

República Dominicana



**UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
Hospital Dr. Vinicio Calventi
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria**

TESIS PARA OPTAR POR EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TIPOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS, QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE
HEMODIÁLISIS HOSPITAL GENERAL DR. VINICIO CALVENTI
PERIODO MAYO- JUNIO 2022.

Sustentantes:

Dra. María del C. Guzmán F

Dra. Susana Amantina Gil Brito

Asesor clínico:

Dr. Rubén Vázquez

Asesor metodológico:

Dr. Ángel Campusano

Los conceptos expuestos en el presente anteproyecto de tesis son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante.

Distrito Nacional: 2022

TIPOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS, QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE
HEMODIÁLISIS HOSPITAL GENERAL DR. VINICIO CALVENTI
PERIODO MAYO-JUNIO 2022.

CONTENIDO

Página

RESUMEN

INTRODUCCIÓN	7
I.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
I.2. Preguntas de investigación.....	10
I.3.OBJETIVOS	12
I.3.1. General.....	12
I.3.2. Específicos	12
I.4 Justificación	13
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	14
Antecedentes y Referencias	14
Marco Conceptual	17
Conceptualización de familia.....	17
Orígenes de la Familia.....	17
Clasificaciones de la Familia.....	18
Clasificación con Base en el Parentesco	18
Clasificación de la familia con base en la presencia física y convivencia	19
Clasificación de las familias con base en su nivel económico	19
Nuevos estilos personal-familiar originados por cambios sociales.....	20
Funciones de la Familia.....	20
Dinámica Familiar.....	21
Concepto de Funcionalidad Familiar	21
Tipos de familias propuestos por el modelo circunflejo.	24
Los Tipos De Familias Dominicanas	25
Evaluación de la Familia.....	30
Apgar Familiar	32
Insuficiencia renal crónica	36
Epidemiología	36
Etiología y Patofisiología.....	37
Cuadro Clínico y Diagnóstico.....	37
Clasificación y estadios.....	39
Manejo Terapéutico.	39
Hemodiálisis.....	40
Calidad de vida.....	40
Contextualización.....	42
Sistema de Salud de República Dominicana.....	42
Reseña del sector.....	43
Reseña Institucional	44
Aspecto Social.....	45
Marco Especial.....	45

CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO	46
Contexto	46
Tipo de Estudio	46
Variables	46
Variables Independientes	46
Variables Dependientes.....	46
Variables intervinientes:.....	46
Operacionalización de las Variables	47
Métodos y Técnicas de Investigación	48
Instrumento de Recolección de Datos	48
Población y Muestra.....	48
Criterios de Inclusión	48
Criterios de Exclusión	49
Procedimiento Para el Procesamiento y Análisis de Datos	49
Descripción del Procedimiento	49
Plan de Análisis y Tabulación de los Datos	49
Consideraciones Ética	¡Error! Marcador no definido.
DISCUSIÓN	75
CONCLUSIÓN	77
RECOMENDACIONES	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	¡Error! Marcador no definido.
ANEXO.....	82
Anexos 1.- Tablas.....	82

RESUMEN

Con el objetivo de determinar los tipos de funcionalidad familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis que acuden a la unidad de hemodiálisis Hospital General Dr. Vinicio Calventi, periodo mayo – junio 2022. Se realizó un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 23 los pacientes en hemodiálisis, encontrándose los siguientes hallazgos: El sexo masculino, con 60.9%. El 34.8% edad 50-59 años. El 60.9% de la población es de origen urbano. El 39.1% de la población tenía educación básica. El 47.8% se encontraba en unión libre. En el 39.1% de los casos los ingresos fueron mayores que los gastos. En el 39.1% de los casos la funcionalidad familiar fue normal. La cohesión familiar fue no relacionada en el 65.2%. El funcionamiento familiar el 56.5% fue caótica. La disfunción familiar mucho mayor en aquellos que tenían menor tiempo de diálisis. En relación al tiempo en diálisis y la cohesión familiar, fue no relacionada en el tiempo. Los pacientes con tiempo en diálisis menores como 0 a 6 meses y más de 1 año, mostraron funcionamiento familiar caótico en el 21.7% y 17.4%, respectivamente. En relación al tiempo de diálisis y el nivel de ingresos se observó que existe en la mayoría de los periodos de tiempo un predominio de los ingresos mayores a los gastos.

Palabras clave: Funcionalidad familiar, insuficiencia renal crónica, hemodiálisis.

ABSTRACT

With the objective of determining the types of family functionality in patients with chronic renal failure on hemodialysis who attend the hemodialysis unit Hospital General Dr. Vinicio Calventi, period May – June 2022. A descriptive, observational and cross-sectional study was carried out. The sample consisted of 23 patients on hemodialysis, finding the following findings: The male sex, with 60.9%. 34.8% age 50-59 years. 60.9% of the population is of urban origin. 39.1% of the population had basic education. 47.8% were in free union. In 39.1% of the cases, revenues were greater than expenses. In 39.1% of the cases, family functionality was normal. Family cohesion was unrelated in 65.2%. Family functioning 56.5% was chaotic. Family dysfunction was much greater in those who had less time on dialysis. In relation to time on dialysis and family cohesion, it was not related in time. Patients with less time on dialysis, such as 0 to 6 months and more than 1 year, showed chaotic family functioning in 21.7% and 17.4%, respectively. In relation to dialysis time and income level. It was observed that there is a predominance of income greater than expenses in most of the time periods.

Keywords: family functionality, chronic renal failure, hemodialysis.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad renal crónica (ERC) es un importante problema de salud pública mundial debido a su alta incidencia y prevalencia, morbilidad y mortalidad significativas y costo socioeconómico (Gorostidi et al., 2018; Hill et al., 2016; Saran et al., 2019).

En este contexto, el número de pacientes que requieren terapia de reemplazo renal al progresar a insuficiencia renal es elevado. La elección de la hemodiálisis, a pesar de su eficacia demostrada, ha causado gran controversia en la última década debido a los malos resultados en pacientes mayores de 75 años (Murtagh et al., 2016.) o con numerosas comorbilidades y/o fragilidad. Aunque el tratamiento conservador puede no ser la mejor opción para estos pacientes en términos de supervivencia, parece ventajoso en términos de calidad de vida. Estos aspectos son tan importantes para los pacientes y sus familias como la supervivencia (Eckert et al., 2018; Engelbrecht et al., 2021; Gelfand et al. al., 2020; Gutiérrez & Correa-Rotter, 2019).

Según un documento de consenso internacional, el tratamiento conservador de pacientes con insuficiencia renal se denomina “atención conservadora integral”. Esta atención se refiere a la atención holística centrada en el paciente que incluye intervenciones para retrasar la progresión de la enfermedad renal y minimizar las complicaciones, así como comunicación detallada, toma de decisiones compartida, planificación anticipada de la atención y apoyo psicológico y familiar. No incluye diálisis (Davison et al., 2015).

Los pacientes con insuficiencia renal experimentan una importante carga de síntomas (Sánchez et al., 2018), que impactan significativamente en su bienestar, afectando todas las esferas de la vida. Estos pacientes viven una situación enormemente compleja que afecta también a su entorno familiar, causándoles en ocasiones más estrés que el que experimentan los propios pacientes. Además, los cuidadores familiares contribuyen a solventar las carencias en las redes de los servicios sociosanitarios de estos pacientes. También juegan un papel crucial en su cuidado, ya que brindan alrededor del 80% de todos los cuidados en el hogar (García-Vivar, 2019).

Sin embargo, aunque la disciplina reconoce a la familia como un aspecto clave de su cuidado (García-Vivar, 2019), no siempre se tiene en cuenta en la práctica diaria (Ellington et al., 2018).

El cuidado centrado en la familia ha surgido como un enfoque innovador para dar respuesta a esta situación, implicando extender el enfoque de cuidado a la unidad familiar, considerándola un sistema. Esta perspectiva ha demostrado importantes beneficios tanto para los familiares como para los pacientes con

enfermedades crónicas. En este sentido, y para lograr el máximo beneficio, parece relevante desarrollar intervenciones de salud eficaces para apoyar a los familiares en la comprensión de la insuficiencia renal y su manejo. Para abordar adecuadamente este tema, primero es fundamental conocer las necesidades específicas de las familias en este proceso (Ellington et al., 2018).

El interés por conocer estos aspectos ha crecido, con varias revisiones recientes publicadas este estudio tuvo como objetivo comprender los principales tipos de funcionalidad familiar de pacientes con insuficiencia renal en crónica.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

I.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las personas en diálisis enfrentan muchos desafíos a lo largo de su tratamiento. Ser diagnosticado con insuficiencia renal y tener que comenzar una vida llena de cambios diversos se vuelve difícil no solo para los afectados, sino también para sus familiares (Avşar et al., 2015). La diálisis viene con una variedad de cambios de vida que incluyen dieta, trabajo, viajes, actividades de la vida diaria y pasar la mayor parte de sus días en el hospital. Como tal, la calidad de vida del paciente se convierte en una barrera importante para los diferentes tratamientos que los pacientes pueden recibir cuando están en diálisis (Li et al., 2016).

Aunque hay tratamientos en el hogar disponibles para los pacientes, muchos temen las repercusiones que conlleva recibir tratamiento en el hogar y la carga que esto causará a sus cuidadores (Walker et al., 2015).

Dada la intensidad del tratamiento de diálisis, recibir ayuda de familiares o personal del hospital es beneficioso para los pacientes que ya enfrentan muchos desafíos (Avşar et al., 2015). Existen trastornos de salud mental comunes asociados con un diagnóstico de insuficiencia renal, como ansiedad y depresión, tanto entre los cuidadores como entre los pacientes (Avşar et al., 2015; Li et al., 2016).

Investigaciones anteriores han encontrado que un menor soporte familiar a menudo se asocia con una menor obediencia del cliente a la duración de la hemodiálisis prescrita y a mantenerse constante con la dieta y otros cambios en el estilo de vida que se requieren para el bienestar del cliente (Untas et al., 2011). Los miembros de la familia deben cuidar su propio bienestar para ayudar y apoyar adecuadamente a su ser querido afectado (Gilbertson et al., 2019). Los cuidadores experimentan varios niveles de cargas mentales y emocionales cuando ayudan a su familiar que está en diálisis.

Las investigaciones han demostrado la importancia de brindar ayuda a las familias que experimentan agotamiento para ayudar adecuadamente a sus seres queridos (Chan et al., 2016). Por esta razón, comprender el efecto que tiene la conexión familiar en los pacientes de diálisis es importante para la práctica del trabajador de salud.

Es diferente la preparación del hospital para atender al usuario en su atención, que como él siente que lo atienden expresado en su percepción personal respecto a sus familiares, y cómo estos se encuentran en su estado psico-emocional, por lo cual nosotros nos hacemos las siguientes interrogantes:

I.2. Preguntas de investigación

1.- ¿Cuál son los tipos de funcionalidad familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis que acuden a la unidad de hemodiálisis Hospital General Dr. Vinicio Calventi, periodo mayo-junio 2022?

2.- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes en hemodiálisis que acuden a la unidad de hemodiálisis Hospital General Dr. Vinicio Calventi, periodo mayo-junio 2022??

3.- ¿Qué tipo de funcionalidad familiar de acuerdo a las características sociodemográficas tienen los pacientes en hemodiálisis que acuden a la unidad de hemodiálisis Hospital General Dr. Vinicio Calventi, periodo mayo-junio 2022?

4.- ¿Cómo es el funcionamiento familiar de las familias según el Modelo Circumplejo de Olso de los pacientes en hemodiálisis que acuden a la unidad de hemodiálisis Hospital General Dr. Vinicio Calventi, periodo mayo-junio 2022?

I.3.OBJETIVOS

I.3.1. General

Determinar los tipos de funcionalidad familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis que acuden a la unidad de hemodiálisis Hospital General Dr. Vinicio Calventi, periodo mayo-junio 2022.

I.3.2. Específicos

Identificar las características sociodemográficas en los pacientes en hemodiálisis ingresados que acuden a la unidad de hemodiálisis Hospital General Dr. Vinicio Calventi, periodo mayo-junio 2022.

Indicar que tipo de funcionalidad familiar es más frecuente en los pacientes en hemodiálisis que acuden a la unidad de hemodiálisis Hospital General Dr. Vinicio Calventi, periodo mayo-junio 2022.

Conocer el funcionamiento familiar más frecuente de las familias según el Modelo Circumplejo de Olso en los pacientes en hemodiálisis que acuden a la unidad de hemodiálisis Hospital General Dr. Vinicio Calventi, periodo mayo-junio 2022.

I.4 Justificación

La familia como soporte de apoyo, es muy influyente en la calidad de vida de los miembros de la familia. El apoyo familiar al paciente con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis consiste en apoyo instrumental, apoyo informativo, apoyo emocional, apoyo a la esperanza y apoyo a la autoestima. El apoyo familiar puede afectar la salud (a través de conductas saludables), psicológica y fisiológica, donde el apoyo familiar se puede brindar a través del apoyo emocional, la información o el dar consejos. El apoyo familiar se brinda durante toda la vida del paciente. Si no se dispone de este tipo de apoyo, el éxito de la curación (rehabilitación) se reduce considerablemente (Rahayu et al. al., 2012).

El apoyo familiar obtenido por pacientes con insuficiencia renal crónica en terapia de hemodiálisis se refiere a apoyo en asuntos económicos, reducción del nivel de depresión y miedo a la muerte y limitación frecuente de la ingesta de líquidos.

La disminución de la calidad de vida en los pacientes que se encuentran en hemodiálisis se puede apreciar en diversas declaraciones del paciente al entrevistar y contar la vida que ha vivido. Casi todos experimentan debilidad física que es perturbación de las actividades diarias, dificultad para respirar, piel seca, mareos, palidez, falta de sueño y restricciones en la ingesta de nutrientes y líquidos que deben ser obedecidas.

También crea cargas psicológicas como tristeza, miedo a la muerte, ansiedad, desesperación, desilusión e incluso inferioridad. El enfermo afirma que la vida ya no es útil, siempre problemática para la familia (Malik, & Mazahir, 2015).

La hemodiálisis que debe vivirse durante 4-5 horas siempre se monitorea para anticipar la aparición de complicaciones en los pacientes durante y después de la hemodiálisis. Si bien las familias y los pacientes no conocen bien la disponibilidad de apoyo familiar para trabajar en ello, los pacientes todavía se sienten tristes, inferiores y ansiosos durante la terapia a pesar de que la familia está allí cuando se lleva a cabo la terapia.

Por lo tanto, la asistencia de los familiares durante la hemodiálisis es muy importante para los pacientes y también es una forma tangible de apoyo familiar.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

Antecedentes y Referencias

Isdiarti y ARdia, en 2020, en Indonesia, publicaron un estudio, el objetivo de esta investigación fue identificar la correlación entre el apoyo familiar con la calidad de vida del paciente con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Esta investigación fue un estudio correlacional. La población era con todos pacientes en insuficiencia renal crónica en uno de los hospitales generales en Demak, Java Central, Indonesia, de octubre a noviembre de 2019 hasta 60 pacientes. Este estudio utilizó un muestreo total, lo que significa que los 60 encuestados se unieron al estudio. El instrumento es un cuestionario de calidad de vida según WHOQOL. Los datos fueron analizados con análisis bivariado utilizando la prueba de Somer con un nivel de significación $<0,05$. Los resultados mostraron que la mayoría de los encuestados tienen suficiente apoyo familiar contados 37 encuestados (61,7%). La mayoría de la calidad de vida de los encuestados es suficiente contó 31 encuestados (51,7%). Las pruebas estadísticas realizadas mediante la prueba de Somer muestran los resultados de un valor de p de 0,000 o un valor de significación de 0,000 $<0,05$. Conclusión: Existe una correlación entre el apoyo familiar con la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Esta investigación se puede utilizar como motivación para los pacientes con HD y sus familias para mejorar la calidad de vida de los pacientes al brindar apoyo para mejorar el espíritu de vida del paciente.¹

Santoso y Sudarshi, en 2021, en Indonesia, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de Determinar la relación entre el apoyo familiar y la respuesta psicológica de pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. El diseño de la investigación utilizó análisis de correlación con un enfoque transversal. Las muestras fueron pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis ($n = 183$) con muestreo consecutivo. Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario de apoyo familiar y un cuestionario de respuesta psicológica. El análisis de datos utilizó la prueba de rango de Spearman. Los resultados mostraron que el apoyo familiar dominante fue bastante alto (72,1%). Una pequeña proporción de los encuestados tuvo una respuesta psicológica a la aceptación (38,8%). No existe relación entre el apoyo familiar y la respuesta psicológica ($p = 0,26$ más de 0,05). El apoyo familiar no afecta la respuesta psicológica, pero considerando que la terapia de hemodiálisis es muy larga, el apoyo familiar aún debe darse de manera óptima.²

¹ Isdiarti, R., & Ardian, I. (2020). Correlation of Family Support with Quality of Life of Patient Chronic Renal Failure Undergo Hemodialysis. *Jurnal Ners, Special Issues*, 569-573. doi:<http://dx.doi.org/10.20473/jn.v15i2.22127>

² Santoso, W., & Sudarsih, S. (2021). Relationship Between Family Support and Psychological Response to Chronic Kidney Failure Patients. *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 6, 153–158. doi:<https://doi.org/10.30604/jika.v6iS1.777>

Isnaini, Sukma, Aprilina, en Malasia, en el 2020, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de determinar la influencia familiar en la autoeficiencia de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica. Esta investigación es un estudio cuantitativo utilizando un enfoque transversal. La muestra de la investigación fue de 48 encuestados. El instrumento de investigación utilizó un cuestionario de apoyo familiar y un cuestionario de autoeficacia. Además, los cuestionarios habían sido probados en cuanto a validez y confiabilidad. Luego, los datos se analizaron utilizando el software spss 16 de la prueba de correlación de Pearson. Resultados: La mayoría de los encuestados, hasta 18 pacientes (37,5%) tenían entre 46 y 55 años, mujeres eran 28 pacientes (28,3%), casadas eran 44 pacientes (91,7%), tenían educación primaria eran 21 pacientes (43,8%).), y la mayoría de los encuestados no trabajaba, hasta 33 pacientes (68,8%). Los resultados del análisis bivariado entre apoyo familiar y autoeficacia mostraron una $p = 0,00$ con una fuerza de 0,783 relaciones. Conclusión: Existe una fuerte relación entre los apoyos familiares para la autoeficacia, por lo que los pacientes con enfermedad renal crónica necesitan apoyo familiar. ³

González, Martín, Amezcua, en Febrero de 2022, publicaron un estudio con el objetivo de comprender las necesidades primarias de las familias que cuidan a personas con insuficiencia renal en atención conservadora integral. Llevaron a cabo una revisión sistemática de la literatura de estudios cualitativos, seguida de un análisis de contenido. Se utilizaron las bases de datos PubMed, CINAHL y PsycINFO para buscar artículos publicados en inglés y español entre 2010 y 2021. Se utilizó la guía ENTREQ para informar. En este estudio se incluyeron cinco estudios relevantes. El análisis ha permitido identificar aspectos clave del conocimiento, necesidades psicológicas, sociales y espirituales de los familiares de pacientes con insuficiencia renal en tratamiento conservador integral. Esta revisión sistemática ha revelado que las familias experimentan una falta de información y continuidad de la atención por parte de los profesionales de la salud. A esto se suma la carga psicológica que soportan por el sentimiento de cuidado indefinido en el tiempo y la incertidumbre por la muerte de su ser querido. Todo ello, sin el necesario apoyo de su entorno familiar inmediato y de las instituciones sociales. A la luz de estos datos, se hace imprescindible un cambio de paradigma en la sociedad y en la atención sanitaria que reciben estas familias.⁴

Wang y colaboradores, en 2020, en Twaian, llevaron a cabo un estudio con el propósito de o explorar las relaciones del funcionamiento familiar, el bienestar general y el ejercicio con la angustia psicológica.

³ Isnaini, N.; Sukma, R.; Aprilina, H. The Influence of Family Support on Self Efficacy of Chronic Kidney Disease. Proceedings of the 4th International Conference on Sustainable Innovation 2020—Health Science and Nursing (ICoSIHSN 2020). Disponible en: <https://www.atlantis-press.com/proceedings/icosihsn-20/125951256#:~:text=The%20bivariate%20analysis%20results%20between,kidney%20disease%20need%20family%20support.>

⁴ Ania-González, N., Martín-Martín, J., Amezcua-Goñi, P. & Vázquez-Calatayud, M. (2022) The needs of families who care for individuals with kidney failure on comprehensive conservative care: a qualitative systematic review. Journal of Renal Care, 1– 13. <https://doi.org/10.1111/jorc.12415>

Además, investigamos los roles especiales del bienestar general y el ejercicio en la asociación entre el funcionamiento familiar y la angustia psicológica. De 769 pacientes con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) participaron en el estudio transversal que consistió en el Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12), las Escalas APGAR Familiar y el Programa de Bienestar General. Los datos recopilados se analizaron mediante análisis de regresión lineal múltiple y análisis de ruta. La prevalencia de malestar psicológico fue del 72,3%. El funcionamiento familiar, el bienestar general y el ejercicio fueron factores asociados al malestar psicológico. El efecto indirecto del funcionamiento familiar sobre la angustia psicológica estuvo parcialmente mediado por el bienestar general. Además, el efecto del funcionamiento familiar sobre el bienestar general fue moderado por el ejercicio. La prevalencia de angustia psicológica entre los pacientes con ESRD fue alta. El funcionamiento familiar, el bienestar general y el ejercicio se asociaron con malestar psicológico. El funcionamiento familiar podría afectar parcialmente la angustia psicológica al afectar el bienestar general. Además, el ejercicio tuvo un efecto moderador significativo en la relación entre el funcionamiento familiar y el bienestar general.⁵

⁵ Wang, Q., Liu, H., Ren, Z., Xiong, W., He, M., Li, N., Fan, X., Guo, X., Li, X., Shi, H., Zha, S., & Zhang, X. (2020). The Associations of Family Functioning, General Well-Being, and Exercise with Mental Health among End-Stage Renal Disease Patients. *Psychiatry investigation*, 17(4), 356–365. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0204>

Marco Conceptual

Durante muchos años, distintos autores se han interesado en investigar y abordar la familia, su estructura y dinámica, así como de conocer sus incidencias en el desarrollo integral, emocional y psicológico de los seres humanos, es por esta razón que indagar acerca de los hallazgos de sus investigaciones, constituye un pilar importante para poder conocer más a fondo la funcionalidad familiar y la relación que existe con los pacientes en hemodiálisis.

Conceptualización de familia

La Real Academia de la Lengua Española (DEL/familia/12/4/2019), define la palabra familia como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas.

Etimológicamente se dice que proviene del latín "grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens", a su vez derivado de famulus, que significa "siervo o esclavo", que a su vez deriva del osco famel. El término apertura su campo semántico para agregar también a la esposa e hijos del pater familias, a quien legalmente pertenecían, hasta que acabó reemplazando a gens. Tradicionalmente se ha estado vinculado a la palabra famulus, y sus términos asociados, a la raíz famēs («hambre»), de forma que la voz se refiere, al conjunto de personas que se alimentan juntas en la misma casa y a los que una parte de la familias tiene la obligación de alimentar. (Familia, s.f.)

Orígenes de la Familia

A lo largo de la historia, la familia ha sido influida por las distintas leyes sociales y los patrones culturales de la región que habita, así como su clase social, Valladares-González (2008, p.), hace mención de las diversas formas de organización familiar en distintas épocas y en qué consistían las mismas:

Familia consanguínea: Es la primera forma de unión entre hombres y mujeres. No existía el matrimonio, la relación estaba basada en la necesidad sexual, por lo que no constituían parejas. Se desconocen los padres, los hermanos y se producen relaciones entre hermanos, padres e hijos.

Familia punalúa: Tiene lugar en la época del salvajismo. El matrimonio era por grupos, las relaciones sexuales eran limitadas a los miembros de la tribu, existía además un compañero íntimo.

Familia sindiásmica: Existe una pareja, aunque permite tanto al hombre como a la mujer tener relaciones con otros miembros de la comunidad.

