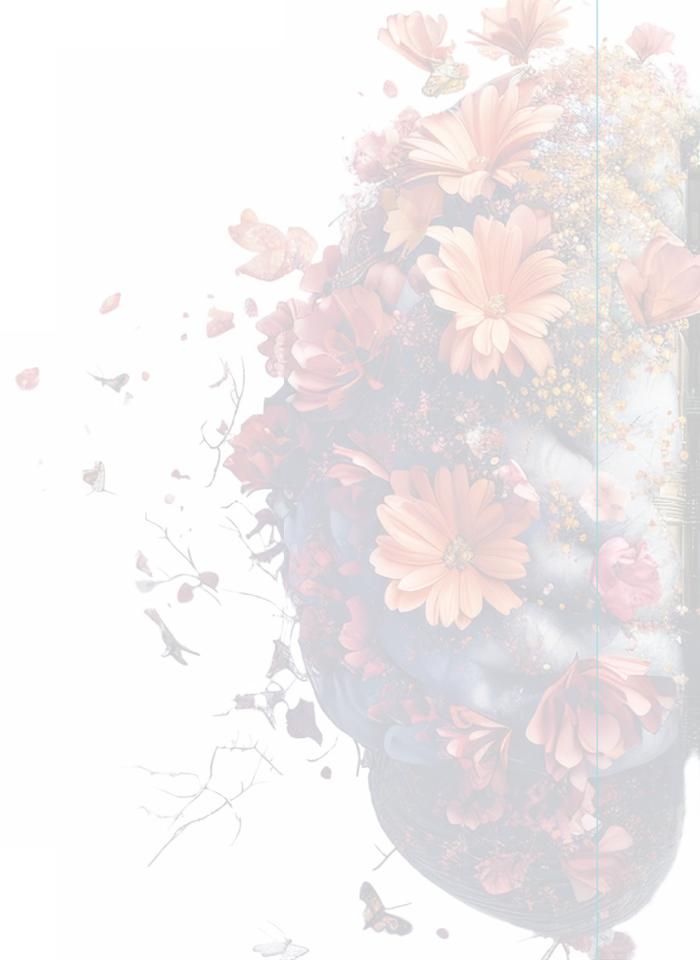


...



Capítulo 6.

El apoyo social como factor protector para la adherencia farmacológica en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a hemodiálisis

Diana Patricia Caicedo Navarro

*Doctora en Psicología, Universidad San Buenaventura Seccional Medellín.
Docente del programa de psicología de la Unidad Central del Valle del Cauca -
UCEVA e integrante del Grupo de Investigación Universidad Región - GIUR.
Correo electrónico: dcaicedo@uceva.edu.co*

Carla María Zapata Rueda

*Doctora en Psicología con énfasis en Neurociencia.
Tutora, Universidad San Buenaventura sede Medellín.
Correo electrónico: carla.zapata@usbmed.edu.co*

La enfermedad renal crónica se ha convertido en un problema de salud pública por su prevalencia e incidencia a nivel global, afectando a más de 750 millones de personas (Crews *et al.*, 2020), con aproximadamente dos millones que dependen de terapia de reemplazo renal para su supervivencia (Forero *et al.*, 2017), debido a que los riñones van perdiendo capacidad de excreción de productos de desecho en la orina y desequilibrio bioquímico en la sangre, con una disminución en la tasa de filtración glomerular menor a 15 ml/min/1.73 m². Además, se trata de una enfermedad de orden sistémico, debido a que afecta a otros órganos, y que, a pesar de los avances en tecnología de terapia de reemplazo renal, ningún tratamiento contemporáneo ha sido definitivo como sustituto de las funciones del riñón en la purificación de la sangre. Es entonces que la terapia de reemplazo renal se hace necesaria para contribuir a la supervivencia a largo plazo de estos pacientes (Berger *et al.*, 2016; Schmid *et al.*, 2009).

Una de las mejores opciones de terapia de reemplazo renal sería el trasplante, porque impacta de forma positiva la calidad de vida, sin afectar los hábitos diarios; sin embargo, tal elección es compleja por escasez de órganos e infraestructura (Flores, 2023; Murthy & Shukla, 2020). Se requiere en todo caso tratamiento para la falla renal, dado que afecta la sobrevivencia del paciente, y de allí la elección de la terapia de diálisis.

A nivel sociodemográfico, se ha observado que en países de alto ingreso la población con bajo nivel socioeconómico y minoría racial o étnica se ve más afectada por la enfermedad renal. Además, en la última década esta ha experimentado preponderantemente en Latinoamérica una tasa de crecimiento significativa (Álvarez *et al.*, 2018).

En los países en desarrollo como Colombia se estima una prevalencia de 85.44 casos de terapia de reemplazo renal por cada 100 mil habitantes, en tanto que se reporta una incidencia de 3810 casos. A nivel departamental, el Valle del Cauca presentó el mayor índice de prevalencia estandarizada (PE: 113.20), con intervalo de confianza 95 % [IC95%]: 110.24 - 116.21 (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo - Cuenta de Alto Costo [CAC], 2022), y una mayor población en los estratos socioeconómicos 1 y 2 (Caicedo, 2018).

La terapia de reemplazo renal como la hemodiálisis (HD) de mantenimiento se realiza en un centro especializado de unidades de diálisis, siendo el tratamiento de mayor elección, con una frecuencia del 58.30 % e incluso superior a partir de los 60 años con un alto costo para los servicios de seguridad social (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo - CAC, 2022). A ello se añade la gran relevancia que ha adquirido el daño renal en los problemas

de salud de la población adulta, por su cronicidad y comorbilidades asociadas, entre ellas diabetes mellitus, hipertensión arterial, deficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, dislipidemia y enfermedad renal periférica (Tian *et al.*, 2019).

