

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN
CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES CON TUBERCULOSIS, MICRORED
CONO NORTE. TACNA 2016

TESIS

Presentada por:

Lic. Luida Rosmery Choque Mamani

Para optar el Título de Segunda Especialidad en:

ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA

TACNA - PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de La Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería

**EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN
CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
CON TUBERCULOSIS, MICRORED CONO NORTE. TACNA 2016**

TESIS

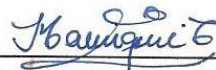
Presentada por:

LIC. LUIDA ROSMERY CHOQUE MAMANI

Para optar en Título de Segunda Especialidad en:


ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA

Aprobado por UNANIMIDAD, ante el siguiente Jurado:



**Dra. Ingrid María Manrique Tejada
PRESIDENTA**


**Dra. Elva A. Maldonado de Zegarra
JURADO**


**Dra. Elizabeth B. Huerta Tovar
JURADO**


**Dra. María Dalila Salas de Cornejo
ASESORA**

DEDICATORIA

A:

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mis padres Marcelina y Nicolás, por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyaron, gracias por darme una carrera y continuar con mis logros profesionales para mi futuro, todo esto se los debo a ustedes.

AGRADECIMIENTO

- A los gerentes de cada uno de los establecimientos de salud de la Microred Cono Norte, que me permitieron ingresar a los servicios de Personas Afectadas por Tuberculosis (P.A.T.).
- A las licenciadas, colegas encargadas de Personas Afectadas por Tuberculosis (P.A.T.) que me apoyaron brindándome la información necesaria para mi investigación.
- A la asesoría de Tesis por la Dra. María Dalila Salas de Cornejo por su valiosa colaboración y orientación profesional en la asesoría del presente trabajo de investigación.
- A la Unidad Segunda Especialidad Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann mi alma mater por continuar con mi formación profesional.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	1
 CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1. Fundamentos y formulación del problema.....	3
2. Objetivos.....	8
3. Justificación.....	9
4. Formulación de la hipótesis.....	11
5. Operacionalización de variables.....	11
 CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	
1. Antecedentes de la investigación	18
2. Bases teóricas.....	23
3. Definición conceptual de términos.....	70

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. Tipo de estudio	72
2. Población y muestra.....	72
3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	74
4. Procedimientos de recolección de datos.....	83
5. Procesamiento de datos.....	84

CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS

1. Resultados.....	85
2. Discusión.....	104

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

RESUMEN

El presente estudio se realizó en la Microred Cono Norte a los pacientes que pertenecen al servicio de Personas Afectadas por la Tuberculosis (P.A.T.), con el objetivo de determinar la relación entre la efectividad de la funcionalidad familiar y el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis. Para tal efecto se realizó un estudio de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, para la recolección de datos se aplicó el instrumento Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (E-EEF 20) diseñada por Marie-Luise Friedemann, el cual refleja la efectividad del funcionamiento familiar. Para la calificación de adherencia al tratamiento del paciente se obtuvo a través de la revisión de las historias clínicas de los pacientes. Para la relación entre variables se utilizó la prueba de Chi cuadrado con 95% de confiabilidad y significancia de $p < 0.05$. Se concluye que existe relación significativa directa entre la efectividad de la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis.

Palabras Clave: Efectividad de la Funcionalidad Familiar, Adherencia al tratamiento y Tuberculosis pulmonar.

ABSTRACT

The present study was conducted in the Microred Cono Norte to patients belonging to the service of People Affected by Tuberculosis, with the objective of determining the relationship between the effectiveness of family functionality and the level of adherence to treatment in patients with Tuberculosis. For this purpose, a descriptive, cross-sectional, cross-sectional study was performed for the data collection. The Family Performance Effectiveness Scale (E-EEF 20) was designed by Marie-Luise Friedemann, which reflects the effectiveness Of family functioning. For the classification of adherence to the treatment of the patient was obtained through the review of the patients' medical records. Chi square test was used for the relationship between variables with 95% confidence and significance of $p < 0.05$. We conclude that there is a direct significant relationship between the effectiveness of family functionality and adherence to treatment in patients with tuberculosis.

Key Words: Effectiveness of Family Functionality, Adherence to Treatment and Pulmonary Tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

Según el Informe Global sobre Tuberculosis 2016 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Perú se registraron 1,261 casos de la variante Multidrogo Resistente (MDR), frente a los 759 de Brasil, los 44 de Bolivia y los 81 de Haití. Actualmente, Perú es el segundo país de América Latina en números de casos de esta enfermedad infecciosa después de Brasil, a pesar de que su población (31 millones) es más de seis veces inferior (207 millones), según cifras de la Organización Mundial de la Salud (1).

Tacna es la segunda región a nivel nacional, llegando a registrar durante el año 2007 al 2016 un total de 4620 casos. La responsable de la Estrategia de Prevención y Control de la Tuberculosis del nosocomio del Ministerio de Salud de Tacna, sostuvo que muchos pacientes abandonan el tratamiento y por eso su estado empeora evolucionando de Tuberculosis Sensible a Tuberculosis Multidrogo Resistente (MDR) y Tuberculosis Extremadamente Resistente (XDR) (2). En investigaciones revisadas Pinedo Ch. Concluye que los aspectos personales constituyen

un factor importante en el nivel de Adherencia al tratamiento antituberculoso, son en su mayoría los referentes al rechazo y falta de apoyo por parte de la familia (3). Dentro de los aspectos personales es propio resaltar a la familia puesto que según Friedemann las familiares saludables permiten a cada miembro de la familia obtener congruencia personal y controlar la ansiedad, a través de los propósitos de estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad mediante las estrategias de cambio, mantenimiento, cohesión e individuación; y así lograr la congruencia en la familia, con la cual enfrenta las etapas del ciclo vital, las crisis y el logro de sus metas de tal forma que permita la satisfacción de sus miembros y garantice la permanencia del grupo familiar (4).

Por lo tanto siendo de conocimiento en el saber del personal de enfermería que la tuberculosis requiere de una atención no solo clínica y farmacológica sino más bien de un enfoque integral, social y cultural. Si bien es cierto el escenario que rodea a los pacientes con Tuberculosis es variado, el profesional de enfermería es quien debe asumir un rol protagónico en la prevención y control de esta enfermedad planteando intervenciones realmente integrales.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1. FUNDAMENTOS Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La tuberculosis continúa siendo un importante problema de salud global, en el año 2014 a nivel mundial se estimó que, alrededor de 9.6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,5 millones murieron a causa de esta enfermedad. Además, se estimó también que 480 mil personas desarrollaron tuberculosis multidrogo resistente (TB-MDR) y 190 mil murieron a causa de esta (1).

En la Región de las Américas y el Caribe, para el año 2012 se estimó una incidencia de tuberculosis de 29 casos por 100 mil habitantes, dos tercios de los casos nuevos tuvieron lugar en los países del área andina de América del Sur. Además el 60% de los casos nuevos se concentraron en cuatro países, siendo Haití, Bolivia, Guyana y Perú los países que reportan las más altas tasas de incidencia en toda la región de las Américas y el Caribe. En los

últimos 10 años se pasó de tener porcentajes de abandono por debajo de 4% en el período 2001-2006 a tener casi 7% de abandono por la cohorte de los años 2011 al 2013, situación que requiere una evaluación urgente, que permita fortalecer la estrategia para disminuir esta situación ya que estos pacientes pueden seguir transmitiendo la enfermedad en la comunidad (1).

Perú logró revertir la expansión de la Tuberculosis en el país, sin embargo aún ocupa el 1° lugar en América Latina en el número de casos de tuberculosis multidrogo resistente (MDR) y extremadamente resistente (XDR). Estos casos son los más graves en la evolución de la enfermedad. Según el Informe Global sobre Tuberculosis 2016 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Perú se registraron 1,261 casos de la variante Multidrogo Resistente, frente a los 759 de Brasil, los 44 de Bolivia y los 81 de Haití (1).

A nivel regional, la Tuberculosis está entre las 10 primeras causas de morbilidad general, sin embargo, tiene una gran importancia porque se ubica entre las 05 regiones de salud con altas Tasas de Tuberculosis, además de presentar los tres tipos: Sensible, Multidrogo Resistente y Extremadamente Resistente.

Tacna es la segunda región a nivel nacional, llegando a registrar durante el año 2007 al 2016 un total de 4620 casos. El distrito con mayor prevalencia de casos es Tacna, con 1594, le sigue Gregorio Albarracín con 1079 casos, Ciudad Nueva con 852 casos, Alto de la Alianza 760 casos, Pocollay 258 y Calana con 31 casos. Los indicadores de morbilidad de los casos nuevos eran de 470, mientras que en lo que va de este año son 300. Mensualmente son detectados de 36 a 49 casos, la mayoría de contagiados son varones, y las edades oscilan entre menores de 40 y mayores de 15 años (5).

El tratamiento para esta enfermedad es cubierto por el Estado y va desde 50 dólares hasta 3 mil dólares por persona al mes. En los últimos 10 años el 41% de pacientes han tenido la comorbilidad e influencia de otra enfermedad más, 27% en personas con alcoholismo o drogadicción, 13% VIH, 5% en gestantes, registrando incluso un caso de un recién nacido este año, otro caso en que terminó con la muerte de una gestante con Tuberculosis multidrogo resistente. Tacna ocupa el primer lugar en tener casos de Tuberculosis en estado multidrogo resistente, avanzado (1).

Laborando en los establecimientos de nivel I, se observó que los pacientes con Tuberculosis Pulmonar se aligeraban a tomar sus medicamentos e irse rápidamente, al ver esta situación, se entrevistó a algunos de estos pacientes sobre su enfermedad, los cuales accedieron. En dicha entrevista los pacientes referían: “Mi vida ha cambiado mucho, a veces mis familiares me rechazan, me mandan a dormir solo”, “Pero eso poco a poco cambio”, “Aunque a veces me siento mal porque ya he abandonado antes el tratamiento por eso comprendo a mi familia”; otros pacientes referían: “Recibir este tratamiento es muy pesado, sino fuera por mi mamá no podría continuar con el tratamiento”, los factores personales están íntimamente relacionadas con sus características personales del ser humano e influyen en sus actitudes es por ello que la efectividad de la funcionalidad familiar seguido de otros factores ya sean el consumo de alcohol, drogas y el conocimiento escaso de su enfermedad y tratamiento; son los que según investigaciones revisadas afectan directa o indirectamente a la recuperación de los pacientes se encuentran presentes en la totalidad de los pacientes. Es así que se presume que la efectividad de la funcionalidad familiar también constituye un factor importante en el nivel de Adherencia al tratamiento antituberculoso.

El Personal Profesional de Enfermería es el encargado de las actividades cotidianas de la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis tales como la aplicación de la Terapia Directamente Observada de Corta Duración, visitas domiciliarias y por supuesto la Entrevista de Enfermería, la que constituye un eje fundamental de acción de la Estrategia Sanitaria; tanto por su labor educativa como por el rol orientador que debe brindar no solo al paciente sino también a la familia ya que es el soporte social, es la ayuda importante que en situaciones de pérdida o de crisis ayude al paciente a afrontar la situación. Ante esta realidad surgió la siguiente pregunta: ¿Existe relación significativa entre la efectividad de la funcionalidad familiar y el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis de la Microred Cono norte 2016?

2. OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la relación entre la efectividad de la funcionalidad familiar y el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis de la Microred Cono norte, Tacna 2016.

Objetivos Específicos

- Establecer el nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes con Tuberculosis, Microred Cono norte.
- Identificar la efectividad de la funcionalidad familiar en pacientes con Tuberculosis de la Microred Cono norte.
- Relacionar la efectividad de la funcionalidad familiar y el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis de la Microred Cono norte.
- Describir como se relacionan la efectividad de la funcionalidad familiar con el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis de la Microred Cono norte.

3. JUSTIFICACIÓN

Por provincias, el 98,8% de los casos corresponden a Tacna, el 1,2% restante se distribuye entre Jorge Basadre Grohmann (0,8%), Candarave (0,2%) y Tarata (0,2%) según distritos, 10 se encuentran en muy alto riesgo: Ciudad Nueva, Alto de la Alianza, Tacna, Ticaco, Calana, Gregorio Albarracín, Pocollay, Quilahuani, Locumba y Las Yaras; 02 en Alto Riesgo: Ite y Pachia (a pesar de registrar 02 casos anuales); Inclán se encuentra en Mediano Riesgo (5). Siendo así uno de los principales problemas de salud pública en Tacna. La razón de la Investigación, es por la repercusión que tiene la tuberculosis pulmonar en la población, el Perú es el país con mayor morbilidad e incidencia de tuberculosis en América Latina y de igual manera es el octavo país del mundo con mayor carga de pacientes resistentes a fármacos, no siendo esta una enfermedad cualquiera, ya que sobre su base biológica y la de su largo y penoso tratamiento, se va a construir la enfermedad con elementos sociales y morales, que van a incidir en el proceso de tratamiento, además sobre estos pacientes también va recaer el estigma social pues se los ve como objeto indeseable quien como fuente de contagio debe ser rehuido llegando a la discriminación social incluso familiar. A esto hay que sumar el

problema económico que crea en las familias debido a la incomprensión de los empleadores junto con la merma en la capacidad física de trabajar que contribuye a la reducción en la participación en actividades productivas para la provisión del sostenimiento material propio y de la familia; entre los más jóvenes, la Tuberculosis Pulmonar trunca la formación profesional.

La familia constituye el contexto más inmediato en el que se desenvuelve la enfermedad, es el soporte social que va a actuar de manera amortiguadora entre eventos estresantes de la vida y la enfermedad. La enfermedad de alguno de los integrantes de la familia produce un desequilibrio de todo el grupo esto va a depender de la naturaleza de la enfermedad, de la manera como se toma o encara y de las consecuencias sociales y psicológicas es allí que se dan situaciones que incrementa y fortalezca los lazos familiares y por lo tanto la familia tenga una participación activa y se convierta en un adecuado soporte social que puede favorecer el pronóstico de mejoría del paciente. Siendo responsabilidad del personal profesional de enfermería la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la Tuberculosis, los resultados del estudio le permitirán reflexionar sobre el quehacer de la enfermera (o) en el cuidado del paciente con tuberculosis y su entorno familiar, la

interacción e interrelación con otros; reflexionar sobre el rol educador a cerca de estilos de vida saludables, afrontamiento efectivo a problemas o crisis de índice emocional que puedan afectar al paciente y a los miembros de la familia a consecuencia de la enfermedad y estigma social. Así mismo motivar que el profesional de enfermería implemente programas de capacitación a la familia teniendo en cuenta las características propias de la población.

4. FORMULACIÓN DE HIPOTESIS

Existe relación significativa entre la efectividad de la funcionalidad familiar y el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis de la Microred Cono norte 2016.

