

Asociación entre funcionalidad familiar y adherencia terapéutica de pacientes con enfermedad renal crónica en la UMF 9

Xochitl Maribel Ojeda Ojeda, Elizabeth Olmos Gómez, Amayrani Terán Martínez

Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad De Medicina Familiar No. 9 Tehuacán, Puebla

Resumen

ANTECEDENTES: El incumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedad renal crónica conlleva a serios problemas en la calidad de vida, costes para el sistema de salud y, sobre todo, contribuye a que no se logren resultados clínicos positivos en el paciente con enfermedad renal crónica. **OBJETIVO:** “Determinar la asociación entre funcionalidad familiar y adherencia terapéutica de pacientes con enfermedad renal crónica en la UMF 9”. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, y unicentrico, en 157 pacientes con enfermedad renal crónica adscritos a la UMF 9 de Tehuacán, se les aplicó el Test de Morisky-Green para valorar la adherencia terapéutica y la escala de Faces III, para evaluar la funcionalidad familiar. En cuanto al cálculo de la asociación entre funcionalidad familiar y adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedad renal crónica, se utilizó el test de Chi cuadrada. **RESULTADOS:** Se encontró que, del total de pacientes con enfermedad renal crónica, el 78 % corresponde a un estadio. En relación a la funcionalidad familiar, 106 pacientes (68%) corresponde a familias funcionales y 51 pacientes (32%) a familias disfuncionales, 103 pacientes (66 %), refieren cumplir con el tratamiento, mientras que 54 pacientes (34 %), no cumplen con el tratamiento médico. Mediante chi cuadrada, se encontró que el P-valor obtenido fue de 0.0, por lo que se asevera que existe asociación entre la funcionalidad familiar y adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedad renal crónica en la UMF 9. **CONCLUSIONES:** Se demuestra que la funcionalidad familiar influye en la adherencia terapéutica del paciente.

Abstract

BACKGROUND: Failure to comply with pharmacological treatment in patients with chronic kidney disease leads to serious problems in quality of life, costs for the health system and, above all, contributes to the failure to achieve positive clinical results in patients with chronic kidney disease. **OBJECTIVE:** “To determine the association between family functionality and therapeutic adherence of patients with chronic kidney disease in UMF 9. **MATERIAL AND METHODS:** An observational, descriptive, cross-sectional, prospective, and single-center study was carried out in 157 patients with chronic kidney disease assigned to the UMF 9 of Tehuacán. The Morisky-Green Test was applied to assess therapeutic adherence and Faces III scale, to evaluate family functionality. Regarding the calculation of the association between family functionality and therapeutic adherence of patients with chronic kidney disease, the Chi square test was used. **RESULTS:** It was found that, of the total number of patients with chronic kidney disease, 78% correspond to one stage. In relation to family functionality, 106 patients (68%) correspond to functional families and 51 patients (32%) to dysfunctional families, 103 patients (66%), report complying with the treatment, while 54 patients (34%), They do not comply with medical treatment. Using chi square, it was found that the P-value obtained was 0.0, therefore it is asserted that there is an association between family functionality and therapeutic adherence of patients with chronic kidney disease in the UMF 9. **CONCLUSIONS:** It is demonstrated that the functionality family influences the patient's therapeutic adherence.

Palabras Clave: Enfermedad renal, funcionalidad familiar, adherencia terapéutica

Keywords: Kidney disease, functionality family, therapeutic adherence

1. INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se define como una disminución de la función renal demostrada por la tasa de filtrado glomerular de menos de 60 ml/min en 1.73m², o por marcadores de daño renal, o ambas, de al menos 3 meses de duración, sin tomar en cuenta la causa [1].

El riñón puede ser afectado por múltiples situaciones, estudios actuales epidemiológicos a nivel mundial han identificado variables que son predictivas de enfermedad renal crónica, conocidas como factores desencadenantes, y factores que incrementan el riesgo de progresión de la enfermedad, conocidos como

factores perpetuadores. La diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares figuran como los principales factores desencadenantes y perpetuadores de la enfermedad renal crónica, tanto en países desarrollados como en los subdesarrollados [1].

La enfermedad renal crónica es una patología progresiva e irreversible. Una vez que se produce la lesión y se desarrolla enfermedad renal crónica, se desencadenan distintos mecanismos que inducen deterioro progresivo de la función renal, con probabilidad de evolucionar a la pérdida funcional [1].

