



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P. DE ENFERMERÍA**

TESIS

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS DE PACIENTES CON
TUBERCULOSIS EN DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA
MICRORED LOS OLIVOS - 2013**

PRESENTADO POR

**GIRÓN DE LA CRUZ, MERY SHARON
ROBLES HURTADO, ISABEL JACKELIN
SANTIAGO YALAN, MERLY DESSIRE**

ASESOR

QUISPE ROSALES, PEDRO PABLO

Los Olivos, 2015



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS DE
PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN DOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA
MICRORED LOS OLIVOS – 2013**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR

Giron De La Cruz, Mery Sharon
Robles Hurtado, Isabel Jackelin
Santiago Yalan, Merly Dessire

LIMA - PERÚ

2015

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS DE
PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN DOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA
MICRORED LOS OLIVOS – 2013**

SUSTENTADO ANTE LOS SIGUIENTES JURADOS

.....
Matta Solis, Hernán Hugo
Presidente

.....
Tuse Medina, Rosa Casimira
Secretario

.....
Pérez Siguas, Rosa Eva
Vocal

.....
Quispe Rosales, Pedro Pablo
Asesor

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a Dios que nos dio la vida y gracias a él estamos aquí; a nuestros padres, por todo el sacrificio que realizaron para lograr nuestra carrera universitaria y, a nosotras mismas, por nuestra perseverancia y esmero.

AGRADECIMIENTO

A nuestros profesores de aula por su enseñanza de primera; a nuestra asesora, que fue la guía para nuestro primer trabajo de investigación.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema	17
1.2 Formulación del problema.....	21
1.3 Objetivos.....	21
1.3.1 Objetivo general	21
1.3.2 Objetivos específicos.....	21
1.4 Justificación del estudio	22
CAPÍTULO II. EL MARCO TEÓRICO	
2.1 Marco contextual histórico social de la realidad	24
2.1.1 El distrito de los olivos	24
2.1.2 La microred de salud los olivos.....	32
2.2 Antecedentes de la investigación.....	33
2.2.1 Ámbito internacional	33
2.2.2 Ámbito nacional	37
2.3. Marco teórico propiamente dicho.....	41
2.3.1 La familia	41
2.3.2 Funcionalidad familiar.....	54
2.3.3 La tuberculosis	55

2.4 Hipótesis.....	62
2.5 Variable	62
2.6 Definición conceptual.....	62
2.7 Definición operacional.....	62
2.7.1 Operacionalización de la variable	62

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Aspectos metodológicos	63
3.2. Población, muestra y muestreo.....	63
3.2.1 Criterios de inclusión	64
3.2.2 Criterios de exclusión	64
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	65
3.3.1. Definición del apgar familiar.....	65
3.3.2. Parámetros del apgar familiar.....	66
3.3.3. Instrumento de evaluación.....	67
3.3.4. Clasificación de familias	68
3.3.5. Análisis de confiabilidad	68
3.3.6. Validez de constructo	69
3.3.7. Índice de correlación ítems-test.....	69
3.4. Proceso de recolección de datos	70
3.5. Aspectos éticos.....	70
3.6 Técnica de procesamiento y métodos de análisis de datos	72

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Resultados.....	73
4.1.1 Resultados generales.....	73
4.1.2 Resultados según objetivos.....	74

4.2. Discusión	80
----------------------	----

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones	82
------------------------	----

5.2 Recomendaciones	83
---------------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
--	-----------

ANEXOS.....	89
--------------------	-----------

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE PACIENTE CON TUBERCULOSIS SEGÚN EL ESTADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, LIMA – PERÚ, 2013	74
GRÁFICO 2	DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN SU DIMENSIÓN DE ADAPTABILIDAD EN DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, LIMA – PERÚ, 2013	75
GRÁFICO 3	DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN SU DIMENSIÓN DE PARTICIPACIÓN EN DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, LIMA – PERÚ, 2013	76
GRÁFICO 4	DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN SU DIMENSIÓN DE GANANCIA EN DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, LIMA – PERÚ, 2013	77

GRÁFICO 5 DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN SU DIMENSIÓN DE AFECTO EN DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, LIMA – PERÚ, 2013 78

GRÁFICO 6 DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN SU DIMENSIÓN DE RECURSO EN DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, LIMA – PERÚ, 2013 79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla A:	DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	33
Tabla B:	ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA	51
Tabla C:	POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	64
Tabla D:	ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD	68
Tabla E:	ÍNDICE DE CORRELACIÓN	69

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A	MATRIZ DE TIPO Y DISEÑO	I
ANEXO B	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR: APGAR FAMILIAR	II
ANEXO C	DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN EDAD Y SEXO EN DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, LIMA – PERÚ, 2013	III
ANEXO D	DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN SEXO EN DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, LIMA – PERÚ, 2013	IV
ANEXO E	DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS SEGÚN EDAD EN DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, LIMA – PERÚ, 2013	V
ANEXO F	MATRIZ DE CONSISTENCIA	VI

ANEXO G CONSENTIMIENTO INFORMADO VII

ANEXO H EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS VIII

RESUMEN

La tuberculosis representa una de las enfermedades crónicas más comunes en el mundo, es considerada un problema de salud pública por sus altas tasas de mortalidad, pero son pocos los estudios que describen la repercusión en la calidad de vida de estos pacientes y las complicaciones que implican en su entorno familiar.

Objetivo: Fue determinar la funcionalidad familiar en las familias de los pacientes con tuberculosis de dos centros de atención primaria de la Microred Los Olivos, Perú.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo y de corte transversal en 30 pacientes ($n = 30$) atendidos en dos centros del distrito de Los Olivos (Centro Materno Infantil Juan Pablo II y Puesto de Salud Sagrado Corazón de Jesús), y se aplicó el cuestionario APGAR Familiar. La definición de la funcionalidad familiar incluye puntuaciones entre 18 a 20 del instrumento aplicado, y la disfunción familiar de 17 a menos; dividiendo el último en la disfunción familiar leve (14 a 17), la disfunción familiar moderada (10 a 13) y la disfunción familiar severa (menores a 9 puntos). Después de aplicado el instrumento, la información fue procesada en el paquete estadístico SPSS.

Resultados: La edad media fue de 32 años, con predominio del sexo femenino. Se obtuvo que la mayoría de los pacientes encuestados presentan disfunción familiar (60 %): la disfunción familiar leve representa el 26,7 %, la disfunción familiar moderada 30 % y la disfunción familiar severa de 3,3 %.

Conclusión: Cuando aparece una enfermedad crónica como la tuberculosis se rompe la homeostasis familiar y daña el funcionamiento familiar. La funcionalidad de la familia influye en el paciente, su tratamiento y su asistencia al centro de salud.

Palabras claves: Familia, Funcionalidad familiar, Tuberculosis

ABSTRACT

Tuberculosis represents one of the most common chronic diseases in the world, is considered a public health problem by their high rates of mortality, but few studies describing the repercussion on life's quality of this patients and complications involving in their familiar environment.

Objective: Was to determine Familiar Functionality in Tuberculosis patients' families, of two primary health care centers from Microred Los Olivos, Perú.

Methodology: There was realized a descriptive, prospective study and of transverse court in 30 patients (n=30) attended in two centers of the district of Los Olivos (Centro Materno Infantil Juan Pablo II and Puesto de Salud Sagrado Corazón de Jesús), and was applied the Familiar APGAR questionnaire. Familiar functionality's definition includes scores between 18 to 20 of the applied instrument, and familiar dysfunction of 17 to less; dividing the last one on mild family dysfunction (14 to 17), moderate family dysfunction (10 to 13) and severe family dysfunction (under to 9 points). After applied the instrument, information was processed in the SPSS.

Results: Average age was 32 years, with predominance of the female sex. There was obtained that the majority of patients surveyed present family dysfunction (60 %), the mild family dysfunction represents 26, 7%, moderate family dysfunction 30 % and the severe family dysfunction 3.3 %.

Conclusion: When it appears a chronic disease like the tuberculosis, breaks the familiar homeostasis and harms the familiar functioning. The familiar functionality influences the patient, his treatment and his assistance to the center of health.

Key words: family, familiar functionality, tuberculosis

INTRODUCCIÓN

Nuestra investigación aborda un tema poco indagado en las investigaciones realizadas en Enfermería, la familia. A pesar de tener un significado claro y preciso, su abordaje es complejo ya que este grupo que es núcleo de la sociedad ha evolucionado y se ha diversificado en cuanto a su estructura y funcionamiento con los cambios sociales que hoy vivimos. En el marco de estos tiempos que se reclama priorizar la atención primaria, los aspectos preventivo promocionales y el cuidado de los grupos sociales sanos pero vulnerables, consideramos que el estudio de la familia y su problemática es pertinente dentro de lo que señalamos anteriormente. Nuestro estudio aborda a la familia como contexto donde se desenvuelve el paciente con tuberculosis, la familia puede comportarse como un factor protector o de riesgo para él. A diferencia de la mayoría de estudios de Enfermería en el nivel de pregrado, que se centran principalmente en los aspectos recuperativos y de rehabilitación, nuestro estudio involucra a este grupo social cuya estructura y funcionamiento repercute en la recuperación o no del integrante que padece de la enfermedad.

Nuestra sociedad ha experimentado en las últimas décadas muchos cambios, pero pocos tan llamativos como los que se han producido en el ámbito de la familia. Hasta hace unos años era relativamente simple describir los hogares, porque una inmensa mayoría se ajustaba a un mismo patrón: el padre y una madre unidos en matrimonio y los hijos biológicos que habían nacido de esa unión, ocupándose la madre de las labores reproductivas (domésticas y de cuidado), mientras el padre desarrollaba tareas productivas, destinadas a garantizar el sustento de la familia, al tiempo que detentaba la máxima autoridad y la representación de la familia.

Otro aspecto a destacar es que se aborda una enfermedad infectocontagiosa con gran carga de repercusión social, esta es la tuberculosis, a pesar de tener cura y existir tratamientos esquemáticos subsidiados por el Estado, vemos que aquello no garantiza la mejoría de la persona que la padece, su interrelación

con la familia y su entorno social inmediatos son también factores determinantes en su proceso de curación.

La presente investigación está constituida por cinco capítulos y la sección de anexos. En el Capítulo I, que es el Problema, encontramos el planteamiento del problema, la formulación del problema, los objetivos de la investigación y la justificación del estudio.

En el Capítulo II, que es el Marco Teórico, encontramos el marco contextual histórico social de la realidad, antecedentes de la investigación, marco teórico propiamente dicho, la hipótesis y la variable de la investigación.

En el Capítulo III, que es la Metodología, encontramos el tipo – diseño de investigación, la población de estudio, la técnica e instrumento de recolección de datos, y los aspectos éticos de la investigación.

En el Capítulo IV encontramos los resultados y la discusión de resultados de nuestra investigación.

En el Capítulo V encontramos las conclusiones y las recomendaciones de nuestro trabajo de investigación.

Finalmente, en la sección de anexos encontramos tablas de resultados complementarias, el instrumento de recolección de datos, la matriz de consistencia, el consentimiento informado y las evidencias fotográficas de nuestro proceso de desarrollo de la presente investigación.

Esperamos que este trabajo sea un aporte útil a la actividad investigativa de nuestra profesión.

Las autoras

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El conjunto de transformaciones que ha experimentado la familia en el mundo occidental constituye una de las manifestaciones más importantes del cambio social contemporáneo. En pocas décadas, el modelo de familia afianzado en la inmediata postguerra, ampliamente difundido bajo el rótulo de “familia nuclear”, fue cediendo espacio a una creciente diversidad de formas y estilos de vida familiares. A consecuencia de los cambios ocurridos en la formación, disolución de las familias y en la inserción laboral de las mujeres, las bases del modelo “parsoniano” fueron seriamente cuestionadas, tornando inviable la existencia de un modelo único de familia.¹ Se aprecia que al pasar los años se está dejando de lado la vida familiar. El avance tecnológico y los cambios socioculturales que se han dado en las últimas décadas han producido cambios profundos en la dinámica familiar.

La familia, a lo largo de su ciclo vital, se enfrenta a numerosas situaciones que pueden producir ruptura de su homeostasis, como son las enfermedades graves o crónicas, dificultades económicas, crisis producidas en los cambios de las etapas del desarrollo familiar (formación, extensión, contracción). Ante estas situaciones, el funcionamiento de la familia puede seguir dos caminos diferentes: o poner en marcha mecanismos de adaptación para lograr nuevamente el equilibrio o la crisis familiar. Estos mecanismos de adaptación y de apoyo se denominan recursos, y de la

cantidad y calidad de ellos dependerá el funcionamiento familiar. La homeostasis familiar depende de dos fuerzas antagónicas: los acontecimientos estresantes que actúan negativamente y el apoyo y los recursos familiares que actúan en forma positiva y compensadora.² La homeostasis refleja un equilibrio familiar, ya que este a la vez puede verse alterado por diversos factores tanto intrínsecos como extrínsecos de la familia que desencadena una crisis o disfuncionalidad familiar lo cual se evidencia en aumento en estos últimos. Una familia funcional puede superar crisis, problemas o dificultades que surjan, ya que se entiende que son una familia bien consolidada, lo cual no sucedería en una familia disfuncional ya que al verse en una dificultad podría entrar en crisis.

La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, (por ejemplo: la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo.³ Hoy en día, se evidencia familias donde los roles se han invertido, el hijo quiere mandar al padre, se pierde la autoridad de los padres y en otras casos sucede lo contrario familias donde los padres se vuelven muy autoritarios e imponen sus reglas causando así la disfuncionalidad de las familias.

La familia tiene la tarea de preparar a los miembros para enfrentar cambios (crisis) que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales, e inciden en el bienestar de la Salud Familiar.⁴ La familia debe saber afrontar los conflictos que ocurren cuando una enfermedad crónica aparece afectando la funcionalidad de la misma. Cuando aparece una enfermedad crónica como la tuberculosis, varios factores afectan la familia, su tranquilidad, lo emocional y social, obligándolas a realizar cambios en cuanto a su conducta y costumbres, entonces es el personal de salud, el encargado de apoyar y educar a la familia para enfrentar la crisis suscitada por la enfermedad de la tuberculosis, trabajando en la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno en el paciente y su familia.

La tuberculosis es considerada una enfermedad reemergente. Cada día 100 000 personas se enferman y más de 200 mueren debido a esta enfermedad.⁵ La tuberculosis representa el 2.5 % de la carga global de enfermedad, y se ubica como la sexta causa de muerte a nivel mundial; el Perú tiene el 37 % de casos de tuberculosis multi-drogoresistente que se producen en las Américas y uno de cada cuatro pacientes había abandonado la medicación que recibía en una etapa leve de la enfermedad. En el 2011, 8 700 000 personas enfermaron de tuberculosis y 1,4 millones murieron por esta causa. El Ministerio Peruano de Salud registra en la actualidad 32 477 casos de tuberculosis, de los cuales 1 050 son del tipo multi-drogoresistente, es decir, que los fármacos de primera línea no le hacen efecto. Con esa cifra, Perú ocupa el segundo lugar en Latinoamérica en carga de pacientes con tuberculosis, después de Brasil, que tiene 81 946 casos.⁶

Estas estadísticas muestran que la tuberculosis es una enfermedad que está abarcando los primeros lugares como causa de muerte a nivel mundial y que en el Perú el 37 % ya evidencian casos avanzados como son la tuberculosis multi-drogoresistente y que nuestros pacientes fallecen. Probablemente por una falta de toma de conciencia en la adquisición de tratamiento y el tiempo que debe tomarlo ya que muchos de ellos se sienten curados en una primera fase y lo abandonan empeorando su estado de salud complicándose hasta llegar a la muerte.