5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- **Variable Independiente:** Efectividad de la funcionalidad familiar.
- **Variable Dependiente:** Nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis

OPRACIONALIZACIÓN VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	Nº ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
FUNCIONA_ LIDAD FAMILIAR	Las familias funcionan siempre de determinada manera, variando en razón de sus etapas de desarrollo y de las variables sociales que la determinan; pero hay tendencias a madurar un estilo, el cual debe garantizar el desarrollo de cada uno de sus miembros como el de la totalidad del grupo y el contexto sociocultural donde opera (23).	<p>DIMENSIONES</p> <p>Coherencia Significa la unión de los subsistemas de una persona como un todo unificado y la expresión de los comportamientos necesarios para mantener la unidad, como compartir experiencias sentimientos, ayuda mutua, dando importancia a la comunicación, pertenencia y compromiso con el sistema familiar (23).</p> <p>Individuación Permite a la familia recordar que todas las personas son diferentes; la familia que acentúa la individuación anima a sus miembros a adquirir nuevos conocimientos, a experimentar el crecimiento personal, les deja expresar sus iras, alegrías, seleccionar sus propios amigos, practicar los deportes favoritos y estudiar o trabajar en lo que les guste (23).</p>	<p>Coherencia Familia feliz Orgullo Trabajo Opinar Andar por su lado</p> <p>Individuación Ayuda Participación Resolución de problemas</p>	<p>Coherencia 1, 5, 10, 15, 18</p> <p>Individuación 3, 7, 12</p>	<p>Nivel alto: 13-15 N. intermedio: 9-12 Bajo nivel: 5-8</p> <p>Nivel alto: 8-9 N. intermedio: 6-7 Bajo nivel: 3-5</p>

		<p>Cambio en el sistema Se relaciona con alteraciones significativas del sistema familiar, ocasionadas por situaciones de infelicidad, angustia, preocupación, estrés, enfermedades, problemas económicos o laborales, entre otros, que requieren la cooperación y el acuerdo de todos los miembros (23).</p> <p>Mantenimiento del Sistema se refiere al cumplimiento de acciones por la familia, que suplen las necesidades de tipo físico, emocional y social, como descansar, dormir, comer, trabajar, disfrutar actividades recreativas, compartiendo ideas y patrones de comunicación, que contribuyen a la salud, a satisfacer necesidades de sus miembros y al mantenimiento del sistema familiar (23).</p>	<p>Cambio en el sistema Cambio de barrio Favor Comprensión Consultar decisiones Libertad</p> <p>Mantenimient o del sistema Acuerdo Entendimiento Problema Decisiones Estar mejor Preocupación Fechas especiales</p>	<p>Cambio en el sistema 4, 8, 13, 17, 20</p> <p>Mantenimient o del sistema 2, 6, 9, 11, 14, 16, 19</p>	<p>Nivel alto: 13-15 N. intermedio: 9-12 Bajo nivel: 5-8</p> <p>Nivel alto: 17-21 N. intermedio: 12-16 Bajo nivel: 7-11</p>
		<p>METAS</p> <p>Estabilidad Incluye creencias y actitudes; se relaciona con el carácter o personalidad, la imagen corporal y la autoestima y permite la flexibilidad al cambio, si hay necesidad en la familia;</p>	<p>Estabilidad Familia feliz Acuerdo Orgullo Entendimiento Problema Trabajo</p>	<p>Estabilidad 1, 2, 5, 6, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 18 Y 19</p>	<p>Nivel alto: 29-36 N. intermedio: 21-28 Bajo nivel: 12-20</p>

		<p>determina las tradiciones y patrones comunes de comportamiento, basados en valores básicos y en creencias culturales (23).</p> <p>Control Sirve para reducir la ansiedad que surge de una sensación de vulnerabilidad e impotencia; a través del control, los seres humanos mantienen el sistema sin cambios o canalizan la información para producir los cambios deseados; el control se logra a través de acciones relacionadas con el mantenimiento y cambio del sistema familiar (23).</p> <p>Crecimiento Permite a los miembros de la familia obtener nuevas ideas, conocimientos y realizaciones a través de sus roles dentro de otros sistemas, que van a influenciarlos a cambiar su sistema personal (23).</p>	<p>Decisiones Estar mejor Opinar Preocupación Consultar decisiones Fechas especiales</p> <p>Control Acuerdo Cambio de barrio Entendimiento Favor Problema Decisiones Comprensión Estar mejor Preocupación Consultar decisiones Fechas especiales libertad</p> <p>Crecimiento Ayuda Cambio de barrio Participación Favor Resolución de problemas Comprensión</p>	<p>Control 2, 4, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 19 Y 20</p> <p>Crecimiento 3, 4, 7, 8, 12, 13, 17 y 20</p>	<p>Nivel alto: 29-36 N. intermedio: 21-28 Bajo nivel: 12-20</p> <p>Nivel alto: 20-24 N. intermedio: 14-19 Bajo nivel: 8-13</p>
--	--	--	---	--	--

		<p>Espiritualidad Se considera como todo lo que emocionalmente une a los miembros de la familia; les facilita reducir sus miedos, se sienten unidos y encuentran comodidad, ayuda en tiempos difíciles (23).</p>	<p>Consultar decisiones Libertad</p> <p>Espiritualidad Familia feliz Ayuda Orgullo Participación Trabajo Resolución de problemas Opinar Andar por su lado</p>	<p>Espiritualidad 1, 3, 5, 7, 10, 12, 15 Y 18</p>	<p>Nivel alto: 20-24 N. intermedio: 14-19 Bajo nivel: 8-13</p>
--	--	---	--	--	--

OPERACIONALIZACIÓN VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	Nº ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS	La Adherencia al Tratamiento antituberculosis es el cumplimiento del tratamiento farmacológico y cumplimiento de las indicaciones de seguimiento que favorece al paciente a mejorar su estado de salud (12).	Tratamiento farmacológico	-Asistencia al establecimiento para recibir su tratamiento oportunamente	Si - No	Adherente: Cumplimiento de la totalidad de su tratamiento de acuerdo al estadio de su tratamiento. No Adherente: Cuando no se da el cumplimiento de la totalidad de su tratamiento de acuerdo al estadio de su tratamiento.
		Evaluación en laboratorio	-Hemograma completo	Si - No	
			-Glicemia en ayunas	Si - No	
		Evaluación por radiología	-Creatinina	Si - No	
			-Perfil hepático	Si - No	
			-Prueba rápida o ELISA para VIH 1.2	Si - No	
			-Prueba de embarazo (mujeres en edad fértil)	Si - No	
			-Prueba de sensibilidad rápida a H y R	Si - No	
			-Baciloscopia de esputo de control	Si - No	
		Evaluación por consultorios externos	-Cultivo de esputo	Si - No	
-Radiografía de Tórax	Si - No				
-Evaluación por enfermería	Si - No				
-Evaluación por médico tratante	Si - No				
	-Evaluación por servicio social	Si - No			
	-Evaluación por psicología	Si - No			

			-Consejería por nutrición -Control por planificación familiar -Control de peso	Si - No Si – No Si – No	
--	--	--	--	---------------------------------------	--

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Castañeda T, Velasco S, Martinez M, Lozada S, Ochoa R, Morales DM, (6), realizaron la investigación Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescente no gestantes, Colombia, 2011. Se utilizó el instrumento ASF-E de María Luisa Friedmann; encontrándose como resultados que las familias con adolescentes gestantes presentan un nivel alto de efectividad de la funcionalidad familiar, referido por las adolescentes gestantes (49,4%) y sus familiares (54,5%); mientras que las familias con adolescentes no gestantes presentan un nivel intermedio de efectividad, referido tanto por adolescentes no gestantes como por sus familiares, con igual porcentaje (57,7%). En conclusión existe diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de familias, sobre la efectividad familiar, identificada en la prueba de T con $p:0,012$;

igualmente hay diferencias en las metas de estabilidad (p 0,009) y control (p 0,007) y en las dimensiones de coherencia (p 0,013) y mantenimiento del sistema familiar (p 0,033).

Concha T, Rodríguez G, (7), realizaron la investigación Funcionalidad Familiar en pacientes diabéticos e Hipertensos Compensados y Descompensados en Centro de Salud de Chillan, Chile 2010. Los resultados fueron que la funcionalidad familiar se asocia significativamente con la descompensación, siendo más susceptibles de descompensarse aquellos sujetos que provienen de familias con funcionalidad moderada o disfunción severa; existe una mayor proporción de pacientes descompensados en función de la patología padecida, constatándose una mayor presencia de estos casos en los pacientes diabéticos; el sexo también resultó significativamente asociado a la descompensación, observándose que son las mujeres quienes mayormente se encuentran descompensadas en sus patologías. Por otra parte, en el contexto multivariante de regresión logística los factores de mayor riesgo frente a eventos de descompensación son la disfuncionalidad moderada o severa, y la patología crónica padecida (diabetes).

Gonzales M, Criado M, (8), realizaron la investigación Efectividad de la funcionalidad familiar de persona que ha intentado suicidarse, Santander, Colombia.2011. Obteniendo como resultados: La efectividad de la funcionalidad familiar fue baja en el 60,9% de las familias, debido a que presentaron dificultades en su estabilidad y crecimiento familiar. Llegando a la conclusión: Las familias se resisten a modificar sus patrones y costumbres y tienen dificultades en la comunicación asertiva.

Pinedo CH, (3), realizó la investigación Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la E.S.N. de prevención y control de la tuberculosis en el C.S. Fortaleza, Lima, 2007. Llegando a los siguientes resultados: los factores propios del paciente se encuentran presentes en el 100% de los pacientes pertenecientes al grupo de No Adherentes al tratamiento, mientras que estos mismos factores no se presentan en el grupo que tiene una buena adherencia al tratamiento. Respecto a los factores propios del Servicio de Salud están presentes en ambos grupos por lo que no se puede afirmar que condicionen el nivel de Adherencia en los Pacientes, en el grupo de

No adherentes se encuentran presentes en un 100% y en el grupo de Adherentes en un 21,4%.

Arrossi S, Herrero M, Greco A, Ramos S. (9), realizaron la investigación Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana, Buenos Aires, Argentina, 2012. Obteniendo los resultados que indican que los pacientes con viviendas sin agua, tuvieron 3 veces más probabilidad de no adherencia (OR=2,8; IC95% 1,1-6,9). Asimismo, los pacientes que realizaban los controles en un hospital tuvieron 3 veces más riesgo de no adherir que los que los realizaban en centros de atención primaria (OR=3,2; IC95% 1,1-8,9). Estos resultados permiten delinear un perfil de paciente en riesgo de no-adherencia, caracterizado por estar en condiciones de pobreza, y con dificultades de acceso a la atención de su salud.

Zabala R, Rios G, Garcia M, Rodriguez H, (10), realizaron la investigación Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica, en el área de consulta externa y del servicio de hospitalización de la especialidad de medicina interna de una institución

de segundo nivel de salud de Ciudad Victoria, Tamaulipas, México, 2009. Llegando a los siguientes resultados: Las cuatro sub escalas de la E-EFF obtuvieron una media significativa, con valores que fluctúan entre 77% a 92%. Este último valor equivale a la sub escala de coherencia que, de acuerdo con Friedemann, guía a la unidad y pertenencia familiar, y permite vínculos emocionales positivos. El nivel moderado de ansiedad en el 92% de los pacientes, y el 91% integra una familia funcional. La correlación de Spearman no arrojó una asociación significativa entre las dos variables del estudio ($\rho = -.094$, $p = .362$).

Robles H, Matta S, Perez S, Carlos A, (11), realizaron la investigación Funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis pulmonar en áreas urbanas de Los Olivos – Lima, 2005. Llegando a los siguientes resultados: La edad promedio fue de 32 años, 10 son varones y 20 mujeres. Se obtuvo que el 60% de los pacientes encuestados presentan disfunción familiar, de los cuales la disfunción leve corresponde al 26,7%, la disfunción moderada al 30% y la disfunción severa al 3,3%. La funcionalidad de la familia influye en la adherencia, tratamiento y asistencia al centro de salud.

2. BASES TEÓRICAS

2.1. TUBERCULOSIS PULMONAR

Según la norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis del 2013, es una enfermedad infectocontagiosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, es una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. Síntomas: son tos productiva por más de 15 días con o sin flema, dolores torácicos, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudores nocturnos (12).

MEDIDAS PREVENTIVAS: Su finalidad es evitar la diseminación del Bacilo de Koch.

- **Transmisión:** Se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un enfermo de tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire. Basta con que una persona inhale unos pocos bacilos para quedar infectada.
- **Exámenes de Control:** Son principalmente cuatro.
 - Baciloscopia: es la herramienta fundamental rutinaria para el diagnóstico de tuberculosis y para el seguimiento del tratamiento

de pacientes, se realiza mensualmente mediante la expectoración (esputo).

- Cultivo: es una técnica de mayor sensibilidad y específico para detectar la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* y otras micobacterias.
- Prueba de Sensibilidad (PS): es un examen para determinar la sensibilidad o resistencia a una cepa de *Micobacterium tuberculosis* a los fármacos antituberculosos, se realiza al inicio del tratamiento.
- Radiografía de tórax, frecuentemente el médico solicita al inicio y final del tratamiento (12).

▪ **Control de contactos:** Se denomina contacto a las personas que conviven con la persona con tuberculosis. El control de contactos se define como la evaluación integral y seguimiento de estas personas. Tiene como objetivos prevenir la infección y el desarrollo de enfermedad además de detectar casos de tuberculosis entre los contactos.

- Contacto Intradomiciliario: Es aquella persona que vive en el domicilio de la persona con tuberculosis.

- Contacto Extradomicilario: Es aquella persona que no vive en el domicilio de la persona con tuberculosis, sin embargo comparte ambientes comunes (colegio, trabajo, guardería, albergue). Así mismo, son considerados en esta categoría, parejas, amigos y familiares que frecuentan a la persona con tuberculosis.

- **Medidas de protección en casa:** el paciente con tuberculosis debe dormir sólo en una habitación separada, durante el día su cuarto debe estar iluminado y ventilado. La luz del sol destruye los gérmenes de tuberculosis. A la vez debe cubrirse la boca con un pañuelo desechable al toser, estornudar o reír y evitar hablar de frente. Cuando elimina flema debe ponerlo en papel higiénico y echarlo en una bolsa de plástico, finalmente debe ser arrojado al tacho de basura (12).

ASPECTOS CONCEPTUALES SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

En la actualidad el tema de adherencia a los tratamiento tiene gran trascendencia, debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, necesariamente que la persona ponga en práctica las recomendaciones adecuadas para estos pacientes, lo cual no siempre se realiza correctamente. El incumplimiento de las indicaciones médicas, no solo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito contra la Tuberculosis, sino que produce un aumento de la morbilidad y mortalidad, así como aumenta los costos de la asistencia sanitaria. Es así que genera grandes pérdidas en el aspecto personal, familiar y social.

En la literatura se encuentran diferentes términos para este concepto como son: adherencia, cumplimiento, alianza terapéutica, seguimiento, entre otros. En mención al término cumplimiento, se define como: acción y efecto de cumplir, ejecutar o llevar acabo. En la práctica médica este concepto, suele circunscribirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos por parte del paciente (12).

Adherencia en el tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar

El tratamiento de la tuberculosis pulmonar se basa en diversas indicaciones como son: el tratamiento farmacológico propiamente dicho, las indicaciones de seguimiento en el control de la enfermedad, así como el tratamiento complementario que requiere el paciente. Según la Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis, existen dos Esquemas de Tratamiento Farmacológico; el Esquema I y el Esquema II y otros tratamientos indicados para la tuberculosis Multidrogo resistente. También están descritas las indicaciones de seguimiento prescritas por el equipo de salud que debe cumplir el paciente, las indicaciones del tratamiento complementario como son; la nutrición, se debe procurar asegurar una nutrición adecuada en el paciente con la finalidad de lograr el incremento del peso corporal, mantener el reposo físico por lo menos durante la primera fase del tratamiento, así mismo mantener una terapia psicológica considerando que esta enfermedad puede generar depresión en el paciente.

La tuberculosis es una enfermedad considerada un problema de salud pública a nivel mundial por lo que requiere un alto nivel de adherencia para lograr el éxito del tratamiento. La Organización Mundial de la Salud recomienda el Tratamiento de Observación directa a corto plazo

(DOTS, por sus siglas en inglés), esto significa que los pacientes tienen que tomar su medicación diaria bajo la supervisión de un profesional de la salud o una persona capacitada.

NIVEL DE ADHERENCIA

La adherencia al tratamiento significa que el paciente está siguiendo el curso recomendado de tratamiento, tomando todos los medicamentos prescritos durante todo el tiempo que sea necesario, realizándose los exámenes y pruebas de control; asimismo, que está cumpliendo las medidas de control de la Tuberculosis y ejerciendo sus derechos y deberes como persona con Tuberculosis. La adherencia es importante porque la Tuberculosis es casi siempre curable si los pacientes cumplen con su tratamiento. (25)

LA NO ADHERENCIA.- Es la incapacidad o la oposición del paciente a cumplir con todos los componentes del tratamiento descritos anteriormente. Cuando un tratamiento se complica o dura un largo periodo, como en el caso de la Tuberculosis, a menudo los pacientes se cansan o se desaniman de continuar con el tratamiento. Esta conducta

es uno de los más grandes problemas en el control de la Tuberculosis y puede provocar serias consecuencias. (25) Un paciente no adherente a todo el proceso de tratamiento puede:

- Permanecer enfermo por más tiempo o agravar su enfermedad.
- Continuar transmitiendo la Tuberculosis a otros.
- Desarrollar y transmitir la Tuberculosis Multidrogo resistente.
- Fallecer como resultado de un tratamiento interrumpido.

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

MANEJO INTEGRAL DE LA PERSONA DIAGNOSTICADA DE TUBERCULOSIS

Toda persona afectada por tuberculosis debe recibir atención integral en el Establecimiento de Salud durante todo su tratamiento que incluye: atención médica, atención por enfermería, asistencia social, psicología, salud sexual y reproductiva, evaluación nutricional y exámenes auxiliares basales.

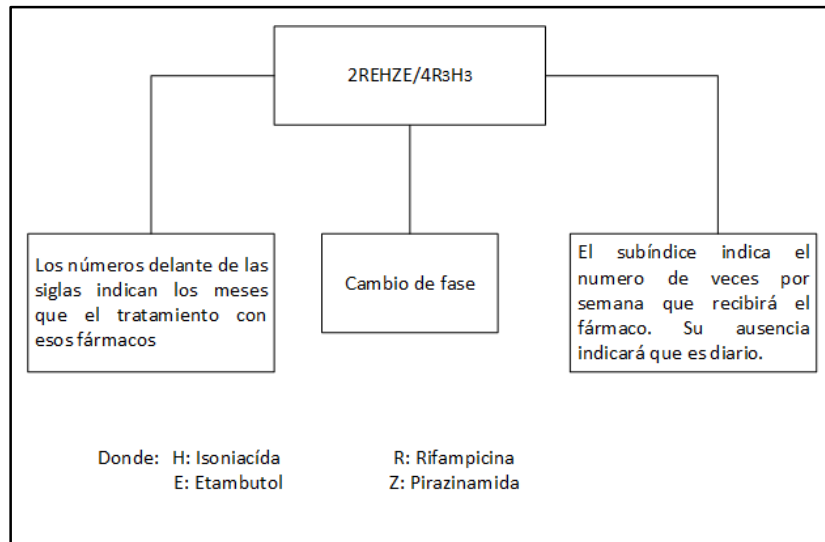
1. Esquema de tratamiento para Tuberculosis

La administración de los esquemas de tratamiento anti-Tuberculosis es responsabilidad del personal de salud y es de lunes a sábado,

incluido feriados. El esquema de tratamiento inicial debe ser ratificado o modificado dentro de los 30 días calendario de haberse iniciado, de acuerdo a los resultados de la Prueba de Sensibilidad Rápida a isoniacida y rifampicina. Los esquemas de tratamiento antituberculosis se establecen de acuerdo al perfil de sensibilidad a isoniacida y rifampicina por Prueba de Sensibilidad rápida, según el siguiente flujograma de decisiones terapéuticas:

▪ **Esquema para Tuberculosis Sensible:**

La nomenclatura del esquema se representa de la siguiente manera:



Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, NTS N°104 – MINSA/DGSP V.01. 2013 Perú.

