

margen N° 84 - marzo 2017

Adhesión al tratamiento de insuficiencia renal crónica en una comunidad del Estado de México

Por Oscar Valdés Ambrosio, Felipe de Jesús Vilchis Mora, Miguel Bautista Miranda, Cruz García Lirios, Alfredo Castro Felipe

Universidad Autónoma del Estado de México

1. Introducción

El objetivo del presente capítulo es mostrar el poder predictivo de un modelo psicosocial integral en el que se incluyen variables normativas, perceptuales, decisionales y comportamentales para el estudio de la adherencia al tratamiento y su relación con las actitudes de profesionales de la Salud Pública.

El informe que presenta el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), correspondiente al año 2010, ubica a las enfermedades relacionadas con el funcionamiento del corazón como las principales causas de muerte en México. Esto significa que aproximadamente el 23 por ciento de todos los fallecimientos tienen su origen en este tipo de enfermedades. En contraste, los accidentes de trabajo -tales como las caídas- representan un porcentaje inferior al uno por ciento. En el caso de la Insuficiencia Renal, se ubica cerca del 3 por ciento.

Asimismo, de conformidad con los datos de INEGI, la insuficiencia renal afecta en menor medida la calidad de vida de los enfermos. No obstante, el bienestar subjetivo y la salud mental parecen indicar que esa calidad de vida es suficiente para explicar las consecuencias de la insuficiencia renal en las actitudes de quienes participan en la atención médica, familiar, sociodemográfica, socioeconómica y psicológica del enfermo.

En esa virtud, Otero y Valdés (1990: 105) definen a la insuficiencia renal como *la incapacidad de los riñones para filtrar sustancias tóxicas de la sangre, regular el exceso de líquidos y otras funciones adicionales e inherentes*. Una vez comprobada la insuficiencia renal crónica, la diálisis peritoneal debe ser continua intermitente o continua ambulatoria, resultando fundamental para la subsistencia del paciente. Debido a que la insuficiencia renal es progresiva, los procesos psicológicos son fundamentales para entender el estado cognitivo y afectivo del paciente en relación con la enfermedad, los profesionistas que lo atienden y la estructura familiar a la que pertenece. En este sentido, Rondón y López (1999: 32) advierten que la insuficiencia renal tiene un proceso evolutivo en el que el costo del tratamiento se incrementa conforme la insuficiencia progresa hasta convertirse en crónica debido a la falta de inversión en infraestructura hospitalaria, actualización de las tecnologías de tratamiento y la prevención en pacientes y familias. En una revisión de casos, los autores concluyen una progresión de la insuficiencia a partir de un síndrome urinario obstructivo, hipertensión arterial, reflujo vésicoureteral o infarto renal en un riñón hasta desarrollar una glomerosclerosis.

Los estudios médicos en torno a la insuficiencia renal muestran un enfoque particular en sus consecuencias motoras del cuerpo humano. Estudios recientes muestran que la insuficiencia renal

tiene tanto un efecto negativo sobre la nutrición, el metabolismo y el crecimiento en niños comparados con niñas (Pasqualini y Ferrari, 2003: 732). Otra consecuencia de la insuficiencia renal es la osteodistrofia, la cual consiste en *el conjunto de lesiones óseas a causa de la insuficiencia renal*.

En tanto, Canata, Gómez, Grosso y Díaz (1995: 21) plantean, desde una perspectiva histórica, tres etapas de evolución de la osteodistrofia. En la primera etapa de 1990 al año 2000, los estudios se enfocan en la disminución de hiperfosforemia la cual era considerada la causa principal de la enfermedad. En la segunda etapa que va del año 2000 al 2010, la exposición al aluminio fue considerada la causa de la osteodistrofia y se organizaron campañas de prevención para evitar la exposición y disminuir la prevalencia y los riesgos asociados. Finalmente, en la tercera etapa que va del año 2010 a la actualidad, los esfuerzos se concentran en evitar la supresión de la glándula paratiroidea considerada una consecuencia de la osteodistrofia.

En síntesis, las consecuencias de la insuficiencia renal parecen enfocarse en las funciones motoras del cuerpo humano. La imposibilidad de movimiento a causa de la insuficiencia renal y sus consecuencias asociadas interactúan con las características sociodemográficas de los pacientes, así como de los profesionistas de la salud en la formación de actitudes hacia la insuficiencia renal.

