de medicina familiar (1 ó 2)
- Pacientes participantes.

II. Recursos materiales:

- Computadora.
- Impresora.
- Software y paquetería básica (Word, Excel, Power Point), SPSS.
- Fotocopiadora.
- Memoria USB.
- Lápices, gomas y sacapuntas.
- Cuestionarios de MOS y Morisky-green.
- Consultorio de nefrología

III. Recursos financieros:

- Los recursos financieros serán proporcionados por el mismo investigador.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación en salud, título segundo, capítulo 1, artículo 17, categoría 1, se considera a esta como una investigación sin riesgo.

Se presentara el proyecto al comité local de Investigación y Ética, para su análisis y aprobación.

Se obtendrá el consentimiento informado por escrito de todas las participantes. Se hará hincapié en que la información recolectada será estrictamente confidencial y no afectará la atención otorgada si contesta o no, el cuestionario.

El protocolo de investigación se ajusta a los siguientes principios:

- *Declaración de Helsinki I (en 1964, establece las guías para la investigación biomédica en humanos).*
- *Declaración de Helsinki II (en 1975, en Tokio se revisa la Declaración de Helsinki I y se emite la nueva Declaración, que se enriquece en Venecia en 1983 y en Hong Kong en 1989).*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO Y ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN ESTUDIOS CLINICOS

México DF a ___ de _____ de 2010

Acepto participar en el Estudio clínico titulado:

“ADHERENCIA TERAPEUTICA Y APOYO SOCIAL EN NEFROPATAS DIABETICOS”. Se me ha informado que ya ha quedado Registrado ante el Comité Local de la Unidad de medicina familiar nO. 21 con el número:

Se me ha informado que el objetivo es: obtener información respecto al grado de cumplimiento del tratamiento y su relación con el apoyo social de los pacientes con nefropatía diabética pertenecientes a la UMF 21 que acudimos a control al servicio de nefrología del HGZ 30

Declaro que se me ha informado ampliamente que no me expongo a ningún riesgo, inconvenientes. El médico Responsable del estudio se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los datos que me serán solicitados en el cuestionario que se me aplicará

Entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

Además, se me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

También se ha comprometido a proporcionarme la información que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del padre o tutor (en caso de menor)

Nombre, firma y matrícula del médico Responsable

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: 5534684571 y 57430821

O al Dpto. de Enseñanza de la UMF 21

Testigos _____

Declaración médica: he explicado el contenido de este documento al paciente y he respondido todas las preguntas al grado máximo de mi conocimiento.

Nombre, firma y cédula del médico

Fecha

Hora

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL “UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21”
CUESTIONARIO**

El siguiente cuestionario es utilizado con propósitos de estudio por lo cual la información que aquí se maneje será confidencial. Por favor anote los datos solicitados, en caso de duda favor de preguntar a la persona que le entregó el cuestionario. Gracias por su participación.

1. NOMBRE _____
2. Años cumplidos _____ No.DE AFILIACION _____
3. SEXO: FEMENINO MASCULINO
4. ESTADO CIVIL:
 - a. Soltero _____
 - b. Viudo
 - c. Separado
 - d. Casado
5. *ESCOLARIDAD.- . Sólo anote el nivel máximo completado*
 - a. *1. Primaria*
 - b. *2. Secundaria*
 - c. *3. Carrera Técnica*
 - d. *4. Bachillerato o prepa.*
 - e. *5. Licenciatura o posgrado.*
6. OCUPACION
 - a. *Ama de casa*
 - b. *Desempleado*
 - c. Empleado
 - d. Trabaja por su cuenta

Respecto a la información siguiente subraye la opción más adecuada.

- 1) Olvida alguna vez de tomar medicamentos? **Sí/No**
- 2) Toma los medicamentos a las horas indicadas? **Sí/No**
- 3) Cuando se encuentra bien, deja de tomar la medicación? **Sí/No**
- 4) Si alguna vez se encuentra mal, deja usted de tomarla? **Sí/No**

Tabla 1. Cuestionario de apoyo social MUS
Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone

1. Aproximadamente, ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el n.º de amigos íntimos y familiares cercanos

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?

Marque con un círculo uno de los números de cada fila

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama	1	2	3	4	5
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar	1	2	3	4	5
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas	1	2	3	4	5
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita	1	2	3	4	5
6. Alguien que le muestre amor y afecto	1	2	3	4	5
7. Alguien con quien pasar un buen rato	1	2	3	4	5
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación	1	2	3	4	5
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones	1	2	3	4	5
10. Alguien que le abrace	1	2	3	4	5
11. Alguien con quien pueda relajarse	1	2	3	4	5
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo	1	2	3	4	5
13. Alguien cuyo consejo realmente desee	1	2	3	4	5
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas	1	2	3	4	5
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo	1	2	3	4	5
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos	1	2	3	4	5
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales	1	2	3	4	5
18. Alguien con quien divertirse	1	2	3	4	5
19. Alguien que comprenda sus problemas	1	2	3	4	5
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido	1	2	3	4	5