Familia monogámica: Surge del matrimonio del mismo nombre en la época de la civilización y producción de la aparición de la propiedad privada y necesidad de conocer exactamente la paternidad con el fin de transmitir los bienes de herencia.

Los seres humanos desde la antigüedad hemos buscado diversas formas de asociarnos, ya sea por la unión consanguínea, motivación intrínseca o necesidades en común.

Clasificaciones de la Familia

Sin embargo, a pesar de esta clasificación que hemos tenido durante años de la familia, en la actualidad vemos diversas formas de la estructura familiar, al igual que clasificaciones, además de basadas en el parentesco y convivencia, con base en los medios de subsistencia, nivel económico, así como nuevos tipos de convivencia individual-familiar originados por los cambios sociales.(Avalos-Carranza, et. Al, 2005).

Valladares (2008) hace dos clasificaciones de la familia:

Por el número de miembros: siendo la familia pequeña, la compuesta de 1 a 3 miembros, mediana, de 4 a 6 miembros y grande de más de 6 miembros. La clasificación más conocida es la que está dada por la ontogénesis:

Familia nuclear: presenta hasta 2 generaciones de padres e hijos. En caso de muerte, separación o divorcio y solo hay uno de los padres, puede denominarse familia monoparental.

Familia Extensa: cuenta con la presencia de más de 2 generaciones, por ejemplo, abuelos, como también la presencia de tíos o primos.

Familia Mixta: rebasa las anteriores estructuras ya que puede incluir cualquier pariente o amigo.

De una manera más expansiva es como la plantea Avalos-Carranza, et. Al (2005), en el artículo de Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias, en la 1ra Reunión de Consenso Académico en medicina Familiar de Organismos e Instituciones educativas y de Salud.

Clasificación con Base en el Parentesco

Nuclear: hombre y mujer sin hijos

Nuclear Simple: padre y madre con 1 a 3 hijos.

Nuclear Numerosa: padre y madre con 4 hijos o más.

Reconstruida (binuclear): padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tienen hijos de su unión anterior.

Monoparental: padre o madre con hijos.

Monoparental extendida: padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco.

Monoparental extendida compuesta: padre o madre con hijos, más otras personas con y sin parentesco.

Extensa: padre y madre con hijos más otras personas con parentesco.

Extensa Compuesta: padre y madre con hijos más otras personas con y sin parentesco.

No parental: familiares con vínculo de parentesco que realizan funciones o roles de la familia son la presencia de los padres. (por ejemplo: tíos y sobrinos, abuelos y nietos, primos o hermanos, etcétera).

Monoparental extendida sin parentesco: padre o madre con hijos, más otras personas sin parentesco.

Grupos similares a familias: personas sin vínculo de parentesco que realizan funciones o roles familiares.

Por ejemplo: grupos de amigos, estudiantes, religiosos, personas que viven en hospicios o asilos, etcétera (Avalos-Carranza, et. Al, 2005).

Clasificación de la familia con base en la presencia física y convivencia

Núcleo Integrado: presencia de ambos padres en el hogar

Núcleo no integrado: no hay presencia física de alguno de los padres en el hogar.

Extenso ascendente: hijos casados o en unión libre que viven en la casa de alguno de los padres.

Extensa descendente: padres viven en la casa de alguno de los hijos.

Extensa colateral: núcleo o pareja que vive en la casa de familiares colaterales (tíos, primos, abuelos, etcétera) (Avalos-Carranza, et. Al, 2005)

Clasificación de las familias con base en su nivel económico

Pobreza familiar nivel 1: posee ingreso per cápita suficiente para cubrir la canasta básica, así como recursos suficientes para gastos en vestido y calzado, vivienda, salud, educación, y transporte público, aun dedicando todos sus ingresos a estos rubros, pero muestra carencia para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo (Avalos-Carranza, et. Al, 2005).

Pobreza familiar nivel 2: posee ingreso per cápita suficiente para cubrir la canasta básica, pero carencia de recursos para gastos en vestido y calzado, vivienda, salud, educación, y transporte público, aun dedicando todos sus ingresos a estos rubros, también muestra carencia para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo. (Avalos-Carranza, et. Al, 2005)

Pobreza familiar nivel 3: posee ingreso per cápita inferior para cubrir la canasta básica, carencia de recursos para gastos en vestido y calzado, vivienda, salud, educación, y transporte público, aun dedicando todos sus ingresos a estos rubros, también muestra carencia para cubrir los gastos de conservación de la vivienda, energía eléctrica, combustibles, comunicaciones, transporte fuera del lugar que se radica, cuidado y aseo personal, esparcimiento y turismo. (Avalos-Carranza, et. Al, 2005)

Nuevos estilos personal-familiar originados por cambios sociales

Persona que vive sola: sin familiar alguno, independientemente de su estado civil o etapa de ciclo vital.

Matrimonios o parejas homosexuales: parejas del mismo sexo con convivencia conyugal sin hijos.

Matrimonio homosexual con hijos adoptivos: pareja del mismo sexo con convivencia conyugal e hijos adoptivos.

Familia grupal: unión matrimonial de varios hombres con varias mujeres, que cohabitan indiscriminadamente y sin restricciones dentro del grupo.

Familia comunal: conjunto de parejas monógamas con sus respectivos hijos, que viven comunitariamente, compartiendo todo, excepto las relaciones sexuales.

Poligamia: incluye la poliandria, es decir, una mujer casada con varios hombres y la poliginia, en este caso, siendo el hombre el que tiene varias esposas. (Avalos-Carranza, et. Al, 2005)

Funciones de la Familia

Las funciones son detalladas por Ponce-Rosas et. Al (2005) de la siguiente manera:

Socialización: promueve condiciones favorecedoras del desarrollo biopsicosocial de su persona y que a su vez hace propicia la réplica de valores individuales y patrones conductuales propicios de cada familia.

Afecto: con la finalidad de una correcta cohesión grupal de la familia, interaccionan sentimientos y emociones y de igual manera el desarrollo psicológico personal.

Cuidado: esto implica la asistencia y protección, para afrontar diversas necesidades del grupo familiar, incluidas aquí las necesidades materias, sociales, financieras y de salud.

Estatus: involucra la participación, así como la enseñanza de las características sociales que le dan a la familia una específica posición social.

Reproducción: consta de proveer nuevos integrantes a la sociedad.

Desarrollo y ejercicio de la sexualidad (Ponce-Rosas et. Al, 2005).

Dinámica Familiar

Basado en las características de cómo funciona la familia y la manera en la que está constituida, la dinámica familiar es muy variante. Es un proceso en que llegan a intervenir interacciones, transacciones, sentimientos, pautas de la conducta, así como, expectativas, motivaciones y necesidades entre los integrantes de una familia; el mismo se efectúa en un contexto cambiante, en cada etapa evolutiva familiar y permite o restringe la adaptación, el crecimiento, desarrollo, madurez y funcionamiento del grupo familiar. (Ponce-Rosas et al., 2005)

Si tomamos en cuenta el tipo de familia con base a su parentesco o sin parentesco encontraremos individuos con características diversas que convergen en algún punto, pero es de entenderse que sería muy distinta la dinámica familiar a la de una familia comunal o polígama. También si tomamos en cuenta el nivel de pobreza o el medio de subsistencia que tiene. Todo lo anterior puede influir directa o indirectamente en su dinámica como grupo familiar.

De acuerdo con Méndez, Gómez, García, Pérez, & Navarrete (2003), la dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad. En la dinámica familiar considerada como normal o funcional se dan una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. En cambio, las familias vistas como disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta, por lo que las demandas de cambio generan estrés y descompensación.

Concepto de Funcionalidad Familiar

Se ha definido la funcionalidad familiar, como la capacidad del sistema familiar para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. (Leyva-Jiménez, Hernández-Juárez, Nava-Jiménez & Lopez-Gabona 2007).

Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo a un ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo. El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. (Hernández-Castillo, Cargill-Foster, & Gutiérrez-Hernández, 2011).

El funcionamiento familiar es un esquema basado en la idea de la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos, posee tres elementos: a) la estructura familiar es un sistema sociocultural

abierto en proceso de transformación, b) la familia se ve obligada a atravesar ciertas etapas que exigen reestructuración dentro del sistema familiar, c) la familia se adapta a los cambios de tal forma que mantiene la continuidad y fomenta el crecimiento personal de cada miembro del sistema familiar. Para que el funcionamiento sea adecuado los límites de los subsistemas deben ser claros y definirse con precisión para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de las funciones sin interferencias, también es necesario permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los demás (Minuchin, 2001).

Las funciones de la familia deben cumplir con dos objetivos: Uno interno, protección psicosocial y otro externo, acomodación a una cultura y la transmisión de esa cultura. Para un correcto funcionamiento familiar las reglas y normas que se deben cumplir dentro del sistema familiar deben ser claras a través de una comunicación apropiada y basada en el respeto de las relaciones intrafamiliares lo que conlleva al entendimiento de la función de cada miembro de la familia y se evita interferencias en el diario vivir de la familia (Cusinato, 2008).

Según Roizblatt (2009), el funcionamiento familiar sano se logra a través de una estabilidad dinámica y algunos indicadores son los siguientes:

Flexibilidad: en cuanto a los roles que desempeñan cada uno de los miembros del sistema familiar, donde los hijos aprenden de sus padres y de igual manera los padres pueden aprender de sus hijos.

Libertad: es la capacidad en la que la familia se encuentra para ser divertida, lo que les permite ser libres de expresar emociones y pensamientos de una manera abierta.

Tolerancia: la capacidad de las familias para buscar soluciones ante problemas complejos y dar respuestas ante la complejidad de la vida.

Venerar el nosotros y el yo: no permitir que la familia nuclear controle la familia ampliada sino más bien no perder el contacto con la familia nuclear.

Primeros maestros: son los padres debido a que tienen mayor influencia sobre los hijos y están para proveerlos de amor, protección, encaminarlos por un adecuado sendero.

Habilidad para expresar: cada miembro del sistema familiar tiene la habilidad de cuestionarse y expresar dudas respecto a si mismo o respecto a los demás miembros de la familia.

Estructura de la Familia Funcional

Según Osorio y Álvarez (2004), indican que el sistema familiar posee una organización concreta la misma que mantiene las funciones básicas que se debe cumplir con cada uno de los individuos que conforman el sistema familiar para que de esta forma cada miembro logre cumplir con un correcto desenvolvimiento individual y para lograr un desarrollo adecuado como grupo familiar.

Se puede decir que es importante que predominen las relaciones sanas en el sistema familiar.

Es un grupo impalpable de exigencias funcionales que establecen las formas en las que interactúan los miembros dentro del sistema familiar.

Es importante también determinar las funciones que desempeña cada uno de los miembros de la familia, o los roles que asumen para llegar a un objetivo familiar, tomando en cuenta las responsabilidades, deberes y derechos de cada miembro del sistema familiar (Osorio y Álvarez, 2004)

Modelo Circumplejo

El modelo circumplejo planteado por Olson (2000) indica que es uno de los modelos más importantes para el estudio del funcionamiento familiar debido a que las dimensiones centrales con las que trabaja el modelo: cohesión, adaptabilidad y comunicación, permite combinarlas entre si y obtener dieciséis tipos de sistemas de relación familiar.

Cohesión

Se relaciona con el grado de unión emocional que existe entre los individuos del sistema familiar, tomando en consideración: lazos emocionales, independencia, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones e intereses y recreación. A través de esto se puede distinguir los niveles de cohesión: no relacionada, semirelacionada, relacionada aglutinada.

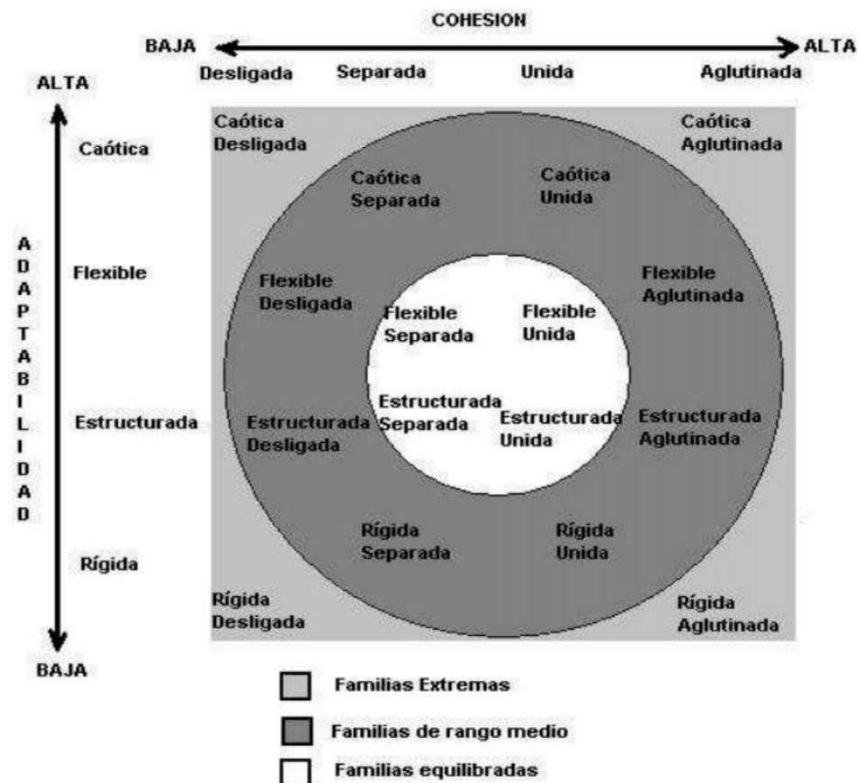
Adaptabilidad

Está relacionada con la flexibilidad y la capacidad que ha desarrollado el sistema familiar para aceptar cambios evolutivos y circunstanciales que experimenta la familia lo que conlleva a mantener la estabilidad en el grupo familiar. Se pueden evidenciar distintos niveles de adaptabilidad los que permiten diferenciar los tipos de familia: rígida, estructurada, flexible y caótica.

Comunicación

La comunicación en el modelo Circumplejo se considera como un componente dinámico, dependiendo de la ubicación de las familias en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.

Gráfico 2



Modelo Circumplejo de Sistemas Maritales y Familiares, 2000.

La comunicación no se encuentra ubicada en el gráfico debido a que depende de los niveles de dimensión de cohesión y adaptabilidad.

Dentro de los niveles centrales de adaptabilidad, los extremos se encuentran como familias problemáticas y los medios como las familias facilitadoras. El equilibrio del sistema familiar pretende indicar que cuando sea necesario la familia debe optar por los niveles externos, pero no permanecer prolongado tiempo en esos esquemas (Olson, 2000).

Tipos de familias propuestos por el modelo circumflejo.

Cuatro de los que se encuentran en los niveles centrales que reflejan niveles moderados en las dos dimensiones y se suponen las más funcionales para el progreso individual y familiar. Cuatro tienen valoraciones extremas en ambas dimensiones y se conciben como los más disfuncionales para el bienestar de los individuos del sistema familiar. Ocho tipos de familias se ubican en una categoría media, al poseer valoraciones extremas en una dimensión, siendo baja en comparación a las equilibradas y las familias

extremas. El modelo ha propuesto una clasificación en la que se identifican modelos o tipos característicos que se descartan entre sí (Olson, 2000).

Procesos relacionales

Según Núñez y Ortiz, (2010) indica lo siguiente:

Cohesión: Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones de la vida familiar, en la distribución de las tareas domésticas y en la toma de decisiones

Armonía: Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Rol: Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Afectividad: Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Comunicación: Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias y conocimientos de forma clara y directa.

Adaptabilidad: Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas, ante una situación que lo requiera.

Permeabilidad: Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias y ayuda de otras familias e instituciones.

Los Tipos De Familias Dominicanas

El centro Cristiano de Asesoramiento Familiar (CECAF), en Santo Domingo ha identificado diez “tipos” de familias dominicanas.

Estos “tipos” nacen en el terreno fértil de la historia dominicana. Algunos aparecen como importaciones, pero la gran mayoría se estructuran por las muchas y complejas dinámicas en que vivimos en esta sociedad. Al igual que las familias de Abraham, y la de David que responden a su historia y su contexto social también estos diez “tipos” responden a nuestra realidad.

1. Las “Islas” de familias de tres generaciones

Estas familias pueden tener una membresía de 60 a 600 persona viviendo en la misma zona geográfica. En muchos casos son un sistema cerrado (Kantor) con fronteras rígidas, que con mucha dificultad permiten que un hijo introduzca a su esposa al círculo. Fronteras que rodean los distintos grupos (subsistemas) como el marital, parental y fraternal son difusas. En muchos casos las mujeres en sus relaciones entre ellas son

más leales que la pareja en su matrimonio. Esto debilita la lealtad marital, permitiendo al esposo algunas escapaditas. La familia tiene una autoridad vertical, donde los abuelos o algún hijo parental en particular asegura que las tradiciones y valores de la familia son sostenidas. Los roles parentales son confusos, porque a menudo en esta familia, la abuela, como las tías, en ciertos casos los tíos, son los verdaderos padres en la crianza de los hijos. ¡Es decir, cada niño de distintos padres biológicos en esta familia extensa, constantemente es castigado, exhortado, regañado, por tantos muchos padres!

Todos están comprometidos a sostener la cosmovisión de la familia y ser leal el uno al otro. Son muy solidarios en el trabajo y en el apoyo económico de la familia con el fin de asegurar el desenvolvimiento de cada uno. Son islas de poder, de religiosidad, y de vida social.

Este tipo de familia se encuentra entre todas las clases; En la clase alta son dueños de grandes extensiones de terrenos y empresas; En la clase media y baja son campesinos y agricultores. Su nivel de funcionalidad puede variar de muy abierta y nutritiva a una familia conflictiva y disfuncional, como son las familias alcoholizadas.

2. Familias de dos

Como resultado del asesinato de muchos miembros de familias durante la época del General Trujillo, existen familias después de un divorcio y el rechazo casi total de la familia de origen de esta pareja.

Generalmente la Familia de dos está formado por una madre y un hijo, Existe una frontera muy rígida alrededor de ellos, protegiéndolos de las experiencias del pasado. En muchos momentos no es fácil permitir a ambos que una tercera persona entre por matrimonio, sea para que la madre se re-case, o que el hijo inicie un noviazgo. La confusión de roles es muy fuerte.

Existe una necesidad apremiante de que ambos controlen las ideas, emociones, decisiones, sueños y expectativas de ambas. Esto reduce la autonomía emocional de los dos. El terror de perder el uno del otro es intenso.

Estas familias pueden encontrarse en las clases altas como también en las bajas. Les es más fácil sobrevivir si son de la clase alta por tener recursos propios de sustento. La vida se agudiza y la relación se intensifica al ser de la clase media y baja. En muchos casos, en las villas marginales de las grandes urbes, estas familias son las marginadas por los marginados.

3. La familia de un solo soporte.

En esta familia ambos padres están ausentes, sea viviendo en Nueva York o Puerto Rico, o por ser profesionales que la gran parte del día viven en sus negocios y los hijos viven bajo el tutelaje de una hermana mayor. En muchos casos por el hecho del alcoholismo del esposo/a, la pareja se dedica exclusivamente a cuidar su cónyuge, abandonando a sus hijos.

Las fronteras alrededor de la familia son difusas. Aún las fronteras alrededor de los subsistemas también parecen difusas en muchos momentos. Parecen como una familia al Azar (Kantor).

Por muchos factores complejos, los padres se han ausentado de la vida familiar, aunque contribuyen económicamente para su sustento. Es la hija parental quien asume el rol de padre y pierde la experiencia de ser hermana y crecer con sus hermanos. ¡Pierde su adolescencia y vive y actúa como un adulto! Ella es sacrificada por el sistema, para el bien de sus hermanos, por la ausencia de los padres. La jerarquía de poder en esta familia es difusa y confusa. No existen líneas de autoridad que sean claras y funcionales.

Existe una frontera difusa alrededor de la familia que legitima la entrada de los padres. ¡Son huéspedes en el hogar!! En algunos casos esta hija parental es asistida por una doméstica y en algunas ocasiones por la vista de la abuela.

De un estudio preliminar, el 30% de los estudiantes en seis colegios particulares son de estos tipos de familia, presionando a los profesores de la misma a asumir roles informales.

4. Familias acordeón.

Esta familia vive dos momentos. El primero con la presencia del padre y la segunda en su ausencia. Por razones de trabajo él se ausenta por parte del mes, de la semana. Esto debilita la relación marital y carga al cónyuge que vive con los hijos a asumir roles complejos. En la presencia del padre, el cónyuge se retira y las normas, estilos de poder, expresión de afecto, son las que exige el padre. Al ausentarse, ella tiene que jugar de padre/madre estableciendo sus propias formas de ser.

Estas ausencias producen dos tiempos en la familia. cada tiempo se vive con sus reglas, estructura emocional, patrones de autoridad. La familia vive como una familia de una madre soltera jefe de Hogar, ciertos días y otros días viven en “confusión”. Las visitas del padre pueden ser devastadoras para los hijos hasta el punto, ¡que pudiera producir en ellos un deseo de que el padre nunca vuelva!

Las fronteras alrededor de la familia son difusas para el padre, pero muchas veces muy rígidas para los demás. La frontera alrededor del subsistema marital es difusa, permitiendo a menudo que el trabajo del esposo funja como “querida”. La esposa en su soledad invade el subsistema fraterno y crea una alianza con un hijo(a) mayor, asumiendo en forma autoritaria y absoluta a su regreso.

Son familias de acordeón porque la familia se ha acostumbrado a vivir adaptándose a dos momentos de la Jerarquía de poder. En muchos el ambiente cambia de una liviana y abierta a otra pesada y cerrada.

5. La familia de cien pies.

Estas son las familias construidas alrededor del padre, quien continúa construyendo nuevas familias sea en forma paralela o en serie. En varios barrios, o pueblos el padre tiene una segunda, tercera, cuarta, etc. familias, con mujer e hijos. En muchos casos las mujeres saben del uno y del otro, y en algunos casos los hijos de una madre visitan el hogar de la otra madre.

Este tipo de familia estructura la Jerarquía de poder de la familia de la madre. Se crea un límite muy rígido alrededor de cada madre y sus hijos al protegerse frente a las visitas del padre. En muchos casos la madre es como un Jefe de hogar quien tiene que jugar el rol de madre y padre, pero también tiene que salir a ganarse la vida para sostener a su familia, pero en muchos casos llegan a aceptar lo inevitable de su hombre "compartirlo". Son familias muy aglutinadas, frente a la crisis que produce el padre. Todos, pero todos se dedican a crear fuentes de trabajo el uno para el otro. Todos buscan como acompañarse en las muchas crisis y resentimientos. Existen distintos roles que permiten que, en la ausencia del padre, un hijo asuma un rol parental para organizar a la familia, y una hija asuma el rol de madre efectiva. Todos viven la ambivalencia de la presencia del padre, pero nadie quiere romper el vínculo estrecho, seguro, aglutinado de ser hermano.

6. La familia ensalada.

Estas familias compuestas de una sola madre, jefa del hogar, pero cuyos hijos han nacido de diferentes padres. La madre ha vivido por cortos periodos con cada padre. En algunos casos cada padre contribuye al sostén del hijo y quizás hasta lleve a su hijo a pasear, pero su presencia no es coherente en la vida del hijo/a. En lo general el hombre desaparece y la madre se queda con los hijos. Los hijos por su lado han aprendido que son de diferentes padres, y con una relación única con su madre.

En estas familias, como no existe el vínculo biológico, es difícil que un hijo juegue el rol parental, en la ausencia de la madre. La tendencia es que cada hijo hace su nido en esta ausencia. En algunos casos la madre los encierra en la casa, en otras las deja caminar las calles al azar. Los límites son difusos. Todos entran y salen cuando quieren. La madre a menudo es depresiva, con una historia de abuso sexual. Ella se encuentra con limitaciones para levantar una vida familiar. La comunidad la marginaliza y confirma lo que cada uno de sus miembros siente... "rechazo". Esta familia se encuentra a menudo en las casuchas, en los barrios pobres, sin recursos y sin apoyo de ninguna institución social.