La alta presencia de tuberculosis (TBC) en nuestra capital es un delicado problema que afronta nuestro país, ya que hasta el momento más de 30 mil peruanos son víctimas de este temible mal y el 60 % de infectados se encuentran en la ciudad de Lima. La tasa de morbilidad en la capital es alarmante e internacionalmente solo nos supera Haití.⁷ Lo cual nos indica la alta prevalencia en Lima de la enfermedad de la tuberculosis.

Respecto a la salud, las enfermedades infectocontagiosas que se han podido determinar como un problema palpable, la tuberculosis, que afecta en mayor grado a la población de recursos económicos bajos y en zonas

en donde las condiciones de salubridad son muy precarias. Sin embargo, se ven esfuerzos concertados como la red que posee el Comité Municipal de Salud (COMUSA), que es la mesa de concertación que trata temas específicamente de salud, realiza acciones preventivas, e intercambio de información con las postas y centro de salud, está conformado por el Colectivo Los Olivos, las postas y centro de salud, la Organización No Gubernamental (ONG), la red de promotoras de salud, los comedores populares, los comités del vaso de leche. Del mismo modo, el Ministerio de Salud tiene una red en el distrito conformado por los centros y postas de salud, la Dirección de salud Lima Norte y el Hospital Cayetano Heredia. De igual modo las promotoras de salud en estos trabajos de prevención e incidencia, que por iniciativas propias se han organizado en una red denominada “ADREPOSAL”, compuesto por 250 promotoras distribuidas en los 13 centros y postas de salud del distrito, teniendo una activa participación en los trabajos de prevención de las enfermedades infectocontagiosas, demostrando una vocación de servicio ejemplar digno de ser imitada.⁸

La tuberculosis es una enfermedad que presenta un fuerte prejuicio o estigma social, con diferentes matices culturales según la sociedad de que se trate. La conducta reportada más frecuente en los distintos países es tratar de ocultar la enfermedad, lo que también incide en el diagnóstico y tratamiento.⁵ Estigma significa marca, señal en el cuerpo, afrenta, lesión orgánica o funcional que indica enfermedad constitucional o hereditaria. Condicionado socialmente, el prejuicio sentido por los enfermos es una dimensión negativa añadida a los malestares propios de la enfermedad, que inciden en su calidad de vida incluso hasta mucho después que esta desaparece. Una de las características del prejuicio, que en el caso de la tuberculosis tiene una historia de siglos de reforzamiento social, es que su estereotipo está constituido por una información incompleta y demasiado generalizada y su componente afectivo está asociado a elementos de rechazo muy arraigados que a su vez constituyen una barrera a nuevos conocimientos.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuál es el estado de la Funcionalidad Familiar en familias de pacientes con tuberculosis en dos Establecimientos de Salud de la Microred Los Olivos - 2013?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar el estado de Funcionalidad Familiar en familias de pacientes con tuberculosis en dos establecimientos de salud de la Microred Los Olivos – 2013

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el estado de la Funcionalidad Familiar según su dimensión adaptabilidad, en familias de pacientes con tuberculosis en dos establecimientos de salud de la Microred Los Olivos – 2013
- Determinar el estado de la Funcionalidad Familiar según su dimensión participación en familias de pacientes con tuberculosis en dos establecimientos de salud de la Microred Los Olivos – 2013
- Determinar el estado de la Funcionalidad Familiar según su dimensión ganancia en familias de pacientes con tuberculosis en dos establecimientos de salud de la Microred Los Olivos – 2013

- Determinar el estado de la Funcionalidad Familiar según su dimensión afecto en familias de pacientes con tuberculosis en dos establecimientos de salud de la Microred Los Olivos – 2013
- Determinar el estado de la Funcionalidad Familiar según su dimensión recurso en familias de pacientes con tuberculosis en dos establecimientos de salud de la Microred Los Olivos – 2013

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Teniendo en cuenta la evolución de los enfoques de cómo abordar la salud de los seres humanos, podemos afirmar que en décadas anteriores se veía al individuo como un ente aislado, individual, desligado de su entorno, sindicando a este como el problema de su enfermedad o dolencia; sin embargo, en estos tiempos, el enfoque es holístico, es decir, se ve al paciente de manera integrada a su familia y entorno. Este estudio busca analizar la dinámica familiar y cómo esta afronta y se adapta a una enfermedad de tipo social como es la tuberculosis. Este nuevo enfoque holístico de ver y analizar una enfermedad va de la mano con el enfoque holístico del profesional de Enfermería cuando realiza el cuidado ya sea de la persona, familia y comunidad.

Los Olivos es un distrito que muestra muchos contrastes y contradicciones, se dice que es un distrito pujante y lleno de oportunidades, sobresaliendo en el comercio y ornato, pero también podemos observar dentro de este distrito desarrollado zonas de pobreza y personas que presentan enfermedades como la tuberculosis. Los resultados de este estudio serán socializados con los profesionales de la salud responsables de los establecimientos de salud estudiados, ellos en base a estos resultados podrán implementarlo en sus planes operativos las estrategias que conduzcan a mejorar la situación de los pacientes con tuberculosis tratados en esta jurisdicción.

Durante el proceso de nuestras prácticas comunitarias y sobre todo en los consultorios del Programa de Control de Tuberculosis, se ha evidenciado un gran número de casos fracasados por múltiples factores como son la falta de concientización del paciente, abandono de tratamiento, malos estilos de vida, pero sobre todo por la falta de apoyo de la familia frente a una nueva enfermedad que no saben cómo afrontarla y por el contrario excluyen al paciente por falta de información sobre esta enfermedad. Cabe recalcar que el hecho de tener un miembro de la familia enfermo ocasiona un desequilibrio ya que la enfermedad no solo afecta al individuo sino también su entorno familiar.

Lo señalado anteriormente es compatible con lo que plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre las dificultades que se presentan durante el proceso del tratamiento de estos pacientes. Por otro lado, debemos señalar que en la mayoría de establecimientos de salud del primer nivel de atención, siempre existe un profesional de Enfermería que está a cargo de este programa. La labor del enfermero es brindar un cuidado integral a este tipo de pacientes, ahí está presente la labor preventiva promocional y la educación para la salud orientada al paciente y su familia.

Haciendo una revisión de la literatura científica existente, en el distrito de Los Olivos aún no se han desarrollado estudios relacionados a la funcionalidad familiar, mucho menos existen estudios en el cual se aborde la funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis. Por tanto, con este trabajo buscamos generar conocimientos sobre la situación de la Funcionalidad Familiar en familias de pacientes con tuberculosis pulmonar sensible de los establecimientos de salud de la Microred de Los Olivos, puesto que hemos revisado artículos que indican que este distrito tiene un alto porcentaje de tuberculosis al igual que los distritos con los que limita, siendo uno de los artículos de revisión el Acta Medical, el cual refiere que en el distrito de Los Olivos se evidencia que el 86 % de la población presenta enfermedades respiratorias.

CAPÍTULO II. EL MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONTEXTUAL HISTÓRICO SOCIAL DE LA REALIDAD

2.1.1 EI DISTRITO DE LOS OLIVOS

2.1.1.1 Evolución histórica del distrito

Los primeros esfuerzos por crear un nuevo distrito datan de 1970, cuando un grupo de vecinos de El Trébol y Sol de Oro, se unieron para formar el Comité Gestor "Rosa de América", el cual, lamentablemente no tuvo los resultados esperados.⁹

La unión de otras urbanizaciones como Mercurio, Villa Los Ángeles, Panamericana Norte, Parque Naranjal, Micaela Bastidas, Santa Luisa - 2da Etapa, Pro, Las Palmeras y Villa del Norte, permitió fundar el 04 de febrero de 1977 un comité con mayor alcance, cuya junta directiva fue presidida por el Sr. Rolando Ramos Anicama.⁹

El siguiente paso fue bautizar al nuevo distrito con un nombre que sustentara las gestiones ante los Poderes del Estado. Entrevistados Rolando Ramos y Eufronio Avendaño, relataron que la decisión se tomó en 1977, en medio de un intenso

debate entre los delegados del Comité quienes presentaron propuestas como Rosa de América, Las Palmeras, Sol de Oro, Parque Naranjal, Covida y otros tantos.⁹

Como una alternativa final al tenso debate, el Sr. Víctor Morillo, Fiscal del Comité, propuso el nombre Los Olivos, el cual fue apoyado por el Sr. Eufronio Avendaño y el Sr. Ramos Anicama; argumentando que Los Olivos hace referencia a los triunfadores en la época de los griegos y romanos, el ingreso de Jesús con sus discípulos a la ciudad de Jerusalén, así como a la esperanza y compromiso de una vida nueva, tal como lo revela la odisea vivida por Noé y su familia en el diluvio universal.⁹

El consenso fue inevitable y al someterse a votación, los delegados coincidieron en que Los Olivos era el nombre perfecto para el nuevo distrito, pues estos árboles representan el "triunfo y anhelo de los vencedores".⁹

Entre 1977 y 1979 el sacrificado esfuerzo de dirigentes y vecinos en general, mantuvieron vivo el sueño de formar un nuevo distrito, el cual surgía como una necesidad de los centros poblados comprendidos entre la Av. Tomás Valle y el límite con el río Chillón.⁹

Se efectuaron incontables reuniones con autoridades políticas de la época y se elaboraron cientos de documentos con la finalidad de obtener los informes aprobatorios en múltiples instancias ante los Poderes Ejecutivo y Legislativo.⁹

Los Olivos es un distrito de nacimiento muy reciente pues fue creado el 6 de abril de 1989, cuando se le separó del distrito de San Martín de Porres por pedido expreso de un importante número de vecinos residentes de las urbanizaciones Las

Palmeras, Mercurio, El Trébol, Sol de Oro, Panamericana Norte, Villa Sol, Parque Naranjal, Covida, Villa los Ángeles, entre otras; representados por un Comité Gestor que fue el encargado de hacer las diligencias ante las autoridades respectivas. El principal motivo de la separación fue el abandono de dichas urbanizaciones residenciales por parte de la Municipalidad de San Martín de Porres.⁹

2.1.1.2 Ubicación, límites, extensión

El distrito de Los Olivos se encuentra ubicado al Cono Norte de Lima, sus límites son:

- Por el Este: Con los distritos de Comas e Independencia.¹⁰
- Por el Sur: Con el distrito de San Martín de Porras, el límite describe una dirección oeste por el eje de la avenida Tomás Valle hasta intersectar el eje de la avenida Universitaria.¹⁰
- Por el Oeste: Con el distrito de San Martín de Porras, el límite sigue una dirección general Norte por el eje de la avenida Universitaria y su prolongación hasta intersectar la prolongación del eje de la avenida Los Alisos.¹⁰
- Por el Noreste: Con el distrito de Puente Piedra, el límite describe una dirección general Noreste por el río Chillón, hasta su intersección con el eje de la carretera Panamericana Norte.¹⁰

2.1.1.3 Población y su caracterización

Según los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), obtenidos del Censo de Población y Vivienda 2010, tenemos:

Solo el 4 % de la población carece de algún tipo de instrucción, algo le diferencia a Los Olivos en comparación de sus distritos vecinos, el alto porcentaje de personas con educación universitaria, tanto completa como incompleta, (6.53 y 11.77 %, respectivamente) esto se refleja en la elevada capacidad de compra, motivo por el cual se le conoce como el distrito “pituco” del Cono Norte. ¹¹

Además, la población señala como factores de riesgo y protección los siguientes: Los vecinos no concentran sus respuestas en un solo factor, dan alternativas, son dispersas, pero la gran mayoría de ellos indican que los problemas son temas de la familia. ¹¹

2.1.1.4 Desarrollo urbano, vivienda y saneamiento básico

Información sobre la Población Distrital: Los picos poblacionales se hallan entre los 15 y 30 años. Casi un tercio de la población se encuentra en ese rango, lo que refleja que la población de Los Olivos es joven. Al igual que en los promedios nacionales, destaca un mayor porcentaje de población femenina haciendo una diferencia de 3 %. ¹¹

Información sobre vivienda: El tipo de vivienda es básicamente propia (81.72 %), seguida de departamentos (18.09 %), este último comienza a crecer en virtud de programas Mi Vivienda que el Estado peruano desarrolla en el distrito. Destaca la Vivienda Propia y el tipo de alquiler; sin

embargo, el 18 % de las viviendas del distrito se han conseguido por invasión; precisamente en las zonas menos favorecidas donde se presentan las zonas y población en menor riesgo. ¹¹

Casi el 100 % de la población cuenta con alumbrado público, esto habla de lo urbanizado que está el distrito, a pesar de contar con ciertas zonas de bajos recursos. Igualmente, el servicio de agua potable alcanza casi a la totalidad de la población. En el caso del desagüe, el porcentaje disminuye, no obstante sigue siendo alto. Este problema se presenta en algunas zonas, sobre todo, en el sector llamado Confraternidad, dentro del cual se hallan la mayor parte de los Asentamiento Humano (AA.HH.) del distrito. ¹¹

2.1.1.5 Reseña Histórica del Centro Materno Infantil Juan Pablo II

El 2 de febrero de 1992, la naciente comunidad del AA.HH. Juan Pablo II constituye el Tópico Comunitario Juan Pablo II, en la Mz. N, donde la atención en Primeros Auxilios estuvo a cargo de promotoras de salud, capacitadas por ONGs. ¹²

El 6 de julio de 1992, dicho Tópico Comunitario se convierte en Puesto de Salud Comunitario Juan Pablo II, dicha fecha es considerada como oficial para la fundación del Establecimiento de Salud. Funcionó en un antiguo local, al costado del actual Programa no escolarizado de Educación Inicial (PRONOEI) Juan Pablo II. El 15 de julio del mismo año se conforma el Botiquín Popular “Mi Salud”. ¹²

Al principio el Botiquin Popular solo atendía una vez por semana y los días sábados por la tarde una obstetriz. Los demás días atendían promotores de salud.

En agosto de 1993, el Ministerio de Salud (MINSa), a través de la Red de Salud Rímac - San Martín de Porras – Los

Olivos (SMP – LO), envían un médico y una obstetrix serumistas que atendían en días alternos. El puesto de salud seguía siendo administrado por promotores de salud.

A partir de diciembre de 1994, el Puesto de Salud pasa a formar parte del Programa de Focalización del Gasto Social Básico de Salud, luego conocido como Programa de Salud Básica Para Todos (PSBPT).¹²

Mientras tanto, la Dirección de Salud (DISA) III Lima Norte iba organizando en coordinación con la organización comunal del AA.HH. Juan Pablo II y promotores de salud, la Asociación Civil sin fines de lucro, que luego daría vida al Comunidades Locales de Administración en Salud (CLAS) – Centro Materno Infantil Confraternidad (CMIC), en aplicación del Programa de Administración Compartida que había creado el Gobierno y el MINSA a inicios del año 1990. ¹²

Dicha asociación empieza a constituirse en setiembre de 1994 y sigue organizándose hasta firmar el convenio con la mencionada DISA; producto de la cual, el 1 de julio de 1995 comenzó a atender como establecimiento, gestionado por el CLAS. ¹²

El año 2005, debido a la creciente cantidad y calidad de su trabajo, es elevado oficialmente de nivel, pasando directamente de puesto de Salud a Centro Materno Infantil I-4.