Indicación para pacientes con Tuberculosis sin infección por VIH/SIDA:

- Paciente con Tuberculosis pulmonar frotis positivo o negativo.
- Pacientes con Tuberculosis extrapulmonar, excepto compromiso miliar, Sistema Nervioso Central y osteoarticular.
- Pacientes nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados).

Esquema para adultos y niños:

Primera Fase: 2 meses (HREZ) Diario (50 dosis)
Segunda Fase: 4 meses (H3R3) tres veces por semana (54 dosis)

Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, NTS N°104 – MINSA/DGSP V.01. 2013 Perú.

Dosis de medicamentos antituberculosis de primera línea para personas de 15 años o más.

Medicamentos	Primera fase Diaria		Segunda Fase Tres Veces por semana	
	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima diario	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacida (H)	5 (4-6)	300 mg	10 (8-12)	900 mg
Rifampicina (R)	10 (8-12)	600 mg	10 (8-12)	600 mg
Pirazinamida (Z)	25 (20-30)	2000 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1600 mg		

Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, NTS N°104 – MINSA/DGSP V.01. 2013 Perú.

Dosis de medicamentos antituberculosis de primera línea para personas menores de 15 años

Medicamentos	Primera fase Diaria		Segunda Fase Tres Veces por semana	
	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima diario	Dosis (mg/kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacida (H)	10 (10-15)	300 mg	10 (10-20)	900 mg
Rifampicina (R)*	15 (10-20)	600 mg	15 (10-20)	600 mg
Pirazinamida (Z)	35 (30-40)	1500 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1200 mg		

Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, NTS N°104 – MINSA/DGSP V.01. 2013 Perú.

Tanto en la primera fase como en la segunda fase, la dosis máxima no debe exceder lo dispuesto en las tablas antes mencionada. En la primera fase se debe administrar 50 dosis diarias (de lunes a sábado) por 2 meses. En la segunda fase se debe administrar 54 dosis tres

veces por semana (lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábado) por 4 meses.

Esquema para Tuberculosis Extrapulmonar con compromiso del Sistema Nervioso Central u Osteoarticular:

En los casos de Tuberculosis miliar o extrapulmonar con compromiso del sistema nervioso central u osteoarticular, la duración del tratamiento es de 2 meses la primera fase y 10 meses la segunda fase.

<p>Primera fase: 2 meses (HRZE) diario (50 dosis) Segunda fase: 10 meses (HR) diario (250 dosis)</p>
--

Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, NTS N°104 – MINSA/DGSP V.01. 2013 Perú.

Las dosis de los medicamentos son las mismas dispuestas en las Tablas anteriores para personas de 15 a más años y menores de 15 años, respectivamente. Las dosis de Isoniacida y Rifampicina son las mismas en primera y segunda fase.

En casos de meningitis, pericarditis y formas miliares en niños y adultos debe añadirse corticoterapia sistémica a una dosis

recomendada de 1-1.5 mg/Kg/día de prednisona (o su equivalente) por 2 a 4 semanas, seguido de una disminución progresiva del 30% de la dosis cada semana hasta su suspensión. Indicación para pacientes con Tuberculosis con infección por VIH/SIDA:

- Paciente VIH con Tuberculosis pulmonar frotis positivo o negativo.
- Pacientes VIH con Tuberculosis extrapulmonar, excepto compromiso Sistemas Nervioso Central y osteoarticular.
- Pacientes VIH nuevos o antes tratados (recaídas y abandonos recuperados).

Esquema:

<p>Primera fase: 2 meses (HREZ) diario (50 dosis) *</p> <p>Segunda fase: 7 meses (HR) diario (175 dosis)</p>
--

Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, NTS N°104 – MINSA/DGSP V.01. 2013 Perú.

El esquema debe administrarse durante 9 meses: 50 dosis diarias en la primera fase (de lunes a sábado) y 175 dosis diarias en la segunda fase, (de lunes a sábado). Debe garantizarse el cumplimiento de las 225 dosis programadas.

La dosis de los medicamentos son las dispuestas en las Tablas para personas de 15 a más años y menores de 15 años, respectivamente. Las dosis de Isoniacida y Rifampicina son las mismas en primera y segunda fase.

▪ **Esquemas para Tuberculosis resistente**

Los medicamentos anti-Tuberculosis se clasifican en grupos según su eficacia, propiedades y evaluación clínica de su efectividad anti tuberculosis, como se detalla en la Norma Técnica de Salud.

Clasificación de medicamentos antituberculosis

Grupo	Medicamentos
Grupo 1: Agentes de primera línea	Isoniacida (H), rifampicina (R), etambutol (E), pirazinamida (Z), rifabutina (Rfb), estreptomina (S).
Grupo 2: Agentes inyectables de segunda línea	Kanamicina (Km), amikacina (Am), capreomicina (Cm).
Grupo 3: Fluoroquinolonas	Levofloxacin (Lfx), moxifloxacin (Mfx)
Grupo 4: Agentes de segunda línea bacteriostáticos orales	Etionamida (Eto), cicloserina (Cs), ácido para-amino salicílico (PAS)
Grupo 5: Agentes con evidencia limitada	Clofazimina (Cfz), linezolid (Lzd), amoxicilina/clavulánico (Amx/Clv), meropenem (Mpm), imipenem/cilastatina (Ipm/Cln, dosis altas de isoniacida, claritromicina (Clr), tioridazina (Tio)

Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, NTS N°104 – MINSA/DGSP V.01. 2013 Perú.

Esquema Estandarizado

Indicación:

Paciente con factores de riesgo para Tuberculosis Multidrogoresistente y en quien por la severidad de su estado, no se puede esperar el resultado de una Prueba de Sensibilidad rápida o convencional para iniciar tratamiento. Es indicado por el médico consultor.

Esquema:

Primera Fase: 6-8 meses (EZLfxKmEtoCs) diario
Segunda Fase: 12-16 meses (EZLfxEtoCs) diario

Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, NTS N°104 – MINSA/DGSP V.01. 2013 Perú

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS

El profesional de enfermería de la estrategia es responsable de organizar la atención integral de la persona afectada por Tuberculosis, su familia y la comunidad, para lo cual deberá:

1. Organizar la búsqueda de casos

- Organizar, registrar, monitorear y evaluar la detección de sintomáticos respiratorios, en coordinación permanente con los responsables de otros servicios del Establecimiento de Salud.
- Garantizar que los Sintomático Respiratorio con frotis de esputo (+) inicien tratamiento en el Establecimiento de Salud o sean derivados.
- Verificar la obtención y envío de las dos muestras de esputo para la realización de la baciloscopía, pruebas de sensibilidad, rápida y convencional; cultivo y otros exámenes auxiliares basales, de acuerdo a lo dispuesto en la presente norma.

2. Educar y brindar consejería al paciente antes de iniciar el tratamiento

- Educar a la persona con Tuberculosis y a su familia sobre la enfermedad, formas de contagio y medidas de prevención, uso de pruebas rápidas para detectar resistencia, qué medicamentos va a tomar, en qué horarios y por cuánto tiempo; posibles reacciones adversas, importancia de la adherencia al tratamiento y consecuencias de no tomar la medicación correctamente, la importancia del estudio de los contactos y medidas de control de

infecciones dentro del domicilio y la potencial necesidad de aislamiento.

- Realizar la consejería pre-test para tamizaje de la infección por VIH.
- Referir a las mujeres en edad fértil a la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva para orientar sobre la paternidad responsable.
- Orientar y referir al afectado con Tuberculosis al servicio de nutrición, psicología y servicio social.
- Realizar el censo de contactos y educar al paciente y familia sobre la importancia de su control.
- Realizar la visita domiciliaria dentro de las primeras 48 horas, con los siguientes objetivos:
 - o Verificar que el domicilio de la persona afectada.
 - o Educar y orientar al grupo familiar sobre el plan de tratamiento del afectado e importancia del soporte familiar.
 - o Orientar en el domicilio las medidas de prevención y control de infecciones.
 - o Confirmar el censo y organizar el estudio de contactos.
 - o Identificar Sintomático Resistentes entre los contactos y tomar las muestras de esputo.

3. Organizar la administración del tratamiento de la Tuberculosis Sensible

- Informar sobre las características del tratamiento: fases, medicamentos, duración, control bacteriológico, médico y radiológico.
- Administrar el tratamiento anti-Tuberculosis directamente observado (observar la ingesta), y registrar las dosis administradas en la tarjeta de control de tratamiento, vigilando la presencia de Reacción Adversa de Medicamentos (RAM).
- Realizar por lo menos tres entrevistas de enfermería: al inicio, al cambio de fase y al alta; y otras cuando sea necesario.

4. Organizar la administración del tratamiento de la Tuberculosis Resistente

- Realizar las evaluaciones de enfermería en los pacientes con Tuberculosis resistente, de manera mensual durante todo el tratamiento y 6 meses post alta.
- Elaborar el expediente del paciente para su evaluación por el Comité regional de valuación de retratamientos (CRER) y presentar a la Dirección de Salud (DISA), Dirección regional de salud

(DIRESA), Gerencia regional de salud (GERESA) o la que haga sus veces.

- Coordinar la referencia del afectado para evaluación inicial y trimestral por el médico consultor.
- Coordinar con el servicio de farmacia del Establecimiento de Salud, el suministro de medicamentos de segunda línea.
- Notificar el inicio del tratamiento con medicamentos de segunda línea.
- Solicitar los controles mensuales de baciloscopía y cultivo y registrar su resultado.

5. Promover la adherencia al tratamiento y prevenir la irregularidad al tratamiento

- Identificar los factores de riesgo asociados a abandono: antecedente de irregularidad o abandono de tratamiento previo, existencia de conflicto familiar, laboral, alcoholismo y drogadicción, pobreza y conducta anti-social.
- Establecer con el equipo multidisciplinario del Establecimiento de Salud, estrategias centradas en el paciente para garantizar la adherencia al tratamiento, interactuando con agentes comunitarios

de salud, organizaciones de afectados o de base, gobierno local, instituciones no gubernamentales u otros actores de la comunidad.

- Monitorear y registrar la condición de "Irregularidad al Tratamiento" (pérdida de 3 dosis programadas en la fase inicial o 5 dosis durante todo el tratamiento para esquemas de Tuberculosis sensible) en la tarjeta de administración de tratamiento.

6. Coordinar el seguimiento del tratamiento

- Organizar la historia clínica del paciente incluyendo todos los registros y formatos , tales como: Formato de Solicitud de Investigación Bacteriológico, Formato de Derivación y Transferencia de Pacientes, Formato de Notificación de Reacción Adversa a Medicamentos Anti- Tuberculosis, Formato de Notificación de Pacientes Fallecidos con Tuberculosis, Formato de Consentimiento Informado de Aceptación del Tratamiento Antituberculosis, Resumen de la Historia Clínica del Paciente con Tuberculosis Resistente, Formato de Notificación Inmediata del Tratamiento con Medicamentos de Segunda Línea, Formato de Evolución Trimestral del Tratamiento con Medicamentos de Segunda Línea, entre otros formatos de manejo de la tuberculosis.

- Coordinar la obtención de las muestras de esputo u otras para el seguimiento bacteriológico u otros exámenes auxiliares.
- Explicar acerca de la conversión bacteriológica del esputo al final de la primera fase.
- Informar sobre el estado actual de la enfermedad al término de cada fase de tratamiento.
- Educar sobre la importancia de la continuidad en la segunda fase del tratamiento.
- Realizar y registrar el peso mensual del paciente.
- Registrar la condición de egreso, en el libro de registro de seguimiento y en la tarjeta de tratamiento.

7. Organizar el estudio de contactos y la administración de terapia preventiva

- El estudio de contactos del caso Tuberculosis sensible debe ser realizado al inicio, cambio de fase y al término de tratamiento y cada 3 meses en los contactos del caso Tuberculosis resistente.
- Organizar, registrar y controlar la administración de la terapia preventiva con isoniacida a los contactos con indicación médica.

8. Organizar la derivación y transferencia

- El proceso de derivación y transferencia es responsabilidad del personal de enfermería de la Estrategia y consiste en:

Derivación

- Se denomina al procedimiento por el cual aquella persona que es diagnosticada de tuberculosis y que no reside en la jurisdicción del Establecimiento de Salud, es derivada al Establecimiento de Salud más cercano a su domicilio. Utilizar el formato de derivación y transferencia de pacientes, adjuntando los resultados de los exámenes de diagnóstico realizados.
- El Establecimiento de Salud que deriva un paciente, NO DEBE registrarlo como CASO, en el libro de registro de casos. La derivación debe ser registrada (fecha y lugar) en el libro de registro de sintomáticos respiratorios.
- Realizar seguimiento de los casos derivados a fin de confirmar el inicio del tratamiento.
- El Establecimiento de Salud que recibe al paciente debe confirmar y remitir el desglose inferior del formato de derivación y transferencia de pacientes.

- En caso de personas hospitalizadas adjuntar copia de la epicrisis.
- Los medicamentos serán provistos por el Establecimiento de Salud donde recibe el tratamiento.

Transferencia

- Se denomina a aquella persona diagnosticada y notificada por tuberculosis que reside en la jurisdicción del Establecimiento de Salud, pero que solicita traslado a otro Establecimiento de Salud por cambio de lugar de residencia o cercanía a su lugar de trabajo, estudio, entre otros.
- El Establecimiento de Salud que realiza la transferencia de un paciente DEBE registrarlo como CASO, en el libro de registro de casos.
- Utilizar el formato de derivación y transferencia de pacientes adjuntando copia de la tarjeta de control de tratamiento correspondiente.
- El Establecimiento de Salud que transfiere es responsable de realizar el seguimiento para confirmar que los casos llegaron al

Establecimiento de Salud y garanticen la continuación de su tratamiento hasta obtener la condición de egreso.

- Asimismo, el Establecimiento de Salud que recibe el caso debe comunicar la condición de egreso al Establecimiento de Salud de origen para ser reportado en el estudio de cohorte.
- Los medicamentos serán provistos por el Establecimiento de Salud donde recibe el tratamiento.
- En casos de transferencias a otros países debe coordinarse con la Estrategia del Ministerio de Salud para realizar la referencia internacional, de acuerdo al formato de la presente Norma Técnica de Salud y confirmación de la continuación del tratamiento en el país de destino.

9. Organizar el sistema de registro e información y análisis de información

- Organizar y garantizar el llenado de los registros utilizados en el seguimiento de los casos de Tuberculosis y Tuberculosis resistente.
- Realizar el control de calidad de los datos registrados en los libros de registro y tarjetas de tratamiento, de acuerdo a lo dispuesto en la presente Norma Técnica de Salud. Consolidar la información

operacional de la Estrategia de los Establecimientos de Salud: Informe operacional, informe bacteriológico, estudios de cohorte, base nominal y remitirlo al nivel inmediato superior.

- Analizar los indicadores operacionales y epidemiológicos, para la toma de decisiones en el nivel local (12).

2.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE FAMILIA

A través del tiempo la familia ha sido estudiada desde diferentes ciencias y enfoques. Tal vez en el ámbito en que su estudio ha alcanzado mayor desarrollo es el de las ciencias sociales mientras que la psicología aporta una interpretación sistémica de la familia, explicando el funcionamiento desde las relaciones de las personas que la constituyen. Los individuos del sistema familiar serían subsistemas, con sus propias dinámicas internas, haciendo parte de ésta como sistema abierto. Las características y funcionamiento de la familia se asemejan al de un organismo vivo, inmerso en un supra sistema o medio, en el cual se desarrolla. Como sistema, ha de inferirse que posee las características de autorregulación, totalidad, límite, retroalimentación y equifinalidad que le permitirá su homeostasis y morfogénesis (13).

Desde la sociología se ve la familia como un grupo de personas que interactúan en la vida cotidiana para preservar su supervivencia, de manera que el foco de estudio se orienta más hacia su funcionamiento interno, que hacia las relaciones normativas con el exterior (13).

La familia como institución social es considerada como una serie de abstracciones de la conducta. Entendiéndose como un sistema de normas que tienen el carácter de reglas de comportamiento para sus miembros, a partir de las cuales se garantiza: el adecuado funcionamiento biológico de los individuos que conforman la sociedad, la reproducción de sus miembros, además, una adecuada socialización, provisión y distribución de bienes y servicios, como el mantenimiento del orden dentro del grupo y en su relación con el resto del sistema social, la definición del sentido de la vida y la motivación para preservar la supervivencia individual y de grupo. La familia como fenómeno cultural es un constructo constituido por valores sociales- tradicionales, religiosos y políticos, puestos en acción por sus miembros, así como el estilo de relación entre las personas que la componen y las posturas políticas y religiosas inherentes a su constitución. Desde la perspectiva sistémica, la familia se considera el principal de los sistemas humanos,

donde se cumple el desarrollo del individuo a través de funciones que hasta el momento han sido intransferibles adecuadamente a otras instituciones. El sistema familiar es más que la suma de sus partes individuales, por lo tanto, la familia será finalmente afectada por cada unidad del sistema (13).