En este sentido, los estudios psicológicos de la insuficiencia renal han establecido una relación directa entre la insuficiencia renal y las creencias en torno al control de la enfermedad. Cepeda, Wanner, Barrales y Núñez (2007: 3) demostraron la incidencia de la insuficiencia renal en el 60 por ciento de pacientes con creencias externas del control de la enfermedad y el 40 por ciento de pacientes que creen en un control interno de la enfermedad. Este hallazgo es fundamental a la luz del Principio de Proporcionalidad Terapéutica (PPT) que consiste en *una obligación moral de implementar todas aquellas medidas terapéuticas que guarden relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible* (Lorenz, Bardón y Vila, 2008: 121). Es decir, si el paciente cree que el control de la insuficiencia renal está en manos externas a su voluntad depositará sus expectativas a la experiencia y conocimiento del profesional de la salud. En cambio, si el paciente cree en un control interno de la situación contravendrá el PPT. En este sentido, Ortega y Martínez (2002:19) consideran que un locus de control externo está asociado con la dependencia al tratamiento de la insuficiencia renal. En una muestra de 35 pacientes se encontraron que un 69 por ciento perciben a la hemodiálisis como un tratamiento que limpiará su cuerpo y mejorará su bienestar. Es por esta razón que al plantearles un tratamiento diferente, 97 por ciento de los pacientes se niegan a dejar la hemodiálisis.

En síntesis, la insuficiencia renal crónica y su tratamiento de hemodiálisis están implicados con variables personales, sociodemográficas y familiares. En el caso de la familia, tanto su estructura como funcionamiento tienen una asociación con el tipo de tratamiento. Azcarrate, Barrio y Quiróz(2006: 100) dividieron el tratamiento de diálisis peritoneal en continua intermitente y continua ambulatoria para demostrar sus efectos en la estructura y funcionamiento familiar. Encontraron que el tratamiento de diálisis peritoneal continua intermitente está asociada a un funcionamiento familiar medio alto. En contraste, el tratamiento de diálisis peritoneal continuo ambulatorio está asociado a un funcionamiento familiar medio bajo.

Alarcón (2007) propone que el tratamiento de la insuficiencia renal a través de la diálisis peritoneal continua ambulatoria sea complementado con un modelo de atención que facilite la adaptación del paciente al tratamiento y demás alternativas. La adaptación es definida como *el proceso y el resultado por el que las personas piensan y sienten, como grupos o individuos usando conscientemente el conocimiento selecto para crear la integración humana y ambiental* (p. 156). Es decir, tanto la estructura y funcionamiento familiar como el proceso de adaptación del paciente

al tratamiento y la insuficiencia renal.

La insuficiencia renal y sus tratamientos correspondientes al incidir en la estructura y funcionamiento familiar, la calidad de vida y bienestar subjetivo, determinan los procesos psicológicos básicos de los pacientes, los profesionistas que los atienden y las familias a las que pertenecen. En este sentido la formación de grupos de apoyo y autoayuda es fundamental en el tratamiento integral de la insuficiencia renal.

Guerra, Díaz y Vidal (2010) plantean que en la relación de la insuficiencia renal y paciente se encuentra el factor de adherencia al tratamiento de hemodiálisis. Definen a la adherencia como *el grado en el que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria implicando un compromiso de colaboración activa e intencionada por parte del paciente, con el fin de producir el resultado preventivo o terapéutico deseado* (p. 129). Es decir, ante el cambio de vida por el diagnóstico de IRC y consiguiente tratamiento de hemodiálisis, los pacientes se forman actitudes de resistencia en el que las creencias son determinantes de la aceptación o rechazo del tratamiento y los profesionistas de la salud que lo llevarán a cabo.

