

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31

## **NIVEL DE CONOCIMIENTO EN PACIENTES CON TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRONICA**

### **Resumen:**

**Introducción:** La enfermedad renal crónica (ERC) se define como la disminución de la función renal. Un factor de riesgo poco estudiado es el nivel de conocimiento de la ERC y en las pocas publicaciones sobre el tema, muestran un conocimiento deficiente; además la población tiene ideas equivocadas que dificultan el manejo y su prevención.

**Objetivo:** Determinar el nivel de conocimiento de los pacientes en terapia sustitutiva renal en el servicio de nefrología del Hospital Carlos MacGregor Sánchez Navarro sobre la ERC.

**Material y Métodos:** Estudio trasversal y descriptivo realizado en el departamento de nefrología, con selección aleatoria de 290 pacientes mayores de 18 años con ERC en diálisis o hemodiálisis, excluyendo aquellos con dificultades para la comunicación. La variable principal fue el nivel de conocimiento sobre la ERC, medido mediante el cuestionario de las Guías KDOQI, las cuales son válidas para evaluar el conocimiento sobre la enfermedad.

**Resultados:** Se incluyeron 290 pacientes, la media de edad fue de  $55 \pm 14.4$  años. El 58.4% obtuvo un nivel de conocimiento suficiente. Se obtuvo una Correlación de Pearson entre nivel de conocimiento y estado socioeconómico de ( $r = 0.258$ ;  $p < 0.01$ )

**Conclusiones:** Un mayor entendimiento sobre ERC en los pacientes mejora la adherencia al tratamiento sustitutivo, reduce complicaciones y mejora la sobrevida y calidad de vida, especialmente cuando el personal de salud está comprometido con la capacitación.

Palabras clave: nivel conocimiento, diálisis, hemodiálisis.

## **LEVEL OF KNOWLEDGE OF RENAL REPLACEMENT THERAPY PATIENTS ABOUT CHRONIC KIDNEY DISEASE**

**Héctor Maldonado Aguilera<sup>1</sup>**, Gabriela Rodríguez Abrego<sup>1</sup>, Margarita Castro Mercado<sup>1</sup>,  
Claudia Janeth Morfin Macias<sup>1</sup>, Nina Cecilia Manzo Silva<sup>1</sup>,

32 1) Epidemiology Department, Carlos MacGregor Sánchez Navarro Hospital, Imss.

33

34 **Summary:**

35 Introduction: Chronic kidney disease (CKD) is defined as the decrease in renal function. A  
36 little studied risk factor is the level of knowledge of CKD and the few publications on the  
37 subject show a deficient knowledge; in addition, the population has misconceptions that  
38 hinder its management and prevention.

39 Objective: To determine the level of knowledge of patients undergoing renal replacement  
40 therapy in the nephrology service of the Carlos MacGregor Sánchez Navarro Hospital  
41 about CKD.

42 Material and Methods: Cross-sectional and descriptive study carried out in the nephrology  
43 department, with random selection of 290 patients over 18 years of age with CKD on  
44 dialysis or hemodialysis, excluding those with communication difficulties. The main  
45 variable was the level of knowledge about CKD, measured by means of the KDOQI  
46 Guidelines questionnaire, which are valid for assessing knowledge about the disease.

47 Results: 290 patients were included, the mean age was  $55 \pm 14.4$  years. A sufficient level of  
48 knowledge was obtained in 58.4%. A Pearson Correlation between level of knowledge and  
49 socioeconomic status was obtained of ( $r = 0.258$ ;  $p < 0.01$ ).

50 Conclusions: A greater understanding of CKD in patients improves adherence to  
51 substitutive treatment, reduces complications, and improves survival and quality of life,  
52 especially when health personnel are committed to training.