Esto genera que la mayoría de estas personas en terapia tenga una receta médica diaria con un gran número de fármacos, oscilando entre 9 y 14 pastillas al día, que deben tomarse como complemento al tratamiento dialítico Pérez-García *et al.*, 2013). El resto de los insumos médicos inyectables y otros son administrados por el equipo asistencial en nefrología en las unidades de diálisis, pero la toma de la medicación oral corresponde al mismo paciente o es suministrada por un cuidador, siendo una actividad muy relevante, debido a que en estos pacientes se presenta hiperfosfatemia e hipocalcemia, además de que la producción de la hormona eritropoyetina se ve afectada, e indirectamente influye en la hemoglobina, así como en la formación de hematíes y de vitamina D activa, relacionada con la mineralización ósea del paciente (Schmid *et al.*, 2009).

Aunque, muchas de las personas con enfermedades crónicas no siguen las recomendaciones farmacológicas médicas (DiMatteo, 2004; Dunbar-Jacob y Schlenk, 2001), lo que generaría, según diferentes investigaciones, una falta de adherencia al tratamiento farmacológico (Ruiz García *et al.*, 2016; Wang, 2014).

En relación a ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) ha definido el concepto de adherencia, siguiendo las ideas de Haynes (1979) y Rand (1993), como el grado en que el comportamiento de una persona al tomar los medicamentos, seguir una dieta nutricional y ejecutar cambios en sus estilos de vida, es acorde a las recomendaciones dadas por el médico tratante o el grupo asistencial.

Asimismo, la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios describe que el cumplimiento de la toma de la medicación es sinónimo de adherencia terapéutica farmacológica, definiendo este concepto a partir del grado en que el paciente cumple con la dosis del medicamento, la forma de administración del mismo y también con la frecuencia y los intervalos de tiempo indicados por el especialista tratante en nefrología (Caicedo, 2018; Martínez *et al.*, 2016).

Por otro lado, cuando el paciente no cumple con la prescripción farmacológica oral, el término a utilizar es el de *no adherencia* al tratamiento farmacológico, la cual puede ser de forma voluntaria o inadvertida por parte del paciente y se sustenta bajo el modelo de toma de decisiones de orden personal, modulado a su vez por elementos multifactoriales, tales como la priorización que se haga o no de la toma del medicamento oral, la percepción que se tenga del proceso del tratamiento de la enfermedad, los buenos resultados clínicos que se generan de la medicación prescrita y la aceptación de los cambios de los estilo de vida, a partir de las indicaciones del médico tratante en nefrología o del personal de enfermería (Caicedo, 2018; Silva *et al.*, 2005).

A pesar de todo, el incumplimiento provoca efectos significativos en la supervivencia del paciente (DiMatteo *et al.*, 2002) y cuando no se cuenta con apoyo social, se ha relacionado con fracaso en los objetivos del tratamiento, mayor accidentalidad y mayor mortalidad (Mookadam & Arthur, 2004). Es por ello que la adherencia farmacológica juega un papel central para el mantenimiento, la sobrevivencia y la estabilidad de la enfermedad renal.

Estudios previos confirman que entre el 15 % y el 72 % de los pacientes en terapia HD presenta falta de adherencia al tratamiento farmacológico (Ruiz García *et al.*, 2016), o lo sigue incorrectamente, ya sea de forma voluntaria o inadvertida (Rolland, 2000).

Estos datos demuestran que aún se requiere abonar esfuerzos y contribuciones de diferentes investigaciones y disciplinas, como la psicología de la salud y la sociología médica, que han introducido la idea de que el apoyo social juega un papel relevante en el proceso salud-enfermedad (Cassel, 1976; Cobb, 1976). Otros autores han identificado al apoyo social como un recurso importante, dado que permite mantener una relación positiva con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en diálisis (Flores, 2023).

Como antecedente teórico, el concepto de apoyo social ha recibido suficiente atención y se ha definido bajo una concepción multidimensional, estableciendo su objetivo de interés en la investigación sobre los determinantes de la salud-enfermedad, debido a que algunas personas padecen movilidad social descendente como consecuencia del proceso de enfermedad y la interpretación de su situación será diferente bajo la perspectiva de las condiciones de vida, lo que a su vez determinará la percepción de los problemas de salud (Castro *et al.*, 1997). Estos autores también han propuesto que la frontera de lo social y lo psicológico apunta hacia la categoría de apoyo social multidimensional, el cual se ha vinculado con la capacidad de proveer o disponer de recursos, cuando se requieren, desde lo emocional, informacional e instrumental y de interacción social. Esto incluye la red social, en referencia a las personas que apoyan al paciente con algún padecimiento, tales como familiares, amigos íntimos, residentes de barrio, colegas de trabajo, comunidad y otros.

Es relevante mencionar que, en Colombia, como es común en casi todos los países suramericanos, las redes sociales y la proporción de integrantes de un sistema familiar pueden ser mayores que las de otros países desarrollados (Arredondo *et al.*, 2012), lo que puede valer en pro de facilitar una mayor satisfacción y mejorar la calidad de vida tanto del individuo como del colectivo (Castro *et al.*, 1997).

