



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.15**

TITULO DE LA TESIS

**ASOCIACION ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL NIVEL DE
RESILIENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA
ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 15.**

**NUMERO DE REGISTRO
R-2022-3701-004**

TESIS PARA OBTENER TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. MARTINEZ ORTEGA MARIA MARIBEL

Residente de especialidad en Medicina Familiar,

ASESORES DE TESIS

**DR. PABLO ROBERTO CASTRO GUADALUPE
ASESOR CLINICO**

**GONZALO IVAN JULIAN BELLO
ASESOR METODOLOGICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR**

Ciudad de México

Enero 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**"ASOCIACIÓN ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL NIVEL DE RESILIENCIA EN PACIENTES
CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO
15"**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARTINEZ ORTEGA MARIA MARIBEL

RESIDENTE DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES:



DRA. LIDYA CRISTINA BARRIOS DOMÍNGUEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 15. IMSS



DRA. NANCY GARCIA CERVANTES
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIA NÚMERO 15. IMSS



DRA. MARIA YOLANDA ROCHA RODRIGUEZ
PROFESOR TITULAR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NÚMERO 15. IMSS



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

Ciudad de México

Enero 2023

**“ASOCIACIÓN ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL NIVEL DE RESILIENCIA EN PACIENTES
CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO
15”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARTINEZ ORTEGA MARIA MARIBEL

RESIDENTE DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS:



DR. PABLO ROBERTO CASTRO GUADALUPE
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR



DR. GONZALO IVAN JULIAN BELLO
MEDICO ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGIA



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

**“ASOCIACIÓN ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL NIVEL DE RESILIENCIA EN PACIENTES
CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO
15”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA MARIBEL MARTINEZ ORTEGA
RESIDENTE DEL CURSO EN MEDICINA FAMILIAR



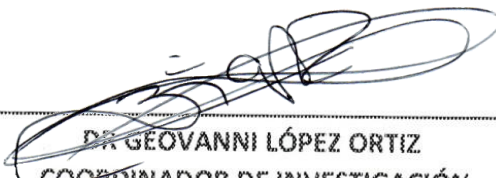
DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



DR. GEOVANNI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 37018.
HIGRAL ZONA NOR 2-A

Registro COFEPRIS 17 CI 08 014 056

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 018 2918100

FECHA: Martes, 01 de febrero de 2022

Dr. Pablo Roberto Castro Guadalupe

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ASOCIACION ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL NIVEL DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 15**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2022-3701-004

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. Eva María Herrera Baltazar
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 37018

IMSS

SERVICIO DE SALUD PARA TODOS



AGRADECIMIENTOS:

Este es el resultado de un trabajo en equipo, basado en el esfuerzo personal y el apoyo constante de muchas personas, que siempre motivaron mi interés por hacer este proyecto.

Estoy agradecida con el personal de la UMF15 IMSS, por brindarme la oportunidad de continuar con mi desarrollo académico, profesional, personal; gracias por hacer grata mi formación durante mi estancia. Dedico estas líneas para agradecer la motivación y apoyo constante para realizar mi tesis, particularmente al Dr. Julián y Dr. Pablo, ambos por brindarme los conocimientos necesarios para estructurar mi investigación; Agradezco a los profesores por la dedicación con la que enriquecen el conocimiento y experiencia por mencionar algunos; García, Rocha, Montero, Quintana, Jacinto, Bañuelos, Moctezuma, Téllez, Silva, Vargas, Reyes.

Las siguientes palabras están dedicadas con todo mi corazón a mi esposo y compañero de vida; Eugenio, por apoyarme de manera mutua e invaluable para enfrentar los desafíos diarios, gracias por tu inmenso amor, alegría, protección y por haberme enseñado que los sueños son alcanzados con esfuerzo y persistencia, gracias por tu espera, por acompañarme en este arduo camino y compartir conmigo alegrías y fracasos, agradezco a mis hijos Diego y Kenji por todo su amor, comprensión, apoyo y sin duda son ese motor para seguir adelante.

Agradezco a mis padres Felipe y Celia quienes son los pilares en mi formación académica; agradezco y dedico este trabajo, el cual es un símbolo de su perseverancia y apoyo incondicional durante cada uno de mis pasos, siempre tengan presente que son mi gran ejemplo a seguir, los amo con todo mi ser, a mis hermanas y hermanos gracias por estar siempre a mi lado, y sobre todo por saber escucharme; agradezco a la familia Segura Reyes porque sin duda son una gran red de apoyo en mi persona y con mi familia, les agradezco a todos su cariño y sus grandes ejemplos de vida y superación personal que no conoce fronteras ni límites, solamente me queda mencionar lo mucho que disfruté mi rotación de campo en Ixtepec; Puebla, y agradezco a los grandes amigos que me acompañaron durante mi estancia en especial a Citlalli, Jacqueline, Elsy, Airis, Jazmín, Rafael, Laura y muchas personas lindas que tuve el gusto de conocer.

El camino aún no termina, por el contrario, empieza una etapa de nuevos retos y compromisos con la sociedad.

DATOS DEL ALUMNO	
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE UNIVERSIDAD FACULTAD O ESCUELA CARRERA NÚMERO DE CUENTA	MARTINEZ ORTEGA MARÍA MARIBEL UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO FACULTAD DE MEDICINA MEDICO FAMILIAR 520215599
DATOS DE ASESOR APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE	CASTRO GUADALUPE PABLO ROBERTO JULIAN BELLO GONZALO IVAN
DATOS DE LA TESIS TITULO NUMERO DE PAGINAS AÑO	ASOCIACION ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL NIVEL DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 15 63 2022

INDICE

RESUMEN.....	9
INTRODUCCION.....	4
MARCOTEÓRICO.....	11
ANTECEDENTES.....	23
JUSTIFICACIÓN.....	28
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	29
OBJETIVO GENERAL	30
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
HIPÓTESIS.....	30
METODOLOGÍA	31
DISEÑO DEL ESTUDIO.....	32
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	33
CRITERIOS DE EXCLUSION	33
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	33
VARIABLES.....	34
ANALISIS ESTADÍSTICO.....	42
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION.....	22
ASPECTOS ÉTICOS.....	38
RESULTADOS.....	42
DISCUSIÓN.....	54
CONCLUSIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	60
ANEXOS.....	63

RESUMEN

ASOCIACION ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL NIVEL DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAN 15.

Autores: MARTINEZ ORTEGA MARIA MARIBEL¹, CASTRO GUADALUPE PABLO ROBERTO², JULIAN BELLO GONZALO IVAN³ 1. RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR,2. MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,3. MEDICO EPIDEMIOLOGO.

ANTECEDENTES: La enfermedad renal crónica, es un problema de salud pública a nivel mundial, ante este diagnóstico el paciente tiende a generar estrés por cambios forzados en el estilo de vida y en su entorno familiar, obligándolo, al uso de diversos recursos emocionales, psicológicos y cognitivos, que podrían modificar su adherencia al tratamiento.

OBJETIVO: Evaluar la asociación entre adherencia al tratamiento y el nivel de resiliencia, de pacientes con enfermedad renal crónica, adscritos a la unidad de medicina familiar 15.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio No experimental, transversal y analítico, durante un periodo correspondiente de diciembre 2021 a marzo 2022, el muestreo no probabilístico por conveniencia se llevó a cabo en una población finita, en pacientes derechohabientes del IMSS, Adscritos a UMF No. 15, con edad comprendida de 20 a 59 años y 60 y más, sexo indistinto, con diagnóstico de enfermedad renal crónica, que aceptaron participar en el estudio y se obtuvo con consentimiento informado y firmado. Muestra: 240 pacientes, con un intervalo de confianza de 95%. Variables del estudio: adherencia al tratamiento y nivel de resiliencia. Instrumentos de medición: cuestionario de adherencia terapéutica de Martin-Bayarre – Grau y Escala de Resiliencia de Wagnild y Young.

RESULTADOS:

La muestra final se conformó de 240 pacientes, con nivel de adherencia terapéutica total de 60.4% , parcial y nula de 39.6%, nivel de resiliencia escasa en 41.7%, moderada en 13.3% y alta 45.0%, las variables sociodemográficas no mostraron diferencias significativas entre los pacientes con adherencia nula o parcial y adherencia total, sin embargo, se encontraron algunos hallazgos a considerar como estar desempleado OR 2.5 (IC_{95%} 1.66-3.75), ser analfabeta OR 2.25 (IC_{95%} 0.47-10.5)), tener primaria OR 2.00 (IC_{95%} 0.52-7.69), ya que podrían incrementar el riesgo de tener nula o parcial adherencia. En cuanto al tratamiento, la terapia de reemplazo renal, si se observaron diferencias estadísticamente significativas, para diálisis peritoneal OR 3.02 (IC_{95%} 1.26-7.23), p = 0.01 y para hemodiálisis OR 3.95 (IC_{95%} 1.41-11.02), p = 0.011, comparado con manejo farmacológico, los años de evolución de la enfermedad renal con más de 10 años OR 1.33 (IC_{95%} 0.71-2.50), p = 0.010, estadísticamente significativas comparado con los pacientes con menos de 2 años de enfermedad, en el estadio KDOQI V OR 1.80 (IC_{95%} 0.57-5.65), p=0.0001 estadísticamente significativa ya que podrían incrementar el riesgo de tener nula o parcial adherencia, en cuanto al número de medicamentos no fueron estadísticamente significativas en nuestro estudio pero deberían tomarse en consideración en los pacientes con polifarmacia excesiva (10 o más fármacos) OR 1.27 (IC_{95%} 0.71-2.27) p=0.34. Por último, el nivel de resiliencia está asociado con la adherencia nula o parcial en los pacientes con enfermedad renal crónica, ya que se observaron diferencias estadísticamente significativas; para resiliencia escasa OR 5.09 (IC_{95%} 3.06-8.46) y resiliencia moderada OR 3.61 (IC_{95%} 1.96-6.67), p = 0.0001, que traduce que entre más bajo sea el nivel de resiliencia mayor es el riesgo de adherencia terapéutica parcial o nula en los pacientes.

CONCLUSIONES: la adherencia terapéutica es un problema multifactorial, qué debe ser manejado por un equipo multidisciplinario, haciendo énfasis en la resiliencia ya que el paciente se enfrenta a cambios emocionales, sociales, familiares y físicos. Es por ello, que el equipo de salud debe involucrarse en hacerlos conscientes de sus recursos, para continuar su vida a pesar de la situación crítica por la que atraviesa y reforzar las fortalezas individuales.

Palabras clave: adherencia al tratamiento, resiliencia, nivel de resiliencia.

SUMMARY:

ASSOCIATION BETWEEN ADHERENCE TO TREATMENT AND THE LEVEL OF RESILIENCE IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE ASSIGNED TO THE FAMILY MEDICINE UNIT 15.

Authors: MARTINEZ ORTEGA MARIA MARIBEL¹, CASTRO GUADALUPE PABLO ROBERTO², JULIAN BELLO GONZALO IVAN³

1. RESIDENT OF FAMILY MEDICINE 2. PHYSICIAN SPECIALIST IN FAMILY MEDICINE 3. MEDICAL EPIDEMIOLOGY

BACKGROUND: Chronic kidney disease is a public health problem worldwide. Given this diagnosis, the patient tends to generate stress due to forced changes in lifestyle and in their family environment, forcing them to use various emotional, psychological and cognitive resources, which could modify their adherence to treatment.

OBJECTIVE: To evaluate the association between adherence to treatment and the level of resilience of patients with chronic kidney disease, assigned to the family medicine unit 15.

MATERIALS AND METHODS: Non-experimental, cross-sectional and analytical study, during a corresponding period from December 2021 to March 2022, the non-probabilistic sampling for convenience was carried out in a finite population, in patients entitled to the IMSS, Assigned to UMF No. 15, aged between 20 to 59 years and 60 and over, indistinct sex, with a diagnosis of chronic kidney disease, who agreed to participate in the study and obtained informed and signed consent. Sample: 240 patients, with a confidence interval of 95%. Study variables: adherence to treatment and level of resilience. Measurement instruments: Martin-Bayarre-Grau therapeutic adherence questionnaire and Wagnild and Young Resilience Scale.

RESULTS:

The final sample consisted of 240 patients, with a level of total therapeutic adherence of 60.4%, partial and null of 39.6%, level of low resilience in 41.7%, moderate in 13.3% and high 45.0%, the sociodemographic variables did not show significant differences. Among the patients with null or partial adherence and total adherence, however, some findings were found to consider such as being unemployed OR 2.5 (95%CI 1.66-3.75), being illiterate OR 2.25 (95%CI 0.47-10.5)), having primary OR 2.00 (95% CI 0.52-7.69), since they could increase the risk of having null or partial adherence. Regarding treatment, renal replacement therapy, if statistically significant differences were observed, for peritoneal dialysis OR 3.02 (95%CI 1.26-7.23), $p = 0.01$ and for hemodialysis OR 3.95 (95%CI 1.41-11.02), $p = 0.011$, compared with pharmacological management, the years of evolution of renal disease with more than 10 years OR 1.33 (95% CI 0.71-2.50), $p = 0.010$, statistically significant compared to patients with less than 2 years of disease, in the stage KDOQI V OR 1.80 (95% CI 0.57-5.65), $p=0.0001$ statistically significant since they could increase the risk of having null or partial adherence, in terms of the number of medications they were not statistically significant in our study but should be taken into consideration in the patients with excessive polypharmacy (10 or more drugs) OR 1.27 (95% CI 0.71-2.27) $p=0.34$. Finally, the level of resilience is associated with null or partial adherence in patients with chronic kidney disease, since statistically significant differences were observed; for low resilience OR 5.09 (95%CI 3.06-8.46) and moderate resilience OR 3.61 (95%CI 1.96-6.67), $p = 0.0001$, which means that the lower the level of resilience, the greater the risk of partial or null therapeutic adherence in the patients.

CONCLUSIONS: therapeutic adherence is a multifactorial problem, which must be managed by a multidisciplinary team, emphasizing resilience as the patient faces emotional, social, family and physical changes. That is why the health team must get involved in making them aware of their resources, to continue their lives despite the critical situation they are going through and reinforce individual strengths.

Keywords: adherence to treatment, resilience, level of resilience.

INTRODUCCION

A nivel mundial, la proporción de pacientes con enfermedad renal crónica terminal, continúa incrementando, siendo el resultado de diversas enfermedades crónico-degenerativas, destacando Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial. [1]

En la actualidad, la ERC, es considerada como la sexta causa de muerte de más rápido crecimiento, estimando que 850 millones de personas en el mundo, presentan este padecimiento, con una prevalencia global de 9.1%, provocando al menos 2.4 millones de muertes al año [5], siendo un problema de salud pública a nivel nacional e internacional, el Sistema de Datos Renales de los Estados Unidos ubica al estado de Jalisco en el primer lugar en incidencia y el sexto en prevalencia de enfermedad renal crónica terminal (ERCT) a nivel mundial. [10]

Actualmente, la mayoría de los esfuerzos se destinan al manejo en etapas tardías de la enfermedad, el tratar de abordar la enfermedad, en las etapas extremas es muy costoso para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud en general [11], la enfermedad renal crónica habitualmente va a generar, repercusiones psicosociales que afectan la adherencia al tratamiento, con impacto secundario en la calidad de vida por los cambios que se requieren al modificar un estilo de vida incluidos una serie de factores como el consumo de medicamentos, la presencia de dolor, la limitación funcional, la limitación en la ingesta de líquidos, las restricciones dietéticas, la fatiga, la debilidad, las restricciones para realizar actividades físicas, alteraciones del sueño, y recurrencia en hospitalizaciones, [28] de esta forma es muy importante tratar de buscar recursos que nos apoyen a tener una mejor adherencia a tratamiento con la finalidad de disminuir o retrasar las complicaciones.

Uno de los recursos podría ser la resiliencia, este es un término que inicio en la metalurgia y que actualmente ha sido tratado de manera diferente dependiendo de la escuela de pensamiento: para los franceses, la resiliencia es la capacidad de salir adelante tras una experiencia adversa, aprender de ella y mejorar [34]. En lo referente a las relaciones establecidas entre la resiliencia y el estado de salud, no es especialmente abundante la relación de estudios llevados a cabo [36], así que este estudio trata de sumar y apoyar en investigaciones futuras

Diversos estudios, hacen patente la relación existente entre las conductas inapropiadas y la baja resiliencia, lo que sugiere que la resiliencia tiene impacto en la capacidad del paciente para gestionar el tratamiento y hábitos de vida saludables. [41]

En el caso de los enfermos crónicos terminales, se considera a la resiliencia, como un punto fundamental, ya que el paciente al ser diagnosticado se enfrenta a situaciones desfavorables en las áreas emocional, social, familiar y física. Es por ello, que el equipo de salud debe hacerlos conscientes de sus recursos, aquellos que les permitan sentirse como un ser humano con posibilidades óptimas, para

continuar su vida a pesar de la situación crítica por la que atraviesa y obtener un beneficio del nuevo estilo de vida que va a implementar, la orientación psicológica, debe reforzar las fortalezas de los individuos, para así fomentar la resiliencia como un proceso determinante de la salud integral. En la actualidad, las enfermedades crónicas son consideradas como fuentes generadoras de estrés, que implican un proceso de deterioro continuo y constante que afecta la calidad de vida de las personas, generando nuevas situaciones para afrontar [32], la finalidad de esta investigación fue valorar si existe asociación entre el nivel de adherencia y el nivel de resiliencia y que otros factores podrían estar modificando el apego al tratamiento.

MARCO TEÓRICO

La enfermedad renal crónica (ERC):

Durante las últimas décadas, a nivel mundial, la proporción de pacientes con enfermedad renal crónica terminal, continúan incrementando, siendo el resultado de diversas enfermedades crónico-degenerativas, entre las que destacan Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial, que, han ido en aumento a lo largo de estos últimos años, a consecuencia del desarrollo socioeconómico del país y de los nuevos estilos de vida que la sociedad va adoptando. [1]

Definición:

La insuficiencia renal crónica (IRC), se define, como la presencia en la disminución de la función renal, cuantificada por una tasa de filtración glomerular (TFG) < 60 ml/min/1.73m², de forma persistente con una duración igual o mayor a 3 meses [2] En el año 2002 se presentó la publicación de las guías K/DOQUI (Kidney Disease Outcome Qualite Intiative), por parte de la National Kidney Foundatión, promoviendo la clasificación en cinco estadios de severidad definidos por el nivel de filtrado glomerular.

