Facultad de Medicina

Unidad Médico Familiar No.2

"GRADO DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ATENDIDOS EN LA U.M.F. 2 DEL IMSS, PUEBLA"

Tesis presentada para obtener el grado de:

Especialidad en MEDICINA FAMILIAR

Presenta: Dr. Jesús Alejandro Martínez Ortega.

Director de tesis:
Dra. Verónica Rivera Martínez
Médico Especialista en Medicina Familiar
UMF 2

No. de registro: R-2018-2103-025

H. Puebla de Z. Febrero 2020

HOJA DE AUTORIZACION DE TESIS

La que suscribe doctora Verónica Rivera Martínez, director de la tesis titulada **"GRADO DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ATENDIDOS EN LA U.M.F. 2 DEL IMSS,."** Realizada por el Dr. Jesús Alejandro Martínez Ortega, residente de la especialidad en medicina familiar, hago constar que he revisado el contenido científico y la estructura metodológica por lo que autorizo su impresión.

ATENTAMENTE

DIRECTOR DE TESIS

Dra. Verónica Rivera Martínez
Médico Familiar Adscrito a Atención Medica Continua

HEROICA PUEBLA DE ZARAGOZA NOVIEMBRE 2019

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL PUEBLA

Dictamen de Autorización

Comité Local de Investigación en Salud 2103 con número de registro 17 CI 21 114 023 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOETICA CONBIOETICA 21 CEI 009 2017103.
U. MED FAMILIAR NUM 2

FECHA Martes, 10 de julio de 2018,

M.F. VERÓNICA RIVERA MARTÍNEZ
P R E S E N T E

[illegible]

GRADO DE RESISTENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ATENDIDOS EN LA U.M.F. 2 DEL IMSS, PUEBLA

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud de acuerdo con las modificaciones de sus integrantes de los revisores, además con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que se dictamina A U T O R I Z A D O con el número de registro institucional:

	No. de Registro R-2018-2103-006

ATENTAMENTE

DR. JOSÉ DAVID LÓPEZ BORDOLLA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2103

IMSS

FACULTAD DE MEDICINA
RECIBIDO
22 FEB 2019
SECRETARÍA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios, a mis padres , quien siempre han estado pendiente mí con paciencia en todo momento en el transcurso de mi vida, a mis hermanos y hermanas, quienes siempre me han dado su apoyo incondicional en este proceso de desarrollo profesional, y a mis profesores de quienes he aprendido muchas cosas ya que me han dado sus conocimientos y su ejemplo, acción importante que me ha servido de referencia para llegar al lugar donde ahora me encuentro.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres
por el apoyo otorgado en este periodo de mi vida, por los ejemplos de perseverancia y constancia que los caracterizan y me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante.

A mi esposa Jose y mis hijas Cinthya, Andrea y Gabriela
Por ser el motor de mi vida, sé que cada sacrificio al final será recompensado para todos,

A mis hermanos que con su apoyo me fortalecieron a seguir adelante, dándome ánimos a no desistir.

No tengo otra palabra más que Gracias a todos los que estuvieron apoyándome. Por haberme permitido llegar hasta este punto y lograr mis objetivos.

INDICE

1.- RESUMEN 7
2.- INTRODUCCIÓN 8
3.-ANTECEDENTES 9
3.1.- ANTECEDENTES GENERALES: 9
3.2.- ANTECEDENTES ESPECÍFICOS: 13
4.- JUSTIFICACIÓN 30
5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 31
6.- HIPOTESIS 32
7.- OBJETIVOS 32
7.1.- OBJETIVO GENERAL: 32
7.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 32
8.- MATERIAL Y MÉTODOS 33
8.1. TIPO DE ESTUDIO: descriptivo. 33
8.1.1.- CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO: 33
8.2. UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL: 33
8.3. MUESTREO: 33
8.3.1. DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN. 33
8.3.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA. 33
8.3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO. 34
8.3.4. DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO. 34
8.4.- DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN: 35
8.5. ESTRATEGIA DE TRABAJO: 37
8.6. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 37
8.7. TÉCNICA Y PROCEDIMIENTOS: 37
8.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS: 38
9. RESULTADOS 39
10.- DISCUSIÓN 46
11.- CONCLUSIONES 47
12.- PROPUESTAS 48
12.- BIBLIOGRAFÍA 50
13.- ANEXOS 54

1.- RESUMEN

“GRADO DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ATENDIDOS EN LA U.M.F. 2 DEL IMSS, PUEBLA”

Introducción: La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es un problema de salud en el que, lamentablemente, no es sólo el estado físico del paciente el que se ve dañado, sino que también su bienestar emocional y su calidad de vida pueden presentar un deterioro significativo, ya que dicha enfermedad conlleva tratamientos que pueden causar dolor y depresión al paciente.

Objetivo: Identificar el grado de resiliencia de pacientes con Enfermedad Renal Crónica en la Unidad Médica Familiar número 2 en la ciudad de Puebla.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal, prospectivo. El estudio se llevó a cabo en la UMF 2 del IMSS Puebla en el periodo de julio de 2018 a septiembre de 2018. El muestreo fue no probabilístico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica, sin tratamiento sustitutivo y cualquier tipo de tratamiento sustitutivo, de la unidad de medicina familiar número 2 de la ciudad de Puebla, de ambos sexos, de cualquier edad, que acepten participar en el estudio, que firmen el consentimiento informado. Se excluyeron pacientes que presentaron algún grado de discapacidad motora. Se eliminaron pacientes con cuestionarios incompletos.

Resultados:

El grupo de edad más frecuente fue 46 a 65 años en 146 pacientes (58.9%).

El sexo predominante fue femenino en 164 pacientes (66.1%).

El estado civil más frecuente fue casado en 156 pacientes (62.9%).

La ocupación más prevalente fue ama de casa en 129 pacientes (52%).

La escolaridad que más prevaleció fue primaria en 133 pacientes (53.6%).

El puntaje de Escala de Wagnild y Young predominante fue 111 a 140 en 114 pacientes (46%).

Conclusión:

El grado de resiliencia más frecuente fue el de bajo grado, el cual se presentó en 140 pacientes (56.5%).

Palabras clave: *Resiliencia, Enfermedad Renal Crónica, paciente resiliente.*

2.- INTRODUCCIÓN

Resiliencia es “un vocablo nuevo de uso cada vez más frecuente que habrá que incorporar necesariamente a nuestro vocabulario. Expresa un complejo constructo conceptual desarrollado originalmente en el ámbito de la psicología y adoptado por la sociología, que llega también a las ciencias políticas y a las educativas y a la medicina familiar que irremediablemente ganará pronto la atención en educación médica”.

En la relación con la física, la resiliencia es un sinónimo de “elasticidad o flotabilidad que expresa la capacidad de un cuerpo para recuperar su estado o posición original una vez dejen de actuar aquellas fuerzas que tienden a deformarlo, desplazarlo o sumergirlo”. En el ámbito de las ciencias de la vida, resiliencia expresa la adaptabilidad de los individuos o los grupos frente a los retos o amenazas y se ha definido como "la capacidad para vivir, desarrollarse positivamente o superarse frente al estrés o las adversidades que pueden normalmente ser causa de consecuencias negativas". “Es un concepto positivo que reconoce los mecanismos para hacer frente exitosamente a los contratiempos y a las adversidades y que refuerza a los individuos”.

Para los médicos, que frente a los pacientes deben manejar sus emociones y abstenerse de emitir juicios morales o sociales, y que en ocasiones deben causar dolor a inocentes (p. ej., al vacunar a un niño, amputar un miembro gangrenado o reducir una fractura), la resiliencia es un componente imprescindible de su equipamiento profesional.

3.-ANTECEDENTES

3.1.- ANTECEDENTES GENERALES:

Los seres humanos suelen encontrar una variedad de dificultades y desafíos en el transcurso de sus vidas, que van desde molestias diarias hasta acontecimientos importantes de la vida. De hecho, Bonanno y Mancini señalaron que la mayoría de las personas experimentan al menos un evento potencialmente traumático en su vida. El término "potencialmente" es importante porque llama la atención sobre las diferencias en la forma en que las personas reaccionan a los acontecimientos de la vida y si ocurre trauma como resultado. Para ilustrar, algunos individuos se sienten abrumados por los problemas cotidianos mientras que otros reaccionan positivamente a la mayoría de las pruebas de las experiencias. Es el estudio de la resiliencia psicológica lo que busca entender por qué algunas personas son capaces de resistir, o incluso de prosperar, la presión que experimentan en sus vidas (1).

A medida que la población humana crece estará sometida a situaciones amenazadoras para la vida lo que puede afectar de manera directa o indirecta la calidad de vida relacionada con la salud. Con esto, algunos humanos pueden experimentar un dolor muy profundo frente al cual no logran recuperarse, mientras otras sufren menos intensamente por un periodo más breve, otras parecen recuperarse rápidamente, pero terminan presentando problemas de salud, dificultad psicosociales y disminución de bienestar psicológico. Mas allá de esto muchas personas logran soportar adecuadamente problemas asociados a una patología o situación traumática o pérdida sin alteraciones en sus capacidades. Lo anterior puede deberse a un principio denominado resiliencia, que es” la capacidad de una persona de ser inmune y adaptarse al estrés, lo cual le permite desarrollarse como individuo, a pesar de experiencias de vida infelices” (2).

La resiliencia es un “constructo dinámico y multidimensional que hace referencia a la capacidad que tienen los sistemas personales de afrontar o recuperarse con éxito de las situaciones adversas; se asocia a crecimiento positivo y a superación de los desafíos”. Aunque se discute su naturaleza y forma

de estudio, existe acuerdo general respecto a que la resiliencia incluye 2 aspectos relevantes: exposición significativa al riesgo y evidencia de adaptación positiva a pesar de serias amenazas al desarrollo (3).

Perspectivas históricas

La derivación etimológica de la palabra "resiliencia" proviene del latín resiliens, que significa "rebotar, retroceder" y proporciona la base para su aplicación en una variedad de áreas. Dictionary.com define la resiliencia como una habilidad para recuperarse fácilmente de una enfermedad, depresión, adversidad o similar. El diccionario Merriam-Webster afirma que la capacidad de recuperación es la capacidad de recuperarse o adaptarse fácilmente a la desgracia o al cambio. Si bien la característica común de todas las definiciones es la capacidad de recuperarse de un estado alterado, no ofrecen ninguna explicación de los mecanismos por los cuales se produce la resiliencia (4).

Garmezy sugirió que la disponibilidad de recursos psicosociales podría contribuir a contrarrestar la influencia negativa de una adversidad como la esquizofrenia y promover la adaptación conductual positiva. Aunque no se lo denominaba resiliencia en ese momento, este estudio fue uno de los primeros en abordar los principales problemas relacionados con el concepto de resiliencia. Garmezy y Rodnick también estudiaron niños en la pobreza y se estableció la teoría de los "factores acumulativos" que contribuyen a los resultados. Propusieron que un rasgo de personalidad del individuo no es la única fuente de un resultado, sino que es un producto de factores internos y externos. Esta combinación de elementos psicosociales y predisposiciones biológicas combina como riesgo y “factores de protección” que ayudan a definir lo que ahora se conoce como resiliencia (4).

Carga de las enfermedades crónicas

La carga de enfermedad y mortalidad por condiciones crónicas forma un importante reto para todos los sistemas de salud alrededor del mundo. “La Organización Mundial de la Salud (OMS) proyectó que entre los años 2005 y 2015

morirían aproximadamente 380 millones de personas como resultado de la epidemia global de las enfermedades crónicas, de los cuales alrededor de 17 millones perecerían prematuramente cada año. Para el 2030 se proyecta que las enfermedades no transmisibles causarán el 69% de todas las muertes en el planeta" (5).