53

54 Key words: knowledge level, dialysis, hemodialysis.

55

56

57

58 **CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD RENAL CRONICA**

59 **Introducción**

60 La ERC se define como la disminución de la función renal, expresada por una TFG  $< 60$   
61 mL/ min/1.73m<sup>2</sup>SC o como la presencia de daño renal durante más de 3 meses,  
62 manifestada en forma directa por alteraciones histológicas en la biopsia renal o en forma

63 indirecta por marcadores de daño renal como albuminuria o proteinuria, alteraciones en el  
64 sedimento urinario o alteraciones en pruebas de imagen.(1-3)

65 La Enfermedad Renal Crónica (ERC) ha sido reconocida como un problema de salud  
66 pública mundial, por su carácter epidémico y las complicaciones devastadoras (4) que  
67 conduce a una serie de condiciones adversas clínicas, económicas, de servicios de salud y,  
68 consecuentemente la disminución de calidad de vida de los pacientes afectados. Además  
69 presenta una evolución gradual e irreversible. (5-7)

70 En la mayor parte del mundo, se ha visto un dramático incremento en la prevalencia e  
71 incidencia de la ERC. En el reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en el  
72 Proyecto de Carga Global de Enfermedad del 2004, las enfermedades renales y del tracto  
73 urinario contribuyeron con 850,000 muertes por año. Ocupando la 12ª causa de muerte y la  
74 17ª causa de discapacidad en el mundo. (4,8)

75 En los estudios epidemiológicos se ha reportado una prevalencia del 10% de ERC en  
76 población general, asociados con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica.  
77 (9)

78 En México la Secretaría de Salud, el INEGI y el Censo Nacional de Población durante el  
79 2011 reportaron que la ERC se encuentra entre las primeras 10 causas de mortalidad  
80 general, ocupando el 10º lugar como causa de mortalidad escolar, y el 9º en personas en  
81 edad productiva, así como en los adultos mayores de 65 y más años, con tasas desde 0.5  
82 hasta 111.5 por cada 100 mil habitantes. En la población indígena de nuestro país también  
83 se ha notado un incremento en la mortalidad por ERC, ocupando el 11º lugar como causa  
84 general de mortalidad. Esto ha generado que la demanda de atención en los servicios de  
85 urgencias la ERC ocupe el décimo tercer lugar, y el octavo como causa de egreso por  
86 muerte en los hospitales. (10,11)

87 Los factores de riesgo para la ERC hoy en día son bien conocidos, algunas personas están  
88 en mayor riesgo que otras de desarrollar ERC, y en ellas debe aplicarse un mayor esfuerzo  
89 de detección precoz de esta condición. Un énfasis particular debe darse a las personas con  
90 diabetes, hipertensión, edad mayor de 60 años e historia familiar de enfermedad renal. Estas  
91 condiciones tienen alta prevalencia y son detectables en el primer nivel de atención. (12)

92 Dentro de los factores de riesgo de susceptibilidad para el desarrollo de daño renal, se  
93 encuentran la edad igual o mayor a 60 años, el tener antecedente familiar de ERC, padecer  
94 síndrome metabólico, el pertenecer a algunos grupos étnicos como el ser hispano o  
95 afroamericano, el tener una reducción en la masa renal ya sea congénito o adquirido,  
96 además proceder de un nivel socioeconómico bajo o el tener un bajo nivel educativo.  
97 (10,13)

98 Uno de los factores de riesgo menos estudiados es el nivel de conocimiento de la ERC y en  
99 las pocas publicaciones sobre el tema se ha encontrado un conocimiento deficiente, además  
100 que la población tiene ideas equivocadas que dificultan el manejo de la enfermedad, así  
101 como su prevención; el nivel de conocimiento ha demostrado tener impacto sobre la  
102 incidencia y prevalencia, hoy en día la conciencia sobre la ERC ha cobrado importancia  
103 debido al elevado costo de vida económica, como social. (14)