Según Lévi Strauss concibe a la familia como: aquella integrada por un hombre y una mujer unidos, más o menos permanentemente, con aprobación social-y sus hijos, es un fenómeno universal, presente en todo tipo de sociedad. A partir de este modelo ideal de pensar la familia, este etnógrafo le asigna a ese grupo social las siguientes características: Tiene su origen en el matrimonio. Está formado por esposo, esposa e hijos (as) nacidos del matrimonio, aunque es concebible que otros parientes encuentren su lugar cerca del grupo nuclear. Los miembros de la familia están unidos por lazos legales, derechos y obligaciones económicas, religiosas y de otro tipo y una red precisa de derechos y prohibiciones sexuales, más una cantidad variable y diversificada de sentimientos psicológicos tales como amor, afecto, respeto, temor, entre otros (14).

Louro B, concibe a la familia como la célula fundamental de la sociedad, importantísima forma de organización de la vida cotidiana personal, fundada en la unión matrimonial y en los lazos de parentesco, en las relaciones multilaterales entre el esposo y la esposa, los padres y sus hijos, los hermanos y las hermanas, y otros parientes que viven juntos y administran en común la economía doméstica (15).

Fradique afirma que la familia no es una isla o un simple conjunto de individuos en el vacío. Es una realidad humana compleja, con unos condicionamientos biológicos ciertos y regulados culturalmente, por tanto una realidad formal muy variada. En relación con su inserción en la sociedad total y en su estructura de clases el vínculo entre la sociedad y la familia es el ideal del Estado donde a través de la constitución busca la construcción de una institución fuerte, sólida, amorosa, que viva en la búsqueda de la paz, donde el rompimiento sea el último recurso al que deba acudir la pareja, que sea capaz de concurrir con el Estado y la sociedad a la protección integral de la vida y al respeto a la dignidad humana (16).

Marie Luise Friedemann concibe a la familia como una unidad con estructura y organización que interactúa con su ambiente, en donde sus miembros deciden su pertenencia al sistema, prerequisite para que funcione como sistema, sus miembros no necesitan una relación biológica o vivir bajo el mismo techo, de este modo las relaciones entre los miembros de la familia son diferentes; la familia entonces es definida como las personas que el individuo considera y estima son su familia, con las que se une emocionalmente, por las que se preocupa; los individuos pueden ser consanguíneos o no, estar unidos emocionalmente a través de características comunes y talentos complementarios los cuales permiten cumplir roles que contribuyen al funcionamiento de la familia como unidad total, y en constante intercambio con su ambiente (4).

Teniendo en cuenta los diferentes estudios, tratados y conceptos sobre la familia, diversos organismos internacionales y gubernamentales han planteado sus propias definiciones. Así, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud en su 132ª Sesión del Comité Ejecutivo, realizada en junio de 2003 en Washington y analizando la situación de la familia y la salud, la definió como la

institución social fundamental, que une a las personas vinculadas por nacimiento o por elección en un hogar y una unidad doméstica; siendo este el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones saludables (17).

El desarrollo de modelos y teorías de enfermería en las últimas décadas, ha presentado gran relevancia en la disciplina de enfermería, donde las teorías del proceso del cuidado del ser humano está enfocado en el individuo como su prioridad. Enfermería dentro del marco sistémico ha incorporado el concepto holístico teniendo en cuenta el enfoque ecológico, que mira el proceso de salud y enfermedad como la resultante articulada de factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia afectando de una u otra manera la salud del individuo. Con esta visión deja de ser visto el individuo como ser exclusivamente biológico, ampliando el foco de atención hasta verlo como ser biopsicosocial.

Friedemann considera a la familia como una unidad con estructura y organización que interactúa con su ambiente. Es un sistema con subsistemas interpersonales definidos por vínculos emocionales y

responsabilidades comunes. Compuesta por individuos que tienen cada uno distintas relaciones con los miembros de la familia, toda la familia y sistemas de contacto en el ambiente. Incluye todas las personas que tienen funciones familiares y que están conectadas emocionalmente con el individuo (4).

De esta forma se aprecia que las definiciones de familia han sufrido cambios a través del tiempo y de acuerdo con las perspectivas en cada disciplina, se visualizan diferentes y complejos conceptos, mostrando interacción entre las personas y sistemas, lo cual permite a la enfermería la búsqueda de retos especiales para su investigación.

MARCO TEÓRICO DE ORGANIZACIÓN SISTÉMICA DE LA FAMILIA

La familia ha sido tema primordial de estudio a lo largo de la historia del ser humano y en el trabajo que desempeña la enfermería. Desde la era de Florence Nightingale, se inició la proyección del ejercicio de enfermería en el hogar, surgiendo cada vez mayores campos de acción en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y trabajo comunitario. El desarrollo de la investigación y la práctica en Enfermería

familiar ha contribuido al surgimiento de una base teórica propia del área. Hoy en día se cuenta con diversos enfoques teóricos que dan explicación a los fenómenos de investigación en familia. Uno de éstos es el marco teórico de Organización Sistémica propuesto por Friedemann, enfoque teórico que respalda la presente investigación.

Esta teoría permite realizar una valoración al individuo y la familia, al describir y explicar sus patrones de conducta, además de formular intervenciones que ayuden a la familia a lograr obtener congruencia y, por tanto, controlar la ansiedad. Puede ser utilizada para realizar investigaciones sobre la funcionalidad familiar y su influencia en el comportamiento de los individuos; también tiene la capacidad de despertar el interés y profundizar, diseñando planes de cuidado o intervenciones individuales y grupales que promuevan la funcionalidad, en orden a alcanzar los propósitos personales y familiares. El uso de este enfoque teórico permite ampliar el metaparadigma de enfermería al incluir otros conceptos como familia y salud familiar, con el propósito de explicar cómo es el funcionamiento y la interacción entre los diferentes sistemas: individual, familiar, social y medioambiental. Los principales conceptos planteados en esta teoría según Friedemann son:

Familia: La familia como una unidad con estructura y una organización que interactúa con su ambiente. También, como un sistema con subsistemas interpersonales de díadas, tríadas y unidades mayores, definidas por los vínculos emocionales y las responsabilidades comunes; la familia ésta conformada por personas y cada una de ellas establecen relaciones diferentes con cada uno de los otros miembros, con la familia como conjunto y con los sistemas de contacto del ambiente. La familia decide quién pertenece al sistema; sus miembros no necesitan tener una línea de consanguinidad o vivir bajo el mismo techo; está conformada por todas las personas que el individuo considera su familia, las cuales cumplen funciones dentro de ella y se encuentran emocionalmente vinculados; con ellos establece una preocupación, una relación o disgusto (4).

Salud: La expresa como la experiencia de la congruencia del sistema evidenciada en todos los niveles del sistema de un individuo, los subsistemas, y el contacto con los sistemas del ambiente”. La salud está determinada por la presencia o ausencia de la ansiedad. Donde la ansiedad es la resultante de una incongruencia en el sistema. En cambio, el fluir armónico comunica la sensación de bienestar que es la

propia de un nivel óptimo de salud, dada por la congruencia como experiencia dentro y entre el sistema así como con su ambiente (4).

Salud Familiar: Es la experiencia de congruencia de una familia; se alcanza en el balance de la estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad, de forma dinámica y en concordancia con la situación familiar cambiante, donde se buscan permanentemente nuevas formas de restablecer la congruencia dentro del sistema y con el entorno. La salud familiar se da cuando las estrategias referentes a todos los cuatro procesos de las dimensiones están presentes, si el sistema familiar es congruente con los sistemas de contacto de su entorno, y si hay congruencia dentro del sistema, es decir, si cada uno de sus miembros se encuentra satisfecho con su familia. Una familia es saludable cuando brinda bienestar a los miembros de la familia y disminuye su ansiedad (4).

Ambiente: Enmarca la existencia de las cosas en el universo, como sistemas abiertos de forma organizada, los cuales están constituidos por materia y energía en continuo movimiento, donde los sistemas se encuentran interconectados y establecen una congruencia entre sí.

Estos sistemas poseen sus propios ritmos y patrones espaciales, donde el ritmo hace relación al movimiento alrededor de su centro gravitacional, y los patrones espaciales describen el uso que hacen los sistemas del espacio. A partir de lo cual determina el estado de los sistemas donde se logra la congruencia, que es la resultante de la consonancia o sintonía entre los ritmos y los patrones. El ambiente abarca el contexto dinámico en el que cada sistema central se desarrolla (4).

METAPARADIGMAS

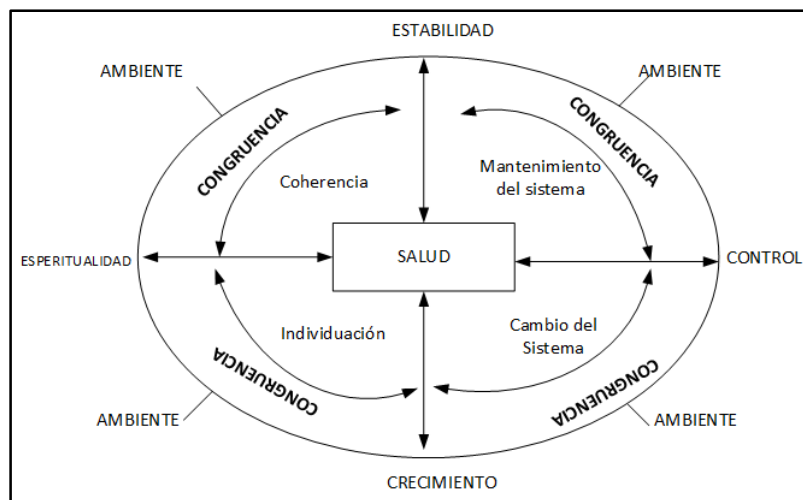
ENTORNO: Contexto dinámico ineludible en el cual cada sistema focal funciona, desarrollándose del siguiente orden jerárquico:

- Orden básico del universo
- Organización de sistema en la tierra
- Condiciones terrenales (Tiempo, Espacio, Energía y Masa).

PERSONA: Los seres humanos regulan las condiciones terrestres de tiempo espacio energía y masa a través de acciones dentro de las cuatro dimensiones del proceso que conllevan al logro de metas, como se observa a continuación:

Metas del Sistema Familiar: Las metas del sistema familiar son: espiritualidad, crecimiento, control y estabilidad. El mantenimiento del sistema y la coherencia convergen a la estabilidad, el cambio del sistema y la individuación convergen al crecimiento, mantenimiento del sistema y el cambio del sistema convergen al control, y la coherencia y la individuación convergen a la espiritualidad. Cada sistema busca su congruencia interna y con el ambiente a través del equilibrio dinámico entre la estabilidad y el crecimiento, y supliendo de la mejor forma sus necesidades de control y espiritualidad (4).

Proceso de vida del Sistema Familiar



Fuente: Teoría de la Organización sistémica. The Framework and Its propositions, México. Friedemann, Marie Luise (1995).

Cada sistema busca su congruencia interna y con el ambiente a través del equilibrio dinámico entre la estabilidad y el crecimiento, y supliendo de la mejor forma sus necesidades de control y espiritualidad.

A continuación se describen las Metas del Sistema Familiar:

- **Estabilidad:** La familia mantiene la estabilidad y protege al sistema de su extinción, reuniendo sus valores básicos y creencias culturales, desde donde enseña sus patrones tradicionales de funcionalidad a los niños, patrones que luego serán transmitidos de generación en generación. Las familias saludables siguen los valores y respetan las tradiciones familiares con las que construye el sentido de pertenencia y seguridad. Este mundo de valores y actitudes da la capacidad para abrirse y enfrentarse a otras influencias que puedan confrontar la estructura de valores y creencias sin que ponga en riesgo la integridad del sistema, así se dé un cambio en el comportamiento como producto de la flexibilidad (4).

- **Crecimiento:** El crecimiento ocurre de acuerdo con el cambio de sus miembros; promueve el desarrollo de nuevas actitudes que

son adaptadas al interior de la familia como producto de la interrelación con otros sistemas; los cambios significativos en los miembros ejercerán una influencia detectable en la estructura y los procesos de la familia, lo cual lleva al crecimiento del sistema. La familia se abre para procesar la nueva información y ajustarse a ella. O bien la integra a su sistema de valores, o vive con valores contradictorios entre sus miembros, dando apertura –como valor– a la diversidad de opiniones. La principal herramienta para el proceso de crecimiento saludable es la comunicación (4).

- **Control:** En el sistema el control regula y reduce las amenazas del medio externo mediante el uso de mecanismos internos colectivos, los cuales canalizan la energía para reducir la vulnerabilidad y proteger al sistema de las amenazas y así restablecer la congruencia. La familia saludable, dentro de sus operaciones familiares, permite a sus miembros satisfacer la necesidad de autonomía, con lo cual ellos pueden planear el futuro, tomar decisiones, aceptar o rechazar nueva información o escoger sistemas ambientales a los cuales conectarse. Ellos pueden establecer reglas a seguir y hacer que los miembros las sigan, de

tal forma que el sentido colectivo de autonomía y compromiso logrado protege a sus miembros de la ansiedad por causa de la incertidumbre, la vulnerabilidad y la soledad (4).

- **Espiritualidad:** La espiritualidad constituye un aspecto importante de la cultura familiar. Se apoya en los valores relacionados con aspectos emocionales, como la confianza, el amor, y el afecto con que se unen los miembros de la familia, y los moviliza a buscar el crecimiento personal fuera de ella. A través de la espiritualidad, sus miembros reducen el miedo a la soledad, se sienten conectados, y hallan consuelo y se ayudan en los momentos difíciles, para que el control sea efectivo necesita de las bases de la espiritualidad (4).

Dimensiones del Sistema: Las dimensiones y la regulación de la salud familiar están dadas por los propósitos del sistema familiar; se alcanzan a través de estrategias, clasificadas en cuatro dimensiones: en las dos primeras se trata de acciones colectivas (mantenimiento del sistema, cambio del sistema); las otras dos corresponden a actividades de los subsistemas de la familia

(coherencia, e individuación). De tal forma que el sistema familiar, con las estrategias de mantenimiento y coherencia, tiene como objetivo la estabilidad (homeostasis), mientras el cambio del sistema y la individuación apuntan su objetivo al crecimiento (morfogénesis) (4).

– **Mantenimiento del Sistema:** El mantenimiento del sistema cubre la mayoría de las acciones colectivas de la vida familiar relacionada con la transmisión de cultura, preservando los patrones y tradiciones (homeostasis), las cuales hacen referencia a la estructura familiar y a la flexibilidad para mantener el sistema y protegerlo de los cambios amenazantes. Suministra al individuo seguridad y autonomía. Involucra patrones de comunicación, rituales, roles, normas, entre otros, los cuales se deben comportar de manera organizada para buscar patrones de cuidado y plantear estructuras en el futuro de la familia; dentro de él se agrupan acciones como el descanso y actividades recreativas, dormir, comer, y trabajar (4).

- **Cambio del Sistema:** El cambio del sistema es generado por las acciones colectivas de sus miembros, que repercuten en el sistema de valores tradicionales de la familia. Lleva a la inclusión de nuevos comportamientos por lo tanto comprende la transformación de la cultura (morfogénesis). Este cambio es posible por la flexibilidad de la familia que permite el flujo libre de energía y materia dentro y fuera del ambiente, ajustándose a las nuevas necesidades de los miembros. Este proceso compromete decisiones conscientes, apuntándole a la meta del control y crecimiento apoyado por la seguridad y la autonomía (4).

- **Coherencia:** La coherencia es la resultante de las relaciones armónicas entre los miembros de la familia. Da un sentido de unidad; un todo unificado. Esta estructuración se da en la infancia con el apoyo e interés de los padres, y está orientada a valores y actitudes tales como el respeto, el amor, la autoestima, el interés de los unos por los otros, lo que permite crear vínculos necesarios para la supervivencia del sistema. La coherencia es posible cuando se comparten experiencias y sentimientos. Se da la aceptación mutua frente las diferencias personales, hay un

reconocimiento de logros y se dan expresiones de afecto y de cuidado. Estas funciones fortalecen la espiritualidad y la estabilidad personal y familiar, desde donde los individuos cuentan con una seguridad interna. Se constituye en un prerrequisito para la individuación (4).

- **Individuación:** La individuación se desarrolla mediante la comunicación con otros sistemas estructurando la identidad personal; apoya a los miembros en el desarrollo de sus roles, de sus talentos, el aprendizaje a partir de sí mismo y de otros, y la búsqueda de sus propios intereses permitiendo expandir el horizonte. Todo ello conduce al crecimiento, teniendo como requisito el encontrarse inmerso en otros sistemas. A partir de la individuación las personas ajustan sus patrones y ritmos para sentirse conectadas con otros sistemas de su elección, tales como amistades, sitios de trabajo, un grupo étnico, una religión, una ideología y otros. Desde estas conexiones los individuos consiguen desarrollar sus talentos, ideas, absorben nuevo conocimiento y obtienen mayor entendimiento. Este proceso interactivo con otros sistemas hace que de manera individual se

dé un sacrificio de las libertades personales y se adopten responsabilidades para apoyar otros sistemas. La individuación apunta a la espiritualidad al armonizar al individuo en su relación con otros sistemas (4).