También, se ha indicado que el apoyo social puede ser un predictor a favor, cuando se tiene la confianza de pedir o solicitar el apoyo si se necesita, o en contra, cuando se piensa que no se requiere, se subestima, se rechaza, o cuando el paciente se siente como una carga. En parte, esto está influenciado por la dimensión subjetiva del individuo en torno a sus propias situaciones y circunstancias, por su estado anímico o por alguna otra problemática de personalidad, que a

su vez se ve afectada por la condición de enfermedad y las comorbilidades médicas, crónicas o especiales (Caicedo, 2018; Castro *et al.*, 1997; Taylor *et al.*, 1996; Vila *et al.*, 2001), como es el caso de la enfermedad renal cuando se requiere aprender a convivir con ella (Flores, 2023).

La terapia HD de mantenimiento reduce la uremia, pero a costa de restricciones sobre la independencia, mayor fragilidad, morbilidad, pérdida de días laborales, además de que en el curso de un tratamiento a largo plazo pueden generarse en ocasiones otras problemáticas relacionadas con el aseguramiento social y las condiciones económicas del paciente. Ejemplo de ello pueden ser las sesiones de diálisis programadas que se pierden debido a la imposibilidad del pago o a problemas de trámites con el asegurador del servicio de transporte, las dificultades en el para llegar al lugar del tratamiento por condiciones climáticas y geográficas, la falta de comprensión del paciente en la educación en salud y el tiempo invertido en el tratamiento en un centro hospitalario o una unidad renal con personal especializado en nefrología, donde además el paciente debe asistir tres veces por semana durante cuatro horas. En condiciones de baja escolaridad y reducido ingreso económico, los trastornos cognitivos y las alteraciones del estado anímico, así como el incumplimiento en la adherencia farmacológica, son problemas reconocidos con consecuencias graves (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo - CAC, 2022; Griva *et al.*, 2014; Ibrahim *et al.*, 2015; Kutner *et al.*, 2002; Murthy & Shukla, 2020).

En ese sentido, se ha demostrado que, el apoyo social para los procesos de salud-enfermedad y como amortiguador de estrés por la vivencia y demandas de la misma (Arredondo *et al.*, 2012; Flores, 2023), favoreciendo cambios de conducta que, a su vez, coadyuvan en los procesos de adherencia a los tratamientos y de ajuste a la enfermedad, tanto en lo personal como en lo familiar y social (Rodrigo & Byrne, 2011).

Es relevante mencionar que, desde el enfoque familiar sistémico, el apoyo social se fundamenta en una de dos dimensiones: una desde el carácter central, es decir, en relación al tratamiento y la enfermedad asumida por el paciente, con apoyo periférico de la familia, en tanto que desde una dimensión de marginalidad se tiene la percepción de que el sistema familiar es el responsable, aislando al paciente en la toma de decisiones relacionadas frente su propio tratamiento, por lo que, en general, el paciente puede percibir que no está integrado desde lo emocional o físico en el sistema familiar (Caicedo, 2018; Myers, 1975; Neuling & Winefield, 1988), lo cual reduce su sensación de eficacia personal (Kohn, 1972). Los estudios sobre el apoyo social afirman que la existencia o escasez de este afecta sobre todo la salud mental y física de los pacientes y se asocia con una percepción negativa de los efectos de la enfermedad renal, y con una mala aceptación de la prescripción de diálisis, aumentando probablemente la morbilidad y mortalidad de estos pacientes, específicamente los que están en HD (Castro *et al.*, 1997; Gore, 1978).

En este proceso de aprender a vivir con una enfermedad de tipo crónico en terapia de reemplazo renal en la modalidad HD, el apoyo social resulta ser entonces un recurso valioso, específicamente por su relación con la adherencia al tratamiento farmacológico (Flores, 2023).

Teniendo en cuenta los antecedentes teóricos revisados en la presente investigación, nos interesa conocer qué factores psicosociales de apoyo grupal y familiar influyen en las prescripciones médicas farmacológicas (Huertas-Vieco *et al.*, 2014). Se planteó como objetivo identificar la taxonomía y los niveles de apoyo social percibidos y su relación con la adherencia farmacológica en pacientes con enfermedad renal crónica en HD.

Método

Se realizó un estudio transversal, cuantitativo de tipo instrumental (Hernández-Sampieri *et al.*, 2014; León y Montero, 2003), con una muestra de siete unidades de diálisis en el departamento del Valle del Cauca.

Muestra

Para la recolección de la muestra se contó con un total de 158 pacientes, 100 varones (63.3 %) y 58 mujeres (36.7%), con una edad promedio de 47.7 años (DE: 12.40), y una variación entre 19 y 70 años. De este total, 92 pacientes se encontraban en modalidad HD, y el resto en diálisis peritoneal (66 pacientes), como usuarios de siete unidades en cuatro ciudades (Tuluá, Guadalajara de Buga, Palmira y Santiago de Cali) del Valle del Cauca.

Instrumentos

Para la recolección de los datos sociodemográficos entre pacientes de HD de mantenimiento y diálisis peritoneal se tuvieron en cuenta variables como edad, sexo, ocupación, estrato social, estado civil, nivel educativo, lugar de residencia (urbano o rural), comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes, enfermedades pulmonares, alcoholismo, farmacodependencia, fumadores, disminución de la agudeza visual y auditiva, traumatismos craneoencefálicos, hipotiroidismo, accidentes cerebrovasculares y otros). Se realizaron preguntas cerradas con una única opción de respuesta (para preguntas en torno a quién es el cuidador principal, el número de meses y años en diálisis, la cantidad de medicamentos que toma al mes) y otras con opción de respuesta dicotómica (por ejemplo: ¿percibe que, para su familia, usted como paciente es una carga?).

