

Multimed 2016; 20(1)

ENERO-FEBRERO

ARTÍCULO ORIGINAL

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS. GRANMA

**Hospital Clínico Quirúrgico Docente. "Celia Sánchez Manduley".
Manzanillo.**

**Funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia
renal crónica en tratamiento dialítico**

**Family functioning in patients with chronic kidney failure in
dialytic treatment**

**Grethel Matos Trevín;¹ Sandra Román Vargas;² Lilié Remón Rivera;³ Betsy
Álvarez Vázquez.⁴**

1 Licenciada en Psicología. Máster en Psicología de la Salud. Asistente. Hospital Clínico Quirúrgico Docente. "Celia Sánchez Manduley". Manzanillo. Granma. E-mail: gretelmt@grannet.grm.sld.cu

2 Licenciada en Psicología. Asistente. Hospital Clínico Quirúrgico Docente. "Celia Sánchez Manduley". Manzanillo. Granma.

3 Licenciada en Psicología. Hospital Clínico Quirúrgico Docente. "Celia Sánchez Manduley". Manzanillo. Granma.

4 Licenciada en Psicología. Especialista en Psicología de la Salud. Master en Longevidad Satisfactoria. Asistente. Hospital Clínico Quirúrgico Docente. "Celia Sánchez Manduley". Manzanillo. Granma.

RESUMEN

Introducción: ante el aumento de la incidencia de la insuficiencia renal crónica terminal se hace necesario abordar la familia como fuente fundamental de apoyo para estos pacientes.

Objetivo: caracterizar las familias de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico que estuvieron ingresados en la sala de nefrología del Hospital Clínico Quirúrgico Celia Sánchez Manduley en el año 2014.

Método: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. El universo estuvo conformado por 65 pacientes pero fueron evaluados 59 de ellos que cumplían con los criterios de inclusión y que además deseaban participar en la investigación. Para la recogida de información se aplicó el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FFSIL), una entrevista semiestructurada y el inventario de problemas de salud del grupo familiar.

Resultados: entre los principales resultados podemos señalar que el 54,24 % eran hombres y un 45,76 % mujeres, el grupo de edades más representativo fue el de 60 años y más con un 33,90 %. Predominaron las familias funcionales con un 50,85 %, seguido por las moderadamente funcional con un 42,37 % y sólo un 6,78 % disfuncional. La dimensión más afectada fue la permeabilidad. Predominó la presencia de criticidad severa en un 76,27 % de las familias.

Conclusiones: prevaleció una criticidad severa, evidenciándose fundamentalmente la presencia en el hogar de un miembro descompensado de su enfermedad crónica y en estado terminal, lo que se vincula con el diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal. Resulta útil el predominio de familias funcionales lo que les permite a los

pacientes una mayor fortaleza a la hora de adaptarse a esta enfermedad.

Descriptores DeCS: INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA; DIÁLISIS RENAL; SALUD DE LA FAMILIA

ABSTRACT

Introduction: with the increase of the incidence of the terminal chronic kidney failure it is necessary to approach the family as a main source of support for these patients.

Objective: to characterize the families of patients who were hospitalized in the Nephrology Service at the Clinical Surgical Hospital Celia Sanchez in the year 2014 with chronic kidney failure in dialytic treatment.

Method: it was performed a descriptive and transversal study. The universe was made by 65 patients but there were evaluated 59 of them with the inclusion criteria who also wanted to participate in the research. For the information it was applied a Questionnaire of Family Functioning, a semi-structured interview and an inventory of health problems of the family group.

Results: within the main results 54.24 % were men and 45.76 were women, the most representative group of age was about 60 years and older with 33.90%. The functional families prevailed with 50.85 % followed by the moderately functional with 42.37 % and only 6.78 % were dysfunctional. The most affected dimension was the permeability. The presence of severe criticism prevailed in 76.27 % of the families.

Conclusions: a severe criticism prevailed, evidencing the presence in the home of a member unbalanced of his disease and in terminal condition, which is linked to the diagnosis of terminal chronic kidney

failure. It is useful the prevalence of functional families what permits these patients a greater strength at the time of getting used to this condition.