SALUD: No es absoluta, comprende la experiencia de congruencia del sistema centrada en todos los niveles del individuo.

Enfermedad: Hace referencia al disturbio organizacional al nivel del sistema orgánico y es la incongruencia de los patrones de vida con el orden del universo.

Salud perfecta: Congruencia ritmo y patrón con el universo.

Salud sistémica: Producto de interacción y vacilación de ansiedad y bienestar según las situaciones cambian.

ENFERMERÍA: Dirigida al total unificado entendido este como una persona, familia o comunidad, se concentra en las ventajas y recursos en lugar de los problemas. Al unir los sistemas de familia y participar en los procesos sistémicos, la enfermera experimenta una individuación y crecimiento personal, expande la conciencia y tolerancia y abre la

mente a nuevas alternativas aplicables a ambas vidas; personal y profesional.

Ciencia: las intervenciones dependen del entendimiento de la operación y procesos de sistema.

Arte: Expresión creativa de uno mismo alcanzando al cliente que incluye un proceso mutuo de individuación en que enfermera y cliente intercambian masa, energía o información para hacer cambios en el proceso y se expanden a sí mismos a través del crecimiento del sistema y la espiritualidad.

PROCESO DE ENFERMERÍA:

- Evaluar Patrones de Salud.
- Describir el diagrama sistémico.
- Determinar necesidad de cambio.
- Reconocer fuerzas existentes.
- Motivar el uso de los recursos sistémicos.
- Asistir en el descubrimiento de nuevas estrategias.
- Encabezar el proceso de cambio.
- Probar resultados y evaluar la salud.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Las familias funcionan de determinada manera, variando en razón de sus etapas de desarrollo y de las variables sociales que la determinan; pero hay tendencias a madurar un estilo, el cual debe garantizar el desarrollo de cada uno de sus miembros como el de la totalidad del grupo y el contexto sociocultural donde opera. En su dinámica la familia presenta relaciones entre su interior y su exterior permitiendo un constante ajuste, sin que por ello su identidad y estructura se pierdan. Aspectos que han influido en que la funcionalidad familiar sea tema de investigación desde diferentes disciplinas y enfoques teóricos, principalmente desde la teoría de sistemas.

A continuación se hace revisión de algunos autores que han investigado sobre el tema.

La familia cumple dos grandes tareas: función nutricia y función socializadora. De esta forma, la primera da apoyo al desarrollo físico y emocional de sus miembros y la segunda transmite valores, reglas y da un lugar social. Como sistema es idóneo el cumplimiento de las dos funciones (4).

Herrera interpreta la Funcionalidad como una dinámica interactiva racional y sistémica dada en los miembros que la conforman y se evalúa por categorías de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad; siendo valorada por el desempeño de roles comunicación, respuesta efectiva, y control en la conducta y flexibilidad, al igual que se puede ver de acuerdo con la participación de la pareja en la vida social, la estructura de la autoridad, la distribución de tareas domésticas y el rol funcional (18).

La Funcionalidad Familiar es el conjunto de funciones a lo largo de las diferentes etapas de desarrollo de la familia, comprende aspectos afectivos, de socialización, de cuidado de la salud, de la reproducción y económicos, conforme a las normas de la sociedad en la cual se desarrolla. La familia como sistema hace muy complejo su funcionamiento, el cual se da a partir de los sistemas individuales hasta abarcar otros subsistemas externos a la familia, lo cual puede generar conflictos, y es allí donde ésta interviene como sistema de apoyo para la solución de problemas haciendo uso de la flexibilidad en el proceso de adaptación familiar y así mantener su funcionalidad (4).

Para Gorosteguí las familias funcionales establecen límites, reglas a partir de las cuales se determina el cómo y el quién participa, es decir, instauran una jerarquización con lo cual se estructuran las dimensiones del sistema y así se aseguran las metas en la búsqueda de la congruencia del sistema. Es así como la familia, en su interior, posibilita el crecimiento, brinda seguridad, fortalece los procesos de individuación y da un sentido de pertenencia, asegurando un buen funcionamiento para el sistema familiar (19).

Dentro del marco teórico de la organización sistémica, a partir del concepto de salud familiar, la funcionalidad es entendida como el buen funcionamiento total de la familia y no simplemente como ausencia de enfermedad física o mental; donde la comprensión de la funcionalidad está sujeta a los valores y creencias propios de la cultura, contexto en que deben mirarse los procesos familiares, pues desde allí se dan las diferentes formas de operacionalización y conformación para el logro de la congruencia, bien del individuo o las familias, es así que la congruencia permite dar un sentido de bienestar a las personas involucradas, reduciendo la ansiedad del sistema.

En general, se podría decir que la familia como sistema hace muy complejo su funcionamiento, el cual se da a partir de los sistemas individuales hasta abarcar otros subsistemas externos a la familia; ello puede generar conflictos, y es allí donde la familia interviene como sistema de apoyo para la solución de problemas, cumpliendo así con sus funciones, adaptándose al cambio y superando las crisis familiares ante las variaciones del medio interno y externo, a partir de las cuales se determina la funcionalidad familiar.

Quintero establece que el buen funcionamiento debe garantizar el desarrollo individual de cada uno de sus miembros de la familia, así como la del grupo y su contexto sociocultural donde se halla inmerso; de tal forma que en su crecimiento y evolución responda a las demandas internas de cada una de las partes, donde se llevan a cabo las interrelaciones internas y externas, posibles gracias a la permeabilidad, a partir de la cual se ajusta y reacomoda sin perder su identidad y estructura, a través de procesos morfogénicos, y homeostáticos. Es decir, las familias funcionan de un modo determinado, conservando su estilo a través de las diferentes etapas, y de sus variables sociales (20).

Y es así como la familia en esta circunstancia y en respuesta a conflictos que puedan desencadenarse debe adaptarse a las nuevas exigencias modificando algunas normas y conductas con el fin de mantener la funcionalidad familiar.

3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TERMINOS

Familia:

Todas las personas consideradas como familia: parientes y amigos a quienes se acepta como de la familia. Familia son todos los que se sienten emocionalmente cercanos o que le preocupan de manera especial; puede ser que vivan en la misma casa o vivan en otra parte, pero siempre mantienen contacto más o menos estrecho (21).

Funcionalidad Familiar:

Para Friedemann la funcionalidad familiar está constituida por los procesos familiares saludables que permiten a cada miembro de la familia obtener congruencia personal y controlar la ansiedad, a través de los propósitos de estabilidad, crecimiento, control y espiritualidad mediante las estrategias de cambio, mantenimiento, cohesión e individuación; y así

lograr la congruencia en la familia, con la cual enfrenta las etapas del ciclo vital, las crisis y el logro de sus metas de tal forma que permita la satisfacción de sus miembros y garantizar la permanencia del grupo familiar (4).

Efectividad de la Funcionalidad Familiar:

Es el resultado de la funcionalidad familiar expresado en términos de alto, intermedio o bajo nivel de funcionalidad familiar (4).

Adherencia al tratamiento:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo (22).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo, correlacional porque determina si dos variables están correlacionadas o no, de corte transversal; ya que permite presentar la información tal y como se obtiene en un tiempo y espacio determinado (24).

2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: La población de estudio estuvo constituida por 120 pacientes con tratamiento de tuberculosis en los distintos establecimientos pertenecientes a la Micro red Cono Norte en el año 2016:

Establecimiento de salud	Pacientes con tratamiento de tuberculosis
P. S. Intiorko	10
P. S. Cono Norte	12
C. S. Ciudad Nueva	34
C. S. Alto de la Alianza	36
C. S. La Esperanza	20
P. S. Juan Velasco	8
Total	120

Muestra: Para fines de una investigación completa y adecuada por la cantidad poblacional se consideró al 100% de la población. Mas solo participaron 104 pacientes, pues 16 pacientes son aquellos que migraron otra ciudad, no desearon participar de la investigación y pacientes fallecidos.

Criterio De Inclusión:

- Pacientes que acepten ser parte del estudio.
- Pacientes que iniciaron tratamiento durante el año 2016

Criterios De Exclusión:

- Pacientes con alteraciones mentales.
- Pacientes que no acepten ser parte de este estudio.
- Pacientes que iniciaron tratamiento durante el año 2015 u otros años anteriores.

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

VARIABLE INDEPENDIENTE: EFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

- Técnica

Para este estudio se realizó una entrevista con los pacientes pertenecientes a la estrategia.

- Instrumento

Se utilizó como instrumento la Escala de Efectividad de la Funcionalidad Familiar, diseñada por Marie-Luise Friedemann, que permite medir los conceptos de la teoría Estructura de Organización Sistémica, el cual refleja la efectividad del funcionamiento familiar (23).

El instrumento fue nuevamente validado con un Alfa de Cronbach: 0.866 (ver Anexo N°02); está conformado por 20 ítem, cada uno con

tres indicadores que han sido ponderados previamente por la autora del instrumento de la siguiente manera (ver Anexo N°03):

Nivel de ponderación del instrumento

Nivel	SIGNIFICADO
1	Bajo nivel de efectividad del funcionamiento familiar. Problemas graves. De 20 a 50 puntos.
2	Intermedio nivel de efectividad de la funcionalidad familiar. Problemas moderados. De 51 a 55 puntos.
3	Alto nivel de efectividad de la funcionalidad familiar. Sin problemas. De 56 a 60 puntos.

Fuente: Grupo de investigación en Funcionalidad familiar. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Validez facial del instrumento: evaluación de la efectividad de la funcionalidad familiar, versión en español, de ML Friedemann, 2006.

Los ítem están agrupados según las dimensiones propuestas en el marco de organización sistémica familiar, en donde cada una de ellas tiene asignado un número determinado de ítem del instrumento: coherencia (C), individuación (I), cambio del sistema (CS), mantenimiento del sistema (MS)

Número de ítem del instrumento según las dimensiones

DIMENSION	Coherencia (C)	Individuación (I)	Cambio en el Sistema (SC)	Mantenimiento del Sistema (MS)
Número de ítem según el instrumento	1, 5, 10, 15, 18	3, 7, 12	4, 8, 13, 17, 20	2, 6, 9, 11, 14, 16, 19

Fuente: Grupo de investigación en Funcionalidad familiar. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Validez facial del instrumento: evaluación de la efectividad de la funcionalidad familiar, versión en español, de Friedemann, 2006.

La asignación de un valor ponderado para cada una de las dimensiones está determinada por rangos así: el rango mínimo cuya sumatoria total de veinte (20) y el rango máximo con una sumatoria total de sesenta (60); y una clasificación por niveles para cada una de las dimensiones en: alto nivel, nivel intermedio, bajo nivel (23).

DIMENSIONES	RANGOS		CLASIFICACION		
	MINIMO	MAXIMO	Alto nivel	Intermedio nivel	Bajo nivel
Mantenimiento del sistema (MS)	7	21	17 - 21	12 – 16	7 - 11
Cambio del sistema (CS)	5	15	13 - 15	9 – 12	5 - 8
Individuación (I)	3	9	8-9	6-7	3-5
Coherencia (C)	5	15	13 - 15	9 – 12	5 - 8

Fuente: Grupo de investigación en Funcionalidad familiar. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Validez facial del instrumento: evaluación de la efectividad de la funcionalidad familiar, versión en español, de ML Friedemann, 2006.

El marco de la organización sistémica a partir de la operacionalización de los 20 ítem, correspondientes a las dimensiones del sistema, donde se califican los procesos (coherencia C, individuación I, mantenimiento del sistema MS, cambio del sistema CS); se llega a la categorización de las metas: (Estabilidad (C – MS), Crecimiento (I – CS), Control (MS – CS), Espiritualidad (C – I).

- Estabilidad: 1, 2, 5, 6, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 18, 19.
- Crecimiento: 3, 4, 7, 8, 12, 13, 17, 20.
- Control: 2, 4, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20.
- Espiritualidad: 1, 3, 5, 7, 10, 12, 15, 18.

La asignación de un valor ponderado para cada una de las metas está determinada por rangos así: el rango mínimo cuya sumatoria total es de cuarenta (40) y el rango máximo con una sumatoria total de setenta y dos (72); y una clasificación por niveles para cada una de las metas en alto nivel, nivel intermedio y bajo nivel:

Calificación de las metas de la escala ASF-E 20

METAS	RANGOS		CLASIFICACION		
	MINIMO	MAXIMO	Alto nivel	Intermedio nivel	Bajo nivel
Estabilidad (MS Y C)	12	36	29-36	21-28	12-20
Control (MS Y CS)	12	36	29-36	21-28	12-20
Crecimiento (I Y CS)	8	24	20-24	14-19	8-13
Espiritualidad (C Y I)	8	24	20-24	14-19	8-13

Fuente: Grupo de investigación en Funcionalidad familiar. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Validez facial del instrumento: evaluación de la efectividad de la funcionalidad familiar, versión en español, de ML Friedemann, 2006.

VARIABLE DEPENDIENTE: ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS

- Técnica

Para este estudio se aplicó la técnica de fichaje pues consiste en registrar los datos que se van obteniendo en una ficha de monitoreo de las historias clínicas de los pacientes registrando los datos observados siendo así una fuente secundaria.

- Instrumento

Se usó las fichas de monitoreo al tratamiento en pacientes con tuberculosis sensibles y resistentes obtenida de la Norma técnica de salud para la atención de personas afectadas por la tuberculosis.

Monitoreo del tratamiento de tuberculosis sensible

- Cuenta con 18 ítems, cada procedimiento está programado según el Ministerio de Salud, para ser considerado adherente debe ser cumplido cada procedimiento según la etapa de tratamiento durante el desarrollo de la investigación (ver Anexo N°04).

Monitoreo del tratamiento de tuberculosis resistente

- Cuenta con 23 ítems, cada procedimiento está programado según el Ministerio de Salud, para ser considerado adherente debe ser cumplido cada procedimiento según la etapa de tratamiento durante el desarrollo de la investigación (ver Anexo N°05).

Calificación de Adherencia:

Adherente al tratamiento

Pacientes que si hayan cumplido con la totalidad de procedimientos de acuerdo a la etapa de tratamiento en el periodo de la investigación y que evoluciona favorablemente.

No adherente al tratamiento

Pacientes que no haya cumplido con los procedimientos de acuerdo a la etapa de tratamiento en el periodo de la investigación.

Monitoreo del tratamiento de Tuberculosis sensible

N°	Procedimientos	Estudio Basal	Meses de tratamiento					
			1	2	3	4	5	6
1	Asistencia al establecimiento para recibir su tratamiento oportunamente	X	X	X	X	X	X	X
2	Hemograma completo	X						
3	Glicemia en ayunas	X						
4	Creatinina	X						
5	Perfil hepático	X		X				
6	Prueba rápida o ELISA para VIH 1.2	X						
7	Prueba de embarazo (mujeres en edad fértil)	X						

8	Radiografía de Tórax	X		X				X
9	Prueba de sensibilidad rápida a H y R	X						
10	Baciloscopia de esputo de control	X	X	X	X	X	X	X
11	Cultivo de esputo	X						X
12	Evaluación por enfermería	X	X	X	X	X	X	X
13	Evaluación por médico tratante	X	X	X				X
14	Evaluación por servicio social	X		X				X
15	Evaluación por psicología	X		X				X
16	Consejería por nutrición	X		X				X
17	Control por planificación familiar	X		X				X
18	Control de peso	X	X	X	X	X	X	X

Fuente: Tabla modificada de cotejos de adherencia al tratamiento de la Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, NTS N°104 – MINSA/DGSP Perú aplicado en la Micro Red Cono Norte. 2016.

Monitoreo del tratamiento de la Tuberculosis Resistente

N°	Procedimientos	Estudio Basal	Meses de tratamiento					
			3	6	9	12	15	Entre 18 a 24
1	Asistencia al establecimiento para recibir su tratamiento oportunamente	X	X	X				
2	Hemograma completo	X	X	X				
3	Glicemia en ayunas	X	X	X				
4	Creatinina	X	X	X				
5	Perfil hepático	X	X	X		X		
6	Electrolitos (Na, K, Cl) (si el esquema incluye inyectables)	X	X	X				
7	TSH (si esquema incluye Eto o PAS)	X	Según indicación de medico consultor					
8	Prueba rápida o ELISA para VIH 1.2							
9	Prueba de embarazo (mujeres en edad fértil)	X						
10	Radiografía de Tórax	X		X		X		X
11	Baciloscopia de esputo de control	Mensual						
12	Cultivo de control	Mensual						
13	Evaluación por enfermería	X	Mensual					
14	Evaluación por médico tratante	X	Mensual					
15	Evaluación por medico consultor	X	Trimestral					
16	Evaluación por servicio social		Trimestral					
17	Evaluación por psicología	X		X		X		X
18	Evaluación por psiquiatria (si el esquema incluye cicloserina o presenta comorbilidad)	X	según indicaciones de medico consultor					

19	Audiometría y otorrinolaringología (si esquema incluye inyectable)	X		X				
20	Consejería por nutrición	X		X		X		X
21	Control por planificación familiar	X	X	X	X	X	X	X
22	Control de peso	X	Mensual					

Fuente: Tabla modificada de cotejos de adherencia al tratamiento de la Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, NTS N°104 – MINSA/DGSP Perú aplicado en la Micro Red Cono Norte. 2016.

4. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Después de obtenida la resolución para la ejecución de la investigación se realizó las averiguaciones de los gerentes de cada establecimiento de salud perteneciente a la Micro Red Cono Norte.
- Seguidamente se realizó las solicitudes necesarias para cada establecimiento para luego ser entregados a cada uno de los gerentes.
- Luego de tener el acceso a la información y el área de Personas Afectadas con Tuberculosis con el apoyo de las licenciadas en enfermería a cargo del programa de Tuberculosis de los establecimientos, se entrevistó a los pacientes que desearon participar de la investigación.
- Previo consentimiento informado con las licenciadas en enfermería responsables del programa de Tuberculosis de los distintos

establecimientos se programó la revisión de las historias clínicas y cartillas de atención de los pacientes con tuberculosis.

- Finalmente se realizó el conglomerado de la información adquirida para luego ser entregada al estadístico para la visualización de los resultados.

5. PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez obtenida la información se ordenó y codificó los datos, luego se elaboró una base de datos en programa Excel de Microsoft Windows 2010; el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el software estadístico informático StatisticalPackageforthe Social Sciences (SPSS) v 17,0. Para el análisis de la eficacia de la funcionalidad familiar en pacientes con Tuberculosis Pulmonar, se utilizó el estadístico Chi cuadrado. Se consideró un nivel de confianza de 95% y un valor $p < 0,05$ para probar la Hipótesis de investigación.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

1. RESULTADOS

En esta sección se presenta los resultados de la investigación en las tablas y gráficos estadísticos, teniendo en cuenta los objetivos específicos de la investigación se describe a continuación cada uno de los cuadros que responden a las mismas.

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados, los cuales son presentados en tablas y gráficos, respondiendo así a los objetivos e hipótesis planteada.

TABLA N° 01

NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MICRORED CONO NORTE-TACNA, 2016.

NIVEL DE ADHERENCIA EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS	N°	%
No Adherente	23	20,1
Adherente	81	77,9
Total	104	100,0

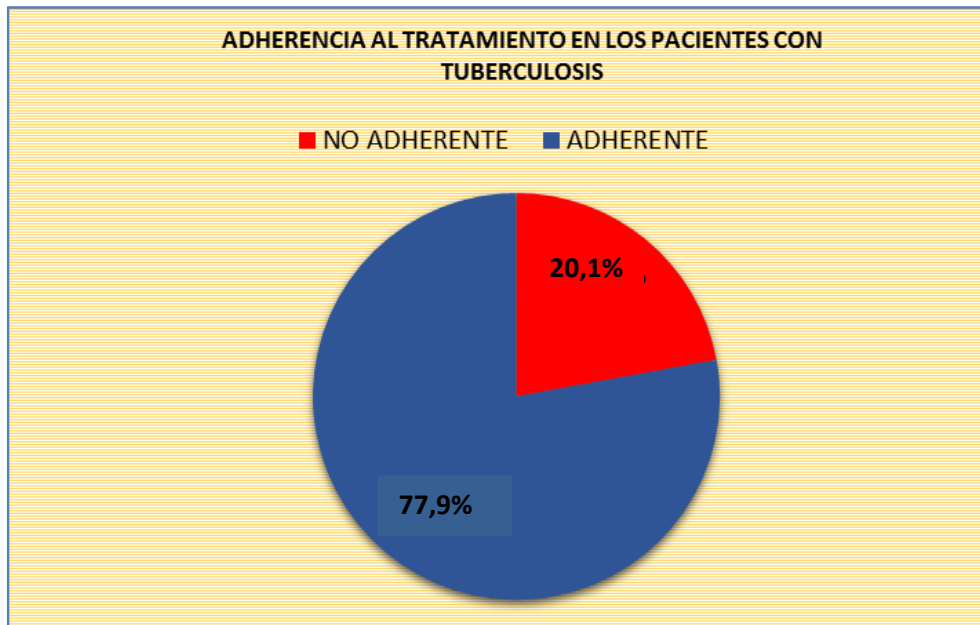
***Fuente:** Tabla de cotejos de adherencia al tratamiento de la Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, NTS N°104 – MINSA/DGSP Perú aplicado en la Micro Red Cono Norte-Tacna, 2016.*

DESCRIPCIÓN:

En la presente tabla podemos observar que, el 77,9% de los pacientes con tuberculosis muestran adherencia al tratamiento y 20,1% de pacientes no son adherentes al tratamiento.

GRÁFICO N° 01

NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MICRORED CONO NORTE-TACNA, 2016.



Fuente: Tabla N° 01

TABLA N° 02

NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD MICRORED CONO NORTE-TACNA, 2016.

MICRORED CONO NORTE	NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TBC		NO		SI		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
C. S. ALTO ALIANZA	7	23,3%	23	76,7%	30	100%		
C. S. CIUDAD NUEVA	7	24,1%	22	75,9%	29	100%		
C. S. LA ESPERANZA	3	15,8%	16	84,2%	19	100%		
P. S. CONO NORTE	3	30,0%	7	70,0%	10	100%		
P. S. INTIORKO	2	22,2%	7	77,8%	9	100%		
P. S. JUAN V. ALVARADO	1	14,3%	6	85,7%	7	100%		
Total	23	22,1%	81	77,9%	104	100%		

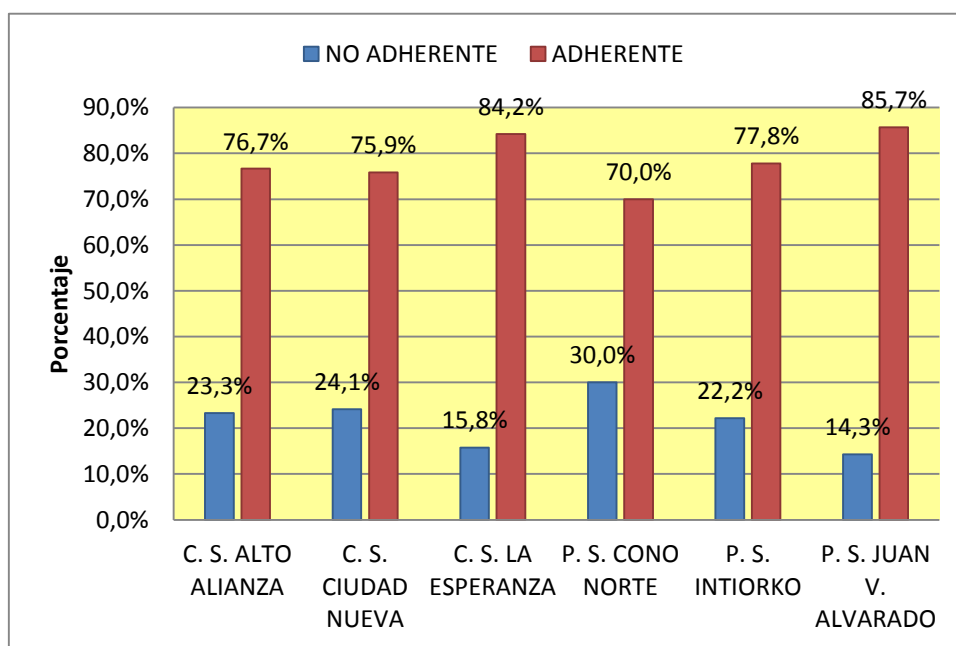
Fuente: Tabla de cotejos de adherencia al tratamiento de la Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, NTS N°104 – MINSA/DGSP Perú aplicado en la Micro Red Cono Norte-Tacna, 2016.

DESCRIPCIÓN:

En la presente tabla se observa que el P.S. Cono norte presenta la mayor porcentaje de No adherencia al tratamiento en sus pacientes con tuberculosis con un 30%, mientras que el P.S. Juan Velasco Alvarado presenta la mayor adherencia al tratamiento en sus pacientes con un 85,7%.

GRÁFICO N° 02

NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD MICRORED CONO NORTE-TACNA, 2016.



Fuente: Tabla N° 02

TABLA N° 03

EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MICRORED CONO NORTE-TACNA, 2016.

NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TBC	NO		SI	
	N°	%	N°	%
Alto nivel	0	0,0%	12	14,8%
Intermedio nivel	6	26,1%	37	45,7%
Bajo nivel	17	73,9%	32	39,5%
Total	23	100,0%	81	100,0%

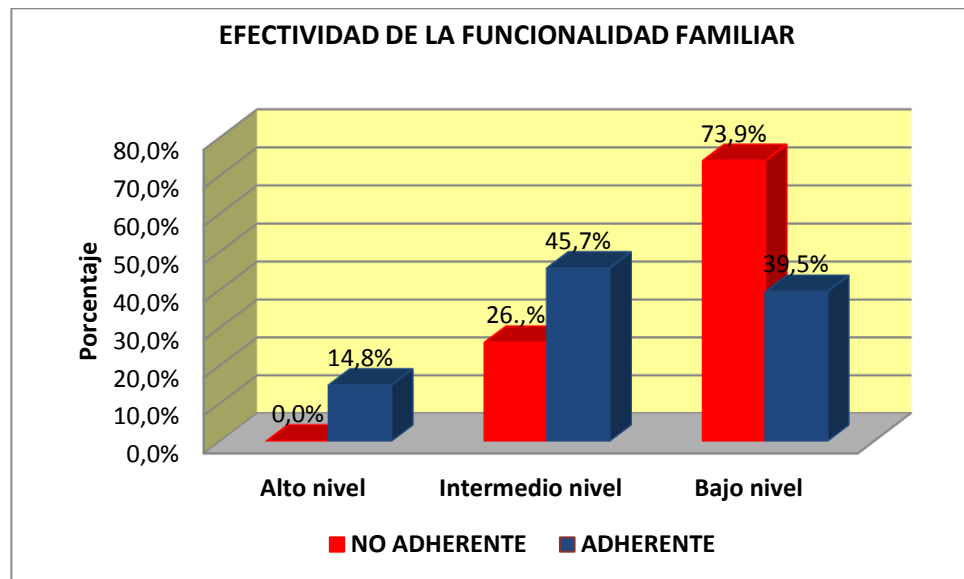
Fuente: *Cuestionario de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E) de Friedemann, M.L. y Tabla de cotejos de adherencia al tratamiento de la Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, NTS N°104 – MINSA/DGSP Perú aplicado en la Micro Red Cono Norte-Tacna, 2016.*

DESCRIPCIÓN:

Se observa que, de los pacientes No Adherentes al tratamiento de tuberculosis muestran 73,9% Bajo Nivel de efectividad de funcionalidad familiar mientras que los pacientes Adherentes al tratamiento muestran un 45,7% Nivel Intermedio de Efectividad de la funcionalidad familiar.

GRÁFICO N° 03

EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS, MICRORED CONO NORTE-TACNA, 2016.



Fuente: *Tabla N°03*

TABLA N° 04

EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR DIMENSIONES Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MICRO RED CONO NORTE - TACNA, 2016.

DIMENSIONES DE LA EFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR	CLASIFICACIÓN	NO		SI		CHI CUADRADO
		N°	%	N°	%	
Mantenimiento del sistema	Alto nivel	0	0,0%	26	32,1%	$X^2 = 17.420$; P-valor = 0,000 < 0,05 Existe relación significativa
	Intermedio nivel	15	65,2%	49	60,5%	
	Bajo nivel	8	34,8%	6	7,4%	
Cambio de Sistema	Alto nivel	6	26,1%	24	29,6%	$X^2 = 14.205$; P-valor = 0,001 < 0,05 Existe relación significativa
	Intermedio nivel	11	47,8%	55	67,9%	
	Bajo nivel	6	26,1%	2	2,5%	
Coherencia	Alto nivel	0	0,0%	22	27,2%	$X^2 = 17.626$; P-valor = 0,000 < 0,05 Existe relación significativa
	Intermedio nivel	12	52,2%	49	60,5%	
	Bajo nivel	11	47,8%	10	12,3%	
Individuación	Alto nivel	0	0,0%	8	9,9%	$X^2 = 2.858$; P-valor = 0,240 > 0,05 No Existe relación significativa
	Intermedio nivel	6	26,1%	24	29,6%	
	Bajo nivel	17	73,9%	49	60,5%	

Fuente: Cuestionario de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E) de Friedemann, M.L. y Tabla de cotejos de adherencia al tratamiento de la Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, NTS N°104 – MINSA/DGSP Perú aplicado en la Micro Red Cono Norte-Tacna, 2016.

DESCRIPCIÓN:

En relación a la dimensión de Mantenimiento de Sistema los pacientes que SI son adherentes al tratamiento presentan un alto nivel de efectividad de la funcionalidad familiar con 32,1%; mientras aquellos pacientes que NO son adherentes al tratamiento reflejan un bajo nivel de efectividad de la funcionalidad familiar 34,8%. Y efectivamente existe relación estadísticamente significativa.

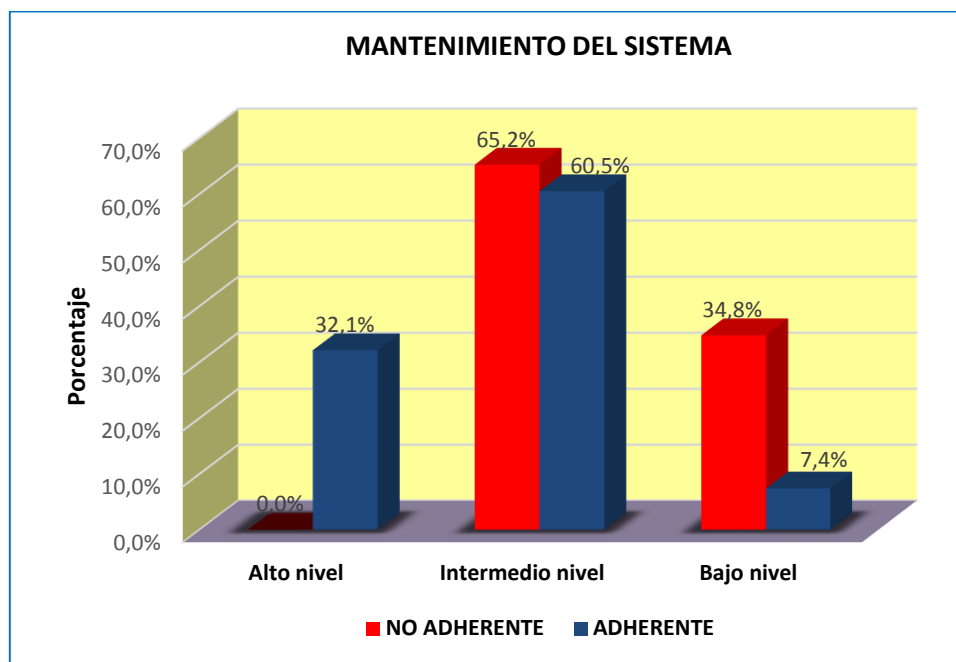
En la dimensión de Cambio de Sistema los pacientes que SI son adherentes al tratamiento presentan un alto nivel de efectividad de la funcionalidad familiar con 29,6%; mientras aquellos pacientes que NO son adherentes al tratamiento presentan un bajo nivel de efectividad de la funcionalidad familiar 26,1%. Sin embargo existe relación estadísticamente significativa entre las variables.

En la dimensión de Coherencia los pacientes que SI son adherentes al tratamiento presentan un alto nivel de efectividad de la funcionalidad familiar con 27,2%; mientras aquellos pacientes que NO son adherentes al tratamiento presentan un bajo nivel de efectividad de la funcionalidad familiar 47,8%. En concordancia existe relación estadísticamente significativa entre las variables.

En la dimensión de Individuación los pacientes que SI son adherentes al tratamiento presentan un alto nivel de efectividad de la funcionalidad familiar con 9,9%; mientras aquellos pacientes que NO son adherentes al tratamiento presentan un bajo nivel de efectividad de la funcionalidad familiar 73,9%. Es así que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables.

GRÁFICO N° 04 A

EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (DIMENSIÓN: MANTENIMIENTO DEL SISTEMA) Y SU RELACIÓN EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MICRO RED CONO NORTE-TACNA, 2016.

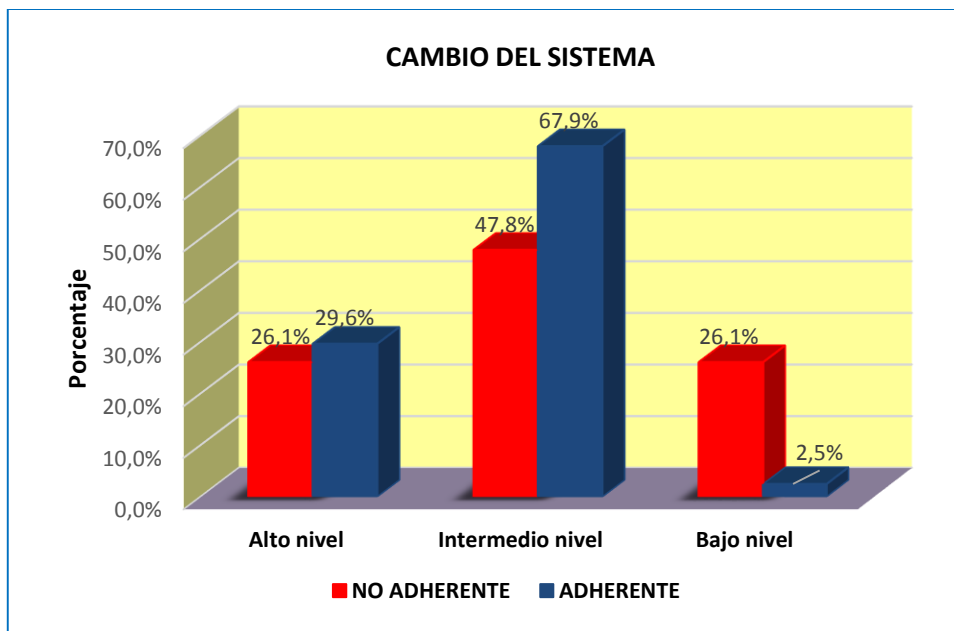


$\chi^2 = 17.420$; P-valor = 0,000 < 0,05

Fuente: *Tabla N° 04*

GRÁFICO N° 04 B

EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (DIMENSIÓN: CAMBIO DEL SISTEMA) Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MICRORED COMO NORTE-TACNA, 2016.

