

Nivel de optimismo y su asociación con la cohesión y flexibilidad en pacientes con diálisis peritoneal

Level of optimism and its association with cohesion and flexibility in patients with peritoneal dialysis

Nível de otimismo e sua associação com coesão e flexibilidade em pacientes em diálise peritoneal

Bianii Teresa Rodríguez Pérez¹, Médico residente de tercer grado de medicina familiar, Veracruz Sur.

Arturo Ruíz Jurado², Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud, Veracruz Sur.

Citar este artículo así:

Rodríguez, B., Ruíz, A. (2023). Nivel de optimismo y su asociación con la cohesión y flexibilidad en pacientes con diálisis peritoneal. *Revista Enfoques*, 4(2), 34-56.

Recibido: 12 de febrero 2023

Revisado: 22 de febrero 2023

Aceptado: 15 de marzo 2023

Publicado: 14 de julio de 2023

Derechos de autor: Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 internacional y 2.5 Colombia (CC BY-NC-ND 2.5 CO)



¹ Bianii Teresa Rodríguez Pérez, ORCID [0000-0002-2548-6778](https://orcid.org/0000-0002-2548-6778), biani891015@gmail.com, Médico residente de tercer grado de medicina familiar, UMF No. 1 Orizaba, OOAD Veracruz Sur.

² Arturo Ruíz Jurado, ORCID [0000-0002-6592-8745](https://orcid.org/0000-0002-6592-8745), arturo.ruizj@imss.gob.com, Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud, Unidad de Medicina Familiar No. 1, Orizaba, Veracruz, OOAD Veracruz Sur.

Resumen: La Enfermedad Renal Crónica es ampliamente reconocida como una de las enfermedades crónico-degenerativas más incapacitantes. La necesidad de brindar a estos pacientes un tratamiento integral que involucre la unidad paciente-familia, particularmente en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal que se encuentran en tratamiento sustitutivo de la función renal, así como el manejo de sus implicaciones, impulsa a los médicos a reconocer la asociación entre la funcionalidad familiar y su impacto en el nivel de optimismo y por tanto en la enfermedad. El objetivo de este estudio fue identificar la asociación entre la cohesión y flexibilidad familiar con el nivel de optimismo en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria en un hospital de segundo nivel. Se trata de un estudio transversal, prospectivo, analítico comparativo en el que 166 pacientes con ERCT en TSR con diálisis peritoneal fueron invitados a participar, previo consentimiento informado, en edades entre 21 y 81 años. El nivel de optimismo se evaluó a través de la escala Life-Orientation Scale-Revised y además se utilizó la escala FACES III para evaluar la cohesión y flexibilidad familiar; el tipo de familia encontrado en la mayoría de los pacientes fue el rango medio 67 (40,4%); Se utilizó el estadístico X^2 para analizar la relación de la tipología familiar basada en la cohesión y flexibilidad con el nivel de optimismo, obteniendo un valor de $p < 0.001$. Se concluye que la cohesión y flexibilidad familiar están asociadas con el nivel de optimismo percibido en pacientes con diálisis peritoneal del Hospital General Regional de Orizaba, Veracruz.

Abstract: Chronic Kidney Disease is widely recognized as one of the most disabling chronic-degenerative diseases. The need to provide these patients with a comprehensive treatment that involves the patient-family unit, particularly in patients with End-Stage Chronic Renal Disease who are undergoing renal function replacement therapy, as well as the management of its implications, prompts physicians to recognize the association between family functionality and its impact on the level of optimism and therefore on the disease. The objective of this study was to identify the association between family cohesion and flexibility with the level of optimism in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis in a second level hospital. This is a cross-sectional, prospective, comparative analytical study in which 166 patients with CKD in the RRT study with peritoneal dialysis were invited to participate, with prior informed consent, aged between 21 and 81 years. The level of optimism was evaluated through the Life-Orientation Scale-Revised scale and the FACES III scale was also obtained to assess family cohesion and flexibility; the type of family found in most of the patients was the middle range 67 (40.4%); The X^2 statistic was obtained to analyze the relationship of the family typology based on cohesion and flexibility

with the level of optimism, obtaining a value of $p < 0.001$. It is concluded that family cohesion and flexibility are associated with the level of perceived optimism in patients with peritoneal dialysis at the General Regional Hospital of Orizaba, Veracruz.

Resumo: A Doença Renal Crônica é amplamente reconhecida como uma das doenças crônico-degenerativas mais incapacitantes. A necessidade de proporcionar a estes doentes um tratamento integral que envolva a unidade doente-família, nomeadamente nos doentes com Doença Renal Crônica Terminal em terapêutica de substituição da função renal, bem como a gestão das suas implicações, leva os médicos a reconhecer a importância da associação entre a funcionalidade familiar e seu impacto no nível de otimismo e, portanto, na doença. O objetivo deste estudo foi identificar a associação entre coesão familiar e flexibilidade com o nível de otimismo em pacientes em diálise peritoneal ambulatorial contínua em um hospital de segundo nível. Trata-se de um estudo transversal, prospectivo, analítico comparativo, no qual foram convidados a participar 166 pacientes com DRC em estudo TRS com diálise peritoneal, mediante consentimento informado prévio, com idade entre 21 e 81 anos. O nível de otimismo foi avaliado por meio da escala Life-Orientation Scale-Revised e a escala FACES III também foi obtida para avaliar a coesão e flexibilidade familiar; o tipo de família encontrado na maioria dos pacientes foi de classe média 67 (40,4%); A estatística X^2 foi obtida para analisar a relação da tipologia familiar baseada na coesão e flexibilidade com o nível de otimismo, obtendo um valor de $p < 0,001$. Concluiu-se que a coesão familiar e a flexibilidade estão associadas ao nível de otimismo percebido em pacientes em diálise peritoneal no Hospital Regional Geral de Orizaba, Veracruz

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es una de las enfermedades crónicas degenerativas más importantes a nivel global, con un incremento exponencial en las últimas décadas y serias implicaciones en su tratamiento, en especial, cambios negativos en el estilo de vida y en la dinámica familiar así como repercusiones en el bienestar físico, emocional y psicológico de los pacientes que la padecen. (McDonald et al., (2008), Sotera et al., (2022), Che et al., (2020)).