7. La familia de peregrinos

Estas son las familias que se han trasladado de un área rural a otra, de un ensanche, de un barrio, a otro. La sociedad los tiene en marcha. Estas familias pueden ser militares, gerentes de compañías, misioneros, pastores o sencillos campesinos de los Haitises quienes por las muchas razones se están trasladando. Sienten el stress de los constantes cambios y la frontera rígida entre ellos. Se sienten extraños, sin tierra y sin raíces. Son los extraños, los peculiares, los de otro lugar, pero sin dirección.

La estructura familiar es más intensa y a menudo es violenta, a la medida que los límites son rígidos. Cada uno intenta aglutinarse con el otro para sobrevivir el cambio, el temor de la autoridad externa es fuerte y crea niveles de paranoia frente a la violencia social que sienten. Todos sufren, desde la pareja, la forma como expresan los padres su autoridad, las relaciones entre los hermanos. Tan a menudo no existe una relación coherente entre el sistema social en que residen y la de la familia. En muchos casos la familia resiste adaptarse a los cambios y tratar de vivir como una familia de niños pequeños, protegidos de la tormenta externa.

8. La familia huésped

Existe una práctica generalizada, de que un niño sea regalado por su madre biológicamente a una madre de crianza. El niño no es adoptado, pero llega a ser incorporado como un “hijo de crianza”. En muchos casos es un niño que servirá de consuelo para una abuela, tío, etc., quienes se están quedando solos. Para otros que viven en las áreas rurales apartadas, una tía asume ser madre para permitir al “incorporado” asistir a la escuela.

Muy a menudo estas familias tienen límites difusos, que permiten y estimulan el ingreso de varios hijos “incorporados”. Solo está la madre de crianza y varios de estos hijos de distintos padres. Algunos de estos padres biológicos han renunciado a sus hijos, y la madre de crianza es la única persona significativa. Entre los hermanos “incorporados” no existe la única persona significativa, y en muchos casos estimula entre ellos el sentido de ser “huérfanos emocionales” en el sistema. Muy a menudo el niño está para la mujer-madre de crianza, ¡pero no ella para el niño! Crecen con un sentido limitado de pertenencia, estabilidad emocional, de vínculo familiar.

9. Familias compuestas

Existe una pérdida, sea por divorcio, muerte o migración que fuerza a dos personas a casarse e incorporar sus hijos en una nueva familia. A menudo la frontera alrededor del cónyuge y sus hijos es rígido, impidiendo que se dé la unión de las dos familias. Los cónyuges se casan, pero se encuentran que son marginados de los hijos de su cónyuge, sea por su propia pareja o por las sospechas, miedos, traumas de

los hijos. Crean alianzas entre un cónyuge con uno o todos los hijos, crean confrontaciones entre las otras alianzas.

Al estructurarse una familia compuesta de hijos del primer matrimonio de ambos, y al concebirse nuevos hijos de los de la pareja actual, se forma tres bandos o más. Los hijos del padre, contra los de la madre y/o contra los actuales. En muchos casos, los hijos del padre, solo aparecen ocasionalmente, entonces los dos grupos de la madre y de padre y madre, entran en pugna. Muchos de las luchas se dan según el contexto que crea de sabiduría los nuevos padres.

Sabiduría se precisa para vivir en una familia compuesta. Sabiduría para manejar a los abuelos de cada niño/ña. ¡Existen tres grupos con cada grupo teniendo dos grupos de abuelos! ¡Cada uno de los doce abuelos sienten que tienen derecho a su nieto que pertenece a la familia compuesta! Cada niño/ña está consciente de los distintos grupos en que vive y muchas veces en sus momentos de soledad, los utiliza para su propia conveniencia.

10. La familia con un fantasma

Parecido a familias de dos, existe una muerte no puntual, con muchos elementos de trauma, que encierra a la familia que queda en una vida de sombras. ¡Es una familia aglutinada! Es una familia que vive a la luz y en la luz del que murió. Los ciclos de la familia son descarrilados y la vida se paraliza en el segmento de tiempo relacionado con la muerte del fantasma.

Es fantasma, porque sigue regulando, la vida del presente, desde la tumba. Sus expectativas, sus deseos, sus proyecciones son cumplidas a pesar de momentos cíclicos de dolor, confusión y depresión. A menudo escuchan voces...la voz del fantasma. Pero no es una voz externa, es una voz interna. A la medida que la persona que falleció fuera una persona muy querida, sobre el cual todos dependían aferradamente.

En algunos casos, la pareja que queda, intenta re-casarse, pero vuelve a perder su pareja, porque todavía vive a la luz del muerto. Sus intentos de re-casarse son infructuosa. Si la mayor de los hijos es una mujer, a menudo se espera que ella rellene todas las condiciones de la madre que dejó. Si el mayor es un varón y es el padre que falleció se espera que el varón mayor rellene el espacio del fallecido.

Evaluación de la Familia

Una correcta evaluación es aquella que tiene la capacidad de crear un sistema familiar que promueva el desarrollo personal de cada uno de los miembros, en general se habla de una familia que no sufre de crisis ni patologías psicológicas graves, la funcionalidad está ligada a diferentes características del sistema

familiar: niveles de flexibilidad, cohesión, estrés, conflictos, emociones, comunicación, vínculos, también es importante el bajo nivel de discordancia entre los individuos al percibir el funcionamiento de la vida familiar. Siendo que la discordancia familiar no es permanente, sino que está en constantes cambios a lo largo de la vida en el sistema familiar, aumentando en gran medida en la etapa de la adolescencia y tomando en cuenta que no toda discordancia implica disfuncionalidad en el sistema familiar (González, Gimeno, Meléndez y Córdoba, 2012).

Las familias funcionales se caracterizan por ser saludables debido al predominio de una comunicación clara. Los individuos que componen el sistema familiar expresan sus sentimientos, emociones, pensamientos, necesidades, de una forma directa, presto a escuchar opiniones con respecto a su expresividad. Es importante mencionar que el clima emocional que predomina en estas familias es positivo debido a la armonía que sienten dentro del sistema familiar; el clima emocional positivo sumado a las características positivas del grupo familiar se logra una adecuada integración familiar elevando los recursos familiares y permitiéndoles estar dispuestos ante cualquier adversidad de la vida (Ares, 2007).

Existe una diversidad de instrumentos para la evaluación de la familia que consideran diversos aspectos de su constitución, entre ellos los principales o más empleados tanto en la práctica clínica como en la investigación, abordados por Alegre & Suárez (2006) son:

El Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL

El cuestionario de percepción de Funcionalidad Familiar elaborado por Ortega, De la Cuesta & Días (1999), evalúa las siguientes categorías: cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, rol, y permeabilidad. Está constituido por 7 categorías; cada categoría es evaluada por dos ítems, por lo que el cuestionario es constituido por 14 ítems. Los ítems deben ser calificados a través de una escala de Likert de 1 (casi nunca) a 5 puntos (casi siempre). La puntuación final se obtiene por medio de la suma de los puntos por ítem y se puede clasificar a las diferentes familias en tipos según el resultado que son: familia funcional, familia moderadamente funcional, familia disfuncional y familia severamente disfuncional. A continuación, las características expresadas de cada ítem.

Funcionamiento familiar: dinámica relacional sistemática que se da a través de: cohesión, armonía, roles, comunicación, permeabilidad, afectividad y adaptabilidad.

Cohesión: unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

Armonía: correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación: los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Permeabilidad: capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Afectividad: capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles: cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad: habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera. (Ortega, De la Cuesta & Días 1999).

Disfuncionalidad familiar

El deterioro en la comunicación provoca la disfuncionalidad familiar, la misma puede estar dada en la perturbación severa de no saber cómo ni cuándo poner límites en el hogar, desafortunadamente se suele asumir que poner un límite está asociado a la idea de prohibición y castigo. En la adolescencia las relaciones entre padres e hijos suele ser compleja debido a que los hijos demandan autonomía y los padres necesitan tener todo el control de los hijos para sentirse seguros y creen que lo hacen bien sin tomar en cuenta que para los adolescentes la familia es el primer grupo en donde tienen la oportunidad de desarrollarse como individuos (Minuchin, 2004).

Apgar Familiar

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil.

El APGAR familiar es útil para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado. El registro de esta percepción es particularmente importante en contextos como la práctica ambulatoria, en el cual no es común que los pacientes o usuarios manifiesten directamente sus problemas familiares, y por el contrario es difícil encontrar profesionales de salud especializados en abordar tales temas cuando este los detecta en la conversación durante la consulta. Este instrumento también sirve para favorecer una relación médico paciente en toda su extensión.

Con este instrumento los integrantes del equipo pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito

de darles seguimiento y orientación; el médico familiar cuenta con la preparación para ejecutar dicha ayuda a sus pacientes, ya que no solo realiza la parte clínica sino la psicosocial en la consulta diaria; sabemos que no toda patología se debe a un mal orgánico en su totalidad, puede deberse a crisis familiares que puedan estar cursando las familias, ocasionando una patología, Ej. Cefalea.

Se ha utilizado el APGAR familiar como instrumento de evaluación de la función familiar, en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del postparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. Así ha sido posible observar que el instrumento es de gran utilidad y de fácil aplicación, particularmente cuando el especialista está dispuesto a realizarlo en todos sus pacientes.

Este es un instrumento de origen reciente, habiendo sido diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), quien basándose en su experiencia como Médico de Familia propuso la aplicación de este test como un instrumento para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar. Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos.

Este test fue denominado «APGAR familiar» por ser una palabra fácil de recordar a nivel de los médicos, dada su familiaridad con el test de uso casi universal en la evaluación de recién nacidos propuesto por la doctora Virginia Apgar, y porque denota una evaluación rápida y de fácil aplicación.

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas, que busca evidenciar el estado funcional de la familia, funcionando como una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas clave considerados marcadores de las principales funciones de la familia.

El APGAR familiar evalúa cinco funciones básicas de la familia considerada las más importantes por el autor: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos, cuyas características son las siguientes:

- Funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada.
- La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (*Pless-Satterwhite Family Function Index*).

- Posteriormente, el APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades.

La última modificación del PAGAR FAMILIAR fue realizada por la Dra. Liliana Arias, en la que se incluye a los amigos; estas respuestas son útiles para ver si existe este recurso al cual podemos acudir en caso de que el paciente viva lejos de su familia o haya gran disfuncionalidad. De acuerdo con los estudios de Cobb Cohen y Smilkstein, lo fundamental es contar con una persona hacia la cual se pueda recurrir en caso necesario.

Los componentes de este instrumento son 5 elementos que se evalúan para determinar la funcionalidad de la familia. Esto es:

- **ADAPTACIÓN:** es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.
- **PARTICIPACIÓN:** o cooperación, es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- **GRADIENTE DE RECURSOS:** es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
- **AFFECTIVIDAD:** es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.
- **RECURSOS O CAPACIDAD RESOLUTIVA:** es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

Estos cinco elementos son muy importantes, considerando su presencia en toda la tipología de los diferentes tipos de familia, pudiendo ser en base a su estructura, desarrollo, integración o en base a su demografía.

CUANDO APLICAR EL APGAR FAMILIAR

En servicios orientados hacia la Medicina Familiar, el APGAR, se usa rutinariamente en todos los pacientes o usuarios en la segunda cita, para ya tener un panorama completo del paciente a quien vamos a cuidar.

En otro tipo de establecimientos, es muy importante que sea usado por lo menos en los siguientes casos:

- Pacientes poli sintomático, en los cuales se perciba un componente predominantemente psicosocial de las dolencias, particularmente en la ansiedad o depresión.
- En Grupos familiares o pacientes crónicos

- Cuando es necesaria la participación de la familia en el cuidado de un paciente.
- A los integrantes de una familia que atraviesa una crisis del diario vivir.
- A los miembros de familias problemáticas.
- Cuando hay escasa o ninguna respuesta a tratamientos recomendados, particularmente en enfermedades crónicas.
- En los casos en que otros instrumentos de atención a la familia describan algún evento problemático.

Todo profesional médico debe saber que la funcionalidad familiar repercute en la salud de sus integrantes, y se ha relacionado la obesidad en niños con disfunción familiar o la depresión que presentan las personas de la tercera edad cuando hay alteración en la función de sus familias.

Para el registro de los datos el APGAR familiar se muestra un formato.

El cuestionario debe ser entregado a cada paciente para que responda a las preguntas planteadas en el mismo en forma personal, excepto a aquellos que no sepan leer, caso en el cual el entrevistador aplicará el test. Para cada pregunta se debe marcar solo una X. Debe ser respondido de forma personal (auto administrado idealmente). Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: •0: Nunca •1: Casi nunca • 2: Algunas veces •3. Casi siempre •5: Siempre.

Interpretación del puntaje:

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9

La información que se obtiene es valiosa; al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctúa entre 0 y 20, en el del adulto y 0 a 10 en el de los niños, lo que indica una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia.

Debe tenerse en cuenta que este cuestionario no tiene una precisión absoluta, aun cuando constituye un instrumento que le proporciona al profesional que atiende a la familia, una idea global sobre el grado de funcionalidad de la familia. Por ello una recomendación importante es no considerar los grados de disfuncionalidad mostrados, sino considerar preferentemente los resultados como una baja, mediana o alta satisfacción en el funcionamiento de la familia.

Reevaluar cuando la situación cambie o se sospeche disfunción familiar

Adicionalmente, es recomendable que el APGAR sea siempre utilizado conjuntamente con el conocimiento y la aplicación del Genograma, el Ciclo vital familiar y otros elementos que permitan contextualizar mejor los resultados.

Insuficiencia renal crónica

La insuficiencia renal crónica es una patología de suma importancia en el campo de la nefrología. Esta enfermedad se caracteriza inicialmente por un daño a nivel de la estructura del órgano, sin afectación de su función, su progresión es variable y en últimas instancias se presenta un deceso total de las funciones del riñón, nombrándose a este fallo renal.²³

Otros autores definen la insuficiencia renal crónica como el daño renal de al menos tres meses, con o sin descenso de la fracción de filtración glomerular.²⁴

Existen tratamientos para cada estadio de la insuficiencia renal, la detección a tiempo y la iniciación de los tratamientos son importantes para enlentecer su imparable progresión y sus futuras complicaciones. Enfermedades de carácter multisistémico, como lo son la diabetes y la hipertensión arterial, complican con fallo renal crónico aumentando la comorbilidad de estas enfermedades.²⁴

Según el libro de medicina interna de Harrison las nefropatías crónicas se definen como enfermedades de diferentes procesos fisiopatológicos que se acompañan de anomalías en la función renal junto a la disminución progresiva de la tasa de filtración glomerular con grados variables de deterioro.²⁵

Epidemiología

Estadísticas mundiales arrojan que la prevalencia de la insuficiencia renal crónica es de aproximadamente un 12.7%. Por otro lado, en nuestro país se estima que es cerca de un 10% de la población. Estos porcentajes han sufrido un incremento en las últimas décadas, posiblemente por el aumento de pacientes que padecen de enfermedades como la diabetes, la hipertensión y la obesidad, siendo estas las principales desencadenantes del daño en la función renal.^{4,5,6}

En nuestros tiempos, la insuficiencia renal crónica se ha convertido en una epidemia y en un reto para la salud pública, según Barry M. Brenner en su libro "The Kidney" la prevalencia de la enfermedad renal crónica en los Estados Unidos ha aumentado en la última década, se determinó un 13.1% para el año 2004 comparado con un 10% para el año 1994.⁶

En los Estados Unidos, según la Encuesta Nacional en Salud y Nutrición (NHANES), los casos nuevos de ERC se duplicaron en los mayores de 65 años entre 2000 y 2008. La prevalencia de personas de más de 60 años con enfermedad renal crónica pasó de 18,8% en 2003 a 24,5% en 2006, pero se mantuvo por debajo del 0,5% en aquellos de 20 a 39 años.²⁶

Según la revista de Medicina Interna de Guatemala en su artículo “Enfermedad Renal Crónica en Centroamérica”, en las últimas dos décadas ha habido un aumento desconcertante en la incidencia de ERC, la cual también es considerada causante de miles de muertes en los países de esta región.²⁷

Un estudio transversal realizado mediante entrevistas, mostro que, con relación a los aspectos clínicos, demográficos, laborales y ambientales, los pacientes se diferenciaron en dos grupos: uno con factores de riesgo conocidos de nefropatía terminal (como: diabetes mellitus, hipertensión arterial y consumo crónico de AINES), y otro en los que no se pudo detectar ningún factor asociado.²⁸

En el boletín de COMISCA 02-2012 la situación epidemiológica de los pacientes en estudio, se determinó que en su mayoría eran del sexo masculino, habitantes del área urbana y la tasa de mortalidad se encontraba dentro de los 60 años o más.²⁹

Etiología y Patofisiología.

La fisiopatología de la enfermedad renal crónica comprende dos conjuntos amplios de mecanismos lesivos: 1) mecanismos desencadenantes que son específicos de la causa principal (como complejos inmunitarios y mediadores de inflamación en algunos tipos de glomerulonefritis o exposición a toxinas en algunas enfermedades tubulointersticiales renales) y 2) un grupo de mecanismos progresivos que incluyen hiperfiltración e hipertrofia de las nefronas viables restantes, que son consecuencia frecuente de la disminución permanente de la masa renal, independientemente de la causa fundamental.³⁰

Las respuestas a la disminución del número de nefronas son mediadas por hormonas vasoactivas, citosinas y factores de crecimiento. Al final, estas adaptaciones de corto plazo de hipertrofia e hiperfiltración se vuelven una adaptación anómala, ya que la presión y flujo altos dentro de la nefrona predisponen a la distorsión de la estructura glomerular, la disfunción de los podocitos y la alteración de la barrera filtrante que conducen a esclerosis y deterioro de las nefronas restantes.³⁰

Cuadro Clínico y Diagnóstico.

La insuficiencia renal crónica se caracteriza por anormalidades patológicas y por la presencia de marcadores del daño renal, como lo son: las anormalidades urinarias, como la proteinuria, y las anormalidades en imágenes, como la hipoplasia renal y la atrofia cortical del riñón. El diagnóstico se

realizará al encontrarse que la fracción de filtrado glomerular ha disminuido a $<60\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ por un tiempo mínimo de 3 meses.³⁰

El daño al riñón aún con una tasa de filtración glomerular normal, puede considerarse una insuficiencia renal crónica, por diferentes razones, principalmente que el daño haya ocurrido antes de que se presentara una variación importante en la tasa de filtración glomerular.³⁰

El primer paso para el diagnóstico de la insuficiencia renal crónica es determinar el grado de cronicidad, es decir, demostrar que no existe un componente agudo importante en el cuadro clínico del paciente. La forma más habitual de estudiar la cronicidad es la historia clínica y la ecografía renal, esta se emplea para medir el tamaño del órgano, en general, los riñones disminuidos de tamaño ($<10\text{-}11.5\text{cm}$) tiene una probabilidad mayor de estar afectado de una enfermedad crónica, por lo contrario, la nefropatía diabética, el virus de inmunodeficiencia adquirida y el mieloma múltiple, pueden acompañarse de riñones grandes, pese a su condición. La biopsia renal es el método más confiable para demostrar la cronicidad y la etiología.

23

Una vez confirmado el carácter crónico del proceso se pueden emplear la exploración física, los análisis de laboratorio y el sedimento urinario para determinar el nivel del daño causado.²³

La creatinina sérica es la determinación analítica que se emplea más a menudo para medir la función renal. El aclaramiento de creatinina se calcula como el cociente entre la concentración en orina y la concentración sérica multiplicado por el flujo de orina; es una aproximación a la tasa de filtración glomerular y constituye una medida mejor de la función renal que la creatinina sérica aislada.²⁴

Usualmente los síntomas de uremia tienden a aparecer con una creatinina sérica $> 6\text{-}8\text{ mg/dL}$ o un aclaramiento menor de 10, si bien los valores varían mucho. Los síntomas son anorexia, pérdida de peso, cansancio, prurito, alteraciones del sueño y del gusto, y confusión u otras formas de encefalopatía, todo esto es considerado el síndrome urémico.²⁴

En el cuadro clínico del paciente renal crónico, podemos encontrar la presencia de escoriaciones (prurito urémico), palidez (anemia), amiotrofia y fetor urémico, estos son indicios de la insuficiencia renal crónica avanzada, al igual que la pericarditis, pleuritis y asterixis, complicaciones que preocupan inicialmente, y suelen llevar a iniciar la diálisis.²⁴

Son considerados también hallazgos importantes de la exploración física la hipertensión, la distensión venosa yugular, los frotos pleurales o pericárdicos y la equimosis. Entre las alteraciones analíticas pueden

configurar la hiperpotasemia, hiperfosfatemia, acidosis metabólica, hipocalcemia, hiperuricemia, anemia e hipoalbuminemia.²⁴

Clasificación y estadios.

La fundación nacional del riñón de los Estados Unidos (*National Kidney Foundation [Kidney Dialysis Outcomes Quality Initiative]*), define los estadios de la insuficiencia renal crónica basándose en la tasa de filtración glomerular de la siguiente manera.³¹

Estadios	Descripción	Tasa de filtración glomerular
0 (Alto riesgo)	Factores de riesgo para enfermedad renal crónica (ej. diabetes, hipertensión)	>90
1	Daño al riñón con una función normal	≥90
2	Daño al riñón con pérdida parcial de su función	89-60
3^a	Media a moderada pérdida de la función renal	59-44
3 B	Moderada a severa pérdida de la función renal	44-30
4	Perdida severa de la función renal	29-15
5	Pérdida total de la función renal	<15

<https://www.kidney.org/atoz/content/gfr>

Manejo Terapéutico.

En algunas presentaciones de la enfermedad renal crónica, aparece la hipertensión como complicación. Se considera que está justificado tratarla de forma enérgica para disminuir el riesgo de accidente cerebrovascular u otras complicaciones, y en lo posible frenar la progresión de la nefropatía. En muchos casos la sobrecarga de volumen contribuye a la hipertensión y a menudo son necesarios diuréticos potentes para su tratamiento. La anemia puede corregirse con el empleo de eritropoyetina humana combinada. La hiperfosfatemia se puede controlar disminuyendo la ingesta de alimentos con fosfato de la dieta y

empleando quelantes del fosfato postprandiales, normalmente sales de calcio. La hiperpotasemia debe controlarse también mediante la restricción de la dieta, en casos resistentes se puede emplear sulfonato de poliestireno sódico, aunque se debe considerar la diálisis si se obtiene en repetidas ocasiones potasio sérico $>6\text{mmol/L}$. Ciertas situaciones no se controlan con tratamiento conservador, en estos casos se debe instaurar la diálisis.³¹

Hemodiálisis.

La hemodiálisis sustenta la vida de más de 2.6 millones de personas alrededor del mundo, sin ella, la mayoría moriría dentro de pocas semanas.⁶ La definición de hemodiálisis según la Real Academia de la Lengua Española es un proceso de difusión selectiva a través de una membrana, que se utiliza para eliminar de la sangre el exceso de sustancias nocivas para el organismo.

Existen dos tipos de tratamientos sustitutivos de la función renal, la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. Para la hemodiálisis se necesitan acceso vasculare, uno de ellos es el catéter para hemodiálisis el cual es colocado en una vena de gran calibre y por otra parte están las fistulas arteriovenosas, procedimiento quirúrgico con el cual se crea una comunicación entre dos vasos de mediano calibre en el antebrazo. Ambos accesos son creados con la finalidad de aumentar el flujo sanguíneo a 300-500ml/min y de esta manera la sangre sea bombeada hacia el dializador o riñón artificial.

Dentro del dializador la sangre del paciente es filtrada por una membrana semipermeable, en la cual existe un flujo continuo de una solución de composición química isotónica, desprovista de urea y de otros compuestos nitrógenados y en general de bajo contenido de potasio, luego de este proceso la sangre retorna al paciente por la misma vía.

Calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud define la calidad de vida en función a la manera en la cual el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno y relacionado también al sistema de valores en que vive. Pudiendo también relacionarse de una manera subjetiva con sus creencias, expectativas, objetivos, criterios y preocupaciones. Todo esto, por supuesto, considerando su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia y sus relaciones sociales. La evaluación de la calidad de vida debe basarse en una amplia serie de criterios.