La enfermedad renal Crónica en México representa una carga importantísima para el sistema de salud. Esto se debe fundamentalmente a la muerte prematura generada por la propia enfermedad y en menor proporción al incremento de los años vividos asociados a discapacidad [2].

La enfermedad renal está relacionada con una gran carga económica. Los países de ingresos altos suelen gastar más del 2% al 3% de su presupuesto anual de atención de la salud en el tratamiento de la enfermedad renal en etapa terminal, a pesar de que los que reciben dicho tratamiento representan menos del 0,03% de la población total. A nivel mundial, el costo total del tratamiento de las formas más leves de la enfermedad renal crónica parece ser mucho mayor que el costo total del tratamiento de enfermedad renal en etapa terminal [2].

A nivel mundial, en 2017, hubo 697.5 millones de casos de enfermedad renal crónica. Casi un tercio de los pacientes con enfermedad renal crónica vivían en dos países, China e India. En 2017, se reportó una prevalencia de enfermedad renal crónica del 12.2% y 51.4 muertes por cada 100 mil habitantes en México [3,4].

El tratamiento de los pacientes con enfermedad renal crónica es de apoyo, y la terapia de reemplazo renal, está indicada en pacientes con enfermedad renal grave. Están disponibles múltiples modalidades; estas incluyen diálisis, hemodiálisis intermitente, terapias continuas de reemplazo renal, y terapias híbridas, también conocidas como terapias de reemplazo renal intermitentes prolongados. Las guías europeas sugieren que, en pacientes con una TFG menor a 15 mL/min en 1.73m² se debe considerar la diálisis cuando los síntomas están presentes. Las directrices de la KDOQI de 2015 sugieren que la decisión de iniciar la diálisis debe basarse en los signos y síntomas urémicos, la evidencia de pérdida de energía y proteínas y la capacidad de controlar médicamente las anomalías metabólicas y la sobrecarga de volumen y no en el nivel de función renal [5,6].

La enfermedad renal crónica terminal constituye el estadio final de la ERC. En ella la tasa de filtración glomerular es menor de 15 ml/min, lo que lleva a la acumulación de toxinas, líquidos y electrolitos que los riñones excretan normalmente y origina el síndrome urémico [6,7].

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tiene una cobertura de atención del 62.2% de la población mexicana. Registra poco más de 60 000 pacientes con terapia sustitutiva, de los cuales 35 000 tienen diálisis peritoneal. La diálisis peritoneal es una técnica sencilla, segura y fácil de aprender por el individuo, ya que puede realizarla en su domicilio. Por lo tanto, es el tratamiento de primera elección para los pacientes renales, pues permite mantener la función renal residual y tener una mejor calidad de vida en comparación con la hemodiálisis. El costo de dicho tratamiento es de 110 000 pesos anuales y para los medicamentos requeridos en esta terapia se invierten entre 5000 y 10 000 pesos mensuales [8].

La Enfermedad renal crónica terminal, impacta negativamente en la calidad de vida de los pacientes, por su efecto en la función social, económica, imagen corporal y bienestar psicológico [9].

Cuando una persona es diagnosticada con enfermedad renal crónica presenta modificaciones importantes en su estilo de vida, características físicas, estado emocional y espiritual, además de un deterioro en el rol social que desempeña; afectando de manera importante en su calidad de vida. Los enfermos renales crónicos

terminales pierden su autonomía, llegando a requerir apoyo social y asistencial, los conocidos como “cuidados de apoyo”, además de preocuparles la dependencia de otros para realizar sus actividades. En estos pacientes existe una alta comorbilidad entre la ansiedad y depresión [10,11].

La familia es la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso para los individuos y se reconoce su función protectora y amortiguadora en las situaciones estresantes de sus miembros. La existencia de relaciones de pareja, familiares y su funcionamiento adecuado favorecen el bienestar y la salud, su ausencia genera malestar y debilidad. Los miembros familiares experimentan graves conflictos y problemas de relación entre sí, que se derivan tanto de la manera de entender la enfermedad como de las habilidades que se emplean para manejar la situación. El cuidador primario, que es un miembro familiar, sufre ciertas limitaciones en su vida personal, experimenta consecuencias económicas negativas y, con el tiempo, ocurren cambios desfavorables en su relación con el paciente [11].