Las enfermedades crónicas son especialmente preocupantes para los países de medianos y bajos ingresos, donde la incidencia de estas condiciones está aumentando desproporcionadamente. En efecto, el 80 % de las muertes causadas por condiciones crónicas ocurre en países de bajos y medianos ingresos, donde las personas tienden a desarrollar enfermedades a más pronta edad, sufren por más largo tiempo y mueren más temprano que en los países de altos ingresos (5).

La insuficiencia renal crónica está relacionada con la disminución en la tasa de filtración, junto con la pérdida de las funciones reguladoras, endocrinas y excretoras del riñón. Los tipos de tratamiento para la insuficiencia renal crónica son: diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante de riñón (6).

Entonces, una vez diagnosticado con insuficiencia renal crónica, el paciente debe ser enviado tan pronto como sea posible al tratamiento, ya sea conservador o dialítico. El tratamiento se caracteriza como una experiencia difícil y dolorosa, pero es esencial para el mantenimiento de la vida de las personas con insuficiencia renal crónica. Por lo tanto, los pacientes con enfermedades renales deben adaptarse a los cambios, como los nuevos hábitos alimenticios, la rutina modificada y la dependencia de la familia y la pérdida de autonomía. Y esto implica cambios en su integridad física y emocional (6).

Resiliencia en enfermedades crónicas

La resiliencia parece tener un papel importante en la configuración de si las personas se recuperan o no de la adversidad y mantienen un crecimiento y funcionamiento saludables en la vida posterior. Los altos niveles de bienestar (especialmente en la forma de tener un sentido de propósito y apoyo social) protegen contra niveles elevados de inflamación, disminuyen la probabilidad de

discapacidad y mortalidad temprana y ayudan a las personas mayores a manejar el impacto negativo de los cambios en la salud (7).

Es bien sabido por los investigadores que los factores de protección involucrados en la resiliencia, como el optimismo y el estado de ánimo positivo, la autoestima, el autocuidado, la independencia, el apoyo social y la reducción de la ansiedad, están relacionados con la influencia en la salud, incluidos los procesos biológicos como función neuroendocrina e inmune (8).

La literatura científica plantea que “los factores que se relacionan con la presencia y/o ausencia de resiliencia en adultos con enfermedades crónicas pueden variar entre diferentes grupos de personas. Sin embargo, ciertos rasgos comunes parecen trascender más allá de las diferencias individuales y culturales” (9).

El estudio de la resiliencia durante toda la vida puede encaminarse a entender la “forma de reducir el tiempo en que las personas pasan con mala salud, es decir, que promover una adecuada salud mental y hábitos saludables en todas las edades, las enfermedades pueden ser prevenidas o retrasadas desde los niños hasta los adultos mayores” (10).

3.2.- ANTECEDENTES ESPECÍFICOS:

Enfermedad renal crónica

Desde que el Kidney Disease Outcome Quality Initiative propuso en 2002 los nuevos criterios diagnósticos para la enfermedad renal crónica (ERC), esta ha adquirido una gran relevancia, tanto por su prevalencia como por su valoración como factor de riesgo cardiovascular (11).

La enfermedad renal crónica es una enfermedad muy prevalente, especialmente en los individuos de mayor edad. En nuestro país, la prevalencia de filtrado glomerular estimado (eFG) menor de 60 ml/min/1.73 m^2 descrita varía del 21.4% para mayores de 64 años en población general, al 33.7% en mayores de 70 años atendidos en centros de salud, y hasta el 53.4% en mujeres hipertensas mayores de 64 años (11).

Si bien inicialmente existía cierta controversia sobre el uso del eFG para el diagnóstico de la ERC en fases iniciales, los últimos metaanálisis han puesto en evidencia que tanto un eFG < 60 ml/min/1.73 m^2 como un cociente albúmina/creatinina ≥ 1.1 mg/mmol (10 mg/g) son predictores independientes del riesgo de mortalidad e insuficiencia renal terminal en población general (11).

"La ERC se define por la presencia de daño renal por un período mayor a 3 meses, evidenciado por lo menos una de las siguientes situaciones":

- "Alteraciones de la función renal: un índice de filtrado glomerular estimado o medido menor a 60 ml/min/1.73 m^2.
- Presencia de marcadores de daño renal: anormalidades del sedimento urinario, microhematuria persistente, presencia persistente de leucocitos, presencia de cilindros eritrocitarios o leucocitarios.
- Anormalidades estructurales detectadas por medio de estudios por imágenes, presencia en la ecografía de cicatrices renales, riñones pequeños o quistes renales múltiples y bilaterales que puedan corresponder a enfermedad poliquística.
- Biopsia que documente anormalidades" (12).

Etiopatogenia

Como en todas las patologías, existen factores que aumentan la susceptibilidad para padecer ERC, factores iniciadores y factores de progresión. La pérdida de nefronas funcionantes, sea cual sea la causa, condiciona cambios intraglomerulares con aumento de presión, proteinuria y respuestas proinflamatorias. Esto degenera en una pérdida de más nefronas, entrando en un círculo vicioso cuya consecuencia final es la necesidad de la terapia renal sustitutiva. Sin embargo, se sabe que un solo factor instigador puede no ser suficiente para condicionar esta iniciación y progresión, considerándose actualmente la ERC como la consecuencia de un proceso de múltiples agresiones (multi-hit process) (13).

Entre los factores iniciadores ya conocidos de ERC se encuentran: “edad, historia familiar de ERC (tanto como iniciadora de nefropatías hereditarias como de ERC), etnia (afro-caribeños e indo-asiáticos), género (hombre), diabetes mellitus, síndrome metabólico, estados que condicionen hiperfiltración tales como obesidad, hipertensión arterial, anemia, alta ingesta de proteínas o disminución de la masa nefronal; albuminuria, dislipidemia, uso de nefrotóxicos como antiinflamatorios no esteroideos (AINE), antibióticos, contrastes yodados, cadenas ligeras, la presencia de una ERC primaria, trastornos urológicos o enfermedad cardiovascular” (13).

Los factores de progresión se pueden dividir en modificables y no modificables y muchos son compartidos con los factores de riesgo cardiovascular. De hecho, las sociedades científicas ya consideran a la ERC como un factor de riesgo cardiovascular per se superponible a la insuficiencia cardiaca congestiva. “Dentro de los factores no modificables encontramos la edad, el género, la raza afroamericana, la genética y la pérdida de masa renal. Los factores modificables o perpetuantes incluyen hipertensión arterial mantenida, proteinuria (su efecto deletéreo es más acusado cuando supera 1 gramo al día, y su reducción genera disminución del riesgo de progresión), el sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA) (su inhibición enlentece la progresión de la ERC), el control glucémico en la diabetes mellitus tipo 1 y 2, la obesidad y el síndrome metabólico (ya que

perpetúan la proteinuria), la dislipidemia, el tabaco, la hiperuricemia (la reducción del ácido úrico sérico se ha asociado a enlentecimiento de la ERC), el uso de nefrotóxicos, la anemia y los antecedentes de patología cardiovascular" (13).

Estadios evolutivos

La enfermedad renal crónica es progresiva y sigue un patrón constante que depende de su etiología y del propio paciente.

"Estadio 1: pacientes con diabetes y microalbuminuria con una tasa de filtración glomerular normal (14).

Estadio 2: se establece por el daño renal asociado con la ligera disminución de la tasa de filtración glomerular entre 89 y 60 mL/min/1.73 m^2. Por lo general, el paciente no tiene síntomas y el diagnóstico se establece de manera incidental. (14)

Estadio 3: es la disminución moderada de la tasa de filtración glomerular entre 30 y 59 mL/min/1.73 m^2. El estadio 3 se divide en dos etapas. La etapa temprana 3a es la de pacientes con tasa de filtración glomerular entre 59 y 45 mL/min/1.73 m^2 y la etapa tardía 3b con tasa de filtración glomerular entre 44 y 30 mL/min/1.73 m^2. Cuando la función renal disminuye, en el torrente sanguíneo se acumulan sustancias tóxicas que ocasionan uremia. Lo común es que los pacientes tengan síntomas y complicaciones típicas originadas por la hipertensión, anemia y alteraciones del metabolismo óseo (14).

Estadio 4 se refiere al daño renal avanzado con disminución grave de la tasa de filtración glomerular entre 15 y 30 mL/min/1.73 m^2. Pacientes con alto riesgo de complicaciones cardiovasculares.

Estadio 5 o insuficiencia renal crónica terminal, la tasa de filtración glomerular cae por debajo de 15 mL/min/1.73 m^2. En este estadio se requiere tratamiento sustitutivo (14)".

Definición de resiliencia

El constructo resiliencia se ha utilizado para describir la capacidad de adaptación en situaciones de cambio y el proceso dinámico que implica la interacción entre factores situacionales de riesgo y personales de protección que

actúa para modificar los efectos en la salud de las personas en situaciones aciagas (15).

Una de las definiciones más aceptada es la de Garmezy para quien la resiliencia es la “capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después de la incapacidad inicial ante un evento estresante; antes que una invulnerabilidad al estrés es la habilidad para recobrarse de los efectos de sucesos negativos” (15).

En definitiva, la resiliencia es ampliamente considerada como “la adaptación positiva a circunstancias de significativa adversidad como las desgracias y las situaciones trágicas de la vida” (15).

Conformación de la resiliencia

El desarrollo de esa habilidad es el resultado entre la “combinación de atributos individuales del niño o joven y su ambiente familiar, social y cultural, siendo un proceso interactivo entre la persona y el medio; un equilibrio dinámico entre los factores que auxilian el individuo en la superación de la adversidad (factores de protección) y factores que la dificultan (factores de vulnerabilidad), sean ellos externos o internos” (16).

De forma general, los factores de vulnerabilidad comprenden” los eventos de vida desfavorables y los factores protectores que remiten a formas de apoyo tanto internas como externas de forma a neutralizar el factor de agravio y permitir el enfrentamiento de la adversidad” (16).

Los procesos de protección tienen la “característica esencial de provocar una modificación catalítica de la respuesta del individuo a los procesos de riesgo. Pueden ser evidenciadas cuatro principales funciones: (1) reducir el impacto de los riesgos, hecho que altera la exposición de la persona a la situación adversa; (2) reducir las reacciones negativas en cadena que siguen la exposición del individuo a la situación de riesgo; (3) establecer y mantener la autoestima y autoeficacia, mediante el establecimiento de relaciones de apego segura y el cumplimiento de tareas con éxito; (4) crear oportunidades para revertir los efectos del estrés”. Es

posible, por lo tanto, comprender la capacidad de resiliencia del individuo como el posicionamiento y las acciones del frente a las situaciones negativas de vida (16).

Breve exposición a los riesgos: inoculación y afrontamiento

La resiliencia puede derivarse de los efectos de una breve exposición repetida a experiencias negativas en circunstancias que le permiten al individuo sobrellevar con éxito la experiencia. El ejemplo médico obvio es la adquisición de inmunidad de agentes infecciosos particulares, ya sea como resultado de la exposición natural o la inoculación de una forma modificada del patógeno (17).