Existen ámbitos que engloban todas las características de la calidad de vida. En investigaciones realizadas anteriormente estas se han clasificado en ocho, las cuales son:

- ❖ La función física, la cual se define como el grado en que la salud va a limitar las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, inclinarse, realizar esfuerzos, entre otros.
- ❖ El rol físico, el cual representa el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades del día a día, incluyendo rendimiento menor que el deseado.
- ❖ El dolor corporal, que va a considerar la presencia e intensidad del dolor y su efecto.
- ❖ La salud general, que consta de la valoración personal de la salud en el presente y las perspectivas de salud en el futuro.
- ❖ La vitalidad o sentimiento de energía frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
- ❖ El ámbito social que relaciona el grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social.
- ❖ El rol emocional identifica el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo reducción en el tiempo dedicado a éstas, rendimiento menor y disminución del esmero en el trabajo.
- ❖ La salud mental que va a incluir trastornos relacionados a la psiquiatría, como alteraciones en el estado de ánimo, trastornos en la conducta, ansiedad, depresión, entre otros.

Contextualización

Sistema de Salud de República Dominicana

Derivado del marco legal actual en salud, Ley No. 42-01 (Ley de Salud General) y la Ley No. 87-01 (Ley que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social-SDSS), se crean nuevas instituciones y agencias del sistema de salud, que constituyen la base del nuevo Sistema Nacional de Salud (NHS). Estas instituciones incluyen la Oficina de Salud y Seguridad Ocupacional (SISALRIL), el Tesoro del Seguro Social (TSS), la Autoridad Nacional de Seguro de Salud (SENASA) y la Oficina de Información y Protección del Consumidor (DIDA), todas las cuales comenzaron a operar en 2002. También se incluyen organismos universitarios, como el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS), la Secretaría de Gestión del Seguro Social (GSS) y el Consejo Nacional de Salud (CNS).

Además, el marco legal en salud ha ordenado una reestructuración de las instituciones existentes como requisito del desarrollo nacional del sistema de salud. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS), con el fin de fortalecer su papel de dirección como agencia de salud principal del sistema, comenzó la transición hacia la separación de funciones, la desconcentración y la descentralización. Este mandato ha estado en consonancia con las reformas a nivel central y territorial. A nivel central, era evidente una reestructuración de las funciones de las principales secretarías (es decir, la oficina del subsecretario de la atención médica de las personas y la oficina del subsecretario para la salud pública y técnica), mientras que a nivel territorial los esfuerzos estaban orientados a proporcionar las oficinas de salud provinciales (representantes de la autoridad de salud pública local y el regional).

Las oficinas de salud (responsables de la organización y gestión de las redes de servicios de salud) con las habilidades y recursos necesarios para llevar a cabo sus roles respectivos. A través del decreto legal, el Instituto Dominicano de Seguridad Social (IDSS) dejó de ser responsable de la administración, la regulación y el financiamiento del sistema de seguridad social del país. En consecuencia, se convirtió en una entidad administrativa a cargo de evaluar los riesgos de salud y trabajo ocupacional y de proporcionar servicios de salud. La aparición de las nuevas instituciones del sistema de Seguridad Social dominicana ha sido acompañada por una redefinición de las funciones del sistema. Anteriormente, SESPAS realizó todas las funciones del sistema de seguridad social: como agencia principal, era responsable del papel de dirección, el financiamiento (a través de fondos emitidos por el gobierno central), prestación de servicios (a través de la red nacional de establecimientos), con la excepción del seguro, que para el sector público se ofreció a través del

Instituto Dominicano de Seguridad Social y para el sector privado a través de sistemas de salud prepagos (Iguales Médicas) y planes de jubilación.

El nuevo marco legal defiende la responsabilidad directiva de SESPAS, y afirma que SESPAS será responsable del papel de dirección del Sistema Nacional de Salud a nivel regional, local y técnico. En consecuencia, el papel directivo de SESPAS se entiende como su capacidad política para regular la producción social de la salud, guía e instituye políticas y acciones de salud; armonizar los intereses; movilizar todo tipo de recursos; monitorear la salud; y coordinar las actividades de las diferentes instituciones del sector público y privado y otros actores sociales comprometidos con la producción de salud, todas con el fin de garantizar el cumplimiento de las políticas nacionales de salud.

Reseña del sector

Los Alcarrizos se remonta al siglo XVIII, cuando en lo que es hoy la entrada al municipio, operaba un mercado de intercambio de mercancías entre Santo Domingo y la región del Cibao, que convirtió el lugar en un espacio de descanso y reposo de los viajeros, sentando la base para la configuración de una comunidad con un pequeño núcleo poblacional. Uno de los hechos más destacados vinculados al proceso histórico de esta comunidad, lo constituye la denominada rebelión de Los Alcarrizos en marzo del 1824, la cual consistió en la primera revuelta en contra de la ocupación haitiana, con un dramático desenlace al ser apresados y fusilados los principales promotores de aquel hecho. En torno a los barracones el Instituto Nacional de la Vivienda (INVI) desarrolla el proyecto habitacional de casas dúplex que lleva su nombre, constituyéndose el segundo proyecto desarrollado por el estado con cierto criterio de planificación urbana. Posteriormente durante el Gobierno del Dr. Salvador Jorge Blanco 1982-1986, se lleva a cabo el tercer proyecto habitacional desarrollado por el ejecutivo, el cual fue construido para alojar a las familias que serían desalojadas de la autopista Duarte para dar paso a la ampliación de la misma en el tramo comprendido entre kilómetro 9 y kilómetro 28.⁶

Esto dio origen a un crecimiento y desarrollo horizontal del territorio con barrios desordenados, sin servicios de energía, agua potable, alcantarillado y sin calles. Actualmente los Alcarrizos tiene una población de 272 mil 772 habitantes, si excluimos la población de los Distritos Municipales de Pantoja y de Palmarejo Villa Linda, tendríamos una población de 206 mil 557 habitantes distribuidos en un territorio de 31 kilómetros cuadrados, que nos arroja una población de 6,492 persona por kilómetro cuadrado, lo que muestra la alta densidad poblacional del municipio.

⁶Ayuntamiento Municipal de los Alcarrizos. Historia. Sitio en internet. Recuperado de: <http://ayuntamientolosalcarrizos.gob.do>

Los Alcarrizos fueron elevados a la categoría de municipio mediante la Ley 64-05, del 31 de enero del año 2005, pero el ayuntamiento se funda el 16 de agosto del año 2006, cuando son juramentadas las primeras autoridades quienes fueron electos en las elecciones municipales y congresuales celebradas el 16 de mayo de ese mismo año.

Reseña Institucional

El Hospital General Doctor Vinicio Calventi, fue inaugurado el 15 de julio del 2007, siendo su primer director el Dr. José Alfredo Español Yapor, desde el día de su inauguración hasta el año 2011, sustituido por la Dra. Juana Peña Rivera, quien permanece en el cargo hasta octubre 2012, relevada por el Dr. José Alberto Díaz Paulino, el cual estuvo desempeñando dicha función hasta octubre 2014, cuando es sustituido por Dr. Marcelo Antonio Puello Vales, este a su vez fue sustituido por el Dr. José Alfredo Español Yapor en Enero del 2017 el cual fue relevado por el Director, el Dr. Orlando Vargas Almonte, 14 de mayo de 2018; este sale de la Institución el siete (07) de enero del 2020, siendo intervenido por la dirección del Servicio Nacional de Salud (SNS), en la persona de su director Lic. Chanel Rosa Chupany; asumiendo el día veintinueve (29) de abril del 2020 el Dr. Pedro Guillermo Rojas Acevedo, quien asume la dirección general; siendo sustituido por el Dr. José Pichardo el 7 de octubre del 2020. Siendo su sustituido por el Dr. José Alfaro Plaz, quien hizo toma de posesión en marzo del presente año, hasta la fecha.

Hospital Dr. Vinicio Calventi es un hospital general de tercer nivel de atención, localizado en el sector Los Alcarrizos de Santo Domingo, República Dominicana. Los Alcarrizos tiene una población de 272 mil 772 habitantes y el hospital tiene un área de influencia de un millón de habitantes. La construcción del Hospital data de diez o un poco más de años previos a su inauguración, por lo que se estima que su diseño estructural obedece a las necesidades y conceptos de un hospital de los años 1980. Su nombre es en honor al destacado médico Dr. José Vinicio Calventi Gaviño, Ginecólogo-Obstetra, y Maestro de la Medicina.

Dispone de 140 camas hábiles, unidad de hemodiálisis, laboratorio clínico, departamento de imágenes, Odontología, Unidad de Cuidados Intensivos con capacidad para 7 camas y 35 consultorios para las diferentes especialidades tales como: Medicina Interna, Cardiología, Endocrinología y Diabetología, Nefrología, Neumología, Neurología, Hematología, Oftalmología, Urología, Cirugía General, Coloproctología, Cirugía Oncológica, Gineco-Obstetricia, Ginecología Oncológica, Planificación Familiar, Pediatría, Perinatología, Cardiología Pediátrica, Ortopedia y

Traumatología, Salud Mental (Psiquiatría y Psicología), Otorrinolaringología, Geriátría, Nutrición, Medicina Familiar, Odontología, Terapia Física y Rehabilitación, Dermatología, Cirugía Maxilofacial, Neurocirugía, Servicio de Atención Integral, Gastroenterología y otras.

Aspecto Social

Cabe destacar que en sus inicios el Hospital General “Dr. Vinicio Calventi”, pertenecía directamente al Ministerio de Salud Pública, hasta Febrero del 2008, cuando pasa a ser un Hospital Descentralizado, aunque manteniéndose bajo las directrices del Ministerio de Salud Pública y actualmente del Servicio Nacional de Salud.

A raíz de los esfuerzos realizados por los Doctores Español, Reyes Paulino, Tabaré de los Santos y Maribel Nova, se inician en el año 2008 los programas de residencias médicas en este centro de las especialidades de Geriátría y Medicina Familiar y Comunitaria avaladas por la Universidad Iberoamericana (UNIBE), siendo la primera graduación en el año 2010 del programa de la residencia de Geriátría y la primera de medicina familiar y comunitaria se celebró en el año 2012, los primeros coordinadores de dichas residencias fueron el Dr. Tabaré de los Santos y Maribel Nova.

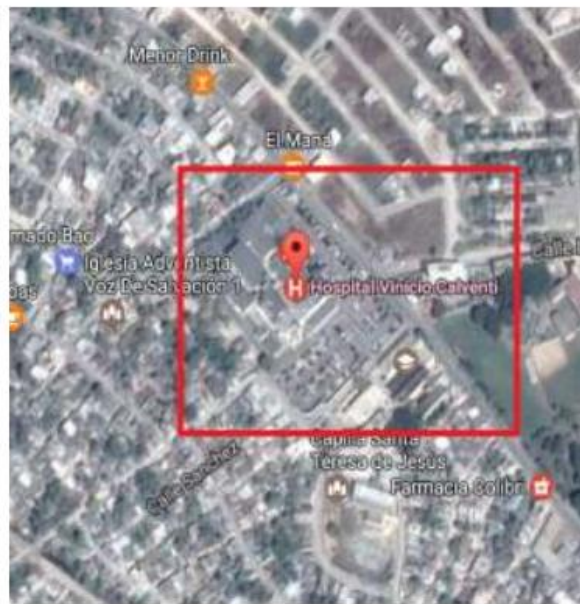
Cuenta con 2 residencias médicas en Geriátría y en Medicina Familiar y Comunitaria y por aquí rotan médicos residentes de Cirugía General, Ortopedia, Anestesiología, Gineco-Obstetricia y Pediatría de otros hospitales docentes, así como médicos internos de diferentes universidades.

Marco Especial

Esta investigación se realizó en el Departamento de Hemodiálisis del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. Está delimitado al norte, la carretera Hato Nuevo; al sur, la calle Sánchez; al oeste calle Napoleón Bonaparte; al este está la continuación de la carretera Hato Nuevo.



Mapa Cartográfico



Vista Aérea

CAPÍTULO 3: DISEÑO METODOLÓGICO

Contexto

Un número creciente de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) reciben atención domiciliar y requieren el apoyo de proveedores de atención médica no profesionales, a menudo miembros de la familia, para controlar la enfermedad renal crónica. Existe la preocupación de que el cuidado exija, especialmente en el manejo de la diálisis que tiene un efecto profundo y generalizado en la familia y los amigos, exige el bienestar físico, social y emocional de los cuidadores. Sin embargo, las necesidades de los cuidadores a menudo se descuidan y sub priorizan en el manejo médico de la enfermedad renal crónica. Basados en esta premisa conllevó a la autora a indicar acerca de los tipos de funcionalidad familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis que acuden a la unidad de hemodiálisis Hospital General Dr. Vinicio Calventi, periodo mayo-junio 2022.

Tipo de Estudio

Este ha sido un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal que a través de los instrumentos se propone responder las preguntas y objetivos planteados, y así de esta manera determinar los tipos de funcionalidad familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis que acuden a la unidad de hemodiálisis Hospital General Dr. Vinicio Calventi, periodo mayo-junio 2022.

Variables

Variables Independientes

Funcionalidad familiar

Variables Dependientes

Funcionamiento familiar

Variables intervinientes:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Ocupación
- Estado económico
- Escolaridad
- Procedencia
- Tipo de familia
- Funcionamiento familiar según su adaptabilidad

- Funcionamiento familiar según su cohesión

Operacionalización de las Variables

Variables	Tipos y Sub Tipos	Definir Variables	Indicadores
Edad	Cuantitativa Continuas	Números de años que el paciente refiera	Mayor de 18 años
Sexo	Cualitativa nominal	Condición orgánica que permite distinguir el varón de la hembra	Masculino Femenino
Estado civil	Cualitativa nominal	Son los vínculos personales con individuos de otro sexo o del mismo sexo	Soltero Casado Unión libre Divorciado, Viudo otros
Ocupación	Cualitativa nominal	Actividad a la que se dedica la persona que define su modo de producción.	Maestro, medico, policía, enfermera Chofer, cajera, farmacéutica Estudiantes, ama de casa, Electricista, otros
Estado económico	Cualitativa Nominal	Condición financiera en la que se encuentra el paciente y sus cuidadores al momento de la entrevista.	Ingresos menores que gastos Ingresos iguales a gastos Ingresos mayores que los gastos
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Nivel de educación alcanzada por el individuo al momento del estudio.	Analfabeta, Educación inicial, Educación básica, Educación media, Educación superior, Técnicos y otros.
Procedencia	Cualitativa nominal	Lugar que refiere que vive	Urbana Rural
Funcionamiento familiar según su adaptabilidad	Cualitativa ordinal	Es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia , que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas.	Rígida Estructurada Flexible Caótica
Funcionamiento familiar según su cohesión	Cualitativa ordinal	Es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutiva.	No relacionada Semirelacionada Relacionada Aglutinada

Métodos y Técnicas de Investigación

El método será directo, a través de la técnica de la entrevista, se elaboró un formulario con preguntas diseñadas por los sustentantes, y adicional a estas, otras relacionadas a las pruebas (test) APGAR y FACE III utilizados como instrumentos en este estudio, se evaluarán las respuestas de los pacientes en terapia de hemodiálisis en la unidad de hemodiálisis en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi periodo mayo-junio 2022.

Instrumento de Recolección de Datos

Se elaboró un cuestionario cuyas preguntas están relacionadas con los objetivos planteados en este estudio, para esto se diseñaron preguntas, se añadieron aquellas que pertenecen al test APGAR para evaluación de funcionalidad familiar y escala FACE III que mide el funcionamiento familiar.

La escala FACEIII fue desarrollada por David H. Olson y sus colegas, está orientada a evaluar dos dimensiones desde el Modelo Circumplejo, está planteada desde el enfoque sistémico, acogido como paradigma para comprender el comportamiento humano en la familia. Las variables medibles son la cohesión y adaptabilidad familiar. El primer aspecto de la cohesión mide cuán separados desconectados se encuentra sus integrantes. La adaptabilidad mide el nivel de flexibilidad y la capacidad de cambio ante eventos. La escala está orientada a obtener la percepción del funcionamiento real e ideal. A demás mide el grado de satisfacción que sería el resultado de la discrepancia entre lo percibido y lo ideal.

Población y Muestra

Población

Los participantes del estudio fueron seleccionados de los pacientes en hemodiálisis que acuden a la unidad de hemodiálisis Hospital General Dr. Vinicio Calventi, periodo mayo-junio 2022.

Muestra

Estuvo constituida por todos los pacientes en hemodiálisis que acuden a la unidad de hemodiálisis Hospital General Dr. Vinicio Calventi, periodo mayo-junio 2022.

Criterios de Inclusión

- Personas en hemodiálisis
- Personas que de manera voluntaria participen en el estudio.
- Pacientes cuyos familiares los han ayudado durante el proceso de hemodiálisis.

Criterios de Exclusión

- Pacientes que le dificulte llenar el cuestionario.
- Pacientes embarazadas

Procedimiento Para el Procesamiento y Análisis de Datos

Descripción del Procedimiento

Se procede a la selección y delimitación del problema, seguido de revisión bibliográfica pertinente sobre el tema. Se evaluaron artículos de revisión, de investigación, libros y páginas web (todos con menos de 5 años de publicados), en idioma español, posteriormente se elaboró el marco teórico referencial y conceptual, después fue elaborado el marco metodológico. Luego de aprobado por la Universidad Iberoamericana y el Hospital General Dr. Vinicio Calventi, se procedió a la recolección e interpretación de los datos y finalmente a la presentación de los resultados.

Los datos que se obtuvo de los cuestionarios fueron introducidos para procesamiento en el SPSS versión 20, para la generación de la distribución estadística.

Plan de Análisis y Tabulación de los Datos

La información será presentada en tablas y gráficos mediante la utilización de Microsoft Office y Microsoft Excel. Se analizará en relación con las preguntas planteadas y mediante el contraste y comparación con la literatura temática.

Consideraciones Éticas

Este proyecto fue presentado al Comité de Ética de la Universidad Iberoamericana (UNIBE), para su aprobación, luego verificó que no existe trabajo similar y que este cumple con los lineamientos que establece la institución.

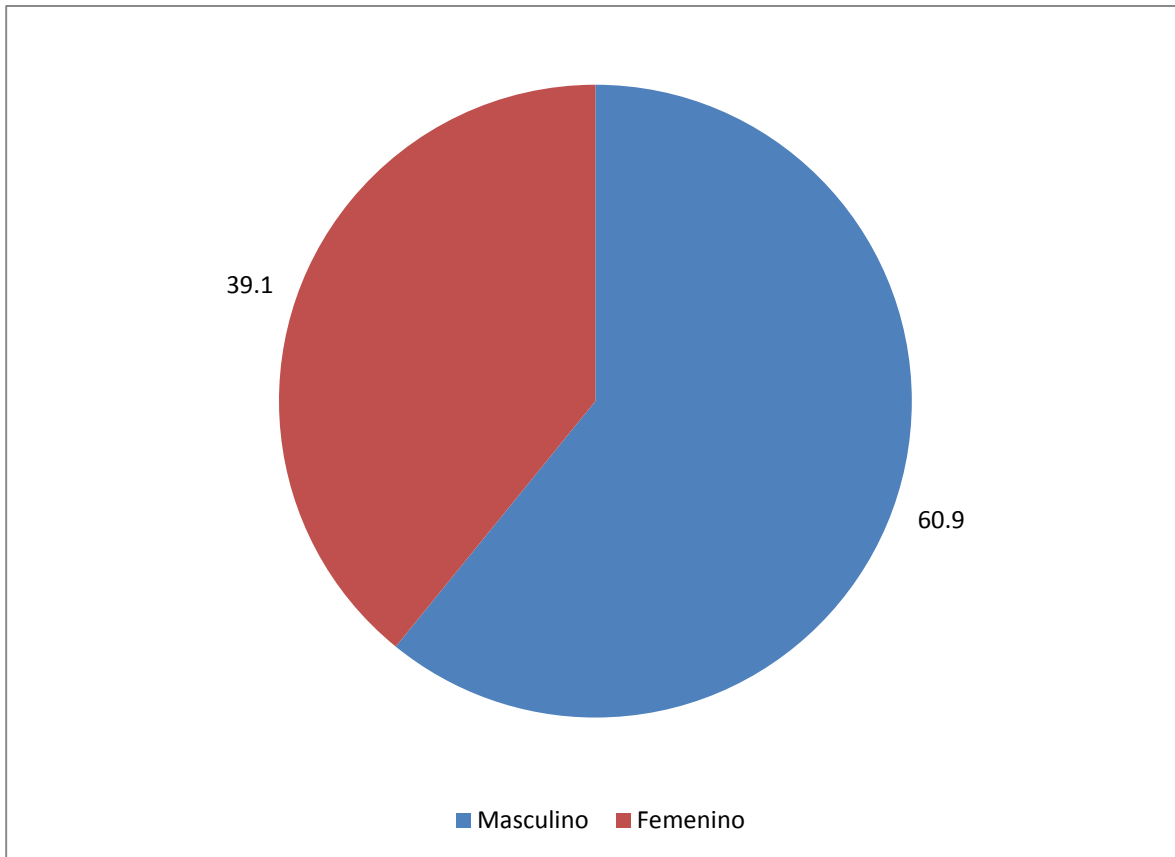
Las potenciales personas que fueron objeto de investigación, les fue informado de la intención de la investigación, informado de los objetivos del estudio, los beneficios que obtendrá como parte de la población en la participación en el estudio. Posteriormente fueron invitados a participar en el estudio, informándoles que su participación es voluntaria. En caso de aceptar participar, se le solicitó firmar su consentimiento. Los nombres de las personas entrevistadas no constaron en la base de datos. Las entrevistas fueron realizadas en la unidad de hemodiálisis, los datos fueron analizados de forma que no permita la identificación de personas.

Los resultados de la investigación serán presentados solo para eventos científicos y publicados en formatos de artículos.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

Características Sociodemográfica

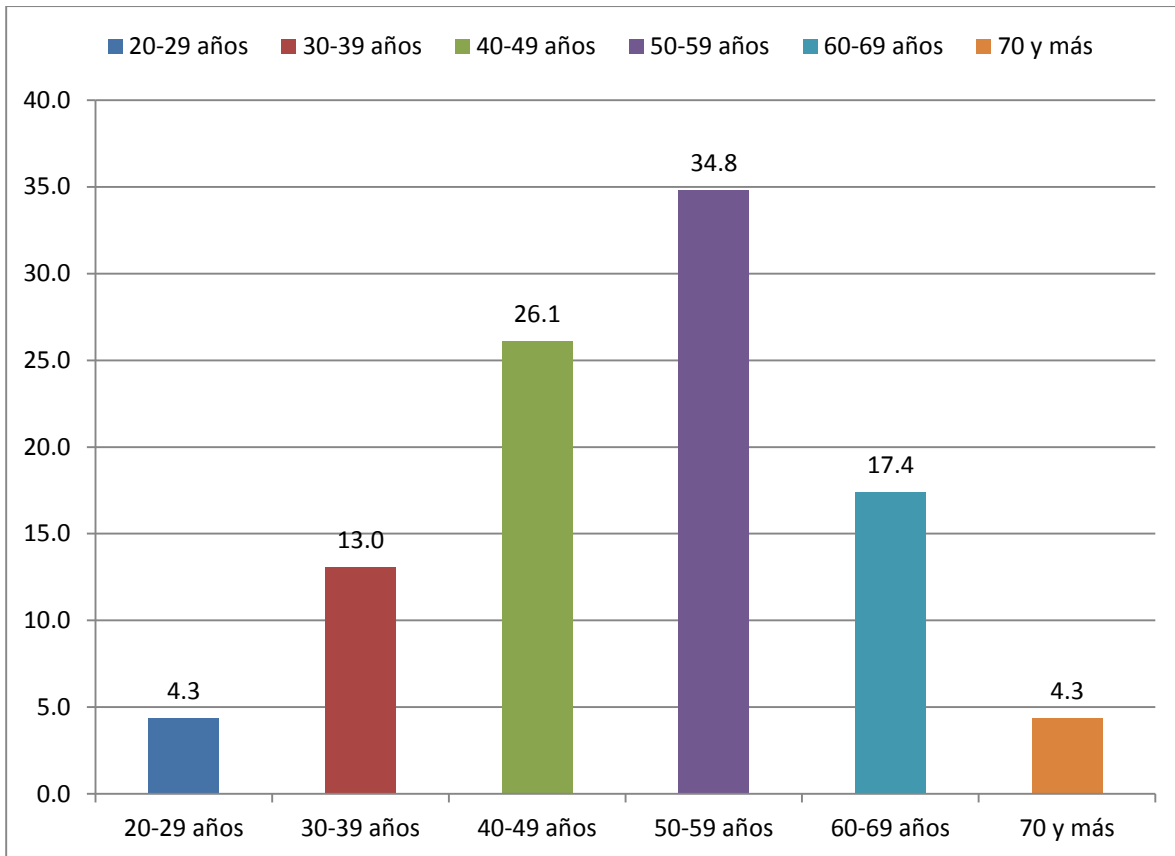
Gráfico 1.- Sexo



Fuente: Tabla 1

La mayoría de la población pertenece al sexo masculino, representada por un 60.9%, mientras que el restante del sexo femenino es del 39.1%.