Para la recolección de datos secundarios, como los parámetros clínicos específicamente de población en diálisis, se accedió a la historia clínica sistematizada del último trimestre del paciente y se tuvieron en cuenta los valores normales (Caicedo, 2018; Foundation, 2012). Los paraclínicos estudiados fueron: hemoglobina, calcio, fósforo, potasio, albúmina, hemoglobina glicosilada, glucemia y nitrógeno ureico (Foundation, 2012).

Se utilizó la adaptación colombiana del cuestionario MOSS, de Arredondo *et al.* (2012), con antecedentes del cuestionario original de Sherbourne & Stewart (1991), para la evaluación de apoyo social. El instrumento, que permite valorar cuantitativamente el tamaño de la red social y cualitativamente las dimensiones del apoyo social, se constituye de veinte preguntas medidas

en una escala Likert de 1 a 5 puntos, e indica la frecuencia de disponibilidad del evaluado en cada tipo de apoyo. El análisis psicométrico factorial orienta la unificación de los ítems tanto de apoyo emocional como informativos, dando finalmente paso a cuatro subescalas y generando puntuaciones de manera independiente, así: el apoyo emocional se indaga en las preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19, el apoyo instrumental en la 2, 5, 12 y 15, la interacción social positiva en la 7, 11, 14 y 18, por último, el apoyo afectivo en las preguntas 6, 10 y 20.

El resultado final se refleja en el índice global de apoyo social, luego de adicionar las 19 preguntas. La interpretación del apoyo social es escasa cuando el resultado de su índice inferior es de 57 puntos; por otra parte, se interpreta falta de apoyo social cuando las puntuaciones no pasan los siguientes parámetros predeterminados: para el apoyo emocional, una puntuación de 24; para el apoyo instrumental y el de interacción social, de 12 en cada uno; por último, para el apoyo afectivo, una puntuación de 9 (Arredondo *et al.*, 2012; Caicedo, 2018; Huertas-Vieco *et al.*, 2014).

La adherencia al tratamiento farmacológico se evaluó a través del Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) (Caicedo, 2018; Ortega Suárez *et al.*, 2011). El cuestionario original es una modificación del de Morisky-Green, que fue creado para evaluar la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH y finalmente fue adaptado y validado a versión hispanohablante, para medir la adherencia farmacológica en pacientes en terapia de reemplazo renal, específicamente trasplantados. Su validación psicométrica se basa en investigaciones de la reproducibilidad Inter observadores, con una medida de fiabilidad dada por el coeficiente kappa de Cohen. También, su validez se asocia a la evaluación de diferentes variables clínicas relacionadas con la adherencia farmacológica.

Con relación a su sensibilidad y especificidad se utilizó un patrón Gold-Standard para la dosis del medicamento tacrolimus en vía sanguínea en pacientes trasplantados y se midió la validez convergente mediante el análisis de los resultados del SMAQ y de los del test de Morisky-Green, generando una sensibilidad mayor (44.44 %) en el SMAQ, con una especificidad menor (62.39 %), a pesar de que cuenta con un mayor porcentaje de caracterización (58.51 %) (Ortega Suárez *et al.*, 2011).

Este cuestionario consta de seis ítems de carácter dicotómico, por lo que cualquier respuesta opuesta implica que al examinado se le considera no adherente farmacológicamente.

Procedimiento y análisis estadísticos

Los cuestionarios fueron aplicados dos o tres horas antes de la sesión de HD (Sánchez-Román *et al.*, 2008), teniendo como fuente secundaria de consulta el consolidado del último trimestre de la historia clínica sistematizada en torno a la comorbilidad de cada paciente. Se describen

las características sociales y demográficas, junto con el apoyo social, utilizando un análisis univariado tanto para la caracterización de las variables cualitativas (medias de frecuencia) como para las cuantitativas (medidas de resumen, gráficos y tablas de presentación de la información).

Con el objetivo de comparar el apoyo social percibido por los pacientes de HD según la adherencia farmacológica, se realizó un análisis bivariado en el que se identificaron asociaciones no causales utilizando como variable dependiente la adherencia al tratamiento farmacológico, definida por el SMAQ. Con ella se calcularon tablas de contingencia con variables independientes demográficas, sociales y de apoyo grupal. Este análisis se basó en las pruebas estadísticas: chi cuadrado y t-Student, con variables cualitativas con distribución normal; U de Mann-Whitney, con variables cuantitativas con distribución no normal; y prueba exacta de Fisher, según la distribución de las variables y las medidas epidemiológicas siguientes: prevalencia de punto, razón de prevalencia (RP crudo) e intervalos de confianza del 85 %, asumiendo un nivel de significación estadística de menos de 0.05.

Con el objeto de determinar los factores que más explican la adherencia en el tratamiento farmacológico se utilizó un análisis multivariado para calcular un modelo de regresión logístico binario, con el fin de ajustar las razones de prevalencia de la variable independiente de apoyo social, dado que en el análisis bivariado se encontraron relacionadas a nivel de significación estadística de 0.25, según el criterio de Hosmer-Lemeshow (Caicedo, 2018).