El equivalente psicosocial más convincente proviene de los experimentos de Lyons y colegas con monos ardilla, basándose en el estudio anterior de Levine y Mody. Los monos jóvenes fueron retirados de su colonia por una hora de separación una vez por semana antes de regresar a sus condiciones de cría habituales. Los efectos fueron un efecto 'steeling' de sensibilidad reducida a experiencias de estrés posteriores, acompañado de efectos medibles en el sistema neuroendocrino. Es tentador ver esto como un equivalente directo de la inmunidad inducida por la inoculación, pero en ausencia de una mejor comprensión de los mecanismos de mediación que podrían ser engañosos. Un posible ejemplo humano se puede ver en la observación de Stacey, Dearden, Pill y Robinson de que los niños que experimentaron separaciones breves y felices de sus padres (como pasar la noche o quedarse con familiares) pudieron lidiar con el más complicado estrés de la admisión hospitalaria. La evidencia se basa en datos limitados de un tipo no experimental, pero la exposición en circunstancias positivas parece ser útil. La evidencia de los estudios del tratamiento de miedos y fobias también es consistente con respecto al hallazgo de que la evitación del objeto temido hace que la persistencia del miedo sea más probable (17).

Adversidad

La noción de adversidad la entiende Infante como “una amenaza o riesgo al desarrollo de la persona. Según indica el autor además se debe de concretar la naturaleza del riesgo para que la resiliencia pueda ser debidamente identificada”.

La adversidad puede ser real o subjetiva (percibida) al igual que ocurre con el riesgo. La adversidad y/o el riesgo real se basan en indicadores objetivos que nos pueden indicar el nivel de vulnerabilidad de una persona ante una situación determinada. La adversidad y/o el riesgo subjetivo se basa en las creencias y percepciones de la persona y por ello es mucho más variable (18).

Vulnerabilidad

La definición de vulnerabilidad que proponen Wisner, Blaikie, Cannon y Davis, la formulan "como aquellas características con las que cuenta una persona ante una situación determinada, que influyen en su capacidad de anticipación, resistencia y recuperación ante una amenaza. La vulnerabilidad tiende a aumentar una consecuencia negativa y la resiliencia intenta paliar esas consecuencias. Una persona vulnerable tendría un nivel de resiliencia baja y viceversa. Por ello la invulnerabilidad podríamos integrarla entre los elementos necesarios para aumentar los niveles de resiliencia" (18).

Afrontamiento

El concepto de afrontamiento está también muy ligado al de resiliencia hasta el punto de poder confundirse. Según afirma Becoña, "el afrontamiento puede entenderse en este contexto como un resultado de la resiliencia. Esta afirmación se refuerza con estudios empíricos que demuestran que las estrategias de afrontamiento positivas, como por ejemplo la evaluación cognitiva o la solución de problemas llevada a cabo de una forma activa, entre otros, se relaciona significativamente con la resiliencia y el crecimiento personal que se desprenden de procesos adversos. Las personas que utilizan estrategias de afrontamiento centradas en la tarea manejan mejor el estrés disminuyendo sus efectos negativos y aumentando el nivel de resiliencia" (18).

Impacto de hechos negativos

El desarrollo de nuevas posibilidades y cambio de probabilidades en la vida lo producen tanto hechos positivos como negativos extremos. Respecto a los hechos negativos, estudios como los de Baumeister, Bratslavsky, Finkenauer y Vohs señalan que estos tienen un impacto mayor y más duradero en las personas

que los hechos positivos, a pesar de que estos son más frecuentes. Una de las explicaciones es que los hechos negativos impactan más en la afectividad y el pensamiento de las personas, ya que generalmente son contrarios a sus expectativas e intenciones, además de ser menos frecuentes (19).

Asimismo, se ha visto que se reacciona más fuertemente utilizando más recursos emocionales, cognitivos y fisiológicos en respuesta a eventos negativos. Se piensa más en ellos, se busca más en explicarlos y afrontarlos que los hechos positivos (19).

Baumeister et al. consideran que “los individuos tienen la predisposición a responder más rápida e intensamente a hechos negativos puesto que se tiene una base evolutiva. El costo de perder oportunidades o recursos es menor que el de no percibir amenazas, por lo que en el desarrollo de la especie se ha seleccionado como un rasgo adaptativo esta predisposición a lo negativo. Pero también se ha reportado que luego de una gran reacción a los eventos negativos, por lo general se minimiza su influencia o se re-evalúan hasta neutralizar el impacto que generaron. Bilbao halló que los hechos negativos se asocian con una menor satisfacción con la vida, menor felicidad y bienestar eudamónico” (19).

Un estudio sobre la influencia de los hechos vitales mostró que los hechos negativos ocurridos hace tres meses o menos disminuyen la satisfacción con la vida; sin embargo, a los seis meses esta relación no es significativa. Bonanno propone “cuatro patrones diferentes o trayectorias ante la exposición a un contexto adverso: disfunción crónica, recuperación, resiliencia y disfunción retardada. Las personas resilientes serían aquellas que, a pesar de enfrentarse a un acontecimiento traumático, son capaces de mantener un funcionamiento normal a lo largo del tiempo, mientras que las personas que se recuperan manifestarían síntomas psicopatológicos, al menos durante algunos meses, y luego se recuperarían y serían diversos los factores personales y contextuales, como por ejemplo el apoyo social, los que determinarían las diferentes trayectorias” (19).

Alostasis, carga alostática y comportamientos relacionados con la salud

El proceso activo de responder a los desafíos y cambios adaptativos de un individuo se denomina "alostasis". Esto implica múltiples mediadores (autonómicos, cortisol, inmuno / inflamatorios, metabólicos, neuromoduladores dentro del cerebro) que interactúan de forma no lineal entre sí y promueven la adaptación en el corto plazo, siempre que se enciendan de manera eficiente cuando sea necesario y se apaguen rápidamente cuando ya no es necesario. El uso excesivo (demasiado estrés) o la desregulación entre los mediadores (por ejemplo, demasiado o poco cortisol, demasiadas o pocas citoquinas inflamatorias) da como resultado un cambio acumulativo que se denomina "carga alostática y sobrecarga" (20).

Como órgano clave del estrés y la adaptación, el cerebro dirige los "comportamientos relacionados con la salud" (aporte calórico, alcohol, tabaco, sueño, ejercicio) que contribuyen o mejoran la desregulación fisiológica y juegan un papel clave en exacerbar o contrarrestar la carga alostática / sobrecarga. El desarrollo del cerebro y la función neuronal saludable o no saludable determina en parte si la respuesta a los desafíos o "factores estresantes" es eficiente o desregulada. El desarrollo de la autoestima y el locus de control y las buenas conductas autorregulatorias son factores clave que determinan si un desafío, como ir a un lugar nuevo o dar un discurso, dará como resultado un "estrés positivo", con un resultado satisfactorio, o consecuencias negativas. El estrés tolerable se refiere a experimentar eventos importantes de la vida estresantes que darán como resultado un manejo exitoso con una carga alostática mínima debido a los buenos recursos internos y al soporte externo. El estrés tóxico se refiere a la situación en la que no hay un afrontamiento exitoso debido a la falta de capacidades internas adecuadas, así como un apoyo externo deficiente que también puede basarse en una arquitectura neuronal inadecuada para manejar los factores estresantes, y la sobrecarga alostática se aplica a las situaciones de estrés tóxico donde la desregulación fisiológica es probable que acelere el desarrollo de la enfermedad (20)

Mediadores neuronales de la resiliencia

Mientras que el cortisol es un mediador alostático importante, seguramente otros factores están involucrados. Por ejemplo, neurotrofinas como el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) juegan un papel clave. Se ha demostrado que el estrés crónico puede disminuir la expresión de BDNF en el cerebro, aunque esta relación es compleja con la conversación recíproca entre los glucocorticoides y la señalización BDNF. Sin embargo, recientemente, se ha identificado un polimorfismo común en el gen BDNF en humanos, en el que hay sustitución de una valina en el codón 66 por una metionina (val66met). Las personas que portan esta mutación demuestran un rendimiento reducido en tareas de memoria dependientes del hipocampo y un aumento de la ansiedad. El ratón val66met se desarrolló utilizando un enfoque transgénico. Los ratones han disminuido la secreción de BDNF, una reducción en el volumen del hipocampo, y los cambios en la cognición, así como el aumento de los niveles de ansiedad. En estos modelos, las alteraciones en la señalización de BDNF pueden considerarse "factores de riesgo" en el desarrollo de la enfermedad neuropsiquiátrica (21).

Otros estudios han sugerido una interpretación adicional, en la que BDNF es un factor necesario en la capacidad del cerebro para mostrar plasticidad. Por ejemplo, los ratones haploinsuficientes de BDNF muestran dendritas reducidas en la región CA3 del hipocampo. Sin embargo, estos ratones no muestran una mayor contracción de las dendritas del hipocampo cuando están estresados crónicamente en contraste con los ratones WT, que sí muestran una contracción inducida por el estrés. Los mecanismos por los cuales el BDNF desempeña estas funciones algo contradictorias podrían explicarse por una necesidad de BDNF en la plasticidad en general. Por lo tanto, los factores tróficos como BDNF son facilitadores de la plasticidad, y el resultado puede ser negativo (por ejemplo, epilepsia) o positivo (por ejemplo, recuperación de la depresión) dependiendo de los procesos complejos, tal vez herméticos, que están operando al mismo tiempo (21).

Hallazgos neuroendocrinos en la resiliencia humana

Neuropéptido Y (NPY)

El NPY es un neuropéptido que produce efectos ansiolíticos y promueve respuestas protectoras frente al estrés. Varios estudios en humanos mostraron que las variaciones genéticas del NPY contribuyen a la susceptibilidad individual al estrés. Un estudio reciente encontró que dos haplotipos NPY representados por tres polimorfismos de nucleótido único (SNP) se correlacionaban con una mayor susceptibilidad a trastornos de ansiedad después de la adversidad infantil y sugirió que dichos efectos conductuales pueden ser mediados por la expresión alterada de NPY y posteriormente atenuar la respuesta del eje HPA bajo la influencia de la variación genética. Otros estudios también demostraron que la liberación de NPY estaba mediada sustancialmente por variaciones genéticas en el locus de NPY, especialmente en la región promotora, y que la expresión de NPY de haplotipeado más bajo predijo una respuesta elástica debilitada al estrés (22).

Sistemas noradrenérgicos y dopaminérgicos

Los polimorfismos en los sistemas noradrenérgico y dopaminérgico también se han asociado con la vulnerabilidad a la depresión y el desorden de estrés post-traumático. La catecol-O-metiltransferasa (COMT) es una enzima que metaboliza las catecolaminas, incluida norepinefrina, epinefrina y dopamina. El polimorfismo COMT Val158Met se ha relacionado con los déficits en la respuesta al estrés y la capacidad de recuperación emocional, y se encontró que influye en el riesgo de desarrollo de trastorno de estrés postraumático. En un importante estudio, Kolassa y sus colegas demostraron que, predeciblemente, un mayor número de diferentes tipos de eventos traumáticos de por vida condujo a una mayor prevalencia de desorden de estrés post-traumático de por vida, pero que este efecto fue, en una típica interacción gen-ambiente, modificado por polimorfismo de genes. En comparación con el polimorfismo Val158Met, los homocigotos Met / Met de baja actividad, con niveles más altos de norepinefrina y dopamina, mostraron un mayor riesgo de trastorno de estrés postraumático. Los niños que portan el alelo Met

mostraron una mayor respuesta de cortisol al estrés. Sin embargo, los niños que tuvieron eventos de vida más estresantes mostraron un aumento menor en cortisol, lo que implica que podrían ser más resilientes (22).

Eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA)

Un mediador principal del impacto del estrés sobre el cerebro y el comportamiento es la activación del eje HPA, que da lugar a alteraciones hormonales, neuroquímicas y fisiológicas generalizadas. Los glucocorticoides, liberados de la corteza suprarrenal como consecuencia de la activación del eje HPA, interactúan con los receptores de esteroides expresados en todo el cerebro que funcionan principalmente como factores de transcripción para regular la función celular más allá de la escala de tiempo de los efectos del estrés agudo. En particular, los receptores de glucocorticoides y los receptores mineralocorticoides, que también responden a los glucocorticoides, se expresan a niveles elevados en el hipocampo, la amígdala, la corteza prefrontal y otras estructuras límbicas y cerebrales, donde modulan los circuitos neuronales y los sistemas neuroendocrinos que subyacen a las respuestas conductuales para estresar (23).

Los efectos del estrés sobre el eje HPA dependen del momento de desarrollo del estrés, así como de otros factores críticos como la magnitud del estrés, el tipo y la duración. La mayoría de las investigaciones sobre los efectos del estrés en la función del eje HPA en humanos se han concentrado en desorden depresivo mayor y desorden de estrés post-traumático. Muchos estudios han informado glucocorticoides sanguíneos elevados en aproximadamente dos tercios de las personas con desorden depresivo mayor, aunque un subconjunto más pequeño de individuos deprimidos muestra niveles reducidos de glucocorticoides y, por lo general, muestran síntomas menos graves. La hipocortisolemia ha sido ampliamente reportada en desorden de estrés post-traumático; aquí también, sin embargo, los hallazgos han sido mixtos (23).

Resiliencia y enfermedades crónicas

Cuando se trata de enfermedad, “la resiliencia surge como posibilidad de cambio, siendo comprendida como la capacidad de la persona para lidiar con la enfermedad, aceptando las limitaciones impuestas por la condición, con la debida adhesión al tratamiento, buscando adaptarse a la situación y vivir de forma positiva. La resiliencia puede posibilitar cierto control sobre el impacto negativo de las consecuencias físicas, sociales y económicas percibidas en la enfermedad y las consecuencias emocionales sentidas” (24).

En este sentido, el uso del concepto de resiliencia emerge también como una “posibilidad para promover la aceptación de las modificaciones indicadas y la adecuación más fácil a los nuevos hábitos de salud. Enfrentar la enfermedad crónica y adaptarse a nuevos hábitos de vida requiere esfuerzo, dedicación y superación de la situación. Así, la resiliencia se ha mostrado como un concepto que puede contribuir para el control de la enfermedad crónica. Sin embargo, pocos estudios han abordado la asociación de la resiliencia a aspectos sociodemográficos y de condición de salud de personas con enfermedades crónicas”. Evidenciar esas variables en asociación con la resiliencia podrá contribuir para la elaboración de un modelo teórico que muestre cómo la resiliencia se expresa en la enfermedad crónica, de modo a colaborar en el cuidado en salud, indicando elementos para promover el mejor enfrentamiento de la situación (24).

Fases de la enfermedad

La fase de crisis corresponde “al periodo previo al diagnóstico, en la que ya se están dando los síntomas y existe la sospecha de que algo no va bien. En este periodo hay que aprender a convivir con los síntomas, adaptarse al hospital, dar significado a la enfermedad, aceptar el cambio, reorganizarse y colaborar con el equipo médico” (25).

La fase crónica es “intermedia entre el diagnóstico y la problemática que envuelve la fase terminal. Hay que compatibilizar las necesidades del paciente con las de la familia, maximizar la autonomía de todos los miembros, prever el posible

impacto de las fases futuras, vivir con incertidumbre y mantener una comunicación abierta” (25).

En la fase terminal, “la sensación de pérdida está presente. Hay que afrontar la muerte y trabajar el duelo” (25).

El diagnóstico y la hospitalización son las primeras situaciones críticas con las que tiene que enfrentarse la familia: el hospital, la separación del hogar, dejar a los demás hijos al cuidado de otras personas y e interrumpir las actividades habituales de la familia. La presencia de los familiares en el hospital y la participación en los cuidados y otras actividades hospitalarias ayudan a mantener y fortalecer las relaciones (25).

Los tratamientos y las secuelas también son una fuente de estrés. Cuando una enfermedad ha remitido, lo que más preocupa es la reaparición. En el caso de las recidivas, toda la familia sufre enormemente y su adaptación es más compleja cuanto más largo ha sido el periodo de remisión. Cuando hay secuelas graves, éstas se convierten en el centro de sus vidas y de sus necesidades económicas, y pueden ser el desencadenante de conflictos familiares (25).

La muerte del paciente implica la reorganización familiar a largo y corto plazo. La familia tiene que pasar el duelo, y para ello tiene que reconocer la pérdida, compartir el dolor, reorganizar el sistema familiar sin el ser querido, y establecer nuevas relaciones y metas (25).

Factores asociados a la resiliencia

Son muchos los factores de resiliencia individuales y sociales que frecuentemente se han mencionado en la literatura. El sentido del humor es uno de ellos. La creatividad también ha sido considerada relevante para fomentar la resiliencia. Por otro lado, el perdón puede contribuir a la resiliencia. Por ejemplo, Klatta y Enright encontraron que “el perdón es una estrategia que reduce los riesgos para la salud y puede promover la resiliencia”. Por otra parte, tal y como señalam Kim y Esquivel, la “espiritualidad también se ha asociado frecuentemente a la resiliencia. La introspección o insight es otra cualidad que se ha asociado a la resiliencia”. Otros factores de resiliencia son: el optimismo, la independencia, la

actividad física, tener proyectos y metas, poner el foco en el presente y redescubrirse (25).

Asimismo, desde una perspectiva más ecológica, el apoyo social informal es uno de los factores más frecuentemente mencionados en la literatura. El apoyo social formal, entendido como la" adecuación de los servicios de la comunidad y de salud, también desempeña un papel relevante como factor de resiliencia. Por último, además de los factores de resiliencia, se ha buscado identificar lo que Rutter denominó factores impulsores de la resiliencia". En este sentido, Rutter subraya la importancia de los puntos de inflexión que permiten a las personas cortar con el pasado y buscar nuevas oportunidades. En lo que respecta a las diferencias entre hombres y mujeres, los resultados de estudios previos son confusos, ya que mientras que algunas investigaciones han encontrado que las mujeres muestran más resiliencia, otras han hallado lo contrario (26).

"Un punto contradictorio es el relacionado con el nivel de resiliencia y sexo, pues mientras que algunos autores reportan que existen diferencias entre hombres y mujeres hay quienes no encuentran diferencia alguna. De forma más consensuada la investigación señala que los factores que subyacen a la resiliencia se conservan hasta el final del ciclo vital e incluso van en aumento a medida que los viejos se hacen más viejos lo cual se evidencia al realizar comparaciones entre grupos de diferentes edades. También se ha encontrado que ambos presentan la misma frecuencia de conductas resilientes, las niñas tienen a contar con habilidades interpersonales y fortaleza interna, en tanto los niños tienden a ser más pragmáticos" (27).

También se han señalado discrepancias en cuanto o a la edad y resiliencia como los estudios de Nathan, Magai, Krivoshekova y Source y recientemente Gooding, Hurst, Johnson y Tarrier que reportan que los adultos son el grupo más resiliente con respecto a la capacidad de regulación emocional y resolución de problemas, mientras que los jóvenes mostraron mayor capacidad de recuperación en relación con el apoyo social. Estos resultados resaltan la importancia de mantener la capacidad de recuperación relacionadas con habilidades de afrontamiento, tanto en adultos jóvenes y mayores, pero indican que los diferentes

procesos psicológicos subyacen a la resistencia durante toda la vida. Entre las explicaciones es que ha reportado que la edad afecta la sensación de control de la situación (27).

En la investigación de Quiceno et al. es significativo encontrar que la resiliencia es completamente independiente de variables sociodemográficas como el sexo, la edad, el nivel educativo, el estrato socioeconómico, el estado civil, la ocupación y el tratamiento farmacológico. Estos resultados difieren de diferentes investigaciones en las que se plantea, por ejemplo, que la edad avanzada y el sexo, especialmente ser mujer, pueden ser factores que favorecen la resiliencia (28).

Resiliencia en ERC

En el grupo de enfermedad renal crónica temprana, los factores que afectan la resiliencia incluyen ocupación y comportamientos de promoción de la salud. Sin embargo, los factores que afectan la resiliencia en el grupo pre-enfermedad renal terminal incluyen el género, la ocupación, la diabetes y las conductas de promoción de la salud. En los pacientes con enfermedad renal crónica, la resiliencia fue una correlación positiva significativa con el comportamiento de promoción de la salud. Los factores que podrían predecir de forma efectiva la resiliencia son género, ocupación, nutrición, autorrealización y niveles de estrés (29).

Resulta necesario promover en niños y adolescentes con enfermedad crónica renal la resiliencia, fomentar sus relaciones especialmente con coetáneos sanos para propiciar la modificación de sus percepciones sobre estos y su fortalecimiento personal ante este tipo de relaciones. Igualmente se impone la intervención familiar para modificar las actitudes negativas asumidas por la familia como la sobreprotección y actuar sobre sus propias afectaciones psicológicas, para evitar de este modo su influencia negativa sobre los adolescentes enfermos (30).

Instrumentos de medición de resiliencia

Los instrumentos existentes que evalúan la resiliencia tienden a evaluar la construcción solo en presencia de eventos traumáticos. Y consideramos que es un aspecto muy importante en el campo de la salud psicológica. Al mismo tiempo, desde una perspectiva cognitiva, no se puede excluir la importancia de la percepción de una persona sobre ciertos eventos. Además, Bernard argumentó que la resiliencia debe convertirse en un concepto que pueda usarse en los programas de prevención. Cualquier sistema existente, cuando se enfrenta al cambio (cambio positivo o negativo), es más probable que busque recursos útiles internos del sistema, en lugar de recursos externos. Esta es una de las razones por las cuales la idea de Bernard de extender el concepto de resiliencia a la prevención agrega un valor extra en la prevención de la enfermedad mental. De hecho, lo que Bernard propuso, y diferentes autores estuvieron de acuerdo con él, es que necesitamos ayudar a las personas a desarrollar un conjunto de competencias individuales que ayudarán ellos en la prueba de adaptación positiva cuando se experimentan diferentes cambios (31).

Las revisiones sistemáticas recientes de instrumentos de resiliencia identifican al menos 20 instrumentos diferentes de uso común con adolescentes. Algunos instrumentos, como Wagnild y Young's Resilience Scale (RS) y la Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), se desarrollaron originalmente con poblaciones adultas, pero se han utilizado con frecuencia con adolescentes. El CD-RISC se basa en una concepción del rasgo de la resiliencia derivada del estudio de los investigadores sobre los resultados del tratamiento en ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático. La escala de 25 ítems se utilizó para dilucidar el riesgo de suicidio entre los adolescentes deprimidos, el papel moderador de la resiliencia entre el trauma adolescente y los síntomas del síndrome de estrés post-traumático. y asociaciones entre la resiliencia, la autoestima y el riesgo de suicidio entre los jóvenes sin hogar (32).

Otras medidas de resiliencia desarrolladas específicamente para su uso con jóvenes se adaptaron de las medidas aplicadas en las poblaciones de mayor edad. Estos incluyen la Escala de Resiliencia para Adolescentes (READ), y la

Escala de Resiliencia Adolescente (ARS). El READ se obtuvo originalmente de una medida de resiliencia para adultos, la Escala Noruega de Resiliencia para Adultos. Consta de 39 elementos y evalúa componentes similares a rasgos y de estado. La escala ARS de 21 ítems, que evalúa la búsqueda de novedad, la regulación emocional y la orientación futura, se pilotó con 207 estudiantes de pregrado, de 19 a 23 años. A diferencia de estas y muchas otras medidas de resiliencia adolescente, la escala de resiliencia de 35 ítems se desarrolló inicialmente para su uso con adolescentes (32).