104

## 105 **Métodos**

106 Estudio de tipo trasversal y descriptivo realizado en agosto del 2024, la muestra se calculó  
107 utilizando la fórmula para poblaciones finitas, obteniendo una  $n$  de 322 pacientes. Para la  
108 selección de los pacientes, se realizó de manera aleatoria a partir del censo nominal con que  
109 cuenta el departamento, se realizó consentimiento informado y se entregó a los  
110 participantes los cuales firmaron y autorizaron el estudio. El estudio fue aprobado por el  
111 comité de ética e investigación; una vez seleccionados los datos se realizó el vaciado a una  
112 base de datos en hoja de cálculo Excel. Se incluyó a pacientes mayores de 18 años con  
113 enfermedad renal crónica en terapia sustitutiva, se excluyeron a pacientes con  
114 enfermedades que tuvieran dificultad para la comunicación durante el interrogatorio tales  
115 como discapacidad mental o intelectual, lesión cerebral o demencia. La variable principal  
116 se definió como nivel de conocimiento de la enfermedad renal crónica en pacientes con  
117 ERC en terapia sustitutiva renal, se aplicó el cuestionario de las Guías KDOQI, las cuales  
118 son válidas para evaluar el conocimiento sobre la enfermedad renal crónica para pacientes,  
119 elaborado por la National Kidney Found integrado por diez reactivos con opción de  
120 respuesta de Verdadero y Falso; del cuestionario se obtiene un puntaje de cero a 10 y se  
121 clasifica según el puntaje obtenido de 5 o 6 aciertos como deficiente, de 7 u 8 aciertos como  
122 suficiente y de 9 a 10 aciertos como bueno. Además, se determinó el nivel de escolaridad,  
123 ocupación y tipo de terapia sustitutiva de la función renal durante la entrevista, el nivel  
124 socioeconómico se determinó mediante el índice AMAI estandarizado para nuestra  
125 población.

126 Para el análisis de datos se empleó estadística descriptiva y para el procesamiento de datos  
127 se utilizó el paquete estadístico SPSS v. 20.

128

129

## 130 **Resultados**

131 De un total de 322 pacientes se seleccionaron 290 con información completa, 32 pacientes  
132 se eliminaron por datos incompletos e inconsistentes en los cuestionarios y el expediente.

133 Se incluyeron 290 pacientes del servicio de nefrología con un rango de edad de 18 a 90  
134 años, la media de la edad fue de  $55 \pm 14.4$  años. (Tabla. 1)

135 La distribución en cuanto al sexo fue de 176 hombres y 114 mujeres (60.7% vs 39.3%).  
136 (Tabla. 2)

137 La distribución respecto del método de sustitución de la función renal, fue de 149 pacientes  
138 en hemodiálisis (51.4%) y de 141 para diálisis peritoneal (48.6%).

139 El nivel socioeconómico se determinó mediante el índice AMAI, observando una mayor  
140 proporción para el nivel social medio bajo con 151 pacientes (52.1%). (Tabla. 3)

141 La actividad laboral actual, 78 (26.1%) se dedican a actividades relacionadas con el hogar,  
142 59 jubilados (20.3%), 56 desempleados (19.3%), 52 empleados de alguna empresa  
143 (16.1%), 20 comerciantes (6.2%), 18 se dedicaban a diferentes actividades u oficios  
144 menores (6.2%), 9 profesionistas (3.1%).

145 Este estudio transversal, realizado en 290 pacientes bajo terapia sustitutiva renal, exploró  
146 las relaciones entre variables sociodemográficas, clínicas y el nivel de conocimiento sobre  
147 la Enfermedad Renal Crónica, empleando coeficientes de correlación de Pearson.

148 Los resultados revelaron que el nivel socioeconómico exhibió una correlación positiva  
149 moderada con el conocimiento sobre ERC ( $r = 0.258$ ;  $p < 0.01$ ), sugiriendo que los  
150 pacientes de estratos más altos tienen mayor acceso a recursos educativos o atención  
151 especializada, lo que se traduce en un mejor manejo teórico de su condición.

152 La edad emergió como un factor psicosocial relevante, correlacionándose positivamente  
153 con el estado civil ( $r = 0.397$ ;  $p < 0.01$ ) y la ocupación ( $r = 0.177$ ;  $p < 0.01$ ). Los pacientes  
154 mayores, particularmente aquellos mayores de 60 años, mostraron mayor estabilidad  
155 marital y ocupacional, variables que podrían actuar como protectores indirectos al favorecer  
156 la adherencia terapéutica. Sin embargo, el estado civil también se asoció negativamente con  
157 el nivel socioeconómico ( $r = -0.121$ ;  $p < 0.05$ ), lo que sugiere que los pacientes casados en  
158 este estudio pertenecen predominantemente a estratos económicos más bajos. (Tabla. 4)