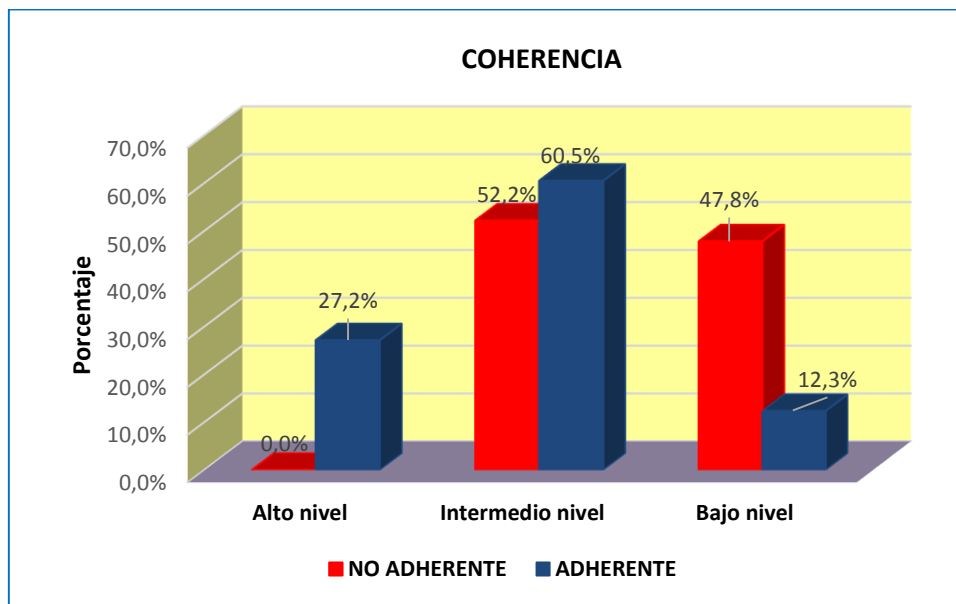


$X^2 = 14.205$; P-valor = $0,001 < 0,05$

Fuente: *Tabla N° 04*

GRÁFICO N° 04 C

EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (DIMENSIÓN: COHERENCIA) Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MICRORED CONO NORTE-TACNA, 2016.

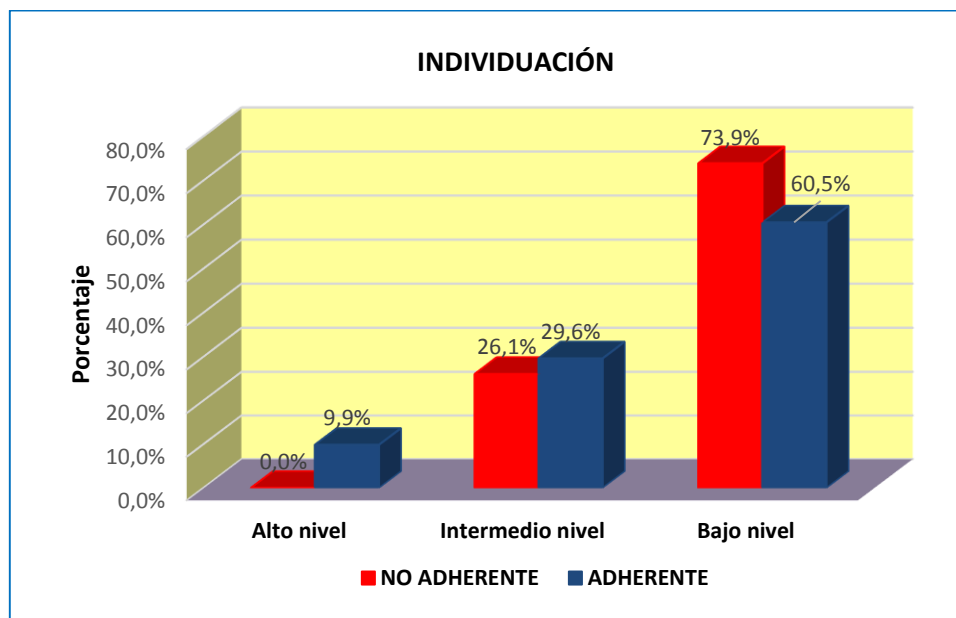


$X^2 = 17.626$; P-valor = 0,000 < 0,05

Fuente: *Tabla N° 04*

GRÁFICO N°4 D

EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (DIMENSIÓN: INDIVIDUACIÓN) Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MICRORED CONO NORTE-TACNA, 2016.



$X^2 = 2.858$; P-valor = 0,240 > 0,05

Fuente: *Tabla N° 04*

TABLA N° 05

EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR METAS Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MICRORED CONO NORTE-TACNA, 2016.

METAS DE LA EFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR	NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TBC	CLASIFICACIÓN	NO		SI		CHI CUADRADO
			N°	%	N°	%	
Estabilidad	Alto nivel	0	0,0%	28	34,6%	X ² = 17.018; P-valor = 0,000 < 0,05 Existe relación significativa	
	Intermedio nivel	13	56,5%	43	53,1%		
	Bajo nivel	10	43,5%	10	12,3%		
Crecimiento	Alto nivel	2	8,7%	12	14,8%	X ² = 18.639; P-valor = 0,000 < 0,05 Existe relación significativa	
	Intermedio nivel	8	34,8%	58	71,6%		
	Bajo nivel	13	56,5%	11	13,6%		
Control	Alto nivel	2	8,7%	25	30,9%	X ² = 30.518; P-valor = 0,000 < 0,05 Existe relación significativa	
	Intermedio nivel	11	47,8%	54	66,7%		
	Bajo nivel	10	43,5%	2	2,5%		
Espiritualidad	Alto nivel	0	0,0%	8	9,9%	X ² = 2.858; P-valor = 0,000 < 0,05 Existe relación significativa	
	Intermedio nivel	6	26,1%	61	75,3%		
	Bajo nivel	17	73,9%	12	14,8%		

Fuente: Cuestionario de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E) de Friedemann, M.L. y Tabla de cotejos de adherencia al tratamiento de la Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, NTS N°104 – MINSA/DGSP Perú aplicado en la Micro Red Cono Norte-Tacna, 2016.

DESCRIPCIÓN:

En relación a la Meta de Estabilidad los pacientes que SI son adherentes al tratamiento presentan un Alto Nivel de efectividad de la funcionalidad familiar con 34,6%; sin embargo aquellos pacientes que NO son adherentes al tratamiento reflejan un Bajo Nivel de efectividad de la funcionalidad familiar 43,5%. Y efectivamente existe relación estadísticamente significativa.

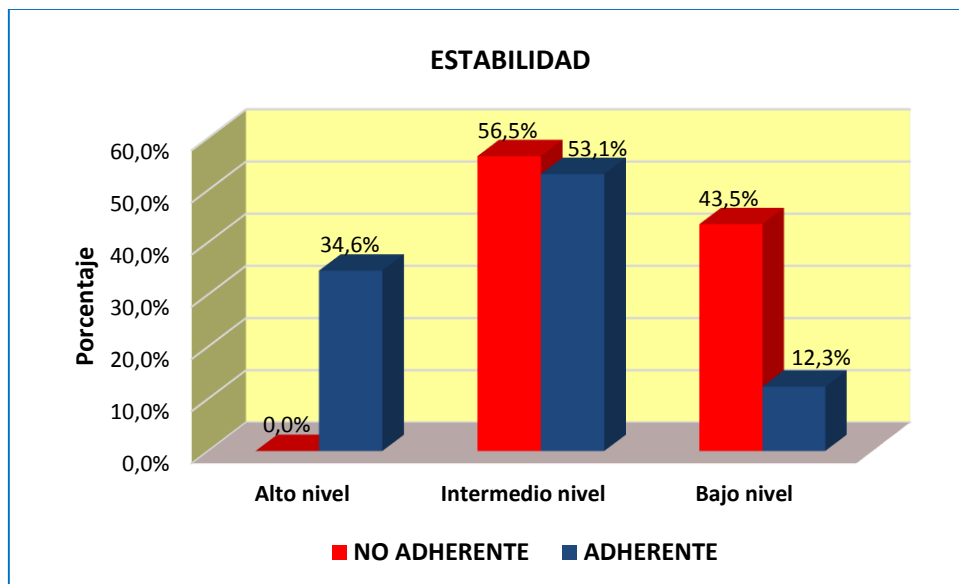
En la Meta de Crecimiento los pacientes que SI son adherentes al tratamiento presentan un Alto Nivel de efectividad de la funcionalidad familiar con 14,8%; mientras aquellos pacientes que NO son adherentes al tratamiento presentan un Bajo Nivel de efectividad de la funcionalidad familiar 56,5%. Es concordante, existe relación estadísticamente significativa entre las variables.

En la Meta de Control los pacientes que SI son adherentes al tratamiento presentan un alto nivel de efectividad de la funcionalidad familiar con 30,9%; mientras aquellos pacientes que NO son adherentes al tratamiento presentan un bajo nivel de efectividad de la funcionalidad familiar 43,5%. En concordancia existe relación estadísticamente significativa entre las variables.

En la Meta de Espiritualidad los pacientes que SI son adherentes al tratamiento presentan un Alto Nivel de efectividad de la funcionalidad familiar con 9,9%; mientras aquellos pacientes que NO son adherentes al tratamiento presentan un Bajo Nivel de efectividad de la funcionalidad familiar 73,9%. Existe relación estadísticamente significativa entre las variables.

GRÁFICO N°5 A

EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (META: ESTABILIDAD) Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MICRORED CONO NORTE-TACNA, 2016.

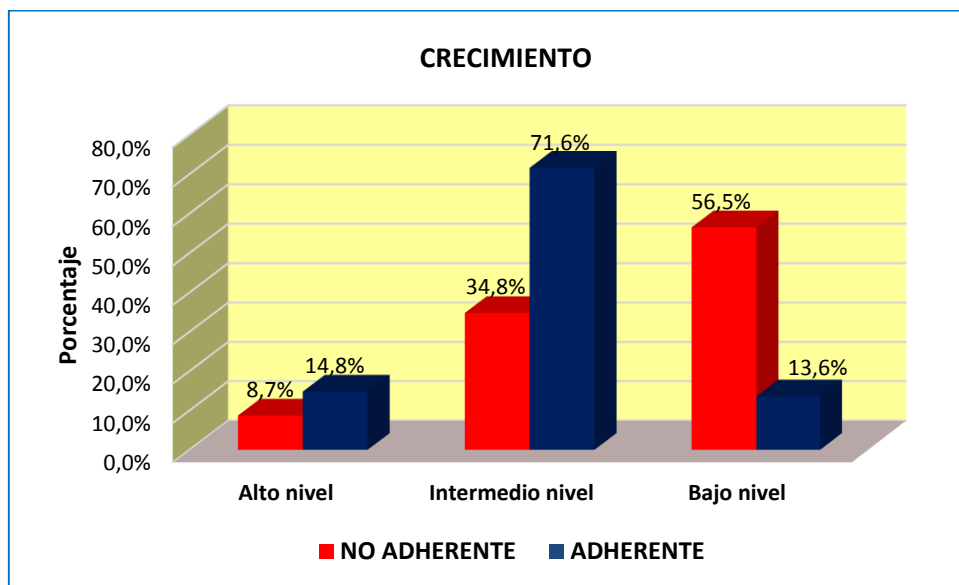


$X^2 = 17.018$; P-valor = 0,000 < 0,05

Fuente: Tabla N° 05

GRÁFICO N°5 B

EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (META: CRECIMIENTO) Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MICRORED CONO NORTE-TACNA, 2016.

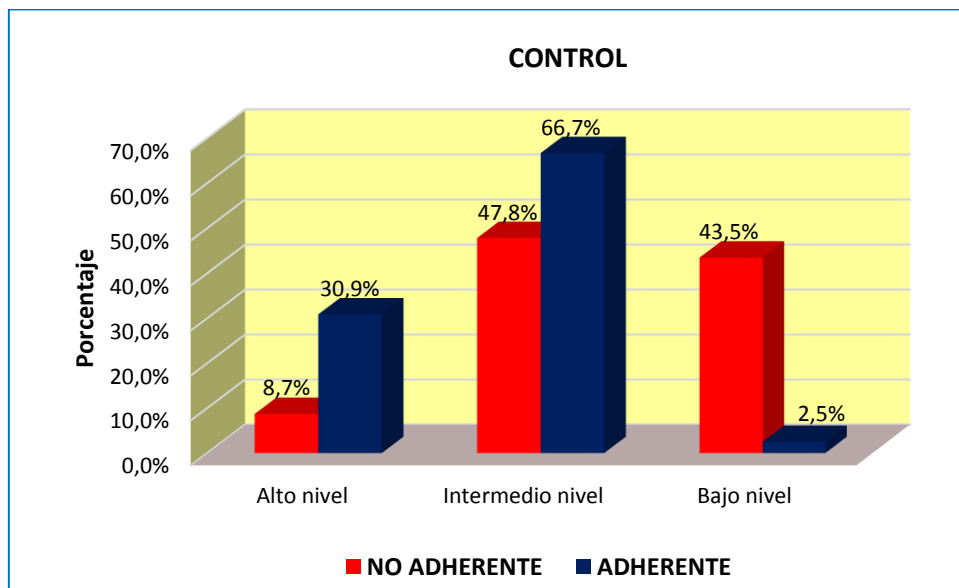


$X^2 = 18.639$; P-valor = 0,000 < 0,05

Fuente: Tabla N° 05

GRÁFICO N°5 C

EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (META: CONTROL) Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MICRORED CONO NORTE-TACNA, 2016.

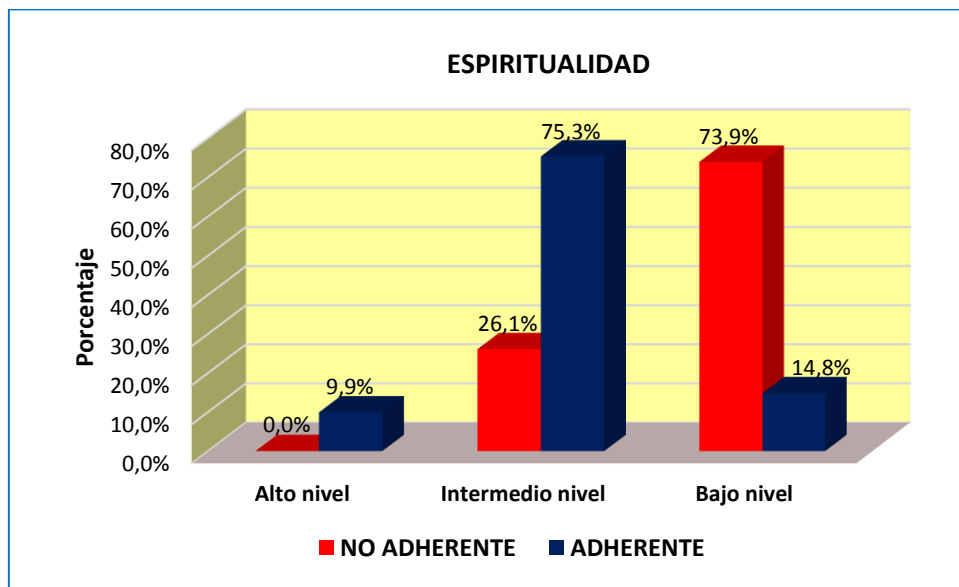


$X^2 = 30.518$; P-valor = 0,000 < 0,05

Fuente: Tabla N° 05

GRÁFICO N°5 D

EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (META: ESPIRITUALIDAD) Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS MICRORED CONO NORTE-TACNA, 2016.



$\chi^2 = 2.858$; P-valor = 0,000 < 0,05

Fuente: Tabla N° 05

DISCUSIÓN

La tuberculosis pulmonar, como enfermedad infecciosa sigue siendo, una de las enfermedades que ocupa uno de los primeros lugares a nivel mundial. Las estrategias desarrolladas por el Ministerio de Salud hasta ahora no han mostrado su eficacia para su erradicación, sin embargo si ha ayudado para la detección temprana de los sintomáticos respiratorios y disminuir su transmisión. Por lo tanto es de gran importancia la atención primaria, ya que constituyen la base primordial para determinar el proceso salud enfermedad en la comunidad, realizando así estudios de los factores intervinientes en el desarrollo de un sintomático respiratorio, para fortalecer las intervenciones en el programa de control de la tuberculosis, como la detección precoz y adherencia al tratamiento.