Consideraciones éticas

A los pacientes se les explicaron los objetivos del estudio y se procedió con ellos a la lectura del consentimiento informado, para posteriormente firmarlo. Se tuvo particularmente en cuenta la Resolución 8430 de 1993, en donde consta que los pacientes tienen derecho a participar o no y al retiro de su consentimiento durante la investigación, y que de ninguna manera esto afectará negativamente el proceso médico al que estuvieran sujetos y sus condiciones de cumplimiento (Código Ético del Psicólogo, 2000, artículos 16.7 y 16.9; Ministerio de Salud, 1993, artículo 15, literal g). Por otro lado, se gestionaron los permisos institucionales a nivel nacional e internacional de la institución de salud en Colombia.

Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité institucional de la Universidad San Buenaventura seccional Medellín, como parte del proceso de la tesis doctoral, siguiendo los lineamientos del manual de deontología y bioética de la psicología (Colegio Colombiano de Psicólogos, 2022). En relación con la confidencialidad de los datos, los autores declaran que han seguido los protocolos de la institución de salud sobre la publicación de datos de pacientes renales. En cuanto al derecho a la privacidad y el consentimiento informado, los autores obtuvieron el consentimiento de los pacientes en terapia HD explicitados en el estudio, documentos que quedan en poder del autor de correspondencia.

Resultados

La muestra estuvo integrada por 158 pacientes, 100 varones y 58 mujeres, con una media de edad de 47.7 años. Se contó con 92 pacientes en terapia HD de mantenimiento, y con 66 de diálisis peritoneal. En cuanto al género, hubo un mayor porcentaje de mujeres en el rango de edad entre 19 y 59 años, mientras que los hombres fueron mayoría en el rango de 60 años o más. No se encontró valor de relacionamiento significativo entre la edad y el sexo de los pacientes, según la prueba de chi cuadrado ($\chi^2 = 4.486$; $p = 0.106$).

Las mujeres tuvieron una mayor formación secundaria, con un 65.5 % (38 personas), en tanto los hombres tenían mayor formación en posgrados (33 %, con relación a 8.6 % en las mujeres, de modo que el nivel educativo y el sexo se relacionaron de manera significativa ($\chi^2 = 18.631$; $p = 0.000$).

En cuanto a las comorbilidades, el 85 % de los hombres tenía hipertensión arterial, mientras que el 39 % padecía diabetes mellitus ($p: 0.04$); se reportó un 12.1 % de mujeres con enfermedades pulmonares, por haber sido fumadoras pasivas. En el momento de la investigación, se reportó que un 31 % de hombres eran consumidores de alcohol ($p: 0.016$), mientras que un 8 % tenía dependencia de sustancias psicoactivas (tabla 1).

Tabla 1.

Distribución porcentual de los pacientes en diálisis, según comorbilidades y sexo, departamento del Valle del Cauca, 2017

Comorbilidades	Sexo				Valor p
	Hombre		Mujer		
	N	%	N	%	
Hipertensión arterial					.360
No	15	15	12	20.7	
Sí	85	85	46	79.3	
Diabetes					.004*
No	61	61	48	82.8	
Sí	39	39	10	17.2	
Enfermedades pulmonares					.055*
No	96	96	51	87.9	
Sí	4	4	7	12.1	

Alcoholismo					.016*
No	69	69	50	86.2	
Sí	31	31	8	13.8	
Farmacodependencia					.027*
No	92	92	58	100	
Sí	8	8	0	0	
Fumadores					.233
No	87	87	54	93.1	
Sí	13	13	4	6.9	
*Valor p < .05					

En relación con la ocupación del paciente en terapia, el 60.1 % (95 personas) está pensionado, es independiente, estudia o está desempleado; en esta categoría se incluyen específicamente 77 hombres (77 %) y 18 mujeres (31 %). El 32.9 % (52 personas) reportó estar en el hogar, siendo en su mayoría mujeres (36, 62.1%) antes que hombres (16, 16 %). El 7 % (11 personas) se encontraba empleado, tanto hombres como mujeres; la ocupación y el sexo se relacionaron de manera significativa ($\chi^2 = 36.572$; $p = 0.000$).

El 43.7 % de los pacientes identifica a su pareja como cuidador, el 26.6 % no tiene cuidador, el 12 % es cuidado por el padre o la madre, el 10.1 % por el hijo(a) y el 7.6 % por otros. Tanto en hombres como en mujeres su cuidador principal es la pareja, lo que se evidencia por asociación estadística significativa ($\chi^2 = 25.410$; $p = 0.000$).

En los antecedentes médicos se encontraron diferencias significativas entre la diabetes, las enfermedades pulmonares, el alcoholismo y la farmacodependencia, en relación con el sexo (tabla 1).

Las características demográficas como estado civil, ocupación y estrato presentaron diferencias significativas respecto a la adherencia al tratamiento farmacológico (tabla 2). El 91.8 % de los pacientes con diálisis contaba con apoyo social; según el tipo de tratamiento, el 58.2 % estaba en HD, y de estos, el 82.25 % (DE= 14.257) contaba con apoyo social, con un mayor componente de apoyo emocional (DE= 7.144).

Tabla 2.*Características demográficas y tipo de tratamiento de HD y diálisis peritoneal con la adherencia (SMAQ)*

	Adherencia (SMAQ)				Valor p
	No		Sí		
	N	%	N	%	
Estado civil					.036*
Soltero	26	27.7	11	17.2	
Casado/Unión libre	57	60.6	36	56.3	
Viudo/Divorciado	11	11.7	17	26.6	
Ocupación					.045*
Hogar	37	39.4	15	23,4	
Empleado	8	8.5	3	4.7	
Otro	49	52.1	46	71.9	
Estrato					.036*
1 y 2	34	53.1	68	72,3	
3	26	40.6	24	25.5	
4 y 5	4	6.3	2	2.1	

*Valor p < .05

Se infiere que los pacientes en HD de mantenimiento con apoyo social escaso mostraron un riesgo de no adherencia cinco veces mayor, en comparación a los que tienen apoyo social.