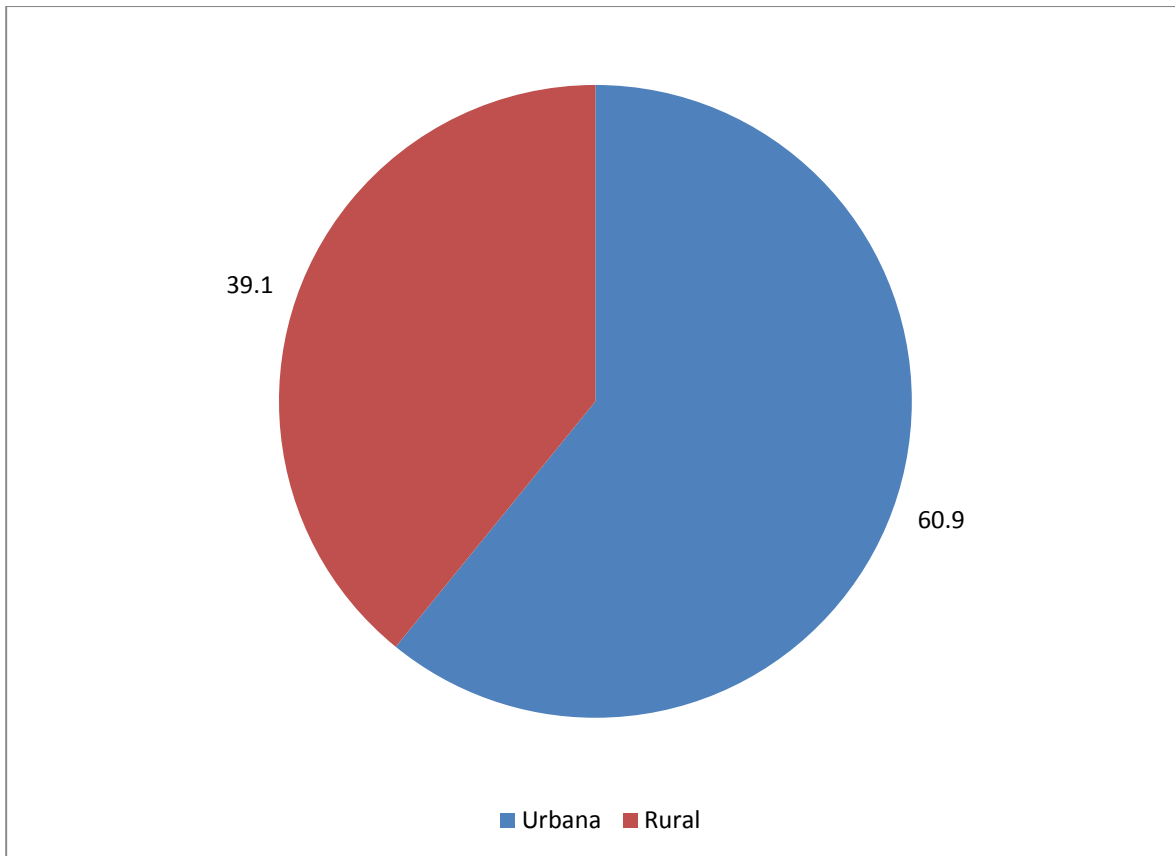
Gráfico 2.- Edad



Fuente: Tabla 2

El 34.8% de los entrevistados se encuentra entre 50-59 años, el 26.1% 40-49 años, el 17.4% 60-69 años, y 13.0% de 30-39 años.

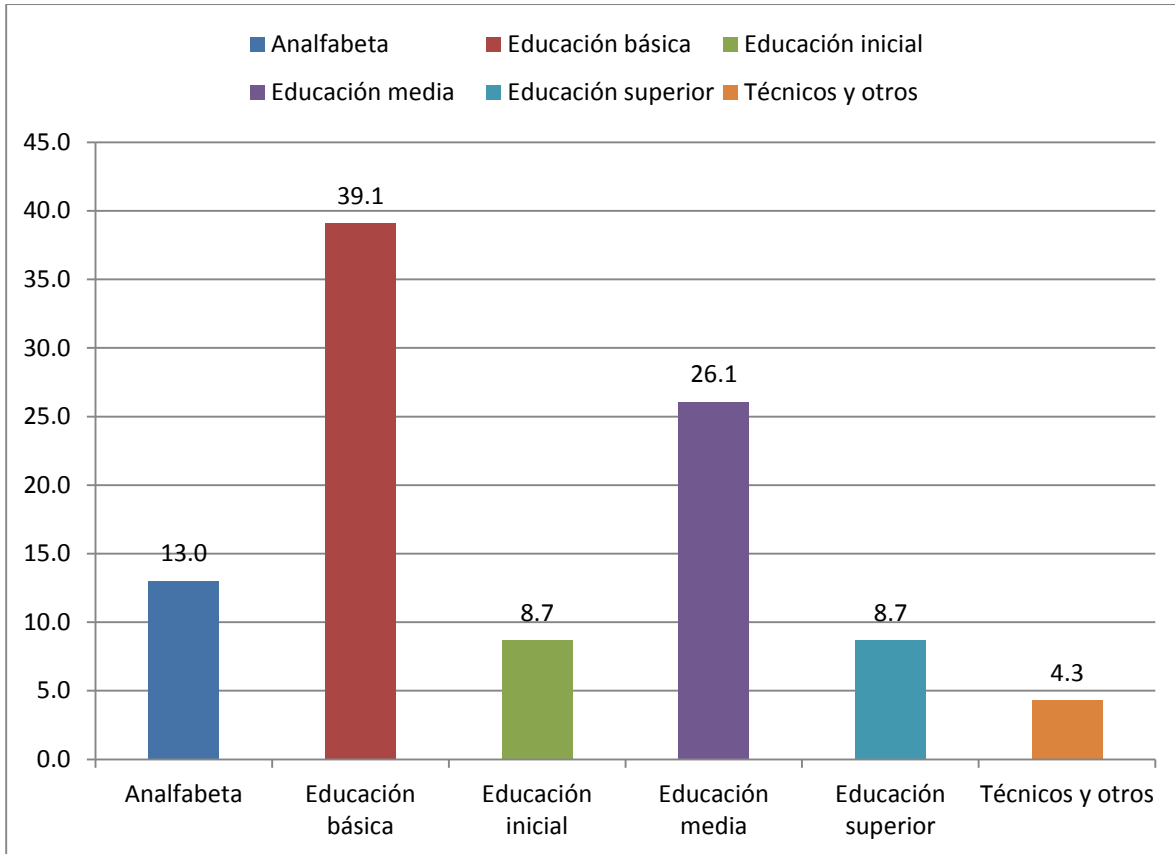
Gráfico 3.- Procedencia



Fuente: Tabla 3

El 60.9% de la población es de origen urbano, frente 39.1% de origen rural.

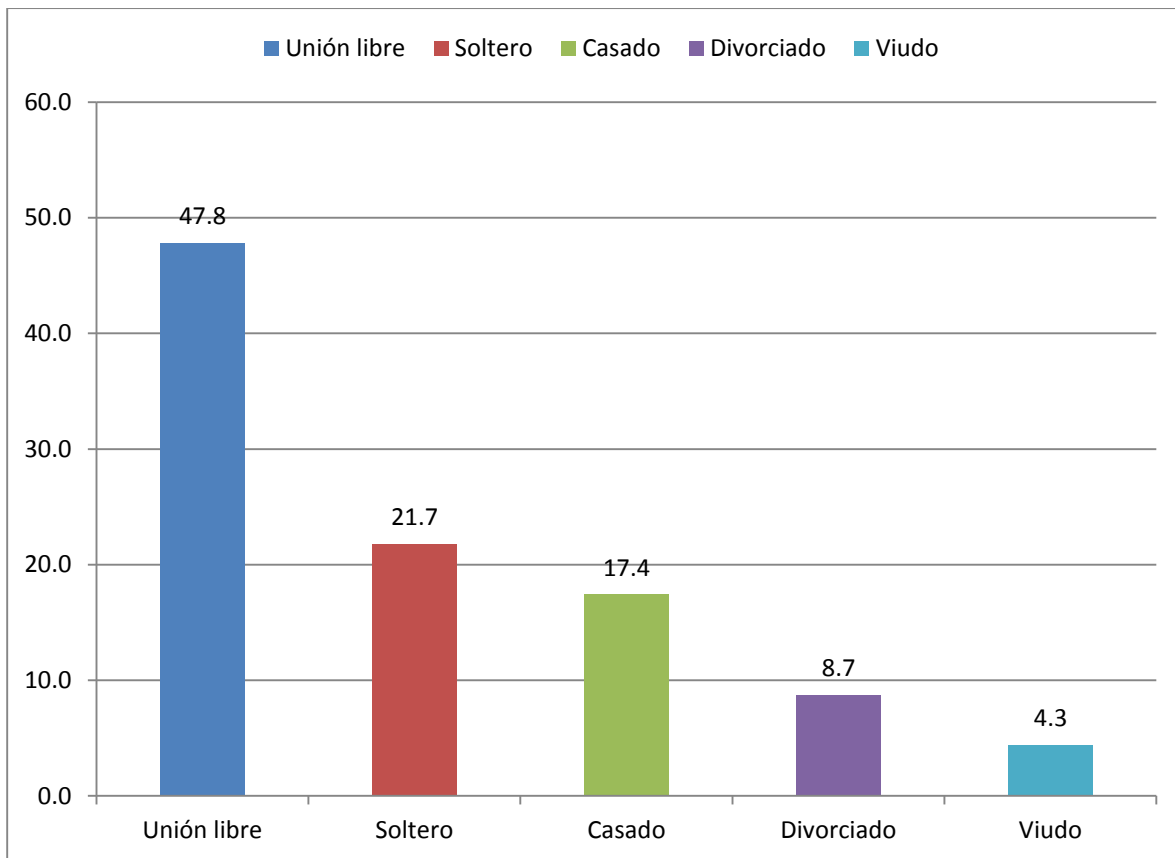
Gráfico 4.- Escolaridad



Fuente: Tabla 4

El 39.1% de la población tenía educación básica, el 26.1% educación media, el 13.0% era analfabeta, el 8.7% educación inicial, 8.7% educación superior y 4.3% técnicos y otros.

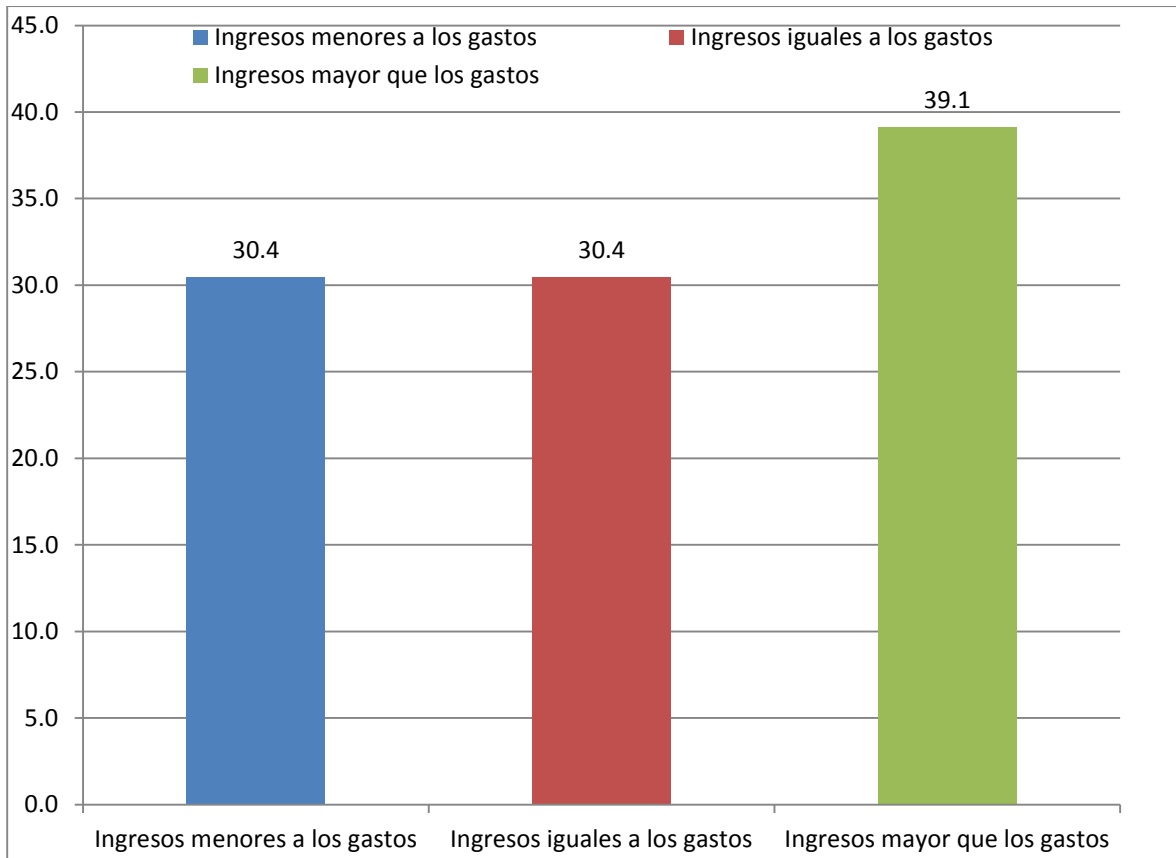
Gráfico 5.- Estado civil



Fuente Tabla 5

El 47.8% se encontraba en unión libre, el 21.7% soltero, el 17.4% casado, 8.7% divorciado, y 4.3% viudo.

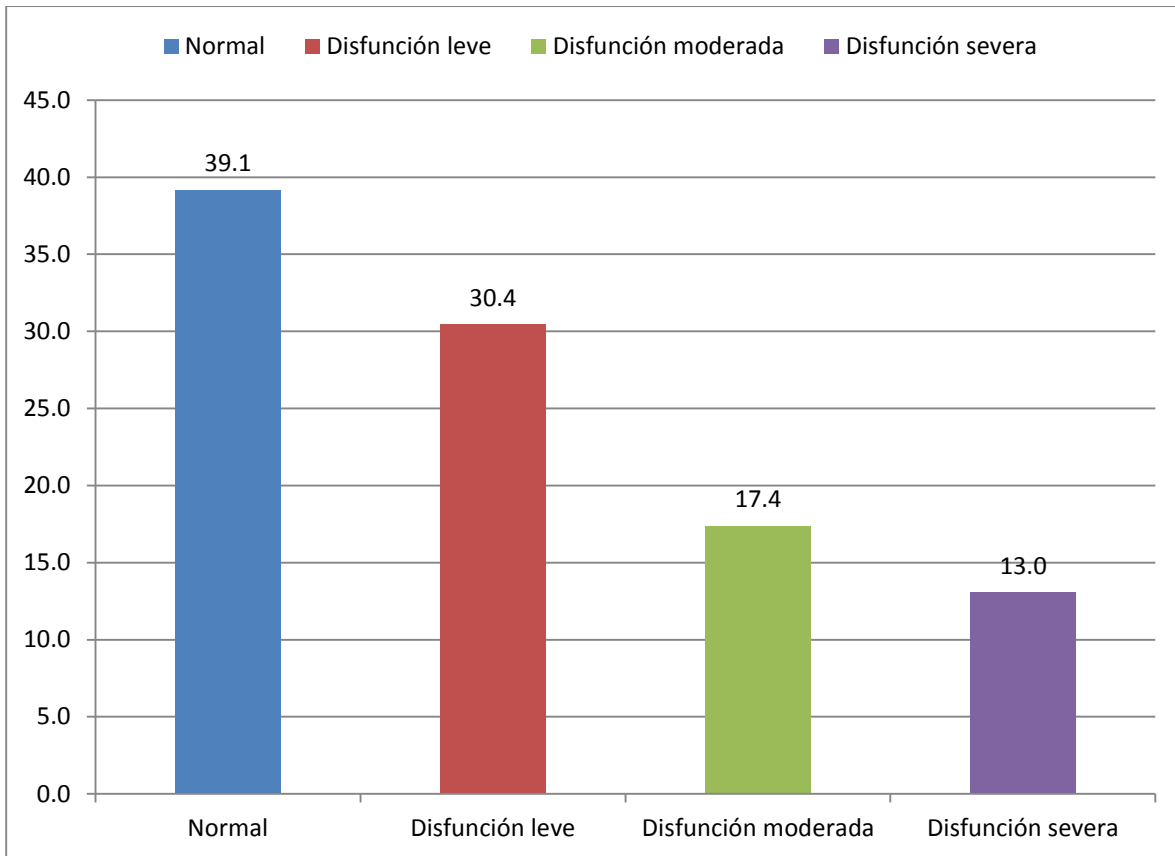
Gráfico 6.- Aspecto económico



Fuente: Tabla 6

En el 39.1% de los casos los ingresos fueron mayores que los gastos, en el 30.4% fueron menores a los gastos o iguales a los gastos, respectivamente.

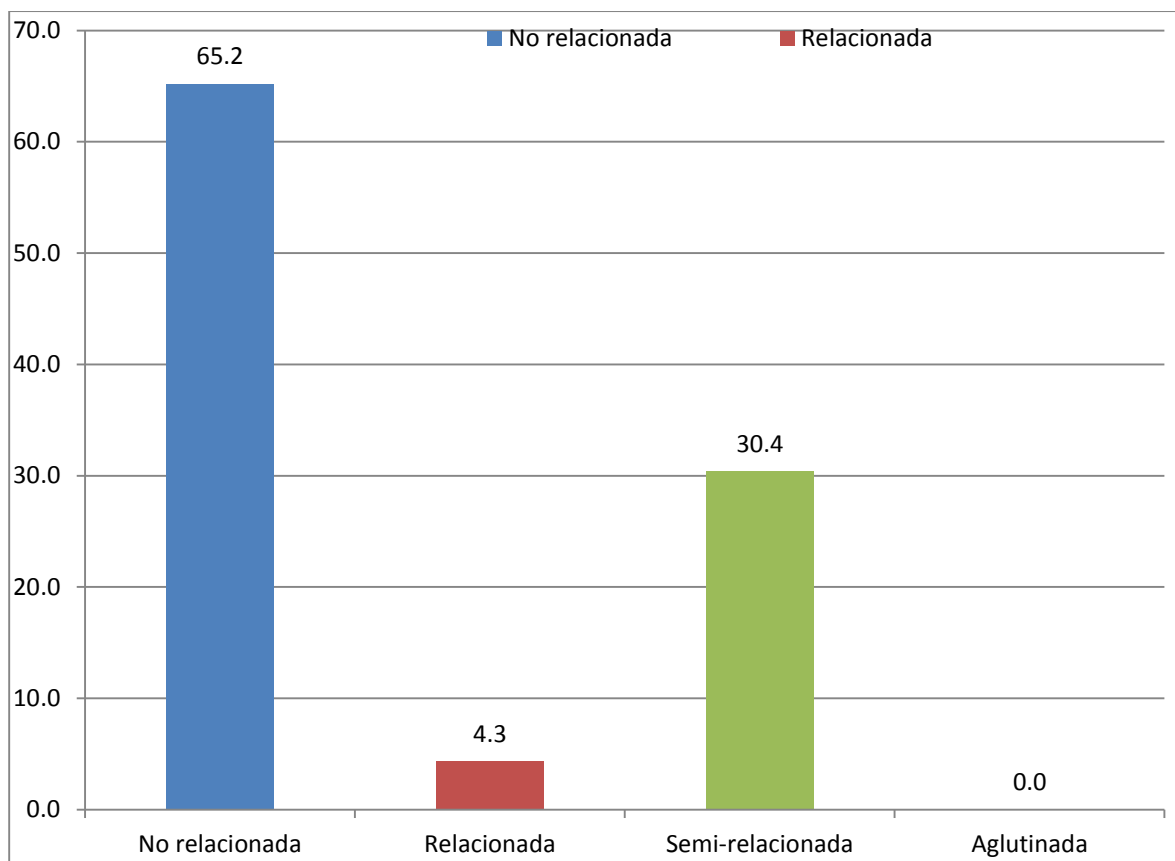
Gráfico 7.- Funcionalidad Familiar



Fuente: Tabla 7

En el 39.1% de los casos la funcionalidad familiar fue normal, mientras que un 30.4% tuvo disfunción leve, el 17.4% disfunción moderada y 13.0% disfunción severa.

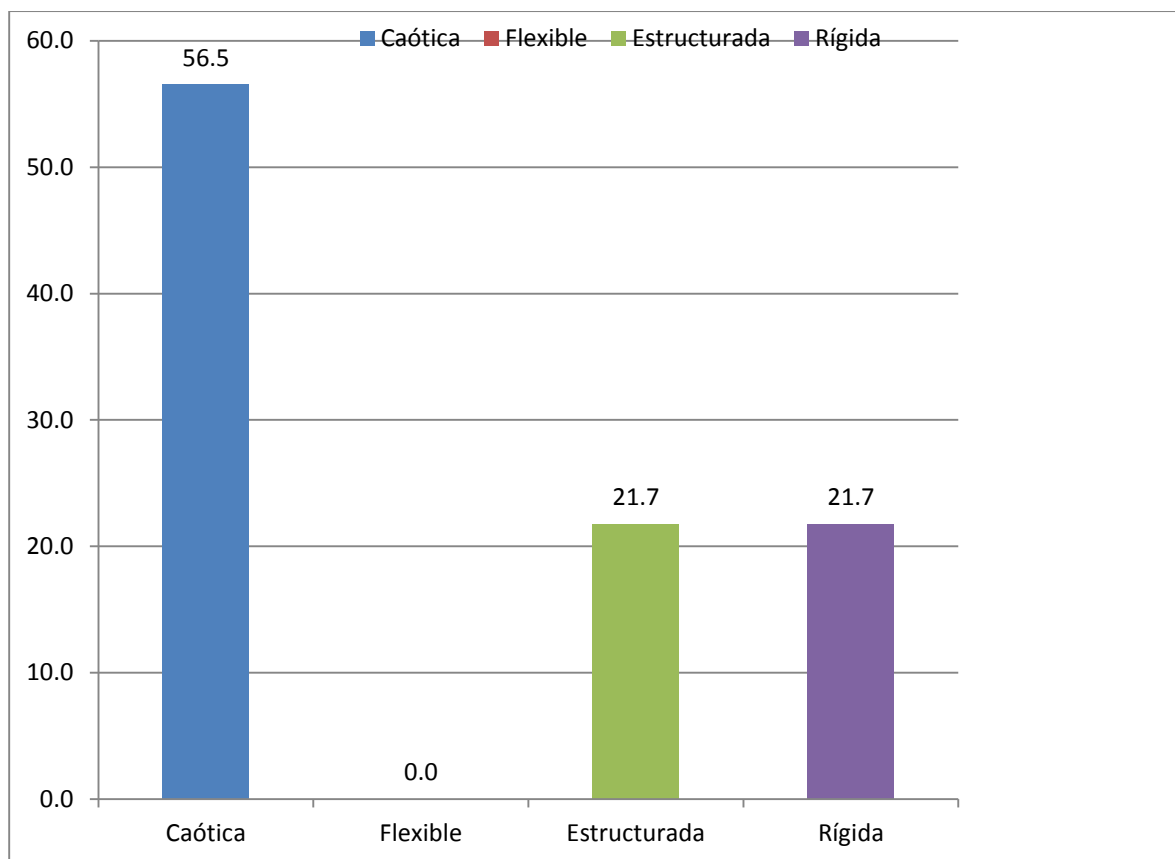
Gráfico 8.- Cohesión familiar



Fuente: Tabla 8

La cohesión familiar fue no relacionada en el 65.2%, semi-relacionada en el 30.4% y relacionada en el 4.3%.