Estadio I: función renal normal: igual o mayor a 90 ml/min.

Estadio II: Leve disminución del FG: 60-89 ml/min.

Estadio III: Moderada disminución del FG: 30-59 ml/min

Estadio IV: Grave disminución de la función renal: FG 15-29 ml/min

Estadio V: Falla renal: FG menor de 15 ml/min/1,73m². [3]

Con opciones de tratamiento para los pacientes en los últimos estadios con terapia de sustitución renal como diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal.

EPIDEMIOLOGÍA

De acuerdo con el Reporte de Salud Mundial de la OMS y el Proyecto de Carga Global de la Enfermedad, la diabetes, la hipertensión arterial sistémica (HAS) y la ERC contribuyen con el 60% de la mortalidad y, con el 47% de los gastos en salud a nivel global [4]

En la actualidad, la ERC, es considerada como la sexta causa de muerte de más rápido crecimiento, estimando que 850 millones de personas en el mundo,

presentan este padecimiento en todas las etapas por diversas causas, con una prevalencia global de 9.1%, provocando al menos 2.4 millones de muertes al año. Es importante considerar, que aunado a las enfermedades crónico-degenerativas también la lesión renal aguda, es uno de los importantes impulsores de la enfermedad renal crónica. Se han encontrado datos que refieren, que solo en el año 2017, a nivel mundial 1.2 millones de personas murieron por complicaciones derivadas de la ERC, con un aumento en la tasa global de mortalidad en todas las edades, de un 41.5% entre los años 1990 y 2017, aunque, no hubo, cambios significativos en la tasa de mortalidad estandarizada por edad. [5]

En América Latina, Central y Andinas, es considerado a este padecimiento, entre la segunda y quinta causa de mortalidad, información obtenida en el año 2017, esto es una clara confirmación, de que la carga mundial de daño renal crónico impacta cada vez más en países de nivel socio demográfico bajo y medio. [6]

En nuestro país, en el mismo año, se reportó una prevalencia de ERC del 12.2% y 51.4 muertes por cada 100 mil habitantes. [7] Ocasionando un gran impacto en las finanzas de las instituciones y en la economía de las familias, para el Instituto Mexicano del Seguro Social el 15% del gasto total anual, 13 250 millones de pesos, se invierte en tal solo el 0.8% de la población de los derechohabientes [8].

En los últimos 10 años, la utilización de terapias dialíticas para el manejo de ERC se ha incrementado a expensas de la hemodiálisis, de manera contraria a lo referenciado en la evidencia vigente con otros países. En el IMSS, en este momento hay en promedio 71 mil pacientes con ERC, que requieren de terapia sustitutiva como diálisis y hemodiálisis, con una distribución del 56% en tratamiento con diálisis peritoneal y 44% con hemodiálisis [5][9]

Hoy en día, en nuestro país, no existe un registro nacional centralizado de casos de padecimientos renales, incidencias, prevalencias, costos, planeación de acciones y recursos, ya que muchas de las verdaderas causas de muerte, son atribuibles a la enfermedad en su progresión desde etapas tempranas, quedando ocultas dentro de un genérico que casi siempre se reporta como muertes por enfermedades cardiovasculares. A pesar de subregistro fuentes oficiales citan la ERC dentro de las primeras diez causas de la mortalidad general en el último decenio. [1]

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2012), la diabetes mellitus estaba presente en el 9.17% (6.3 millones) de la población total del país de 20 y más años (68.8 millones). Para finales de 2018, de acuerdo con la estimación de población del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y Ensanut (2018), deducen que a nivel nacional debemos de tener en la actualidad alrededor de 6.2 millones de personas diabéticas con ERC en sus distintas etapas, sin que necesariamente todos ellos sepan que presentan la enfermedad, hasta un 98% de las personas, se encuentra en las primeras tres etapas de afección renal, cuando por fortuna este daño es todavía controlable y reversible, mientras que el 2%

requerirá de costosos tratamientos como la diálisis peritoneal, la hemodiálisis y/o el trasplante, como terapias sustitutivas para sobrevivir.[1]

La enfermedad renal crónica, es un problema de salud pública a nivel nacional e internacional, el Sistema de Datos Renales de los Estados Unidos ubica al estado de Jalisco (no hay registros nacionales en México), en el primer lugar en incidencia y el sexto en prevalencia de enfermedad renal crónica terminal (ERCT) a nivel mundial. [10]

Se estimó, que, en el 2020, la ERC sería la tercera causa de muerte en países en desarrollo (como México) solo después de la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial sistémica. Actualmente, la mayoría de los esfuerzos se destinan al manejo en las etapas tardías de la enfermedad, con el fin de preparar al paciente a iniciar terapia sustitutiva renal en las mejores condiciones, así como, para evitar y manejar sus complicaciones (eventos cardiovasculares, hipertensión, anemia, alteraciones del metabolismo mineral y óseo y desgaste proteico energético). Tratar de abordar la enfermedad, en las etapas extremas es muy costoso para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud en general, pues la terapia de sustitución renal, en cualquiera de sus modalidades, ya sea diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante son de los tratamientos médicos más costosos. [11]

En épocas más recientes, la atención de la comunidad nefrológica se ha centrado en el manejo en etapas tempranas del daño renal, incluso en la prevención, pues se reconoce, como la mejor estrategia para preservar la función renal y combatir de forma real, la llamada “epidemia” de la enfermedad renal crónica terminal. [11]

FACTORES DE RIESGO

El 90% de las personas con enfermedad renal, no saben que la tienen, 1 de cada 3 adultos en los EE. UU. (Aproximadamente 80 millones) están en riesgo, se ha encontrado más prevalencia en mujeres (14%), que en hombres (12%) y 1 de cada 3 adultos con diabetes e hipertensión, pueden presentar algún grado de enfermedad renal. [12]

Las alteraciones cardiovasculares, son consideradas como la principal causa de morbilidad y mortalidad precoz, que sufren estos pacientes, aunque también, existen otros factores asociados de los más frecuentes: edad mayor a 60 años, historia familiar de enfermedad renal, grupo étnico, género masculino, síndrome metabólico, reducción de la masa renal, bajo nivel socioeconómico, estadios de hiperfiltración, aumento de la excreción urinaria de proteínas, dislipidemia, nefro toxinas (AINES, aminoglucósidos, medio de contraste intravenoso), patología urológica (obstrucción e infecciones urinarias recurrente). [13]

TRATAMIENTO:

Una vez, ya establecido el diagnóstico, e identificados los factores de riesgo cardiovascular y de progresión del daño renal, se realizará la clasificación de la ERC, para establecer un plan de manejo de acuerdo con el estadio de la enfermedad y las necesidades de cada paciente. Las acciones, a implementar, en cada caso incluyen medidas no farmacológicas (medidas de autocuidado y modificación de conductas de riesgo), medidas farmacológicas (medicamentos nefro protectores y cardioprotectores) y terapia de sustitución renal. [11]

La esencia de la intervención multidisciplinaria, en las enfermedades crónicas, se basa en la identificación temprana de los pacientes, en la disponibilidad de un sistema de apoyo para el seguimiento, en la implementación de intervenciones para retrasar el daño de la enfermedad, así como también, ayudar con una adecuada preparación, para el inicio de la terapia de sustitución renal de forma oportuna (diálisis o trasplante). [14]

Generalmente, durante las primeras cuatro etapas del daño renal, el tratamiento es conservador (fármacos, dietas y medidas generales), mientras que en la etapa más avanzada a partir de la etapa 5, el tratamiento consiste en la terapia de reemplazo renal (diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal) [15]

El manejo no farmacológico, se basa en modificar el estilo de vida, cambios en la alimentación, ejercicio físico, evitar el consumo alcohol y del tabaco, es importante hacer énfasis que la alimentación es una de las piedras angulares en el tratamiento, donde se recomienda restricción proteica moderada (0,6-0,8 g/kg/día) en el paciente con FG < 30 ml/min. [16].

La actividad física va a depender de las condiciones particulares de cada paciente, el grado de daño renal y el tipo de tratamiento establecido con la finalidad de evitar complicaciones [17], incidir de manera activa para evitar el consumo de tabaco, ya que es considerado, un factor directo de progresión del daño renal, principalmente a nivel vascular [18]

El tratamiento farmacológico

Nos hemos basado como referencia las guías de práctica clínica 2019 donde se hace las siguientes recomendaciones, la utilización de los inhibidores SGLT-2 para reducir la progresión de enfermedad renal en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, contraindicando el uso de sulfonilureas y biguanidas. En pacientes con Diabetes e Hipertensión arterial se recomienda combinar inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, tratando, de mantener cifras de presión diastólica de 80mmHg, se considera, iniciar con estatinas a dosis estándar en pacientes mayores de 50 años o con riesgo cardiovascular [13], restricción de la ingesta de fósforo (lácteos, frutos secos, cereales integrales y bebidas de cola), limitar la ingesta de líquidos, se aconseja evaluar al menos una vez al año, los niveles de

calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, parathormona y vitamina D, en pacientes con FG estimado $< 45 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. [19], corregir la anemia, hiperpotasemia y el prurito.

Terapia de sustitución renal

Van a estar recomendadas en las etapas más avanzadas [5], según la clasificación de KDOQI, el tratamiento consiste en la utilización de terapia de reemplazo renal (diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal), con indicaciones específicas en pacientes con filtrado glomerular entre 5 y 10 ml/min/1.73 m^2 , síndrome urémico, sobrecarga de volumen que no responde al tratamiento con diuréticos, hiperkalemia de difícil control, acidosis metabólica grave, episodio de sangrado masivo y de difícil control relacionado con uremia, pericarditis urémica y taponamiento cardíaco, como ventajas de la diálisis peritoneal, se describen: mayor estabilidad hemodinámica, mejor control de la anemia, preservación de la función renal residual, independencia y movilidad, no se requiere un acceso vascular y no requiere anticoagulación, se utiliza como terapia ante la preservación de la función renal residual en etapa 5, a excepción de un peritoneo inutilizable. [20]

Diálisis peritoneal: depuración a través de la membrana peritoneal natural.

Diálisis peritoneal continua ambulatoria: Técnica manual, que emplea una solución dializante que se infunde en la cavidad peritoneal; transcurridas de seis a ocho horas se drena impregnada de toxinas urémicas.

Diálisis peritoneal automatizada. Se emplea una cicladora con la infusión dializante y después se drena. Se realiza por la noche, entre algunos beneficios se tienen mayor tiempo para el trabajo, la familia y las actividades sociales.

Es importante, informar al paciente, de las posibles complicaciones, que podemos encontrar, como sepsis, peritonitis, diverticulitis, aparición de hernias, fugas de líquido dialítico y lumbalgias, por la postura lordótica adquirida.

Hemodiálisis (HD), su función, es limpiar la sangre, se utiliza una máquina de diálisis y un filtro especial (dializador). La sangre de la persona ingresa a una máquina, desde una fístula, injerto vascular o una línea central temporal, se filtra y luego regresa al paciente. La sangre y los líquidos de diálisis no se mezclan, la sangre fluye a través de una membrana semipermeable que solo permite el paso de algunas moléculas. Este procedimiento tarda entre 3 y 6 horas, por lo general, se efectúa tres veces por semana. A menudo se lleva a cabo en un área de HD, para hospitalizados o ambulatorios, bajo la supervisión de personal capacitado [2].

La hemodiálisis va a favorecer padecimientos especiales como el manejo de la insuficiencia cardíaca congestiva e hipoalbuminemia.

Existen, factores que afectan el momento de inicio de la terapia de sustitución, como: a) educación del paciente; b) evolución y gravedad de síntomas urémicos; c) declinación de la TFG; d) tiempo de espera, para la creación del acceso vascular, para la inserción del catéter; maduración del acceso arteriovenoso; e) Recursos de diagnósticos de gabinete y servicios de radiología; f) disponibilidad de profesionales, espacio físico y equipamiento.

Al optar por esta opción, se tienen que considerar factores que influyen en la toma de decisión, como, la experiencia de otros pacientes, apoyo profesional centrado en el paciente y la familia, otorgar información respecto a las diferentes modalidades y

sus implicaciones en los estilos de vida, estado socioeconómico, educación, estado nutricional, función renal residual y albumina sérica, ya que influyen sobre el desenlace del paciente. [21]

Con respecto al abandono del tratamiento, la toma de decisiones debe ser también individualizada, se establece por los deseos del paciente y consensuada con la valoración del equipo médico. Debe regirse por los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia y autonomía. Las consecuencias de la falta de adherencia terapéutica son un gran número de casos afectados, deterioro de la salud, grado de discapacidad, ingresos hospitalarios frecuentes, mortalidad, aumento de costos médicos, fracaso terapéutico entre otros. [22]

ADHERENCIA TERAPEUTICA

Las enfermedades crónicas, se caracterizan por ser patologías prolongadas, progresivas e incurables, afectando las actividades diarias del paciente, con repercusión en la calidad de vida, generalmente se controlan con intervenciones médicas bajo prescripciones, que permitan el correcto cumplimiento de estas, permitiendo obtener buenos resultados a largo plazo. Es así como la Organización Mundial de la Salud (OMS) define, la adherencia al tratamiento, como: «El grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario. [23]

Haynes y Sackett, definieron este concepto, como la medida que el paciente modifica su conducta, orientándolo hacia la ingesta del medicamento; en donde un tercio de los pacientes toma la medicación como se le ha prescrito, otro tercio lo hace o de forma incorrecta y, por último, otro tercio no lo toma nunca. [22]

Se han encontrado factores que facilitan la adherencia, por ejemplo: contar con un entorno familiar estable, con adecuadas redes de apoyo y con insumos necesarios para cubrir los costos del tratamiento y de los medicamentos. [24]

También existen factores que dificultan la adherencia al tratamiento, siendo algunos de estos, el deterioro sensorial y las alteraciones en el estado de ánimo, en algunas investigaciones se mencionan que los pacientes con depresión tienen 3 veces más posibilidad de ser no adherentes que los pacientes no deprimidos. [25]

La adherencia no es simplemente una cuestión de elección del paciente, sino que es la interacción de múltiples factores clasificados por la OMS en cinco dimensiones, que a continuación mencionamos: factores relacionados con las condiciones del paciente, factores terapéuticos, factores socioeconómicos, factores del equipo de atención médica y factores relacionados con el sistema de salud. Así, cada enfermedad y cada paciente podrá estar influenciado por uno o varios de ellos, en función de sus características particulares. [23].

Hasta el momento los esfuerzos por vencer la falta de adherencia aún no se han alcanzado los resultados esperados, en los países desarrollados, existe hasta un 50% de incumplimiento terapéutico, incrementándose este porcentaje en los países en desarrollo donde no se tienen registros bien establecidos [26]. Los resultados de un tratamiento interrumpido en varias patologías van a plantear un problema de salud pública permitiendo el desarrollo de enfermedades resistentes a los medicamentos, aumentando el descontrol de enfermedades crónicas, incrementando el grado de discapacidad, aumento en los costos médicos, las hospitalizaciones recurrentes y con ello el incremento de la morbilidad y mortalidad de la población. [27]

Retomando nuestra línea de investigación se sabe que la enfermedad renal crónica habitualmente va a generar, repercusiones psicosociales que afectan la adherencia al tratamiento, con impacto secundario en la calidad de vida por los cambios que se requieren al modificar un estilo de vida incluidos una serie de factores agregados como el consumo de medicamentos, la presencia de dolor, la limitación funcional, la limitación en la ingesta de líquidos, las restricciones dietéticas, la fatiga, la debilidad, las restricciones para realizar actividades físicas, alteraciones del sueño, y recurrencia en hospitalizaciones por mencionar algunos. [28]

La baja adherencia al tratamiento en la enfermedad renal crónica va a representar una clara proyección de la estabilidad médica y el estado crítico del paciente, debido a que ingresan frecuentemente en la sala de nefrología por presentar urgencias médicas como edema agudo del pulmón, hiperpotasemia, accidente vascular encefálico, intoxicaciones, sangrado digestivo, y shock séptico, con alto riesgo en la mortalidad, es importante dar a conocer al paciente que las complicaciones de la ERC pueden ser prevenidas o retardadas por detección precoz y un seguimiento adecuado del tratamiento.[29]

Al recabar información se han identificado variables que se relacionan de forma directa con una escasa adherencia: la edad, encontrando que los pacientes más jóvenes son el grupo menos adherente; la complejidad del tratamiento, pues en la medida en que este es más complejo la adherencia disminuye; el tiempo en tratamiento donde se detectó que a mayor tiempo menor adherencia; el costo del tratamiento debido a que los pacientes abandonan el tratamiento cuando no cuentan con un seguro que lo subsidie, ya que los pacientes se ven en la necesidad de dejar de tomar los medicamentos por falta de recursos económicos.[30]

El incumplimiento terapéutico constituye un importante problema asistencial que puede afectar a la salud de los pacientes, tratándose de un fenómeno muy frecuente, sobre todo en procesos crónicos, y de origen complejo. Se han observado que en los estados de las enfermedades crónicas se tiende a empeorar a medida que el paciente lleva más tiempo con la terapia, en ocasiones en un mismo en el mismo paciente puede presentar una adecuada adherencia en un medicamento y inadecuada adherencia en otro. Además, el comportamiento puede variar en el tiempo debido a la percepción del individuo, a la eficacia de la medicación y a los factores económicos. [25]

Se han encontrado pocos estudios que relacionen la adherencia al tratamiento con los problemas emocionales en pacientes en hemodiálisis, pero se ha visto que la ansiedad, el deterioro cognitivo y el apoyo social no se relacionaron con el grado de cumplimiento terapéutico, aunque sí la depresión. Este hallazgo es importante, dado que la depresión es una patología tratable e intervenir sobre ella podría tener un efecto beneficioso sobre el grado de cumplimiento terapéutico. Algunos estudios apuntan a que los pacientes jóvenes presentan una mayor tendencia al incumplimiento terapéutico, pero también se ha visto que en adultos mayores cabría esperar cierto incumplimiento favorecido por el deterioro de la función cognitiva, los olvidos y la elevada proporción de ancianos que viven solos y cuentan con escaso apoyo. [31]