La ERC es definida por una Tasa de Filtración Glomerular (TFG) < 60 ml/min/m²SC o por la presencia persistente (> 3 meses) de indicadores de daño renal, como anormalidades bioquímicas, histológicas o estructurales, acompañadas o no de una TFG diagnóstica. La ERC se clasifica según KDIGO, por sus siglas en inglés, Kidney Disease Improving Global Outcomes, en 5 categorías en función de su TFG, siendo la categoría 1 una TFG fisiológica normal y la categoría 5 una TFG no funcional. (Sellares et al., 2009). El término Enfermedad Renal Crónica

Terminal (ERCT) hace referencia a pacientes con ERC en tratamiento sustitutivo de la función renal (Sellares et al., 2009).

En este contexto, la Terapia Sustitutiva Renal (TSR) es un recurso de soporte renal (diálisis peritoneal, hemodiálisis o trasplante renal). En particular, la diálisis peritoneal reside en la depuración de sustancias nocivas de las inocuas y permite el correcto intercambio de iones en el organismo, a través la membrana peritoneal, tomando en consideración la alteración de la filtración glomerular renal. Esta modalidad de TSR ha generado mayor impacto a nivel mundial y su uso es cada vez más frecuente debido a su factibilidad y practicidad dentro y fuera de los centros de salud, además de su bajo costo a nivel público y privado (Herrera et al., 2021).

En México, históricamente predomina el uso de diálisis peritoneal (59%) en comparación con la hemodiálisis (41%). El número de pacientes con ERCT que requieren TSR aumenta cada año a nivel global y representa un serio problema de salud, social y económico (Aguilar et al., 2014). En México la ERC se reporta con una prevalencia de 12.2 %, una mortalidad de 51.4 muertes por cada 100 mil habitantes, se considera como una enfermedad debilitante y es catalogada como la segunda causa más importante de deterioro de la calidad de vida (García et al., 2014). Por su parte, a nivel mundial la ERC, prevalece entre 10-16% en población adulta y es considerada como una de las principales causas de mortalidad (Tamayo et al., 2016).

Los pacientes con ERCT que requieren TSR suelen padecer complicaciones resultantes de la terapia que provocan cambios en su calidad de vida, afectando sus percepciones cognitivas y resultando en efectos negativos influenciados por esas percepciones. (Che et al., 2020). En general, las opciones de TSR no son óptimas en supervivencia y el desenlace de la ERCT sigue siendo fatal independientemente de la técnica elegida. Enfatizamos el impacto de una enfermedad costosa, altamente invasiva que requiere de un autocuidado y la participación de la familia. Estos factores provocan que la ERCT implique una situación paradigmática para el estudio psicosocial de las enfermedades crónicas degenerativas (García et al., 2014).

Al tratarse de una patología incurable, los servicios de salud basan su labor asistencial en la gestión de parámetros de riesgo cardiovascular, control de comorbilidades, impacto de la uremia en la función orgánica general, funcionalidad familiar, optimismo y en general, el impacto de esta patología con enfoque en el estado de salud mental y estabilidad social (Álvarez et al., 2008). Esto conlleva a profesionales de la salud a brindar atención al grupo

familiar primario, como parte de la “unidad de tratamiento paciente-familia”; por lo tanto, la efectividad clínica no solo implica administrar un tratamiento médico, sino conducir a un tratamiento integral en el proceso de la historia natural de la enfermedad (Álvarez et al., 2008).

Estudios previos demuestran que la atención médica y farmacológica puede no ser suficiente en la atención de los pacientes con ERCT, es por esto, que realizar una valoración integral de los pacientes, implica demostrar significancias entre parámetros psicosociales que influyan en el desenlace de esta patología (de Ridder et al., (2008), Santacruz et al., (2006), Fukuhara et al., (2007)).

Desde una perspectiva sistemática, que considera a la familia como una unidad social estrechamente interconectada, la disfunción o enfermedad de un miembro de la familia está destinada a afectar a otros miembros (Koutra et al., 2016). Las familias con un miembro con ERCT son afectadas a través de un proceso dinámico que impacta negativamente a los patrones de comunicación, los estilos de interacción, responsabilidades y roles familiares, a medida que la familia se adapta a las demandas físicas y psicológicas del manejo de la enfermedad (Friedman et al., 2003).

La cohesión familiar se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia, evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados entre sí y son capaces de apoyarse unos a otros (Olson et al., (1993), Gorall et al., (2006)). Por su parte, la flexibilidad familiar se define como la magnitud de cambio en roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia en respuesta a una demanda situacional o de desarrollo (Olson et al., 2007). Dentro de un modelo circunflejo, la cohesión puede variar a lo largo de una curvilínea continua, desde no relacionada (niveles muy bajos de cohesión) hasta aglutinada (niveles muy altos de cohesión). De forma similar la flexibilidad varía de rígida (niveles muy bajos de flexibilidad) hasta caótica (niveles muy altos de flexibilidad). Un funcionamiento óptimo requiere niveles equilibrados de cohesión y flexibilidad (Koutra et al., 2016).

El grado de cohesión y flexibilidad que presenta cada familia constituyen el indicador del funcionamiento familiar (Villareal et al., 2017). La cohesión familiar se interpreta en cuatro niveles: familia no relacionada (ausencia de unión afectiva, lealtad y alta independencia personal), familia semi relacionada (moderada unión afectiva, cierta lealtad e interdependencia), familia relacionada (considerable unión afectiva, cierta lealtad, fidelidad e

interdependencia) y familia enredada o aglutinada (máxima unión afectiva entre los familiares, exigencia de fidelidad y lealtad, y alto grado de dependencia a las decisiones tomadas en común). Olson et al., 2004, postuló que las familias semi relacionadas y relacionadas hacen un funcionamiento familiar óptimo y sus miembros son capaces de ser independientes y conectados a sus familias. Mientras que las familias no relacionadas y aglutinadas son vistas como disfuncionales, si se actúa en estos niveles extremos durante mucho tiempo.

Por su parte, la flexibilidad familiar se interpreta en cuatro niveles: familia caótica (ausencia de liderazgo, cambios aleatorios y/o excesivos de roles, disciplina irregular), familia flexible (liderazgo compartido, roles compartidos, disciplina democrática y cambios cuando son necesarios), familia estructurada (liderazgo a veces compartido, roles en ocasiones compartidos, cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan), familia rígida (liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios). Los niveles extremos de flexibilidad (caótica y rígida) tienden a ser problemáticos, y los niveles moderados (flexible y estructurado) tienden a balancear el cambio y estabilidad en un modo más funcional (Céspedes et al., 2018).