En julio del año 2012, el MINSA emite la Resolución Ministerial N° 632, mediante el cual se califica como establecimiento estratégico y pasa a ser considerado como Hospital Quirúrgico II E especializado en la atención Materno Infantil.¹⁰

Ese mismo año, como producto de la experiencia de la aplicación del modelo CLAS y del análisis del mismo, se

culmina un proceso de evaluación llevado a cabo por la comunidad organizada, el personal de salud del CMIC y la propia gestión CLAS, como resultado, se acuerda la disolución y liquidación del CLAS y el paso a la total gestión del CMIC por el MINSA, proceso que ya se ha cumplido en lo fundamental, faltando solo culminar algunos pasos legales.¹²

a) Mejoras y avances hasta la fecha

La creciente mejora de la gestión del establecimiento, de la organización del trabajo del personal y de la participación organizada de la comunidad, repercutió positivamente en el incremento de la cantidad, calidad y calidez humana de la atención, lo cual trajo consigo un aumento de la demanda de atención de parte de la población, no solo de la jurisdicción asignada sino de otras zonas del distrito e incluso de otros distritos, llegando a constituir en un Centro Materno Infantil, categorizado luego por el MINSA como Centro de Salud. I-4. Tal proceso, lógicamente, generó las condiciones y exigencias para la ampliación de la oferta de servicios, de horarios de atención, de personal y de la infraestructura.

12

2.1.1.6 Reseña histórica del Puesto de Salud Sagrado Corazón de Jesús

El Puesto de Salud Sagrado Corazón de Jesús está ubicado en el proyecto Integral Carlos Cueto Fernandini, este proyecto tiene su origen en una invasión que realizaron los pobladores en 1985; bajo la alcaldía del señor Alfonso Barrantes Lingán, siendo reconocida la invasión en el mandato del señor Alan García Pérez.

En el mes de febrero de 1986, se crea la posta comunitaria por gestión y coordinación de los pobladores del AA.HH. “Amauta” con el apoyo de la ONG “URPI”, funcionando en precarias condiciones, sin infraestructura adecuada (esteras), no contaba con servicios básicos indispensables al igual que el resto de la población. En este mismo año se extiende la cobertura a los AA.HH. vecinos (13 de Mayo; Virgen de Fátima) progresivamente los siguientes: Sexto Grupo, El Olivar, Santa Rosa. Luego y coincidentemente a la crisis vivida en los últimos años de la década de los ochenta, se atraviesa por un periodo de depresión y el puesto de salud dejó de funcionar desde 1988 hasta 1991. Gracias a la aceptación de la donación de la fundación “ZINDER”, en este mismo periodo, se empieza a construir el local actual.¹²

La población participó directa, gratuita y desinteresadamente en la construcción, organizándose y realizando actividades para terminar la infraestructura.

De 1994 a febrero de 1995, el puesto de salud trabajó con la ONG, luego se hizo coordinación con la DISA III Lima Norte, ingresando al Ministerio de Salud bajo la modalidad de focalización.¹²

La Dirección de Salud III Lima Norte categoriza al establecimiento de salud como nivel I – 3 en el año 2006, a solicitud del médico jefe del Puesto de Salud, cuya acta consta en archivos de la red de Salud Rímac – SMP–LO.¹²

En un inicio, el Centro de Salud debía tener un nombre, se cursaron varias cartas informando a las personas que por agradecimiento a su desinteresada colaboración el centro llevaría su nombre, recibiendo por respuesta que no podía ser; motivo por el cual en los primeros meses de inicio se cambiaba de nombre, siempre en los informes; un día una

promotora de salud hizo la reflexión de si existen un solo Dios y la mayoría de religiones conocen a Jesús decidieron ponerle el nombre de Sagrado Corazón de Jesús.

2.1.2 LA MICRORED DE SALUD LOS OLIVOS

2.1.2.1 Jefe de la Microred

- a) Dr. Carlos Humberto Gonzales Orbegozo
Médico Jefe de la Microred Los Olivos

- b) Médico Jefe del Centro Materno Infantil Juan Pablo II:
Dr. Alan Robinet Vargas

- c) Médico Jefe del Puesto de Salud Sagrado Corazón de Jesús: Dr. Pierre Paul Pacheco Paredes

2.1.2.2 Ubicación, límites, extensión y establecimientos de salud que la conforman

La Microred de Los Olivos forma parte de la Red de Salud Rímac - SMP – LO, la cual a su vez es parte de la DISA V.

La sede de esta Microred está ubicada en la Av. Las Palmeras S/N. Altura: Cuadra 43. Los Olivos – Lima. Esta Microred está conformada por 11 establecimientos de salud ¹², de los cuales vamos a trabajar en dos de ellos señalados a continuación:

Tabla: A

N°	ESTABLECIMIENTO	DATOS DEL ESTABLECIMIENTO
1	Centro Materno Infantil JUAN PABLO II	Médico Jefe: Dr. Alan Robinet Vargas Teléfono: 528-5979 Dirección: AA.HH. Confraternidad espalda de Fe y Alegría Urbanización Valdivieso Correo electrónico: clascmic@yahoo.es Fecha de fundación: 10 de noviembre.
2	Puesto de Salud SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS	Médico Jefe: Pierre Paul Pacheco Paredes Teléfono: 522-6756 Dirección: AA.HH. Cueto Fernandini Altura Cuadra. 9 Avenida Los Alisos Correo electrónico: cssagrado@gmail.com Fecha de fundación: 02 de febrero

Fuente: Microred – Los Olivos 2013. Lima – Perú

2.2 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.2.1 ÁMBITO INTERNACIONAL

- Gabriela Rodríguez Ábrego e Isabela Rodríguez Ábrego, en el Estado de México, en el año 2004, realizaron un estudio sobre “Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica”, con el objetivo de evaluar la presencia de disfunción familiar y su efecto en la asistencia del paciente con insuficiencia renal crónica.

El método fue transversal. La población estuvo conformada por 226 pacientes con insuficiencia renal crónica. El instrumento utilizado fue el APGAR Familiar.

Concluyeron entre otros:

... en el análisis de la dinámica familiar y satisfacción del paciente con su vida familiar, se encontró que más de la mitad de los pacientes percibieron algún grado de disfunción familiar. La prueba estadística identificó que la asistencia recibida por el enfermo dependía del grado de funcionalidad familiar. Se observó que la participación en la problemática familiar, la capacidad de compartir problemas y la capacidad resolutive de la familia facilitan la función familiar y contribuyen de manera significativa en la asistencia al enfermo.¹³

- Dulce María Méndez López, Víctor Manuel Gómez López, Martha Elena García Ruiz, José Humberto Pérez López y Arturo Navarrete Escobar, en México, en el año 2003, realizaron un estudio sobre “Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2”, con el objetivo de identificar la asociación entre disfunción familiar y grado de control en el paciente diabético tipo 2. El método utilizado fue transversal y comparativo abierto. La población estudiada fue 300 pacientes diabéticos tipo 2 en una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. El instrumento utilizado fue el APGAR Familiar.

Concluyeron entre otros:

... puesto que la Diabetes Mellitus (DM) requiere un manejo cotidiano independiente al proporcionado por el médico, es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la

enfermedad y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento. Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a los integrantes de la familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influye positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica. ¹⁴

- Aymara Reyes Saborit y Valentín Castañeda Márquez, en Cuba, en el año 2006, realizaron un estudio sobre: “Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal”, con el objetivo de determinar el nivel de adecuación del afrontamiento familiar a la enfermedad en dichas familias y evaluar el funcionamiento familiar de las personas evaluadas. El método fue descriptivo y transversal. La población estuvo conformada por 74 pacientes con insuficiencia renal crónica terminal tratados con hemodiálisis. El instrumento utilizado fue la encuesta familiar y entrevista no estructurada.

Concluyeron entre otros:

Teniendo en cuenta los tipos de familias, cabe decir que hubo predominio de los pacientes procedentes de familias nucleares (53 %). En cuanto al nivel de adecuación del afrontamiento a la enfermedad por parte de la familia, del total de pacientes, 81 % refirió un afrontamiento familiar a la enfermedad adecuado y 19 %, inadecuado. La mayoría de los pacientes estudiados (95 %) resultaron ser de familias funcionales, distribuidos de la siguiente forma: 54 % funcional y 41 % moderadamente funcional. ¹⁵

- Luis Herrera Díaz, Olga Quintero y Morelia Hernández, en Venezuela, en el año 2007, realizaron un estudio sobre: “Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos. Tipo 2. Servicio de endocrinología”, con el objetivo de determinar la funcionalidad familiar, red de apoyo y su relación con los niveles de glicemia. El método fue descriptivo, transversal y correlacional. La población estuvo conformada por 200 pacientes diabéticos tipo 2, atendidos en el servicio de Endocrinología del Hospital Universitario de Los Andes. El instrumento utilizado fue el cuestionario de APGAR Familiar y el cuestionario de MOS de apoyo social.

Concluyeron que:

... Los pacientes portadores de enfermedades crónicas puedan sobrellevar su padecimiento cuando tienen su pareja como factor protector de riesgo en la diabetes mellitus tipo 2 y el resto del grupo familiar ayudan a solventar las limitaciones que puedan derivarse de la enfermedad. Sin apoyo, este paciente no está en la mejor disposición para coexistir con su patología como lo expresan diversos autores. En relación a la funcionalidad familiar, un alto porcentaje de los pacientes diabéticos tenían alta funcionalidad familiar. Como lo evidencia las tablas, al relacionar la funcionalidad con el tamaño de la red, se encontró que a mayor tamaño de la red de apoyo social mayor es la funcionalidad familiar...¹⁶

- María T. Ortiz Gómez, Isabel Louro Bernal, Leonor Jiménez Cangas y Luis Carlos Silva Ayzaguer, en Cuba, en el año 1999, realizaron un estudio sobre “La salud familiar. Caracterización en un área de salud”, con el objetivo de identificar los problemas relacionados con la Salud Familiar que inciden desfavorablemente en las familias de esta área. El

procedimiento se efectuó a través de métodos cuantitativos y descriptivos de la investigación. La población estuvo conformada por 96 hogares de la comunidad de Jaimanitas, ubicada en el Policlínico "Dr. Manuel Fajardo Rivero". El instrumento utilizado fue el cuestionario familiar.

Concluyeron entre otros que:

Las consideraciones antes expuestas nos hacen reflexionar acerca de la importancia de estudiar el Funcionamiento Familiar, apreciándose que cuando la familia pierde la capacidad funcional ocurren alteraciones en el proceso salud-enfermedad.

Los problemas de la salud familiar detectadas en esta comunidad pueden constituir puntos de partida para el análisis de estrategias de intervención familiar con el objetivo de mejorar la salud. ¹⁷

2.2.2 ÁMBITO NACIONAL

- Ccoicca Miranda Teófilo, en Perú, en el año 2010, realizó un estudio sobre: "Bullying y Funcionalidad Familiar en una Institución Educativa del distrito de Comas", con el objetivo de establecer la relación entre bullying y funcionalidad familiar en los alumnos de la Institución Educativa Estados Unidos, del distrito de Comas. El método utilizado fue descriptivo-correlacional. La población se consideró a la totalidad de los alumnos del periodo lectivo 2010 del 1ro. al 5to. año de secundaria, los cuales estaban distribuidos en seis secciones por cada año, haciendo un total de 216 alumnos por año de estudio y 1080 alumnos en total. El instrumento utilizado fue el APGAR familiar.

Consideró entre otros que:

“... Los resultados de esta investigación evidencian que existe una correlación negativa débil entre bullying y funcionalidad familiar en los estudiantes de la muestra, evidenciando que los niveles altos de bullying, se debe a niveles bajos de funcionalidad familiar. En cuanto a los resultados obtenidos sobre la relación entre bullying y funcionalidad familiar, según el lugar de origen, los datos indican una relación positiva débil; por lo tanto, es probable que los niños o niñas que son de provincia sean más vulnerables a ser víctimas de bullying...” .¹⁸

- Silvia Reyes N., Olga Valderrama R., Karina Ortega A., Mercedes Chacón A., en Perú, en el año 2009, realizaron un estudio sobre “Funcionalidad familiar y estilos de vida saludables. Asentamiento Humano Nuevo Paraíso - distrito de Pativilca, 2009”, con el objetivo de determinar que la funcionalidad familiar genera estilos de vida saludables en los pobladores del Asentamiento Humano Nuevo Paraíso – Pativilca. El método utilizado fue cuantitativo. La población estuvo conformada por 700 familias, obteniéndose una muestra de 84 grupos familiares. El instrumento utilizado fue el APGAR familiar y el Cuestionario de estilos de vida saludable.

Concluyeron entre otros que:

... La mayoría de familias tiene alta funcionalidad familiar, un gran número de familias tiene adecuados estilos de vida saludable, existe asociación entre funcionalidad familiar y estilo de vida; en familias con alta funcionalidad familiar predominan los indicadores de afecto, adaptación y crecimiento; en el adecuado estilo de vida los indicadores más resaltantes son las redes sociales de apoyo, estratificación y organización social; y en inadecuado estilo

de vida, el mayor porcentaje es el uso de tecnología y vestido. Es importante que no exista sobrecarga de roles y exigencia, que se respete la distancia generacional, que no se confunda la jerarquía con autoritarismo, además debe existir una comunicación clara, coherente y afectiva que permite compartir los problemas y que promueva la salud de sus integrantes.¹⁹

- Baldeón Rodríguez N., en Perú, en el año 2006, realizó un estudio sobre “Relación entre el clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al Centro Materno Infantil Tablada de Lurín – Villa María del Triunfo 2006”, con el objetivo de determinar la relación que existe entre el Clima Social Familiar y el Nivel de Autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al Centro Materno Infantil Tablada de Lurín. El método utilizado fue descriptivo, correlacional, de corte transversal. La población estuvo conformada por 45 pacientes del programa. El instrumento utilizado fue el Test de Autoestima y la Escala de Clima Social Familiar Adaptada.

Concluyó que:

“... Existe una relación significativa entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis al existir una correlación estadística y manual entre las dos variables, lo que se deduce que cuanto más favorable se muestra el clima social familiar mayor será el nivel de autoestima en el paciente, lo cual enfatiza que la familia juega un papel importante como ente de apoyo emocional en el desarrollo de la autoestima del paciente con tuberculosis...”.²⁰

- Tacuri Taípe M., en Perú, en el año 2009, realizó un estudio sobre: “Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera El Agustino, 2009”, con el objetivo de determinar la relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud “Primavera”, El Agustino, 2009. El método utilizado fue descriptivo de corte transversal y correlacional. La población estuvo conformada por 118 pacientes y una muestra de 40 pacientes según sus criterios de inclusión y exclusión. Los instrumentos utilizados fueron una encuesta estructurada y una ficha de registro.

Concluyó que:

“... La mayoría de los pacientes no mostraron adherencia al tratamiento de la tuberculosis en general, condición similar aconteció en cuanto a la adherencia a las indicaciones de seguimiento y al tratamiento farmacológico propiamente dicho...”.²¹

- Cruz Carranza M., en Perú, en el año 2010, realizó un estudio sobre: “Percepción del paciente con tuberculosis sobre el apoyo emocional que le brinda su grupo familiar y el personal de salud en la satisfacción de sus necesidades emocionales en el centro de salud Tablada de Lurín, 2010”, con el objetivo de comprender la percepción que tiene el paciente con tuberculosis pulmonar sobre el apoyo emocional que recibe de su grupo familiar y del personal de salud para la satisfacción de sus necesidades emocionales. El método utilizado fue cualitativo. La población estuvo comprendida por 35 pacientes del programa. El instrumento utilizado fue la entrevista semiestructurada.

Concluyó que:

El estigma se sostiene tanto en la construcción simbólica de la enfermedad, considerándola una consecuencia de haber tenido malos hábitos así como en el temor al contagio; por lo que prefieren guardar la enfermedad como un secreto familiar.²²

2.3. MARCO TEÓRICO PROPIAMENTE DICHO

2.3.1 LA FAMILIA

2.3.1.1 Definiciones

El tema de la familia empezó a ser estudiado fundamentalmente por la Sociología a partir de la década de 1960 y, posteriormente, se ha convertido en objeto de estudio de numerosas disciplinas.