La adherencia dependerá, entre otros factores, de los recursos, los conocimientos, las creencias y las actitudes acerca de la enfermedad y la motivación para recuperar la salud basada en la resiliencia. [25]

RESILIENCIA

Los autores, Kobasa, Maddi y Kahn (1982), mencionaron por primera vez, el concepto, de “personalidad resiliente”, en relación, a la idea de protección frente a factores que provocan estrés, estableciendo que las personas presentan un gran sentido del compromiso, fuerte sensación de control sobre los acontecimientos, son abiertos al cambio, interpretan las experiencias estresantes y adversas como una parte más de la vida. Estos autores, consideraron a este tipo de personalidad, como, un constructo multifactorial, con tres componentes principales basados en, compromiso, control y reto, donde se resaltó que la resiliencia, es una capacidad universal, no es absoluta, ni estable, por lo que una persona puede ser resiliente en un medio y no en otro, algunas personas sucumben ante dichas situaciones, evidenciando desequilibrio y mientras que otras fomentan un proceso de adaptación exitosa y transformación a pesar de la adversidad. [32]

Entre las definiciones más consensuadas encontramos la de Luthar, Cicchetti y Becker, que entienden a la resiliencia como “un proceso dinámico que conlleva hacia la adaptación positiva en contextos de gran adversidad”, basada en 3 elementos: proceso, adversidad y adaptación positiva. [33]

El concepto de la resiliencia ha sido tratado de manera diferente dependiendo de la escuela de pensamiento: para los franceses, la resiliencia es la capacidad de salir adelante tras una experiencia adversa, aprender de ella y mejorar, mientras, que, para los norteamericanos, es el proceso de afrontamiento que ayuda a la persona a mantenerse intacta, sin que necesariamente, esto implique otras ganancias de la situación. Desde esta última mirada, el término resiliencia aplica solo al retorno homeostático del sujeto. [34]

En lo referente a las relaciones establecidas entre la resiliencia y el estado de salud, no es especialmente abundante la relación de estudios llevados a cabo, se encontró que la resiliencia familiar baja es un fenómeno muy frecuente en familias con niños

afectados por alguna enfermedad crónicas y a su vez el perfil de resiliencia se asocia con el ajuste psicológico de los niños, encontrando diferencias significativas entre grupos con respecto a problemas de relación con los compañeros y comportamientos pro sociales, observando que la resiliencia baja va a estar afectada por múltiples factores agregados como tipo de enfermedad crónica, tiempo de diagnóstico, estabilidad económica de los padres y que presenten algún tipo de servicio de salud.[35], también se encontró que la resiliencia podría reducir la extensión de un infarto de miocardio, al afectar la respuesta inflamatoria, mostrando un efecto protector, aunque esto aún sigue en investigación.[36]

En estudios de pacientes con enfermedad coronaria con alta resiliencia se ha observado que logran niveles de colesterol más bajos y un mejor rendimiento físico, secundario a que se apegan mejor al manejo médico. [37]

Las personas con lesión medular, con alta resiliencia presentan una menor sintomatología depresiva y una mayor aceptación de la discapacidad. [38]

Respecto a los niveles de hemoglobina glucosilada (HbA1c) y las puntuaciones de resiliencia, presentan una correlación negativa significativa, individuos que presentan alto nivel en resiliencia presentan una reducción de los niveles de HbA1c, lo que sugiere que la resiliencia también puede influir en el control glucémico. [39]

En una publicación más reciente, se encontró, que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), a menudo experimentan glucemia no regulada debido a un bajo nivel de resiliencia, los beneficios de resiliencia percibidos por los pacientes facilitan adaptarse, para poder tomar decisiones, determinar la mejor ruta para la resolución de problemas relacionados con problemas de salud, permitiéndoles, ser ágiles en cuanto a volver a estar sano. Se encontró, que, al fortalecer las intervenciones, la educación para la salud, brindar apoyo, aumentar su capacidad de autocuidado y desarrollar una comunicación integral puede ser una base para aumentar la resiliencia de los pacientes con DM2, una inadecuada resiliencia se podría asociar con un menor número de conductas de autocuidado. [40]

Diversos estudios, hacen patente la relación existente entre las conductas inapropiadas y la baja resiliencia, lo que sugiere que la resiliencia tiene impacto en la capacidad del paciente para gestionar el tratamiento y hábitos de vida saludables (incremento en consumo de frutas y verduras, y actividad física. [41]

En el caso de los enfermos crónicos terminales, se considera a la resiliencia, como un punto fundamental, ya que el paciente al ser diagnosticado se enfrenta a situaciones desfavorables en las áreas emocional, social, familiar y física. Es por ello, que el equipo de salud debe hacerlos conscientes de sus recursos, aquellos que les permitan sentirse como un ser humano con posibilidades óptimas, para continuar su vida a pesar de la situación crítica por la que atraviesa y obtener un beneficio del nuevo estilo de vida que va a implementar, la orientación psicológica, debe reforzar las fortalezas de los individuos, para así fomentar la resiliencia como un proceso determinante de la salud integral. En la actualidad, las enfermedades

crónicas son consideradas como fuentes generadoras de estrés, que implican un proceso de deterioro continuo y constante que afecta la calidad de vida de las personas, generando nuevas situaciones para afrontar. [32]

Según Wagnild y Young, determinó que la resiliencia presenta tres niveles:

Resiliencia alta: Estas personas tienen características que emplean buenas estrategias de convivencia, son asertivos, y controlan sus impulsos, habitualmente son sociables, flexibles, evidencian un fuerte control interno frente a los problemas, son autónomos y visualizan positivamente el futuro. De la misma manera, poseen la capacidad de auto motivarse, manteniendo la confianza en sí mismos.

Resiliencia moderada: Habitualmente en estas personas también influyen los factores ambientales para mejorar su capacidad resiliente, donde el entorno formula expectativas positivas y mantiene firme las decisiones de la persona en situaciones difíciles.

Resiliencia baja: Este tipo de personas No aceptan la realidad como es, habitualmente tienen sentimientos de inferioridad y una perjudicial visión del futuro, carece de optimismo, se muestra vulnerable y se niega la posibilidad de afrontar la situación por la que experimenta. Las modificaciones en el estilo de vida, el carácter invasivo de los tratamientos y las condiciones físicas hacen de la ERC una carga para el paciente que impacta de manera negativa en dimensiones socioafectivas y en la calidad de vida de los sujetos, el surgimiento de variables salutogénicas, como resiliencia, busca trascender la centralización en aspectos patológicos de la conducta humana hacia ejes del desarrollo positivo del individuo, se tiene un escaso conocimiento de la relación entre resiliencia y ERC debido al insuficiente número de investigaciones que abordan las dos variables.

Por tanto, las investigaciones giran en torno a exponer aspectos patogénicos, pero no la presencia de capacidades positivas. El vacío teórico y empírico de investigaciones que relacionen la resiliencia con la ERC conlleva a la escasa implementación de programas psicológicos lo que impacta directamente en el individuo e indirectamente en factores que atañen a las instituciones como el incremento de costos por falta de apego a los tratamientos farmacológicos. [42]

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION

Cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica

El cuestionario MBG ofrece una valoración de la adherencia en todos los ámbitos, aunque esta validado para la hipertensión arterial se puede adaptar a otras patologías, o a la pluripatología. Esta validado en español.

Este cuestionario se divide en 12 ítems con respuesta tipo Likert de 5 opciones. Aporta información sobre el cumplimiento de la pauta, de la dosis, conocimiento de la medicación y sobre el grado de implicación del paciente en su enfermedad. Por ello, presenta las condiciones adecuadas y criterios válidos para su uso y aplicación en investigación y en la práctica médica diaria. Presenta un valor de alfa de Cronbach de 0,889.

Se le da al paciente la opción de respuesta en una escala Likert compuesta por cinco posibilidades que van desde Siempre hasta Nunca, marcando con una X la periodicidad que considera ejecuta lo planteado. Para calcular la puntuación obtenida por cada paciente se asignó el valor 0 a la columna Nunca, 1 a Casi nunca, 2 para A Veces, 3 a Casi Siempre y 4 a Siempre, siendo 48 la totalidad de puntos posibles a alcanzar.

Su calificación se estableció a partir de la estimación de un puntaje que divide en proporciones la totalidad de los puntos obtenidos por cada paciente, considerando:

No adherencia 0 y 17 puntos

Adherencia parcial de 18 a 37 puntos

Buena adherencia de 38 a 48 puntos

De modo que se pueda cuantificar con rapidez la respuesta del paciente y determinar tres tipos o niveles de adherencia al tratamiento: Total, Parcial y No adherido

Ver anexo 3.

Escala de resiliencia de Wagnild y Young (1993)

La Escala de Resiliencia desarrollada por Wagnild y Young, es uno de los pocos instrumentos psicométricos existentes en la actualidad que permiten evaluar fiable y válidamente los niveles de adaptación psicosocial frente a eventos de la vida importantes (Assis, Pesce y Avanci, 2006). Esta escala está constituida por 25 ítems, descritos de forma positiva, con una escala de respuesta tipo Likert, comprendida entre 1 (no estoy de acuerdo en absoluto) y 7 (estoy de acuerdo totalmente). Su puntuación varía entre 25 y 175 puntos, correspondiendo los valores altos a una elevada resiliencia. Análisis de la fiabilidad, esta escala presenta un nivel de fiabilidad de (Alpha = .86). Así, se puede considerar que esta escala presenta una alta fiabilidad, así como una adecuada validez de constructo observada tras el análisis factorial de los ítems.

Interpretación:

Valores menores a 121, escasa resiliencia
Valores entre 121-146, moderada resiliencia
Valores mayores a 147, indican alta resiliencia

Ver anexo 2.

ANTECEDENTES

Farida Islahudin y Fei Yee Lee en 2021, publicaron Continuous medication monitoring: A clinical model to predict adherence to medications among chronic kidney disease patients, estudio transversal, multicéntrico en 10 hospitales terciarios de Malasia, utilizando muestreo aleatorio simple de pacientes con ERC con ≥ 1 medicación (tamaño de la muestra = 1012), basada en un cuestionario, la adherencia (definida como $\geq 80\%$ de consumo de cada medicamento durante el último mes) y el conocimiento de cada medicamento (dosis, frecuencia, indicación y administración). Obteniendo una mala adherencia a la medicación (70,6%) y la mitad tenía un buen conocimiento de la medicación (50%). El análisis de regresión logística múltiple determinó 4 predictores significativos de adherencia: ≤ 7 medicamentos ($p < 0,001$), ≤ 3 comorbilidades ($p = 0,015$), ausencia de uso de medicina complementaria / alternativa ($p = 0,003$) y puntuación de conocimiento $\geq 80\%$ $p < 0,001$. [43]

García-Martínez P. en 2021 público Perceived Stress in Relation to Quality of Life and Resilience in Patients with Advanced Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis, evaluando resiliencia, calidad de vida relacionada con la salud, variables sociodemográficas, rutina de hemodiálisis y se relacionan con el estrés percibido en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis durante más de seis meses, fue un estudio multicéntrico y transversal de 144 pacientes en una

comunidad Valenciana, con una muestra representativa con un nivel de confianza del 95%, tasa de error del 5% , tamaño de muestra mínimo de 142 pacientes, utilizando Escala de Estrés Percibido, Calidad de Vida de la Enfermedad Renal y la Escala de Resiliencia Connors-Davidson (alfa de Cronbach de 0,89), concluyendo que la situación laboral ($p = 0,003$), resiliencia ($p < 0,001$) y calidad de vida ($p < 0,001$) se relacionan significativamente con el estrés percibido, concluyendo que la resiliencia fue identificada como uno de los predictores más importantes de las puntuaciones de la Escala de Estrés Percibido.

Matos Moreira Janaina en 2015 publicó *Anxiety, depression, resilience and quality of life in children and adolescents with pre-dialysis chronic kidney disease*, investigando sobre la resiliencia, calidad de vida, ansiedad y síntomas depresivos en 28 niños y adolescentes con ERC en pre diálisis y comparados con 28 controles de niños sanos emparejados por edad y sexo, en un estudio transversal, evaluados con Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, el Inventario 4.0 de Calidad de Vida Pediátrica (QoL), el Inventario de Depresión Infantil y las escalas de Auto informe para Trastornos Relacionados con la Ansiedad en la Infancia, los pacientes con ERC fueron derivados a profesionales de salud mental con mayor frecuencia que los controles, obteniendo puntuaciones más altas de ansiedad por separación y mayor síntomas depresivos clínicamente significativos, con puntuaciones de calidad de vida más bajas en los subdominios psicológicos, educativos y psicosociales de los instrumentos de calidad de vida, encontrando una correlación negativa entre ansiedad, síntomas depresivos y calidad de vida. La resiliencia fue similar en ambos grupos, pero menor en pacientes con síntomas depresivos significativos, concluyendo que aunque los pacientes y los controles exhibieron puntajes similares de resiliencia, la ERC afectó negativamente la calidad de vida de los pacientes, contribuyendo a una mayor frecuencia de depresión y ansiedad por separación, el análisis univariado sí reveló una asociación entre puntuaciones más bajas de resiliencia y síntomas depresivos clínicamente significativos, en el grupo de control, la resiliencia se correlacionó negativamente con la puntuación CDI ($r = -0,496$, $p = 0,007$).

Daryl B.O'Connor, en 2021 en *“Resilience and vulnerability factors influence the cortisol awakening response in individuals vulnerable to suicide”* donde se evaluó la actividad desregulada del eje hipotalámico-pituitario-adrenal, medida por niveles de cortisol, que sugieren que factores psicológicos pueden estar asociados con una mayor resiliencia y vulnerabilidad. Se investigó si la resiliencia, el apoyo social, el perfeccionismo prescrito socialmente, rasgo de preocupación y el rasgo de impulsividad influyeron en la respuesta de despertar del cortisol, reclutaron 142 participantes, 95 con antecedentes de intento o ideación suicida y 47 sin antecedentes de riesgo de suicidio. Se determinó cortisol inmediatamente al despertar, a los 15 minutos, 30 minutos y 45 minutos durante 7 días consecutivos. Se encontró mayor preocupación, perfeccionismo e impulsividad socialmente prescritos, menor resiliencia y apoyo social en el grupo de vulnerabilidad al suicidio en comparación con el grupo de control, así como una respuesta de despertar de cortisol total significativamente más bajo, los individuos más vulnerables al suicidio obtuvieron puntajes más bajos de resiliencia y apoyo social, pero más altos en rasgo de preocupación, perfeccionismo socialmente prescrito e impulsividad de

rasgo en comparación con los individuos en el grupo de no vulnerabilidad $p < 0,001$. Se utilizó la Escala Breve de Resiliencia (Smith et al., 2008^a) con alfa de Cronbach de 0.89, concluyendo por primera vez que una menor resiliencia de rasgos, un mayor perfeccionismo prescrito socialmente, un rasgo de preocupación y un rasgo de impulsividad son factores de riesgo psicológico bien conocidos para el suicidio y se asocian con respuestas de despertar de cortisol más pequeñas.

Chaoqun Dong, Qianhui Wu. en 2021, Family Resilience and Its Association with Psychosocial Adjustment of Children with Chronic Illness, identificando distintos perfiles de resiliencia familiar en familias chinas con niños diagnosticados con enfermedades crónicas, estudio transversal, de septiembre y diciembre del 2019, en hospitales infantiles de Zhejiang, China, con tamaño de la muestra, 277 padres de niños con enfermedades crónicas, niños con diagnósticos de artritis idiopática juvenil 32,1%, 22,4% con enfermedad renal crónica, 11,4% con diabetes mellitus tipo 1, 13,7% con parálisis cerebral, 9,7% con cardiopatías congénitas y 7,6% con leucemia, se completaron cuestionario sociodemográfico, la versión china de la escala de evaluación de la resiliencia familiar de 53 ítems, el α de Cronbach fue de 0,94 y el Cuestionario de Fortalezas y Dificultades, para evaluar la psicopatología y las fortalezas positivas de niños y adolescentes, el α de Cronbach para SDQ fue de 0,81, se encontró baja resiliencia familiar 74,7%, resiliencia familiar moderada 14,1% y alta resiliencia familiar 11,2%, encontrando diferencias significativas con respecto a los problemas de relación con compañeros y comportamientos pro sociales de los niños. Se realizó regresión logística multinomial Familias en las que se diagnosticó enfermedad crónica infantil entre 1 mes y 1 año atrás (OR: 4.522; IC: 1.092, 18.751), padres en situación de empleo (OR: 3.287; IC: 1.074, 10.059), familias con un ingreso mensual de 5000 –8000 RMB (OR: 2.963; CI: 1.037, 8.465), y las familias cubiertas por seguro médico (OR: 2.963; CI: 1.037, 8.465) tenían más probabilidades de pertenecer al grupo de alta resiliencia familiar en comparación con el grupo de baja resiliencia familiar, se demostró diferencia significativa con respecto a los problemas de relación con los compañeros $P = 0.049$) y los comportamientos pro sociales $P = 0.043$, en el grupo de alta resiliencia familiar obtuvieron la puntuación más baja (media = 2,55, DE = 1,59) en los problemas de relación con los compañeros y la más alta en los comportamientos pro sociales (media = 7,23, DE = 1,78), concluyendo que la resiliencia familiar inadecuada es un fenómeno común en familias con niños afectados por enfermedades crónicas. Una mayor resiliencia familiar fomentaría un entorno en el que los niños estén empoderados y se les proporcionen recursos que les ayuden a afrontar eficazmente sus diagnósticos y tratamientos, y a desarrollar relaciones e interacciones positivas con los demás.

Aguilar Rivera T. en el 2014, realizó el estudio Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis, fue un estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo y unicéntrico, en pacientes adultos con IRC en diálisis peritoneal del hospital general regional no. 36 de Puebla, (IMSS), evaluando el apego al tratamiento con las pruebas de Morinsky-Green y Batalla, la funcionalidad familiar con el Apgar familiar y faces III, y la autoestima con la escala de Coopersmith, se

estudiaron 290 pacientes, 57.2% masculino y 42.8% femenino; tiempo de evolución en diálisis peritoneal con una media de 19.8 meses, 37.6% en modalidad de diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y 62.4% de diálisis peritoneal automatizada. Escolaridad 36.6% con primaria completa. Casados 71.3%, el 62.1 con apego al tratamiento por Morinsky-Green y 56.9% por Batalla; 51.4% con autoestima media alta; 78.3% en familias funcionales (Apgar familiar) y 45.9% en familias balanceadas (faces III). Se buscó la asociación entre funcionalidad familiar utilizando Apgar familiar y apego al tratamiento mediante el test de Morinsky-Green se encontró que predominaron las familias funcionales con apego al tratamiento 59.3%; empleando χ^2 de asociación se obtuvo un valor de 85.708 con $p = 2.083$. También se asoció la funcionalidad familiar utilizando Apgar familiar y apego al tratamiento con el test de Batalla, y se identificó predominio de las familias funcionales con apego al tratamiento 55.9%, con valor de χ^2 de asociación de 91.277 con $p = 1.248$. Se concluyó un adecuado apego al tratamiento en pacientes con familias funcionales y autoestima media alta.

