

Conclusions: The data reveal a greater risk of non-adherence in the younger age group, so it is necessary to raise awareness of the importance of adherence to treatment. The inverse relationship between low adherence in patients and greater situational control is surprising.

KEYWORDS: psychological resilience; kidney transplant; compliance; treatment adherence

Introducción

El trasplante de órganos se presenta como una alternativa terapéutica para aquellos pacientes con graves problemas en el funcionamiento de un órgano vital¹. El trasplante renal es en la actualidad y desde hace años la terapia de elección para la mayoría de las causas de insuficiencia renal en la que pueda estar indicado². Estos problemas, suponen un conjunto de condicionantes en su estilo de vida, tales como: restricciones en la dieta, en las actividades diarias, disfunciones sexuales y en el caso del riñón dependencia de la diálisis^{1,2}.

El trasplante de órganos ofrece a los pacientes mejor calidad de vida y, en principio, más años de vida. No obstante, y en ningún caso, este trasplante, es una solución total a su patología, puesto que siempre está latente el riesgo del rechazo. Esta permanente situación puede generar problemas psicológicos tanto el paciente como a su familia, durante el proceso y a lo largo de la vida.

Especialmente la fase o proceso post-trasplante, es un periodo de conflictos personales y familiares ambivalentes que oscilan entre el miedo y la esperanza, la dependencia y la independencia¹. En este proceso, resulta de especial trascendencia una buena adherencia terapéutica para la supervivencia del órgano trasplantado. Sin embargo, y a pesar de su importancia muchos pacientes no desarrollan una buena adherencia terapéutica.

Según algunos estudios, es difícil detectar precozmente el incumplimiento, aunque se han descrito perfiles con posible mal seguimiento se puede dar también en pacientes que a priori parecen bien adaptados³.

En la actualidad, el porcentaje estimado de pacientes trasplantados que muestran falta de cumplimiento terapéutico se sitúa entre el 20% y el 54%. En el trasplante renal, este incumplimiento, se estima que contri-

buyó al 20% de rechazos agudos y al 16% de pérdida de injertos. Lo cual supone un importante problema de salud pública⁴.

Se entiende por adherencia terapéutica, al grado de coincidencia entre el comportamiento de un paciente en relación con los medicamentos que hay que tomar, el seguimiento de la dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, y las recomendaciones de los profesionales de salud que les atienden. Para que la adherencia se lleve a cabo, el paciente debe tener un estilo de vida físico, emocional, social y laboral favorable a su nueva situación de paciente trasplantado⁵.

En los últimos años, los organismos internacionales de salud, como la Organización Mundial de salud y la Organización Panamericana de Salud, en sus programas división, protección y provisión de salud⁶, han sugerido usar el enfoque de la resiliencia, entendida como: "la capacidad humana para enfrentarse, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad". En base a esta definición podemos decir que se refiere a la capacidad de la persona para mantener un funcionamiento efectivo frente a las adversidades del entorno o para recuperarlo en otras condiciones⁷.

Kobasa y cols⁸ mencionaron por primera vez el concepto de "personalidad resiliente" en 1982, en relación con la idea de protección frente a los factores que provocan estrés. Es así que establecieron que las personas con características resilientes presentan un gran sentido del compromiso, una fuerte sensación de control sobre los acontecimientos, están más abiertos a los cambios, a la vez que tienden a interpretar las experiencias estresantes y adversas como una parte más de la vida. Estos autores consideran la "personalidad resiliente" como un constructo multifactorial con tres componentes principales: compromiso, control y reto. La investigación basada en la evidencia ha sido concluyente al afirmar que la resiliencia es una variable protectora de salud física y mental en momentos de enfermedad. Una alta resiliencia se puede asociar a una buena adherencia en el tratamiento.