BIBLIOGRAFIA

- i* Carbonell M, Riquelme A, Lechuga M. Factores psicológicos asociados al reporte del cumplimiento terapéutico en pacientes con múltiples enfermedades somáticas crónicas. *Psicología y Salud*, 2007, 17 (1): 63-68.
- ii* Carballo-Nazario G, Lebron de Aviles C, Davila-Torres R, Burgos-Calderon R. Pacientes renales: Aspectos relacionados con el cumplimiento del tratamiento renal. *PRHS J* 2001; 20 (4): 383-393
- iii* Brien O. Compliance behavior and long-term maintenance dialysis. *Am J kidney Dis* 1990; 15:209-214
- iv* Martos M.J, Pozo C, Alonso E. *Influencia de las relaciones interpersonales sobre la salud y la conducta de adherencia en una muestra de pacientes crónicos. Boletín de Psicología, No. 93, Julio 2008, 59-77*
- v* Estrada C.M. Pauta posológica y su cumplimiento. ***OFFARM 2006, 25 (10): 96-102***
- vi* Buchmann W. Adherence: A Matter of self efficacy and Power. *J ADV NURS* 1997; 26:132-137
- vii* Kalsekar I., Madhavan S., Amonkar M., Douglas S., Makela E., Elswick B., Scott V. 2006. Impact of depression on utilization patterns of oral hypoglycemic agents in patients newly diagnosed with type 2 diabetes mellitus: a retrospective cohort analysis. *Clinical Therapeutics* 28(2):306-318. (*)
- viii* Ginarte Y. *La adherencia terapéutica. Rev Cubana Med Gen.*2001; 17(5): 502-505.

-
- ix* Zimmet P, Alberti KG, Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature* 2001 Dec 13;414(6865):782-787.
- x* Ocaña-Fuentes A, Coloma A. Factores genéticos de riesgo microvascular y macrovascular en la diabetes Mellitus. *AV DIABETOL* 2003;19:115-120
- xi* MacIsaac R, Jerums G. Control de la nefropatía diabética en su fase inicial. *Diabetes Voice* 2003; 48: 15-18.
- xii* Kurokawa K, Nangaku M, Saito A, et al. Current issues and future perspectives of chronic renal failure. *J Am Soc Nephrol* 2002;13:53-56.
- xiii* Hsu C, Hwang S, Wen C, Chang H, Chen T, Shiu R, et al. High prevalence and low awareness of CKD in Taiwan: a study on the relationship between serum creatinine and awareness from a nationally representative survey. *Am J Kidney Dis* 2006; 48 (5):727-38
- xiv* MacGregor J. Insuficiencia Renal Crónica. *Med. Int* 1997;(3):2-22
- xv* González-Mohino MB, Anduaga- Aguirre MA, Ibero- Villa JL Prevalencia de nefropatía diabética. *Rev Aten Primaria* 2005; 640-45
- xvi* Herrera A J. Hipertensión arterial y nefropatía diabética. La tereapuetica basada en evidencia. *ARC. CARD.* 2003; 73:68-69
- xvii* Acosta N, Acevedo A, Cabrera E, Delgado W, Piccardo R, Acosta C. Microalbuminuria en pacientes con diabetes tipo 2. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, 2005; 3 (1): 37-42

xviii Remuzzi G, Schieppatia A, Ruggenenti P. Nephropathy in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2002; 346: 1145-1151

xix Feldt-Rasmussen B. Analítica y diagnóstico de la nefropatía diabética. *Diabetes Voice*. 2003; 48:12-14

xx Avila-Lachica L, Gómez-García MC. Nefropatía diabética y riesgo cardiovascular. *Rev Aten Primaria* 2009; 42 (3): 173-175

xxi Whaley-Connell, A, et al., Diabetes mellitus and CKD awareness: the Kidney Early Evaluation Program (KEEP) and National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *Am J Kidney Dis*, 2009. 53(4):11-21.

xxii Herrera-Acosta J. Hipertensión Arterial y Nefropatía diabética. La terapéutica basada en la evidencia. *Rev. Arch. Cardiología* 2003; 73 (1): 66-69

xxiii Mora-Fernández C, Macía-Heras M, Martínez-Castelao A, Górriz-Teruel J L, Alvaro-Moreno F, Navarro-González JF. Fisiopatología de la nefropatía diabética. *28 nefro Plus* 2008; 1 (1):28-38.)

xxiv Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008; 359:1577-89

xxv González-Mohino L, Anduaga-Aguirre M, Ibero-Villa J. Prevalencia de nefropatía diabética. *Rev. Aten Primaria* 2005; 78:640-645

^{xxvi} Martín -Espejo J, Guerrero -Riscos M. A. La dieta en la nefropatía diabética. II TRIMESTRE ; 99 (6): 37-42)

^{xxvii} Rand C. Measuring Adherence with Therapy For Chronic Disease: Implications for the Treatment of Heterozygous Familial Hipercholesterolemia..AM J CARDIOL 1993; 72:68-74

^{xxviii} Toledano C, Avila L, García S, Gómez H. Determinantes de adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes ambulatorios con Diabetes Mellitus tipo 2..Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas,2008; 39 (4): 9-17.

^{xxix} Orzáez M, Rodríguez A, Morales R, Martínez R. Determinación de los factores condicionantes en la adhesión y cumplimiento de la dieta de protección renal en pacientes con insuficiencia renal crónica: estudio previo para la elaboración de una guía dietética. Nutr Hosp. 2006; 21 (2): 145-54.

^{xxx} Rodríguez G, Rodríguez I. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev Med IMSS 2004; 42 (2): 97-102.

^{xxxi} Martín L, Sairo M, Bayarre H, Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Integr 2003; 19 (2):1-4.

^{xxxii} Basterra M. El cumplimiento terapéutico. Pharmaceutical Care España 1999; 1: 97-106.