Sanches Gili M en el año 2010, publicó intervención farmacéutica en la adherencia al tratamiento de paciente con enfermedad renal crónica, evaluando el cumplimiento terapéutico global de pacientes con ERC estadio 3-5, determinando si la intervención farmacéutica mejora el cumplimiento terapéutico, fue un estudio prospectivo no controlado de intervención tipo antes y después (julio 2008-marzo 2009), realizado en la Unidad de Atención Farmacéutica. Pacientes mayores de 65 años con ERC 3-5, polimedicados y en tratamiento con eritropoyetina. Se aplicaron cuestionarios Haynes-Sackett y Morisky-Green. De 103 pacientes candidatos, se propuso participar a 94; aceptaron 53 (56,4%); mujeres, 60,4%; media de edad, 76,8 años. Número medio de fármacos/paciente: $10,8 \pm 2,97$. El 88,7% no presentó dificultades en tomar la medicación (Haynes-Sackett) y el 73,6% se consideró cumplidor (Morisky-Green). Al relacionar estos dos métodos, se objetivó diferencia entre ambos ($p = 0,036$). Los pacientes con dificultad en tomar la medicación fueron menos cumplidores en un 45,6%. Se realizó por segunda vez el cuestionario Morisky-Green al 78,6% de los incumplidores, quienes presentaron un 45,5% más de cumplimiento, aumentándose el cumplimiento global a un 87,8% ($p = 0,00003$). Se detectaron 52 problemas relacionados con la medicación, concluyendo que el cumplimiento inicial de los pacientes con ERC 3-5 se considera notable. No obstante, tras la intervención farmacéutica, se observa una mejora en la adherencia a los tratamientos, con resultados estadísticamente significativos.

Sánchez Masó Yailen, en 2014, Cuba, presentó un estudio denominado, Conductas resilientes de dos adolescentes con insuficiencia renal crónica en fase terminal, se efectuó un estudio de casos múltiple, con vistas a identificar las conductas resilientes de 2 adolescentes con insuficiencia renal crónica en fase terminal que recibieron tratamiento hemodialítico en el Hospital Infantil Norte de Santiago de Cuba, desde septiembre del 2009 hasta abril del 2010, para lo cual se empleó el perfil de un niño resiliente propuesto por Cristóbal Martínez. Se caracterizó a una de las pacientes sin recursos asociados al indicador; sin embargo, la otra evidenció su capacidad de sobreponerse a momentos de dolor emocional. En ambas se apreciaron similitudes al encontrarse afectada su imagen corporal por la presencia

de una fistula, aun cuando este indicador se manifestó de manera diferente en cada una de ellas, vinculado a las particularidades de sus recursos internos y externos. Además, se corroboraron actitudes sobreprotectoras por parte de familiares que influyeron negativamente.

Irma Cristina Acosta López de Llergo, (2009) en manifestación de la resiliencia como factor de protección en enfermos crónico terminales hospitalizados, se buscaron los factores de protección que favorecen la resiliencia en los pacientes crónico terminales internados en el Hospital General Regional No. 1 del (IMSS). Se realizó una investigación cualitativa con entrevistas con enfoque clínico. Se plantearon tres categorías que engloban factores de protección (individual, familiar y la comunidad). La muestra fue de 213 enfermos crónico terminales hospitalizados cuyas edades oscilaron entre los 17 y 97 años. El 51% fueron hombres y el 49 % mujeres. El porcentaje por diagnostico medico fue: diabetes 14.6 %, insuficiencia renal 21.6 %, enfermedades cerebro vasculares 8.5 %, neuropatía 10.8 %, cáncer 1.9 %, VIH 1.4 %, cardiopatías 14.6 %, enfermedades hepáticas 6.6 %, otras 18.3 %. En la entrevista se evaluaron dos aspectos: 1. El funcionamiento mental: a) Orientación, b) Curso de pensamiento, c) Contenido de pensamiento y d) Sensopercepción 2. El funcionamiento emocional: a) Emociones, b) Actitud hacia la enfermedad, c) Área de mayor dificultad, d) Recursos y fortalezas y e) Descripción de la orientación psicológica. Se concluye que la orientación psicológica y la resiliencia deben promover un enfoque basado en las fortalezas y recursos del individuo para disminuir los factores de riesgo y eventos estresantes.

En el estudio titulado “nivel de resiliencia en pacientes con insuficiencia renal crónica que asisten al hospital Antonio Lorena cusco - 2017” se determinó el nivel de resiliencia en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que asisten al Hospital Antonio Lorena Cusco – 2017, fue un estudio descriptivo, transversal; la muestra fue de 40 pacientes, se empleó la técnica de la entrevista, se aplicó 2 instrumentos, para identificar las características y nivel de resiliencia según la escala de Wagnild y Young. Entre los resultados se obtuvo que el 50% de los pacientes tienen de 30 a 55 años edad, el 55% son de sexo masculinos, el 42% con estudios secundarios, el 85% tienen trabajo, el 50% son de otras procedencias, el 38% con estado civil Conviviente, el 53%, hablan español, En cuanto al nivel de resiliencia se obtuvo que el 80% de la muestra tiene bajo nivel de resiliencia.

Vinaccia S., Quiceno M. (2011) relaciones de la resiliencia en función de las características sociodemográficas y clínicas, y analizar el peso de estas sobre la resiliencia en 121 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia renal crónica de la ciudad de Medellín, Colombia. Se utilizó como medición la escala de resiliencia es desarrollada por Wagnild y Young. A nivel de resultados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas de la resiliencia en función a las características sociodemográficas. El análisis de regresión lineal múltiple mostró que el tiempo de diagnóstico tuvo un peso negativo sobre la resiliencia, Para las variables cuantitativas se empleó el cociente de correlación Pearson y los valores $p < 0,05$

fueron considerados estadísticamente significativos, se concluyó que las características clínicas tienen mayor relevancia sobre la resiliencia que las sociodemográficas cuando se es adulto mayor y con diagnóstico de enfermedad crónica.[44]

JUSTIFICACIÓN

Magnitud: En la actualidad las enfermedades crónico-degenerativas, son una de las grandes pandemias en cuestiones de salud. México, ocupa uno de los primeros lugares a nivel mundial en diabetes e hipertensión arterial, siendo, estos los grandes precursores de la enfermedad renal crónica, aunado, esto a su vez, al incremento en la esperanza de vida, sugiriendo que en un futuro podría ocasionar grandes daños a la salud de nuestra población, debido a los múltiples efectos deletéreos que esta patología ocasiona en la persona y en su entorno familiar, llegando a afectar la dinámica familiar por ser una crisis para normativa.

Viabilidad: El Programa Nacional de Salud y los programas de salud pública, contemplan a las complicaciones de las enfermedades crónicas, como, áreas prioritarias de atención por nuestro sistema de salud, los médicos de primer nivel de atención, al ser el primer contacto con el paciente deberá otorgar una atención integral con la finalidad de detectar posibles complicaciones, educar a los pacientes y familiares sobre los beneficios de una adecuada adherencia al tratamiento, con la finalidad de mejorar la calidad de vida y retrasar las complicaciones, dependencia, hospitalizaciones y muerte.

Vulnerabilidad: Con la realización de este estudio y con los resultados obtenidos, se espera abordar al paciente, con un enfoque que hasta el momento es poco estudiado, como la resiliencia para poder incidir con el apoyo de equipos multidisciplinarios en una evaluación emocional, con la finalidad de un mejor afrontamiento en el padecimiento.

Factibilidad: se ha observado en la consulta externa de medicina familiar y en los servicios de urgencias adultos HGZ 1ª un incremento considerable de pacientes con deterioro de la función renal, por lo que es factible la población para el desarrollo de esta investigación.

Trascendencia: En la actualidad se conoce poco sobre la relación entre adherencia al tratamiento y el nivel de resiliencia, hay estudios realizados en distintos países donde se analizan estas variables por separado, pero hasta el momento en nuestro país no se encontró estudios que relacionen estas dos variables, a través de esta investigación pretendemos dar a conocer si el nivel de resiliencia juega un papel en la adherencia al tratamiento, como médico de primer nivel y con apoyo del área de psicología, se podrían implementar en el futuro programas educativos que evalúen el aspecto emocional del paciente como parte integral de su manejo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Habitualmente, la enfermedad renal crónica, modifica los aspectos físicos, mentales y sociales de la vida de una persona, amenazando su bienestar, la integridad física, los planes a futuro, la estabilidad financiera y socavan la capacidad de cumplir con los roles familiares, sociales y profesionales. [46]

Se ha observado que una adecuada adherencia al tratamiento genera un impacto en la mejora de la calidad de vida de los pacientes, encontrando que un nivel bajo de adherencia se relaciona con desenlaces terapéuticos desfavorables, progresión de la enfermedad, un aumento en las recaídas, lo cual implica un incremento en el número de citas con el especialista y de reingresos a hospitalizaciones.

Se entiende que la resiliencia determina la capacidad humana para asumir con flexibilidad situaciones con estrés y el cómo sobreponerse a ellas, se piensa que podría jugar un papel que ayude a un mejor apego al tratamiento. Sin embargo, que el paciente con enfermedad renal crónica sea resiliente no significa que no experimentarán dificultades o angustia, ya que, el dolor emocional y la tristeza son comunes cuando tenemos una pérdida en este caso de salud, las condiciones, del estado de ánimo, podrían influir en el incumplimiento de las recomendaciones indicadas por el médico ocasionando disminución en la calidad de vida y condiciones a otras patologías como por ejemplo la depresión. En México, existe escasa investigación publicada, sobre resiliencia y su relación con la adherencia al tratamiento, por estos hechos se plantea la siguiente pregunta de investigación

Por estos hechos es que se plantea la siguiente:

¿Pregunta de investigación?:

¿Cuál es la asociación entre la adherencia al tratamiento con el nivel de resiliencia de pacientes con enfermedad renal crónica adscritos a la unidad de medicina familiar número 15?

OBJETIVO GENERAL

- Identificar la asociación entre la adherencia al tratamiento y el nivel de resiliencia, de pacientes con enfermedad renal crónica, adscritos a la unidad de medicina familiar 15.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el porcentaje en cuanto el nivel de adherencia al tratamiento, en pacientes con enfermedad renal crónica.
- Conocer el nivel de resiliencia que presenta nuestra población en estudio, durante nuestra investigación
- Describir las características de la muestra mediante el análisis de datos sociodemográficos obtenidos por encuestas aplicadas

HIPÓTESIS

Las hipótesis en este estudio se realizaron por motivos de investigación, Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

Hipótesis alterna (H1)

- La baja resiliencia, incrementará, el riesgo de no adherencia al tratamiento, en pacientes con enfermedad renal crónica terminal.

Hipótesis nula (H0)

- Los pacientes adultos con enfermedad renal crónica de la consulta externa de medicina familiar UMF No. 15, presentan NO adherencia al tratamiento
- La escasa resiliencia no incrementará el riesgo de no adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica terminal.

METODOLOGÍA

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Este es un estudio de tipo: Clínico.

Diseño de estudio: No experimental, transversal, analítico.

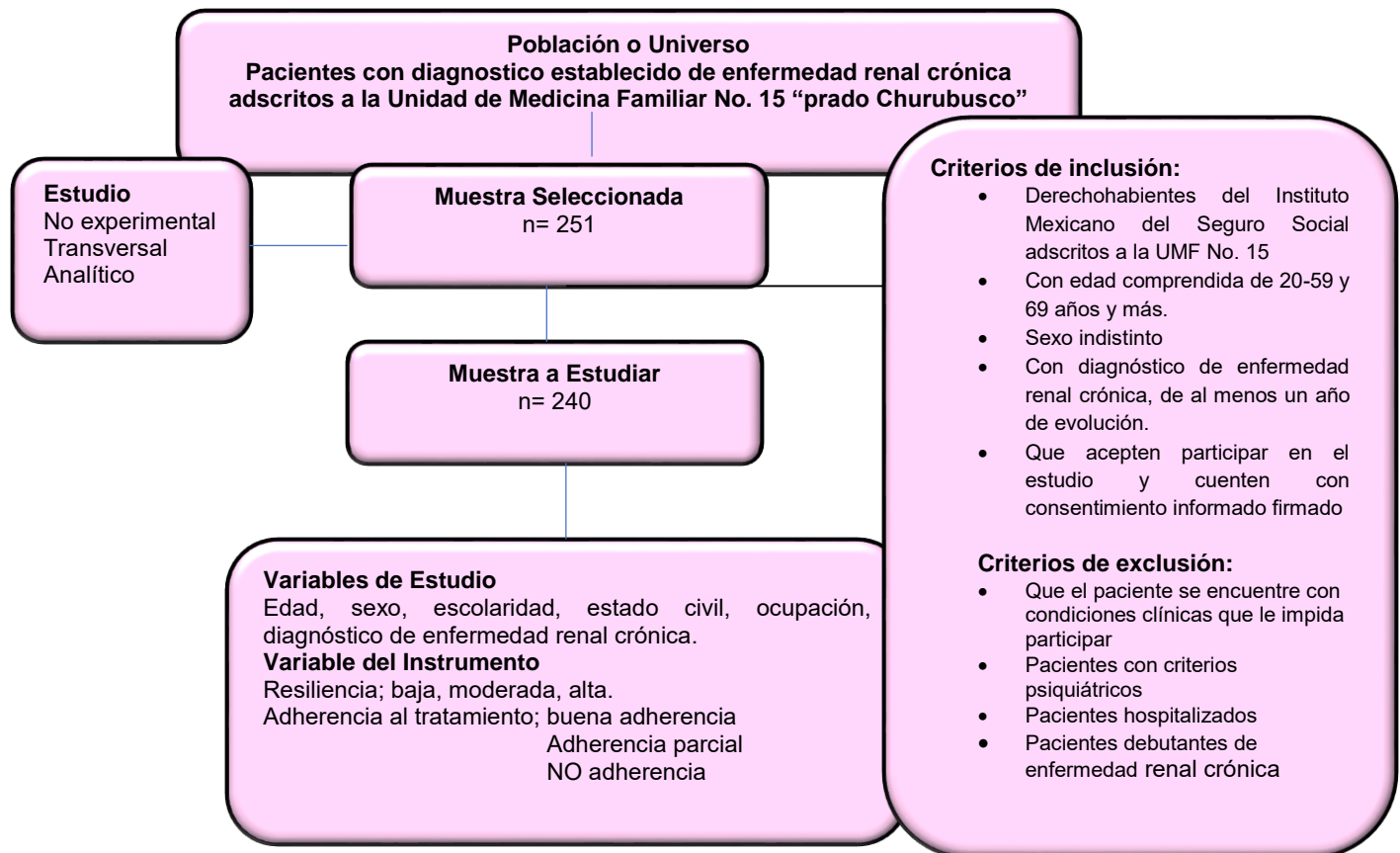


Figura 1: flujograma de detección de los posibles candidatos para este estudio

Elaboró: Dra. Ma. Maribel Martínez Ortega

DISEÑO DEL ESTUDIO

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Para la realización del presente estudio, se incluirán pacientes adultos mayores de 20 años , con diagnóstico establecido de enfermedad renal crónica que asisten a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 15 “prado Churubusco” ubicada en avenida ermita Iztapalapa 411, colonia Prado Churubusco, delegación Coyoacán, código postal 04230, ciudad de México. Durante el periodo de diciembre del 2021 a marzo de 2022, que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación establecidos.

MUESTRA

Se realizó un análisis No experimental, transversal, analítico, muestreo no probabilístico por conveniencia , para una población finita, la población total de pacientes con diagnóstico de IRC a julio 2021 adscritos a UMF 15 fue de 730 pacientes , se trabajó con una muestra representativa de 240 pacientes, con un intervalo de confianza del 95%, con una proporción de 0.5, se analizan variables sociodemográficas para conocer las características generales de los pacientes, con código CIE 10 N18 pacientes con enfermedad renal crónica asignada en la consulta externa de la UMF 15 RIO CHURUBUSCO

FORMULA

$$n = \frac{Z^2 NPQ}{e^2(N - 1) + Z^2 PQ}$$

DONDE

N= población total

n=tamaño de la muestra

Z= Nivel de confianza “Valor correspondiente a la distribución Gauss 1.96” (para un intervalo de confianza del 95%)

P= proporción esperada

1-p = Nivel de confianza del 90%

e = error máximo permitido (5%=0.005)

RESOLVIENDO DE LA SIGUIENTE MANERA

$$\begin{aligned} n &= \frac{(1.96)^2 (730) (0.50)(0.50)}{0.05^2 (730-1) + 1.96^2 (0.50)(0.50)} & n &= \frac{701}{2.7829} \\ n &= \frac{(2804)(0.25)}{1.8225+0.9604} & n &= 251 \\ n &= \frac{701}{2.7829} \end{aligned}$$

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social Adscritos a UMF No. 15
- Pacientes con diagnóstico establecido de enfermedad renal crónica, (depuración de creatinina).
- Edad comprendida adultos de 20 -59 años y 60 y más.
- Que aceptaron participar en el estudio y cuenten con consentimiento informado previamente firmado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que el paciente se encontrara con condiciones clínicas que le impidieron participar (problemas neurológicos)
- Pacientes fuera del rango de edad establecido
- Pacientes con trastornos psiquiátricos
- Pacientes hospitalizados
- Pacientes debutantes de enfermedad renal crónica

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que contestaron de forma incompleta el instrumento de evaluación.

- Que decidieron no participar en el estudio

VARIABLES

Variable independiente; resiliencia

Variable dependiente: adherencia al tratamiento

VARIABLES UNIVERSALES:

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Ocupación
- Tipología familiar
- Comorbilidades agregadas
- Tiempo de enfermedad renal crónica
- Creatinina sérica.
- Tratamiento actual.