El concepto de familia es dinámico por lo que varía en función del contexto sociocultural que en él se define. Tradicionalmente, se ha conceptualizado a la familia utilizando criterios biológicos, sociológicos o psicológicos. Se puede concebir, por tanto, como una unión a través de lazos de sangre en el primer caso (utilizando criterios biológicos), como un grupo organizado que convive según unas determinadas normas en el segundo (es decir, según el criterio sociológico), o bien, puede definirse como un núcleo unido por lazos de afecto e interacciones emocionales (según el criterio psicológico).²³

La familia es un grupo de personas relacionadas por la herencia, como padres, hijos y sus descendientes; se da

también por el vínculo y las relaciones de parentesco, así como los roles que se desempeñan.

a. La familia como unidad biopsicosocial

Este es el primer concepto orientador. En el seno de cada familia se transmiten creencias y hábitos, así como también percepciones de riesgo para la salud que condicionarán las actitudes y conductas de sus miembros frente a la enfermedad y la utilización de los servicios de atención médica. Aun cuando todo individuo al crecer y madurar se va integrando a nuevas instituciones, siempre pertenece a una familia a lo largo de su vida, alejándose de una para formar otra. La familia constituye entonces una imagen y un ejercicio permanentes en la vida humana que se caracteriza por sus relaciones de intimidad, solidaridad y duración y es, por lo tanto, un agente estabilizador. Este carácter estabilizador de la familia se manifiesta en las funciones sociales que cumple:

- Reproducción, crianza y manutención de los hijos: cónyuges y los hijos
- Desarrollo de una base emocional, transmisión de pautas conductuales y valorativas: sociedad

b. La familia como unidad de salud y atención médica

De la concepción anterior de la familia se desprende la necesidad de visualizarla también como unidad de salud y atención médica. Esto no solamente por la transmisión de pautas culturales sino porque el proceso que se inicia con la definición de enfermedad hasta su curación está pleno de decisiones sociales que toma el grupo familiar, acuda o no a las instituciones de salud oficiales. Algunas de estas

decisiones se relacionan con la percepción de una alteración de la normalidad como enfermedad, la validación preliminar del papel del enfermo, los pasos iniciales para buscar consejo o ayuda, la determinación de cuándo deben darse y a quién hay que acudir y, por último, el cumplimiento de las indicaciones recibidas.²⁴

La familia peruana presenta múltiples características. Generalmente, apreciamos al tratar de encontrar una caracterización única que es muy difícil, ya que la realidad familiar es multiforme. Se aprecia una amplia gama, que va desde los que tienen una base matrimonial hasta las familias de tipo convivencial. También se encuentran familias producto de relaciones eventuales y múltiples uniones, madres solteras, familias incompletas debido a rupturas conyugales, viudez, etc. Esto varía de acuerdo a la región geográfica, a la cultura, a la economía y a lo social, factores que se interrelacionan, generando problemáticas específicas y concretas.²⁵

Friedemann define a la familia como un sistema de individuos quienes han decidido vivir juntos y/o se interrelacionan con el objetivo primario de apoyarse, tienen lazos que pueden ser consanguíneos o no, aunque sí unidos emocionalmente a través de características comunes. Esta se convierte en la unidad básica que influye tan fuertemente en el desarrollo de un individuo que puede determinar el éxito o el fracaso en la vida de la persona.²⁶

Según el MINSA, la familia es la unidad fundamental de la sociedad, y se encuentra en constante interacción con el medio natural, cultural y social. En el campo de la salud, la familia debe constituirse en la unidad básica de intervención, ya que sus miembros “tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente, compartiendo recursos como el

tiempo, espacio y dinero”, es en esta unidad donde se debe enfocar la atención para mejorar la salud de la población del país. ²⁷

La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial". ²⁸

La enfermedad afecta no solamente al individuo que la tiene, sino también a los miembros de la familia. Una familia es, en efecto, el lugar de las relaciones afectivas más próximas y la aparición o la presencia de una enfermedad de esta gravedad la trastorna profundamente.

La situación generada por la enfermedad comporta una serie de crisis consecutivas que van a poner a prueba y de manera continuada las capacidades de adaptación familiar. Se trata de crisis asociadas a los primeros síntomas, al diagnóstico, a los tratamientos, a la vuelta al domicilio, a la fase terminal y a la muerte. El concepto de estrés -que muestra de forma evidente el impacto emocional de la enfermedad terminal sobre el psiquismo del individuo- puede ser igualmente aplicado a la familia del paciente. ²⁹

2.3.1.2 Tipos de familia

Por función familiar se entiende el conjunto de las tareas y actividades que deben realizar todos los miembros que la conforman, de acuerdo con la posición y el papel que desempeñan en la unidad familiar, que les permita alcanzar los objetivos psicobiológicos, culturales, educativos y económicos que caracterizan a esta organización grupal. Las

tareas básicas de la familia van más allá de la crianza de los hijos, entendida como alimentación y salud física e, incluso, más allá de la protección y el afecto, pues se pretende el desarrollo personal de todos sus miembros, niños, adultos y ancianos, y su incorporación activa al entorno social. La familia, además, tiene como meta mantener la propia identidad y la cohesión familiar.²³

- **Familia Nuclear**, padres e hijos (si los hay); también se conoce como «círculo familiar».
- **Familia Extensa**, además de la familia nuclear, incluye a los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines.
- **Familia Monoparental**, en la que el hijo o hijos vive(n) solo con uno de los padres.
- **Otros tipos de familias**, aquellas conformadas únicamente por hermanos, por amigos (donde el sentido de la palabra "familia" no tiene que ver con un parentesco de consanguinidad, sino sobre todo con sentimientos como la convivencia, la solidaridad y otros) quienes viven juntos en el mismo espacio por un tiempo considerable.³⁰

2.3.1.3 Estructura

Cada familia tiene una estructura específica que sustenta las funciones básicas que deben tener y recibir sus miembros para su adecuado desarrollo individual y colectivo. “La estructura familiar se define típicamente por quienes son los miembros de la familia y la relación entre ellos”. También podría decirse que “la estructura familiar es el conjunto

invisible de demandas funcionales que organizan los modos que interactúan los miembros de una familia.³⁰ De acuerdo a criterios estructurales tenemos lo siguiente:

A) Por el número de sus miembros

- Familia grande: más de 6 miembros.
- Familia mediana: entre 4 y 6 miembros.
- Familia pequeña: de 1 a 3 miembros.

B) Por la ontogénesis de la familia

Familia nuclear: presencia de hasta dos generaciones padres e hijos, matrimonio con o sin hijos y hermanos solos. Ejemplos de ella son:

- Pareja sin hijos.
- Integrada por uno de los dos padres y uno o más hijos.
- Integrada por el padre y la madre y uno o más hijos.
- Familia con padres ausentes: integrada por dos o más hermanos.
- Familia reconstituida: la característica de que uno, o los dos miembros ya tuvieron al menos un matrimonio anterior, hayan tenido hijos o no.

Familia extensa o extendida: presencia de dos generaciones o más. Incluye hijos casados con descendencia o sin ella. Ejemplos de ellas son:

- Familia integrada por padres con hijo(s) casado(s) sin nieto(s).
- Familia integrada por padres con hijo(s) casado(s) con nieto(s).
- Familia integrada por abuelos y nieto(s) sin la presencia de los padres.

- Familia integrada por dos o más hermanos, siempre que al menos uno tenga pareja.

Familia mixta o ampliada: cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores estructuras, puede incluir otros parientes y amigos.

C) De acuerdo al número de generaciones

- Familia bigeneracional
- Familia trigeneracional

Y así sucesivamente, según la persistencia, en todos los casos son familias multigeneracionales.

D) De acuerdo a la presencia de los miembros de una generación

- Completa
- Incompleta

Si la pareja sufrió la muerte de uno, divorcio o separación y es nuclear puede nombrársele monoparental. Si existiera un matrimonio nuevo se le denomina reconstituido.³⁰

2.3.1.4 Funciones

La familia está encargada, como ente principal de la composición de una sociedad, de desarrollar todos los procesos básicos que llevan al progreso de sus miembros. En este núcleo social se transmiten los principios y actitudes psicosociales. Las conductas, comportamientos y

enfermedades pueden delinearse en la interacción de los participantes de una familia.³⁰

Entre las funciones que se deben llevar a cabo en una familia está el desarrollo de los roles de los miembros, la comunicación, y las transacciones múltiples. Por eso, las personas “pertenecemos a distintos grupos que podemos llamar sistemas sociales (escuela, trabajo, equipos deportivos, clubes sociales, vecindarios o asociaciones, etc.).

Sin embargo, la familia es el sistema en que vibran más las emociones, los sistemas de creencias, las tradiciones, las fortalezas y vulnerabilidades, los elementos de apoyo y con frecuencia la fuente de estrés y de presiones que nos empujan al éxito o al fracaso”.

A) Funciones intrafamiliares

Cada participante debe recibir tres funciones básicas por parte de la familia como tal:

- Apoyo y protección para satisfacer las necesidades materiales y biológicas.
- Ayuda para que cada persona logre un desarrollo de su personalidad adecuado, y pueda realizar los roles que le imponen los demás participantes de su familia, así como también la sociedad.
- La satisfacción de la pareja, la reproducción y la crianza de los hijos, entre otros.³¹

B) Funciones extrafamiliares

La familia está expuesta a “presión exterior originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre los miembros familiares”. “La respuesta a estos requerimientos exige

una transformación constante de la posición de los miembros de la familia” “para que puedan crecer mientras el sistema familiar conserva su continuidad”.

La familia debe “trasmitir los valores, actitudes éticas, normas de comportamiento, estrategias para sobrevivir y tener éxito en un mundo social, complejo y competitivo”.

La familia está influenciada por el estrato social al que pertenece.

Por lo tanto, una de sus funciones es la de proveer un status a sus miembros.

Al ser la familia la unidad primaria de la sociedad, entre sus miembros se desarrollan diversas funciones de comunicación, división de roles y transacciones múltiples, que le permiten tener una dinámica específica y propia.³¹

C) Otras funciones

Se consignan los siguientes aportes:

- Educación

Educar a los niños que se encuentran dentro de ella para lograr su socialización. Los padres, madres o aquellos responsables de la familia deben de ayudar a los pequeños a través de las etapas del desarrollo del individuo para que logren conseguir los valores, las habilidades y los objetivos que la sociedad considera prudente obtener.

- Patrones de comportamiento

La familia promueve que los impulsos sean controlados y orientados hacia lo que es

considerado adecuado y apropiado a las normas establecidas.

Minuchin, en su teoría de Dinámica Familiar establece que a los miembros de la familia se le pone "límites o barreras" que definen quién y cómo se participa dentro de una familia; esto sirve a los miembros para transpolar la necesidad de tener lineamientos claros que también ayudan a delinear el comportamiento que se considerará socialmente aceptable. Las reglas deben de ser lo suficientemente flexibles pero firmes para permitir el cambio sin perder la claridad o convertirse en algo difuso o mal definido.

- Límites de la conducta

Se entiende a la familia como un sistema abierto en interacción con otros sistemas, el vecindario, la escuela, el trabajo, etc.

Como señala Andolfi, las familias mantienen una serie de relaciones con el entorno social, de tal manera que rigen por las normas y los valores de la sociedad circundante. Las fronteras representan la interface entre la familia y el entorno social, su función reside en proteger la diferenciación del sistema. Deberá ser, a la vez, limitante y permeable, facilitando los cambios que necesita para su supervivencia. Si los límites son demasiado permeables se corre el riesgo de que la familia pierda su integridad, pero si, por el contrario, son muy rígidos empobrecen el sistema.³¹

2.3.1.5 Ciclo evolutivo de la familia

La familia genera dinámicas propias que cambian en su forma y función. Estos cambios están inmersos en la cultura y costumbres a la que pertenece la familia, por lo que en base a este contexto no existen formas correctas o incorrectas de pasar por las diferentes etapas, sin embargo, se considera que el ciclo vital familiar es una secuencia ordenada y universal, predecible; en donde la solución de las tareas de una fase anterior facilita la superación de una fase posterior.

Cada fase del ciclo vital está precedida por una crisis de desarrollo manifiesta en aspectos desde pequeños hasta provocar cambios permanentes (tolerados o no tolerados).

a) Etapas del ciclo vital

Son numerosas las clasificaciones que se utilizan para caracterizar las distintas etapas. El modelo de la OMS lo divide en seis etapas evolutivas.³²

Tabla B

ETAPA	DESDE	HASTA
I. Formación	Matrimonio	El nacimiento del primer hijo
II. Extensión	Nacimiento del primer hijo	Nacimiento del último hijo
III. Extensión completa	Nacimiento del último hijo	Primer hijo abandona el hogar
IV. Contracción	Primer hijo abandona el hogar	Último hijo abandona el hogar
V. Contracción completa	Último hijo abandona el hogar	Muerte del primer cónyuge
VI. Disolución	Muerte del primer cónyuge	Muerte del cónyuge sobreviviente

Fuente: Clasificación de la OMS para las Etapas de la Familia

2.3.1.6 Teorías de la familia

A) Teoría estructural del funcionamiento familiar

El modelo estructural se define como “El conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”; estas pautas establecen cómo, cuándo, y con quién cada miembro de la familia lo relaciona, regulando la conducta de sus miembros.³²

B) Teoría Internacional de la comunicación en la familia

La comunicación es el vehículo o el medio por el cual los miembros de una familia se influyen recíprocamente.³²

C) Teoría sistémica familiar

Para la teoría sistémica toda familia es un sistema, con esto indica que se trata de un conjunto de individuos que conforman un grupo familiar en donde hay objetivos en común que todos comparten y existe una jerarquización de sus miembros. Dicho sistema es abierto, es decir, que sus miembros intercambian información con el contexto en donde habitan y al mismo tiempo intercambian información entre los mismos miembros del sistema, para mantener un orden interno, dicha información se realiza a través de procesos comunicativos digitales y analógicos.

2.3.1.7 Situación de la familia en el Perú

A lo largo de los milenios, la familia ha sido la institución central en la cual prácticamente todas las sociedades han basado su fuerza y a partir de esta han forjado su futuro. La Declaración Universal de Derechos Humanos reconoce a la familia como el elemento natural y fundamental de la

sociedad. La familia es “medio vital de preservar y transmitir valores culturales; es el paradigma del mundo exterior para el niño”. La familia es el primer ámbito para promover la equidad y la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres y para la niñez, la tercera edad y las poblaciones en situación de pobreza y pobreza extrema, discriminadas y excluidas.

La percepción de las personas también evidencia la importancia que tiene la familia para el desarrollo individual y social.

Según una encuesta realizada este año por el Grupo de Opinión Pública de la Universidad de Lima, el 58.5 % de las personas en Lima y Callao considera muy importante la familia y un 37.9 % la considera importante, de modo que el 96.4 % considera importante a la familia.³²

Respecto de la composición de las familias en el Perú, podemos señalar que con un 61.5 % predomina el hogar nuclear, es decir, los hogares conformados por el jefe de hogar y cónyuge con y sin hijos, o solo jefe con hijos. Le sigue en importancia con un 25.3 % los hogares extendidos, caracterizado por la presencia de otros parientes que conviven en el núcleo familiar. El hogar compuesto que se caracteriza por acoger a personas sin vínculos cercanos es del 3.0 %. En el 80.5 %, el jefe de hogar es varón y en el 19.5 %, el jefe de hogar es mujer. Esta última proporción es mayor en dos puntos porcentuales a la observada en 1996.³²

El 75 % de los menores de 15 años viven con sus dos padres. Esta proporción es mayor en el área rural (79 %) que en el área urbana (72 %). Un 5 % de los menores no vive con al menos uno de sus padres. Un 15 % de los niños menores de 15 años vive con su madre, porcentaje que es mayor en el área urbana (18 %) que en el área rural (12 %). El 6 % de los

menores de 15 años vive en condición de adoptado o de crianza.³²

2.3.2 FUNCIONALIDAD FAMILIAR

2.3.2.1 Definiciones

La funcionalidad familiar es el modo como se comportan unos con otros y la calidad de relaciones entre sus miembros. Se considera el componente más importante para determinar “la salud de la familia”, y se puede valorar a través del APGAR familiar. La funcionalidad familiar mide el estado de funcionamiento de la familia.³³

2.3.2.2 Dimensiones de la funcionalidad familiar según el modelo APGAR

El APGAR familiar es un instrumento diseñado para medir el funcionamiento sistémico de la familia y del propio individuo, la familia y el entorno. Es útil en la identificación de familias en riesgo. Este instrumento se ha validado en diferentes comunidades norteamericanas, asiáticas e hispanas y ofrece una alta correlación con pruebas especializadas. Valora los siguientes criterios:

Adaptación: uso de recursos intra y extra familiares cuando el equilibrio familiar se encuentra amenazado durante una crisis.