Subject heading: CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY; RENAL DIALYSIS; FAMILY HEALTH

INTRODUCCIÓN

La familia es la institución básica de la sociedad, ya que constituye la unidad de reproducción y mantenimiento de la especie humana. Para este propósito cumple funciones importantes en el desarrollo biológico, psicológico y social del hombre, y ha asegurado, junto a otros grupos sociales, la socialización y educación del individuo para su inserción en la vida social, y la transmisión de valores culturales de generación en generación. La sociedad descansa en ella como entidad llamada a garantizar la vida organizada y armónica del hombre.¹

La familia constituye la más importante y efectiva red de apoyo social, y desempeña un papel clave en el proceso salud-enfermedad pues influye en que sus miembros asuman conductas protectoras de su salud o por el contrario conductas de riesgo que pueden favorecer la aparición de determinadas enfermedades y agravar las ya existentes. En la familia se fomentan estilos de vida saludables, se presenta la enfermedad, se recupera la salud y se apoya en el momento de morir.

El enfoque familiar presupone una visión holística de la génesis y manifestación de la salud y la enfermedad, expresa la puesta en práctica de los principios de la concepción sociopsicológica de la salud y la consideración de la familia como grupo complejo que regula la salud y como unidad básica de atención.¹

A la hora de la aplicación del enfoque familiar se tiene en cuenta a la familia en las políticas, las leyes, los planes y programas sociales y de salud, en la organización de los servicios médicos y en el contenido de las funciones asistenciales, docentes e investigativas de los profesionales de la salud.

El campo de salud del grupo familiar se ha estructurado para fines didácticos en seis dimensiones configurativas: contexto socioeconómico y cultural, composición del hogar, procesos críticos de la vida familiar, relaciones intrafamiliares, afrontamiento familiar y apoyo social.²

La dimensión de contexto socioeconómico y cultural incluye categorías relacionadas con la inserción socio laboral, la situación económica y las condiciones materiales de vida, unido a las creencias religiosas y los valores ético-morales.

La composición del hogar se refiere a las características de la estructura visible del núcleo familiar como el número de convivientes, las relaciones de parentesco entre ellos y en relación con un jefe de familia, la edad y el sexo.³

Se denomina procesos críticos a la situación que genera en la familia la vivencia de acontecimientos de diferente naturaleza que potencialmente afectan la salud en un determinado período.³

La dimensión relaciones intrafamiliares se refiere al conjunto de relaciones que se dan en el contexto familiar, que se conoce también como funcionamiento intrafamiliar, que va a constituir un modelo a seguir por las nuevas generaciones.

El afrontamiento familiar se relaciona con la capacidad que tiene la familia de movilizarse y tomar decisiones que contribuyan a solucionar los problemas. Interviene en esto las experiencias anteriores en el enfrentamiento a otros problemas, el funcionamiento de la familia y la situación económica.

El apoyo social constituye el conjunto de recursos de diversa naturaleza con los que pueden contar las familias en la vida cotidiana y, especialmente, ante determinadas situaciones que exceden sus recursos y potencialidades.³

Al referimos a la importancia de la aplicación del enfoque familiar en el proceso salud-enfermedad vale señalar su impacto en la adaptación y ajuste del individuo a una enfermedad crónica no transmisible, puesto que el apoyo brindado por la familia resulta un elemento que incide en este proceso.

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una de las tantas enfermedades donde el papel desempeñado por la familia resulta vital en la adaptación del paciente a la enfermedad.

Debido a las limitaciones que acarrea el padecer esta enfermedad, muchos de los pacientes deben abandonar su vida laboral, lo que provoca en la familia grandes conflictos pues se ve afectada la economía familiar y esta persona se vuelve dependiente de sus familiares para su sustento y para la realización de las labores hogareñas, por lo que en la mayoría de las familias debe realizarse una reestructuración de los roles ya establecidos.

A causa de las complicaciones de la enfermedad estos pacientes tienen continuos ingresos hospitalarios y en ocasiones largas estadías (de uno a dos meses) lo que puede provocar en la familia dificultades en la planificación de quien o quienes deben asumir el cuidado del paciente.