En este contexto, Powe et al., 2019 demuestran que los miembros de la familia de pacientes con enfermedad renal crónica terminal, describen una amplia gama de experiencias negativas inesperadas con los tratamientos de terapia de reemplazo renal. Por este motivo, se busca brindar a estos pacientes una atención centrada en la funcionalidad familiar, educación temprana y personalizada, así como intervenciones dirigidas a la preparación de los cuidadores debido a que, en particular, favorece la adherencia al tratamiento y a la auto aceptación (Casas et al., 2020). Estudios previos señalan una alta tasa de depresión en pacientes con ERCT en TSR que oscila entre el 20-50%, igualmente, la depresión también parece estar relacionada positivamente con la mortalidad, incremento en la probabilidad de hospitalización y disminución de la adherencia al tratamiento (Casas et al (2020), Koutra et al., (2016)).

Por otro lado, el optimismo, descrito como una tendencia general a esperar un resultado positivo, es considerado como una actitud implicada en el proceso de resiliencia, es fundamental conocer su impacto en la adaptación y aceptación ante una enfermedad (Powe et al., (2019), Casas et al., (2020), Dawson et al., (2011)). Diversos autores han confirmado la correlación del optimismo con la felicidad, la perseverancia y la perspectiva positiva de la vida

(Taylor et al., 2016), Beder et al., (2008)). La investigación de esta actitud y su relación con la enfermedad ha revelado su importancia como mecanismo para aumentar la posibilidad de resultados positivos y a mantener la resiliencia (Dawson et al., 2011).

Otros autores han estudiado las relaciones del optimismo y cohesión familiar con la calidad de vida de pacientes con ERC. Al Jarrah et al., 2019 detectaron el nivel de optimismo y su relación con la calidad de vida en pacientes con ERC cuyos resultados muestran la existencia de una relación entre el nivel de optimismo y el nivel de calidad de vida.

Gracias a la necesidad de brindar una atención médica integral para mejorar el desenlace de estos pacientes que requieren de TSR y gracias a la evidencia que existe sobre la importancia del apoyo social familiar en las enfermedades crónicas degenerativas, es fundamental investigar la influencia de la funcionalidad familiar (cohesión y flexibilidad) en el nivel de optimismo de pacientes con ERCT.

METODOLOGÍA

El objetivo de esta investigación fue determinar la asociación entre la cohesión y flexibilidad familiar con el nivel de optimismo en pacientes con ERCT en tratamiento con diálisis peritoneal. El enfoque metodológico fue observacional debido al enfoque aplicado por los investigadores, prospectivo por el tipo de recolección de los datos, transversal debido a que las variables fueron recolectadas en una sola exhibición y analítico-descriptivo por la interpretación del resultado en relación con las variables.

Variables

Se describe la variable dependiente considerada para este estudio:

- Optimismo: Creencia o expectativa, estable y generalizada sobre la ocurrencia de eventos en la vida. Variable cualitativa reportada como muy optimista y poco optimista.

Se describen las variables independientes consideradas para este estudio:

- Edad, sexo, escolaridad, estado civil.

- Cohesión familiar: Se refiere al grado de unión emocional percibido por los miembros de la familia. Variable cualitativa reportada como no relacionada, semi relacionada, relacionada y aglutinada.
- Flexibilidad familiar: Magnitud de cambio de roles, reglas y liderazgo que experimenta la familia en respuesta a una demanda situacional. Variable cualitativa reportada como familia rígida, estructurada, flexible y caótica.
- Tipología familiar: Conjunto de caracteres que determinan a la familia como sistema y que revelan los métodos encontrados como el sistema familiar opera, evalúa o se comporta. Variable cualitativa reportada como extrema, balanceada y rango medio.

Instrumentos de recolección de datos

Life-Orientation Scale Revised (LOS-R):

Es una adaptación de Life-Orientation Scale adaptada al castellano. Múltiples estudios en pacientes con ERCT han utilizado LOS-R para valorar el nivel de optimismo en estos pacientes. LOS-R consta de 10 ítems en escala Likert de 5 puntos, donde 4 significa totalmente de acuerdo, 3 algo de acuerdo, 2 indiferente, 1 algo en desacuerdo y 0 totalmente en desacuerdo. Por un lado, 6 de los ítems procuran medir la dimensión de Optimismo, y los 4 ítems restantes funcionan como relleno para hacer menos evidente el cuestionario. A mayor puntuación obtenida, mayor será el grado de optimismo. El índice de fiabilidad muestra valores de Cronbach's Alpha aceptables ($\alpha=0.78$). (Masood et al., (2017), Ferrando et al., (2022), Rondón et al., (2016)).

Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III)

Creada por Olson et al., (1993), y fue traducida y validada en Lima por Reusche et al., (1994), además ha sido validado y utilizado ampliamente en población mexicana. Esta escala permite evaluar la percepción de los pacientes y sus expectativas en la funcionalidad familiar por medio de dos dimensiones, la cohesión y la adaptabilidad familiar; consta de 20 ítems, 10 de cohesión y 10 de adaptabilidad con respuestas tipo Likert, donde 1 equivale a "nunca" y 5 es "siempre". Respecto al índice de fiabilidad global de la escala, es de $\alpha=0.79$; en cuanto a cohesión ($\alpha=0.72$) y en adaptabilidad ($\alpha=0.66$). (Céspedes et al., (2018), Schmidt et al., (2018), Gómez et al. (2010)).

Población de estudio

Fueron invitados a participar en este estudio, previo consentimiento informado, a 166 pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social del Hospital General Regional de Orizaba, Veracruz, con diagnóstico de enfermedad renal crónica terminal, en terapia de sustitución renal con diálisis peritoneal continua ambulatoria, en rango de edad entre 18 a 85 años.

Cálculo de tamaño de muestra y muestreo

Para determinar el tamaño de la muestra se realizó un cálculo probabilístico de acuerdo con la fórmula para poblaciones finitas con un 95% de intervalo de confianza y un 5% de margen de error en base a una población de estudio de 289 pacientes que acuden al módulo de diálisis peritoneal del Hospital General Regional de Orizaba N°1.