Participación: toma de decisiones y responsabilidades compartidas por la familia.

Gradiente de crecimiento: maduración física, emocional y autorrealización conseguida por los miembros de la familia a través del apoyo mutuo.

Afecto: reacción cariñosa que existe entre cada uno de sus miembros, contribuye a mejorar las relaciones familiares.

Resolución: dedicar tiempo a los miembros de la familia para prestarles apoyo físico y emocional. También implica compartir bienes y espacio dentro del hogar. ³³

2.3.3 LA TUBERCULOSIS

2.3.3.1 Definición

Un tercio de la población mundial en marzo de 2004 estaba infectada de tuberculosis. La situación respecto a la tuberculosis pulmonar (TBP) en la región europea de la OMS es muy heterogénea, con tres zonas claramente diferenciadas: Europa Occidental, Europa Central y Europa Oriental, siendo esta última la de máxima incidencia. En Europa Occidental, la enfermedad afecta básicamente a personas mayores y al disminuir la incidencia entre la población autóctona, por otra parte, los enfermos extranjeros han llegado a ser mayoría en varios países. En el este de Europa la mala situación económica y el deterioro de los programas de control, han tenido como consecuencia un aumento de los 50 % de la incidencia, con niveles de fármaco resistencia muy elevados. ³⁴

La transmisión de la enfermedad y de la infección dentro de las instituciones sanitarias afecta a los pacientes y a los profesionales de la salud. En general, se denomina riesgo biológico al contacto o inoculación de microorganismos patógenos contenidos en sangre, hemoderivados, fluidos corporales (líquido cefalorraquídeo, líquido amniótico, pleural, orina, saliva, fluidos vaginales, etc.), alimentos, agua y climatizadores. ³⁴

Según la OMS, la tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una

persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa.

La infección por *Mycobacterium tuberculosis* suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria. Los síntomas de la tuberculosis pulmonar activa son tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna. La tuberculosis se puede tratar mediante la administración de antibióticos durante seis meses.³⁵

2.3.3.2 Situación de la tuberculosis en el mundo, Latinoamérica y el Perú

La tuberculosis se presenta en todo el mundo. En el 2011, el mayor número de casos ocurrió en Asia, a la que correspondió el 60 % de los casos nuevos en el mundo. No obstante, ese mismo año en África subsahariana tuvo la mayor tasa de incidencia: más de 260 casos por 100 000 habitantes.

En el 2011, alrededor del 80 % de los casos de tuberculosis se presentaron en 22 países. En algunos países se está produciendo una disminución considerable de los casos, pero en otros el descenso está sucediendo más lentamente. En Brasil y China, por ejemplo, se cuentan entre los 22 países donde se observó un descenso sostenido de los casos de tuberculosis en los últimos 20 años. En la última década, la prevalencia de la tuberculosis en Camboya se redujo en casi un 45 %.

Colombia, uno de los países de América del Sur, con una población de 48 millones de habitantes, de los cuales 11 mil

200 han presentado casos de tuberculosis; 639 requirieron medicamentos más intensos y costosos. Por lo general, en este país la tuberculosis ataca a hombres de entre 25 y 34 años de edad. Colombia ofrece un tratamiento para la tuberculosis de ocho meses de duración. La tasa de curación es del 77 % y esperan incrementarlo al 85 % en los siguientes 4 años. La tuberculosis es uno de los principales problemas de salud en Colombia, por lo cual las instituciones y hospitales han hecho campañas para comunicar la prevención y el tratamiento correcto a seguir.

México es uno de los países con mayor riqueza cultural, el cual cuenta con 112 millones de personas. La incidencia de casos de tuberculosis marca 16 881 casos que representa 17.2 % en la tasa de morbilidad. La OMS tomó en cuenta a México como uno de los países con tasas de morbilidad intermedia (mayor de 25 y menor de 49 casos por 100 000 habitantes). Estas cifras iniciaron una alarma en la población para realizar actividades preventivas de manera intensiva y masiva.³⁵

Cuba ha sido uno de los países que ha ofrecido un control sanitario con respecto a esta enfermedad. En 1962 pusieron en marcha el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, el cual se caracteriza por contener 5 etapas fundamentales para el tratamiento sanatorio. Este programa ha disminuido los casos de tuberculosis en Cuba, que cuenta con una población de 11 242 000 habitantes.

Argentina, uno de los países con mayor presencia en el continente americano, también ha presentado casos de tuberculosis. Se calcula que se han dado 10 millones de nuevos casos de personas enfermas de tuberculosis en Argentina, de los cuales mueren aproximadamente 800

personas al año. Argentina cuenta con una población de 40 millones de habitantes.

Perú es el 2do. país con más carga de TB, el 2010 notificó 31 000 casos que representa el 12 % de la carga total para las Américas y el 5to. lugar en incidencia más alta (106 por 100 000 habitantes) después de Haití, Surinam, Bolivia y Guyana. El porcentaje de detección en relación al estimado fue del 100 % para el mismo periodo. En cuanto a la situación de TB Multiresistente el 2010, Perú fue el país con más carga estimada de casos (2190 casos) y que correspondía al 35 % de toda la región, basada en los estudios de vigilancia de la resistencia del país. Sin embargo, se notificaron solo al 48 % (1048) de los casos.

Sobre el análisis de cohortes o la condición de egreso de los pacientes, el 2009 de 31 844 casos notificados, 17 391 (54,6 %) fueron casos nuevos con TBP baciloscopía positiva, de estos, 14 212 iniciaron tratamiento (81,7 %) concluyéndolo con éxito el 81 %, con 6 % de abandonos, 9 % de no evaluados (1 279) y 3 % de fallecidos, lo que daría finalmente una cifra de más de 4 mil casos nuevos perdidos. En cuanto a casos previamente tratados de TBP, 1 de cada 4 son MDR, el mismo año se notificaron 4 324 casos pero solo el 50 % ingreso a tratamiento de los cuales, solo 70 % obtuvo un tratamiento exitoso.³⁶

2.3.3.3 Norma Técnica de la Estrategia Nacional de la Tuberculosis

El Ministerio de Salud modificó la norma técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis en el Capítulo de Tratamiento, con la finalidad de fortalecer el manejo programático de la enfermedad en el Perú, incorporando

nuevos conceptos, relacionados con las nuevas formas de resistencia a antibióticos y las estrategias terapéuticas necesarias para su control.

César Herrera Vidal, neumólogo y miembro de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de la TBP, indicó que esta modificatoria actualiza el tratamiento y está dirigida a optimizar los esquemas y lograr una mejor adherencia por parte del paciente.³⁷

También señaló que se están dando las pautas para el manejo de la Tuberculosis Extremadamente Resistente (TB XDR). Asimismo, refirió que el Esquema 2 ha sido eliminado. “Ya no se usa con esta norma”, enfatizó.

Explicó que el Esquema 2 comprendía una terapia combinada diseñada con medicamentos de primera línea para aquellas personas con tuberculosis quienes tenían el antecedente de haber recibido tratamiento anti TB por más de 30 días.

Ahora, con la Universalización de las Pruebas de sensibilidad en marcha, estos pacientes recibirán el Esquema Uno que se modificará según el resultado de la sensibilidad. Este esquema consiste en una terapia combinada de medicamentos de primera línea para personas con TB sin antecedentes de haber recibido tratamiento antituberculosis o, si lo recibieron, este fue por menos de 30 días consecutivos.

El funcionario del MINSA afirmó que en las próximas semanas se llevará a cabo la difusión de la actualización de la norma entre los equipos multidisciplinarios de los establecimientos de salud.

La norma encarga a la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) del MINSA, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN PCTB), la difusión, supervisión, monitoreo y evaluación del cumplimiento de la modificatoria en mención, así como la asistencia técnica para su implementación.

Asimismo, las Direcciones de Salud de Lima y las Direcciones Regionales de Salud o las que hagan sus veces en el ámbito regional, se encargarán de la implementación y el cumplimiento de lo dispuesto en la presente resolución ministerial. En un plazo máximo de 90 días calendario, la DGSP a través de la ESN PCTB, deberá actualizar la Norma Técnica Sanitaria N° 041-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis.

2.3.3.4 Tipos de tuberculosis

Existen dos tipos principales de tuberculosis:

Tuberculosis latente: La mayoría de las personas que son atacadas por la bacteria si están bien alimentadas pueden luchar contra ella y en muchas ocasiones ni se dan cuenta que padecieron la enfermedad ya que el organismo puede defenderse y detener la infección. En este caso, la bacteria se encuentra presente en el cuerpo, pero en forma latente o dormida y si las circunstancias son favorables puede volverse activa y producir la enfermedad.

Las personas con tuberculosis latente tienen las siguientes características:

- No tienen síntomas
- No se sienten enfermos

- No pueden transmitir la tuberculosis a otras personas
- Si se realizan una prueba tuberculina en piel, sale positiva
- Su cultivo de esputo (saliva) sale negativo
- Su radiografía de tórax puede ser normal
- Pueden desarrollar la enfermedad si no reciben un tratamiento oportuno

La enfermedad afecta no solamente al individuo que la tiene, sino también a los miembros de la familia. Una familia es, en efecto, el lugar de las relaciones afectivas más próximas y la aparición o la presencia de una enfermedad de esta gravedad la trastorna profundamente.³⁸

Tuberculosis activa: La tuberculosis puede permanecer latente o bien activarse si el sistema inmune de la persona está debilitado y no puede luchar contra la bacteria que la causa.

Las personas con tuberculosis pulmonar activa tienen las siguientes características:

- Presentan por lo general síntomas como tos, dolor en el pecho, tos con sangre, pérdida de apetito, escalofríos, sudoración, fiebre, entre otros.
- Se sienten enfermos
- Pueden transmitir la enfermedad a otras personas, a su alrededor como familiares y amigos.
- La prueba de tuberculina en la piel resulta positiva
- El cultivo de bacilos resulta positivo
- La radiografía de tórax revela daños en los pulmones

2.4 HIPÓTESIS

Hi: Funcionalidad familiar en familias de pacientes con tuberculosis de dos establecimientos de salud de la Microred Los Olivos según el APGAR familiar es baja.

2.5 VARIABLE

Funcionalidad familiar

2.6 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Es la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia, que son importantes para las relaciones interpersonales entre ellos y favorecen el mantenimiento de la salud.

2.7 DEFINICIÓN OPERACIONAL

Es la dinámica relacional interactiva y sistémica de las cinco funciones que son: adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos que se dan entre los miembros de las familias de los pacientes con tuberculosis de los establecimientos de salud de la Microred Los Olivos, que son importantes para las relaciones interpersonales entre ellos y favorecen el mantenimiento de salud de cada miembro de familia, además que permitirá la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación para una remisión oportuna y adecuada en los casos que sea necesario, todo ello será medido con el Cuestionario de APGAR familiar.

2.7.1 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Ver Anexo F

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. ASPECTOS METODOLÓGICOS

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, porque nuestro instrumento mide y cuantifica la variable funcionalidad familiar en valores cuantitativos.

Según el alcance de nuestra investigación, esta es descriptiva, porque buscábamos describir la funcionalidad familiar en las familias con pacientes de tuberculosis que pertenecen a los establecimientos de salud de la Microred de Los Olivos.

Según el periodo y secuencia del estudio nuestra investigación es transversal, porque la variable se estudia tal y como se encuentra en un determinado corte del tiempo.

3.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

En este estudio nosotros hemos trabajado con toda la población de ambos establecimientos de salud (n=30), teniendo en cuenta nuestros criterios de inclusión y exclusión; por tanto, en el trabajo de campo se abordaron a 30 familias de los pacientes que acuden al Programa de Control de Tuberculosis (PCT), que pertenecía a la ESN –PCT. En el proceso de ejecución se tuvo presente que la familia juega un rol importante en la fase de recuperación. Se coordinó para trabajar en dos

establecimientos de salud de la Microred Los Olivos. En el siguiente cuadro se puede observar la distribución de los pacientes y sus respectivas familias en los diferentes establecimientos de la Microred:

Tabla: C

N°	ESTABLECIMIENTO	FAMILIAS TOTALES	FAMILIAS ATENDIDAS
1	Puesto de Salud Sagrado Corazón de Jesús	19	15
2	Centro Materno Infantil Juan Pablo II	20	15

Fuente: P.S. Sagrado Corazón de Jesús y C.M.I. Juan Pablo II - 2013

3.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Paciente con Tuberculosis Sensible – Esquema I, que acude al ESN - PCTBC de los Establecimientos de Salud: Puesto de Salud Sagrado Corazón de Jesús y el Centro Materno Infantil Juan Pablo II.

3.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Familia unipersonal
- Paciente Multidrogo resistente y Extremadamente Drogo Resistente
- Paciente con alteraciones mentales

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En nuestra investigación como técnica de recolección de datos usamos la entrevista y como instrumento en nuestra investigación hicimos uso del cuestionario APGAR familiar.

3.3.1. DEFINICIÓN DEL APGAR FAMILIAR

El APGAR familiar es un cuestionario de cinco preguntas cuyo objetivo es evidenciar el estado funcional de la familia. Fue creado por Smilkstein en 1978, en la 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.³⁹

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 evaluación del recién nacido propuesta por la doctora Virginia Apgar y por ser un instrumento de fácil y rápida aplicación.

³⁹

El APGAR familiar es útil porque permite evidenciar el funcionamiento de la familia en un momento determinado. Se ha utilizado el APGAR familiar en diferentes circunstancias tales como el embarazo, depresión del posparto, condiciones alérgicas, hipertensión arterial y en estudios de promoción de la salud y seguimiento de familias. El APGAR familiar evalúa cinco funciones

consideradas básicas por el autor (adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos).⁴⁰

Los primeros estudios fueron validados en versión inglés, los cuales reportaron un índice de correlación de 0,80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless Satterwhite Family Function Index). Posteriormente, el APGAR familiar reportó en múltiples investigaciones índices de correlación que oscilaban entre 0,71 y 0,83, para diversas realidades y confiabilidad demostrada mediante test-retest.⁴⁰

La aplicación del cuestionario es sumamente rápida y sencilla no existiendo parámetros establecidos de tiempo. El APGAR familiar admite cinco alternativas de respuesta: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre. El puntaje es de 0, 1, 2, 3, 4, respectivamente, alcanzando un máximo de 20 puntos y el mínimo de 0 puntos. Las categorías de clasificación de la funcionalidad familiar son de buena función familiar, disfunción familiar leve, disfunción familiar moderado y disfunción familiar grave.⁴¹

3.3.2. PARÁMETROS DEL APGAR FAMILIAR

Los parámetros del APGAR se delinearon sobre la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento familiar y pueden manifestar el grado de satisfacción en el cumplimiento de los parámetros básicos de esta. Áreas que explora:

1. Adaptación

Evalúa la forma en el que los miembros de la familia utilizan los recursos intra y extrafamiliares en los momentos de grandes necesidades y periodos de crisis para resolver sus problemas y adaptarse a las nuevas situaciones.