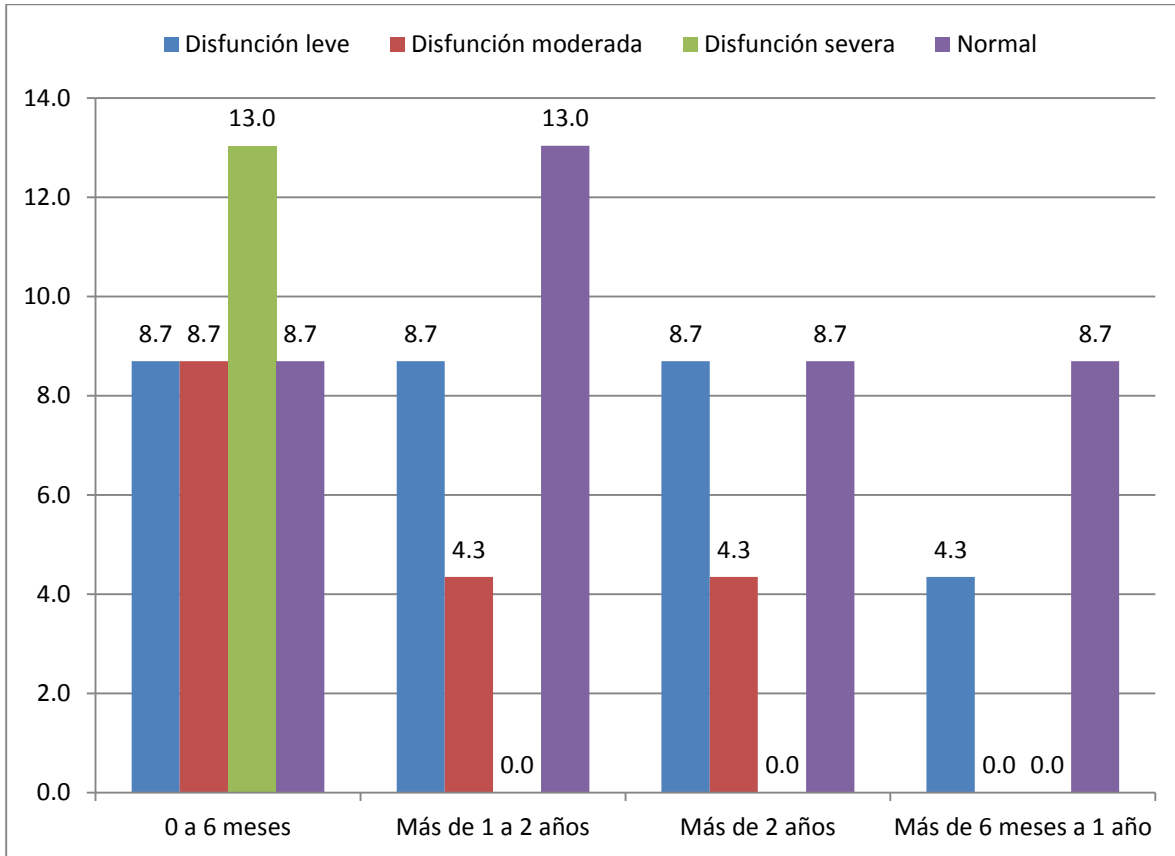
Gráfico 9.- Funcionamiento familiar adaptabilidad



Fuente: Tabla 9

En cuanto al funcionamiento familiar el 56.5% fue caótica, el 21.7% estructurada y el 21.7% rígida.

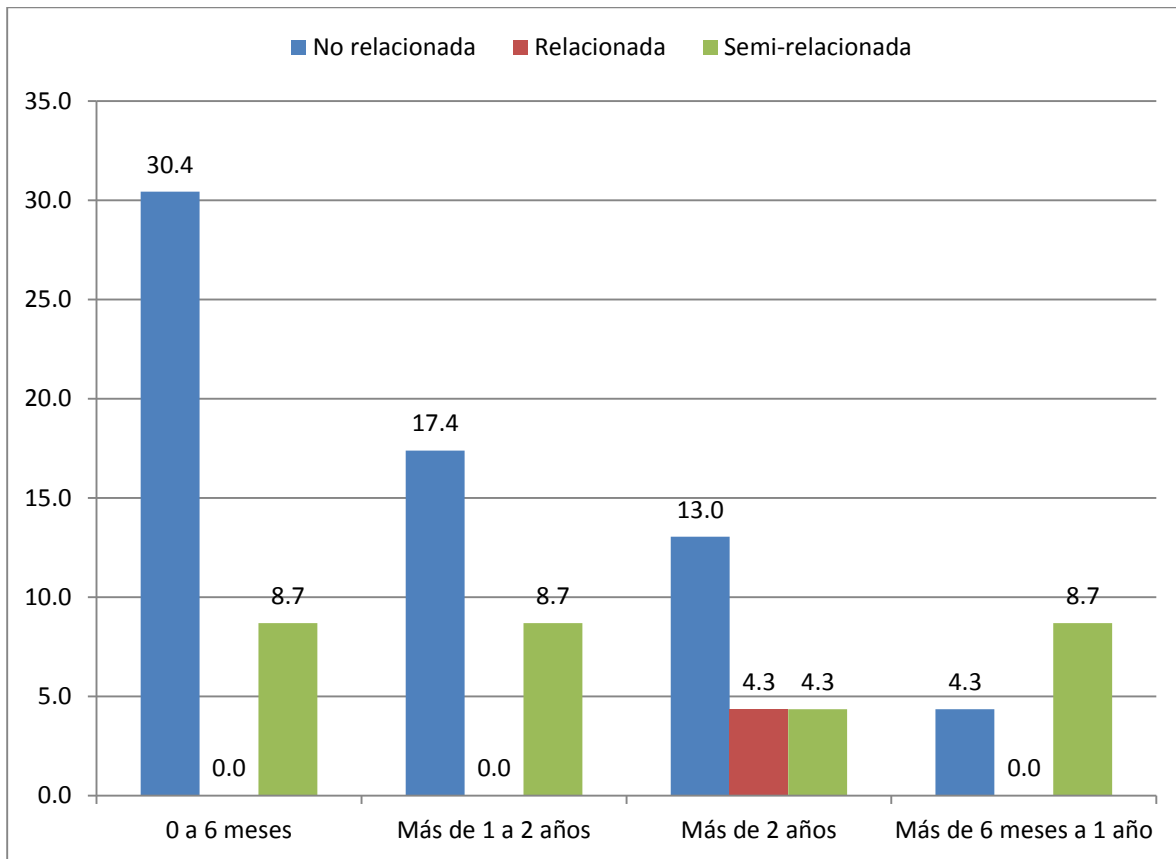
Gráfico 10.- Distribución de pacientes por el tiempo en diálisis de acuerdo a la disfuncionalidad familiar.



Fuente: Tabla 10

La distribución familiar mucho mayor en aquellos que tenían menor tiempo de diálisis, observándose disfunción leve, moderada y severa en los pacientes de 06 meses, con 13.0% para disfunción severa, 8.7% disfunción moderada y 8.7% disfunción leve.

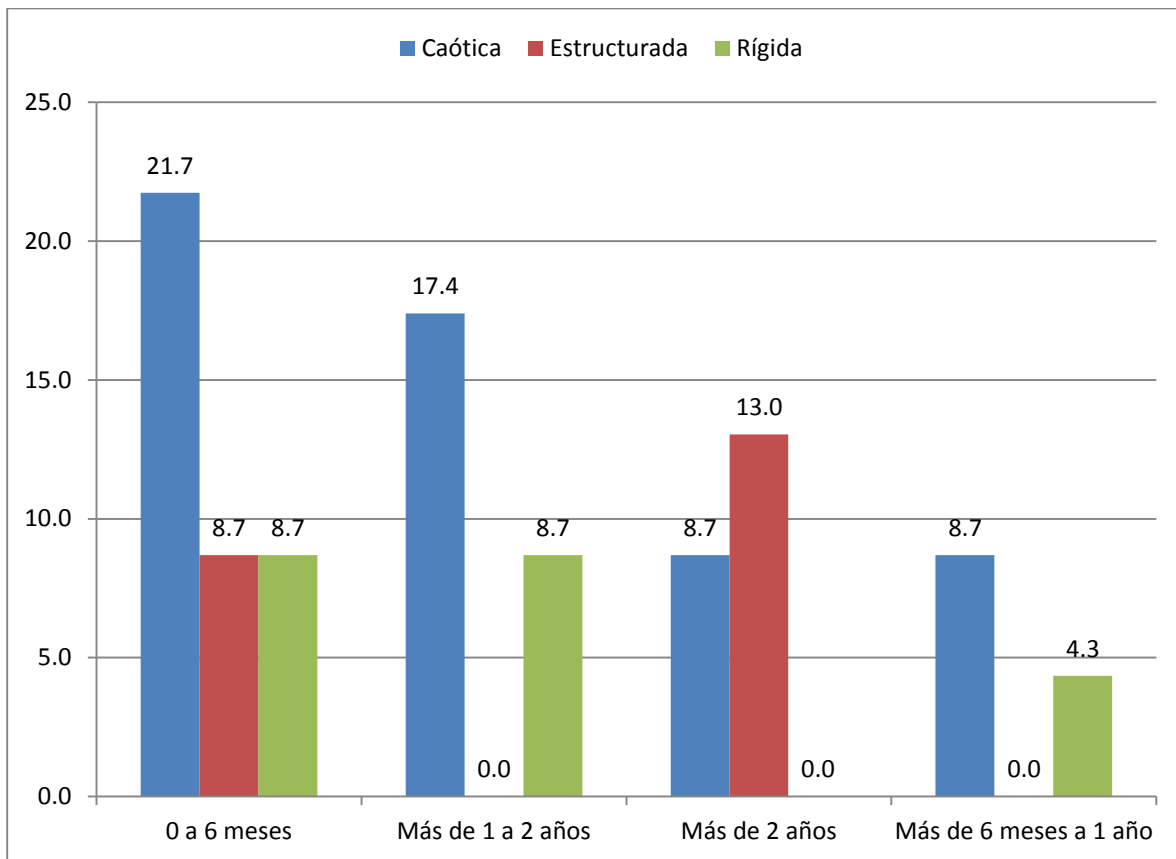
Gráfico 11.- Distribución de pacientes por el tiempo en diálisis de acuerdo a la cohesión familiar.



Fuente: Tabla 11

En relación al tiempo en diálisis y la cohesión familiar, fue no relacionada en el tiempo de 0 a 6 meses con un 30.4%, seguido de no relacionada en el tiempo de más de 1 año a 2 años con el 17.4% y más de 2 años no relacionada con el 13.0%.

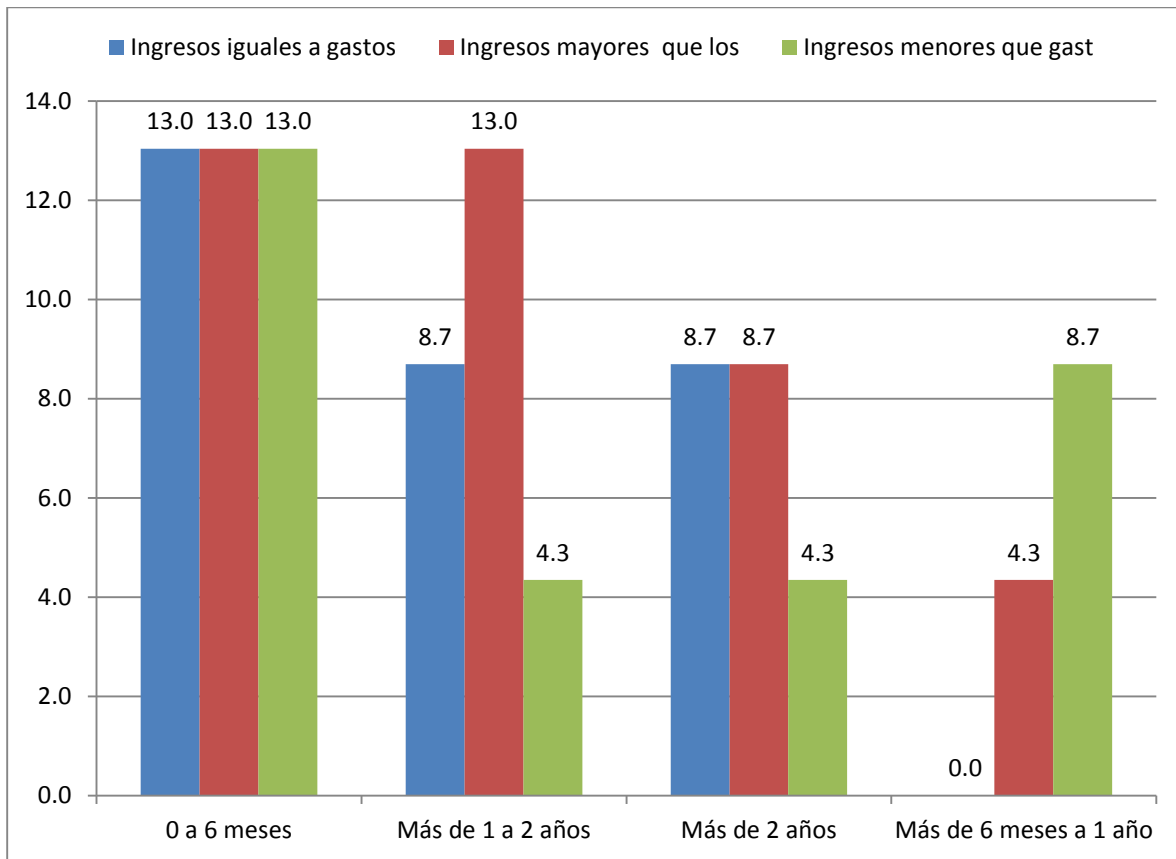
Gráfico 12.- Distribución de pacientes por el tiempo en diálisis de acuerdo al funcionamiento familiar.



Fuente: Tabla 12

Los pacientes con tiempo en diálisis menores como 0 a 6 meses y más de 1 año, mostraron funcionamiento familiar caótico en el 21.7% y 17.4%, respectivamente. Mientras que la estructurada fue 13.0% en el periodo de más de 2 años.

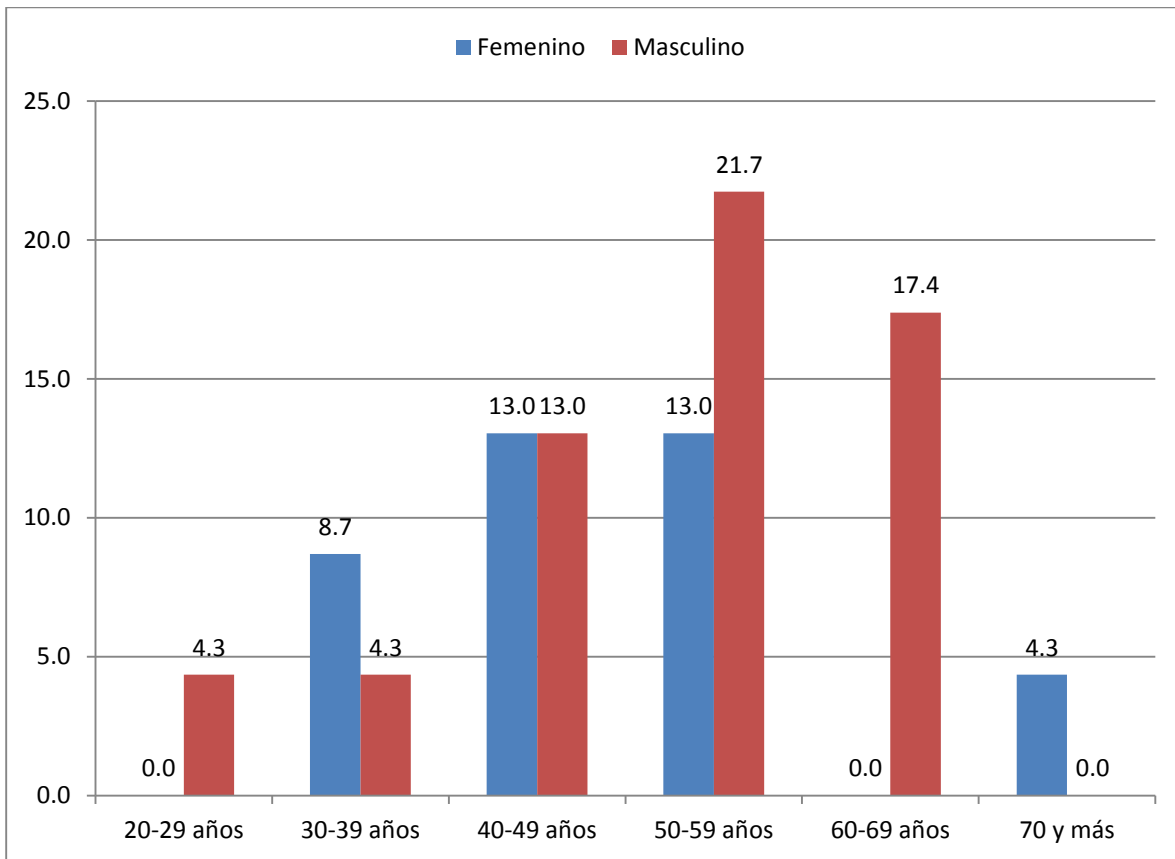
Gráfico 13.- Distribución de pacientes por el tiempo en diálisis de acuerdo a al nivel de ingresos.



Fuente: Tabla 13

En relación al tiempo de diálisis y el nivel de ingresos. Se observó que existe en la mayoría de los periodos de tiempo un predominio de los ingresos mayores a los gastos, excepto en aquellos que tienen más de 6 meses a 1 año, donde los ingresos son menores a los gastos con el 8.7%.

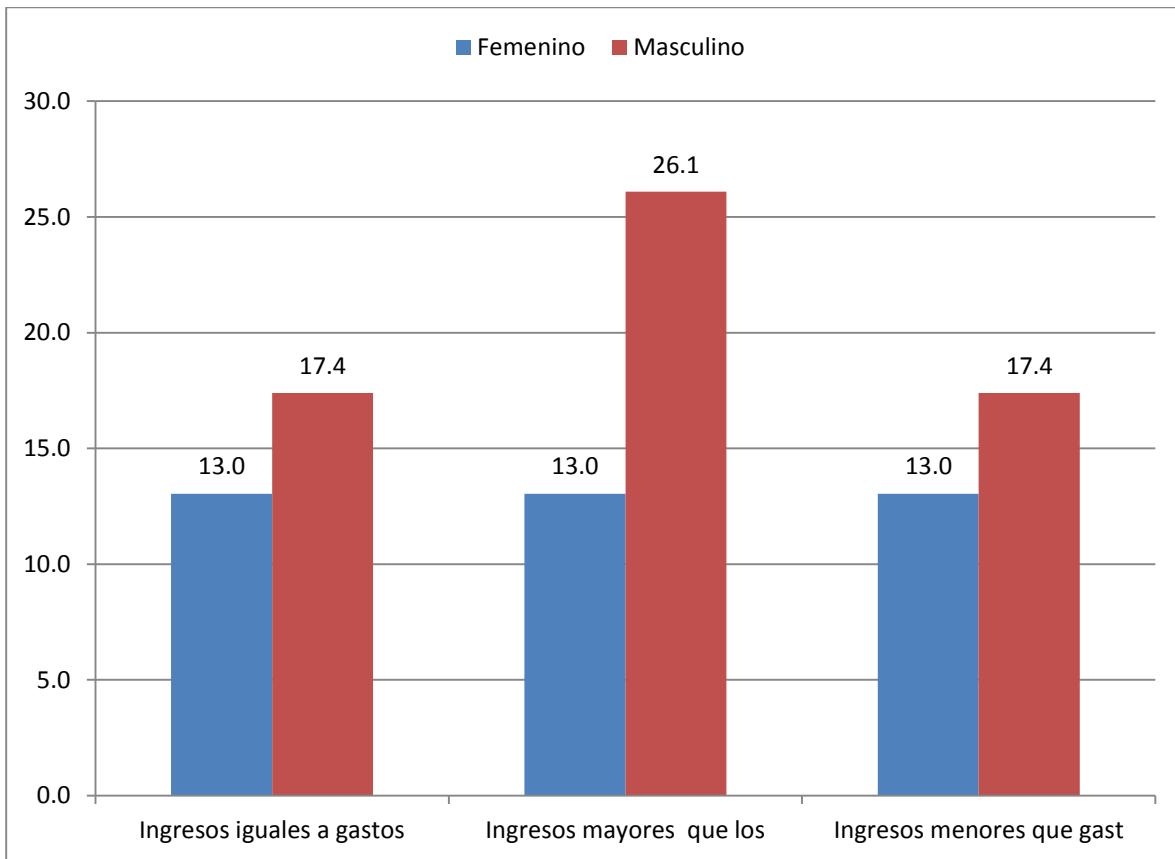
Gráfico 14.- Distribución de pacientes de acuerdo a la edad y el sexo.



Fuente: Tabla 14

El rango de edad con respecto al sexo el más frecuente fue de 50-59 años en el sexo masculino un 21.7% y 60-69 años al sexo masculino un 17.4%.

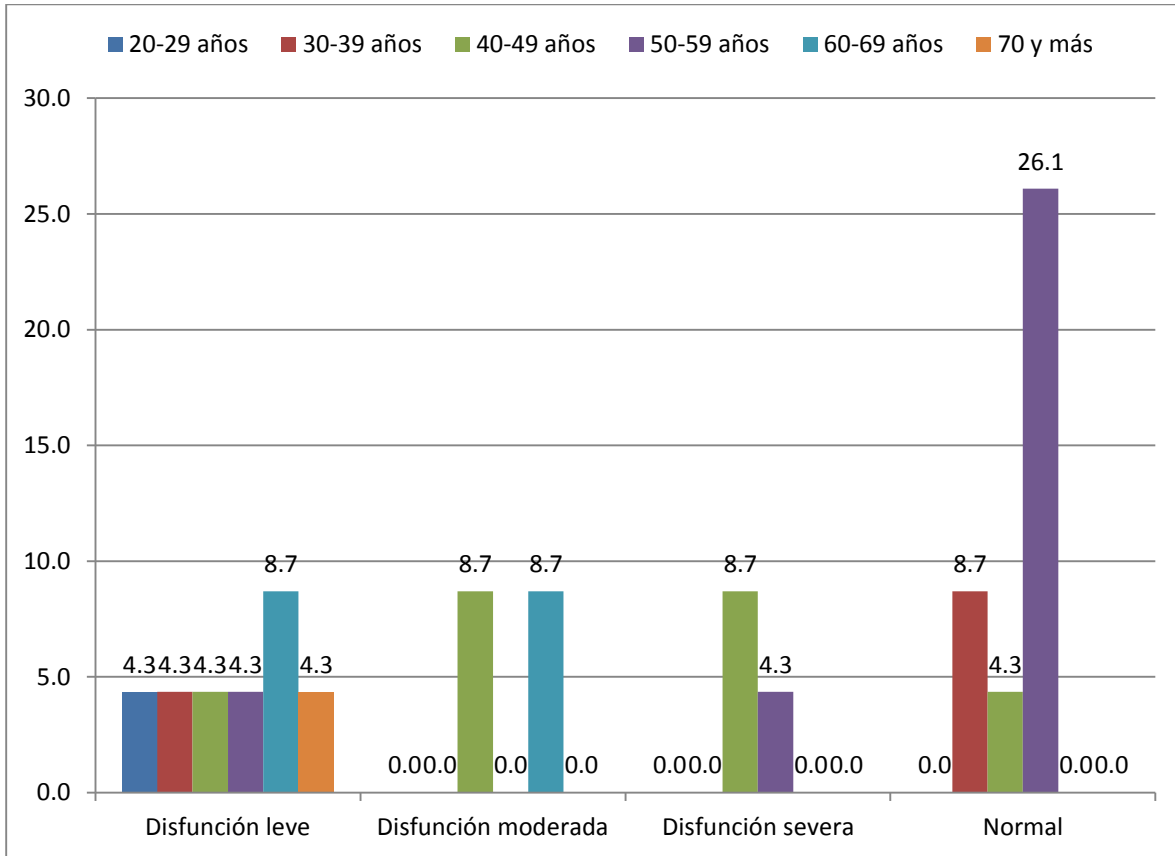
Gráfico 15.- Distribución de pacientes de acuerdo al sexo y la situación económica.