El diagnóstico de IRC provoca estados emocionales negativos como tristeza, llanto, irritabilidad, intranquilidad, trastornos en el sueño y la alimentación, entre otros, a la hora de disminuir estos la familia juega un papel primordial y abordar estos casos teniendo en cuenta el enfoque familiar contribuye a una recuperación del paciente y de este modo que logre adaptarse a la enfermedad y adopte además estilos de vida saludables que contribuyen a disminuir las complicaciones y los ingresos hospitalarios, posibilitando así una mejor calidad de vida para el paciente y su familia.

El estudio de la familia en los pacientes con IRC y particularmente el relacionado con el funcionamiento familiar es un campo poco explorado y con muchas posibilidades de desarrollo científico, por sus implicaciones teórico-prácticas.

A partir de esto nos surgen algunas interrogantes:

- ✓ ¿Cómo se manifiestan en estas familias las dimensiones del enfoque familiar de Louro Bernal?
- ✓ ¿Cómo es el funcionamiento familiar de las familias de estos pacientes?

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente nos hemos trazado como objetivo, caracterizar las familias de pacientes en tratamiento dialítico ingresados en la sala de nefrología del Hospital Celia Sánchez

Manduley en el año 2014, teniendo en cuenta el enfoque familiar de Louro Bernal.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de caracterizar las familias de pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento dialítico ingresados en el servicio de Nefrología del Hospital Clínico Quirúrgico Celia Sánchez Manduley en el año 2014. El universo estuvo conformado por 65 pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal que estuvieron ingresados en la Sala de Nefrología en el año 2014.

Para la selección de los pacientes a evaluar se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- ✓ Pacientes con IRCT, ingresados en el Servicio de Nefrología en el periodo señalado.
- ✓ Pacientes de 16 a 70 años de edad.
- ✓ Pacientes dispuestos a participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes con trastornos psíquicos, retraso mental o cualquier alteración psíquica u orgánica que afectara el juicio o contacto con la realidad.
- ✓ Pacientes en estado grave durante el estudio.
- ✓ Pacientes que vivían solos.

Luego de la aplicación de dichos criterios se trabajó definitivamente con 59 pacientes.

Operacionalización de las variables:

Sexo: Femenino o masculino, según sexo biológico de pertenencia.

Edad: 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 y más. Según años de vida en el momento de la investigación.

Escolaridad: Iletrado, primaria sin concluir, primaria concluida, secundaria, preuniversitario, técnico medio y universitario. Según grado vencido en el momento de la investigación.

Ocupación: Trabajador, ama de casa, jubilado y sin vínculo laboral. Según ocupación en el momento de la investigación.

Estado civil: Unión consensual, casado, soltero, divorciado y viudo. Según estado civil en el momento de la investigación.

Procedencia: Urbana y rural. Según lugar de procedencia de los pacientes investigados.

Funcionamiento familiar: Funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional. Según resultados del FFSIL.

Composición del hogar: Grande, mediana y pequeña. Según el número de miembros. Nuclear, extensa y ampliada. Según la ontogénesis de la familia.

Afrontamiento familiar: Adecuado e inadecuado. Según resultados del inventario de problemas de salud del grupo familiar.

Apoyo social: Adecuado e inadecuado. Según resultados del inventario de problemas de salud del grupo familiar.

Criticidad familiar: Leve, moderada, severa y extrema. Según resultados del inventario de problemas de salud del grupo familiar.

Las técnicas y procedimientos fueron los siguientes:

Entrevista no estructurada: se empleó para profundizar en los elementos del ámbito familiar. Se aplicó a los pacientes y familiares en dependencia de las necesidades investigativas.

Inventario de problemas de salud del grupo familiar: se empleo para la identificación de la criticidad familiar. El inventario se resume en niveles de criticidad familiar que indican el peso o la carga de problemas de la familia, según su naturaleza.

Instrumento FFSIL: técnica que permite determinar el grado de funcionamiento familiar, se tuvieron en cuenta además las dimensiones de la técnica: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, roles y permeabilidad. A la hora de calificar esta técnica se suman las puntuaciones dadas por los sujetos en las diversas preguntas.