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra buscado

N = Tamaño de la población o universo

Z^2 = Nivel de confianza 95% (1.96)

d^2 = Error de estimación máximo aceptado 5%

p = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado

q = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

El muestreo se realizó de manera aleatoria por conveniencia hasta completar la población requerida.

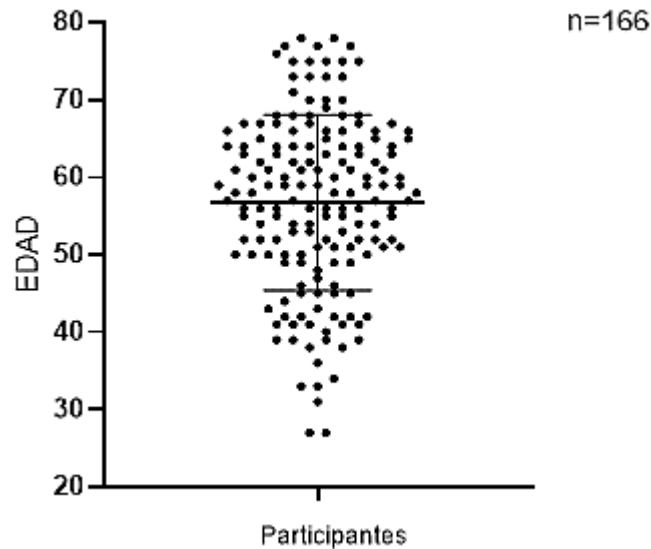
Análisis estadístico

El análisis estadístico fue realizado en el Programa Estadístico de Ciencias Sociales (SPSS, por sus siglas en inglés) versión 20.0 para Windows. Se aplicó estadística descriptiva usando medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y medidas de dispersión, además de frecuencias y porcentajes para las variables sociodemográficas. Se aplicó la prueba de Shapiro-willks para determinar el nivel de normalidad de los datos obtenidos. Se utilizó la prueba estadística Chi cuadrada de Pearson (X^2) para identificar la asociación entre las variables de cohesión y flexibilidad familiar con la variable optimismo.

RESULTADOS

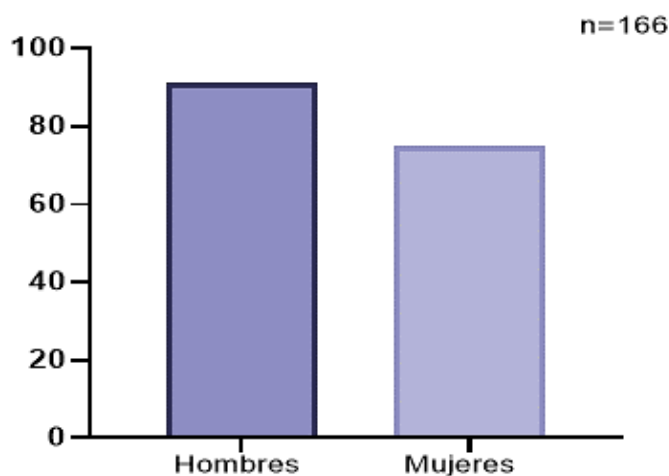
Un total de 166 pacientes en ERCT en TSR con diálisis peritoneal fueron incluidos en este estudio, con una media de 56.7 ± 11.34 años, una mediana de 58 y una moda de 56; las edades mínima y máxima fueron 27 y 81 años, respectivamente.

Figura 1. Distribución de la edad de los pacientes con ERCT en TSR con diálisis peritoneal estudiados en este trabajo. Media de edad 56.7 ± 11.34 , mediana de 58 y moda 56.



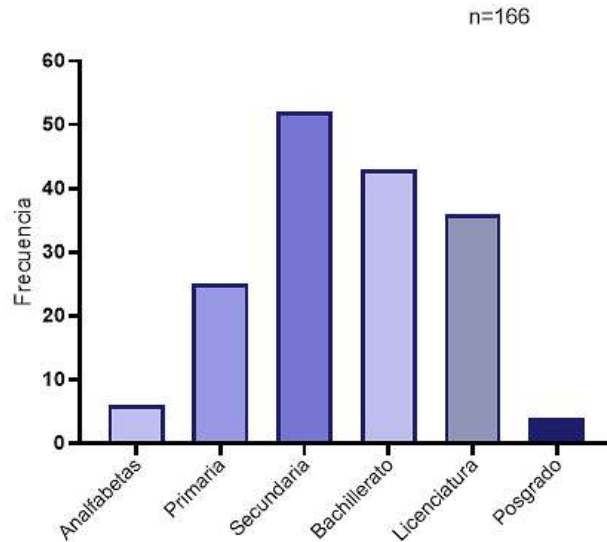
En cuanto al sexo de la población estudiada, 91 participantes fueron hombres (54.8%) y 75 mujeres (45.2%). Con una razón de 1.2:1 hombres por cada mujer.

Figura 2. Distribución del sexo de los pacientes con ERCT en TSR con dálisis peritoneal estudiados en este trabajo. Se observa mayor frecuencia en hombre con un 54.8% en relación con las mujeres con un 45.2%.



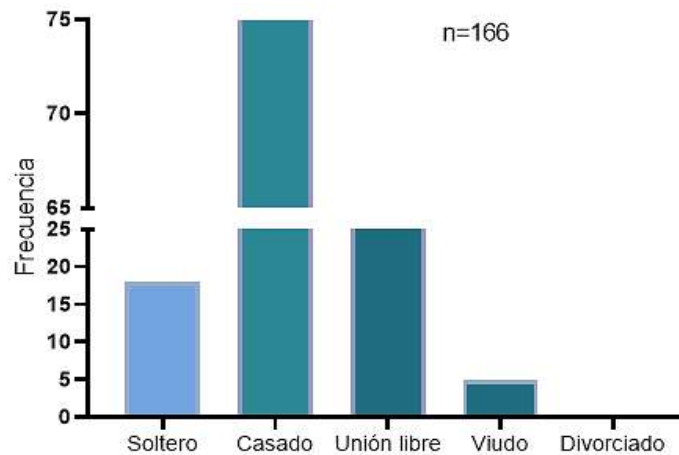
Por su parte, en la escolaridad, se encontraron 6 pacientes analfabetas (3.6%), 25 pacientes con nivel primaria (15.1%), 52 pacientes con nivel secundaria (31.3%), 43 pacientes con nivel bachillerato (25.9%), 36 pacientes con nivel licenciatura (21.7%) y 4 pacientes con posgrado (2.4%).