## 159 **Discusión**

160 Medir el nivel de conocimiento es difícil, debido a su complejidad y subjetividad. No  
161 obstante, varios investigadores han realizado un esfuerzo para crear reactivos con diseño  
162 estadístico, y poder disminuir el error en la percepción del conocimiento del paciente renal  
163 y de los médicos. (18–23) Una limitación relevante es el diseño de estos ítems en idiomas  
164 diferentes al de nuestra población, debido ha ello existe la necesidad en la traducción,  
165 adecuación y validación de las encuestas para poblaciones con idiomas diferentes al inglés.  
166 (24–26)

167 Para adaptarse a la nueva situación, la persona pone en marcha pensamientos y acciones, es  
168 decir, estrategias de afrontamiento, las cuales Lazarus y Folkman definen como "los  
169 esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que realiza un individuo  
170 para manejar las demandas externas e internas evaluadas como excedentes o agravantes de  
171 sus recursos"(27) Este proceso de afrontamiento es complejo, multidimensional y  
172 dinámico, por lo que debe considerarse en cuenta que las estrategias son cambiantes en el  
173 tiempo y sensibles tanto a las características personales como a factores externos o del  
174 entorno.(28)

175 En este contexto, en un estudio realizado en población mexicana de la provincia, se reporto  
176 que el nivel de conocimiento en general mostro que 55% tenían conocimiento deficiente o  
177 bajo, mientras que un 45% presentaron conocimiento bueno; sin embargo, no utilizaron un  
178 cuestionario estandarizado. En contraste en nuestro estudio observamos que el 33% mostro  
179 un conocimiento deficiente y el 67% mostro un conocimiento suficiente. (10)

## 180 **Conclusión**

181 Los resultados obtenidos en este estudio ofrecen una perspectiva epidemiológica relevante  
182 sobre el nivel de conocimiento de pacientes con terapia sustitutiva renal respecto a su  
183 enfermedad renal crónica (ERC), destacando la influencia de variables sociodemográficas y  
184 clínicas en la comprensión de su condición.

185 Ante esto se refleja tendencia globales de la ERC, prevaleciendo en varones identificando  
186 como factores protectores para la adherencia terapéutica el estado civil, limitando los  
187 estratos socioeconómicos bajos por el acceso a recursos educativos, siendo esta un factor de  
188 conocimiento importante sobre ERC, subrayando la necesidad de diseñar intervenciones  
189 educativas accesibles para este grupo, que combinen claridad conceptual y adaptación  
190 cultural.

191 La edad avanzada también se asocia con barreras para la actualización de conocimientos,  
192 como limitaciones cognitivas o menor exposición a herramientas digitales de educación en  
193 salud.

194 La pérdida de empleo podría exacerbar la vulnerabilidad socioeconómica, reduciendo aún  
195 más las oportunidades de acceder a educación en salud de calidad.

196 Los hallazgos resaltan la importancia de implementar programas educativos, priorizando a  
197 los grupos más vulnerables. Estrategias como talleres comunitarios, material didáctico en  
198 lenguas indígenas (si aplica) y el uso de tecnologías móviles podrían mejorar la  
199 comprensión y retención de conocimientos. Asimismo, integrar a los familiares en el  
200 proceso educativo podría potenciar el apoyo social, especialmente en pacientes adultos  
201 mayores

## 202 **Responsabilidades éticas**

203 Riesgo de la investigación: de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en  
204 Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17: Esta  
205 investigación se considera con riesgo mínimo.

206 Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes: a todos los participantes  
207 independientemente del resultado diagnóstico se les otorga información verbal y escrita  
208 sobre recomendaciones higiénicas y dietéticas de acuerdo a las recomendaciones en las  
209 guías de práctica clínica de IRC. Además de realizar una labor educativa con todos los  
210 participantes.

211 Confidencialidad y consentimiento informado: Los autores declaran que en el presente  
212 artículo no aparecen datos personales de los pacientes encuestados.

### 213 **Financiamiento**

214 El presente estudio fue financiado por los investigadores.

### 215 **Conflicto de interés**

216 Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

217

218

## **BIBLIOGRAFIA**

219 1. Eknoyan G. Chronic kidney disease definition and classification: The quest for refinements.  
220 Vol. 72, Kidney International. 2007.