2. Participación

Mide la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación con el grado de comunicación existente entre ellos en asuntos de interés común y en la búsqueda de estrategias y soluciones para sus problemas.

3. Ganancia

Hace referencia a la forma en que los miembros de la familia encuentran satisfacción en la medida en que su grupo familiar acepte y apoye las acciones que emprendan para impulsar y fortalecer su crecimiento personal.

4. Afecto

Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia en relación a la respuesta ante expresiones de amor, afecto, pena o rabia dentro del grupo familiar.

5. Recursos

Evalúa la satisfacción de cada miembro de la familia, en relación a la forma en que cada uno de ellos se compromete a dedicar tiempo, espacio y dinero a los demás. Los recursos son elementos esenciales en la dinámica.

3.3.3. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN

FAMILIAR: APGAR FAMILIAR

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. ⁴⁰ Ver Anexo N° 2

3.3.4. CLASIFICACIÓN DE FAMILIAS

En función del índice final se clasifica a las familias como:

- Normo Funcionales 18-20
- Leve Disfunción Familiar 14-17
- Moderada Disfunción Familiar 10-13
- Grave Disfunción Familiar 0-9

Propiedades psicométricas del cuestionario de APGAR familiar, validado en español por el bachiller de Psicología Ccoicca Miranda, Teófilo de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima. Perú. 2010

3.3.5. ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD

En la tabla D se observó que el Cuestionario APGAR familiar presentó un índice Alfa de Cronbach de 0,778 lo cual indicó que el instrumento presentó una consistencia interna adecuada.

Coeficiente Alfa para la escala total

Tabla D

Nº de casos	Nº de ítems	Alfa de Cronbach
261	5	0,778

Fuente: Ccoicca Miranda Teófilo. Análisis de Confiabilidad.

3.3.6. VALIDEZ DE CONSTRUCTO MEDIANTE LA TEORÍA DE ANÁLISIS – ÍTEM – TEST

La validez del instrumento refirió que esa herramienta sirvió para medir aquello que intentó medir. En toda oportunidad en la que se trasladó el uso potencial del instrumento a una nueva población humana fueron removidos los estudios que aportaron evidencia de validez.

En la tabla E se presentan los resultados de la validez de constructo por el método de análisis de ítem. Este método tuvo por objeto estimar el grado en que cada ítem contribuye al cual pertenece. De este modo se verificó que el instrumento mida lo que debe medir. Como se puede apreciar, los índices de correlación Ítems-Test fueron significativos (tomando como criterio de aceptación, correlaciones con significancia al $p > 0.05$) resulta que todos los coeficientes de correlación son significativos y son mayores a 0.30, por tanto, se pudo afirmar que el análisis ejecutado evidenció la validez del constructo del cuestionario APGAR Familiar.

3.3.7. ÍNDICE DE CORRELACIÓN ÍTEMS-TEST

Tabla: E

Ítems	<	p
1	0,368 **	0,000
2	0,339	0,000
3	0,341	0,000
4	0,520	0,000
5	0,730	0,000

Fuente: Ccoicca Miranda Teófilo. Correlación significativa al 0,01. ¹⁸

3.4. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó las coordinaciones con las responsables de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis de ambos establecimientos de salud, a través de ellas coordinamos para el acceso de la ejecución de nuestro instrumento.

Se elaboraron consentimientos informados, los cuales fueron presentados a los pacientes y familias que formaron parte de este estudio. La fecha de recolección de datos se programó para los meses de agosto y setiembre del presente año.

Para facilitar las coordinaciones con las autoridades pertinentes, la Universidad de Ciencias y Humanidades a través de la Facultad de Ciencias de la Salud elaboró las cartas de presentación, donde se especificó el grupo de estudiantes y el tema de investigación a desarrollarse.

Los datos se obtuvieron de las familias de los pacientes con tuberculosis a través del cuestionario del APGAR familiar. Las fuentes de la investigación se localizaron en ambos establecimientos de salud.

Una vez recolectado los datos, se elaboró una matriz con el programa SPSS 20, a continuación se procedió a llenar los datos en dicha matriz, para posteriormente desarrollar el análisis descriptivo del mismo.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación que involucró a seres humanos tuvo muy presente los aspectos éticos.

El consentimiento informado es la conformidad que expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable.⁴¹

El respeto a la confidencialidad de los datos que brindó la familia fue uno de los pilares de esta investigación.

Para elaborar nuestro consentimiento informado tomamos en cuenta lo siguiente:

- a) Iniciamos el documento señalando de dónde somos, para qué es el estudio y cuál es el objetivo de esta información, el objetivo estará señalado en forma clara y brevemente se dará a conocer cuál es el fin del estudio. Siempre usando términos comunes, evitando usar palabras técnicas, pensando en quién lo va a leer y que sea auto explicativo.
- b) En el procedimiento señalamos qué es lo que se iba a realizar para nuestro estudio y qué constaba por responder el cuestionario APGAR familiar.
- c) Señalamos cuáles eran los beneficios para el investigado y para el estudio.
- d) Señalamos que las respuestas al estudio son confidenciales.

- e) Tanto el investigado como nosotros firmamos al final del consentimiento dejando que todo sería estrictamente para el estudio, cuidando la integridad del paciente y la de su familia.
- f) En el transcurso de la aplicación del instrumento, se respetó el principio bioético de la autonomía, haciendo de su conocimiento que en cualquier momento podía dejar de ser parte de la investigación.

3.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Al ser un estudio descriptivo se utilizarán las pruebas variables estadísticas descriptivas básicas. Después de recolectar los datos, se elaboró una matriz en el programa SPSS 20, luego se procedió a ingresar los datos recolectados a la matriz, en la vista de datos creamos nuestra variable y los valores de cada ítem, sucesivamente realizamos la sumatoria de las variables y, por último, se realizó la recodificación de distintas variables para hallar los intervalos de cada valor final. A su vez, realizamos el análisis estadístico inferencial elaborando tablas de frecuencia y de porcentaje con los valores obtenidos. Estos datos fueron exportados al programa estadístico Excel, en base a la matriz del programa SPSS 20, logramos obtener gráficos de barras y pastel que arrojaron nuestros resultados de la investigación realizada.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

4.1.1 RESULTADOS GENERALES

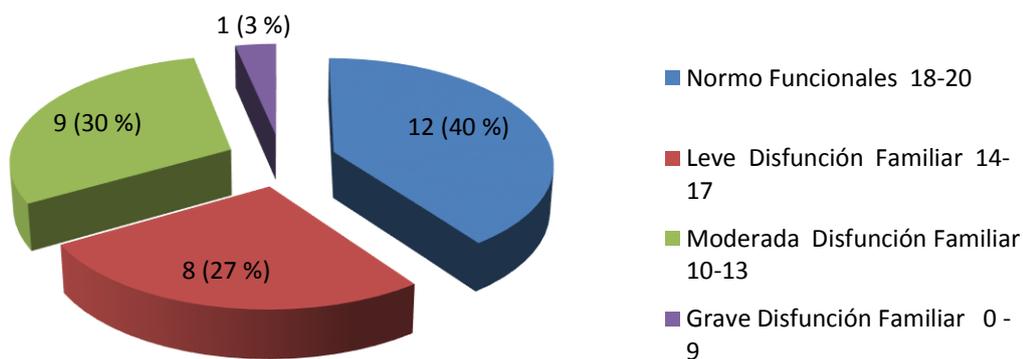
En el total de familias de pacientes encuestados, según sexo, evidencia que el mayor porcentaje de pacientes es de sexo femenino ($n= 20$) que representa el 66.7 % del total y según su edad, el mayor porcentaje de pacientes comprenden las edades entre 18 a 29 años, los cuales hacen un total de 16 pacientes, que representan el 53.3 % del total. (Ver Anexo N° C, N° D y N° E)

4.1.2 RESULTADOS SEGÚN OBJETIVOS

GRÁFICO 1

DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE PACIENTE CON TUBERCULOSIS
SEGÚN EL ESTADO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN
DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD,
LIMA – PERÚ, 2013

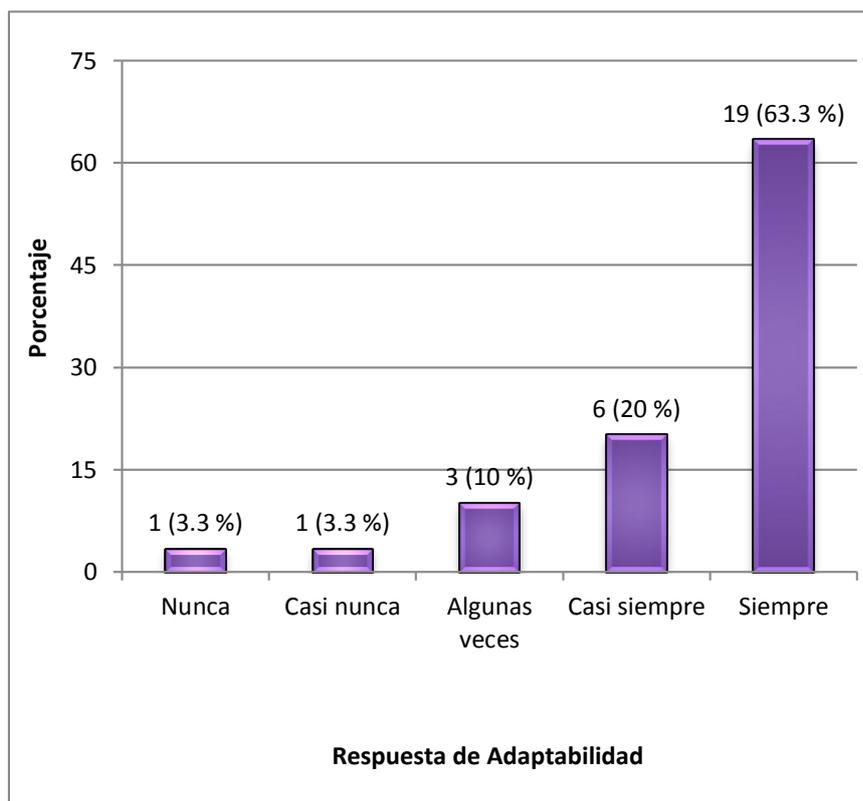
Funcionalidad Familiar



El gráfico 1 nos muestra el total de familias de pacientes encuestados, según su estado de funcionalidad familiar. Se evidencia que 12 familias representan el 40 % del total, son normo funcionales; 8 familias que representan el 27 % del total, son familias leve disfuncionales; 9 familias que representan el 30 % del total, son familias moderada disfuncionales y 1 familia que representa el 3 % del total, es grave disfuncional.

GRÁFICO 2

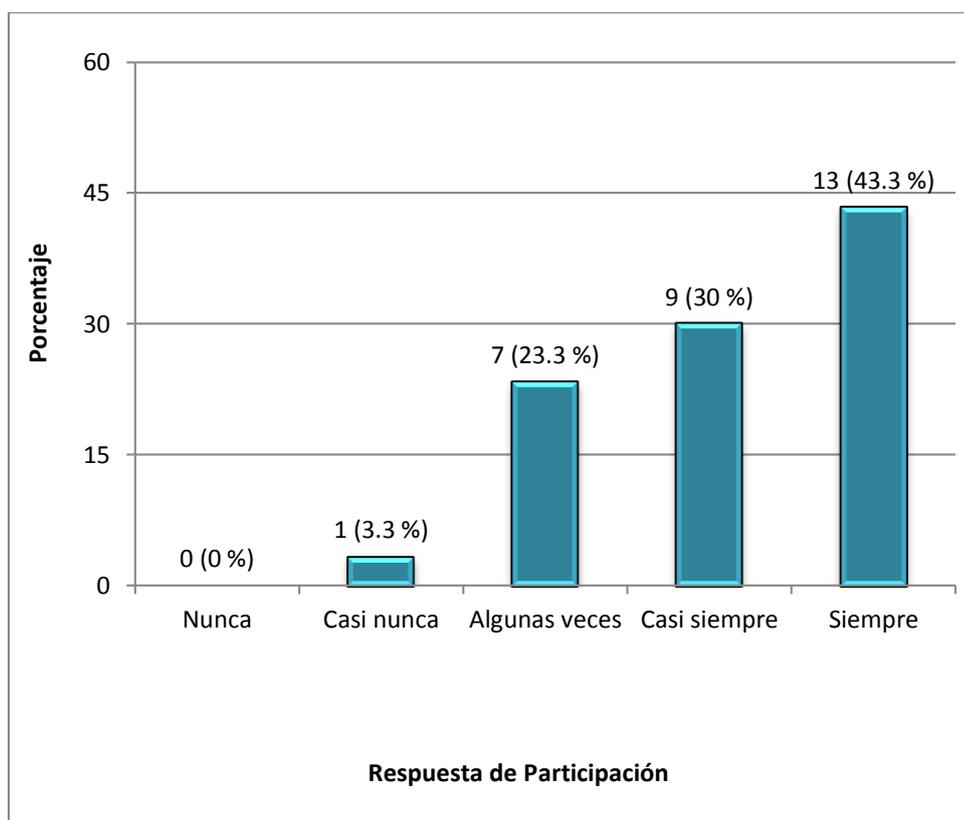
DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS
SEGÚN SU DIMENSIÓN DE ADAPTABILIDAD EN
DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD,
LIMA – PERÚ, 2013



El gráfico 2 nos muestra el total de familias de pacientes encuestados en su dimensión de Adaptabilidad. Se evidencia que el mayor porcentaje de pacientes recibe siempre ayuda de su familia ante un problema y/o necesidad 19 (63,3 %), y que solo un pequeño porcentaje 1 (3,33 %), no recibe ayuda de su familia ante un problema y/o necesidad.

GRÁFICO 3

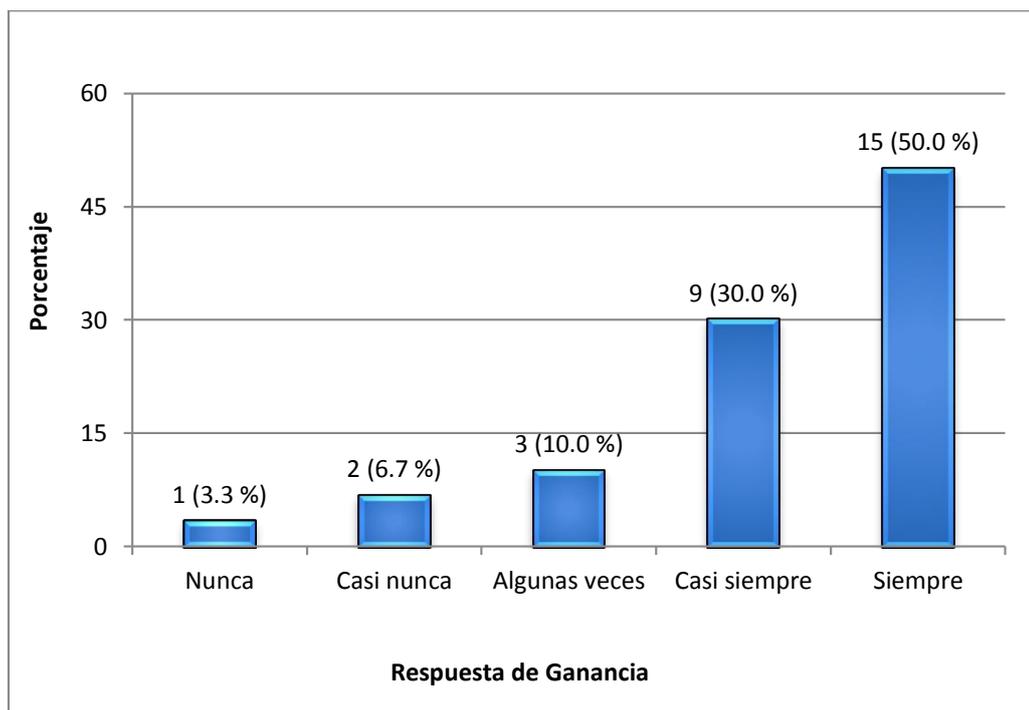
DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS
SEGÚN SU DIMENSIÓN DE PARTICIPACIÓN EN DOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD,
LIMA – PERÚ, 2013



El gráfico 3 nos muestra el total de familias de pacientes encuestados en su dimensión de Participación. Se evidencia que el mayor porcentaje de pacientes corresponde a familias que siempre hacen partícipe de la toma de decisiones en la solución de sus problemas 13 (43,33 %), también se evidencia que ningún paciente es excluido de la toma de decisiones en la solución de sus problemas evidenciado con 0 % en la opción Nunca.