La insuficiencia renal, el tratamiento de hemodiálisis y la calidad de vida están relacionados. Díaz, Ferrer y Ferrer (2006: 456) demostraron que la insuficiencia renal y la calidad de vida relacionada con la salud están vinculadas por la disfunción sexual. Llevaron a cabo un estudio con 103 pacientes de hemodiálisis. Encontraron que el 47 por ciento de la muestra no mantenía relaciones sexuales durante el tratamiento de hemodiálisis y además tenían un índice de comorbilidad muy alto. Estos hallazgos son relevantes en la explicación de la adaptación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento. Debido a que el desempeño sexual se inhibe con la hemodiálisis es de esperar que el paciente joven se resista al tratamiento a pesar de que es su última oportunidad para recuperar su salud. En este sentido,

Cantú, Uribe y Cirlos (2011: 95) detectaron que la insuficiencia renal significa una culpa con la que deben cargar al ser genéticamente heredable o por su estilo de vida. Las creencias en torno a la enfermedad parecen indicar que los pacientes con IRC y hemodiálisis correspondiente se culpabilizan de su situación, pero al mismo tiempo rechazan el tratamiento por la percepción negativa de verse a sí mismos como pacientes dependientes del tratamiento, profesionistas de la salud y familiares. Es decir, al verse como pacientes vislumbran un futuro en el cual no podrán alcanzar sus expectativas y objetivos de vida personal, conyugal o familiar.

Desde su parcela, Rivera, Montero y Sandoval (2011: 179) establecieron diferencias significativas entre los niveles de soporte social de la salud en relación a percepciones de esperanza, enfermedad, vitalidad y afrontamiento. Estos resultados son relevantes para los propósitos del presente estudio ya que las actitudes hacia insuficiencia renal indican el soporte social de amigos, familiares y profesionistas de la salud en torno a la adaptación y la adhesión al tratamiento de hemodiálisis. Incluso, puede decirse que un soporte social alto tendría un efecto sobre la actitud de los profesionistas de la salud encargados de atender al paciente con insuficiencia renal a través del tratamiento de hemodiálisis.

En efecto, los pacientes tienden a mostrar una adaptación actitudinal compensatoria en la diálisis peritoneal continuo ambulatorio (Ramírez, García y Alarcón, 2008: 151). La insuficiencia renal parece incidir en la adaptación y adherencia al tratamiento de hemodiálisis. No obstante, las variables sociodemográficas parecen no tener un efecto sobre el incremento en los niveles del tratamiento (Ruíz, Muñoz, García, Manan, García y Bagdad, 2011). Finalmente, una solución alterna a la hemodiálisis es el trasplante renal. Sin embargo, la cultura de la donación de órganos es

limitada (Alarcon y Millan, 2009: 654).

A partir de los estudios esgrimidos resulta pertinente considerar el efecto de las variables sociodemográficas sobre las actitudes de los profesionistas de la salud en torno al tratamiento de la insuficiencia renal. La abundancia de estudios en pacientes con insuficiencia renal y la escasez de investigaciones en torno a los procesos psicológicos que viven, de manera cotidiana, los profesionistas de salud son evidencia de la relevancia del estudio de actitudes hacia los pacientes con insuficiencia renal.

Los estudios en torno a las actitudes hacia las enfermedades y los padecimientos se han desarrollado a partir de tres teorías. La Teoría del Procesamiento Espontáneo (TPE), plantea que las actitudes son asociaciones entre las evaluaciones del estado de salud personal o familiar. En este sentido, se trata de una concepción unidimensional en la que las actitudes son sólo razonamientos en torno a la salud. La Teoría de la Acción Razonada (TAR) y la Teoría del Comportamiento Planificado (TCP), plantean a las actitudes como efectos de las creencias y como causas de las intenciones (Ajzen y Fishbein, 1974; Ajzen, 1991). Las actitudes son sólo valoraciones positivas o negativas en torno a un objeto. Esta concepción unidimensional de las actitudes es el fundamento esencial de ambas teorías porque entre más deliberada y planificada la actitud será más sistemática y afectará al comportamiento delimitado. En las tres teorías, el poder predictivo de la actitud depende de su función transmisora, la actitud es una variable que transfiere de los efectos de las creencias sobre el comportamiento (Ajzen, 2001; 2002). En el caso de la insuficiencia renal las tres teorías plantean que las intenciones y los comportamientos derivados de la enfermedad aumentan o disminuyen a través de las actitudes que las personas se forman de la insuficiencia renal.