Existe una versión en español de READ pero no hay estudios publicados que apliquen esta versión actualmente. Además de la versión en español de READ, existen varias escalas en español para medir la resiliencia, como el Cuestionario de resiliencia de González, la Escala de resiliencia de medición utilizada en una muestra mexicana de 18 a 25 años de edad y dos escalas dirigidas a las madres, una de ellas es el Inventario de Resiliencia, mientras que la otra fue creada por Roque, Acle y García; sin embargo, estas escalas no fueron diseñadas especialmente para adolescentes (con edades comprendidas entre 12 y 20 años) y no han sido validadas en este grupo de población mexicana. Además, el READ fue una escala que logró uno de los puntajes más altos, en relación con el contenido y la validez de constructo, en un estudio donde se evaluaron varias escalas, de acuerdo con la población objetivo utilizada (33).

4.- **JUSTIFICACIÓN**

Se ha mostrado la alta incidencia de la insuficiencia renal crónica en nuestro país, arriba de 500 enfermos por cada millón de habitantes. Este dato es alarmante tanto por los costos de atención hospitalaria como por el hecho que el proceso de la insuficiencia renal crónica puede ser cansado o difícil para diferentes personas puesto que se necesita de un cambio importante en el estilo de vida de y del entorno que la rodea. Por esto, es de gran importancia que el paciente se sienta bien no solo físicamente si no, también emocionalmente, requiriendo para ello que su capacidad de resiliencia se encuentre desarrollada de forma adecuada. Sin embargo, no todas las personas desarrollan esta capacidad de la misma manera, debido a que hay diferentes factores que pueden alterar el proceso de la misma. Y uno de estos es el ser diagnosticado con una enfermedad crónica y posteriormente ser sometido a su tratamiento.

Se ha señalado que los pacientes con enfermedad renal crónica presentan durante el desarrollo de su patología, una experiencia única de la misma, la cual depende mucho de su ambiente familiar y social. Así mismo, mencionan que a lo largo de su tratamiento manifiestan “características psicológicas tales como sentimientos de minusvalía, desesperanza, problemas de autoestima e imagen corporal, inseguridad, invalidez, ansiedad y angustia, las cuales surgen y son comunes en la mayoría de los pacientes”. No obstante, la capacidad de enfrentar este tipo de situaciones adversas será resultado de la adherencia médica al proceso de diálisis, y de la misma manera, su adaptación psicológica a su entorno interpersonal e intrapersonal.

5.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes con enfermedad renal crónica se enfrentan a muchos factores estresantes y no solo físicos sino también psicosociales que acarrean cambios potenciales en su estilo de vida, presentando incertidumbre acerca del futuro. Entre los factores psicosociales más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal crónica se encuentran con frecuencia: la ansiedad y depresión que influyen en la vida familiar, académica y/u ocupacional, causando dificultades que pueden aumentar los síntomas psicológicos. En otros estudios se ha encontrado que la ansiedad es más elevada cuando se tienen más años de vida y durante los primeros meses de hemodiálisis, mientras que la depresión ha sido mayor en los pacientes sin actividad laboral y de edad avanzada. Otros efectos emocionales de los pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento son la ira y la hostilidad, dirigidas hacía el personal asistencial y el régimen terapéutico, como respuesta a las limitaciones impuestas por la enfermedad y su tratamiento. Los factores individuales como el sexo, es estilo de vida, los hábitos higiénico-dietéticos, las creencias y prácticas religiosas/espirituales, la situación económica y familiar y la habilidad personal en el enfoque de la enfermedad causan cambios en el abordaje del desarrollo de dichas patologías y en las modalidades de tratamiento

¿Cuál es el grado de resiliencia en pacientes con enfermedad renal crónica, atendidos en la Unidad Médico Familiar n° 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social?

6.- HIPOTESIS

el grado de resiliencia en pacientes con enfermedad renal crónica atendidos en la Unidad Médico Familiar n° 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social será en su mayoría bajo

7.- OBJETIVOS

7.1.- OBJETIVO GENERAL:

Identificar el grado de resiliencia en pacientes con enfermedad renal crónica, atendidos en la Unidad Médico Familiar n° 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

7.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Clasificar en grupos de edad a los pacientes con enfermedad renal crónica.

Clasificar en grupos de sexo a los pacientes con enfermedad renal crónica.

Describir el estado civil de los pacientes con enfermedad renal crónica.

Identificar el tipo de ocupación que tienen los pacientes con enfermedad renal crónica.

Identificar el grado de escolaridad de los pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica.

8.- MATERIAL Y MÉTODOS

8.1. TIPO DE ESTUDIO: descriptivo.

8.1.1.- CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO:

Por la participación del investigador: el estudio es observacional.

Por la direccionalidad: el estudio es transversal.

Por la temporalidad: el estudio es prospectivo.

Por el propósito del estudio: descriptivo (encuesta descriptiva).

8.2. UBICACIÓN ESPACIO-TEMPORAL:

El estudio se llevará a cabo en la UMF 2 del IMSS Puebla. En el periodo de julio a septiembre de 2018.

8.3. MUESTREO:

de acuerdo a censo de población de la Unidad Medico Familiar número 2, hay una población total de 3675 pacientes con enfermedad renal crónica es por ello que con la ecuación estadística para proporciones poblacionales el tamaño de muestra es de 248 , con un margen de 5 % y nivel de confianza de 90%

8.3.1. DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACIÓN.

La unidad de población del presente estudio estará conformada por cada paciente con enfermedad renal crónica de la unidad médica familiar número 2, IMSS, Puebla.

8.3.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Se seleccionará de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

8.3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.

8.3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica, sin tratamiento sustitutivo y cualquier tipo de tratamiento sustitutivo.

Pacientes de la unidad de medicina familiar número 2 de la ciudad de Puebla.

Ambos sexos.

De cualquier edad.

Que acepten participar en el estudio.

Que firmen el consentimiento informado.

8.3.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Que presenten algún grado de discapacidad motora.

Que presenten enfermedades cognitivas.

Que sean atendidos fuera del periodo de estudio.

8.3.3.3. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Pacientes con cuestionarios incompletos

Pacientes con cuestionarios ilegibles.

Pacientes que no firmen el consentimiento informado.

8.3.4. DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.

El muestreo será no probabilístico, la muestra estará determinada por todos los pacientes que reúnan los criterios de selección.

El tamaño de la muestra será conveniente, ya que es una técnica de muestreo no probabilístico donde los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad para el tesista.

8.4.- DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN:

La definición de las variables se encuentra en el apartado anexos.

CUADRO DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escalda de medición	Unidad de medición
Resiliencia (dependiente)	"Capacidad de una persona que engloba factores ambientales y personales con los cuales el sujeto afronta y supera las adversidades que acontecen en su vida"	Aplicación del instrumento de evaluación, escala de resiliencia de Wagnild y Young (1993) a los pacientes con diagnostico d enfermedad renal crónica	Cualitativa	Ordinal	Alta media baja
Edad (variable sociodemográfica)	"Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento"	Número de años cumplidos al momento del estudio	Cuantitativa	Discreta	Años
Sexo (variable sociodemográfica)	"Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos	Respuesta otorgada por el paciente al momento del estuio	Cualitativa	Nominal	Masculino/femenino

	posibilidades solamente mujer u hombre”.				
Estado civil (variable sociodemográfica)	“Condición de una persona según el registro civil en función si de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto”.	Respuesta otorga del paciente en relación a su estado conyugal (social y/0 civil) al momento del estudio	Cualitativa	Nominal	Soltero casado viudo divorciado unión libre separado
Escolaridad (variable sociodemográfica)	“Periodo de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar o aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria”	Grado académico alcanzado por el paciente al momento del estudio.		Nominal	Primaria secundaria preparatoria licenciatura posgrado
Ocupación (variable sociodemográfica)	“Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada”	Actividad laboral de los pacientes en el momento del estudio	Cualitativa	Nominal	Ama de casa Estudiante Profesionista, no estudia no trabaja

8.5. ESTRATEGIA DE TRABAJO:

Se aplicará la Escala de Resiliencia de Walgnild y Young para medir los niveles de resiliencia en pacientes con ERC. De acuerdo a información recuperada del artículo Escala de Resiliencia, en la adaptación que se hizo en Perú por Novella (2002), la Escala fue elaborada para identificar el grado de resiliencia individual de adolescentes y adultos, la cual consta de 25 preguntas que son puntuadas en una escala con formato tipo Likert de 7 puntos, siendo todos los ítems calificados positivamente, oscilando los puntajes entre 25 y 175 puntos.

La escala de Wagnild- Young engloba cinco áreas de la resiliencia, a saber, Satisfacción personal (4 ítems), ecuanimidad (4 ítems), sentirse bien solo (3 ítems), confianza en sí mismo (7 ítems), perseverancia (7 ítems) y satisfacción personal (4 ítems).

Las encuestas se aplicarán a pacientes (hombres y mujeres) con Enfermedad Renal Crónica atendidos en la clínica número 2 del IMSS en la ciudad de Puebla.

Se hará una recopilación de los datos obtenidos de los cuestionarios, y se obtendrá el resultado para saber cuáles son los principales factores que inciden en el desarrollo de resiliencia en los pacientes con ERC, así como los niveles de resiliencia que presentan.

8.6. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se llenará el formato expreso para este caso, el cual se encuentra en el apartado ANEXOS, para verifica la información, un investigador externo realizará una revisión aleatoria de los datos.

8.7. TÉCNICA Y PROCEDIMIENTOS:

Se captaran los pacientes en forma progresiva sin ceguedad.

Se formará la población en estudio con base en los criterios de inclusión y de exclusión.

Se obtendrán las variables de interés Y se ordenarán para su análisis. Se interpretarán los datos para la elaboración del documento preliminar y su revisión para redactar el documento final.

8.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS:

Se empleará estadística descriptiva para los datos generales de la población en estudio:

Para variables cuantitativas:

Aplicará la media como medida de tendencia central y desviación estándar como medida de medida de dispersión.

Para variables cualitativas:

Se aplicará cálculo de porcentajes.

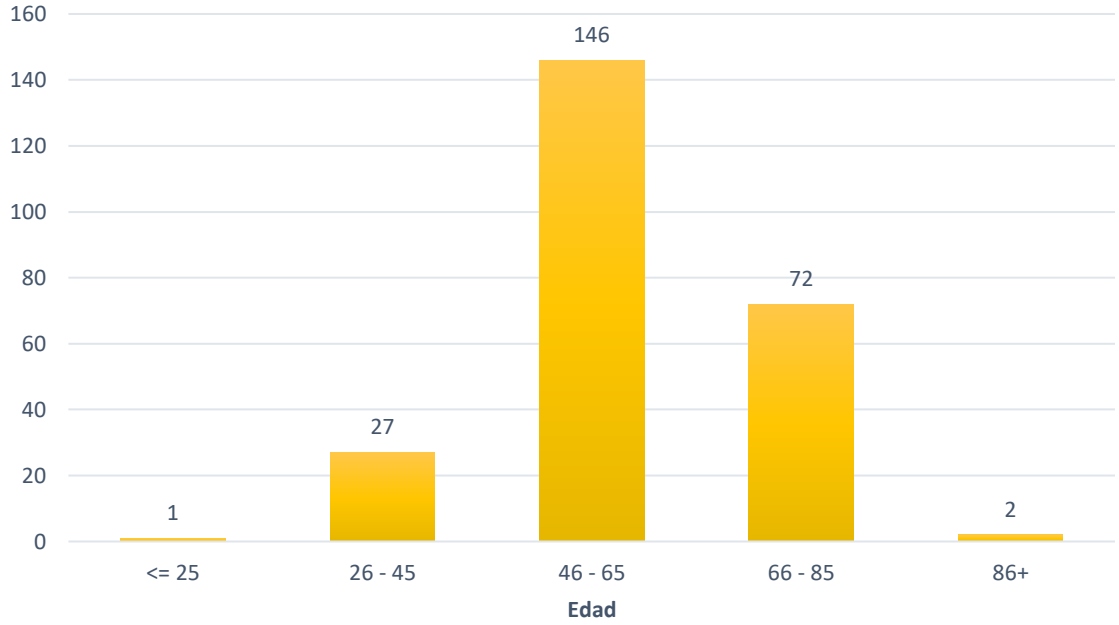
Además los datos se presentaran en cuadros, gráficas y porcentajes.