Entre los estudios realizados sobre este tema se encuentra el de Farber y cols⁹ quienes investigaron los factores de resiliencia asociados a la adaptación a la enfermedad del VIH/SIDA y encontraron que altos niveles de resiliencia estaban asociados con bajo estrés, mejor calidad de vida y creencias personales positivas, mejor sentido y propósito por la vida y mejor adapta-

ción a la enfermedad. Es importante resaltar que la resiliencia puede ser fomentada, es decir, es una capacidad universal pero no es absoluta ni estable, por lo que una persona puede ser resiliente en un medio y no en otro⁷. Así, la teoría de la resiliencia cobra significado a partir de las diferencias en la reacción ante circunstancias adversas, generadoras de estrés⁷. Mientras algunas personas sucumben ante dichas situaciones, evidenciando desequilibrio y trastornos a diversos niveles, otras fomentan un proceso de adaptación exitosa y transformación a pesar de la adversidad.

Nos planteamos como objetivo en esta investigación, determinar si existe relación significativa entre el nivel de resiliencia, la adherencia al tratamiento y sus factores asociados, en una población de trasplantados renales.

Material y Método

Estudio descriptivo transversal prospectivo, en pacientes trasplantados renales desde enero de 2012 hasta junio de 2016, con injerto funcionante en la actualidad. Se incluyeron en el estudio sujetos mayores de 18 años, autónomos en su autocuidado, y pertenecientes, como socios, a la Asociación ALCER Cantabria.

Se realizó un muestreo intencional, no probabilístico. El reclutamiento de sujetos fue realizado por la trabajadora social de ALCER en la Asociación, informando sobre la relevancia del estudio y solicitando el consentimiento informado.

Para determinar el nivel de resiliencia se utilizó la escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en su versión validada en población española^{9,10}. Esta escala consta de 25 ítems estructurados en una escala sumativa tipo Likert, que en su versión original se agrupa en cinco dimensiones:

1. Competencia personal, metas altas y tenacidad.
2. Tolerancia a los efectos negativos y hacer frente a los efectos del estrés.
3. Efectos positivos del cambio y la seguridad en las relaciones.
4. Control.
5. Influencia espiritual.

La persona ha de indicar hasta qué punto cada una de las afirmaciones ha sido verdadera en su caso durante el último mes en una escala de 0-4, donde 0= "no

ha sido verdadera en absoluto" y 4= "verdadera casi siempre". Las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 100; a mayores puntuaciones, mayor resiliencia (no tiene establecido un punto de corte)¹⁰.

Para determinar la adherencia, se utilizó la Escala Informativa de Cumplimiento de la Medicación (The Medication Adherence Report Scale, MARS)^{11,12}. Consta de 30 preguntas que se agrupan en tres dimensiones sobre:

1. Creencias
2. Experiencias
3. Comportamiento en salud.

Permite identificar los predictores de cumplimiento de la medicación en pacientes con enfermedades crónicas y contrastar el buen cumplimiento autorreferido. Los encuestados indican su grado de acuerdo o desacuerdo con afirmaciones sobre el uso de su medicamento en una escala Likert de 5 puntos. Una puntuación de 25 indica buen cumplimiento, mientras que si es menor de 25 revela un cumplimiento subóptimo. En nuestro caso, la puntuación en la que se estimó como adherente o no, se estipuló en 19 puntos.

Así mismo se recogieron otras variables sociodemográficas: Edad; Sexo (mujer/hombre); Nivel académico (Básicos, formación profesional, universitarios); Actividad laboral (activos en los que se incluyen los parados; jubilados); Estado civil (soltero; casado; viudo).

La distribución y recogida de las escalas en un plazo de 15 días tras la entrega del material, compuesto por: el documento de consentimiento informado y ambas escalas de medida (CD-RISC y MARS) se llevó a cabo por la trabajadora social de ALCER.

Con carácter previo, se pilotó la cumplimentación de las escalas y se enviaron a 5 socios quienes las rellenaron y entregaron correctamente en un plazo inferior a 15 días.

El abordaje estadístico se llevó a cabo con el programa IBM SPSS 25. Las variables y sus subescalas se presentaron con la mediana, mientras que la representación gráfica se realizó a través de diagramas de dispersión y diagramas de cajas. Se concretó el análisis de significación estadística para $p=0,05$, considerándose valores inferiores, estadísticamente significativos. La relación entre las variables se cotejó con las pruebas no paramétricas Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. Aten-

diendo a este criterio de normalidad, se utilizó el test no paramétrico de Rho de Spearman para el análisis correlacional.