Figura 3. Distribución de la escolaridad de los pacientes con ERCT en TSR con dálisis peritoneal estudiados en este trabajo. Se observa mayor frecuencia en secundaria con un 31.3%, seguido de bachillerato con un 25.9%.



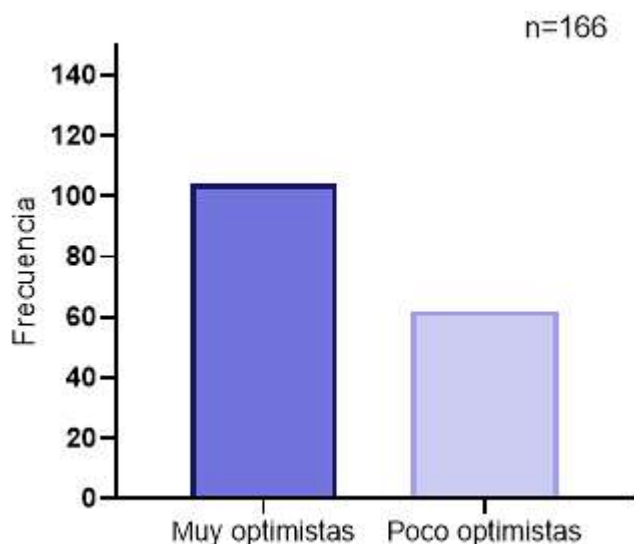
Así mismo, referente al estado civil, de identificaron 18 pacientes solteros (10.8%), 106 pacientes casados (63.9%), 37 pacientes en union libre (22.3%) y 5 pacientes viudos (3%).

Figura 4. Distribución del estado civil de los pacientes con ERCT en TSR con diálisis peritoneal estudiados en este trabajo . Se observa mayor predominio de pacientes en estado civil de casados con un 63.9%.



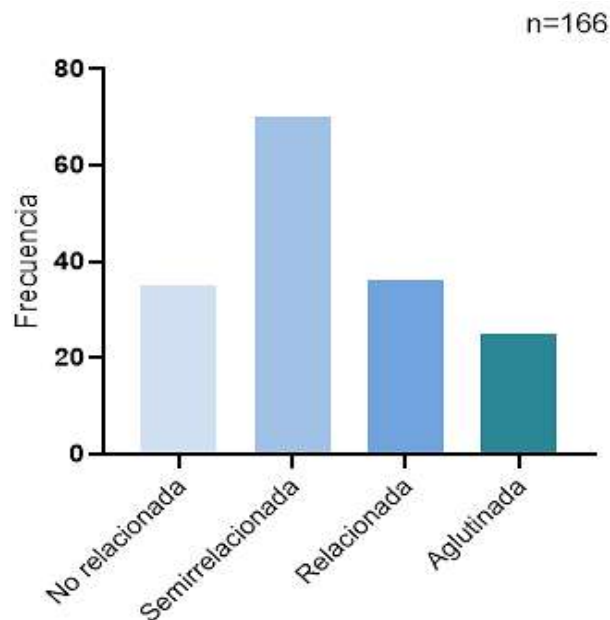
Los resultados obtenidos mediante la escala Life-Orientation Scale-Revised, que evaluaron el optimismo en los participantes, muestra que 104 pacientes se reportaron como muy optimistas (62.7%), en contraparte, 62 pacientes se reportaron como poco optimistas (37.3%).

Figura 5. Distribución del optimismo en pacientes con ERCT en TSR con dálisis peritoneal estudiados en este trabajo . El 62.7% de los pacientes encuestados fueron muy optimistas.



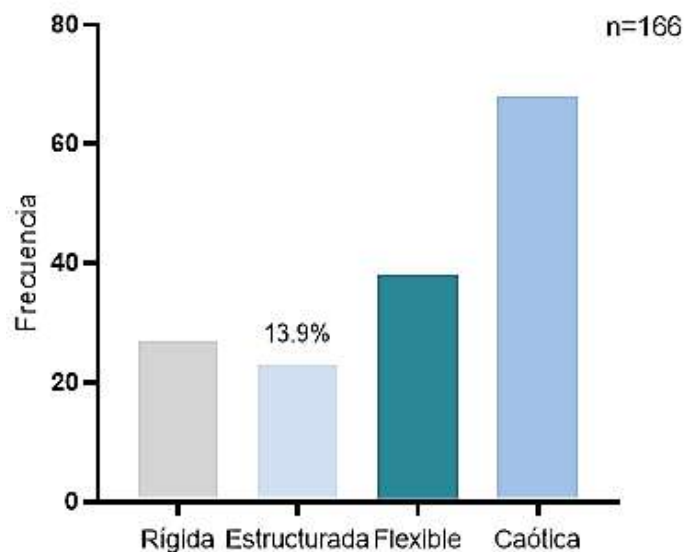
En lo que respecta a la cohesión familiar, medida mediante la escala FACES III, los resultados obtenidos fueron: 35 pacientes reportaron una familia No relacionada (21.1%), 70 pacientes se identificaron como parte de una familia Semirrelacionada (42.2%), siendo ésta la tipología familiar más frecuente en este estudio, por otra parte, 36 pacientes reportaron una familia Relacionada (21.7%) y finalmente, 25 pacientes reportaron una familia Aglutinada (15.1%).

Figura 6. Distribución de la Cohesión familiar en pacientes con ERCT en TSR con diálisis peritoneal estudiados en este trabajo . Se observa que el 42.2% de los participantes clasificaron en tipología familiar Semirrelacionada.