Fuente: Tabla 15

En cuanto a los ingresos y el sexo. La mayoría de los hombres tiene ingresos mayores que los gastos, con 26.1% y menores que los gastos en los hombres e iguales con 17.4% respectivamente. Las mujeres muestran una distribución equitativa con el 13.0%, respectivamente.

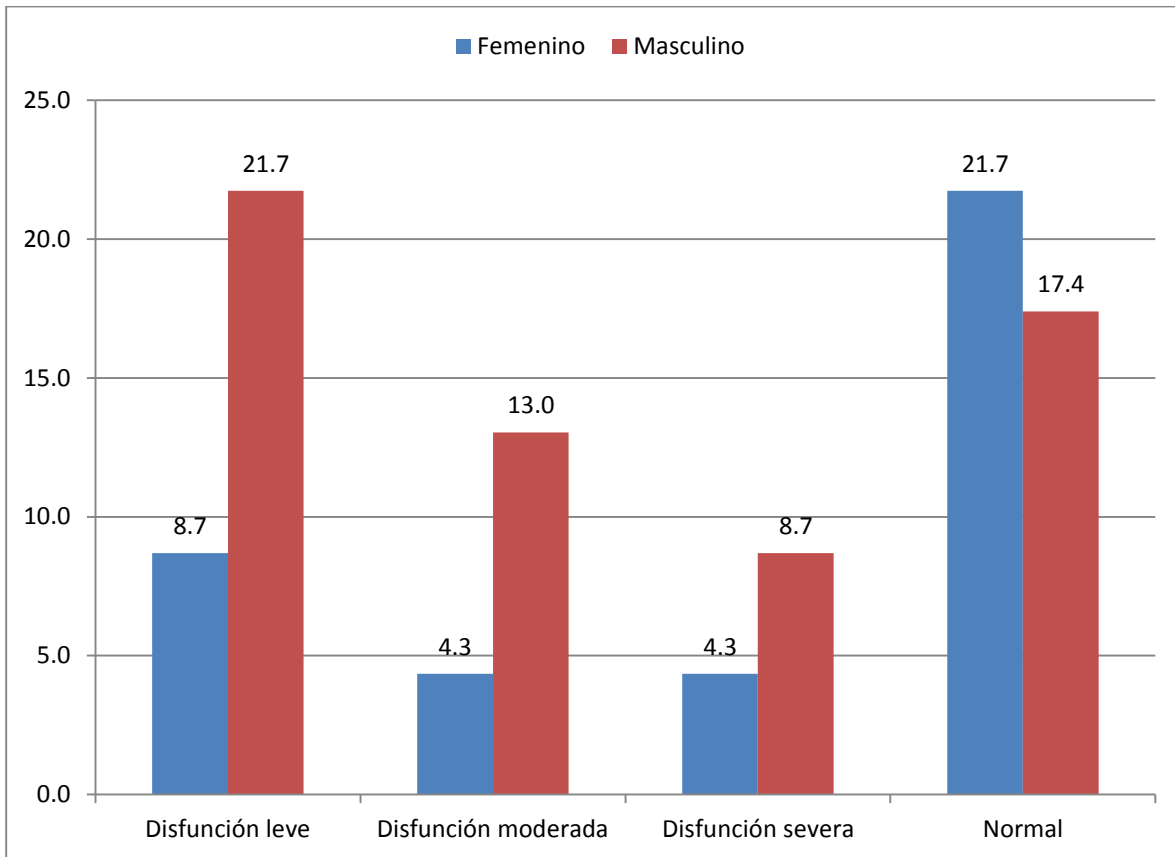
Gráfico 16.- Distribución de pacientes de acuerdo a la edad y el funcionamiento familiar.



Fuente: Tabla 16

La distribución de la edad y el funcionamiento familiar, fue normal para los de 50-59 años con el 26.1%, la disfunción severa se manifestó para el grupo de 40-49 años con el 8.7%.

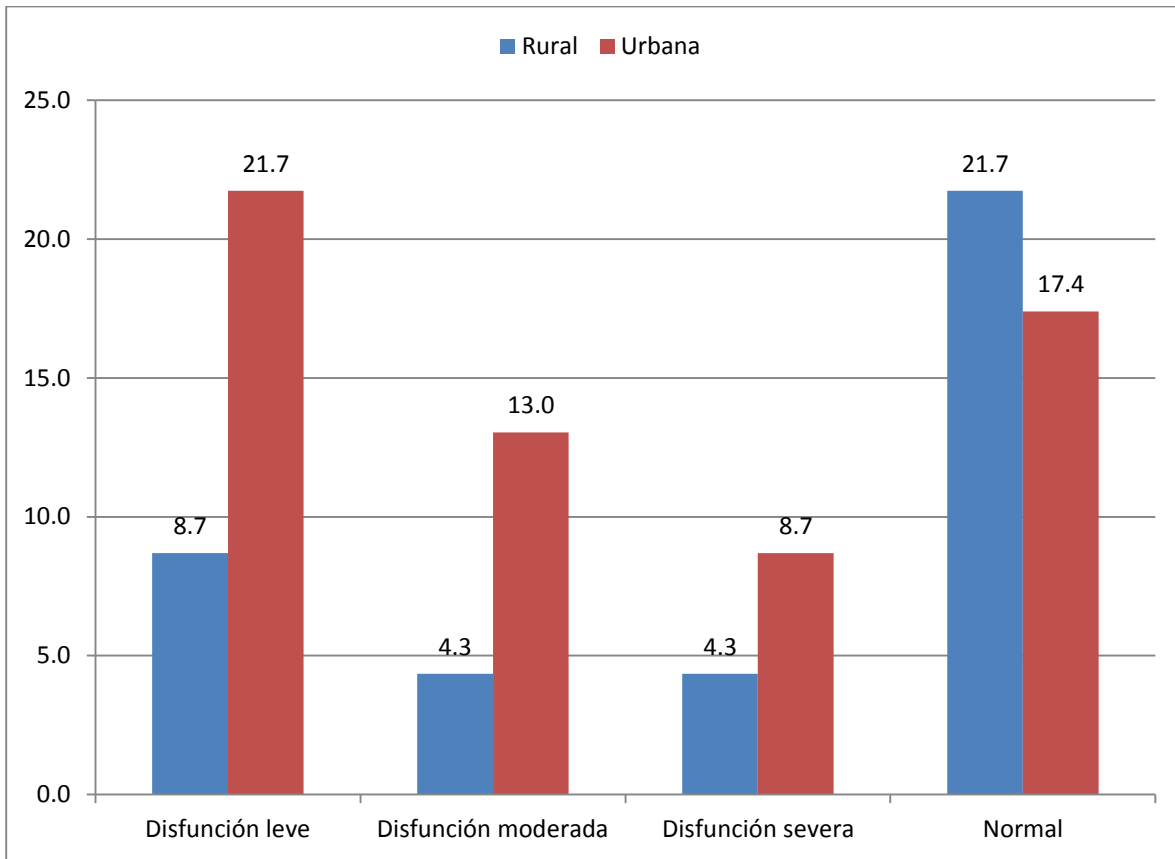
Gráfico 17.- Distribución de pacientes por sexo de acuerdo al funcionamiento familiar.



Fuente: Tabla 17

Con relación a la distribución con respecto al sexo, la disfunción leve fue mayor en el sexo masculino con el 21.7%, disfunción moderada 13.0% y disfunción severa con 8.7%, todas en el sexo masculino.

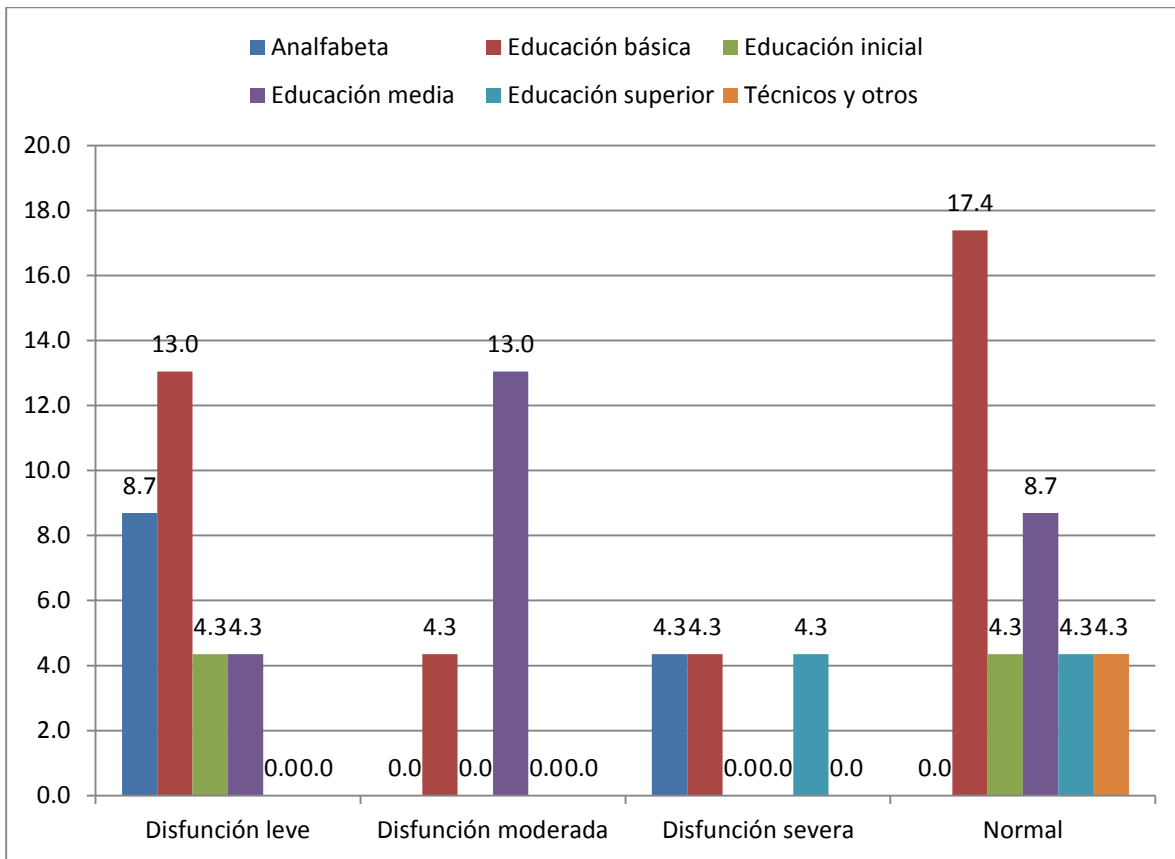
Gráfico 18.- Distribución de pacientes por procedencia de acuerdo al funcionamiento familiar.



Fuente: Tabla 18

La distribución de acuerdo a la procedencia fue leve en los procedentes del área rural con 21.7%, moderada con 13.0% y severa con 8.7%.

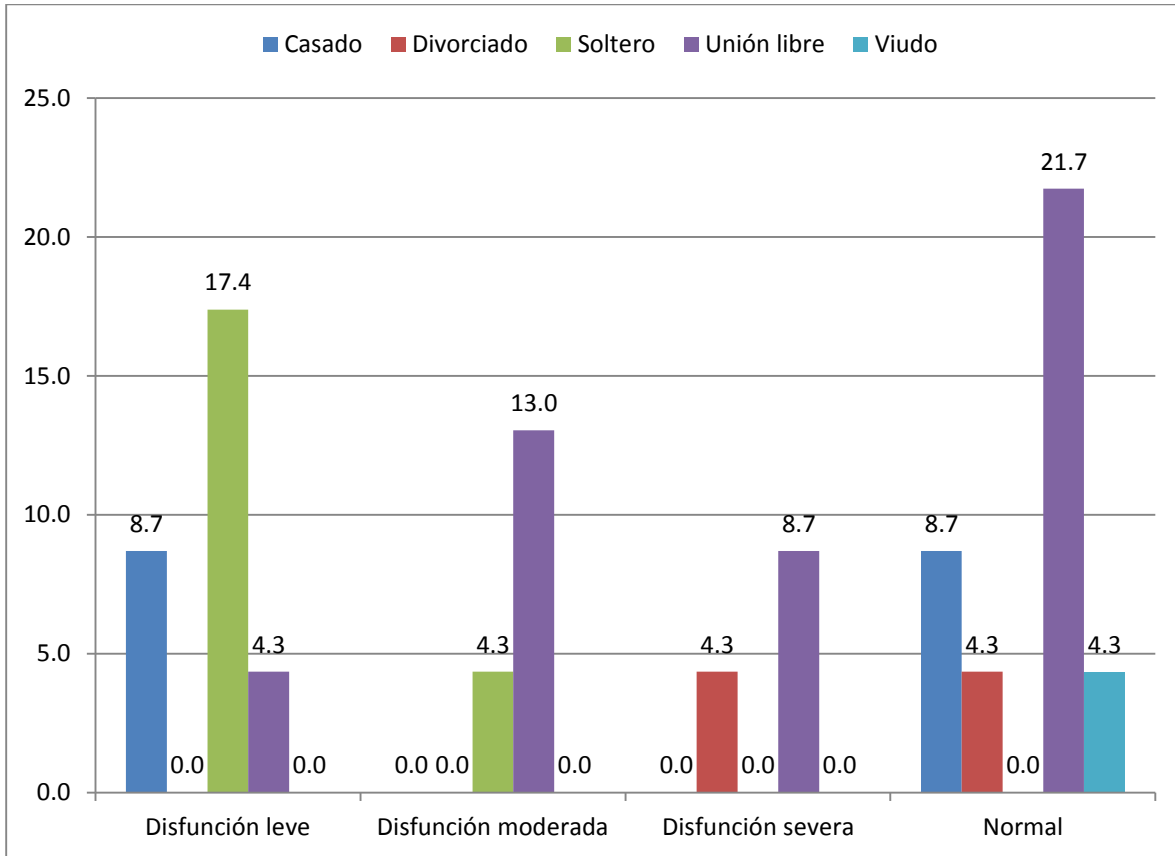
Gráfico 19.- Distribución de pacientes por nivel educativo de acuerdo al funcionamiento familiar.



Fuente: Tabla 19

En relación a la educación, quienes mostraron índice de disfunción leve en su mayoría un 13.0%, tenían educación básica, disfunción moderada un 13.0% educación media, y disfunción severa, educación básica, analfabetos y educación superior, respectivamente, con 4.3%.

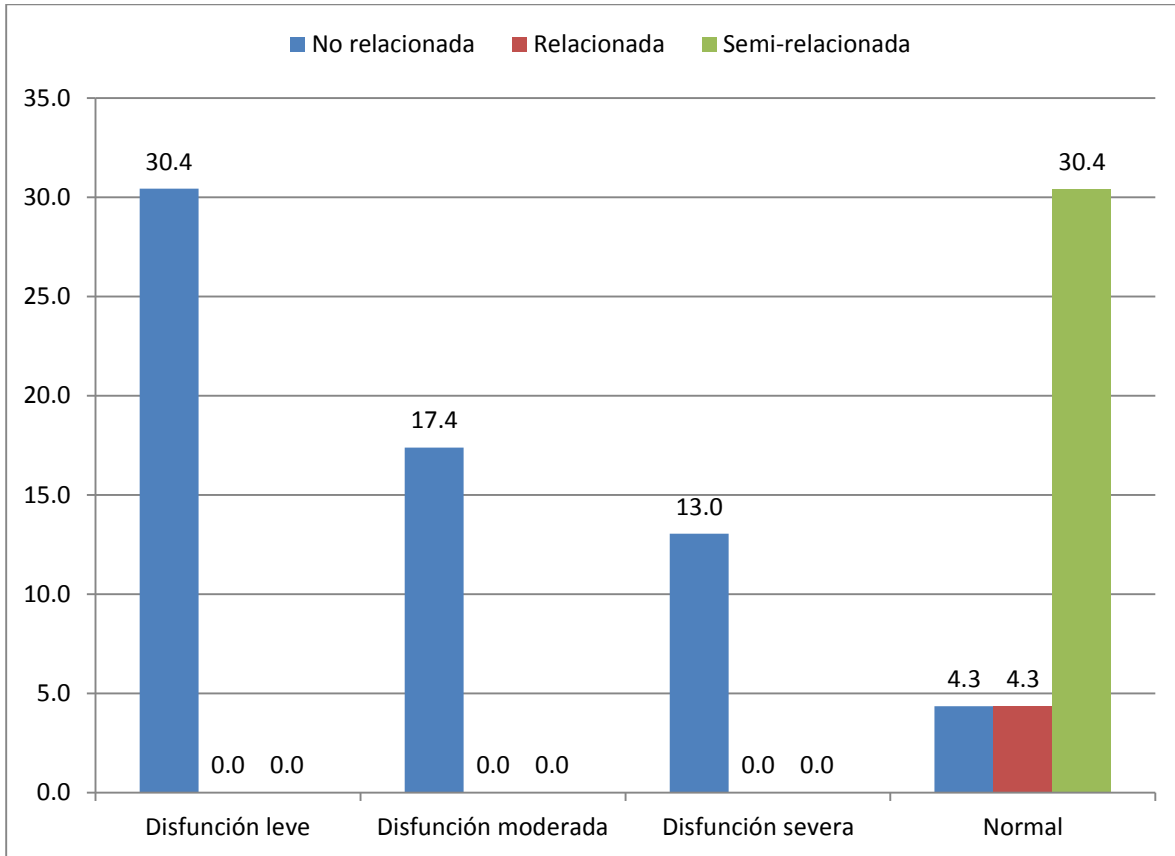
Gráfico 20.- Distribución de pacientes por estado civil de acuerdo al funcionamiento familiar.



Fuente: Tabla 20

La distribución de acuerdo al estado civil, fue disfunción leve en los solteros con un 17.4%, y disfunción moderada en los de unión libre con un 13.0%, y disfunción severa en los de unión libre con un 8.7%.

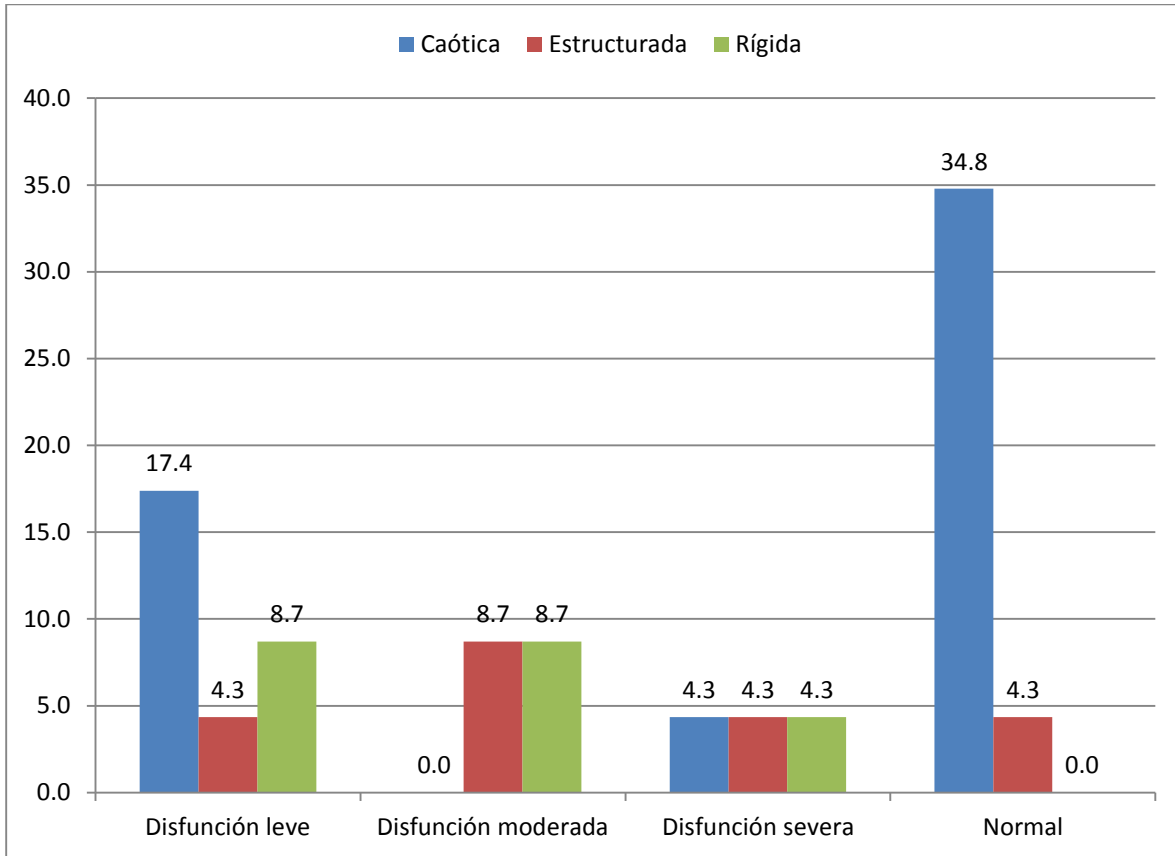
Gráfico 21.- Distribución de pacientes por cohesión de acuerdo al funcionamiento familiar.



Fuente: Tabla 21

La cohesión de acuerdo al funcionamiento familiar fue no relacionada en el 30.4% con disfunción leve, no relacionad con disfunción moderada en el 17.4% y disfunción severa y no relacionada con el 13.0%.