GRÁFICO 4

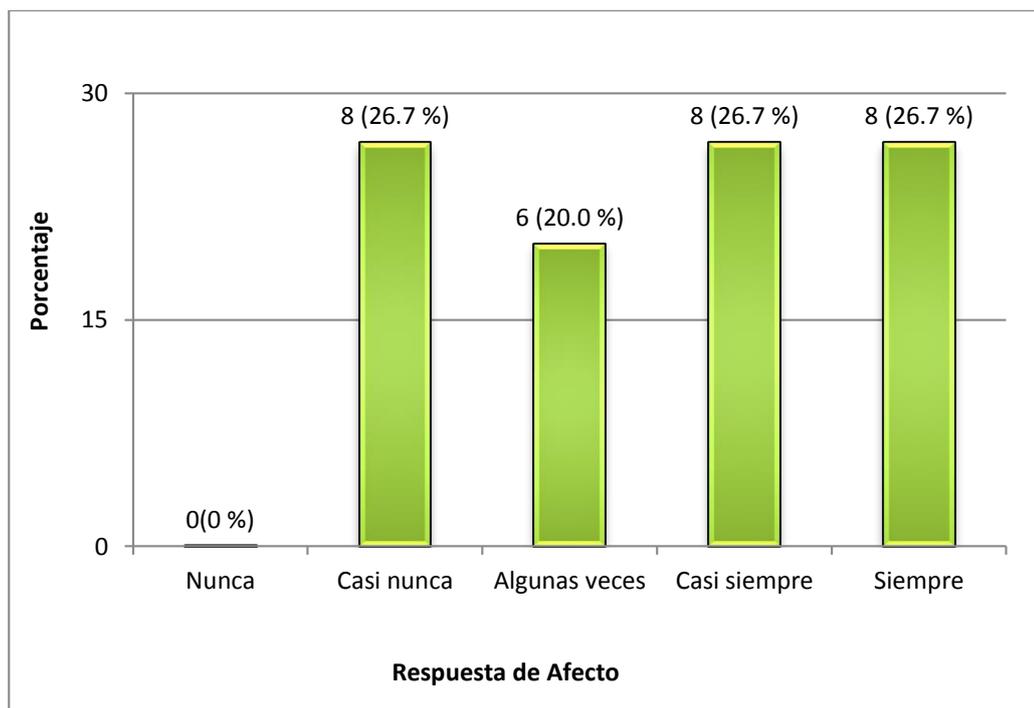
DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS
SEGÚN SU DIMENSIÓN DE GANANCIA EN DOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD,
LIMA – PERÚ, 2013



El gráfico 4 nos muestra el total de familias de pacientes encuestados en su dimensión Ganancia. Se evidencia que el mayor porcentaje de pacientes, la familia siempre acepta y apoya sus deseos de emprender nuevas actividades 15 (50 %) y en un bajo porcentaje los pacientes nunca sienten el apoyo familiar 1 (3,3 %).

GRÁFICO 5

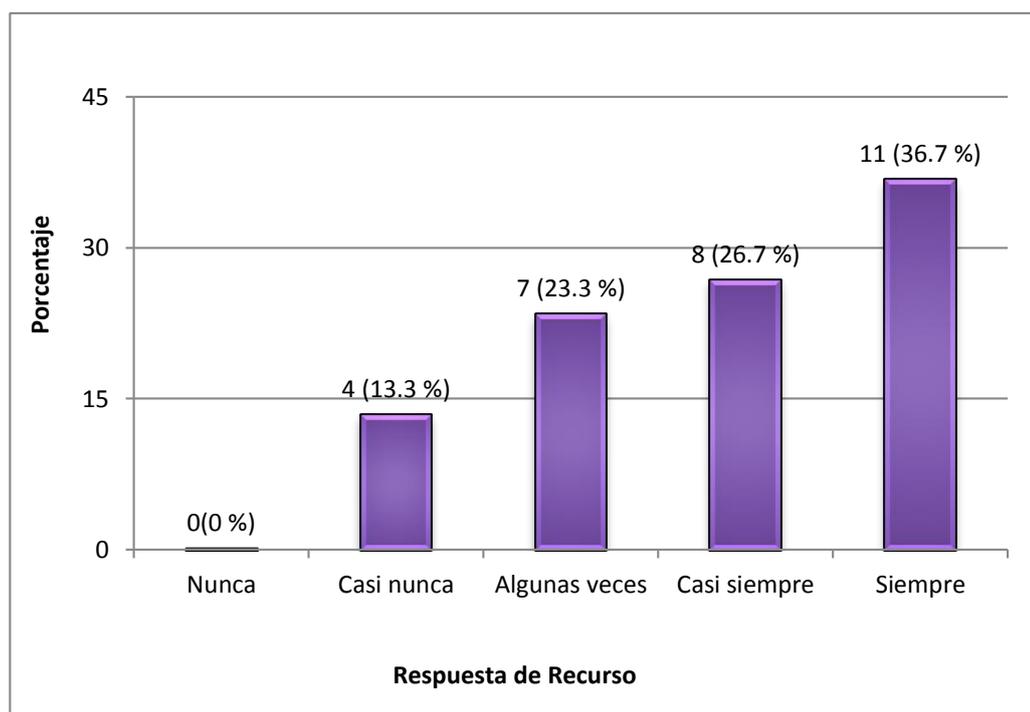
DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS
SEGÚN SU DIMENSIÓN DE AFECTO, EN DOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD,
LIMA – PERÚ, 2013



El gráfico 5 nos muestra el total de familias de pacientes encuestados en su dimensión Afecto. Donde se evidencia que las familias siempre expresan afectos y responden a las emociones del paciente 8 (26.7 %), pero también hay un porcentaje donde las familias casi nunca expresan afectos ni responden a las emociones del paciente (26,7 %).

GRÁFICO 6

DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS
SEGÚN SU DIMENSIÓN DE RECURSO EN DOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD,
LIMA – PERÚ, 2013



El gráfico 6 nos muestra el total de familias de pacientes encuestados en su dimensión Recurso. Donde se evidencia que las familias siempre comparten tiempo, espacio y dinero con el paciente 11 (36.6 %), pero un pequeño porcentaje casi nunca comparte tiempo, espacio ni dinero con el paciente 4 (13.33 %).

4.2. DISCUSIÓN

La investigación permitió determinar la funcionalidad de las familias de los pacientes con tuberculosis y enfatizar la vulnerabilidad de esta enfermedad.

Actualmente, las familias están más propensas a problemas de salud, debido a diferentes factores, entre ellos factores biológicos, ambientales, sociales, culturales, etc., los cuales generalmente no son percibidos por sus miembros. Por lo tanto, es conveniente y oportuno identificar los problemas de la familia para elaborar estrategias pertinentes acordes a la situación de cada una de estas.

Nuestro estudio se basa en el puntaje total del instrumento de APGAR Familiar, la cual presenta como valor final: Buena función familiar (18 – 20 puntos), Disfunción familiar leve (14 – 17 puntos), Disfunción familiar moderada (10 – 13 puntos), Disfunción familiar severa (9 a menos).

De los diez estudios antecedentes, los estudios de Gabriela Rodríguez, Dulce Méndez, Luis Herrera y Teófilo Ccoicca, utilizaron al igual que nosotras como instrumento de recolección de datos el APGAR familiar. De los estudios señalados anteriormente dos fueron realizados en México, uno en Venezuela y uno en Perú, en el caso de los tres internacionales se trabajó con la población completa, y a diferencia del estudio que se realizó en nuestro país se trabajó con muestra.

En cuanto a nuestro objetivo general que es determinar la funcionalidad familiar, encontramos que dieciocho familias que representan el 60 % del total son disfuncionales, y las doce familias que representan el 40 % son funcionales. Estos hallazgos son muy parecidos en los encontrados en

los estudios de Gabriela Rodríguez, Teófilo Ccoicca, María Ortiz; dos estudios son la excepción, nos referimos a los estudios de Luis Herrera realizado en Venezuela en el año 2007 y Silvia Reyes realizado en Perú en el año 2009 que dan como resultado una mayor proporción de familias funcionales. Las razones que explican esta mayor proporción de familias funcionales se debe a que el estudio realizado en Venezuela, encontraron que a mayor red de apoyo social mayor es la funcionalidad familiar en estos pacientes; en el caso del estudio realizado en Perú, el autor señala que la funcionalidad alta se debe a mayor afecto y comunicación entre los miembros de la familia.

En cuanto a los estudios que arrojaron resultados con una mayor cantidad de familias disfuncionales, el resultado que tiene más coincidencia con nuestro estudio es el desarrollado por Gabriela Rodríguez realizado en México en el año 2004, en cuanto a las familias disfuncionales en nuestro caso representa el 60 % y en el estudio mexicano representa el 61 %, y en caso de familias funcionales en nuestro estudio representó el 40 % y en el estudio mexicano representa un 39 % del total.

Otra coincidencia es que en ambos estudios se trabajó con población completa y que la población fue abordada en sus domicilios y en sus centros de salud, en cuanto al método ambos estudios fueron descriptivos – transversales.

En cuanto a las dimensiones de nuestro estudio que son adaptabilidad, participación, ganancia, afecto y recurso, podemos afirmar que el estudio de Teófilo Ccoicca realizado en Perú en el año 2010 coincide con nuestro estudio en su dimensión afecto, la cual es la más vulnerada, ya que las familias nunca o casi nunca expresan su afecto.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Las familias de los centros de salud: Centro Materno Infantil Juan Pablo II y Puesto de Salud Sagrado Corazón de Jesús de la Microred Los Olivos 2013, presentan Disfuncionalidad Familiar.
- La mayoría de las familias de ambos establecimientos de salud trabajados tienen una adaptabilidad alta ya que los integrantes de dichas familias satisfacen sus necesidades mutuamente.
- Casi la mitad de las familias encuestadas refieren que hacen partícipe a su paciente en cuanto a la toma de decisiones, lo cual se refleja en la dimensión de participación.
- Casi la mayoría de familias encuestadas de ambos establecimientos de salud apoyan parcialmente a las emociones o ganas de emprender del paciente.
- La mayoría de familias encuestadas tienen un afecto bajo ya que las familias no expresan afecto para con el paciente.
- La mayoría de familias encuestadas tienen poco espacio, tiempo y dinero para compartir con el paciente.

5.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda dar continuidad al proceso de investigación de familias en los centros de salud realizando estudios que permitan diseñar y ejecutar planes de acción familiares y comunitarios, con el fin de fortalecer la funcionalidad familiar y aumentar la adherencia al tratamiento y contribuir al desarrollo del conocimiento de Enfermería familiar.
- Integrar los estudios de Funcionalidad Familiar dentro de los programas de salud familiar o integrarse a los sistemas de vigilancia comunitaria.
- Socializar los resultados de la presente investigación a las autoridades de salud de la comunidad, a las autoridades de la junta directiva de los centros de salud, a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades, a fin de dar a conocer los resultados que sirvan de referencia en la toma de decisiones de las políticas sociales y de salud en la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Azevedo, F. Nuevas Formas de Familia - Perspectivas Nacionales e Internacionales. Uruguay: UNICEF – UDELAR; 2009
2. Vargas, I. Familia y Ciclo Vital Familiar. 1-9.
3. Herrera, P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. Rev Cubana Med gen Integr 1997;13(6):591-5
4. Ortiz, M. La Salud Familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(4):439-45.
5. Colectivo de autores. Enfermería Familiar y Social. La Habana: Ciencias Médicas. 2013.
6. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Marzo 2014. Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
7. Salinas, E. Cerca de 30 mil peruanos sufren de tuberculosis. La República.pe 2011.web: <http://www.larepublica.pe/12-09-2011/cerca-de-30-mil-peruanos-sufren-de-tuberculosis>
8. Francoise, M. Cuidar es desarrollar las capacidades de vivir. Boletín de Enfermería Comunitaria. 2013; (6):6
9. Ponte, J. Reseña Histórica de los Olivos, Lima Perú. Diario Lima Norte. 2010
10. Crea en la provincia de Lima el distrito de “Los Olivos” que tendrá como capital el núcleo urbano las palmeras. Diario el peruano. 1989
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Datos demográficos del distrito de Los Olivos. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2010.

12. Ministerio de Salud. Establecimientos de la Microred Los Olivos. Perú: Ministerio de Salud; 2012.
13. Rodríguez, G. Rodríguez, I. Disfunción familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica. Rev Med IMSS. 2004; 42.
14. Méndez, D. Gómez, V. García, M., Pérez, J. y Navarrete, A. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS. 2004;42.
15. Reye,s A. y Castañeda, V. Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal [artículo en línea]. MEDISAN 2006;10(4):<http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_4_06/san05406.htm>
16. Herrera, L. Quinteros, O. y Hernández, M. “Funcionalidad y red de apoyo familiar en pacientes diabéticos. Tipo 2. Servicio de endocrinología”, ACADEMIA. 2007; VOL. VI.
17. Ortiz, M., Louro, I., Jiménez, L. y Luis, Silva C. “La salud familiar. Caracterización en un área de salud”. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999; v.15: 1-7.
18. Miranda, C. Bullying y Funcionalidad Familiar en una Institución Educativa del distrito de Comas [tesis de licenciatura en Psicología]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2010.
19. Reyes, S. Valderrama, O. Ortega, K.. y Chacón, M. Funcionalidad familiar y estilos de vida saludables. Asentamiento Humano Nuevo Paraíso-distrito de Pativilca, 2009. Rev. Aporte Santiaguino 2010; 3(2): 214 – 221.
20. Baldeón, N. Relación entre el clima social familiar y nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten a centro materno Infantil Tablada de Lurín – Villa María del Triunfo 2006. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.