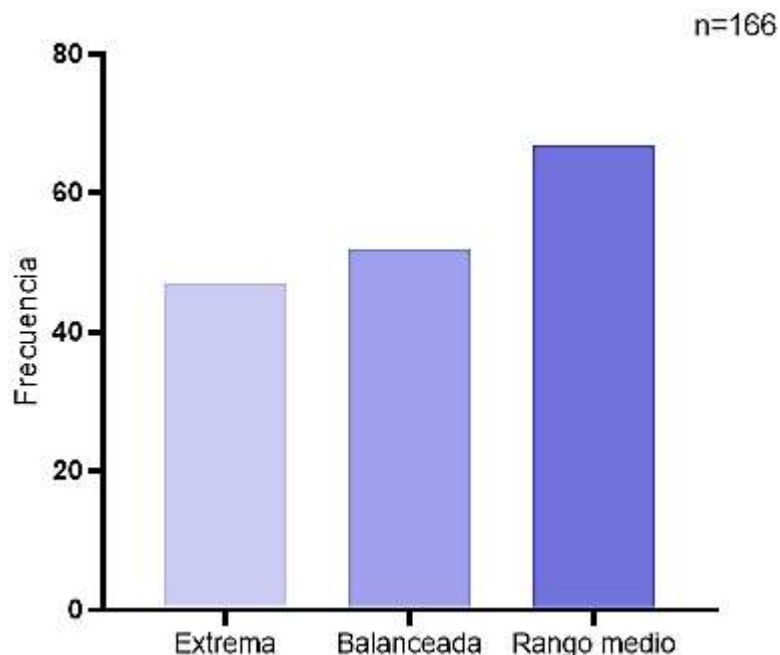
Para el estudio de la Flexibilidad familiar, la población estudiada reportó que 27 de ellos forman parte de una familia rígida (22.3%), 23 pacientes de una familia estructurada (13.9%), 38 pacientes de una familia flexible (22.9%) y 68 pacientes de una familia caótica (41%), siendo esta última la frecuente en este estudio.

Figura 7. Distribución de la Flexibilidad familiar en pacientes con ERCT en TSR con diálisis peritoneal estudiados en este trabajo . Se observa que el 41.0% de los participantes clasificaron en tipología familiar Caótica.



Para el estudio de la funcionalidad familiar, se reclasificó a las familias con los resultados anteriores, obteniendo como resultado la siguiente clasificación: 47 pacientes fueron clasificados como funcionalidad Extrema (28.3%), 52 pacientes como Blancaada (31.3%) y finalmente, 67 pacientes fueron clasificados como funcionalidad en Rango medio (40.4%).

Figura 8. Distribución de la tipología familiar según la escala FACES III, en pacientes con ERCT en TSR con diálisis peritoneal estudiados en este trabajo. Se observa que el 40.4% de los participantes clasificaron en tipología familiar en Rango medio.



Por otra parte, al asociar la cohesión y flexibilidad familiar con el nivel de optimismo, en pacientes con ERCT en TSR con diálisis peritoneal, aplicando la fórmula de χ^2 (Chi-cuadrado de Pearson), se encontró lo siguiente:

Para asociar la cohesión familiar; de las familias no relacionadas 5 pacientes fueron muy optimistas (14.2%) y 30 pacientes poco optimistas (81.7%), de las familias Semirrelacionadas 47 pacientes son muy optimistas (67.1%) y 23 pacientes poco optimistas (32.8%), de las familias Relacionadas se encontraron 33 pacientes muy optimistas (91.6%) y 3 pacientes poco optimistas (8.3%), finalmente, de las familias Aglutinadas 19 pacientes fueron muy optimistas (76%) y 6 poco optimistas (24%). Se aplicó la fórmula de χ^2 (Chi cuadrada de Pearson) encontrando resultados estadísticamente significativos $p < 0.001$.

Tabla 1. *Asociación entre Cohesión familiar y Optimismo. Se observa que la familia predominante es la Semirrelacionada, encontrándose en esta tipología la mayor cantidad de pacientes muy optimistas, con valores estadísticamente significativos $p < 0.001$.*

Tipo de familia	Muy optimista	Poco optimista	Total	Valor de p
No relacionada	5 (14.2%)	30 (81.7%)	35 (21.1%)	<0.001
Semirrelacionada	47 (67.1%)	23 (32.8%)	70 (42.2%)	
Relacionada	33 (91.6%)	3 (8.3%)	36 (21.7%)	
Aglutinada	19 (76%)	6 (24%)	25 (15.1%)	

Para asociar la flexibilidad familiar, de las familias Rígidas 5 pacientes fueron muy optimistas (13.5%) y 32 pacientes poco optimistas (86.4%), de las familias Estructuradas 21 pacientes se reportaron muy optimistas (91.3%) y 2 pacientes poco optimistas (8.7%), de las familias Flexibles 32 pacientes son muy optimistas (84.1%) y 6 poco optimistas (15.7%), por último, de las familias Caóticas, 46 pacientes fueron muy optimistas (67.5%) y 22 poco optimistas (32.3%). Se aplicó la fórmula de X^2 (Chi cuadrada de Pearson) encontrando resultados estadísticamente significativos $p < 0.001$.

Tabla 2. *Asociación entre Flexibilidad familiar y Optimismo. Se observa que la familia predominante es la Caótica, encontrándose en esta tipología la mayor cantidad de pacientes muy optimistas, con valores estadísticamente significativos $p < 0.001$.*

Tipo de familia	Muy optimista	Poco optimista	Total	Valor de p
Rígida	5 (13.5%)	32 (84.4%)	37 (22.3%)	<0.001
Estructurada	21 (91.3%)	2 (8.7%)	23 (13.9%)	
Flexible	32 (84.1%)	6 (15.7%)	38 (22.9%)	
Caótica	46 (67.5%)	22 (32.3%)	68 (41%)	

Al asociar la funcionalidad familiar con el nivel de optimismo, encontró que las familias Extremas, de las cuales 18 pacientes se reportaron como muy optimistas (38.3%) y 29 pacientes poco optimistas (61.7%), de las familias Balanceadas 47 pacientes fueron muy optimistas (90.3%) y 5 poco optimistas (9.6%), finalmente, en las familias de Rango medio, se reportaron 39 pacientes como muy optimistas (58.2%) y 28 pacientes como poco optimistas (41.7%). Se aplicó la fórmula de X^2 (Chi cuadrada de Pearson) encontrando resultados estadísticamente significativos $p < 0.001$.

Tabla 3. Asociación entre Funcionalidad familiar y Optimismo. Se observa que la familia predominante es la Balanceada, encontrándose en esta tipología la mayor cantidad de pacientes muy optimistas, con valores estadísticamente significativos $p < 0.001$.