El proyecto se desarrolló siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki para las investigaciones médicas en seres humanos; y la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. El proyecto fue aprobado por del Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria.

Resultados

Se incluyeron en el estudio un total de 18 personas con trasplante renal funcionante. En cuanto a las características sociodemográficas, que se exponen dentro de la **Tabla 1**, destaca el predominio de varones, con una edad inferior de 50 años, un tercio tenían estudios universitarios, la mayoría estaban casados y la mitad jubilados.

En la **Tabla 2** se muestran las puntuaciones promedio (medianas) en las escalas de adherencia y resiliencia.

En cuanto a la resiliencia se aprecia que las mujeres, los pacientes con edad ≥ 50 años y los que poseen estudios universitarios, son los que obtienen puntuaciones mayores de resiliencia, aunque ninguna de las diferencias alcanzó el nivel de significación. Los pacientes que mostraron unas puntuaciones mayores en el P75 de adherencia también fueron los de las categorías mencionadas anteriormente para resiliencia, es decir: mujeres, ≥ 50 años y con estudios universitarios; aunque tampoco fueron significativas las diferencias encontradas.

En la **Tabla 3** se aprecia que los pacientes considerados como adherentes tienen puntuaciones más altas en la dimensión "tolerancia a efectos negativos"; además también se constata como los pacientes considerados como no adherentes tienen puntuaciones más altas en la dimensión "control", no obstante, en ninguno de los dos casos las diferencias fueron significativas.

La **figura 1** muestra los resultados de medida comparativa de las dos variables, Adherencia y Resiliencia.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes incluidos en el estudio. FP: Formación profesional.

Variable	N	%
Sexo		
Varón	13	72
Mujer	5	28
Edad		
< 50 años	11	61
≥ 50 años	7	39
Estudios		
Básicos	5	28
FP	7	39
Universitarios	6	33
Estado civil		
Casado/a	13	73
Soltero/a	4	22
Viuda	1	6
Actividad profesional		
Ama de casa	2	11
Desempleado/a	2	11
Activo/a	5	28
Jubilado	9	50

Tabla 2. Puntuaciones en los cuestionarios de adherencia y resiliencia para el total de la muestra y según las variables sociodemográficas: edad, sexo, nivel de estudios y actividad profesional. P25: percentil 25. P75: percentil 75.

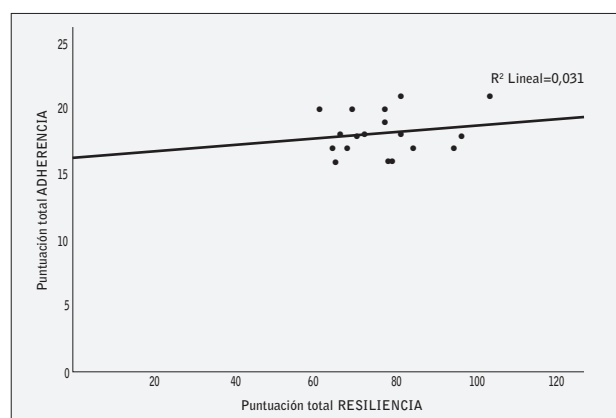
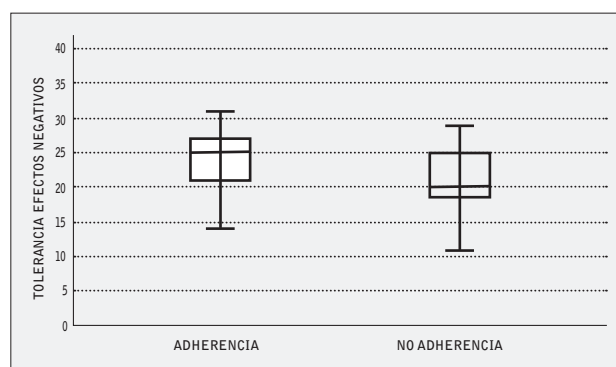
Variable	Adherencia		Resiliencia	
	Mediana (P25 – P75)	p	Mediana (P25 – P75)	p
Total (n=18)	18 (17 – 20)		77 (67 – 81)	
Sexo				
Varón	18 (17 – 19,5)	0,633	72 (66,5 – 79,5)	0,143
Mujer	18 (16,5 – 21)	81 (72,5 – 93,5)		
Edad				
< 50 años	18 (16 – 19)	0,285	72 (68 – 79)	0,375
≥ 50 años	18 (17 – 20)		81 (64 – 96)	
Estudios				
No Universitarios	17,5 (16,3 – 19,5)	0,213	74,5 (66,5 – 90,3)	0,820
Universitarios	18,5 (17,5 – 20,3)		79 (67,8 – 81,8)	
Actividad profesional				
Activos	18 (17 – 18,8)	0,829	78 (68,5 – 81)	0,762
Jubilados	18 (16,8 – 20)		74,5 (64,8 – 94,5)	