21. Tacuri, M. Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Primavera El Agustino, 2009. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
22. Cruz, M. Percepción del paciente con tuberculosis sobre el apoyo emocional que le brinda su grupo familiar y el personal de salud en la satisfacción de sus necesidades emocionales en el Centro de Salud Tablada de Lurín, 2010. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
23. Darías Curvo S. La familia como unidad de atención enfermera. En: Campo Osaba MA. Enfermería comunitaria. Vol.I. Colección enfermería S21. 2ª ed. Madrid: Difusión de Avances de Enfermería (DAE); 2009.p.166 – 177
24. Horwitz, N. Florenzano, R. y Ringeling, I. Familia y Salud Familiar. Un Enfoque para la Atención Primaria. Bol Of Sanit Panam.1985 ; 98(2), P.144-155
25. Condori, L. Funcionamiento familiar y situaciones de crisis de adolescentes infractores y no infractores en Lima Metropolitana. [tesis de bachiller]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
26. Ramírez, M. Funcionalidad Familiar en adolescentes de Preparatoria. febrero 2004
27. Ministerio de Salud. Familia. Perú: Ministerio de Salud; 2011. Web: <http://www.minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/familias.htm>
28. Vargas, I. Familia y Ciclo vital familiar. Web: <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/doctos/descargas/4.1%20CICLO%20VITAL%20DE%20LA%20FAMILIA.pdf>

29. Cibanal, J. Aspectos psicoemocionales del paciente oncológico, familia y equipo profesional. En: Bondyale Oko T. Enfermería en Cuidados Paliativos. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2007. p. 223-272.
30. Enciclopedia Británica en Español, 2009. Web: <http://estudiosdefamilia.blogspot.com/2008/08/una-definicion-familia-segn-la.html>
31. Osorio, A. Alvarez, A. Introducción a la Salud Familiar. 1 Ed. San José, Costa Rica, 2004
32. Baster, J. Durán, L. y Roy, M. La Familia. Una visión necesaria para la Atención Primaria de Salud. Correo Científico Médico de Holguín 2005; p.1-11
33. Reyes, S. Valderrama, O. Ortega, K. y Chacón, K. Funcionalidad familiar y estilos de vida saludables. Asentamiento Humano Nuevo Paraíso-distrito de Pativilca, 2009.2010; 8 (1): p. 1- 8.
34. Gonzales D., Hernandez .E. Un, T. Barbeito, R. García, S. Quispe, L. et al Cuidados enfermeros en la prevención y control de la tuberculosis pulmonar. Metas de Enferm sep 2006; 9(7): 63-68
35. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. Perú: Organización Mundial de la Salud; 2004
36. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la tuberculosis en el Perú. Perú: Organización Panamericana de la Salud; 2012
37. García, A. Hernández, V. Riesgos laborales relacionados con el área quirúrgica. En: García García M.A., Hernández Hernández V., Montero Arroyo R. y Ranz Gonzalez R. Enfermería de Quirófano. Vol. I. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2005. p. 275-305

38. Ministerio de Salud. Norma Técnica de la Estrategia Nacional de la Tuberculosis. Perú: Ministerio de Salud; 2009
39. Estrella, E. Suarez, M. Introducción al Estudio de la Dinámica Familiar. RAMPA .2006;1(1):38-47
40. Palomino, A. Suárez, M. RAMPA, 2006. 1(1):48-57.
41. Norma Técnica de la Historia Clínica de los establecimientos del sector Salud n.t. nº 022-minsa/dgsp-v.02

ANEXOS

ANEXO A: MATRIZ DE TIPO Y DISEÑO

MATRIZ DE TIPO Y DISEÑO			
TÍTULO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLE	TIPO DE VARIABLE POR SU NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN
Funcionalidad Familiar en familias de pacientes con tuberculosis de dos establecimientos de salud de la Microred Los Olivos - 2013	Funcionalidad familiar	Cualitativa	Ordinal

Fuente: Metodología de la Investigación Científica

**ANEXO B: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR:
APGAR FAMILIAR**

ÍTEMS	Nunca (0)	Casi nunca (1)	Algunas veces (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)
a) Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
b) Me satisface la participación que mi familia brinda y permite.					
c) Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades					
d) Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.					
e) Me satisface cómo compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en la casa, c) El dinero					

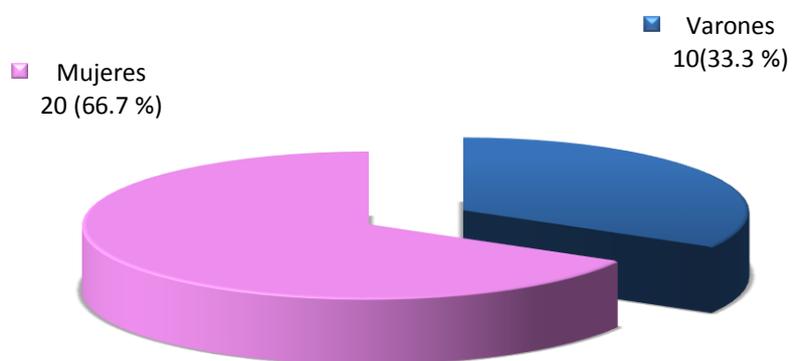
**ANEXO C: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE PACIENTE CON
TUBERCULOSIS SEGÚN EDAD Y SEXO EN DOS**

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD,

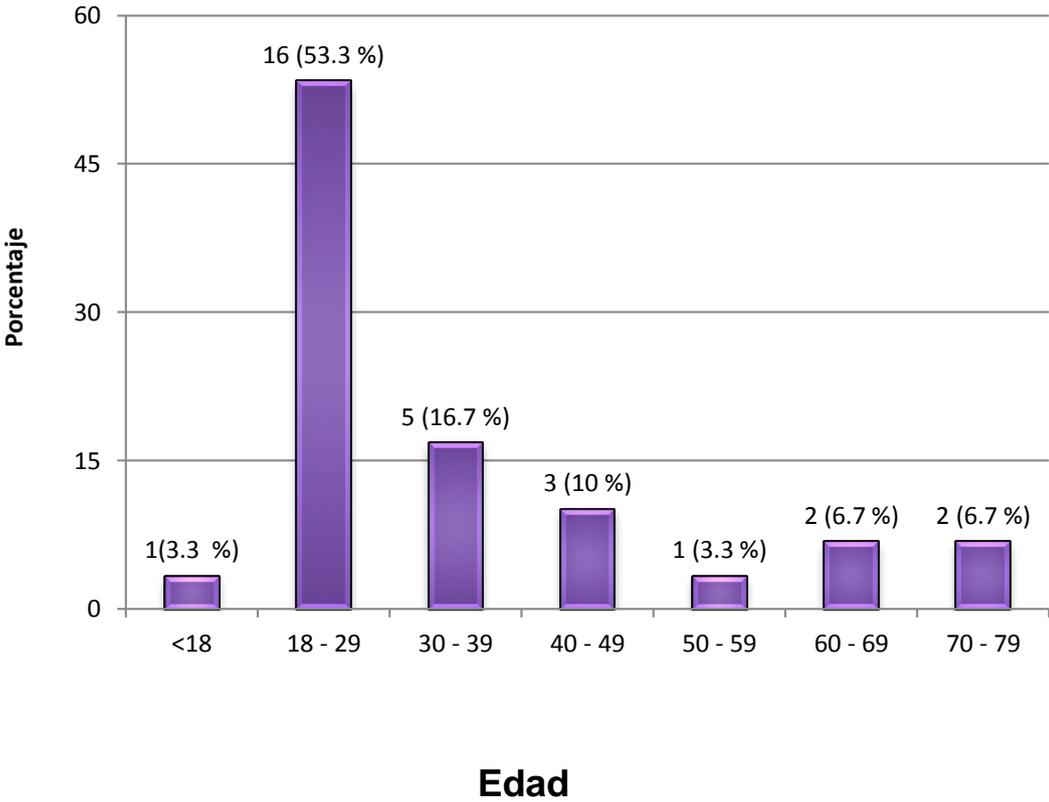
LIMA – PERÚ, 2013

	n	%
Sexo		
MASCULINO	10	33.3
FEMENINO	20	66.7
Edades		
<18	1	3.3
18 - 29	16	53.3
30 - 39	5	16.7
40 - 49	3	10.0
50 - 59	1	3.3
60 – 69	2	6.7
70 – 79	2	6.7

**ANEXO D: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE PACIENTE CON
TUBERCULOSIS SEGÚN SEXO EN DOS
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD,
LIMA – PERÚ, 2013**



**ANEXO E: DISTRIBUCIÓN DE LAS FAMILIAS DE PACIENTE CON TUBERCULOSIS
SEGÚN EDAD, EN DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
LIMA – PERÚ, 2013**



ANEXO F: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Funcionalidad Familiar en familias de pacientes con tuberculosis en los establecimientos de salud de la Microred Los Olivos – 2013

Autores: Girón de la Cruz Mery, Robles Hurtado Isabel y Santiago Yalan Merly

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES
<p>¿Cuál es el estado de la Funcionalidad Familiar en familias de pacientes con Tuberculosis de dos Establecimientos de Salud de la Microred Los Olivos - 2013?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>¿Cuál es el estado de la Funcionalidad Familiar según su dimensión adaptabilidad, en familias de pacientes con Tuberculosis de dos Establecimientos de Salud de la Microred Los Olivos – 2013.</p> <p>¿Cuál es el estado de la Funcionalidad Familiar según su dimensión participación en familias de pacientes con Tuberculosis de dos Establecimientos de Salud de la Microred Los Olivos – 2013.</p> <p>¿Cuál es el estado de la Funcionalidad Familiar según su dimensión ganancia en familias de pacientes con Tuberculosis de dos Establecimientos de Salud de la Microred Los Olivos – 2013.</p> <p>¿Cuál es el estado de la Funcionalidad Familiar según su dimensión afecto en familias de pacientes con Tuberculosis de dos Establecimientos de Salud de la Microred Los Olivos – 2013.</p> <p>¿Cuál es el estado de la Funcionalidad Familiar según su dimensión recurso en familias de pacientes con Tuberculosis de dos Establecimientos de Salud de la Microred Los Olivos – 2013.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar el estado de la Funcionalidad Familiar en familias de pacientes con Tuberculosis de dos Establecimientos de Salud de la Microred Los Olivos - 2013</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Determinar el estado de la Funcionalidad Familiar según su dimensión adaptabilidad, en familias de pacientes con Tuberculosis de dos Establecimientos de Salud de la Microred Los Olivos – 2013.</p> <p>Determinar el estado de la Funcionalidad Familiar según su dimensión participación en familias de pacientes con Tuberculosis de dos Establecimientos de Salud de la Microred Los Olivos – 2013.</p> <p>Determinar el estado de la Funcionalidad Familiar según su dimensión ganancia en familias de pacientes con Tuberculosis de dos Establecimientos de Salud de la Microred Los Olivos – 2013.</p> <p>Determinar el estado de la Funcionalidad Familiar según su dimensión afecto en familias de pacientes con Tuberculosis de dos Establecimientos de Salud de la Microred Los Olivos – 2013.</p> <p>Determinar el estado de la Funcionalidad Familiar según su dimensión recurso en familias de pacientes con Tuberculosis de dos Establecimientos de Salud de la Microred Los Olivos – 2013</p>	<p>H_i: Funcionalidad Familiar en familias de pacientes con tuberculosis de dos establecimientos de salud de la Microred Los Olivos según el APGAR FAMILIAR trabajado en este proyecto es baja.</p> <p>H₀: Funcionalidad Familiar en familias de pacientes con tuberculosis de dos Establecimientos de Salud de la Microred Los Olivos según el Apgar Familiar no es baja.</p>	<p>Funcionalidad Familiar</p>	<p>Adaptabilidad</p> <p>Participación</p> <p>Ganancia</p> <p>Afecto</p> <p>Recurso</p>

ANEXO G: CONSENTIMIENTO INFORMADO



TÍTULO DE INVESTIGACIÓN:

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN FAMILIAS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS DE DOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA MICRORRED LOS OLIVOS 2013.

BREVE DESCRIPCIÓN

El trabajo de investigación está siendo desarrollado por las estudiantes de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades y tiene como **objetivo determinar** el estado de la funcionalidad familiar en familias de pacientes con tuberculosis de dos establecimientos de salud de la Microred Los Olivos 2013, siendo su comunidad una de las seleccionadas para participar en este estudio.

La participación de usted y su familia en este estudio es completamente **voluntaria y confidencial**.

La información que usted y su familia nos proporcione serán manejados **confidencialmente**, pues solo los investigadores tendrán acceso a esta información, **por tanto, será protegida**.

La aplicación del instrumento tiene una duración aproximada de 20 minutos y consiste en realizarle una serie de preguntas acerca de la adaptabilidad, participación, ganancia, afecto y recursos que recibe usted de su familia, cuya información será analizada por las estudiantes de Enfermería de la Universidad de Ciencias y Humanidades y los resultados mostrados serán de la comunidad en conjunto y NO de manera individualizada.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre este trabajo de investigación por favor comuníquese con:.....al teléfono:.....

DECLARACIONES Declaro mediante este documento que he sido informado plenamente sobre el trabajo de investigación, asimismo se me informó del objetivo del estudio y sus beneficios, se me ha descrito el procedimiento y me fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello.

En consecuencia, doy mi consentimiento para participar en el estudio descrito:

.....
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE

.....
FIRMA

.....
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENCUESTADOR

.....
FIRMA

FECHA:

--	--	--

ANEXO H: EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



INVESTIGADORAS Y ASESORA EN EL CMI JUAN PABLO II



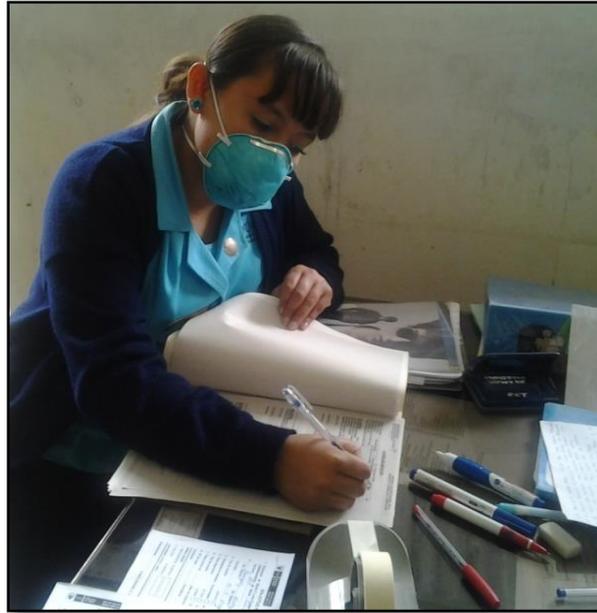
INVESTIGADORAS Y PACIENTE EN EL PCT DEL CMI DE JUAN PABLO II



COORDINANDO CON EL JEFE DEL CMI JUAN PABLO II



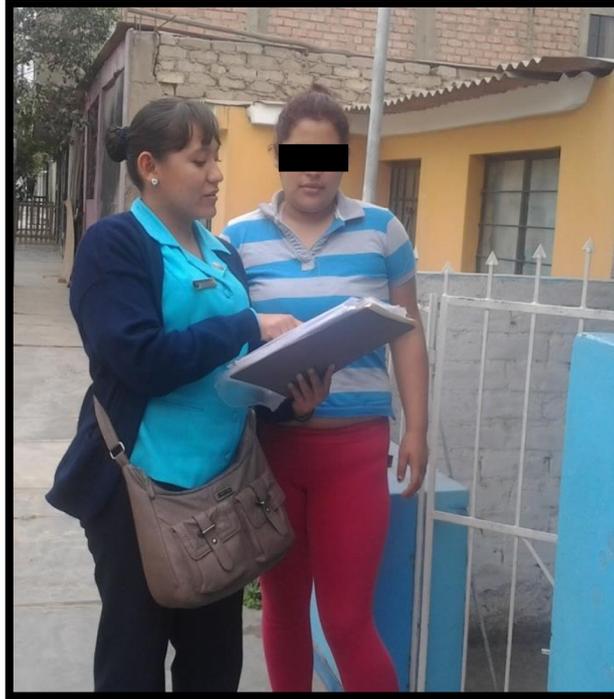
**COORDINANDO CON LOS RESPONSABLES DEL PCT DEL PS. SAGRADO
CORAZÓN DE JESÚS**



RECOLECTANDO INFORMACIÓN SOBRE LOS PACIENTES DEL PCT



APLICANDO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO



APLICANDO EL INSTRUMENTO



APLICANDO EL INSTRUMENTO