La persona con necesidad de ayuda para llevar a cabo sus actividades cotidianas es considerada dependiente y la ayuda en la mayoría de los casos es otorgada por la familia. A la persona que cuida o asiste a otra persona durante un proceso de enfermedad o discapacidad se le llama cuidador. Habitualmente los cuidadores son mujeres y entre ellas se distinguen sus familiares y preferentemente las hijas; quienes no reciben recompensa económica por la actividad que realizan. Tanto los problemas, psicológicos, físicos y sociales del cuidador causan cambios en la dinámica familiar con repercusiones en sus relaciones afectivas, dando como resultado la alteración del funcionamiento familiar. La funcionalidad familiar es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia, la funcionalidad de la familia se mide por la capacidad para resolver las crisis que se le presentan y las formas en que expresan sus afectos. Un buen funcionamiento familiar incluye la capacidad para resolver los problemas que se generan como resultado de las demandas del cuidado, adaptabilidad, y la participación requerida de cada uno de ellos, el crecimiento que involucra el aspecto emocional y físico con el logro de los objetivos, el afecto considerado esencial entre los integrantes de la familia y el dependiente y por último, la resolución de problemas que involucra recursos económicos y el factor tiempo. En el cuidado de la persona dependiente cada aspecto es muy importante para el funcionamiento familiar y posiblemente, la participación de cada integrante de la familia es el aspecto más esperado, pero al no involucrarse todos sus miembros, la responsabilidad recae en una sola persona, alterando así su nivel de carga y en consecuencia su calidad de vida [12].

No es posible precisar cuando comenzaron a tomarse en consideración los aspectos psicosociales de la enfermedad renal crónica, sin embargo, existen múltiples reportes nacionales e internacionales que demuestran su influencia no sólo sobre la calidad de vida del enfermo y la familia, sino en la evolución y eficacia de la terapéutica empleada [13].

Escala FACES III

El modelo circunflejo de sistemas maritales y familia busca explicar la funcionalidad familiar y fue creado con la intención de cubrir la brecha entre la investigación, la teoría y la práctica. De esta forma, integra tres dimensiones: Cohesión, flexibilidad y comunicación. La Cohesión familiar evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados entre sí y son capaces de apoyarse unos a otros. Se define como el vínculo emocional entre los miembros. De esta manera los niveles de cohesión oscilan entre: Desligada (D), Separada (S), Conectada (C) y Aglutinada (A). Donde uno de los ítems más representativos es: “Los miembros de la familia se sienten muy cerca uno del otro”. En cuanto a adaptabilidad familiar, esta dimensión examina la habilidad del sistema marital o familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y reglas de relación en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo. Los niveles de adaptabilidad dan lugar a los niveles: Rígida (R), Estructurada (E), Flexible (F), Caótica (C). (Olson et al., 1982). Donde uno de los ítems más representativos

es: “Las reglas cambian en nuestra familia”. Finalmente, la comunicación es para Olson y Gorall (2006) una habilidad positiva facilitadora del sistema. En un funcionamiento saludable, facilita o hace viable en el sistema las dimensiones de cohesión y flexibilidad familiar; e implica la capacidad de escucharse mutuamente, de dialogar, de respetar los puntos de vista de otros y expresar los afectos [14,15].

Actualmente contamos con la Escala FACES III, Se compone de 20 ítems, 10 de los cuales evalúan la cohesión y otros 10 la adaptabilidad mediante una escala tipo Likert de cinco puntuaciones, la suma de los ítems impares para la dimensión de cohesión, y de los ítems pares para adaptabilidad. Las mismas veinte afirmaciones que sirven para evaluar como la familia es percibida en ese momento "Familia Real", sirven para evaluar cómo le gustaría que la misma fuese "Familia Ideal" [15]. Comunicación familiar es una dimensión facilitadora, esta hace posible que las parejas y familias compartan sus necesidades y preferencias, en tanto se relacionen con la cohesión y adaptabilidad. Si se carece de comunicación se reduce la capacidad de los cónyuges o miembros de la familia para compartir sus sentimientos, restringiendo sus movimientos en las otras dos dimensiones [16].