Discusión

La OMS (2004) se ha interesado en la última década tanto por el crecimiento de la población como por la prevalencia de enfermedades de largo plazo, como es el caso de la enfermedad renal crónica, afectada cuando la tasa de filtración glomerular es menor a 15 ml/min/1.73 m². En este escenario, es posible que el paciente requiera de terapia de diálisis para su supervivencia y, en espera de un riñón, la terapia de elección es HD. Con todo, estas terapias generan limitaciones impuestas por el mismo tratamiento, modificando sus estilos de vida e impactando a nivel individual y colectivo (Berger *et al.*, 2016; Schmid *et al.*, 2009).

Entre estas modificaciones, la adherencia farmacológica aparece como pieza fundamental del tratamiento dialítico, dado que coadyuva a la estabilidad de los paraclínicos y del tratamiento, por lo que el apoyo social resulta ser un factor determinante en este punto para el éxito del tratamiento dialítico (Forero *et al.*, 2017; Huertas-Vieco *et al.*, 2014).

Esta investigación se describe en parte por las características sociodemográficas de 158 pacientes, el 62.8 % de los cuales estaba en terapia HD, porcentaje similar a lo reportado en otros estudios epidemiológicos en los que aparece como la mayor elección comparada con otras opciones de tratamiento (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo - CAC, 2022; Caicedo, 2018). Los tratamientos se realizan en un centro de diálisis, con pacientes que dependen de un acceso vascular, ya sea femoral o mediante una fístula arteriovenosa nativa, y con un dializador en una máquina de equipo médico que se encarga de eliminar de la sangre tanto las toxinas urémicas como el exceso de líquido (Martin *et al.*, 2014).

Por otro lado, predominan pacientes de sexo masculino (63.3 %), particularidad compartida por otras investigaciones, como la Cuenta de Alto Costo del 2016, la cual presenta un mayor porcentaje de varones en terapia de diálisis. Este es un aspecto no modificable y determina la condición de ser hombre como un factor de riesgo de progresión de la enfermedad renal crónica (Martin *et al.*, 2014).

Siguiendo la misma línea, este estudio evidenció que los hombres eran más adherentes que las mujeres, lo que también puede confirmar que lo que hay es un solapamiento por el que los hombres reciben más apoyo social instrumental, al ser cuidados por sus esposas (43.7 %), por lo que se presenta asociación estadística entre el sexo y el cuidador ($\chi^2 = 25.410$; $p = 0.000$). Al respecto, varios estudios han indicado que la condición de género de los pacientes influye en la persona que brinda el apoyo en la sociedad colombiana, donde prima el cuidado hacia el hombre, toda vez que se ha interiorizado que las mujeres son las que brindan cuidado y atención a los hombres y que, a su vez, son ellos los que reciben el apoyo. Además, los estudios han indicado que la condición de estar casados o en unión libre genera un sentimiento psicológico de comunidad, creando un intercambio recíproco y fortaleciendo vínculos afectivos en los que prima la necesidad de compartir responsabilidades en términos de cuidado y salud, en aras del bienestar (Caicedo, 2018).

Esta investigación encontró que el 82.25 % (DE= 14.257) de los participantes cuenta con apoyo social, el cual es brindado por la familia en los requerimientos de la enfermedad renal, específicamente en lo relacionado con el cuidado y la adherencia farmacológica. En ese sentido, la esposa o compañera sentimental ocupó el primer lugar como cuidadora primaria; en segundo lugar, el 12 % de los pacientes era cuidado por sus padres; en tercer lugar por los hijos y, por último, estaban los cuidados informales que pueden ser brindados por vecinos, amigos o personas que prestan servicio de cuidado. Esto es consistente con otras investigaciones que

señalan que el apoyo de la esposa influye de manera propositiva en el impacto de la terapia HD, debido a que estos pacientes se sienten acompañados, ajustándose a su vez al tratamiento, a pesar de los grandes cambios en el estilo de vida que este les demande (White & Grenyer, 1999).

Igualmente, se ha indicado que la familia del paciente de HD favorece el proceso de ajuste y la adherencia, permitiendo enfrentar de forma adecuada la enfermedad y el tratamiento renal, y constituyendo de este modo un pilar fundamental de apoyo (Christensen *et al.*, 1992; Lee & Wang, 2002).

Con relación a ello, en la taxonomía del apoyo social, la dimensión de apoyo emocional alcanzó una media de 33.35 % (DE= 7.144), siendo la más alta de la escala. La literatura científica también ha demostrado que el apoyo emocional es el que tiene mayor importancia en el sostenimiento y conservación de la salud (Barrón *et al.*, 1989), debido a que genera en la persona la sensación de que es amada, querida y cuidada.

Por otra parte, los pacientes de HD con escaso apoyo social mostraron un riesgo de no adherencia farmacológica cinco veces mayor en comparación con los que sí tienen fuerte apoyo social (RP crudo = 5.020; valor de $p = .10$). Algunos estudios concluyeron que el poco o ningún apoyo social asociado a la afección de enfermedades es más significativo y también se ha relacionado con poca adherencia al tratamiento, generando afectación en los resultados de la estabilidad de la enfermedad y del nivel general de salud, con mayores niveles de morbilidad, mortalidad y suicidio (DiMatteo *et al.*, 2002). Además, se ha indicado que la falta de adherencia a la medicación se debe en mayor medida al predictor de esa conducta de salud, al considerar que el bajo apoyo social afecta por ende al bienestar del paciente (Méndez & Muñoz, 2011).