Categoría-----	Puntos-----
Funcional-----	70 a 57
Moderadamente funcional-----	56 a 43
Disfuncional-----	42 a 28
Severamente disfuncional-----	27 a 14

La calificación del inventario de problemas de salud del grupo familiar se realiza marcando el número de la característica en una plantilla que las muestra ordenadas según las dimensiones y el grado en que afectan la salud familiar - tipos I,II,III -. ² La puntuación se obtiene por el número y tipo de característica que presenta la familia y el resultado final provee información sobre los niveles de criticidad familiar.

RESULTADOS

De los pacientes estudiados el 54,24 % eran hombres y un 45,76 % mujeres. El grupo de edades más representativo fue el de 60 años y más con un 33,9 %, seguido por el grupo de 50-59 años con un

27,12%. Se observó un predominio el estado civil casado (a) para un 44,07 %, seguido de las uniones consensuales con un 33,9 %.

El 52,54 % de los sujetos son jubilados y el 25,43 % amas de casa. Predominan los pacientes que viven en zonas rurales para un 66,10 %. En cuanto a la escolaridad predomina el preuniversitario para un 28,82 %, seguido por la secundaria con un 25,43 %.

Teniendo en cuenta los tipos de familias, hubo predominio de los pacientes procedentes de familias nucleares (64,41 %) seguido por las extensas (27,12 %).

Teniendo en cuenta el número de miembros prevalecían las familias pequeñas con un 50,85 % y las familias medianas con un 38,98 %.

Luego de la aplicación del FFSIL y su posterior análisis se obtuvo que un 50,85 % de las familias son funcionales, un 42,37 % moderadamente funcional y un 6,78 % disfuncional (tabla 1).

Tabla 1. Distribución de pacientes evaluados según diagnóstico del funcionamiento familiar.

Diagnóstico del funcionamiento familiar	Frecuencia	Por ciento
Familia funcional	30	50,85 %
Familia moderadamente funcional	25	42,37 %
Familia disfuncional	4	6,78 %
Familia severamente disfuncional	0	0 %
Total	59	100 %

Desde el punto de vista cualitativo al analizar los resultados de la prueba se observó que entre las dimensiones más afectadas se encuentra la permeabilidad con un 30,51 %, seguido por los roles con un 20,34 %.

En el caso del inventario de problemas de salud del grupo familiar se obtuvo que el 76,27 % de las familias presentan una criticidad severa y un 13,56 % moderada (tabla 2).

Tabla 2. Relación de la criticidad familiar según las familias encuestadas.

Grado de criticidad	Frecuencia	%
Criticidad leve	0	0 %
Criticidad moderada	8	13,56 %
Criticidad severa	45	76,27 %
Criticidad extrema	6	10,17 %
Total	59	100 %

En la categoría de contexto socioeconómico y cultural predominó la existencia de bajo nivel educacional en los adultos jefes de familia (35,59 %), condiciones inseguras de la vivienda (estado técnico) (52,54 %) y déficit de alguno de estos servicio en el hogar: agua, sanitarios y electricidad (59,32 %).

Casi la totalidad de las familias estudiadas presentan problemas críticos de salud relacionados con la descompensación de su enfermedad crónica en un 89,83 % y la presencia de un miembro con una enfermedad terminal en un 79,66 %, lo cual provoca, en muchas ocasiones,

dificultades en las relaciones familiares. También estaban presentes procesos críticos normativos como el caso de la presencia de senescente en el hogar (30,51 %), salida de hijo(s) del hogar (nido vacío) (18,64 %) e hijos adolescentes en el hogar (10,17 %).

En el 94,92 % de los casos las familias reflejaban un adecuado afrontamiento ante dificultades que se presentan en la vida, acudiendo a tiempo a los servicios de salud, cumpliendo con las indicaciones médicas y con adecuadas prácticas higiénicas.

Por último en la categoría de apoyo social los elementos más señalados fueron que la familia no cuenta con apoyo de otros familiares fuera del núcleo con un 10,17 % y un 15,25 % cuentan con pocos recursos comunitarios. El 79,66 % de las familias cuentan con adecuado apoyo social a la hora de enfrentar situaciones difíciles relacionadas con la salud.