9. RESULTADOS

Cuadro 1: distribución por edad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<= 25	1	.4	.4	.4
26 - 45	27	10.9	10.9	11.3
46 - 65	146	58.9	58.9	70.2
66 - 85	72	29.0	29.0	99.2
86+	2	.8	.8	100.0
Total	248	100.0	100.0	

Gráfica 1: distribución por edad



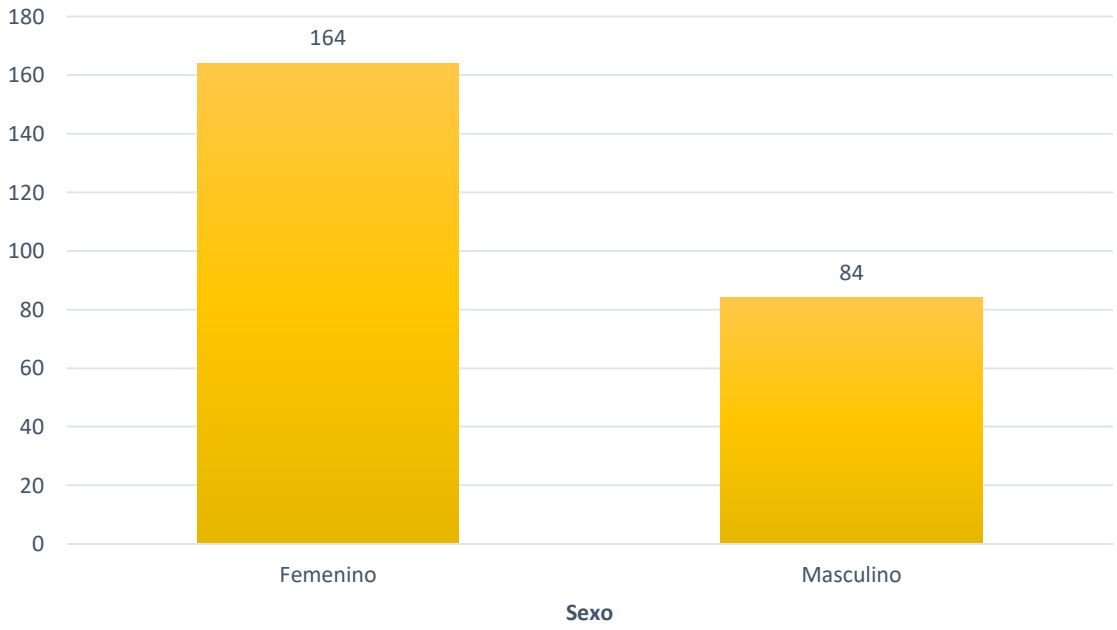
En el cuadro 1 y gráfica 1 se muestra que predominó la edad de 46 a 65 años con el 58.9% de la muestra.

Fuente: Unidad Médico Familiar n° 2 del IMSS, julio a septiembre de 2018.

Cuadro 2: Distribución por sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	164	66.1	66.1	66.1
Masculino	84	33.9	33.9	100.0
Total	248	100.0	100.0	

Gráfica 2: Distribución por sexo



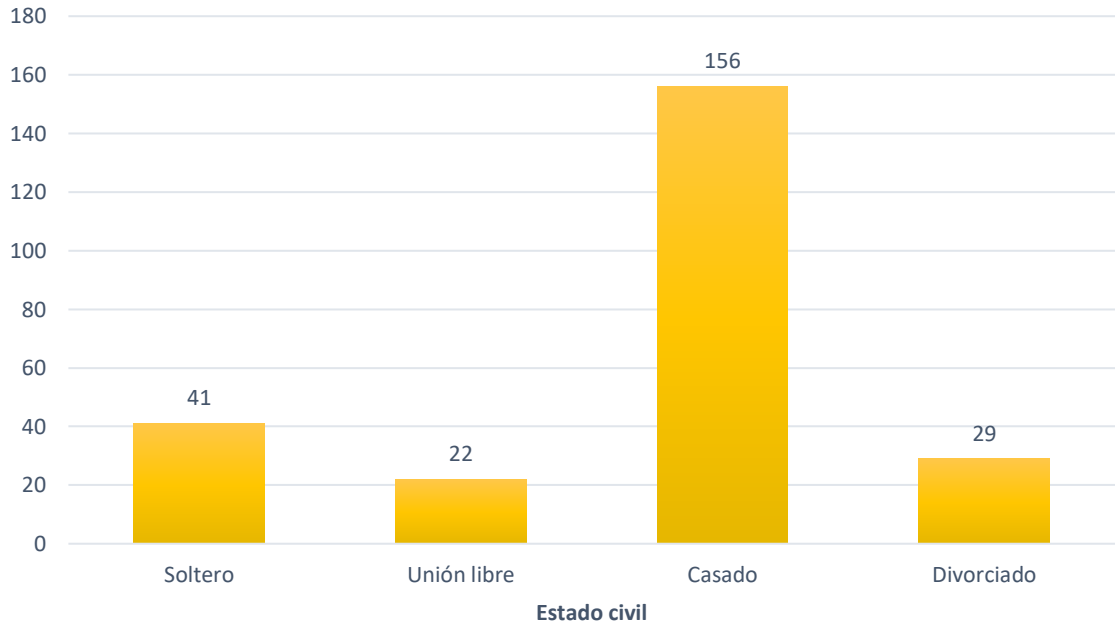
En el cuadro 2 y gráfica 2 se aprecia que predominó el género femenino con el 66.1% de la muestra.

Fuente: Unidad Médico Familiar n° 2 del IMSS, julio a septiembre de 2018.

Cuadro 3: Distribución por estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltero	41	16.5	16.5	16.5
Unión libre	22	8.9	8.9	25.4
Casado	156	62.9	62.9	88.3
Divorciado	29	11.7	11.7	100.0
Total	248	100.0	100.0	

Gráfica 3: Distribución por estado civil



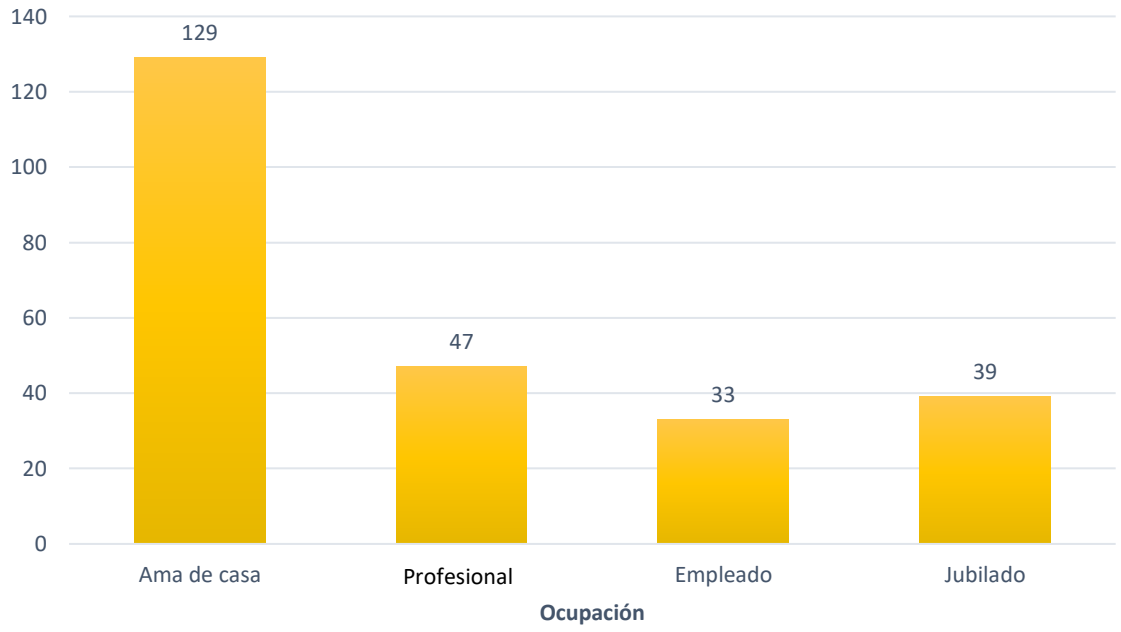
En el cuadro 3 y gráfica 3 se muestra que el estado civil más prevalente es casado con el 62.9% de pacientes.

Fuente: Unidad Médico Familiar n° 2 del IMSS, julio a septiembre de 2018.

Cuadro 4: Distribución por ocupación

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ama de casa	129	52.0	52.0	52.0
profesional	47	19.0	19.0	71.0
Empleado	33	13.3	13.3	84.3
Jubilado	39	15.7	15.7	100.0
Total	248	100.0	100.0	

Gráfica 4: Distribución por ocupación



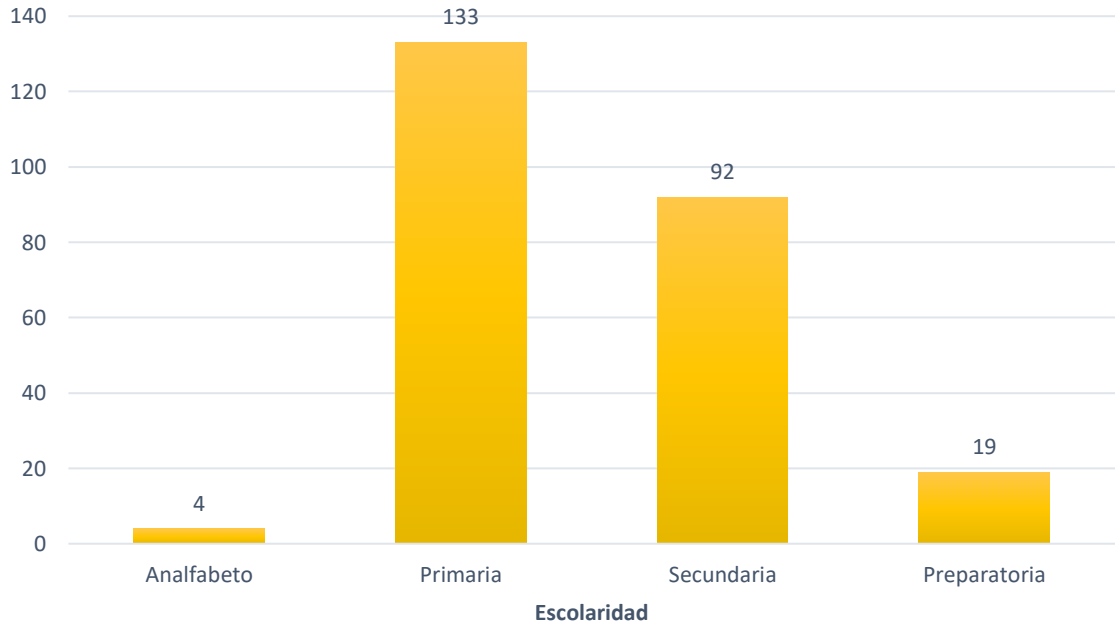
En el cuadro 4 y la gráfica 4 se muestra que la ocupación más frecuente fue ama de casa con el 52% de pacientes.