2. Método

Planteamiento

La pregunta que guía la presente investigación es: ¿Las trayectorias de relaciones teóricas entre los factores determinantes de la adhesión al tratamiento revisados en la literatura se ajustarán a las observaciones realizadas en una localidad del Estado de México?

Hipótesis

La hipótesis nula que responde a la pregunta es: En virtud de que la localidad de estudio es multicultural e intercultural, las normas determinarán directa e indirectamente a la adhesión al tratamiento. En el primer caso, se trata de un clima de patrones convencionales establecidos entre los oriundos y los migrantes, pero en el segundo caso más bien acudimos a un escenario intercultural en el que las normas se interrelacionan con otros factores psicológicos y determinan la adhesión al tratamiento de una enfermedad crónico degenerativa. En consecuencia, las relaciones entre los factores revisados en la literatura se ajustarán a las observaciones de las trayectorias de relaciones de dependencia entre los mismos factores en la localidad.

La hipótesis alterna es: No obstante que, el escenario de investigación es multicultural e intercultural, prevalecen normas de exclusión que inhiben la adhesión al tratamiento de grupos migrantes, repercutiendo en su adhesión al tratamiento de una enfermedad crónico degenerativa. Por lo tanto, las trayectorias de relaciones, teóricas, conceptuales y empíricas revisadas en la literatura serán diferentes a las trayectorias de relaciones observadas.

Escenario

La localidad de estudio se caracteriza por recibir a una gran cantidad de migrantes provenientes de América central en su trayectoria hacia los Estados Unidos de América. Debido a que el nivel de desarrollo es bajo, la localidad de estudio no es propicia para ofertar actividades remuneradas ni retener a migrantes que decidan echar raíces, pero en cambio, es una localidad solidaria con los migrantes ya que, se organizan caravanas de colecta a favor de las familias vulneradas, madres e hijos que han decidido buscar al jefe de familia en Estados Unidos, pero su situación económica los hace vulnerables a la trata de personas o en el mejor de los casos a la extorsión de la policía local.

La localidad de Huehuetoca pertenece al estado de México y colinda con las comunidades de Santa Teresa cubierta en su totalidad por unidades habitacionales y la comunidad de Teoloyucan donde prevalece la actividad terciaria, pero en el escenario de estudio más bien la principal actividad son los servicios de alimentación y comercio artesanal.

En el caso de la universidad pública, ésta se edificó recientemente y sólo imparte cuatro licenciaturas identificadas como de alta demanda por parte de las autoridades locales. Se trata de la licenciatura en Comunicación, la licenciatura en Actuarial, la licenciatura en Lenguas y la licenciatura en Trabajo Social, ésta última con una mayor injerencia en la comunidad dada su estructura curricular y el número de estudiantes que es de 258 los cuales provienen de los municipios conurbanos.

Diseño

Se llevó a cabo un estudio transversal de corte cuantitativo.

Muestra

Se realizó una selección no probabilística de 258 estudiantes de una universidad pública. El criterio de selección fue pertenecer al sistema de prácticas y servicio social en organizaciones e instituciones con y sin fines de lucro del municipio de Chimalhuacán, Estado de México.

Instrumento

Se utilizó la Escala de Adherencia al Tratamiento de Enfermedades Crónico Degenerativas de Carreón (2016) la cual incluye 72 aseveraciones en torno a normas (alfa = 0,724), valores (alfa = 0,789), creencias (alfa = 0,761), virtudes (alfa = 0,751), espacios (alfa = 0,790), calidad (alfa = 0,841), percepciones (alfa = 0,829), conocimientos (alfa = 0,895), habilidades (alfa = 0,886), actitudes (alfa = 0,856), decisiones (alfa = 0,719), intenciones (alfa 0,725) y comportamientos (alfa 0,826) con cinco opciones de respuesta que van desde “no se parece a mi situación” hasta “se parece mucho a mi situación”.