Se puede apreciar que solo el 3% de la variabilidad de resiliencia influye positivamente sobre la adherencia.

Por su parte, en la **figura 2** se exponen las puntuaciones en la dimensión de "tolerancia a efectos negativos" entre pacientes con y sin adherencia.

Tabla 3. Comparación de las puntuaciones en las cinco dimensiones de la escala de resiliencia entre pacientes adherentes versus no adherentes.

Variable	Adherencia (n= 6)	No Adherencia (n=12)	p
	Mediana (P25 – P75)	Mediana (P25 – P75)	
Competencia personal	25,5 (22,4 – 31,4,0)	25,5 (21,2 – 28,7)	0,574
Tolerancia efectos negativos	25,0 (21,0 – 27,0)	20,0 (18,5 – 25,0)	0,242
Efectos positivos	15,5 (15,0 – 16,0)	16,0 (13,5 – 18,0)	0,851
Control	8,5 (8,0 – 10,0)	10,5 (8,5 – 11,5)	0,301
Influencia espiritual	4,0 (1,0 – 5,0)	4,0 (3,5 – 7,0)	0,538
Total Resiliencia	77,0 (69,0 – 81,0)	75,0 (67,0 – 82,5)	0,963

**Figura 1.** Relación entre las puntuaciones totales obtenidas en la escala de resiliencia y adherencia.**Figura 2.** Puntuaciones en la dimensión de "tolerancia a efectos negativos" entre pacientes con y sin adherencia.

Discusión/Conclusiones

Algunas de las características demográficas del grupo de estudio se comparten con otros trabajos¹³. Se demuestra que existen diferencias significativas en alguna de las variables, como la actividad profesional, nivel de estudios y edad, siendo esta última, la que se rela-

ciona más directamente con la no adherencia. En nuestro estudio, se identifica el grupo de menor edad como el de mayor riesgo de pérdida de injerto renal por su menor adherencia y baja resiliencia.

No ocurre lo mismo en cuanto a los resultados de medida del nivel académico puesto que en algunos estudios considera que no es una variable influyente, por el contrario,

nuestros resultados demuestran una discreta tendencia a mayor resiliencia cuanto mayor nivel de estudios¹³.

En cuanto a las dimensiones de la resiliencia que se mostraron más relacionadas con la adherencia, creemos que son la "tolerancia a efectos negativos" y el "control". Ambas pueden tener utilidad en la práctica clínica, dado que, si se identifica a los pacientes con menor tolerancia a los efectos negativos que serán los previsiblemente menos adherentes al tratamiento inmunosupresor, se puede establecer una mayor vigilancia para detectar precozmente el posible incumplimiento del tratamiento prescrito, esto permitirá una mayor supervivencia del trasplante. Por otro lado, los pacientes identificados con una mayor autopercepción de "control" son los más proclives a tomar, por su propia iniciativa, la decisión de abandonar el tratamiento pautado, con el consiguiente riesgo de rechazo del trasplante.