Fuente: Unidad Médico Familiar n° 2 del IMSS, julio a septiembre de 2018.

Cuadro 5: Distribución por escolaridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Analfabeto	4	1.6	1.6	1.6
Primaria	133	53.6	53.6	62.9
Secundaria	92	37.1	37.1	100.0
Preparatoria	19	7.7	7.7	9.3
Total	248	100.0	100.0	

Gráfica 5: Distribución por escolaridad



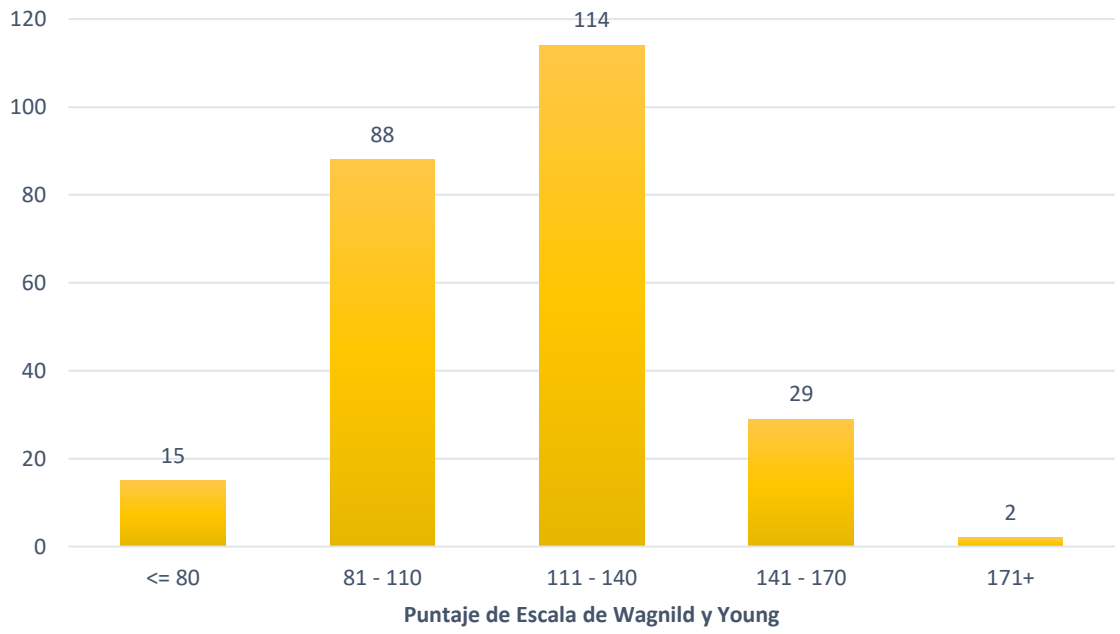
En el cuadro 5 y gráfica 5 se aprecia que las escolaridad predominante fue primaria con el 53.6% de pacientes estudiados.

Fuente: Unidad Médico Familiar n° 2 del IMSS, julio a septiembre de 2018.

Cuadro 6: Distribución por puntaje de Escala de Wagnild y Young

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<= 80	15	6.0	6.0	6.0
81 - 110	88	35.5	35.5	41.5
111 - 140	114	46.0	46.0	87.5
141 - 170	29	11.7	11.7	99.2
171+	2	.8	.8	100.0
Total	248	100.0	100.0	

Gráfica 6: Distribución por puntaje de Escala de Wagnild y Young



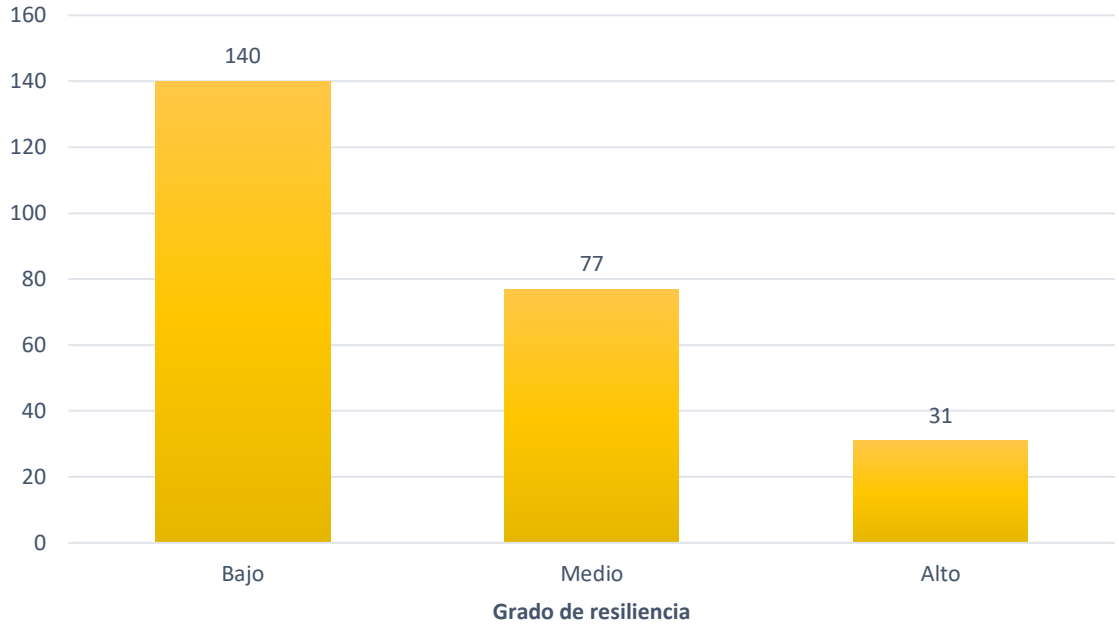
En el cuadro 6 y gráfica 6 se muestra que el puntaje de la escala de Wagnild y Young más frecuente fue 111 a 140 con el 46% de la muestra.

Fuente: Unidad Médico Familiar n° 2 del IMSS, julio a septiembre de 2018.

Cuadro 7: Distribución por grado de resiliencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	140	56.5	56.5	56.5
Medio	77	31.0	31.0	87.5
Alto	31	12.5	12.5	100.0
Total	248	100.0	100.0	

Gráfica 7: Distribución por grado de resiliencia



En el cuadro 7 y gráfica 7 se aprecia que el grado de resiliencia predominante fue el grado bajo con el 56.5%, seguido de medio con el 31%.

Fuente: Unidad Médico Familiar n° 2 del IMSS, julio a septiembre de 2018.

10.- DISCUSIÓN

Luego de analizar los resultados, se encontró que el sexo predominante fue el femenino con el 66.1% de pacientes; lo cual resulta similar a lo descrito por Nogh et al. quien describe que hubo más mujeres (53.3%) que hombres (46.7%) (34).

También se encontró que el estado civil más frecuente fue casado con el 62.9% de la muestra; lo cual es concordante con los hallazgos de Noghan et al. donde el estado civil que más se describió fue casado (72%), seguido de soltero (15%), viudo (11.2%) y Divorciado (1.9%). (34) Santos et al. también refiere que en cuanto al estado civil, la mayoría de los individuos están casados. La literatura existente también comprueba esa información al afirmar que la relación conyugal es considerada fundamental para el bienestar social y psicológico de las personas, satisfaciendo las necesidades emocionales básicas del ser humano, contribuyendo a la superación de las dificultades, en la salud y en la calidad de vida (35).

La ocupación más prevalente fue ama de casa con el 52% de pacientes. Lo que coincide con las descripciones de Noghan et al. donde la ocupación más frecuente fue ama de casa (38.3%), otras (13.1%), desempleado (12.1%), empleado (9.3%), retirado (8.4%). (34) Y a su vez, Santos et al. También refiere que la situación de trabajo de la mayoría de los pacientes investigados es de jubilación y sin otra actividad remunerada (35).

La escolaridad que más prevaleció fue primaria con el 53.6% de los pacientes. Lo que concuerda con Noghan et al. donde la escolaridad se presentó mayormente de primaria (31.8%), seguido de preparatoria (23.4%), universidad (18.7%), secundaria (15%), analfabeto (11.2%). (34)

El puntaje de Escala de Wagnild y Young predominante fue 111 a 140 con el 46%. El cual es similar al obtenido por Karadag et al. quien refiere que el

puntaje medio para la escala de resiliencia fue 114.94±32.57 (36). Así mismo, Moreira et al. encontró que la escala de resiliencia tuvo una media de 119.3±25.0 (37). Li et al., a diferencia de los demás autores, encontró que la escala de resiliencia mostró una media de 61.00±12.59; con un rango de 16–89 (38).

11.- CONCLUSIONES

El grupo de edad más frecuente fue 46 a 65 años en 146 pacientes (58.9%).

El sexo predominante fue femenino en 164 pacientes (66.1%).

El estado civil más frecuente fue casado en 156 pacientes (62.9%).

La ocupación más prevalente fue ama de casa en 129 pacientes (52%).

La escolaridad que más prevaleció fue primaria en 133 pacientes (53.6%).

El puntaje de Escala de Wagnild y Young predominante fue 111 a 140 en 114 pacientes (46%).

El nivel de resiliencia más frecuente fue bajo en 140 pacientes (56.5%).

12.- PROPUESTAS

Con el estudio de la resiliencia entenderemos por qué algunas personas son capaces de resistir, o incluso de prosperar, ante la presión que experimentan en sus vidas

Podremos ayudar a las personas con un quipo multidisciplinario a desarrollar sus competencias individuales que los ayudaran a una adaptación positiva cuando experimentan diferentes cambios durante la enfermedad renal cronica

Con el estudio de la resiliencia, durante toda la vida puede, encaminarse a entender la forma de reducir el tiempo en que las personas pasan con mala salud, es decir, que promover una adecuada salud mental y hábitos saludables en todas las edades, las complicaciones de las enfermedades crónicas pueden ser retrasadas desde los niños hasta los adultos mayores

Promover los factores de protección involucrados en la resiliencia, como el optimismo y el estado de ánimo positivo, la autoestima, el autocuidado, la independencia, el apoyo social y la reducción de la ansiedad, mejoraran el estado de salud, en pacientes con enfermedades cronicas

IDENTIFICACION DE AUTORES

INVESTIGADOR RESPONSABLE ANTE EL IMSS

DRA VERONICA RIVERA MARTINEZ
MEDICO FAMILIAR ADSCRITO A ATENCIÓN MÉDICA CONTINUA
MATRICULA: 99224478
ADSCRIPCION: UMF 2
CORREO ELECTRONICO: verónica.2ssmerida@yahoo.com
TELEFONO: 2223327274

INVESTIGADOR ASOCIADO

MARTÍNEZ ORTEGA JESÚS ALEJANDRO
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE ADSCRIPCION: UNIDAD MEDICA FAMILIAR NUMERO 2
MATRICULA: 99227930
TELEFONO: 246 1245937
CORREO ELECTRONICO: jesmartinez80@hotmail.com

12.- BIBLIOGRAFÍA

1.- Fletcher D, Sarkar M. Psychological Resilience A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory. European Psychologist 2013; 18:12–23

2.- Vinaccia S, Quiceno JM, Remor E. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. Anales de psicología 2012; 28:366-377

3.- Serrano MD, Garrido M, Notario B, et al. Validez de la escala de resiliencia de Connor-Davidson (10 ítems) en una población de mayores no institucionalizados. Enferm Clin. 2013; 23:14-21.