221 2. Levey AS, Eckardt KU, Tsukamoto Y, Levin A, Coresh J, Rossert J, et al. Definition and  
222 classification of chronic kidney disease: A position statement from Kidney Disease:  
223 Improving Global Outcomes (KDIGO). Kidney Int. 2005;67(6).

224 3. Dehesa LE. Enfermedad renal crónica; definición y clasificación. Medigraphic. 2008;III(3).

225 4. Rivera-Ayala L, Lozano-Rangel O, González-Cobos R. Nivel de conocimientos de pacientes  
226 con hemodiálisis sobre autocuidado con acceso vascular. Piso Col Juan Escutia Deleg  
227 Iztapalapa DF México Tel. 2010;18(3).

228 5. Orduña Balaguera HM, Yate Velasquez M, Duarte Torres SC. Calidad de vida en personas  
229 con enfermedad renal crónica: Una mirada desde terapia ocupacional. Revista Chilena de  
230 Terapia Ocupacional. 2018;18(2).

231 6. Contreras F, Espinosa JC, Esguerra GA. Calidad de vida, autoeficacia, estrategias de  
232 afrontamiento y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica  
233 sometidos a hemodiálisis. Psicología y Salud. 2013;18(2).

- 234 7. Morales-Jaimes R, Salazar-Martínez E, Flores-Villegas FJ, Bochicchio-Riccardelli T, López-  
235 Caudana AE. Calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con tratamiento  
236 sustitutivo renal: El papel de la depresión. *Gac Med Mex.* 2008;144(2).
- 237 8. World Health Organization. 24 Maggio. 2018. WHO - The top 10 causes of death.
- 238 9. Guzmán-Guillén KA, Fernández de Córdova-Aguirre JC, Mora-Bravo F, Vintimilla-Maldonado  
239 J. Prevalencia y factores asociados a enfermedad renal crónica. *Revista Médica Del Hospital  
240 General De México.* 2014;77(3).
- 241 10. GPC. Prevención, Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica temprana.  
242 Guía de referencia rápida. 2015;
- 243 11. Revuelta A, Alcalá R, Camacho M de L. Panorama Epidemiológico y Estadístico de la  
244 Mortalidad en México 2011. SINAVE/DGE/SALUD/Panorama Epidemiológico y Estadístico  
245 de la Mortalidad en México. 2011;
- 246 12. Flores García Moreno JC, Chilena de Nefrología S, Flores JC, Alvo M, Borja H, Morales J, et  
247 al. Enfermedad renal crónica: Clasificación, identificación, manejo y complicaciones Clinical  
248 guidelines on identification, management and complications of chronic kidney disease. *Rev  
249 Méd Chile.* 2004;137.
- 250 13. Rubio-Gaona D, Peña-Rivas J, Gonzalez-Arreguín AI, Chavarria-Perez M, Muller-Sanjuán J,  
251 Ruvalcaba-Ledezma JC. Nivel de conocimiento de la población de 20 a 50 años de edad de  
252 la zona centro de Pachuca de Soto sobre Insuficiencia Renal Crónica. *Journal of Negative &  
253 No Positive Results.* 2016;1(5).
- 254 14. Costa GMA, Pinheiro MBGN, Medeiros SM de, Costa RR de O, Cossi MS. Calidad de vida en  
255 pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Global.* 2016;15(3).
- 256 15. Guerra VT, Díaz AE, Vidal K. La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los  
257 pacientes en terapia dialítica. *Rev Cubana Enfermer.* 2010;26(2).
- 258 16. Sánchez González JC, Martínez Martínez C, Pablos López M, Bethencourt Fernández D.  
259 Valoración de los conocimientos que tienen los pacientes en hemodiálisis acerca de su  
260 tratamiento. *Enfermería Nefrológica.* 2015;18(1).
- 261 17. Gándara M. MR, CJPR, GM, AA. Valoración de necesidades de las personas con enfermedad  
262 renal en hemodiálisis en Cantabria. *Nuberos científica.* 2011 Nov;
- 263 18. Wright JA, Wallston KA, Elasy TA, Ikizler TA, Cavanaugh KL. Development and results of a  
264 kidney disease knowledge survey given to patients with CKD. *American Journal of Kidney  
265 Diseases.* 2011;57(3).