Tipo de familia	Muy optimista	Poco optimista	Total	Valor de p
Extrema	18 (38.3%)	29 (61.7%)	47 (28.3%)	<0.001
Balanceada	47 (90.3%)	5 (9.6%)	52 (31.3%)	
Rango medio	39 (58.2%)	28 (41.7%)	67 (40.4%)	

DISCUSIÓN

La familia constituye la red de apoyo más importante en el proceso salud-enfermedad y su papel es de suma importancia. Los miembros de la familia, a menudo se involucran en el tratamiento de los pacientes con ERCT como compañeros de atención, participando en múltiples actividades esenciales como administración de medicamentos, supervisión de la adherencia al tratamiento, ayuda con las actividades habituales, proporción de transporte y asistencia a citas médicas; así como monitorización de la salud de los pacientes y apoyo emocional. (Powe et al., (2019), Casas et al., (2020), Taylor et al., (2016))

En el contexto de la unidad paciente-familia, el nivel de optimismo se ha relacionado con el apoyo social, particularmente la funcionalidad familiar. La participación de los miembros de la familia se ha asociado con mejores comportamientos de autocontrol y adherencia al tratamiento, mejor calidad de vida, menor riesgo de mortalidad, menor ansiedad y síntomas depresivos, así como menores probabilidades de reingreso hospitalario (Powe et al., 2019).

En lo que respecta al funcionamiento familiar, en este estudio se reporta con mayor frecuencia un funcionamiento medio (40.4%) y en segundo lugar de frecuencia un funcionamiento familiar extremo (28.3%); estos hallazgos coinciden con el trabajo realizado por Céspedes et al., 2018, quienes reportan en su asociación de funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, un funcionamiento familiar medio en el 63.3% de sus participantes. Algunas de las características de este funcionamiento familiar es que coinciden con una considerable unión afectiva, lealtad, fidelidad e interdependencia entre sus miembros, sin embargo, también está relacionada con la facilidad para el cambio aleatorio de roles y disciplina irregular, a pesar de esto, concluyen que el funcionamiento familiar no se asocia a la resiliencia en la población estudiada $p > 0.05$.

Un resultado similar fue reportado por Symister et al., 2011, quienes realizaron un estudio respecto al ajuste psicológico en enfermedades crónicas degenerativas mediante el examen de las expectativas de la familia. Los autores reportan que las expectativas familiares se correlacionaron negativamente con el apoyo social ($r = -0.28$), éstas también se relacionaron con un soporte negativo ($r = -0.28$). De forma prospectiva, la expectativa familiar asociada al apoyo social negativo controlado, predijo depresión, optimismo y calidad de vida.

Otros autores como Costa-Requena et al., 2014, realizaron un estudio sobre la relación del optimismo con las estrategias de afrontamiento en pacientes con ERCT en terapia de sustitución evaluados con el mismo instrumento que se utilizó en nuestro estudio, las correlaciones resultaron ser significativas en sentido positivo ($r = 0.45$) con significancia también en la reestructuración cognitiva ($r = 0.45$), esta investigación concluye que las puntuaciones de optimismo aportan diferencias en las respuesta de afrontamiento y estas estrategias podrían influir en la percepción del paciente sobre su bienestar emocional. Al compararlo con nuestro estudio, donde observamos una significancia estadística ($p < 0.05$) al relacionar la funcionalidad familiar con el nivel de optimismo demostrando que los pacientes con funcionalidad familiar balanceada se asocian con mejor optimismo, y por lo tanto una respuesta de afrontamiento favorable.

En nuestro trabajo se estudió la cohesión familiar, flexibilidad familiar y la funcionalidad con relación al nivel de optimismo, en este contexto, las familias relacionadas, estructuradas y las familias balanceadas fueron las familias mejores relacionadas con optimismo muy alto, con un valor estadísticamente significativo ($p < 0.05$) al compararlas entre ellas. Estos resultados son comparables con estudios recientes efectuados por Al Jarrah et al., 2019, cuyo objetivo fue detectar el nivel de optimismo y pesimismo y su relación en la calidad de vida en ERCT, los autores concluyeron que existe relación entre el nivel de optimismo y el nivel de calidad de vida, sin embargo, no encontraron diferencias significativas ($p > 0.05$).

Los resultados obtenidos en nuestro estudio muestran significancia estadística entre la funcionalidad familiar y el nivel de optimismo, por lo tanto, la funcionalidad familiar, en específico aquellas familias que son relacionadas, estructuradas y balanceadas, predicen un alto nivel de optimismo, el cual implica mejor afrontamiento por parte del paciente ante la ERCT. Los hallazgos alientan un alcance más amplio en el apoyo a estos pacientes, donde la asistencia médica debe combinarse con asistencia social y considerar a la funcionalidad familiar

como una habilidad positiva para hacer frente a una situación de enfermedad potencialmente mortal.

CONCLUSIONES

Es de vital importancia que los pacientes, en especial aquellos que afrontan enfermedades crónico degenerativas, tengan una atención integral para encaminar a las familias a influir por un alto nivel de optimismo para el mejor afrontamiento de su complicación y evitar el deterioro de su salud, trabajos previos demuestran que la funcionalidad familiar es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades graves y crónicas. La cohesión y flexibilidad familiar se asocian con el nivel de optimismo percibido en pacientes enfermedad crónica renal en terapia de sustitución con diálisis peritoneal en un hospital general regional.

REFERENCIAS

- Aguilar-Kitsu MA, Barrera-Cruz A, Gonzalez-Mendoza G, Méndez-Durán A, Torres-Arreola LP, et al. (2014) Guía de práctica clínica Tratamiento Sustitutivo de la Función Renal. Diálisis y Hemodiálisis en la Insuficiencia Renal Crónica en el Segundo y Tercer Nivel de Atención. Revista Medica del IMSS, 58.
- Al Jarrah FN, Hamdam FR, Hamdan MR, Fraihat A, Alazzam AA. (2019). The Level of Optimism and Pessimism and its Relationship to the Quality of Life in Patients with Renal Failure in the Government and Private Hospitals in Irbid. Psychological Studies. 2(11). Doi: 10.5539/ijps.v11n2p9
- Álvarez-Ude Cotera F, Rebollo-Álvarez P. (2008). Psychological disturbances and deterioration of health-related quality of life of patients with stage 3-5 chronic kidney disease (not on dialysis). Nefrología, 28;3, 57-62.
- Beder J. (2008). Evaluation research on social work interventions: a study on the impact of social worker stafng. Soc Work Health Care, 47(1), 1–13. Doi: 10.1080/00981380801970590.
- Casas C, Alejandra M, Madroñero G, Isabel D, López P, Andrea P, et al. (2020). Adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con enfermedad renal crónica. Archivos Venezolanos de Farmacología y Ter, 39(4), 485–90.