DISCUSIÓN

Se ha observado en otros estudios ^{4,5,6} el predominio del sexo masculino en esta enfermedad crónica que coincide con nuestros resultados, además de familias nucleares ^{5,6,7} y los casados (as), ⁴ aunque en este último caso podemos señalar el aumento de uniones consensuales, lo que refleja la tendencia en nuestro país ⁶ y se vincula a la inestabilidad en las relaciones de pareja en estos pacientes para las exigencias de la enfermedad. Estas investigaciones fueron realizadas en pacientes en tratamiento dialítico, la mayoría de ellas a nivel internacional ya que sólo se encontraron dos estudios relacionados con este tema en Cuba.

En nuestro caso predominó el nivel de escolaridad preuniversitario que no coincide con otros estudios donde prevalece el nivel bajo de escolaridad,⁴ esto puede estar dado por las posibilidades que brinda el estado cubano para la superación de su población y además de la gratuidad de la educación.

Resulta muy positivo el hecho de que la mayoría de las familias evaluadas resultaron ser funcionales, determinándose que estas se caracterizaban por tener una tendencia a ser armoniosas, cohesionadas, facilitar la expresión de los afectos y la comunicación de sus miembros, los roles se cumplían adecuadamente y el nivel de flexibilidad y adaptabilidad resultó alto. Lo que coincide con estudios realizados en Cuba,^{6,7} Chile,⁸ Ecuador,⁹ México^{4,5} y España,¹⁰ aunque cabe señalar el número elevado de familias moderadamente funcionales que requieren de nuestra atención para facilitar las relaciones en el hogar.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación relacionados con el funcionamiento familiar no concuerdan con investigaciones realizadas en México por Grabiela e Isabela Rodríguez Ábrego¹¹ en 2004, donde prevalecían las familias disfuncionales, al igual que otra investigación realizada en Chile¹² en 2013 donde predominan las familias moderadamente funcionales con 63 %.

El resultado de la permeabilidad como dimensión más afectada coincide con otras investigaciones donde se observan puntajes bajos en la dimensión permeabilidad.^{7,6,12} Esta dimensión evidencia las dificultades de las familias para brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones, lo que entorpece muchas veces el trabajo de las instituciones y servicios de salud.

En cuanto a los resultados obtenidos del inventario de problemas de salud del grupo familiar, se observa en otra investigación semejantes resultados donde el 76 % de las familias presentaban criticidad severa,¹² aunque vale destacar que esta investigación fue realizada en una comunidad donde no se tuvo en cuenta la presencia o no de enfermedades crónicas. No se encontraron investigaciones en pacientes sometidos a tratamiento dialítico donde fuera aplicado el cuestionario de problemas de salud del grupo familiar.

En el aspecto de condiciones socioeconómicas, la mayoría de las familias presentó dificultades que pudiera tener relación con el predominio de la procedencia rural en estos pacientes lo que no coincide con estudios de Aymara Reyes Saborit en Santiago de Cuba en el 2006 donde predominaban las buenas condiciones socioeconómicas.⁷

En cuanto al apoyo social se encontraron resultados semejantes al nuestro en una investigación realizada en España¹³ y en Santiago de Cuba,⁶ en contraposición se observaron dificultades en el apoyo social en otro estudio en Brasil.¹³

En relación con el afrontamiento familiar nuestros resultados coinciden con el estudio de Reyes Saborit en Santiago de Cuba,⁷ donde el 81 % de los pacientes refirió un afrontamiento familiar adecuado, este resultado resulta relevante al posibilitarle al paciente un positivo afrontamiento a la enfermedad crónica ayudado por la familia.

CONCLUSIONES

En las familias encuestadas prevaleció una criticidad severa, evidenciándose fundamentalmente la presencia en el hogar de un