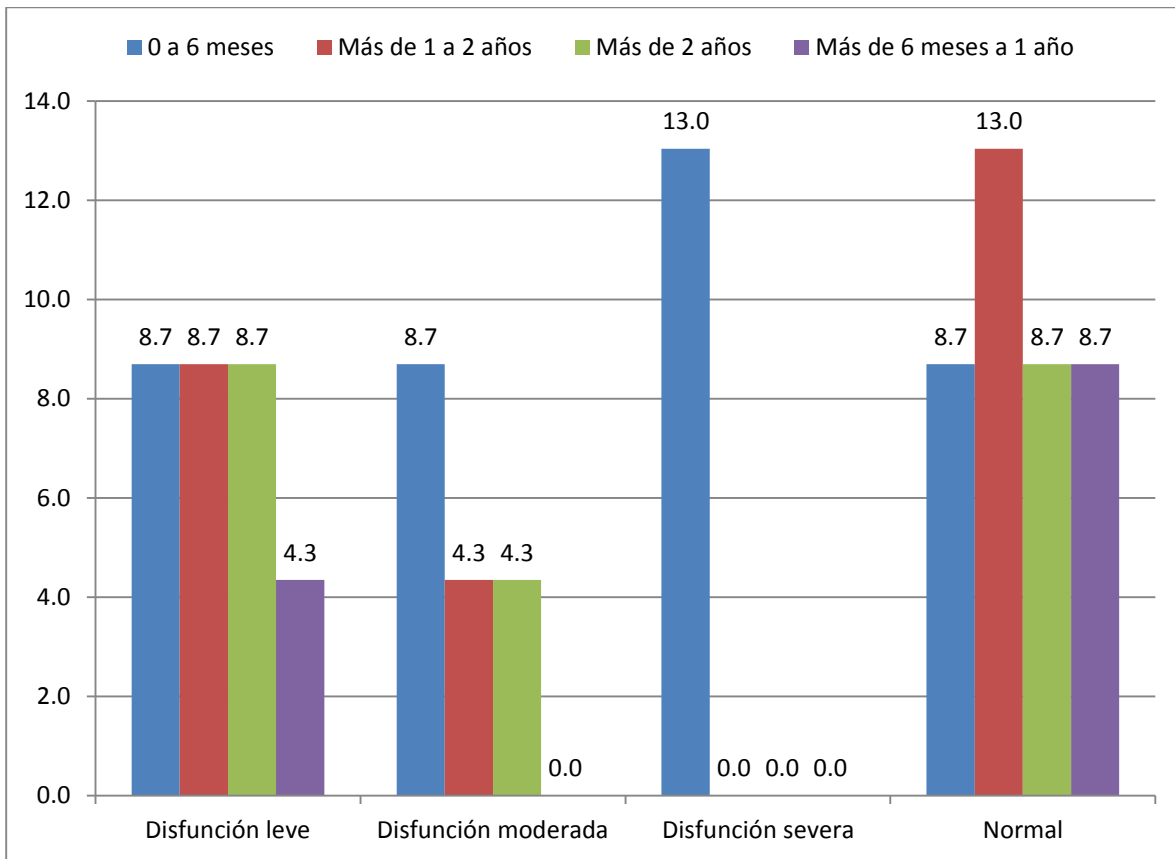
Gráfico 22.- Distribución de pacientes por adaptabilidad de acuerdo al funcionamiento familiar



Fuente: Tabla 22

La distribución de acuerdo a la adaptabilidad fue caótica con disfunción leve en el 17.4%, disfunción moderada con adaptabilidad estructurada y rígida, con 8.7% respectivamente y disfunción severa con los tres tipos de adaptabilidad en el 4.3%, respectivamente.

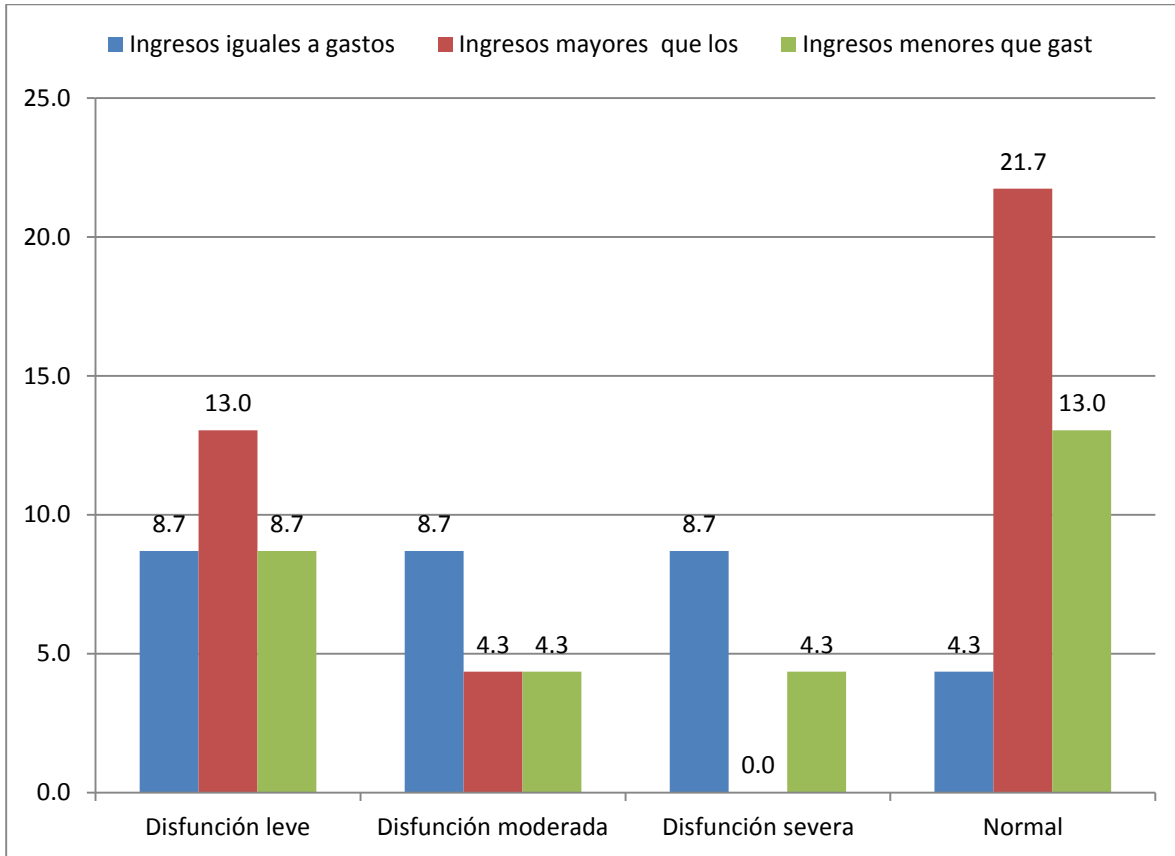
Gráfico 23.- Distribución de pacientes por tiempo en diálisis de acuerdo al funcionamiento familiar.



Fuente: Tabla 23

La disfunción de acuerdo al tiempo de diálisis se evidenció que la disfunción severa fue 13.0% en el tiempo de diálisis de 0 a 6 meses, disfunción leve de 8.7% para cada tiempo respectivamente.

Gráfico 24.- Distribución de pacientes por ingresos económicos de acuerdo al funcionamiento familiar.



Fuente: Tabla 24

De acuerdo a los ingresos y el nivel de ingresos. Los ingresos iguales a los gastos e ingresos menores a los gastos, fueron lo que presentaron mayor nivel de disfunción severa con 8.7% y 4.3% respectivamente.

DISCUSIÓN

El apoyo familiar es muy importante para mejorar la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con hemodiálisis. El apoyo familiar se asocia con las características de edad en la mayoría de las personas de 50 a 59 años (56.5%). La existencia de apoyo familiar tiene un papel importante en la vida de uno como motivación, incluso que puede afectar la propia satisfacción en la vida cotidiana, incluida la satisfacción con su estado de salud.

Los resultados mostraron que la mayoría de los encuestados tenía algún tipo de apoyo familiar suficiente, sin embargo, esto causaba niveles de disfunción severa al inicio del diagnóstico por el tipo de tensión inesperada. La existencia de un bajo apoyo familiar puede agravar el problema de los pacientes y sus familias, porque los pacientes enfermos realmente necesitan apoyo moral y espiritual para acelerar el proceso de curación. Los pacientes con insuficiencia renal crónica que se someten a una terapia de hemodiálisis que requiere mucho tiempo y costo si no hay un apoyo dentro de ellos mismos y sus familias pueden reducir la calidad de vida.

El estudio también mostró que la mayor parte de la calidad de vida de los encuestados era suficiente ya que ganaban más ingresos que sus gastos. La mayor parte de la calidad de vida en la categoría que no es buena en pacientes con insuficiencia renal en terapia de hemodiálisis provoca disminución de la productividad laboral, disminución de la función de los órganos experimentando cambios de humor negativos, esto puede causar una disminución en la calidad de vida

Los resultados de la investigación muestran que existe una relación entre el apoyo familiar y la calidad de vida de los pacientes en hemodiálisis.

Los miembros de la familia acompañan fuera de la sala de hemodiálisis. Esto demuestra que el apoyo familiar es muy bueno para ayudar a curar a los pacientes en hemodiálisis.

El papel de la familia es muy importante en las etapas del cuidado de la salud, desde la etapa de mejoramiento de la salud, prevención, tratamiento hasta la rehabilitación. El apoyo social es necesario para todos los individuos en cada ciclo de vida. El apoyo social será cada vez más necesario cuando alguien está experimentando problemas de dolor, aquí es donde el papel de los familiares se evidencia para atravesar momentos difíciles rápidamente.

En este caso, la forma de apoyo emocional familiar parece muy dominante para ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes con hemodiálisis. La familia es una unidad de servicio porque los problemas de salud familiar están interrelacionados y también se afectan entre sí en las familias circundantes o en la comunidad circundante o en un contexto amplio que afecta al país.

Los resultados del estudio ilustran que la mayoría de los encuestados tienen un apoyo familiar adecuado. Esto demuestra que la familia ayuda a los miembros en términos de proporcionar facilidades cuando los pacientes necesitan la necesidad de la terapia de hemodiálisis, juegan un papel activo en la terapia y el cuidado de cada paciente, financian la terapia y el tratamiento de hemodiálisis, encuentran el asesoramiento y el equipo que necesita el paciente.

Las observaciones de las investigadoras muestran que cuando un paciente está en hemodiálisis debe haber uno de los familiares que esté al lado del paciente que lo acompañe invitando a conversar, dando lo que el paciente pide y ayudando en las necesidades del paciente mientras está en hemodiálisis.

CONCLUSIÓN

En el estudio para determinar la funcionalidad familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, fueron encontrados los siguientes hallazgos:

1. La mayoría de la población pertenece al sexo masculino.
2. El rango de edad más frecuente fue 50-59 años.
3. La población es de origen urbano.
4. La educación básica fue el nivel escolar más frecuente.
5. El estado civil más frecuente fue unión libre.
6. En la mayoría de los casos los ingresos fueron mayores a los gastos.
7. La funcionalidad familiar fue normal.
8. La cohesión familiar fue no relacionada.
9. El funcionamiento familiar fue caótica
10. La disfuncionalidad familiar fue mucho mayor en aquellos que tenían menor tiempo de diálisis.
11. El tiempo en diálisis y la cohesión familiar, fue no relacionada en el tiempo de 0 a 6 meses.
12. Los pacientes con tiempo en diálisis menores como 0 a 6 meses y más de 1 año, mostraron funcionamiento familiar caótico.
13. En relación al tiempo de diálisis y el nivel de ingresos. Se observó que existe en la mayoría de los periodos de tiempo un predominio de los ingresos mayores a los gastos.
14. El rango de edad con respecto al sexo el más frecuente fue de 50-59 años en el sexo masculino.
15. En cuanto a los ingresos y el sexo. La mayoría de los hombres tiene ingresos mayores que los gastos.
16. La distribución de la edad y el funcionamiento familiar, fue normal para los de 50-59 años.
17. Con relación a la disfunción con respecto al sexo, la disfunción leve fue mayor en el sexo masculino.
18. La distribución de acuerdo a la procedencia fue leve en los procedentes del área rural.
19. En relación a la educación, quienes mostraron índice de disfunción leve en su mayoría tenían educación básica y disfunción moderada.
20. La distribución de acuerdo al estado civil, fue los de unión libre con disfunción severa.
21. La cohesión de acuerdo al funcionamiento familiar fue no relacionada con disfunción leve.
22. La distribución de acuerdo a la adaptabilidad fue caótica con disfunción leve.
23. La disfunción de acuerdo al tiempo de diálisis se evidenció que la disfunción severa en el tiempo de diálisis de 0 a 6 meses.

24. Los ingresos iguales a los gastos e ingresos menores a los gastos, fueron lo que presentaron mayor nivel de disfunción severa.

RECOMENDACIONES

Basados en los resultados y hallazgos en nuestro trabajo de *Tipos de Funcionalidad Familiar en Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en Hemodiálisis, que acuden a la Unidad de Hemodiálisis Hospital General Dr. Vinicio Calventi, periodo Mayo-Junio 2022*, hacemos las siguientes recomendaciones:

1. Implementar la aplicación del cuestionario de Apgar familiar y funcionalidad familiar a cada paciente que se encuentre en el programa de hemodiálisis e incluir de forma aleatoria a los familiares, ya que con este tipo de información puede realizarse una intervención en las áreas que puedan ser modificadas, y así ayudar a mejorar la calidad de vida y relaciones familiares de los pacientes.
2. Realizar en el área de hemodiálisis intervenciones por parte de psicología, para dar seguimiento y brindar apoyo a las familias que se perciban como disfuncionales.
3. Crear un programa de seguimiento por parte de la residencia de medicina familiar y comunitaria, donde estos pacientes puedan ser evaluarlos y seguidos en cuanto al contexto familiar y social de cada paciente, esto en la consulta, grupos de apoyo y la visitas domiciliarias
4. Efectuar más estudios y escalas con relación a la salud emocional, tanto de los pacientes como de los familiares, que involucren otros tipos de factores que puedan estar influyendo en el entorno familiar del paciente en la unidad de hemodiálisis del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Avşar, U., Avşar, U. Z., Cansever, Z., Yucel, A., Cankaya, E., Certeç, H., & Yucelf, N. (2015). Caregiver burden, anxiety, depression, and sleep quality differences in caregivers of hemodialysis patients compared with renal transplant patients. In *Transplantation proceedings* (Vol. 47, No. 5, pp. 1388-1391). Elsevier
- Chan, K. Y., Yip, T., Yap, D. Y., Sham, M. K., Wong, Y. C., Lau, V. W. K., & Chan, T. M. (2016). Enhanced psychosocial support for caregiver burden for patients with chronic kidney failure choosing not to be treated by dialysis or transplantation: A pilot randomized controlled trial. *American Journal of Kidney Diseases*, 67(4), 585-592.
- Davison, S.N., Levin, A., Moss, A.H., Jha, V., Brown, E.A. & Brennan, F. et al. (2015) Executive summary of the KDIGO controversies conference on supportive care in chronic kidney disease: developing a roadmap to improving quality care. *Kidney International*, 88(3), 447– 459. Available from: <https://doi.org/10.1038/ki.2015.110>
- Eckert, K., Motemadem, L. & Alves, M. (2018) Effect of hemodialysis compared with conservative management on quality of life in older adults with end-stage renal disease. Systematic review. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(3), 279– 285. Available from: <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000444>
- Engelbrecht, B.L., Kristian, M.J., Inge, E., Elizabeth, K., Guldager, L.T. & Helbo, T.L. et al. (2021) Does conservative kidney management offer a quantity or quality of life benefit compared to dialysis? A systematic review. *BMC Nephrology*, 22, 307. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12882-021-02516-6>
- García-Vivar, C. (2019) Cuidados centrados en la familia: una apuesta necesaria para la atención a la cronicidad [Family-centered care: a necessary commitment to address chronicity]. *Metas de Enfermería*, 22(2), 3. Available from: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2019.22.1003081364>
- Gelfand, S.L., Scherer, J.S. & Koncicki, H.M. (2020) Kidney supportive care: core curriculum 2020. *American Journal of Kidney Diseases*, 75(5), 793– 806. Available from: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.10.016>
- Gilbertson, E. L., Krishnasamy, R., Foote, C., Kennard, A. L., Jardine, M. J., & Gray, N. A. (2019). Burden of care and quality of life among caregivers for adults receiving maintenance dialysis: A systematic review. *American Journal of Kidney Diseases*, 73(3), 332-343.
- Gorostidi, M., Sánchez-Martínez, M., Ruilope, L.M., Graciani, A., de la Cruz, J.J. & Santamaría, R. et al. (2018) Prevalencia de enfermedad renal crónica en España: impacto de la acumulación de factores de riesgo cardiovascular [Chronic kidney disease in Spain: prevalence and impact of accumulation

of cardiovascular risk factors]. *Nefrología*, 38(6), 606– 615. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2018.04.004>

- Gutiérrez, L.M. & Correa-Rotter, R. (2019) Conservative and palliative care in old age individuals with end-stage renal disease. In: C. Musso, J.R. Jauregui, J.F. Macías-Núñez & A. Covic (Eds.) *Clinical nephrogeriatrics. An evidence-based guide*. Cham: Springer, pp. 245– 258.
- Hill, N.R., Fatoba, S.T., Oke, J.L., Hirst, J.A., O'Callaghan, C.A. & Lasserson, D.S. et al. (2016) Global prevalence of chronic kidney disease—a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 11(7), e0158765. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158765>
- Li, Y. N., Shapiro, B., Kim, J. C., Zhang, M., Porszasz, J., Bross, R., & Kopple, J. D. (2016). Association between quality of life and anxiety, depression, physical activity and physical performance in maintenance hemodialysis patients. *Chronic Diseases and Translational Medicine*, 2(2), 110-119.
- Malik, A. M., & Mazahir, S. (2015). Trust, hope and quality of life in renal failure patients. 27(4), 3493–3498.
- Murtagh, F.E., Burns, A., Moranne, O., Morton, R.L. & Naicker, S. (2016) Supportive care: comprehensive conservative care in end-stage kidney disease. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11(10), 1909– 1914. Available from: <https://doi.org/10.2215/CJN.04840516>
- Rahayu, F., Ramlis, R., & Fernando, T. (2012). Hubungan Frekuensi Hemodialisis Dengan Tingkat Stres Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis. *Jurnal Keperawatan Silampari (Jks)*, 6(1).
- Sánchez, R., Zamora, R. & Rodríguez-Osorio, L. (2018) Cuidados paliativos en la enfermedad renal crónica [Palliative care in chronic kidney disease]. *NefroPlus*, 10(1), 8– 15.
- Saran, R., Robinson, B., Abbott, K.C., Agodoa, L., Bragg-Gresham, J. & Balkrishnan, R. et al. (2019) US Renal Data System 2018 Annual Data Report: epidemiology of kidney disease in the United States. *American Journal of Kidney Diseases*, 73(3S1), A7– A8. Available from: <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2019.01.001>
- Untas, A., Thumma, J., Rascole, N., Rayner, H., Mapes, D., Lopes, A. A., & Pisoni, R. L. (2011). The associations of social support and other psychosocial factors with mortality and quality of life in the dialysis outcomes and practice patterns study. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 6(1), 142-152.
- Walker, R. C., Hanson, C. S., Palmer, S. C., Howard, K., Morton, R. L., Marshall, M. R., & Tong, A. (2015). Patient and caregiver perspectives on home hemodialysis: A systematic review. *American Journal of Kidney Diseases*, 65(3), 451-463.

ANEXO

Anexos 1.- Tablas

Tabla 1.- Sexo

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	14	60.9
Femenino	9	39.1
Total	23	100.0

Fuente: Datos sociodemográficos

Tabla 2.- Edad

Edad	Masculino	%	Femenino	%	
20-29 años	1	4.3			
30-39 años	3	13.0			
40-49 años	6	26.1			
50-59 años	8	34.8			
60-69 años	4	17.4			
70 y más	1	4.3			
Total	23	100.0			

Fuente: Datos sociodemográficos

Tabla 3.-

Procedencia	Frecuencia	%
Urbana	14	60.9
Rural	9	39.1
Total	23	100.0

Fuente: Datos sociodemográficos

Tabla 4.-

Escolaridad	Frecuencia	%
Analfabeta	3	13.0
Educación básica	9	39.1
Educación inicial	2	8.7
Educación media	6	26.1
Educación superior	2	8.7
Técnicos y otros	1	4.3
Total	23	100.0

Fuente: Datos sociodemográficos

Tabla 5.-

Estado Civil	Frecuencia	%
Unión libre	11	47.8

Soltero	5	21.7
Casado	4	17.4
Divorciado	2	8.7
Viudo	1	4.3
Total	23	100.0

Fuente: Datos sociodemográficos

Tabla 5.- Aspecto económico

Tabla 6.- Funcionalidad Familiar

Apgar Familiar	Frecuencia	%
Normal	9	39.1
Disfunción leve	7	30.4
Disfunción moderada	4	17.4
Disfunción severa	3	13.0
Total	23	100.0

Fuente: Cuestionario de Apgar Familiar

Tabla 7.- Tipo de familia

Cohesión	Frecuencia	%
Conectada	10	43.5
Desligada	6	26.1
Separada	5	21.7
Aglutinada	2	8.7
Total	23	100.0

Fuente: Modelo de Olson FACES III

Tabla 8.- Funcionamiento familiar

Adaptabilidad	Frecuencia	%
Caótica	13	56.5
Estructurada	5	21.7
Rígida	5	21.7
Total	23	100.0

Fuente: Modelo de Olson FACES III



UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA (UNIBE)

Escuela de Medicina Documento para recolección de datos

TIPOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS, QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL
GENERAL DR. VINICIO CALVENTI
PERIODO ABRIL -MAYO 2022.

Características sociodemográficas.

1. Sexo

- a) Femenino
- b) Masculino

2. Edad

- a) 18-29 años
- b) 30-39 años
- c) 40-49 años
- d) 50-59 años
- e) 60-69 años f) 70 años o mas

3. Procedencia

- a) Urbana
- b) Rural

4. Escolaridad

- a) Analfabeta,
- b) Educación inicial
- c) Educación básica
- d) Educación media
- e) Educación superior
- f) Técnicos y otros.

5. Estado civil

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Unión libre
- d) Divorciado
- e) Viudo
- f) Otros.

6. tiempo en hemodiálisis: _____

APGAR FAMILIAR

Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

MODELO DE OLSON FACES III

Nº	Pregunta	Casi Nunca o Nunca	De vez en cuando	A veces	Muchas Veces	Casi Siempre o Siempre
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre si.					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos mas unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos					
11	Nos sentimos muy unidos.					
12	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia esta presente.					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en la familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					

17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

República Dominicana
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA – UNIBE



Universidad Iberoamericana
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Consentimiento informado

TIPOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN HEMODIÁLISIS, QUE ACUDEN A LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS HOSPITAL GENERAL DR. VINICIO CALVENTI
PERIODO MAYO-JUNIO 2022.

Querido paciente:

Atentamente nos dirigimos a usted, con la finalidad de que nos colabore y a su vez formar parte del trabajo de investigación de grado que estamos llevando a cabo, teniendo como propósito Determinar los tipos de funcionalidad familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis que acuden a la unidad de hemodiálisis Hospital General Dr. Vinicio Calventi, periodo mayo-junio 2022.

Su participación en caso de que decida ser parte del estudio consistirá en contestar un cuestionario, aproximadamente el tiempo en llenar sería de 15-25 minutos como máximos, con preguntas relacionadas a la funcionalidad familiar. Además, el cuestionario incluye preguntas concernientes a sus datos demográficos pero no a sus datos personales ni de identidad. Usted fue seleccionado (a) de manera aleatoria debido a que cumple con los criterios de inclusión de este trabajo de investigación:

ser paciente de la unidad de hemodiálisis del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.

Su participación en este proyecto de investigación no implica ni implicará ningún riesgo, beneficio ni compensación de ningún tipo para usted; el cuestionario ha de responderse voluntariamente y usted como participante se encuentra con todo el derecho de abandonar el estudio en cualquier momento, no responder a una pregunta en específico o de no firmar este consentimiento y por consiguiente no participar de este trabajo de investigación - sin ningún tipo de sanción.

La información suministrada durante el cuestionario de este proyecto es estrictamente confidencial, por lo tanto, será utilizada sin incluir su información personal y de identidad. Las respuestas no serán relacionadas con la identidad personal de la participante y solo el investigador tendrá acceso a la información suministrada, incluyendo este consentimiento. Los datos serán transferidos de un formato físico a un formato digital para un almacenamiento más eficaz; serán descartados en ambos formatos una vez finalizado el proceso de la investigación. Si tiene alguna duda con respecto a este estudio y su participación, no dude en contactar a sus investigadoras: Dra. Maria del Carmen Guzman F y Dra. Susana Gil Brito residentes de medicina familiar y comunitaria, de la Universidad Iberoamericana (UNIBE), Santo Domingo, República Dominicana a los teléfonos (1-787-461-2726) y (787-702-1896). Una vez leído este documento y en caso de que esté de acuerdo con lo expuesto anteriormente y que haya decidido participar de este trabajo de investigación, favor firmar y colocar fecha al pie de la página para formalizar su consentimiento informado. Favor tenga en consideración que este consentimiento puede ser revocado de manera verbal y escrita en cualquier momento, incluso después de ser firmado. ¿Está de acuerdo con este consentimiento informado y desea participar de manera voluntaria en este estudio?

Muchas gracias de antemano.

Firma del participante

Fecha

Firma del investigador