- Céspedes-Félix M, Nina-Cayte J, Vilva-Quiro W. (2018). Funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con enfermedades no transmisibles de un hospital público de Lima Metropolitana. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 11(2), 32-39. Doi: <https://doi.org/10.17162/rccs.v11i2.1105>.
- Che YC, Lin CL, Lee BO (2020). Relationships of illness representation and quality of life in patients with end-stage renal disease receiving haemodialysis. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19-20), 3812-3821. Doi: 10.1111/jocn.15412.
- Costa-Requena G, Cantarell-Aixendri MC, Parramon-Puig G, Serón-Micas D. (2014). Optimismo disposicional y estrategias de afrontamiento en pacientes con trasplante renal. *Nefrología*, 34(5), 605-10. Doi: 10.3265/Nefrologia.pre2014.Jun.11881.
- Dawson Michelle. (2011). Resilience: The role of optimism, perceived parental autonomy support and perceived social support. [Thesis grade]. Cowan: Edith Cowan University, 3(5).
- de Ridder D, Greenen R, Kruijer R, Van Middendorp H. (2008) Psychological adjustment to chronic diseases. *Lancet*, 372(9634), 246-55. Doi: 10.1016/s0140-6736(08)61078-8.
- Ferrando PJ, Chico E, y Tous JM. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test. *Psicothema*, 14(3), 673-80.
- Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. (2003). *Family Nursing: Research Theory and Practice*. Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ, USA.
- Fukuhara S, Yamakazi S, Hayashino Y, Green J. (2007). Measuring health-related quality of life in patients with end-stage renal disease: why and how. *Nature Clinical Practice Nephrology*, 3(7), 352-3.
- García-Llana H, Remor E, Del peso G, Selgas R. (2014). The role of depression, anxiety, stress and adherence to treatment in dialysis patients health-related quality of life: a systematic review of the literatura. *Revista de Nefrología*, 35(5), 637-57. Doi: 10.3265/nefrologia.pre2014.jun.11959.
- Gorall, DM, Tiesel J, Olson DH. (2006). *FACES IV: Development and Validation*. Life Innovations, Inc., Roseville, MN, USA.
- Gómez F, Irigoyen A, Ponce E, Mazón J, Dickinson M, Sánchez M et al. (1999) Versión al español y adaptación transcultural de FACES III. *Arch Med Fam*, 1(3), 73-9.

- Herrera-Chambilla CA, Arratia-Taquila, JC. (2021). Diálisis Peritoneal. *Rev Med Bas*, 15(3), 70-75. Doi: 10.33326/26176068.2021.3.1159.
- Koutra K, Simos P, Trilivia S, Lionis C, Vgontzas A. (2016). Linking family cohesion and flexibility with expressed emotion, family burden and psychological distress in caregivers of patients with psychosis: A path analytic model. *Psychiatry Research*, 30(240), 66-75. Doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.017.
- Masood A, Kamran F, Rashid S, Mazahir S. (2017). Life-orientation, Subjective Well-being and Social Support as Predictors of Quality of Life in Patients with End Stage Renal Disease. *Bangladesh J Med Sci*, 168(3), 346-353. Doi: 10.3329/bjms.v16i3.32845.
- McDonald KL. (2008). Predisctor of quality of life in individuals with end stage renal disease. Tesis doctoral. United States Code: ProQuest LLC..
- Olson DH. (2004). Circumplex model VII: Validation studies and FACES III. *Fam Process*, 25(3):337-51.
- Olson, DH, Gorall DM, Tiesel JW. (2007). FACES IV Manual. Life Innovations, Mineapolis, MN, USA.
- Olson, DH. (1993). Circumplex Model of marital and family systems: assessing family functioning. In: Walsh, F. (Ed.), *Normal Family Processes*, 2nd ed. The Guilford Press, New York, pp. 104–134.
- Powe NR, Depasquale N, Cabacungan A, Ephraim PL, Lewis-boy L, et al. (2020). Family Members' Experiences with Dialysis and Kidney Transplantation. *Kidney Med*, 28(1), 171-179.
- Reusche, R. (1994). El modelo circunplejo de funcionamiento familiar en la estructura familiar de adolescentes de nivel socio-económico medio: un estudio exploratorio en residentes en Lima. Lima: [Tesis de maestría].
- Rondón JE, Angelucci LT. (2016). Análisis psicométrico del Life Orientation Test (LOT-R) en población diabética venezolana. *SEAS*, 22(1), 11-8.
- Santacruz PL, Rangel ME, Navas N, Bolívar Z. (2006). La visión integradora biopsicosocial como estrategia ante el paciente con enfermedad renal crónica. *Requisito contemporáneo. Nefrología*, 26(5), 635-6.
- Schmidt V, Barreyro JP, Maglio AL. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos Psicol - Psychol Writings*, 3(2), 30–6.

- Sellares VL. (2009). Enfermedad renal crónica. *Form Medica Contin en Aten Primaria*, 16(4), 5–18.
- Sotera-Hansen M, Tesfaye W, Sewlal B, Mehta B, Sud K, Tarafdar S. (2022). Psychosocial factors affecting patients with end-stage kidney disease and the impact of the social worker. *Journal of nephrology*, 35(1), 43-58. Doi: 10.1007/s40620-021-01098-8.
- Symister P. (2011). Beyond social support: Using family expectations to predict psychological adjustment in end-stage renal disease patients. *J Health Psychol*, 16(7), 1015-1026. Doi: 10.1177%2F1359105311398680.
- Tamayo-Orosco JA, Lastiri-Quirós HS. (2016). La enfermedad renal crónica en México. Hacia una política nacional para enfrentarla. México: Academia Nacional de Medicina de México, 19(7).
- Taylor F, Taylor C, Baharani J, Nicholas J, Combes G. (2016). Integrating emotional and psychological support into the end-stage renal disease pathway: a protocol for mixed methods research to identify patients' lower-level support needs and how these can most effectively be addressed. *BMC Nephrol*, 17(1), 111. Doi: 10.1186/s12882-016-0327-2.
- Villareal-Zegarra D, Paz-Jesus A. (2017). Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú, 5(2), 21–42. Doi: 10.20511/pyr2017.v5n2.158.