Conclusiones

El apoyo social es fundamental para la adherencia farmacológica de los pacientes en terapia HD de mantenimiento; su carencia genera implicaciones prácticas, con mayores tasas de fracaso terapéutico, alta hospitalización, descenso del nivel de la salud y aumento de los costos médicos, tanto para el paciente como para la familia y el sistema de seguridad social. Teniendo en cuenta esto, prima como cuidador principal la figura del cónyuge, específicamente la esposa, como asistente fundamental que comparte las responsabilidades de cuidado frente a las dificultades que se presentan en el curso de la enfermedad. A su vez, el apoyo de estos cuidadores sirve como coadyuvante para que el paciente se ciña a la medicación prescrita por el especialista tratante. Esta variable mediadora y estructural es la encargada de los procesos de adherencia, genera bienestar en el paciente y, a su vez, ajuste a la terapia HD, dado que esta demanda muchas tareas y cambios en el estilo de vida.

Limitaciones y futuras direcciones

Aún necesitamos estudios longitudinales sobre el curso evolutivo del apoyo social en pacientes en las diferentes modalidades de tratamiento dialítico. Es importante considerar como sujeto de estudio al cuidador primario, a la hora de evaluar cómo se brinda el apoyo instrumental a la adherencia farmacológica y al tratamiento al paciente. Sería de suma importancia realizar estudios comparativos con pacientes en diferentes estadios de la enfermedad renal crónica y con diferentes tratamientos de terapia renal (hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante), así como otras investigaciones que permitan comprender la personalidad del cuidador y su percepción frente al paciente con enfermedad renal crónica.

Conflicto de intereses

Esta investigación no tiene ningún conflicto de interés, ni institucional con las autoras.

Referencias

- Álvarez, B., Matos, G. & González, F. (2018). Ansiedad y depresión en pacientes con tratamiento dialítico incluidos en el plan de trasplante renal. *Multimed Revista Médica Granma*, 22(1), 1-13.
- Arredondo, N. H. L., Rogers, H. L., Tang, J. F. C., Gómez, S. L. P., Pérez, M. Á. J., Torres, M. O., ... & Arizal, L. O. (2012). Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 142-150.
- Barrón, A., Lozano, P. & Chacón, F. (1988). Autoayuda y apoyo social. En A. Martín González, M. Martínez García & F. Chacón Fuertes, *Psicología comunitaria* (pp. 205-225). Visor.
- Berger, I., Wu, S., Masson, P., Kelly, P. J., Duthie, F. A., Whiteley, W., ... & Webster, A. C. (2016). Cognition in chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 14, 1-10.
- Caicedo, D. P. (2018). *Funciones ejecutivas. Depresión y apoyo social con relación a la adherencia farmacológica en pacientes en terapia de reemplazo renal: un estudio transversal* (Tesis Doctorado en Psicología). Universidad San Buenaventura, Facultad de Psicología, Medellín.
- Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and “stress”: Theoretical formulation. *International Journal of Health Services*, 4(3), 471-482.
- Castro, R., Campero, L. & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31, 425-435.
- Christensen, A. J., Smith, T. W., Turner, C. W., Holman, J. M., Gregory, M. C. & Rich, M. A. (1992). Family support, physical impairment and adherence in hemodialysis: An investigation of main and buffering effects. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 313-325.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Código Ético del Psicólogo. (2000). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(1), 209-225. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80532121.pdf>
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2022). *Deontología y bioética del ejercicio de la psicología en Colombia*. El Manual Moderno.
- Crews, D. C., Bello, A. K. & Saadi, G. (2020). Carga, acceso y disparidades en enfermedad renal. *Nefrología*, 40(1), 4-11.

- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychology, 23*(2), 207.
- DiMatteo, M. R., Giordani, P. J., Lepper, H. S. & Croghan, T. W. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Medical Care, 40*(9), 794-811.
- Dunbar-Jacob, J. y Schlenk, E. (2001). Patient adherence to treatment regimen. En A. Baum, T. A. Revenson y J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 571-580). Erlbaum.
- Flores, J. (2023). El apoyo social en pacientes con insuficiencia renal en Babahoyo, Provincia de los Ríos. *Revista Chakiñan de Ciencias Sociales y Humanidades, 18*, 122-133.
- Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo - Cuenta de Alto Costo (CAC). (2022). *Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia 2021*. Autor.
- Forero Villalobos, J., Hurtado Castillo, Y. & Barrios Araya, S. (2017). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento del paciente en diálisis peritoneal. *Enfermería Nefrológica, 20*(2), 149-157.
- Foundation, N. K. (2012). KDOQI clinical practice guideline for diabetes and CKD: 2012 update. *American Journal of Kidney Diseases, 60*(5), 850-886.
- Gore, S. (1978). The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. *Journal of Health and Social Behavior, 19*(2), 157-165.
- Griva, K., Lai, A. Y., Lim, H. A., Yu, Z., Foo, M. W. Y. & Newman, S. P. (2014). Non-adherence in patients on peritoneal dialysis: a systematic review. *PloS one, 9*(2), e89001.
- Haynes, R. B. (1979). Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. En R. B. Haynes, D. W. Taylor & D. L. Sackett (Eds.), *Compliance in health care* (pp. 49-62). The Johns Hopkins University Press.
- Hernández-Sampieri, R. H., Fernández-Collado, C. & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª edición. Mc Graw Hill.
- Huertas-Vieco, M. P., Pérez-García, R., Albalade, M., Sequera, P. D., Ortega, M., Puerta, M., ... & Alcázar, R. (2014). Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. *Nefrología (Madrid), 34*(6), 737-742.