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

Resiliencia:	Definición; Es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarla e inclusive ser transformados por estas. Instrumento para utilizar: Escala de resiliencia Wagnil young Puntaje: 1. menor a 121: indica escasa resiliencia 2. entre 121-146: indica moderada resiliencia 3. mayor de 147: indica alta de resiliencia
Adherencia al tratamiento	Definición: Es la "implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico Instrumento para utilizar: Adherencia al tratamiento, cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) Puntaje: 1. No Adheridos: entre 0 y 17 2. Adherencia parcial: de 18 a 37 puntos 3. Buena adherencia: de 38 a 48 puntos,

VARIABLES DEL ESTUDIO: DEFINICION OPERACIONAL

	Definición conceptual	Definición operativa	Escala de medición	Tipo de variable	INDICADOR
Escala de resiliencia de Wagnild y Young (1993)	Es la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas.	Es el puntaje obtenido por medio de la escala de resiliencia de Wagnild y Young de 25 ítems	Discreta	Cualitativa	1. menor a 121: escasa resiliencia 2. entre 121-146: moderada resiliencia 3. mayor de 147: alta de resiliencia
Adherencia al tratamiento Cuestionario MBG (Martín-Bayarre Grau)	la "implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico	la "implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo con su médico.	Nominal	Cualitativa	1. No Adheridos: entre 0 y 17 puntos 2. Adherencia parcial: de 18 a 37 puntos. 3. Buena adherencia: de 38 a 48 puntos.

DEFINICION OPERACIONAL Y CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Variables Universales

	Definición conceptual	Definición operativa	Escala de medición	Tipo de variable	INDICADOR
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento	Años cumplidos reportados en la encuesta	Discreta	Cuantitativa	1.20-59años 2.60 y mas
Sexo	En su definición estricta es una variable biológica y genética	1. Masculino 2. Femenino	Nominal	Cualitativa	1. Masculino 2. femenino
Estado civil	Es la situación jurídica en la que se encuentra una persona dentro del orden civil, y, desde un punto de vista subjetivo, como la cualidad que corresponde a cada uno por estar en esa situación especialmente reconocida por la ley	Estado civil reportado por el paciente mediante una encuesta.	Nominal	Cualitativa	1. Soltero(a) 2. Unión libre 3. Casado separado 4. Divorciado 5. viudo 6.
Nivel educativo	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente que conforman el Sistema Educativo Nacional.	Nivel educativo reportado por los pacientes mediante una encuesta	Nominal	Cualitativa	1. Analfabeto (a) 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato o carrera técnica 5. licenciatura
Ocupación	Acción que desempeña una persona actualmente	Ocupación reportada por el paciente mediante una encuesta	Nominal	Cualitativa	1. estudiante 2. Hogar 3. Empleado 4. Jubilado/pensionado 5. Comerciante 6. desempleado.

Tiempo de evolución enfermedad renal crónica	Tiempo transcurrido en años en la que la enfermedad se hace presente en el organismo hasta el momento actual	Período de tiempo reportado por el paciente entre el diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 y el momento de la encuesta.	Razón	Cuantitativa:	1. 1 año o menos 2. 2-9 años 3. 10 años o mas
Tipo de tratamiento	El prescrito por el personal de salud	Descripción breve del tratamiento reportado por la persona encuestada	Nominal	Cualitativa	1)tratamiento farmacológico 2)Diálisis peritoneal 3)hemodiálisis 4)Trasplante
Comorbilidades agregadas	Presencia de otras enfermedades crónicas	Las reportadas por el paciente	Nominal	Cualitativa	1.Diabetes mellitus 2.Hipertensión Arterial 3.Ambas 4.otra.
Creatinina sérica	Es un producto de desecho presente en la sangre, que resulta de los procesos de producción de energía de los músculos, los riñones sanos filtran la creatinina, eliminándose como un desecho en la orina.	El resultado se obtendrá posterior a la encuesta por el encuestador, con revisión de resultados de laboratorios	Nominal	Cuantitativa	Concentración normal 0.7 a 1.3mg/dl para hombre Concentración de 0.6-1.1 mg/dl para las mujeres
Clasificación KDOQI	clasifica y estratifica la enfermedad renal crónica.	La información se obtendrá utilizando la fórmula establecida por CKD-EPI Se. calculara por el encuestador, obteniendo el valor de creatinina sérica, edad y sexo del paciente, utilizando la siguiente formula. $TFG = 141 \times \min\left(\frac{Cr \text{ sérica}}{k}, 1\right)^a \times \max\left(\frac{Cr \text{ sérica}}{k}, 1\right)^{-1.209}$ $\times 0.995^{0.0021 \times \text{edad}}$ <p><i>k = 1,018 si es mujer x 1,1,59 si es negro</i></p> <p><i>Figura 2 - Ecuación CKD-EPI. k = 0,7 si es mujer o 0,9 si es hombre, y a = -0,329 para mujeres y -0,411 para hombres.</i></p>	Ordinal	Cualitativa.	1.Estadio I: normal: igual o mayor a 90 ml/min. 2.Estadio II: Leve disminución del FG: 60-89 ml/min. 3.Estadio III: Moderada disminución del FG: 30-59 ml/min 4.Estadio IV: Grave disminución del FG: 15-29 ml/min 5.Estadio V: fallo renal: FG menor de 15 ml/min/1,73m ² . [3]
Tipología familiar composición	Clasificación de acuerdo con el parentesco de las personas que viven el mismo hogar	De acuerdo con la clasificación del Dr. Arnulfo Irigoyen	Nominal	Cualitativa	1.sin familia 2.familia nuclear 3.familia seminuclear. 4.familia nuclear extensa 5.familia nuclear extensa compuesta 6.otra

METODO DE RECOLECCION

La recolección de datos de pacientes con enfermedad renal crónica adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 15, se llevó de forma presencial, identificando en la consulta externa a pacientes con diagnóstico, con edad comprendidas de 20-59 años y 60 y más, se notificó al personal médico y a las asistentes médicas de los consultorios para la identificación de pacientes, se explicó a los pacientes los motivos por los cuales se estaba realizando el estudio, se procedió a aplicar tanto la hoja de recolección que se creó para recabar la información de las variables sociodemográficas (anexo 1), así como el instrumento cuestionario de adherencia terapéutica de Martin-Bayarre -Grau, y escala de resiliencia de Wagnild Young y con previa autorización y firma de consentimiento informado (anexo 4) para participar en el estudio, cuando se realice una conclusión de los análisis que brinde esta investigación, se informará a la población derechohabiente de los resultados obtenidos.

Control de sesgos de información:

Se realizó una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable.

Control de sesgos de selección:

Se eligieron grupos representativos en base a criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Control de sesgos de medición:

Se aplicaron los siguientes instrumentos: cuestionario de adherencia terapéutica de Martin-Bayarre -Grau con alfa Cronbach 0.80 y Escala de resiliencia de Wagnil Young el cual está validado en México con un alfa de Cronbach 0.86

Control de sesgos de análisis:

Para minimizar errores en el proceso de captura de información, se verificaron los datos recabados.

Los resultados fueron analizados mediante el programa validado S.P.S.S versión 20 de Windows, que sirvió para la elaboración de tablas y gráficos, además se obtuvieron medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar, rango intercuartil), comparación entre grupos para establecer si existen diferencias significativas o no ($p < 0.05$) utilizando prueba chi cuadrada y T de Student según el tipo de variable, además de OR para evaluar la asociación entre resiliencia y adherencia terapéutica.

No se manipularon los resultados.

PRUEBA PILOTO

Se utilizó para evaluar este proyecto dos instrumentos ya validado en estudios previos por lo que no se realizó prueba piloto.

ASPECTOS ÉTICOS

La investigación es factible de realizarse, ya que contamos con los recursos humanos, materiales y el espacio físico suficiente, sin afectar a nuestra población de estudio.

El presente proyecto de investigación está bajo las consideraciones del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Para garantizar la pertinencia ética de esta investigación, se parte del reconocimiento de los principios establecidos en el **Código de Núremberg**, la declaración de Helsinki y las diferentes declaraciones de la Asociación Médica Mundial, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, además de los principios establecidos en el **Informe Belmont** en materia de investigación en seres humanos.

Se realiza este estudio de investigación basada en los enunciados de la declaración de Helsinki y la Asociación Médica Mundial (AMM) como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Durante las diferentes etapas de diseño, implementación y comunicación de los resultados de esta investigación, prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas que participan en la misma, como lo establece el Artículo 13 del Capítulo I, Título segundo del **Reglamento de la Ley General de Salud**, en Materia de Investigación para la Salud

Por lo tanto, durante todo el proceso de la investigación y publicación de resultados se contemplan la confidencialidad: Los datos de identificación de cada uno de los participantes se utilizaron única y exclusivamente para fines de investigación del, así mismo los resultados derivados del presente estudio se reportarán y se publicarán en forma anónima respetando la confidencialidad de los participantes.; se aplicará un Consentimiento Informado, explicando de forma clara y completa la justificación y objetivos de la investigación, así como de su participación, riesgos y beneficios, apoyo y orientación en caso de que derivado de su participación se encontrara en situación de necesitarlas.

Para nuestro estudio se le explicó el carácter de voluntario de su participación con los derechos asociados a dicha voluntariedad. Se explicó el carácter anónimo de su participación.

Se le brindará una explicación adecuada para cada caso sobre los contenidos del documento Informado, mismo que se le otorgará para su lectura y firma, facilitando la comunicación con los investigadores en caso de que existan dudas.

Tomando como fundamento al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, y los lineamientos del Instituto Mexicano de Seguro Social para la investigación en salud, el documento contiene los siguientes datos:

Nombre completo con que fue registrado el proyecto en el comité local de investigación, número de registro, efectos adversos que pudieran presentarse, beneficios y obligaciones de los participantes, así como nombre completo y teléfonos del investigador principal, nombre completo del participante, así como de dos testigos (ver anexos).

El consentimiento informado fue recabado por alguna persona que no se encuentre en una situación jerárquica en la cual el participante pueda estar sujeto a presiones por subordinación.

1. Derecho a retirarse del estudio. Los participantes podían solicitar retirarse del estudio en cualquier momento sin que existan consecuencias de ningún tipo

en su perjuicio.

2. Anonimato: se respetó el anonimato de cada uno de los participantes en el presente proyecto de investigación al no revelarse los datos de identificación a ninguna otra persona ajena al proyecto.

PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS/OMS)

1. Respeto a las personas: Todo participante será respetado como agentes autónomos.
2. Beneficencia: Se evitará que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información y confidencialidad.
3. Justicia: La invitación a participar será a todos los médicos internos de pregrado de recién ingreso, sin discriminación a sus condiciones particulares y/o raza, sexo, preferencia sexual o nivel económico.

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

Respeto por la autonomía, que implica que las personas capaces de deliberar sobre sus decisiones sean tratadas con respeto por su capacidad de autodeterminación; y protección de las personas con autonomía disminuida o deteriorada, que implica que se debe proporcionar seguridad contra daño o abuso a todas las personas dependientes o vulnerables.

La beneficencia se refiere a la obligación ética de maximizar el beneficio y minimizar el daño. Este principio da lugar a pautas que establecen que los riesgos de la investigación sean razonables a la luz de los beneficios esperados, que el diseño de la investigación sea válido y que los investigadores sean competentes para conducir la investigación y para proteger el bienestar de los sujetos de investigación.

Además, la beneficencia prohíbe causar daño deliberado a las personas; este aspecto de la beneficencia a veces se expresa como un principio separado, no maleficencia (no causar daño). La justicia se refiere a la obligación ética de tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado, dar a cada uno lo debido.

En la ética de la investigación en seres humanos el principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Los beneficios de este estudio es determinar la asociación entre adherencia al tratamiento y el nivel de resiliencia en pacientes con enfermedad renal crónica adscritos a la unidad de medicina familiar número 15. Los resultados del presente

estudio fueron manejados de manera confidencial con fines del desarrollo de la estrategia educativa, el desarrollo del estudio y la publicación de los resultados, previa revisión y análisis por parte de asesores, comités revisores y comité editorial. El presente estudio se ajusta a los lineamientos generales en materia de investigación, buenas prácticas médicas y de protección de datos, por lo que:

- Cuenta con un consentimiento de informado.
- Se apega a las recomendaciones del comité local de investigación y ética.

Se apega a la normatividad en relación con protección de datos, los cuales fueron de uso exclusivo para la investigación.

RECURSOS HUMANOS ,FISICOS Y FINANCIEROS.

RECURSOS HUMANOS:

Investigador principal

-Martinez ortega maría Maribel: médico residente de medicina familiar de segundo año, adscrito a la unidad de medicina familiar numero 15 IMSS

Investigadores asociados:

-Doctor Pablo Roberto Castro Guadalupe: médico especialista en medicina familiar, adscrito a la unidad de medicina familiar numero 15

-Doctor Gonzalo Iván Julián Bello: médico especialista en epidemiología, adscrito a la unidad de medicina familiar numero 15

RECURSOS MATERIALES:

Encuesta de nivel de resiliencia Wagnil Young

Encuesta de adherencia al tratamiento Martin-Bayarre -Grau

1000 hojas blancas

1 computadora

paquetería básica de Microsoft

Software de estadística

1 impresora

RECURSOS FINANCIEROS

-Los propios por el investigador

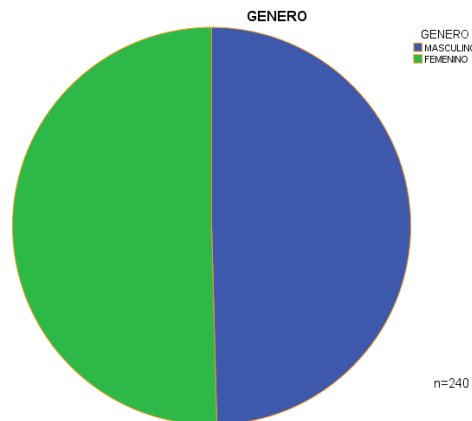
ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se llevó a cabo a través del programa SPSS 22 de Windows: Para el análisis de los resultados se utilizaron frecuencias para las variables cualitativas, y medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas, según corresponde de acuerdo con la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Para la comparación entre grupos, se empleó para las variables cualitativas prueba chi cuadrada y para cuantitativas prueba T de Student o U de Mann Whitney, con valor $p < 0.05$ considerado estadísticamente significativo para ambas. Y para evaluar la relación del nivel de resiliencia con la adherencia terapéutica se empleó odds ratio (OR) con intervalo de confianza al 95 (IC_{95%}).

RESULTADOS

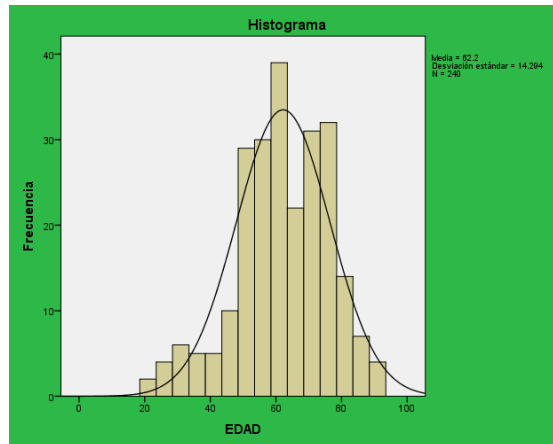
Se analizaron un total de 240 pacientes con enfermedad renal crónica que cumplieron con los criterios de inclusión, obteniendo una distribución por género similar, con 119 pacientes del género masculino (49.6%) y 121 del femenino (50.4%). **(Gráfico 1).**

Gráfico 1. Distribución de los pacientes por género



En cuanto a edad, se obtuvo una media 62.2 años con desviación estándar (\pm) 14.2, edad mínima 21 y máxima 92 años. **(Gráfico 2).**

Gráfico 2. Histograma de distribución de la edad de los pacientes



Agrupando a los pacientes con base en la edad por grupos PREVENIMSS, se observó que el 58.3% son mayores de 60 años y el 41.7% corresponden de 20 a 59 años.

En cuanto a características sociodemográficas analizadas, con mayor porcentaje en la muestra, reportó como estado civil casado(a) 57.4% (n=81), en ocupación jubilado o pensionado 60.0% (n=144), escolaridad bachillerato 30.0% (n=72) y por último en tipología familiar, se encontró con familia nuclear 56.3%(n=135). **(Tabla 1).**

Tabla 1. Características sociodemográficas y tipología familiar en los pacientes

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS		
n=240 Porcentaje		
ESTADO CIVIL		
CASADO	144	60.0
VIUDO	43	17.9
SOLTERO	37	15.4
UNION LIBRE	10	4.2
SEPARADO	5	2.1
DIVORCIADO	1	.4
OCUPACION		
JUBILADO O PENSIONADO	123	51.3
HOGAR EMPLEADO	57	23.8
COMERCIANTE	43	17.9
DESEMPLEADO	8	3.3
ESTUDIANTE	7	2.9
	2	.8

ESCOLARIDAD		
BACHILLERATO O CARRERA TECNICA	72	30.0
SECUNDARIA	70	29.2
PRIMARIA	69	28.8
LICENCIATURA	21	8.8
ANALFABETA	8	3.3
TIPOLOGIA FAMILIAR		
FAMILIA NUCLEAR	135	56.3
FAMILIA SEMINUCLEAR	46	19.2
FAMILIA NUCLEAR EXTENSA	41	17.1
OTRA	11	4.6
SIN FAMILIA	6	2.5
FAMILIA NUCLEAR EXTENSA COMPUESTA	1	.4

Considerando las comorbilidades, se observó que el 59.2% de nuestra población en estudio presentaban diabetes, 78.3% hipertensión arterial sistémica y el 19.6% refirió otro diagnóstico; de estos, lo más frecuentes son hipoplasia renal (5.4%), lupus eritematoso sistémico (2.0%), artritis reumatoide (1.7%) y litiasis renal (1.3%) principalmente. **(Tabla 2).**

Tabla 2. Descripción de las comorbilidades de los pacientes

COMORBILIDADES		
	n=240	Porcentaje %
DIABETES MELLITUS		
SI	142	59.2
NO	98	40.8
HIPERTENSION ARTERIAL		
SI	188	78.3
NO	52	21.7
OTRO DIAGNOSTICO		
SI	47	19.6
NO	193	80.4

Con respecto al número de medicamentos consumidos al día, se encontró un mayor porcentaje en el grupo con polifarmacia mayor del 63.3% (n=152). **(Tabla 3).**

En cuanto al tiempo de evolución desde el establecimiento del diagnóstico de enfermedad renal crónica, se observó mayor porcentaje en pacientes que llevan de 2 a 9 años con la enfermedad 50.4% (n=121). **(Tabla 3).**

Tabla 3. Descripción del número de medicamentos consumidos al día, así como tiempo de enfermedad renal crónica.