- 266 19. Jausse S, Labarère J, Boyer JP, François P. Propriétés métrologiques des questionnaires de  
267 connaissances et de pratiques des professionnels de santé concernant les patients ayant  
268 des conduites d'alcoolisation pathologique. *Encephale*. 2004;30(5).
- 269 20. Dageforde LA, Cavanaugh KL. Health Literacy: Emerging Evidence and Applications in  
270 Kidney Disease Care. Vol. 20, *Advances in Chronic Kidney Disease*. 2013.
- 271 21. Yaqub S, Kashif W, Raza MQ, Aaqil H, Shahab A, Chaudhary MA, et al. General practitioners'  
272 knowledge and approach to chronic kidney disease in Karachi, Pakistan. *Indian J Nephrol*.  
273 2013;23(3).
- 274 22. Agrawal V, Garimella P, Roshan S, Ghosh A. Questionnaire survey of physicians: Design and  
275 practical use in nephrology. Vol. 19, *Indian Journal of Nephrology*. 2009.
- 276 23. Choukem SP, Nchifor PK, Halle MP, Nebongo DN, Mboue-Djieka Y, Kaze FF, et al.  
277 Knowledge of physicians on chronic kidney disease and their attitudes towards referral, in  
278 two cities of Cameroon: A cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2016;9(1).
- 279 24. Hsu CC, Hwang SJ, Wen CP, Chang HY, Chen T, Shiu RS, et al. High Prevalence and Low  
280 Awareness of CKD in Taiwan: A Study on the Relationship Between Serum Creatinine and  
281 Awareness From a Nationally Representative Survey. *American Journal of Kidney Diseases*.  
282 2006;48(5).
- 283 25. Mota-Anaya E, Yumpo-Cárdenas D, Alva-Bravo E, Wright-Nunes J, Mayta-Tristán P. Spanish  
284 version of the Kidney Disease Knowledge Survey (KiKS) in Peru: cross-cultural adaptation  
285 and validation. *Medwave*. 2016;16(7).
- 286 26. Cai G, Zheng Y, Sun X, Chen X. Prevalence, awareness, treatment, and control of  
287 hypertension in elderly adults with chronic kidney disease: Results from the survey of  
288 prevalence, awareness, and treatment rates in chronic kidney disease patients with  
289 hypertension in china. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(12).
- 290 27. Lazarus Richard, Valdéz Manual, Folkman Susan. *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez  
291 Roca. 1984.
- 292 28. de Retana BR de AF, Barañano NB, Prado EF, Baños CB, Rodríguez MÁN, Escibano ME, et  
293 al. Cambios en las estrategias de afrontamiento en los pacientes de diálisis a lo largo del  
294 tiempo. *Revista de la Sociedad Espanola de Enfermeria Nefrologica*. 2009;12(1).

295

296

297 ANEXOS

298

299 Tabla I. Estadísticos de la Edad.

Edad	<u>n</u>	300
Media	53.30	30
Mediana	57.00	302
Moda	63	63
Desviación estándar	14.414	303

304

305 Tabla 2. Variables Sociodemográficas.

Variables demográficas	<u>n</u>	290
<i>Sexo</i>	<u>n</u>	porcentaje
hombres	176	60.7%
mujeres	114	39.3%
<i>Edo civil</i>		
Soltero	52	17.9%
Casado	186	64.1%
Union libre	20	6.9%
Divorciado	18	6.2%
Viudo	14	4.8%

306

307 Tabla 3. Índice AMAI.

Nivel Socioeconómico	<u>n</u>	290
	Casos	%
Muy Bajo	1	0.3
Bajo	18	6.2
Medio Bajo	151	52.1
Medio	74	25.5
Medio Alto	36	12.4
Alto	10	3.4

308

309 Tabla 4. Correlación de Pearson

Variable		Conocimiento ERC
Nivel socioeconómico	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	0.258 p < 0.001
		Edad
Estado civil	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	0.397 p < 0.001
Ocupación	Correlación de Pearson Sig. (bilateral)	0.177 p < 0.001

310

UNDER PEER REVIEW IN IJAR