En cuanto a la adherencia terapéutica, el incumplimiento de las indicaciones médicas en este tipo de pacientes puede generar un gran número de complicaciones, relacionadas fundamentalmente, con el sistema respiratorio, digestivo y cardiovascular. Además, desde el punto de vista económico debe contarse con recursos para atender estas complicaciones, las cuales generan un aumento en los ingresos y las estadías hospitalarias. El estudio de la adherencia terapéutica resulta de vital importancia debido al impacto que tiene en la supervivencia del paciente y como vía para prevenir complicaciones de la enfermedad que provocarían aumento de ingresos y una progresiva disminución de la calidad de vida. [17].

La Organización Mundial de la Salud define a la adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona “tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida” se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria. Según un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la falta de adherencia es un problema mundial de gran magnitud, ya que, a pesar de que la medicina ha avanzado de manera sorprendente en las últimas décadas, otorgando cada vez mayor conocimiento de las enfermedades y con ello la existencia de numerosos tratamientos médicos sumamente eficaces, la incidencia y prevalencia de muchos padecimientos continúa siendo alta y su tratamiento muestra una menor efectividad a la esperada [18].

Test de Morisky-Green

Esta prueba es útil en la valoración de la adherencia terapéutica, consta de cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí o no para valorar las barreras para una correcta adherencia terapéutica. Este test también se denomina Medication Adherence Questionnaire (MAQ) o 4-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4). Este cuestionario consiste en realizar al paciente cuatro preguntas de respuesta dicotómica sí o no sobre sus actitudes ante la medicación, de forma entremezclada durante la entrevista clínica. Si las actitudes no son correctas, se asume que el paciente no es adherente al tratamiento. 1.- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? 2.- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? 3.- Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar la medicación? 4.- Si alguna vez le sienta mal, ¿Deja usted de tomarla?

Se considera que el paciente es adherente al tratamiento si responde correctamente a las cuatro preguntas, es decir, No/Sí/No/ No, en este orden [19, 20].

2. METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, y unicentrico, para determinar la asociación entre funcionalidad familiar y adherencia terapéutica, realizado en el año 2022, en 157 pacientes con enfermedad

renal crónica adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de Tehuacán, Puebla. En el cual se evaluó la funcionalidad familiar mediante la escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) y la adherencia terapéutica mediante el Test de Morisky-Green. Una vez recabado los datos se vaciaron en el programa estadístico SPSS 26 (Statistical Package for the Social Sciences) para su análisis. Para asociar las variables se hizo uso de la prueba chi cuadrada en la cual el P-valor obtenido fue de 0.0 (menor a 0.05), por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

3. RESULTADOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, y unicentrico, para determinar la asociación entre funcionalidad familiar y adherencia terapéutica en 157 pacientes con enfermedad renal crónica adscritos a la UMF 9 de Tehuacán. De acuerdo con la edad en la población, se encontró una media de 53.64 años, mediana y moda de 56 años. Con un rango inferior de 22 años y rango superior de 78 años y una desviación estándar de 13.02. Del total de pacientes evaluados, el 41 % corresponde al género femenino, y el 59 % al género masculino. En cuanto a la ocupación, un 28 % son ama de casa, 45 % empleados, 6 % jubilados, 10 % pensionado, y 12 % se dedican a otras actividades de empleo informal. En relación con el estado civil de los pacientes encuestados, la mayoría están casados, representan un 75 % del total, 8 % se encuentran solteros, 8 % Viudos, 7 % en unión libre, y un 3 % están divorciados. Se encontró que, del total de pacientes con enfermedad renal crónica, el 78 % corresponde a un estadio 5, 15 % a un estadio 4 y para el estadio 3 un 7 % de la población estudiada. En relación con la funcionalidad familiar, 106 pacientes (68%) corresponde a familias funcionales y 51 pacientes (32%) a familias disfuncionales. Del total de la población estudiada, 103 pacientes (66 %), refieren cumplir con el tratamiento, mientras que 54 pacientes (34 %), no cumplen con el tratamiento médico.

En cuanto al cálculo de la asociación entre funcionalidad familiar y adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedad renal crónica, se utilizó el test de Chi cuadrada. Donde se encontró que 0 casillas (0.0%) han esperado un recuento menor que 5, el recuento mínimo esperado es de 17.54. Es decir que el test de Chi cuadrada es óptimo para evaluar la asociación de las variables.