Procedimiento

Se entrevistaron y encuestaron a los participantes en las instalaciones de la universidad. Se les informó que los resultados de la investigación no afectarían ni positiva ni negativamente su situación escolar. Se les pidió que contestaran honestamente a las preguntas y aseveraciones. Se les invitó a que consultaran los resultados en el informe final del grupo de investigación. Los datos

fueron procesados en el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS por sus siglas en inglés) y el Software de Análisis de Momentos Estructurales (AMOS por sus siglas en inglés) en sus versiones 10 y 6.0

Análisis. Se utilizaron los parámetros de curtosis, alfa de Cronbach, coeficientes KMO, prueba de Bartlett, pesos factoriales, correlaciones de Pearson, covarianzas “phi”, pesos “beta” y “gama”, así como índices de ajuste y residuales a fin de contrastar el modelo de relaciones especificadas con los datos observados.

Normalidad. El valor curtosis cercano a la unidad fue asumido como evidencia de distribución normal de las respuestas de encuestados con respecto a las aseveraciones que miden las variables del estudio en un instrumento con opciones de respuesta y niveles de medición intervalar.

Validez. Los coeficientes KMO superiores a 0,600 y la prueba de Bartlett con niveles de significancia menor a 0,050 fueron asumidas como evidencia de correlaciones producto momento que facilitaron el análisis factorial exploratorio de ejes principales con rotación promax. Posteriormente, los pesos factoriales superiores a 0,300 fueron considerados como evidencias de la maximización de varianza en cuanto a los factores derivados del análisis exploratorio. Los porcentajes de varianza explicada superiores a 0,20 fueron asumidos como evidencia de aceptación de la hipótesis nula.

Confiabilidad. El valor alfa de Cronbach superior a 0,60 fue asumido como suficiente para demostrar la consistencia interna de los indicadores con respecto a la escala general y las subescalas particulares. La correlación producto momento superior a 0,90 fue considerada como una evidencia de colinealidad y multicolinealidad las cuales significan que los ítems son similares en cuanto a sus contenidos.

Correlación. Los valores r de Pearson cercanos a la unidad y al cero fueron descartados de posteriores análisis ya que significan relaciones colineales o espurias. En cambio, aquellos valores superiores a 0,30 e inferiores a 0,90 fueron asumidos como evidencias de relaciones de dependencia.

Covarianza. Los valores “phi” entre 0,30 y 0,90 fueron identificados como evidencias de relaciones de dependencia para el caso de variables categóricas o en combinación con variables continuas.

Estructura. Los valores “beta” entre variables exógenas y endógenas entre 0,30 y 0,90 fueron asumidas como evidencia de relaciones de dependencia. Del mismo modo, los valores “gamma” entre variables endógenas cercanos a cero o a la unidad fueron descartados de posteriores análisis.

Ajuste. El Índice de Bondad de Ajuste (GFI por sus siglas en inglés) cercano a la unidad fue asumido como evidencia de ajuste y aceptación de la hipótesis nula. Por el contrario, los valores inferiores a 0,975 fueron considerados como evidencia de rechazo de la hipótesis nula y aceptación de la hipótesis alterna.

Residual. Los valores cercanos a cero fueron asumidos como evidencia de ajuste entre las relaciones especificadas y los datos obtenidos, por consiguiente, se aceptó la hipótesis nula de ajuste entre ambos modelos. En contraste, los valores superiores a 0,007 fueron considerados como evidencia de rechazo de la hipótesis nula.

3. Resultados

A partir de un modelo estructural [$\chi^2 = 22,75$ (26gl) $p = 0,000$; GFI = 0,950; CFI = 0,925; NFI = 0,970; RMSEA = 0,003; RMR = 0,000; $R^2 = 0,148$], la percepción vinculada con las normas ($\Phi = 0,71$), las creencias ($\Phi = -0,41$), las actitudes ($\Phi = ns$) y las intenciones ($\Phi = ns$), determinaron la adherencia al tratamiento de la Insuficiencia Renal ($\gamma = 0,31$).

Es decir que, un aumento en la percepción de riesgo –“*No quisiera morir sin antes intentar salvarme con la diálisis*”– determina la adhesión al tratamiento al vincularse con las normas –“*Mi familia estará conmigo, aunque me hagan la diálisis*”– y con las creencias –“*La diálisis es la última opción de los enfermos de los riñones*”–.

4. Discusión y conclusión

El presente trabajo ha establecido a las percepciones como determinantes de la adherencia al tratamiento, pero al interrelacionarse con otros predictores de tratamientos en diversas enfermedades, como es el caso de normas y creencias, el aporte del presente estudio consiste en demostrar el poder explicativo de una variable cognitiva sobre un comportamiento derivado de la Insuficiencia Renal.