En relación con la resiliencia, otros autores refieren que juega un papel importante como variable protectora en la calidad de vida a nivel de salud mental de los pacientes, relacionando que niveles altos de resiliencia se asocian con menor riesgo de sufrimiento psicológico^{14,15}. Se sugiere que la resiliencia individual puede ser modificada, pudiendo tener un efecto positivo sobre la adherencia¹⁴.

Por nuestra parte, se propone un programa de apoyo al inicio del proceso de trasplante para fortalecer la resiliencia y así mejorar el proceso de rehabilitación física y emocional, como el que se desarrolla desde la Asociación Psicológica Americana, donde se promueve un programa de 10 formas de construir la resiliencia, trabajando como establecer relaciones, evitar considerar las crisis como problemas insalvables, aceptar que los cambios son partes de la vida.

Debido al limitado número muestral, los resultados y conclusiones del estudio deben ser tomados con cautela. En este sentido, el estudio debe ser considerado exploratorio, con la finalidad de sugerir posibles variables que pueden explicar la falta de adherencia al tratamiento en los pacientes trasplantados, que deberán ser evaluadas con futuros estudios.

Sería preciso realizar el estudio aumentando el tamaño muestral y continuar en esta línea de investigación sobre la importante consecuencia de la no adherencia en la pérdida del injerto de los pacientes trasplantados.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de D^a Laura Marcos Diaz, trabajadora social de la asociación ALCER Cantabria.

El autor declara que no hay conflicto de interés.

Recibido: 27 abril 2018
 Revisado: 5 mayo 2018
 Modificado: 20 mayo 2018
 Aceptado: 25 mayo 2018

Bibliografía

1. Pérez San Gregorio MA, Rodríguez AM, Rodríguez AG. Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *Int J Clin Health Psychol* 2005;5(1):99-114.
2. Martín P, Errasti P. Trasplante renal. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006;29(Supl 2):S79-92.
3. Barquero Ruano RM, Checa Barambio E, Rodríguez Peña J. Mala adherencia al tratamiento inmunosupresor de un paciente trasplantado renal. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2010;13(4):267-269.
4. Ortega Suarez FJ, Sánchez Plumed J, Pérez Valentín MA, Pereira Palomo P, Muñoz Cepeda MA, Lorenzo Aguiar D. Validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) en pacientes con trasplante renal en terapia con tacrolimus. *Nefrología* 2011;31(6):690-6.
5. Ruiz Flores F. Adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con hipertensión arterial sistémica en una unidad de medicina familiar [Tesis]. Facultad de enfermería. Universidad Cesar Vallejo, ciudad de Lima; 2015.
6. Munist M, Santos H, Kotliarenco MA, Suárez Ojeda EN, Infante F, Grotberg E. Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, la Fundación WK Kellogg y la Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI); 1998.
7. Bedón López YL. Resiliencia y adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA del Hospital San Juan Bautista de Huaral. *Psique Mag* 2013;2(1):51-63.
8. Acosta López de Llergo IC, Sánchez Araiza YI. Manifestación de la Resiliencia como Factor de Protección en Enfermos Crónico Terminales Hospitalizados. *Psicol. iberoam.* 2009;17(2):24-32.
9. Quiceno JM, Vinaccia S. Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensam. psicol.* 2011;9(17):69-82.
10. Crespo M, Fernández-Lansac V, Soberón C. Adaptación española de la "Escala de resiliencia de Connor-Davidson" (CD-RISC) en situaciones de estrés crónico. *Psicol Conduct* 2014;22(2):219-38.
11. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res.* 2000;42:241-247.
12. Johnson, G et al. Factors associated with medication nonadherence in patients with COPD. *Chest*, 2005;128(5):3198-3204.
13. Ruiz Calzado MR. La adherencia terapéutica en el paciente trasplantado renal. *Enferm Nefrol* 2013;16(4):258-70.

14. Vinaccia S, Quiceno JM. Resiliencia y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia renal crónica-IRC. Rev Argent Clín Psicol 2011;20(3):201-11.
15. Tian X, Gao Q, Li G, Zou G, Liu C, Kong L, Li P. Resilience is associated with low psychological distress in renal transplant recipients. Gen Hosp Psychiatry. 2016;39:86-90.

Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