Tabla 1. Tabla cruzada funcionalidad familiar y adherencia terapéutica

Tabla cruzada. Funcionalidad Familiar*Adherencia Terapéutica			Adherencia Terapéutica		Total
			CUMPLE	NO CUMPLE	
Funcionalidad Familiar	FUNCIONAL	Recuento	87	19	106
		Recuento esperado	69.5	36.5	106.0
	DISFUNCIONAL	Recuento	16	35	51
		Recuento esperado	33.5	17.5	51.0
Total		Recuento	103	54	157
		Recuento esperado	103.0	54.0	157.0

Además, el P-valor obtenido fue de 0.0 (menor a 0.05), por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, es decir, que existe asociación entre la funcionalidad familiar y adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedad renal crónica en la UMF 9.

Tabla 2. Pruebas de chi cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39.229 ^a	1	.000
Corrección de continuidad ^b	37.014	1	.000
Razón de verosimilitud	38.955	1	.000
Asociación lineal por lineal	38.979	1	.000
N de casos válidos	157		

4. DISCUSIÓN

De acuerdo con un reciente estudio realizado en el Hospital Naval de Especialidades de Veracruz por Martha Susana Salas Guzmán, Omar Israel Salas Nolasco y Ángel Salomón Nájera Cruz en el año 2020 titulado función familiar en adhesión del tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedad renal crónica, donde los pacientes estudiados con ERC estadio 3a, 3b y 4 que acudieron a la consulta externa de Nefrología y quienes fueron evaluados con el Test de Morisky-Green y el Cuestionario FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales), en el que concluyeron que la función familiar no tiene asociación con la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con Enfermedad renal crónica en los estadios 3 a, 3b y 4, el cual difiere de nuestro estudio, en el que se demuestra que sí existe asociación. Al comparar nuestro estudio con otro más, realizado en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 6 San Juan del Río, Querétaro con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica integrados al programa de hemodiálisis, realizado por, Jalpan Amaranta Mezquite Reynoso y asociados en el año 2022, titulado asociación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis, donde los pacientes fueron evaluados con el cuestionario FFLSIL para la evaluación de funcionalidad familiar y el cuestionario EAT para la evaluación a la adherencia, en el que se concluyó que el grupo con familia funcional cumplió con buena adherencia al tratamiento y en aquellos con algún grado de disfunción familiar la adherencia se veía afectada, es decir, se identificó que existe una asociación entre la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis.

Se cuenta también con un estudio más, realizado por Teodoro Aguilar Rivera, Akihiki Mizuki González López y Armando Pérez Rosete, en el periodo del 1º de junio al 31 de agosto de 2010, en pacientes con IRC en diálisis peritoneal del hospital general regional (HGR) no. 36 de Puebla, Puebla, del Instituto Mexicano del Seguro Social en el que se evaluó el apego al tratamiento con el test de Morinsky-Green y el de Batalla, y la funcionalidad familiar con el Apgar familiar y faces III. Encontrando predominio de las familias funcionales con apego al tratamiento, observando que a mejor funcionalidad familiar mayor apego al tratamiento.

Como se puede observar, contamos con estudios recientes y antiguos, en los cuales predomina la asociación entre la función familiar y el buen apego al tratamiento, es decir, en la mayoría de los artículos consultados, concuerdan con nuestros resultados obtenidos.

5. CONCLUSION

El presente estudio demuestra que existe asociación entre la funcionalidad familiar y adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedad renal crónica. Lo que quiere decir que un buen funcionamiento familiar es parte del éxito en el tratamiento del paciente. No debe dejarse a un lado el entorno del paciente con enfermedad renal, pues con base al resultado obtenido, se comprueba que la familia influye en el éxito o fracaso en el tratamiento médico. Por tal motivo es relevante que el paciente sea valorado de forma multidisciplinaria e integral, no solo de forma orgánica. Es importante desarrollar estrategias, en las que el médico familiar pueda identificar e intervenir de forma oportuna en aquellas familias con pacientes en tratamiento para enfermedad renal crónica, esto, para asegurar su adecuado apego al tratamiento establecido. Y en los casos que sea necesario, derivar al paciente que amerite manejo conjunto con las demás especialidades (psiquiatría, psicología, medicina interna, trabajo social, terapia familiar).