miembro descompensado de su enfermedad crónica y en estado terminal, lo que se vincula con el diagnóstico de insuficiencia renal crónica terminal. Predominaron las familias funcionales y la dimensión más afectada fue la permeabilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Louro Bernal I. Familia en el ejercicio de la medicina general integral. En: Álvarez Sinte R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p.397-419.
2. Louro Bernal I. Enfoque familiar en la atención sanitaria integral. En: Álvarez Sinte R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p.435-449.
3. Louro Bernal, I. Campo de la salud del grupo familiar. En: Álvarez Sinte R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p.420-434.
4. Rodríguez Orozco A, Kanán Cedeño E, Bautista de la Cruz J, Polina Carrillo R, Gómez Alonso C. No asociación entre percepción del funcionamiento familiar y modalidad de tratamiento de la enfermedad renal crónica secundaria a diabetes mellitus. Revista Acta Española de Psiquiatría [serie en Internet]. 2013 [citado 20 Marz 2015]; 41(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi5sfuvuaTKAhWHmx4KHTI4CIcQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.actapsiquiatria.es%2Frepositorio%2F15%2F82%2FESP%2F15-82-ESP-63-66-960330.pdf&usg=AFQjCNGvLW6ifPeJLF9cucAxoF7DzbstFg>
5. Aguilar Rivera T, González López A, Pérez Rosete A. Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal

- crónica que reciben terapia sustitutiva con diálisis peritoneal. Rev Aten Fam [serie en Internet]. 2014 [citado 20 Marz 2015]; 21(2): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://new.meditgraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=250&IDARTICULO=48896&IDPUBLICACION=5010>
6. Reyes Saborit A. Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. [Tesis] Ciudad de La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2003 [citado 20 de enero del 2015]. Disponible en : <http://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjJorz7uaTKAhWCGB4KHd5PDncQFggfMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.sld.cu%2Fgalerias%2Fpdf%2Fsitios%2Frevalud%2Faymara.pdf&usg=AFQjCNGhVI0j0g5bRmcQLtHNuUXczeLavg&cad=rja>
7. Reyes Saborit A. Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Rev MEDISAN [serie en Internet]. 2006 [citado 20 Marz 2015]; 10(4):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjIgq3WuqTKAhWK1h4KHR3RAnsQFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fbvs.sld.cu%2Frevistas%2Fsan%2Fvol10_04_06%2Fsan05406.pdf&usg=AFQjCNFuCqNtsV3BxImOYvW49jKuvx9v3A
8. Urzúa A, Pavlov R, Cortés R, Pino V. Factores psicosociales relacionados con la calidad de vida en salud en pacientes hemodializados. Rev Ter Psicol [serie en Internet]. 2011 [citado 25 Marz 2015]; 29(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0ahUKEwi->

- [l6z8uqTKAhXJbB4KHdgGA3oQFggqMAM&url=http%3A%2F%2Fwww.edalyc.org%2Farticulo.oa%3Fid%3D78518428014&usg=AFQjCNFDNNEDpAhfXdZdAdhE995sbQ338A&cad=rja](https://doi.org/10.14483/edalyc.org/201428014)
9. Monsalve I, Morales S, Vélez A. Prevalencia de depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento de hemodiálisis en la unidad de servicios renales del Austro CIA. Ltda. [Tesis]. Ecuador: Universidad de Cuenca, facultad de Ciencias Médicas; 2011 [citado 20 de enero del 2015]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/5001>
10. Puigvert Vilalta C. Percepción de la satisfacción de la función familiar que tienen los pacientes de diálisis peritoneal. Rev Enferm Nefrol [serie en Internet]. 2013 [citado 20 Marz 2015]; 16(supl.1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842013000500013&script=sci_arttext
11. Rodríguez Ábrego G, Rodríguez Ábrego I. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev Méd Inst Mex Seguro Soc [serie en Internet]. 2004 [citado 26 Feb 2015]; 42(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://new.medicgraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=46&IDARTICULO=1975&IDPUBLICACION=180>
12. Navarro Peña Y, Salazar Molina A. Caracterización de la salud familiar de una localidad para orientar un plan de cuidado. Rev Cubana Enfermer [serie en Internet]. 2013 [citado 26 Feb 2015]; 29(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192013000200003&script=sci_arttext

13. Huertas Vieco M, Pérez García R, Albalate M, De Sequera P, Ortega M, et al. Factores psicosociales y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis crónica. Revista Nefrología [serie en Internet]. 2014 [citado 26 Feb 2015]; 34(6): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-69952014000600008&script=sci_arttext

Recibido: 11 de noviembre de 2015.

Aprobado: 11 de diciembre de 2015.