VARIABLES		
	n=240	Porcentaje %
NUMERO DE MEDICAMENTOS		
POLIFARMACIA MAYOR (5-9 MED.)	152	63.3
POLIFARMACIA EXCESIVA (MAYOR A 10)	59	24.6
POLIFARMACIA (3-4 MED.)	29	12.1
TIEMPO DE ENFERMEDAD		
DE 2 A 9 AÑOS	121	50.4
MENOR A 2 AÑOS	98	40.8
MAS DE 10 AÑOS	21	8.8

Para el tratamiento de la enfermedad renal crónica, se observó que predominó el manejo con tratamiento farmacológico del 60.0 % (n=144) en comparación con el resto de las terapias de sustitución renal. **(Tabla 4).**

Tabla 4. Descripción del tratamiento de enfermedad renal crónica

DESCRIPCION DE TRATAMIENTO		
	n=240	Porcentaje %
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO		
Sí	144	60.0
DIALISIS PERITONEAL		
Sí	54	22.5
HEMODIALISIS		
Sí	30	12.5
TRANSPLANTE		
Sí	11	4.6

En la evaluación de la función renal, se obtuvo el valor de creatinina sérica, observando mediana de 3.10 mg/dl, con rango Inter cuartil (RIC) 2.21, valor mínimo 0.85 y máximo 17.90. **(Gráfico 3).** Con base en lo anterior, se calculó la tasa de filtración glomerular, donde se obtuvo una mediana 15.14 ml/min/1.73 m² con RIC 5.91, valor mínimo 3.81 y máximo 85.80. **(Gráfico 4).**

Gráfico 3. Distribución del valor de creatinina reportado en los pacientes

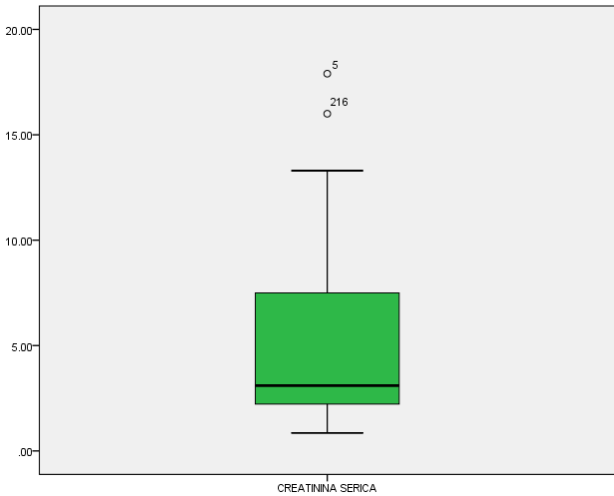
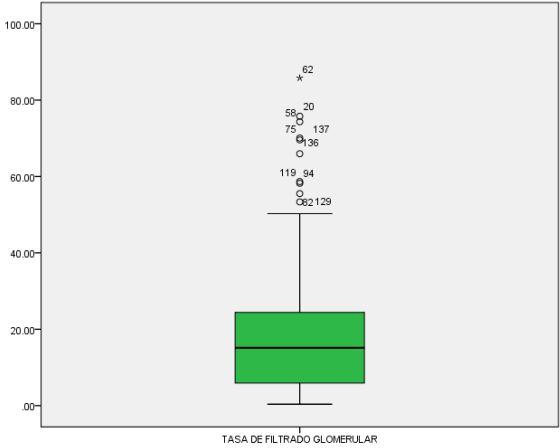


Gráfico 4. Distribución del valor de la tasa de filtración calculada en los pacientes



Al clasificar la enfermedad renal crónica por etapas, estimando la tasa de filtración glomerular, se identificó un mayor porcentaje en la población en la etapa V con el 49.2% (n=118). **(tabla 5).**

tabla 5. Distribución de los pacientes con base en el estadio de la enfermedad renal crónica

VARIABLES	n=240	Porcentaje (%)
Estadio V (fallo renal)	118	49.2
Estadio IV (gravemente disminuido)	88	36.7
Estadio III (moderadamente disminuido)	27	11.3
Estadio II (ligeramente disminuido)	7	2.9

En cuanto al nivel de resiliencia encontrado, según el puntaje obtenido, se identificó una mediana de 125 puntos, RIC 67, valor mínimo 25 y máximo 175 puntos, lo que se clasificó con alta resiliencia al 45.0% (n=108) de la población estudiada. **(Gráfico 5 y 6).**

Gráfico 5. Puntaje obtenido de resiliencia en los pacientes

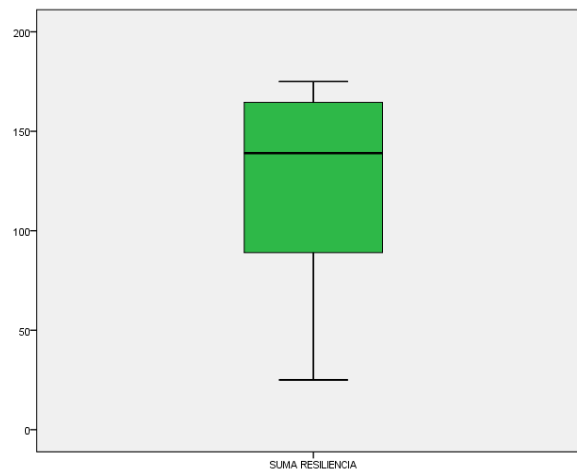
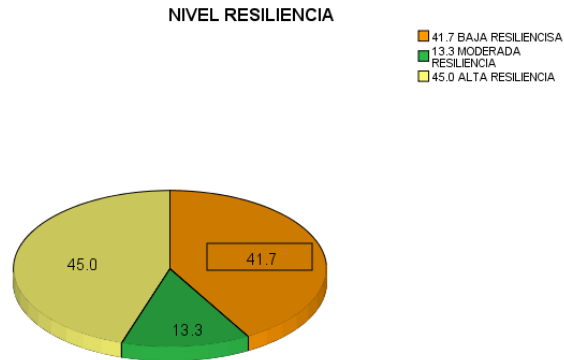


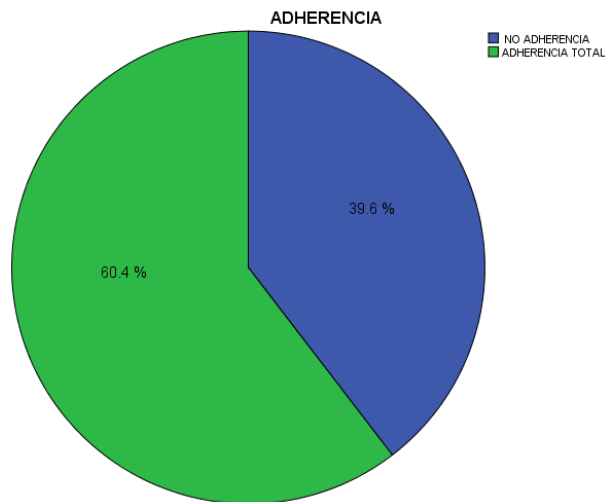
Gráfico 6. Nivel de resiliencia en los pacientes con enfermedad renal crónica



n=240

Al valorar el nivel de adherencia terapéutica durante el estudio, se observó un mayor porcentaje en el grupo de pacientes con adherencia total del 60.4% (n=145). (Gráfico 7).

Gráfico 7. Nivel de adherencia terapéutica en los pacientes con enfermedad renal crónica



Al realizar el análisis bivariado, se evaluó la relación de adherencia terapéutica con algunas variables socioeconómicas, comorbilidades y nivel de resiliencia. La variable adherencia terapéutica fue reclasificada en pacientes con adherencia total y adherencia parcial o nula, obteniendo lo siguiente:

Para el género, la distribución de hombres y mujeres fue similar tanto en el grupo de adherencia nula o parcial como adherencia total, con OR 1.22 (IC_{95%} 0.72-2.05) y valor de p estadísticamente no significativo (p = 0.26), mostrando que no hay diferencias con respecto a esta variable. **(Tabla 4).**

Tabla 4. Asociación de la adherencia terapéutica con el género de los pacientes

	NIVEL DE ADHERENCIA					
	ADHERENCIA PARCIAL Ó NULA		ADHERENCIA TOTAL		OR IC95%	P
GENERO	N.	%	N.	%		
MASCULINO	50	20.8	69	28.8	1.22(.72-2.05)	0.26
FEMENINO	45	18.8	76	31.7		

Chi cuadrada

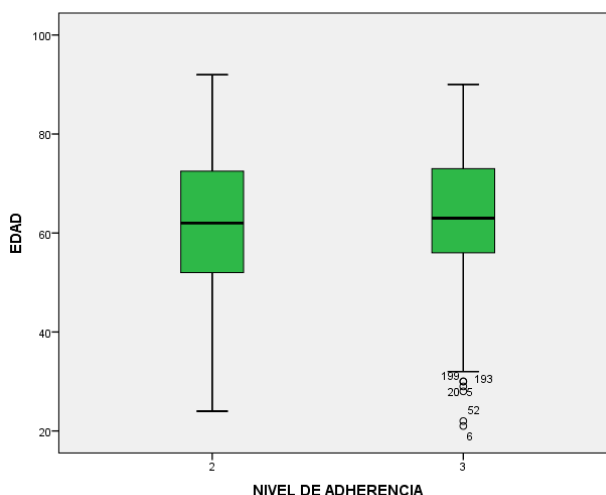
En la edad, se observó una distribución similar en el grupo de pacientes con adherencia parcial o nula comparado con adherencia total; en el primer grupo se obtuvo una media 61 años \pm 14.9, mientras que en el segundo grupo con una media 62 años \pm 13.8, sin diferencias estadísticamente significativas con respecto a esta variable (p = 0.43). **(Tabla 5 y Gráfico 10).**

Tabla 5. Comparación de la edad de los pacientes con base en el nivel de adherencia

Edad	ADHERENCIA				
	Media	desviación estándar	valor mínimo	valor máximo	P*
parcial o nula	61.26	14.9	24	92	0.43
Total	62.8	13.8	21	90	

*T student

Gráfico 10. Comparación de la edad con base en el nivel de adherencia



Para la ocupación, en ambos grupos en el nivel de adherencia predominó ser jubilado o pensionado (20.4% y 30.8% respectivamente), sin diferencias estadísticamente significativas en todas las categorías, a excepción de estar desempleado, ya que los pacientes con esta condición reflejaron adherencia nula o parcial con OR 2.5 (IC_{95%} 1.66-3.75) y valor de p estadísticamente significativo (p = 0.019), no se encontró ningún paciente desempleado con adherencia total. **(Tabla 6).**

tabla 6. Tabla de pacientes con base en la adherencia terapéutica y ocupación

Ocupación	NIVEL DE ADHERENCIA TERAPEUTICA					
	Adherencia parcial ó nula: n=	%	Adherencia total: n=	%	OR (IC _{95%})	P
Hogar	23	9.6	34	14.2	1	
jubilado o pensionado	49	20.4	74	30.8	0.68(0.39-1.20)	0.27
Empleado	15	6.3	28	11.7	0.62(0.26-1.47)	0.25
Comerciante	1	0.4	7	2.9	0.31(0.04-2.04)	0.12
Estudiante	0	0	2	1.2	-	-
Desempleado	7	2.9	0	0	2.5(1.66-3.75)	0.019

Chi cuadrada

Con respecto al estado civil y su asociación con el nivel de adherencia, en el grupo de adherencia parcial o nula predominó ser casado (a) con 23.3% y viudo en 7.9% con OR 1.13 (IC_{95%} 0.76-1.68) sin obtener diferencias estadísticamente significativas con el resto de las categorías con un valor de p 0.44. **(Tabla 7).**

Tabla 7. Distribución de pacientes con base en la adherencia terapéutica y estado civil

Estado civil	Nivel de adherencia				OR(IC _{95%})	P*
	Adherencia parcial ó nula		Adherencia total			
	n°	%	n°	%		
casado(a)	56	23.3	88	36.7	1	0.38
Viudo	19	7.9	24	26.0	1.13(0.76-1.68)	0.44
Soltero	14	5.8	23	22.4	0.97(0.61-1.54)	0.37
Separado	1	2.0	4	1.7	0.51(0.08-3.00)	0.20
unión libre	5	2.1	5	2.1	1.28(0.66-2.46)	0.50
divorciado(a)	0	0	1	0.4	0	0

Chi cuadrada

En el nivel de escolaridad y su asociación con el nivel de adherencia, se observó que ser analfabeta y tener nula o parcial adherencia OR 0.98 (IC_{95%} 0.34-2.80), comparada con tener nivel de escolaridad licenciatura, con valor de p estadísticamente no significativa (p = 0.37). **(Tabla 8).**

Tabla 8. Distribución de pacientes con base en la adherencia terapéutica y nivel de escolaridad

Escolaridad	NIVEL DE ADHERENCIA				OR(IC _{95%})	P*
	Adherencia parcial o nula	%	Adherencia total	%		
Licenciatura	8	3.3	13	5.4	1	0.38
Bachillerato	32	13.3	40	16.7	1.16(0.63-2.13)	0.44
Secundaria	27	11.3	43	17.9	1.01(0.54-1.88)	0.38
Primaria	25	10.4	44	18.3	0.95(0.50-1.78)	0.36
Analfabeta	3	1.3	5	2.1	0.98(0.34-2.80)	0.37

Chi cuadrada

En la tipología familiar, se evaluó al grupo con familia semi nuclear y adherencia parcial o nula obteniendo OR 0.81(IC_{95%} 0.51-1.29) al compararla con todas las categorías con una p=0.32, sin obtener diferencias estadísticamente significativas. (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución de pacientes con base en la adherencia terapéutica y tipo de familia

Tipología familiar	Adherencia parcial ó nula		Adherencia total		OR(IC _{95%})	P*
	n=	%	n=	%		
Familia nuclear	54	22.5	81	33.8	1	0.40
Familia seminuclear	15	6.3	31	12.9	0.81(0.51-1.29)	0.32
Familia extensa	17	7.1	24	10.0	1.03(0.68-1.57)	0.41
Otra	6	2.5	5	2.1	1.36(0.76-2.42)	0.54
Sin familia	3	1.3	3	1.3	1.25(0.54-2.85)	0.50
Familia extensa compuesta	0	0	1	0.7	0	0

chi cuadrado

Con respecto a variables relacionadas con adherencia terapéutica y el número de medicamentos utilizados por día, se obtuvo para polifarmacia excesiva y tener nula o parcial adherencia OR 1.27 (IC_{95%} 0.71-2.27) y para polifarmacia mayor OR 1.12 (IC_{95%} 0.65-1.93), ambas comparadas con utilizar de 3 a 4 medicamentos al día, valor de p = 0.34, lo que demuestra que entre más medicamentos se utilicen diariamente, mayor es la dificultad para tener adecuada adherencia al tratamiento. (Tabla 10).

Tabla 10. Distribución de pacientes con base en la adherencia terapéutica y número de medicamentos utilizados al día

Adherencia dicotómica						
Núm. medicamentos	No (parcial y nula)	%	Si (total)	%	OR(IC _{95%})	P*
Polifarmacia (3-4)	10	4.2	19	7.9	1	0.34
Polifarmacia mayor (5-9)	59	24.5	93	38.8	1.12(0.65-1.93)	0.38
Polifarmacia excesiva (10 o más)	26	10.8	33	13.8	1.27(0.71-2.27)	0.44

Chi cuadrada

Para los años de evolución desde el diagnóstico establecido de enfermedad renal crónica y su relación con la adherencia nula o parcial, se obtuvo para 10 o más años con enfermedad OR 1.33 (IC_{95%} 0.71-2.50) y para 2 a 9 años OR 1.70 (IC_{95%} 1.18-2.45), obteniendo una p = 0.010, estadísticamente significativa, ambas comparadas con tener 1 año o menos de evolución de la enfermedad. **(Tabla 11).**

Tabla 11. Distribución de pacientes con base en la adherencia terapéutica y años de evolución con enfermedad renal crónica

Nivel de adherencia						
Tiempo de ERC	No (parcial y nula)	%	Si (total)	%	OR(IC _{95%})	P*
1 año o menos	28	11.7	70	29.2	1	0.010
2 a 9 años	59	47.9	62	25.8	1.70(1.18-2.45)	0.48
Más de 10 años	8	3.3	13	12.7	1.33(0.71-2.50)	0.38

Chi cuadrado

En cuanto al manejo establecido y su asociación con adherencia al tratamiento, se encontró que las terapias de sustitución renal, diálisis peritoneal y hemodiálisis con nula o parcial adherencia OR 3.02 (IC_{95%} 1.26-7.23) y OR 3.95 (IC_{95%} 1.42-11.0) respectivamente, comparadas con tratamiento farmacológico se obtuvo una p estadísticamente significativa de 0.004. **(Tabla 12)**

Tabla 12. Asociación de la adherencia terapéutica con variables relacionadas con el tratamiento de la enfermedad renal crónica

Nivel de adherencia							
		No (parcial y nula)	%	Si (total)	%	OR(IC _{95%})	P*
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	SI	38	57	106	87	1	0.001
	NO	57	38	39	58		
DIALISIS PERITONEAL	SI	35	14.6	19	7.9	3.02(1.26-7.23)	0.011
	NO	60	25.0	126	52.5		
HEMODIALISIS	SI	21	8.8	9	3.8	3.95(1.41-11.0)	0.006
	NO	74	30.8	136	56.7		
TRANSPLANTE	SI	0	0.0	11	4.6	0	0
	NO	95	39.6	134	55.8		

Chi cuadrada

En la clasificación de la enfermedad renal crónica, se obtuvo para estadio V KDOQI y nula o parcial adherencia OR 1.80 (IC_{95%} 0.57-5.65), p = 0.001 estadísticamente significativa, mientras que para los demás estadios no se incrementó el riesgo de nula o parcial adherencia, comparado con el estadio II de leve disminución de la función renal.