- Ibrahim, S., Hossam, M. & Belal, D. (2015). Study of non-compliance among chronic hemodialysis patients and its impact on patients' outcomes. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 26(2), 243.
- Kohn, M. L. (1972). Class, family, and schizophrenia: a reformulation. *Social Forces*, 50(3), 295-304.
- Kutner, N. G., Zhang, R., McClellan, W. M. & Cole, S. A. (2002). Psychosocial predictors of non-compliance in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 17(1), 93-99.
- Lee, Y. H. & Wang, R. H. (2002). Helpness: social support and selfcare behaviors among term hemodialysis patients [sitio en internet]. *National Center for Biotechnology Information*.
- León, O. G., & Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*. McGraw-Hill/ Interamericana.
- Martin, K. J., Floege, J., Ketteler, M., Feehally, J., Floege, J., Johnson, R. & Tonelli, M. (2014). *Comprehensive Clinical Nephrology*. Elsevier, Inc.
- Martínez, R., Medrano, S. P. & Sequeda, E. L. (2016). Eficacia de intervenciones educativas en la adherencia terapéutica de pacientes hipertensos. *Revista Colombiana de Enfermería*, 12, 41-48.
- Méndez, M. J. M. & Muñoz, C. P. (2011). Apoyo funcional vs. disfuncional en una muestra de pacientes crónicos. Su incidencia sobre la salud y el cumplimiento terapéutico. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 27(1), 47-57.
- Ministerio de Salud de la República de Colombia. (1993). Resolución 8430 del 4 de octubre. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. <https://shortest.link/9IBT>
- Mookadam, F. & Arthur, H. M. (2004). Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction: systematic overview. *Archives of Internal Medicine*, 164(14), 1514-1518.
- Murthy, V. S. & Shukla, V. S. (2020). A study of executive function in patients with chronic kidney disease before and after a single session of hemodialysis. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 11(02), 250-255.
- Myers, J. K., Lindenthal, J. J. & Pepper, M. P. (1975). Life events, social integration and psychiatric symptomatology. *Journal of Health and Social Behavior*, 16(4), 421-427.

- Neuling, S. J. & Winefield, H. R. (1988). Social support and recovery after surgery for breast cancer: frequency and correlates of supportive behaviors by family, friends and surgeon. *Social Science & Medicine*, 27(4), 385-392.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Organización Panamericana de la Salud.
- Ortega Suárez, F. J., Sánchez Plumed, J., Valentín, P., Pereira Palomo, P., Cepeda, M. y Lorenzo Aguiar, D. (2011). Validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) en pacientes con trasplante renal en terapia con tacrolimus. *Nefrología*, 31(6), 690-696.
- Pérez-García, R., Rodríguez-Benítez, M. P., Arenas, D., & González-Parra, E. (2013). Adherencia al tratamiento con carbonato de lantano. *Nefrología*, 4(2), 35-43.
- Rand, C. S. (1993). Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *The American Journal of Cardiology*, 72(10), D68-D74.
- Rodrigo, M. J. y Byrne, S. (2011). Apoyo social y agencia personal en madres en riesgo. *Intervención Psicosocial*, 20(1), 13-24.
- Rolland, J. S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad: una propuesta desde la terapia sistémica*. Editorial Gedisa.
- Ruiz García, E., Latorre López, L. I., Delgado Ramírez, A., Crespo Montero, R. & Sánchez Laguna, J. L. (2016). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 19(3), 232-241.
- Sánchez-Román, S., Ostrosky-Solís, F., Morales-Buenrostro, L. E., Alberú-Gómez, J., Nicolini-Sánchez, J. H. & García-Ramos, G. (2008). Insuficiencia renal crónica y sus efectos en el funcionamiento cognoscitivo. *Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(2), 97-113.
- Schmid, H., Hartmann, B. & Schiffel, H. (2009). Adherence to prescribed oral medication in adult patients undergoing chronic hemodialysis: a critical review of the literature. *European Journal of Medical Research*, 14(5), 185-190.
- Sherbourne, C. D. & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714.
- Silva, G. E., Galeano, E. & Correa, J. O. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4), 268-273.

- Taylor, C. B., Miller, N. H. & Smith, P. M. (1996). Prevention of depression and anxiety in patients with cardiovascular disease. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 13(1-2), 53-69.
- Tian, X., Guo, X., Xia, X., Yu, H., Li, X. & Jiang, A. (2019). The comparison of cognitive function and risk of dementia in CKD patients under peritoneal dialysis and hemodialysis: A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 98(6).
- Vila, J., Gómez Bobassi, L. & Pérez, M. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: una revisión. *Psicología Conductual*, 9(1), 5-38.
- Wang, S., Alfieri, T., Ramakrishnan, K., Braunhofer, P. & Newsome, B. A. (2014). Serum phosphorus levels and pill burden are inversely associated with adherence in patients on hemodialysis. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 29(11), 2092-2099.
- White, Y. & Grenyer, B. F. (1999). The biopsychosocial impact of end-stage renal disease: the experience of dialysis patients and their partners. *Journal of Advanced Nursing*, 30(6), 1312-1320.