4.- Garcia MJ, DiNapoli JM, Garcia L, et al. Concept Analysis: Resilience. Archives of Psychiatric Nursing 2013; 27:264–270

5.- Londoño E. Las enfermedades crónicas y la ineludible transformación de los sistemas de salud en América Latina. Revista Cubana de Salud Pública. 2017; 43

6.- Silva RAR, Souza VL, Oliveira GJN, et al. Coping strategies used by chronic renal failure patients on hemodialysis. Esc Anna Nery 2016; 20:147-154

7.- Manning L, Carr D, et al. Do Higher Levels of Resilience Buffer the Deleterious Impact of Chronic Illness on Disability in Later Life? The Gerontologist 2014; 00:1–12

8.- Cal S, de Sá L, et al. Resilience in chronic diseases: A systematic review. Cogent Psychology 2015; 2: 1024928

9.- Riveros F, Bernal L, et al. VALIDEZ DE CONSTRUCTO Y CONFIABILIDAD DEL CONNOR-DAVIDSON RESILIENCE SCALE (CD-RISC 10)

EN POBLACIÓN COLOMBIANA CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. SALUD & SOCIEDAD 2016; 7:130–137

10.- González-Arratia N, Valdez J. Resiliencia: Diferencias por Edad en Hombres y Mujeres Mexicanos. Acta de Investigación Psicológica 2015; 5:1996-2010

11.- Salvador B, Rodríguez M, et al. Enfermedad renal crónica en Atención Primaria: prevalencia y factores de riesgo asociados. Aten Primaria. 2014; 10.1016/j.aprim.2014.06.003v

12.- Canel O, Greco G, et al. Hacia un abordaje integral de la Enfermedad Renal Crónica. Archivos de Medicina Familiar y General 2013; 10:51–55

13.- Quiroga B, Rodríguez J, et al. Insuficiencia renal crónica. Medicine 2015; 11:4860-4867

14.- Ávila M. Enfermedad renal crónica: prevención y detección temprana en el primer nivel de atención. Med Int Mex 2013; 29:148-153

15.- Soler M, Meseguer M, et al. Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10) en una muestra multiocupacional. Revista Latinoamericana de Psicología 2015; 10.1016/j.rlp.2015.09.002

16.- Santos M, Beretta L, et al. Resiliencia en adolecentes portadores de enfermedades no transmisibles: Un estudio transversal. Online braz j nurs 2013; 12:953-963

17.- Rutter M. Annual Research Review: Resilience – clinical implications. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2013; 54:474–487

18.- García del Castillo J, García del Castillo A, et al. CONCEPTUALIZACIÓN TEÓRICA DE LA RESILIENCIA PSICOSOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA SALUD. Health and Addictions 2016; 16:59-68

19.- González-Arratia N, Valdez J. Resiliencia y felicidad: el impacto de hechos vitales negativos y positivos en adolescentes. Pensando Psicología 2013; 9:43-53

20.- McEwen B, Gray J, et al. Recognizing resilience: Learning from the effects of stress on the brain. Neurobiology of Stress 2015; 1:1-11

21.- Karatsoreos I, McEwen B. Resilience and vulnerability: a neurobiological perspective. F1000Prime Reports 2013, 5:13

22.- Wu G, Feder A, et al. Understanding resilience. Frontiers in Behavioral Neuroscience 2013; 7:10.3389/fnbeh.2013.00010

23.- Russo S, Murrough J, et al. Neurobiology of resilience. Nature Neuroscience 2012; 15:1475-1484

24.- Willrich J, Vieira D, et al. Factores sociodemográficos y condicionantes de salud asociados a la resiliencia de personas con enfermedades crónicas: un estudio transversal. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2016; 24:e2786

25.- Grau C. Fomentar la resiliencia en familias con enfermedades crónicas pediátricas. Revista Española de Discapacidad 2013; 1:195-212

26.- López I, Calvete E. Desarrollo del Inventario de factores de resiliencia ante la adversidad. Ansiedad y Estrés 2016; 22:110–117

27.- González-Arratia N, Valdez J. Resiliencia: Diferencias por Edad en Hombres y Mujeres Mexicanos. Acta de Investigación Psicológica 2013; 3:941-955

28.- Quiceno J, Vinaccia S. Resiliencia y características sociodemográficas en enfermos crónicos. Psicología desde el Caribe 2012; 29:87-104

29.- Ma L, Chang H, et al. The Relationship between Health-Promoting Behaviors and Resilience in Patients with Chronic Kidney Disease. The Scientifc World Journal 2013; 124973

30.- Sánchez Y, Jiménez E. Conductas resilientes de dos adolescentes con insuficiencia renal crónica en fase terminal. MEDISAN 2014; 18:214-219

31.- Ghimbulut O, Opre A. Assessing Resilience Using Mixed Methods: Youth Resilience Measure. Procedia - Social and Behavioral Sciences 2013; 78:310–314

32.- Pritzker S, Minter A. Measuring adolescent resilience: An examination of the cross-ethnic validity of the RS-14. Children and Youth Services Review 2014; 44:328–333

33.- Ruvalcaba N, Gallegos J, et al. VALIDATION OF THE RESILIENCE SCALE FOR ADOLESCENTS (READ) IN MEXICO. Journal of Behavior, Health & Social Issues 2014; 6:21-34

34.- Noghan N, Akaberi A, Pournamdarian S, et al. Resilience and therapeutic regimen compliance in patients undergoing hemodialysis in hospitals of Hamedan, Iran. Electronic Physician 2018; 10:6853-6858

35.- Santos RI, Costa ORS. Avaliação da Resiliência em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica Submetidos à Hemodiálise. Revista Ciências em Saúde 2016; 6

36.- Karadag E, Ugur O, Mert H, et al. The Relationship Between Psychological Resilience and Social Support Levels in Hemodialysis Patients. J Basic Clin Health Sci 2019; 3:9-15

37.- Moreira JM., Bouissou CM, Teixeira AL, et al. Anxiety, depression, resilience and quality of life in children and adolescents with pre-dialysis chronic kidney disease. Pediatric Nephrology 2015; 30:2153–2162

38.- Li T, Liu T, Han J, et al. The relationship among resilience, rumination and posttraumatic growth in hemodialysis patients in North China. Psychology, Health & Medicine 2017; 23:442–453

13.- ANEXOS

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA.

La insuficiencia renal crónica (enfermedad renal crónica) es una pérdida progresiva de la función renal que se prolonga durante meses o años, de modo que los riñones ya no son capaces de llevar a cabo adecuadamente su cometido.

RESILIENCIA.

La resiliencia se define como la capacidad de los seres humanos para adaptarse positivamente a situaciones adversas.

EDAD.

Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.

SEXO.

Condición orgánica e identidad en masculino y femenino.

ESTADO CIVIL.

Estado civil o condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.

OCUPACIÓN.

Actividad remunerada o no económicamente que realiza una persona.

GRADO DE ESCOLARIDAD.

Años de estudios que realiza una persona en una institución legalmente constituida.

TIPO DE RELIGIÓN.

Son los conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina. La religión implica un vínculo entre el hombre y Dios o los dioses

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	GRADO DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ATENDIDOS EN LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR N° 2
Patrocinador externo (si aplica):	No tendremos ningún patrocinador externo
Lugar y fecha:	U.M.F. 02, julio-septiembre de 2018
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Estimado paciente el presente estudio nos servirá para conocer la resiliencia, esta es la manera en cómo usted afronta su enfermedad, para nosotros como médicos nos interesa saber esta información para ayudarle a sentirse mejor y mejorar su calidad de vida, es decir que tan bien se siente en casa con su familia y la sociedad.
Procedimientos:	Estimado paciente se le realizará un cuestionario en donde se le solicitarán datos como edad, sexo, estado civil, escolaridad el cual tomara menos de 2 minutos, posteriormente se le aplicará una encuesta, que está compuesta por 25 preguntas, misma que tomara 5 minutos, al final se le dará un folleto sobre "actitud positiva ante la vida"
Posibles riesgos y molestias:	Usted no correrá ningún daño de esta investigación, ya que su participación solo será que conteste la encuesta que se le proporcionara en esos momentos, sin embargo, es posible que alguna pregunta le genere sentimiento o tristeza.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con el análisis de los datos nos ayudara a mejorar la atención de su enfermedad en usted y los demás pacientes con enfermedad renal crónica.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Una vez recopilada la información y analizada, se le entregaran los resultados, con lo cual si usted desea será enviado a psicología o psiquiatría. Si usted no acepta será libre de tomar la decisión adecuada para usted.
Participación o retiro:	En el momento que usted decida se suspenderá esta encuesta. Sin que esto tenga repercusión alguna en su atención que solicite en la unidad, sin ser presionado para continuar su participación. La participación en este estudio es con base a los principios básicos de justicia, beneficencia y no maleficencia (no hacer daño)
Privacidad y confidencialidad:	La información será tratada de forma confidencial según la normativa médica y bioética. Sus datos serán resguardados de forma segura, no se publicarán datos personales en caso de realizar un cartel donde se muestran los resultados.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- ☐ No autoriza que se tome la muestra.
- ☐ Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- ☐ Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:	Dra. Verónica Rivera Martínez, Mat 99224478 Medico Familiar adscrito a la UMF 2, tel. 2223327274
Colaboradores:	M.C. Jorge Ayon Aguilar. Mat 99222553, medico de urgenciólogo de H.G.Z 20, tel. 2228618944, Dr. Jesús Alejandro Martínez Ortega. Residente de Medicina Familiar, U.M.F. 2, Mat.99227930, tel. 2461245937

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.gob.mx

_____
Nombre y firma del sujeto

Dr. Jesús Alejandro Martínez Ortega. Residente de Medicina Familiar
_____
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1
_____
Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2
_____
Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 2

PROTOCOLO DE INVESTIGACION

"GRADO DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, ATENDIDOS EN LA UNIDAD MÉDICO FAMILIAR N° 2 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, PUEBLA."

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG[1]

Instrucciones: señala con una (X) que tan desacuerdo estas o en acuerdo estas de las siguientes frases

1. Siempre estoy de acuerdo
2. Casi siempre estoy de acuerdo
3. A veces estoy en desacuerdo
4. Ni en desacuerdo ni en acuerdo
5. A veces estor en a cuerdo
6. Casi siempre estoy en acuerdo
7. Siempre estoy en acuerdo

1.- Cuando planeo algo lo realizo

2.- Generalmente me las arreglo de alguna o de otra manera

3.- Dependo más de mí mismo que de otras personas

4.- Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas

5.- Puedo estar solo si tengo que a hacerlo

6.- Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida

7.- Usualmente veo las cosas a largo plazo

8.- Soy amigo de mi mismo

[1] Wagnild, G. & Young, H., Escala de Resilencia

9.- Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo

10.- Soy decidido (a)[2]

11.- Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo

12.- Tomo las cosas una por una

13.- Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente

14.- Tengo autodisciplina

15.- Me mantengo interesado en las cosas

16.- Por lo q} general, encuentro algo de que reírme.

17.- El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos 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 a hacer cosas por las que no puedo hacer nada

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

24.- Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer

25.- Acepto que hay personas a las que yo no les agrado

1 Wagnild, G. & Young, H., Escala de Resilencia