(Tabla 14).

Tabla 14. Distribución de pacientes con base en la adherencia terapéutica y clasificación de la enfermedad renal crónica

Nivel de adherencia						
	No (parcial y nula)	%	Si (total)	%	OR(IC _{95%})	P*
Estadio V (fallo renal)	71	29.6	47	19.6	1.80(0.57-5.65)	0.001
Estadio IV	19	7.9	69	53.2	0.64(0.19-2.14)	0.21
Estadio III (moderadamente disminuido)	3	1.3	24	16.3	0.33(0.07-1.57)	0.11
Estadio II (ligeramente disminuido)	2	0.8	5	2.1	1	0.33

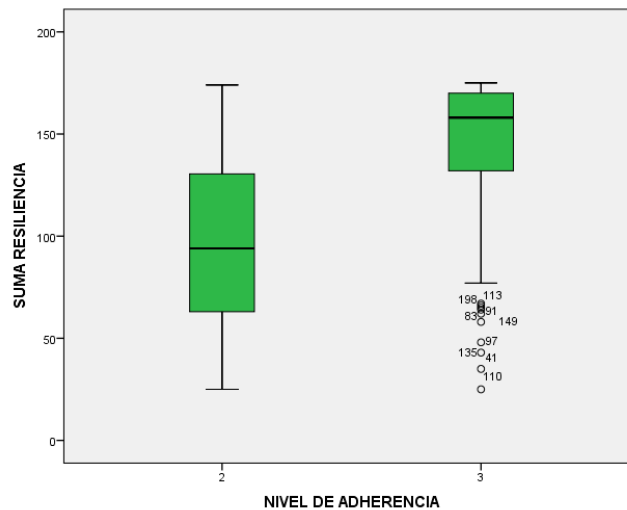
Por último, con respecto a la asociación de la adherencia terapéutica con el nivel de resiliencia, para adherencia nula o parcial se obtuvo mediana de 94, RIC 71, valor mínimo 25 y máximo 174 puntos, mientras que para adherencia total se obtuvo mediana 158, RIC 41, valor mínimo 25 y máximo 175 puntos, con diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de adherencia. **(Tabla 15 y Gráfico 18).**

Tabla 15. Asociación del nivel de resiliencia con la adherencia terapéutica

Adherencia terapéutica	Suma de resiliencia (puntaje)				P*
	Mediana	Rango Inter cuartil	Valor mínimo	Valor máximo	
Parcial o nula	94	71	25	174	0.0001
Total	158	41	25	175	

U de Mann Whitney

Gráfico 18. Comparación de la adherencia terapéutica de acuerdo con el nivel de resiliencia



1= Adherencia parcial o nula, 2= Adherencia total

Asimismo, para la asociación de resiliencia escasa y adherencia nula o parcial OR 5.09 (IC_{95%} 3.06-8.46) comparada con nivel de resiliencia escasa, moderada y alta, que traduce que entre más bajo sea el nivel de resiliencia mayor es el riesgo de adherencia terapéutica parcial o nula en los pacientes con una p estadísticamente significativa p=0.0001. (Tabla 16).

Tabla 16. Asociación de la adherencia terapéutica con el nivel de resiliencia

Adherencia dicotómica						
Clasificación de resiliencia	No (parcial y nula)	%	Si (total)	%	OR(IC _{95%})	P*
Escasa resiliencia	66	39.6	34	23.4	5.09(3.06-8.46)	0.0001
Moderada	15	15.8	17	11.7	3.61(1.96-6.67)	0.0001
Alta	14	14.7	94	64.8	1	

DISCUSIÓN

A nivel mundial, en las últimas décadas la proporción de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) terminal ha incrementado, como resultado de diversas enfermedades crónico-degenerativas que de igual forma han ido en incremento, principalmente Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial, lo cual es consecuencia del desarrollo socioeconómico del país y de los nuevos estilos de vida que la sociedad ha adoptado. [1]

En México, se ha reportado prevalencia de ERC de 12.2% y mortalidad de 51.4 defunciones por cada 100 mil habitantes. [7] Esto ha generado un gran impacto en la economía de las instituciones y las familias; además de la disminución en la esperanza de vida ante las múltiples complicaciones que pueden presentar estos pacientes y los tratamientos complejos a los que son sometidos, ya que, en el IMSS, por ejemplo, se estima que hay 71 mil pacientes con ERC que requieren de terapia sustitutiva como diálisis y hemodiálisis. [5][9]

Actualmente, la mayoría de los esfuerzos se destinan al manejo en las etapas tardías de la enfermedad, enfocándose en la prevención terciaria, sin embargo, tratar de abordar la enfermedad en esta etapa es muy costoso para los pacientes, sus familias y los sistemas de salud en general. [11]

Aunado a lo anterior, se identifica que aproximadamente la mitad de los pacientes crónicos en países desarrollados no son adherentes al tratamiento, lo cual representa un problema de salud pública muy prevalente, el cual se prevé que incremente directamente proporcional al aumento de las patologías y complicaciones antes mencionadas. [47] Determinar las causas de esta falta de adherencia terapéutica se ha convertido en una necesidad para los servicios de salud en México y en el mundo, ya que se calcula que más del 10% de las hospitalizaciones son por esta causa. [48]

Al respecto, se ha considerado que la adherencia terapéutica no se centra simplemente en el paciente, sino que es resultado de la interacción de múltiples factores clasificados por la Organización Mundial de la Salud en cinco dimensiones; factores relacionados con el paciente, factores terapéuticos, factores socioeconómicos, factores del equipo de atención médica y factores relacionados con el sistema de salud. [49].

Dong y colaboradores, en un estudio transversal realizado en China con 277 padres de niños con enfermedades crónicas, reportaron baja resiliencia familiar en 74.7%, resiliencia familiar moderada 14.1% y alta resiliencia familiar 11.2%, encontrando diferencias significativas, padres en situación de empleo (OR 3.29, IC_{95%} 1.07-10.06), tenían más probabilidades de pertenecer al grupo de alta resiliencia en comparación con el grupo de baja resiliencia, concluyendo que la resiliencia familiar inadecuada es un fenómeno común y que una mayor resiliencia familiar fomentaría un entorno en el que los niños estén empoderados y se les proporcionen recursos que les ayuden a afrontar eficazmente sus diagnósticos y tratamientos, y a desarrollar relaciones e interacciones positivas con los demás. [35] En nuestro estudio la resiliencia en general en su mayoría fue alta (45.0%), escasa en 41.3% y moderada en 13.3%; al desglosar de acuerdo al grado de adherencia terapéutica, se observó que tenían alta resiliencia y adherencia total 64.8% de los pacientes, mientras que se observó escasa resiliencia y adherencia nula o parcial en 39.6% de los pacientes, lo cual apoya la conclusión de que entre más elevado sea el nivel de resiliencia, mayor es la probabilidad de tener adecuada adherencia terapéutica.

Aguilar-Rivera y colaboradores, en un estudio transversal efectuado en el Hospital General Regional No. 36 de Puebla (IMSS), encontraron en 290 pacientes, que 57.2% pertenecían al género masculino y 42.8% femenino; el tiempo de evolución en diálisis peritoneal tuvo media de 19.8 meses, 37.6% en modalidad de diálisis peritoneal continua ambulatoria y 62.4% de diálisis peritoneal automatizada, el 36.6% tenía escolaridad primaria completa, eran casados 71.3%, con adherencia terapéutica 62.1%, con familia funcional en 78.3% y familia balanceada 45.9%. Se concluyó un adecuado apego al tratamiento en pacientes con familias funcionales y autoestima media alta. [50] En nuestro estudio, de igual forma la distribución de acuerdo a las variables sociodemográficas fue similar, en cuanto al género la distribución fue equitativa con 49.6% del género masculino, de forma predominante, la mayoría de los pacientes eran casados (60.0%), con escolaridad primaria (28.8%), jubilado (51.3%), con familia nuclear (56.3%) y adherencia terapéutica total de 60.4%; sin embargo, no se identificaron diferencias significativas con respecto a este tipo de variables socioeconómicas al comparar los grupos por grado de adherencia.

Acosta-López y colaboradores, realizó un estudio transversal en el Hospital General Regional No. 1 del IMSS, con 213 enfermos crónico terminales, cuyo objetivo fue evaluar los factores que favorecen la resiliencia en los pacientes, cuyas edades oscilaron entre los 17 y 97 años, en el cual se concluyó que el nivel de resiliencia fue bajo en el 80% y se estableció que la orientación psicológica y la resiliencia

deben promover un enfoque basado en las fortalezas y recursos del individuo para disminuir los factores de riesgo y eventos estresantes. [32]

Ahora bien, abordando un poco sobre los factores relacionados con la presencia de adherencia terapéutica nula o parcial, se describe lo siguiente:

En relación con el género, se ha identificado que en algunos estudios predomina la población del género femenino, sin embargo, no se ofrecen resultados concluyentes sobre su relación con la adherencia terapéutica, aunque se ha planteado que ser mujer es un factor predictor de conductas de salud que favorecen la adherencia en enfermedades a largo plazo, probablemente por la mayor utilización de los servicios de salud por parte de este sector de la población en comparación con los hombres. [49]

Con respecto a la edad, la mayor proporción de pacientes con buena adherencia se centra en los adultos mayores (41.1% en este estudio contra 20.6% con mala adherencia), debido a que el transitar de la etapa de adultez hacia la tercera edad, se explica debido a que, a mayor edad, el paciente adopta más conductas de autocuidado, tiene un estilo de vida más regular en comparación con los más jóvenes. No obstante, también existen estudios que reportan porcentajes altos de bajas adherencias conforme avanza la edad, y los autores infieren que pudiera deberse a la presencia de múltiples comorbilidades, la polifarmacia, el pobre entendimiento de los regímenes farmacoterapéuticos, el olvido en las tomas correspondientes y un declive de funciones cognitivas que condicionan al adulto mayor a no adherirse adecuadamente a su tratamiento. Estos resultados que se contraponen demuestran que la edad es un factor irregular en relación con la adherencia. [49] En el caso de nuestro estudio, la edad de los pacientes con adherencia total y con adherencia nula o parcial tuvo una distribución similar, sin mostrar diferencias significativas.

En cuanto al nivel educativo en los pacientes, algunos estudios reportan resultados contradictorios en relación a la adherencia, toda vez que en algunos se ha observado mayor adherencia en personas con mayor nivel educativo, argumentando que pudiera estar asociado con el conocimiento, percepción de su enfermedad, mayor entendimiento y responsabilidad en el cuidado de su salud, no obstante, en otros estudios se ha reportado falta de adherencia con alto nivel de escolaridad, bajo la hipótesis de que las responsabilidades y ocupaciones de su desempeño profesional consumen tiempo y atención, por lo que interfieren en la adherencia al tratamiento. [49] En nuestro estudio, los que indicaron un riesgo mayor fueron el nivel educativo primaria y ser analfabeta, incrementando dos veces la probabilidad de tener adherencia nula o parcial, comparado con las personas con nivel licenciatura.

Referente a la ocupación, se asume que las personas dedicadas al hogar tienen mayor posibilidad de adherencia al tratamiento, ya que al permanecer más tiempo en casa y realizar menos actividades fuera de la misma, existe aparentemente menor dificultad en el cumplimiento del tratamiento y no se favorece el olvido,

mientras que la realización de múltiples actividades sí pudiera incidir sobre las personas que trabajan fuera de su hogar por limitantes en torno al tiempo disponible, pero los resultados han sido inconsistentes al esclarecer esta relación. [49]

En lo particular, en nuestro estudio, en las variables sociodemográficas no se encontraron diferencias significativas, probablemente debido a que, como se establece en la literatura, la adherencia terapéutica nula o parcial es un problema multifactorial, y en este caso en particular, no gira en relación a las variables sociodemográficas descritas, sino en lo referente a otro tipo de variables como el número de medicamentos utilizados por día, estadio KDOQI, tratamiento instalado y nivel de resiliencia, las cuales si pueden incrementar la probabilidad de esta falta de adherencia. Lo anterior es explicado porque entre mayor sea el grado de polifarmacia, mayor es el riesgo de tener una adherencia parcial o nula, dado que el recordar la toma de cada uno de los medicamentos es complejo, además de los efectos secundarios que genera cada uno de los medicamentos y que en ocasiones orillan a los pacientes a no cumplir con los tratamientos establecidos. En cuanto a los años de evolución de la enfermedad y la clasificación o estadio, si se obtuvo diferencia estadísticamente significativa encontrado en nuestro estudio, estos dos factores son determinantes para la adherencia, derivado de que conforme avanza la enfermedad los pacientes pueden ir presentando mayores complicaciones que ameritan tratamientos cada vez más complejos y tienen una menor aceptación de la enfermedad y menor capacidad de autocuidado que complican tener una adecuada adherencia.

Haciendo énfasis en la resiliencia en el caso de los pacientes enfermos crónicos terminales, se considera que es un punto fundamental, ya que el paciente al ser diagnosticado se enfrenta a situaciones desfavorables en todas las dimensiones, tanto emocional, social, familiar y física. Es por ello, que el equipo de salud debe involucrarse en hacerlos conscientes de sus recursos, aquellos que les permitan sentirse como un ser humano con posibilidades óptimas, para continuar su vida a pesar de la situación crítica por la que atraviesa y obtener un beneficio del nuevo estilo de vida que va a implementar, la orientación psicológica, debe reforzar las fortalezas de los individuos, para así fomentar la resiliencia como un proceso determinante de la salud integral. [32] En nuestro estudio, fue uno de los factores más relevantes ya que tener una resiliencia escasa incrementa la probabilidad de tener nula o parcial adherencia de 12 veces comparado con la alta adherencia, con diferencias estadísticamente significativas.

Con base en todo lo anteriormente establecido, es relevante comprender que lograr una adecuada adherencia en los pacientes es resultado de un trabajo multidisciplinario abordando múltiples factores en el paciente, con la finalidad de incidir en la disminución de complicaciones a corto, mediano y largo plazo, en la disminución de hospitalizaciones evitables y en el menor gasto de atención médica que se genera, abordando a los pacientes no solamente cuando se encuentran en estadios finales de sus enfermedades, sino también incidir en etapas previas a la presentación de complicaciones, ya que incidir en mayor medida en la prevención terciaria no tiene un costo-beneficio.

Dentro de las fortalezas de este estudio, es que se utilizaron cuestionarios validados para evaluar el nivel de resiliencia y de adherencia terapéutica, además de la consideración en conjunto de variables no solo sociodemográficas, sino también del aspecto familiar, condiciones relacionadas con las comorbilidades, evolución de la enfermedad, estadio y nivel de resiliencia.

Dentro de las debilidades, se considera que los resultados deben ser tomados con cautela por el tipo de estudio empleado, ya que, al ser un estudio transversal, no se puede establecer adecuadamente la relación entre las variables independiente y dependiente. Además, por algunos resultados obtenidos, el estudio presentó problemas de precisión, ya que algunos intervalos de confianza para los odds ratio calculados fueron amplios, sin embargo, este estudio, puede servir de punto de partida para futuras líneas de investigación con respecto al tema.

CONCLUSIONES

-El nivel de adherencia terapéutica fue total en 60.4% de los pacientes, parcial y nula de 39.6%.

-El nivel de resiliencia observada de forma general en los pacientes fue escasa en 41.7%, moderada en 13.3% y alta 45.0 %.

-Las variables sociodemográficas no mostraron diferencias significativas entre los pacientes con adherencia nula o parcial y adherencia total, sin embargo, se encontraron algunos hallazgos a considerar como estar desempleado OR 2.5 (IC_{95%} 1.66-3.75), ser analfabeta OR 2.25 (IC_{95%} 0.47-10.5)), tener primaria OR 2.00 (IC_{95%} 0.52-7.69), tener familia extensa OR 1.41 (IC_{95%} 0.79-2.51) y familia seminuclear OR 1.07 (IC_{95%} 0.57-1.99), ya que podrían incrementar el riesgo de tener nula o parcial adherencia en los pacientes, comparado con los pacientes con adherencia total.

-En algunas variables relacionadas con el tratamiento establecido en los pacientes, específicamente las de terapia de reemplazo renal, si se observaron diferencias estadísticamente significativas, para diálisis peritoneal OR 3.02 (IC_{95%} 1.26-7.23), p = 0.01 y para hemodiálisis OR 3.95 (IC_{95%} 1.41-11.02), p = 0.011, comparado con aquellos pacientes sin este tipo de tratamientos que establece que entre más avanzada se encuentre la enfermedad renal, por el tipo de tratamiento a emplear, mayor es el riesgo de tener nula o parcial adherencia terapéutica.

-Otras variables relacionadas como años de evolución de la enfermedad renal con más de 10 años OR 1.33 (IC_{95%} 0.71-2.50), p = 0.010, estadísticamente significativas comparado con los pacientes con menos de 2 años de enfermedad, en el estadio KDOQI V OR 1.80 (IC_{95%} 0.57-5.65), p=0.0001 ya que podrían incrementar el riesgo de tener nula o parcial adherencia en los pacientes, en cuanto al número de medicamentos no fueron estadísticamente significativas en nuestro estudio pero deberían tomarse en consideración en los pacientes son la

polifarmacia excesiva (10 o más fármacos) OR 1.27 (IC_{95%} 0.71-2.27) p=0.34 estadísticamente no significativa.

-Por último, el nivel de resiliencia está asociado con la adherencia nula o parcial en los pacientes con enfermedad renal crónica, ya que se observaron diferencias estadísticamente significativas; para resiliencia escasa OR 5.09 (IC_{95%} 3.06-8.46) y resiliencia moderada OR 3.61 (IC_{95%} 1.96-6.67), p = 0.0001, que traduce que entre más bajo sea el nivel de resiliencia mayor es el riesgo de adherencia terapéutica parcial o nula en los pacientes

RECOMENDACIONES:

En cada consulta captar a los pacientes con enfermedad renal crónica, con baja adherencia terapéutica que a pesar de múltiples intervenciones no se logra un buen apego de tratamiento.