En alusión al estudio de Carreón (2016) en el que la adopción de la hemodiálisis peritoneal dependía de las normas de grupo y la presión social que se ejerce con un paciente para que utilice los servicios médicos que a una comunidad se le endosan, el presente trabajo considera que las percepciones de riesgo son un determinante directo de las normas, ya que un incremento en las expectativas del presente estaría asociada con los comportamientos de riesgo.

Sin embargo, la propensión al futuro también supone percepciones de riesgo que llevan a los pacientes a anticipar una mejor calidad de vida reduciendo los riesgos de las enfermedades que padecen. En este sentido, se recomienda la inclusión de variables disposicionales que, vinculadas a las variables psicosociales, explicarían con mayor eficacia la adherencia al tratamiento.

Bibliografía

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1974). Factors influencing intentions and the intention behavior relation. *Human Relations*. 27, 1-15

Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 50, 179-211

Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review Psychology*. 52, 27-58.

Ajzen, I. Attitudes. (2002). En R. Fernandez Ballesteros (Ed.), *Encyclopedia of Psychological Assessment*. (pp. 110-115) London: Sage Publications..

Alarcón, A. y Millán, R. (2009). Intervención psiquiátrica previa al trasplante renal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 38, 654-669

Alarcón, M. (2007). Modelo de adaptación: aplicación en pacientes con diálisis peritoneal continúa ambulatoria. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 15, 155-160

Azcarrate, E., Barrio, O. y Quiróz, J. (2006). Funcionamiento familiar en pacientes integrados a

un programa de diálisis peritoneal, intermitente y ambulatorio. *Archivos en Medicina Familiar*. 8, 97-102

Canata, J., Gómez, C., Grosso, S. y Díaz, J. (1995). Osteodistrofia renal: clasificación y concepto actual. *Nefrología*. 15, 20-25

Cantú, R., Uribe, B. y Cirlos, C. (2011). Suceso vital y factores psicosociales asociados: el caso de pacientes con insuficiencia renal. *Psicología y Salud*. 21, 91-102

Carreón, J. (2016). Desarrollo humano: Gobernanza y emprendimiento social. México: UNAM-ENTS

Cepeda, C., Wanner, C., Barrales, C. y Nuñez, N. (2007). Locus de control y adherencia al tratamiento de personas con insuficiencia renal crónica. *Ciencia Psicológica*. 1, 1-7

Díaz, F., Ferrer, A. y Ferrer, R. (2006). Función sexual y calidad de vida en pacientes con hemodiálisis. *Nefrología*. 26, 452-461

Guerra, V., Díaz, A. y Vidal, K. (2010). La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. *Revista Cubana de Enfermería*. 26, 126-136

Lorenz, X., Bardón, E. y Vila, (2008). El paciente en pre-diálisis: toma de decisiones y libre elección terapéutica. *Nefrología*, 3, 119-122

Ortega, N. y Martínez, M. (2002). Bienestar psicológico como factor de dependencia en hemodiálisis. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguridad Social*. 10, 17-20

Otero, H. y Verdes, M. (1990). Atención psicológica a pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Cubana de Psicología*. 2, 105-109

Pasqualini, T. y Ferraris, J. (2003). Insuficiencia renal crónica y envejecimiento. *Medicina*. 63, 731-736

Ramírez, M., García, M. y Alarcón, M. (2008). Nivel de adaptación, rol e interdependencia de pacientes en diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*.(IMSS). 6, 145-153

Rivera, A., Montero, M. y Sandoval, R. (2011). Cualidades psicométricas de la Escala de Soporte Social de Salud en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. *Psicología y Salud*. 21, 173-183

Rondón, M. y López, P. (1999). La progresión de la enfermedad renal. Una revisión. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de los Andes*. 5, 32-40

Ruíz, A., Muñoz, M., García, J. Manan, M., García, J. y Bagdad, A. (2011). Rasgos de personalidad, edad, cultura y restricciones hídricas y dietéticas en pacientes en hemodiálisis. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería y Nefrología*. 14, 91-97