REFERENCIAS

- [1] Gárate-Campoverde M, Mena-De La Cruz R, Cañarte-Baque GC, et al. Patología desencadenante en la enfermedad renal crónica. *Dominio De Las Ciencias* 2019; 5(1): 218-241.
- [2] Sánchez-Cedillo A, Cruz J, Mariño-Rojas F, et al. Carga de la enfermedad: insuficiencia renal, diálisis-hemodiálisis y trasplante renal en México. Costo de la enfermedad. *Rev Mex Traspl* 2020; 9 (1): 15-25.
- [3] Vos T, Bikbov B. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 201. *Lancet* 2020; 395: 709–33.
- [4] Luyckx A, Tonellib M, Stanifer J. The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. *Bull World Health Organ* 2018; 96:414–422C.
- [5] Bleyer A, Schwab S, Berns J, et al. Indications for initiation of dialysis in chronic kidney disease. Uptodate. Disponible en [Indications for initiation of dialysis in chronic kidney disease - UpToDate](#). Consultado el 01 de agosto de 2021.
- [6] Palevsky P, Motwani S. Kidney replacement therapy (dialysis) in acute kidney injury in adults: Indications, timing, and dialysis dose. Uptodate. Disponible en [Kidney replacement therapy \(dialysis\) in acute kidney injury in adults: Indications, timing, and dialysis dose - UpToDate](#). Consultado el 01 de agosto de 2021.
- [7] Sánchez-Carmona E, García-Torres O, Segura-Trujillo M, et al. Percepción de redes de apoyo del paciente con enfermedad renal crónica en terapia sustitutiva con diálisis peritoneal. *Med Gen Fam.* 2020; 9(4): 173-177.
- [8] Miguel-Hernández M, Romero-Quechol G, Cruz Ojeda G. Empoderamiento del paciente con insuficiencia renal crónica en el cuidado de la diálisis peritoneal en un hospital de segundo nivel. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2019; 27 (3):146-53.
- [9] Martínez-Gutiérrez F, Roy García I, Torres Rodríguez J. Terapia sustitutiva y su impacto en la calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica terminal. *Aten Fam.* 2020; 27 (1): 22-26.
- [10] Elías-Viramontes A, Casique-Casique L, Rodríguez-Loreto J. La persona con enfermedad renal crónica: una revisión sistemática de las intervenciones de salud. *Enferm Nefrol.* 2020;23 (4):333-344.
- [11] Martínez-Ramírez R, Islas-Ruz F, Nájera-Ruiz A. Funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica terminada tratados con hemodiálisis. *Rev. Med. Fam.* 2017; 4: 26-30.
- [12] Salazar-Barajasa M, Garza-Sarmientob E, García-Rodríguez S, et al. Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional. *Enfermería universitaria* 2019; 16 (4): 362-372.
- [13] Azcarate-García E, Ocampo-Barrío P, Quiroz-Pérez JR. Funcionamiento familiar en pacientes integrados a un programa de diálisis peritoneal: intermitente y ambulatoria. *Archivos en Medicina Familiar* 2018; (2) 97-102.
- [14] Caycho A, Castilla-Arias C. Evaluación de un modelo bifactorial y propiedades psicométricas del FACES III en estudiantes peruanos. *Interacciones.* 2020; 6 (2): 160.
- [15] Villarreal-Zegarra D, Paz-Jesús A. Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. *Propósitos y Representaciones.* 2017; 5(2): 21–64.
- [16] Olson D. H, Sprenkle D. H, Russell C. Circumplex Model of Marital and Family Systems I: Cohesion and Adaptability Dimensions, family types and clinical applications. *Family Process.* 1979; 14: 1-35.
- [17] Matos-Trevín G, Martín-Alfonso L, Álvarez-Vázquez B, et al. Adherencia terapéutica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento dialítico. *Rev haban cienc méd.* 2019; 18(4):666- 677.
- [18] Ortega-Cerda J, Sánchez-Herrera D, Rodríguez-Miranda O, et al. Adherencia terapéutica: Un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles* 2018; 16 (3): 226-232.
- [19] Puigdemont N, Valverde-Merino M. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm.* 2018; 59(3): 163-172.
- [20] Padilla-Vinueza V, Morales-Solís J. Adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas en adultos mayores. *Dom. Cien* 2020; 6 (4): 68-80.

Correo de autor de correspondencia: merydee312@gmail.com