Tratar de lograr una adecuada adherencia con el apoyo de un equipo multidisciplinario (medicina familiar, medicina preventiva , psicología, geriatría y trabajo social) abordando múltiples factores en el paciente, con la finalidad de incidir en la disminución de complicaciones a corto, mediano y largo plazo en la disminución de hospitalizaciones evitables, abordando a los pacientes no solamente cuando se encuentran en estadios finales de sus enfermedades, sino también incidir en etapas previas a la presentación de complicaciones

El equipo de salud debe tratar de investigar los recursos de los pacientes, investigar de redes de apoyo que les permitan sentirse como un ser humano con posibilidades óptimas.

Tratar de implementar, la orientación psicológica, con la finalidad de reforzar las fortalezas de los individuos, para así fomentar la resiliencia como un proceso determinante de la salud integral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- [1] Tamayo-Orozco JA. la enfermedad renal crónica en México, hacia una política nacional para enfrentarla. Academia Nacional de Medicina de México 2016.
- [2] Lorenzo-Sellares V. LGJ (Eds). Enfermedad Renal Crónica. Revista nefrología Org 2021:136.
- [3] K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease. National Kidney Foundation. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. Am J Kidney Dis 2002;39: S1-266.
- [4] Instituto Mexicano del Seguro Social. Prevalencia de enfermedad renal crónica y factores de riesgo en el programa de atención Diabetimss*. Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social 2017; 55:210–218.
- [5] GBD Chronic Kidney Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet 2020.
- [6] Worldwide trends in diabetes since 1980. Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4·4 million participants. Lancet 2016 2016; 387:1513–1530.
- [7] GBD 2017 Incidence and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet 2018.
- [8] Figueroa-Lara A, Gonzalez-Block MA, Alarcon-Irigoyen J. Medical Expenditure for Chronic Diseases in Mexico: The Case of Selected Diagnoses Treated by the Largest Care Providers. PLoS ONE. 2016;11(1): e0145177. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145177> n.d.
- [9] Instituto Mexicano del Seguro Social. Ejercicio y alimentación balanceada, binomio para prevenir enfermedades del riñón: IMSS. Instituto Mexicano Del Seguro Social 2020.
- [10] Atlas of end-stage renal disease in the United States. USRDS Annual data report volume two The United States. Washington DC; 2013. Disponible en: <http://www.usrds.org/adr.aspx> 2013.
- [11] Modelo de atención de la enfermedad renal crónica en la atención primaria de la salud. Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social 2017; 55:134–142.
- [12] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Chronic kidney disease in the United States, 2021. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention 2021.
- [13] Guía de Práctica Clínica. México. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2019. CENETC 2019.

- [14] Beaulieu M LA. Analysis of multidisciplinary care models and interface with primary care in management of chronic kidney disease. *Semin Nephrol* 2009; 29:467–474.
- [15] Lastre DY, Galiano GG, Sánchez NHM. Prevalencia de la enfermedad renal oculta en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Med Electron*. 2019; 41:850–861.
- [16] Kamyar Kalantar-Zadeh. Nutritional Management of Chronic Kidney Disease. *The New England Journal of Medicine*. 2018.
- [17] Pinillos-Patiño Y, Herazo-Beltrán Y, Gil Cataño J, Ramos de Ávila J, Pinillos-Patiño Y, Herazo-Beltrán Y, *et al*. Actividad física y calidad de vida en personas con enfermedad renal crónica. *Revista Médica de Chile* 2019; 147:153–160. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872019000200153>.
- [18] De rosa G, von Stecher F. Smoking ang glomerulosclerosis. *Rev Nefrol Dial Traspl*. 2016; 36:241–245.
- [19] Arévalo-Ruíz AM, Plaza-Fuentes R. Recomendaciones nutricionales en la enfermedad renal crónica. *Ocronos*. 2020; 3:28.
- [20] Guía de Práctica Clínica IMSS. 727-14. Tratamiento sustitutivo de la función renal. diálisis y hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica. n.d.
- [21] Forero-Villalobos J, Hurtado-Castillo Y, Barrios-Araya S, Forero-Villalobos J, Hurtado-Castillo Y, Barrios-Araya S. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento del paciente en diálisis peritoneal. *Enfermería Nefrológica* 2017; 20:149–157. <https://doi.org/10.4321/S2254-288420170000200008>.
- [22] Pfizer. Foro la adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. Obtenido de https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/foropfizer_2009.pdf. Pfizer 2017.
- [23] Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>. Organización Mundial de La Salud [Citado 5 Ago 2009] 2004.
- [24] Guzmán-Carrillo KY. Intervención cognitivo-conductual para incrementar adherencia terapéutica, mejorar relaciones intrafamiliares y calidad de vida en pacientes pediátricos con Síndrome Nefrótico. 2017. Universidad de Guadalajara, Ciudad de México, 2017. Tese (Mestrado Em Psicología Da Saúde) 2017.
- [25] Vilaplana-Pérez F. Adherencia al tratamiento. Una revisión desde la perspectiva farmacéutica Therapeutic adherence. A review from the pharmaceutical perspective C. Departamento de Anatomía Humana y Psicobiología. Universidad de Murcia. *Pharm Care Esp* 2012; 14:249–255.
- [26] Ortega-Lima MI. Adherence to treatment in chronic diseases. *Revista Electrónica de Portales Médicos*. 2020;15.
- [27] Valdés MÁ. Las enfermedades crónicas no transmisibles: una mirada actual ante el reto. *Rev Finlay Cienfuegos*. 2016;6.
- [28] Rivera-Ledesma A, Montero-López Lena M, Sandoval-Ávila R. Escala de Ansiedad ante la Muerte, de Templer: propiedades psicométricas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Journal of Behavior, Health & Social Issues [Internet]* 2010;2:83–91.

- [29] Rojas-Villegas Y, Ruíz-Martínez AO, González-Sotomayor R, Rojas-Villegas Y, Ruíz-Martínez AO, González-Sotomayor R. Ansiedad y depresión sobre la adherencia terapéutica en pacientes con enfermedad renal. *Revista de Psicología*. 2017; 26:65–77. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2017.46859>.
- [30] Ruiz Calzado MR. La adherencia terapéutica en el paciente trasplantado renal. *Enfermería Nefrológica*. 2013; 16:258–270. <https://doi.org/10.4321/S2254-28842013000400007>.
- [31] Huertas-Vieco MP, Pérez-García R, Albalate M, Sequera P de, Ortega M, Puerta M, *et al.* Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. *Nefrología (Madrid)* 2014; 34:737–742. <https://doi.org/10.3265/nefrologia.pre2014.jul.12477>.
- [32] Acosta-López IC, Sánchez-Araiza YI. Resilience Manifestation as a Protection Factor Among Chronic Terminal Hospitalized Patients. *Psicología Iberoamericana*. 2009;17(2):24-32.
- [33] García del Castillo JA, López-Sánchez C, Dia P. conceptualización teórica de la resiliencia psicosocial y su relación con la salud instituto de Investigación de Drogodependencias Alicante, España. *Salud y Drogas*. 2016; 16:59–68.
- [34] Palomar J. Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos. *Rev Interdisciplinaria*. 2010; 27:7–22.
- [35] Dong Ch, Wu Q, Pan Y, Yan Q, Xu R, Zhang R. Family Resilience and Its Association with Psychosocial Adjustment of Children with Chronic Illness: A Latent Profile Analysis. *J Pediatr Nurs*. 2021; 60:6-12.
- [36] Arrebola-Moreno AL, Garcia-Retamero R, Catena A, Marfil-Álvarez R. On the protective effect of resilience in patients with acute coronary syndrome. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2014; 14:111–119.
- [37] Catalano D, Chan F, Wilson L. The buffering effect of resilience on depression among individuals with spinal cord injury: a structural equation model. *Rehabilitation Psychology*. 2011; 56:200–211.
- [38] Berry JW, Rivera P, Elliott TR. Resilient, undercontrolled, and overcontrolled personality prototypes among persons with spinal cord injury. *J Pers Assess*. 2007; 89:292–302.
- [39] DeNisco S. Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2011; 23:602–610.
- [40] Kusnanto HA, Yuni WK. A qualitative study exploring diabetes resilience among adults with regulated type 2 diabetes mellitus, *Diabetes & Metabolic Syndrome. Clinical Research & Reviews*. 2020; 14:1681–1687.
- [41] Perna L, MA, LME, ERT. Socioeconomic position, resilience, and health behaviour among elderly people. *International Journal of Public Health*. 2011; 57:341–349.
- [42] González-Flores CJ, Ureña-Rodríguez MG, Meda-Lara RM. Resiliencia y enfermedad renal crónica: Una Revisión Sistemática Resilience and end stage renal disease: A Systematic Review. *Revista Iberoamericana de Psicología* 2018.
- [43] Islahudin F, Yee LF. Continuous medication monitoring: A clinic model to predict adherence to medications among chronic kidney disease patients. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2021; 17:1831–1840.

- [44] Quiceno JM, Vinaccia Alpi S. Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Psicología desde el Caribe* [Internet]. *Psicología Desde El Caribe* 2012; 29:87–104.
- [45] San Román Mata S, Martínez-Martínez A, Zurita-Ortega F, Chacón-Cuberos R, Puertas-Molero P, González-Valero G, *et al.* Capacidad de resiliencia según tendencia religiosa y género en universitarios. *Revista Electrónica de Investigación Educativa* 2019; 21:1. <https://doi.org/10.24320/redie.2019.21.e15.2016>.
- [46] Eggenberger SK MS. Reintegration within families in the context of chronic illness. A family health promoting process. *J Nurs Healthcares*. 2011; 3:283–292.
- [47] Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino IM. Medication Adherence: Modifiers and Improvement Strategies. *Ars Pharm*. 2018; 59(4): 251-258.
- [48] Amezcua-Macías A, Rodríguez-Weber FL, Díaz-Greene EJ. Apego al tratamiento y control de los pacientes diabéticos en la comunidad. *Med Int Méx*. 2015; 31:274-280.
- [49] Ramos-Rangel Y, Morejón-Suárez R, Gómez-Valdivia M, Reina-Suárez ME, Rangel-Díaz C, Cabrera-Macías Y. Therapeutic Adherence in Patients with Diabetes Mellitus Type 2. *Rev Finlay*. 2017;7(2):89-98.
- [50] Aguilar-Rivera T, Mizuki A, González-López A, Pérez-Rosete A. Family Functionality and Adherence to Treatment in Chronic Renal Failure Patients Receiving Replacement Therapy with Peritoneal Dialysis. *Aten Fam*. 2014;21(2):50-54.

ANEXOS

**ANEXO 1
INSTRUMENTO**



ASOCIACION ENTRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL NIVEL DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 15

Investigadores a cargo:

Martínez Ortega María Maribel Médico Residente Matricula 97385353 Adscripción médico residente de segundo añoUMF#15

Gonzalo Iván Julián Bello, asesor metodológico, matricula:98158723, adscripción Medico Epidemiólogo /UMF#15

Pablo Roberto Castro Guadalupe, asesor clínico, Matricula 98158723, Adscripción Médico Familiar UMF#15

Instrucciones:

Para contestar el cuestionario que se presenta a su consideración siga, por favor las siguientes instrucciones.

- lea la pregunta antes de responder
- señale con una X la respuesta que usted considere adecuada
- marque solo una alternativa

Aspectos sociodemográficos

- Fecha: _____
- Nombre: _____
- 1.Edad: _____ años.....Genero: masculino () femenino ()
- Estado civil: _____
- Ocupación: _____
- ¿Con quién vive?: _____
- ¿Escolaridad: _____
- ¿Comorbilidades agregadas?: _____
- ¿Número de medicamentos que toma al día? _____
- ¿Cuántos años tiene con Enfermedad Renal Crónica ? : _____ años
- ¿tratamiento actual para la enfermedad renal crónica en el momento del estudio?
tratamiento farmacológico (), diálisis Peritoneal (), hemodiálisis (), trasplante ()
10. creatinina sérica: _____ mg/dl. para determinar TFG KDOQUI.

Anexo 2

A continuación, usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular o con la que esté de acuerdo:

ESCALA DE RESILIENCIA Wagnild y Young (1993) ITEMS	en desacuerdo				muy de acuerdo		
	1	2	3	4	5	6	7
1.cuando planeó algo lo realizo							
2.generalmente me las arreglo de una manera u otra							
3.Dependo más de mí mismo que de otras personas							
4.es importante para mí							
5.puedo estar solo si tengo que hacerlo							
6.me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida							
7.usualmente veo las cosas a largo plazo							
8. soy amigo de mí mismo							
9.siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo							
10.soy decidido(a)							
11.rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo							
12.tomo las cosas una por una							
13.puedo enfrentar las dificultades porque lo he enfrentado anteriormente							
14.tengo autodisciplina							
15.me mantengo interesado en las cosas							
16.por lo general encuentro algo de que reírme							
17.en creer en mí mismo, me permite atravesar tiempo difíciles							
18.en una emergencia soy una persona en la que se puede confiar							
19.generalmente puedo ver una situación de varias maneras							
20.algunas veces me obligo hacer cosas, aunque no quiera							
21.mi vida tiene significado							
22.no me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada							
23.cuando estoy en una situación difícil, generalmente. Encuentro una salida							
24tengo energía suficiente para hacer lo que debo hacer							
25. acepto que hay personas a las que no les agrado							

TOTAL= _____

Valores mayores a 147, indican alta resiliencia
 Valores entre 121-146, moderada resiliencia;
 Valores menores a 121, escasa resiliencia.

Anexo 3

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA TERAPEUTICA DE MARTIN-BAYARRE GRAU

ITEMS	SIEMPRE 4	CASI SIEMPRE 3	A VECES 2	CASI NUNCA 1	NUNCA 0
1.-Toma los medicamentos en el horario establecido					
2.-Se toma todas las dosis indicadas					
3.-Realiza los ejercicios indicados					
4.-Cumple con las indicaciones relacionadas con la dieta					
5.-Asiste a las consultas de seguimiento programadas					
6.-Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria					
7.-Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento					
8.-Puede cumplir el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos					
9.-Puede llevar a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos					
10.-Usted y su médico deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir					
11.-Usted y su médico conversan acerca de cómo cumplir el tratamiento					
12.-Tuvo la posibilidad de manifestar la aceptación del tratamiento prescrito por su médico					

PUNTUACIÓN TOTAL

Buena adherencia (38-48 puntos)
Adherencia parcial (18-37 puntos)
No adherencia (0-17).



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Delegación Sur Ciudad de México.
Coordinación Clínica de Investigación
e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No. 15



Ciudad de México, 14 diciembre de 2021


COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD
OOAD D.F. SUR
PRESENTE

Por medio de la presente, manifiesto que **NO EXISTE INCONVENIENTE** en que se lleve a cabo el proyecto **"ASOCIACION ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL NIVEL DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAN 15."** en la Unidad a mi cargo. Se aplicara un cuestionario de 37 items y se recabara consentimiento informado, bajo la responsabilidad de los investigadores:


DR. PABLO ROBERTO CASTRO GUADALUPE Matricula 96158723 Y **MARTINEZ ORTEGA MARIA MARIBEL**
Matricula: 97385353

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente



Dra. Lidya Cristina Barrios Dominguez
Directora UMF No. 15

 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCION REGIONAL CENTRO ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA D.F. SUR UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 15 PRADO CHURUBUSCO COORDINACIÓN CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD	
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
NOMBRE DEL ESTUDIO	ASOCIACION ENTRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y EL NIVEL DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 15
PATROCINADOR EXTERNO	No aplica
LUGAR Y FECHA	Ciudad de México a octubre 2021 UMF 15 "Prado Churubusco" Av. Ermita Iztapalapa 411, Col. Prado Churubusco, Alcaldía Coyoacán C.P. 04320
NÚMERO DE REGISTRO	Pendiente
JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVO DEL ESTUDIO	El investigador me ha informado que el presente estudio tiene como finalidad evaluar la adherencia al tratamiento y su relación con el nivel de resiliencia, Por lo que entiendo que el objetivo del trabajo al final es valorar si existe alguna relación entre estas dos variables
PROCEDIMIENTOS	Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una breve encuesta consta de 37 preguntas, toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse.
POSIBLES RIESGOS Y MOLESTIAS	El investigador me ha informado que el presente estudio representa un riesgo mínimo para mi salud e integridad. Se llevará a cabo en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar y no representará mayor carga de trabajo, solo una breve distracción de mi actividad laboral. Los datos obtenidos serán tratados de manera anónima y únicamente para fines académicos.
POSIBLES BENEFICIOS QUE RECIBIRÁ AL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO	El investigador me ha explicado que con el presente estudio se tendrá una perspectiva acerca de la relación entre adherencia al tratamiento y el nivel de resiliencia, esto ayudara a obtener información que ayudará a ver áreas de oportunidad y posible desarrollo de programas y medidas que se empleen en el primer nivel de salud.
INFORMACIÓN SOBRE RESULTADOS Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO	El investigador se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca del procedimiento que se llevara a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
PARTICIPACIÓN O RETIRO	Mi participación es voluntaria en este estudio. Es de mi conocimiento que será libre de abandonar este estudio de investigación en el momento que así lo desee.
PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD	El investigador me ha asegurado, que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.
EN CASO DE COLECCIÓN DE MATERIAL BIOLÓGICO (NO APLICA)	
<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES RELACIONADAS CON EL ESTUDIO PODRÁ DIRIGIRSE A:	
INVESTIGADOR RESPONSABLE	Nancy García Cervantes, Médico Familiar. Matrícula: 99386966 Adscripción: Medico Familiar No.15, Calzada Ermita Iztapalapa No. 411, Alcaldía Coyoacán, Col. Prado Churubusco C.P. 04320, Teléfono: 5537041204 e-mail: nancy.garciace@imss.gob.mx
COLABORADORES	Martínez Ortega María Maribel Médico Residente de la Especialidad en Medicina Familiar Matrícula: 97385353. Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No.15, Calzada Ermita Iztapalapa No. 411, Alcaldía Coyoacán, Col. Prado Churubusco C.P. 04320, Ciudad de México. Teléfono. 55 10 03 37 15 e-mail: marybelmartinezortega2@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico comision.etica@imss.mx	
<p>_____ Nombre y firma del sujeto.</p> <p>TESTIGO 1</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma.</p>	<p>Martínez Ortega María Maribel</p> <p>_____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento.</p> <p>TESTIGO 2</p> <p>_____ Nombre, dirección, relación y firma.</p>

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo a las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013