En la **Tabla N° 01 y 02** del total de pacientes evaluados con tuberculosis pulmonar el 77,9% de los pacientes muestran adherencia al tratamiento mientras que solo el 20,1% de pacientes no son adherentes al tratamiento.

Esta investigación es concordante con Morales M. (26), que realizó la investigación de Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB-MDR de la Red Almenara de ESSALUD, Lima. Concluyendo que, la adherencia de tratamiento antituberculoso es buena en más de la mitad de los pacientes con TB-MDR de la Red Almenara del año 2015. Así también la investigación de Anduaga B, Maticorena Q, Beas R, Chaname B, Veramendi M, Wiegering R, Zevallos E, Cabrera R, y Suarez O, (27), realizaron la investigación Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima. Concluyendo que, solo se encontró un 3,7% con antecedentes de abandono al tratamiento antituberculoso en establecimientos de salud de atención primaria.

La Organización Mundial de la Salud considera que, la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas, fracasos terapéuticos, mayores tasas de hospitalización y aumento de los costos sanitarios; un tema prioritario de salud pública. Se estima que, en general, un 20-50% de los pacientes no toma sus medicaciones como están prescritas. Si bien es cierto se observa en las investigaciones mencionada están acorde con los hallazgos de esta investigación, el bajo porcentaje de pacientes no adherentes al tratamiento de la tuberculosis, no puede pasar desapercibido,

como profesionales de enfermería y siendo miembros de la Salud Pública estamos en la obligación y comprometidos a brindar posibles soluciones a los problemas de salud que se desenvuelven en nuestro quehacer profesional (28).

La Tabla N° 03 en el cual se observa que, de los 104 pacientes encuestados 49 muestran un Bajo Nivel de efectividad de la funcionalidad familiar y que de los pacientes No Adherentes al tratamiento de tuberculosis muestran 73,9% Bajo Nivel de efectividad de funcionalidad familiar mientras que los pacientes Adherentes al tratamiento muestran un 45,7% Nivel Intermedio de efectividad de la funcionalidad familiar. Evidenciando que es importante el ambiente familiar y la funcionalidad familiar para la adherencia al tratamiento de los pacientes.

Contrastando estos resultados con Pinedo Ch, (3), realizó la investigación Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la E.S.N. de prevención y control de la tuberculosis en el C.S. Fortaleza, Lima, 2007; llegando a la conclusión que los factores propios como el rechazo y falta de apoyo por parte de la familia; seguido por la presencia de RAFAS, el consumo de alcohol y drogas presentes en el 100%

de los pacientes pertenecientes al grupo de No Adherentes al tratamiento, mientras que estos mismos factores no se presentan en el grupo que tiene una buena adherencia al tratamiento.

Reafirmando también con la investigación realizada por González M, Criado M, (8), que realizaron la investigación Efectividad de la funcionalidad familiar de personas que ha intentado suicidarse, llegando a la conclusión que la efectividad de la funcionalidad familiar fue baja en el 60,9% de las familias, debido a que presentaron dificultades en su estabilidad y crecimiento familiar.

Es concordante también, con la investigación de Robles H, Matta S, Perez S, Carlos A, (11), que realizaron la investigación Funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis pulmonar en áreas urbanas de Los Olivos, Lima. Concluyeron que, cuando aparece una enfermedad infecto contagiosa como la tuberculosis se rompe la homeostasis familiar y daña el funcionamiento familiar.

Mas estos resultados difieren de la investigación de Castañeda T, Velasco S, Martínez M, Lozada S, Ochoa R, Morales D,(6), realizaron la investigación Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescente no gestantes, Colombia, 2011; encontrándose como

resultados que las familias con adolescentes gestantes presentan un nivel alto de efectividad de la funcionalidad familiar, referido por las adolescentes gestantes (49,4%); mientras que las familias con adolescentes no gestantes presentan un nivel intermedio de efectividad, referido por adolescentes no gestantes con porcentaje 57,7%.este resultado difiere completamente a la investigación realizada,.

Por lo tanto se podría confirmar que la efectividad de la funcionalidad familiar es de vital importancia en pacientes que transcurren algún tipo de patologías ya sea biológica o de salud mental y no tiene gran repercusión en un problema social como es el embarazo en la adolescencia.

En la Tabla N° 04, Se observa que las dimensiones de Mantenimiento del sistema, Cambio de sistema y Coherencia tiene relación estadísticamente significativa con la adherencia al tratamiento; pues efectivamente los pacientes que NO son Adherentes al tratamiento reflejan un Bajo Nivel de efectividad de la funcionalidad familiar con un 26,1% como el porcentaje más mínimo mientras que los pacientes que SI son Adherentes al tratamiento presentan un Alto Nivel de efectividad de la funcionalidad familiar con un

porcentajes máximo de 32.1%; caracterizadas por las dimensiones de Mantenimiento de Sistema y Coherencia.

Respecto a estos datos obtenidos es concordante con Zabala R, Rios G, Garcia M, Rodriguez H, (10), quienes realizaron la investigación Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. Concluyendo que las cuatro dimensiones que integran la escala de funcionalidad familiar alcanzaron una media significativa, resaltando la dimensión de coherencia la cual, con base en Friedemann, guía a la unidad y pertenencia familiar, además permite vínculos emocionales positivos. Así mismo, se deduce que la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo para los miembros adultos lo que contribuye al bienestar emocional de los mismos.

Mas estos resultados difieren con la investigación de Condori Q. (29), realizó la investigación Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y su relación con la funcionalidad familiar en personas con VIH Sida que reciben tratamiento en el Hospital de Emergencias Grau EsSalud. Concluyendo que, la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad no está relacionada significativamente ($p=0.735$) con la Funcionalidad Familiar en personas con VIH-SIDA que reciben tratamiento en el Hospital de Emergencias Grau EsSalud de Lima.

Se evidencia claramente que, la existencia de actividades en la familia como cumplimiento de las necesidades de tipo físico, emocional y social promueve la unión de los subsistemas de una persona en un total necesario para mantener la unidad familiar e influyendo significativamente en la adherencia al tratamiento y recuperación en los pacientes con tuberculosis.

En la Tabla N°05, Se observa que todas las metas presentan relación significativa con la adherencia al tratamiento, pues en relación a los pacientes que NO son adherentes al tratamiento reflejan un Bajo Nivel de efectividad de la funcionalidad familiar 26,1% como el porcentaje más mínimo mientras que los pacientes que SI son adherentes al tratamiento presentan un Alto Nivel de efectividad de la funcionalidad familiar con un porcentajes máximo de 32.1%, las más representativas son la meta de Crecimiento y Espiritualidad. Reflejando que realización de la familia y apoyo emocional en tiempos difíciles, básicamente, en cuestión a las metas de Friedemann influyen en la adherencia al tratamiento en estos pacientes.

Es concordante con Concha T, y Rodríguez G, (7), que realizaron la investigación Funcionalidad Familiar en pacientes diabéticos e Hipertensos

Compensados y Descompensados en Centro de Salud de Chillan. Los resultados obtenidos fueron que, la funcionalidad familiar se asocia significativamente con la descompensación, siendo más susceptibles de descompensarse aquellos sujetos que provienen de familias con funcionalidad moderada o disfunción severa.

Estos resultados están acorde también con Pardo C, Fierro M, y Ibañez P, (30), Realizaron la investigación Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con trastorno afectivo bipolar. Hallando el siguiente resultado: Estadísticamente existe asociación significativa a la no adherencia con la disfunción familiar, al no contar con familiares que ayuden al paciente en la toma del medicamento (73%, $p=0,001$).

Al igual con Suarez P, (32), que realizó la investigación Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis de un centro de salud. Concluyendo que, existe una relación significativa entre el nivel de adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis y el nivel de participación de la familia.

Pero estos resultados no son concordantes con Olvera A, (31), Realizó la investigación Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión arterial, hallaron el siguiente resultado: existe una relación lineal estadísticamente significativa, baja y directamente proporcional, entre la adherencia terapéutica y la funcionalidad familiar ($r = 0.353$, $p = 0.000$).

Aquellos indicadores que notaron mayor presencia entre los pacientes y repercutió en que no sean adherentes al tratamiento de tuberculosis fueron que la presencia de un problema serio en sus familias genera conflicto y produce sufrimiento; los problemas generan mucha infelicidad en las familias; la seguridad barrio en el que viven; el tiempo o ganas de participar en actividades comunitarias, de la iglesia de su comunidad; el estado de ánimo en la familia; el que sientan que unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada y que cada uno anda por su lado en la familia practicando la desunión, son indicadores muy importantes a tomar en cuenta si se desea disminuir la no adherencia en los pacientes. Mientras que en los pacientes que si son adherentes al tratamiento los indicadores como el gusto y la seguridad del barrio en el que viven y el apoyo de amigos u otros influyen significativamente en que estos pacientes sean adherentes a su tratamiento.

CONCLUSIONES

De acuerdo al estudio realizado se llegó a las siguientes conclusiones:

- De las unidades de análisis la mayoría (77,9%) de los pacientes son adherentes al tratamiento para la tuberculosis y solo un mínimo (20,1%) es significativamente no adherente al tratamiento.
- El bajo nivel de efectividad de la funcionalidad familiar (73,9%) en los pacientes con tuberculosis evidencia una clara implicancia en la no adherencia al tratamiento en los pacientes.
- Existe relación significativa directa entre la efectividad de la funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con Tuberculosis.
- En las familias de los pacientes adherentes priman la coherencia, el crecimiento y la espiritualidad, que muestra a que a mayor dificultades presenten estos indicadores mayor será la disponibilidad de no adherencia al tratamiento en los pacientes con tuberculosis.

RECOMENDACIONES

- Para reducir el 20,1% de los pacientes no adherentes al tratamiento de tuberculosis, el personal profesional de enfermería debe fortalecer su desempeño realizando conversatorios con los responsables a cargo del programa de cada uno de los establecimientos, intercambio de estrategias en atención a los pacientes, experiencias exitosas y así poder establecer una clara política de atención de enfermería de acuerdo a las necesidades halladas en el programa.
- Las entidades prestadoras de servicios de salud, con la dirección de los profesionales de enfermería deben fortalecer el programa de familias saludables, integrando dentro ello como una de sus prioridades el programa de tuberculosis tomando atención a los pacientes no adherentes al tratamiento, fomentando también la participación del personal multidisciplinario brindando atenciones integrales y responsables.

- El profesional de enfermería debe tomar atención a las metas de crecimiento y espiritualidad, pues estas han presentado porcentajes altos en la clasificación de bajo nivel de funcionabilidad en los pacientes no adherentes, refiriendo así una de las causas evidentes para la no adherencia en los pacientes. De la misma manera las dimensiones de mantenimiento y coherencia tuvieron porcentajes altos como bajo nivel de funcionalidad teniendo relación directa con la no adherencia al tratamiento de los pacientes.

- Los responsables del Programa de Tuberculosis deben tomar medidas y proponer estrategias para disminuir los casos de no adherencia al tratamiento en los pacientes, como formar grupos de apoyo con los pacientes afectados por la tuberculosis con pacientes que ya hayan superado esta enfermedad y ser un referente que la tuberculosis si se cura si se sigue el tratamiento adecuado.

- Con los resultados obtenidos en el presente estudio se insta a las licenciadas en enfermería a profundizar la presente investigación, como caracterizar la población afectada y realizar investigaciones cualitativas tomando como población a las familias de los pacientes afectados por esta enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud, Global [Internet]. Madrid, España: tuberculosis report. [citado el 12 de marzo de 2015]. Disponible desde: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf. 2015.
2. Tacna Es La Segunda Región Con Casos De Tuberculosis A Nivel Nacional, Caplina diario de Tacna. [Internet]. 2017Marzo; [citado el 13Abril de 2017]. Disponible desde: <http://caplinatacna.com/2017/03/23/tacna-la-segunda-region-casos-tuberculosis-nivel-nacional/>
3. Pinedo CH. Factores que condicionan el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes de la E.S.N. de prevención y control de la tuberculosis en el C.S. Fortaleza. [Tesis]. Lima, 2007.
4. Friedemann, M.L. Modelo estructural funcional de la familia. 1ra ed. Colombia. Bogotá: McGraw-hill; 1989. 54-86p.

5. Edgar TV., Marlene CG., Javier VR. Análisis de Situación de Salud Tacna 2015. 2016; (15):64-67.
6. Castañeda T, Velasco S, Martinez M, Lozada S, Ochoa R, Morales Dm. Efectividad de la funcionalidad familiar en familias con adolescentes gestantes y adolescente no gestantes. [Tesis]. Colombia, 2011.
7. Concha T, Rodriguez G. Funcionalidad Familiar en pacientes diabéticos e Hipertensos Compensados y Descompensados en Centro de Salud de Chillan. [Tesis]. Chile, 2010.
8. Gonzales M, Criado M. Efectividad de la funcionalidad familiar de persona que ha intentado suicidarse. [Tesis]. Santander, Colombia.2011.
9. Arrossi S, Herrero M, Greco A, Ramos S. Factores predictivos de la no adherencia al tratamiento de la tuberculosis en municipios del Área Metropolitana. [Tesis]. Buenos Aires, Argentina, 2012.

10. Zabala R, Rios G, Garcia M, Rodriguez H. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. [Tesis]. Tamaulipas, México, 2009.
11. Robles H, Matta S, Perez S, Carlos A. Funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis pulmonar en áreas urbanas de Los Olivos – Lima. [Tesis]. Despertar. Perú, 2005.
12. MINSA. Norma técnica de salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis, NTS N°104 – MINSA/DGSP V.01. 2013 Perú.
13. Archivos de Medicina Familiar. Conceptos básicos para el estudio de familias. [En línea]. 2005, vol. 7, Supl. 1- 2005, [citado 30-06-2009]. Disponible en: <http://medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf>. p 15-19
14. Levi S. Claude Cuadernos Anagrama: La Familia. Polémica sobre el origen y la universalidad de la familia. [Internet]. 1974, [citado el 12 de diciembre 2016] pp. 3-4. Disponible desde:

https://seminariolecturasfeministas.files.wordpress.com/2012/01/la-familia-_claude-l__vi-strauss_.pdf

15. Lauro B. La familia en la determinación de la salud. [Internet] 2003. [Citado 02 de noviembre de 2016]. Vol. 29. Num. 1 p. 48-51. Disponible desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662003000100007&script=sci_arttext

16. Fradique M. La familia frente a la ley y la vida. Fragmento. Academia Colombiana de Jurisprudencia. [Internet]. 2007, Noviembre [Citado 28 de julio de 2016]. Disponible en: www.acj.org.co/activ_acad.php?mod=posesion%20fradique%20mendez

17. Organización Mundial de la Salud, [Internet]. España, Empoderamiento de la familia. [citado el 24 de junio 2016]. Disponible en: http://search.who.int/search?q=&ie=utf8&site=who&client=_es_r&hl=lang_es&lr=lang_es&proxystylesheet=_es_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8

18. Herrera S. Trastornos de conducta y funcionamiento familiar. Rev Científica Winay Yachay- UNFV. Vol.7. Num. 1.2003. p 3.
19. Gorostegui A. Pareja, familia y ciclo familiar desde la Psicología Familiar Sistémica. Psicología general y evolutiva. [Internet] 2006, Diciembre. [Citado 04 marzo 2016]. Disponible en: www.med.uchile.cl/apuntes/archivos/2004/medicina/familia.pdf
20. Quintero V. Los aportes del trabajo social al tema de familia. Trabajo Social Num. 3, Bogotá: 2001. p. 104-123.
21. Cuidados De Enfermería a la Unidad Familiar. [En línea]. [Citado 29 de mayo de 2008]. Disponible en: www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/petrirogero.pdf
22. Organización Mundial de la Salud, [Internet] 2009. España, La adherencia al tratamiento. [citado el 14 de enero 2017]. Disponible en: https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf

23. Friedemann, M.L. Validez facial del instrumento: evaluación de la Efectividad de la Funcionalidad familiar, versión en español. Bogotá: Facultad de Enfermería Universidad Nacional de Colombia, 2006.
24. Canales, F.H. Metodología de la Investigación. México: Editorial Limusa; 2000. Pag. 23 – 25.
25. MINSA. Manual de capacitación para el manejo de la tuberculosis. [Internet]. 2006, vol. 1, [citado 27-07-2016]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/normaspublicaciones/Modulo5.pdf>
26. Morales M. Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes TB-MDR de la Red Almenara de ESSALUD [Tesis]. Lima. Perú, 2015.
27. Anduaga B, Maticorena Q, Beas R, Chaname B, Veramendi M, Wiegering R, Zevallos E, Cabrera R, y Suarez O. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. [Tesis] Lima. Perú, 2016.

28. Bonilla A. Situación de la tuberculosis en el Perú. [Acta méd. Peruana]. 2008; [citado el 22 de Agosto 2017].
29. Condori Q. Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y su relación con la funcionalidad familiar en personas con VIH Sida que reciben tratamiento en el Hospital de Emergencias Grau EsSalud. [Tesis]. Lima, 2014.
30. Pardo C, Fierro M, Ibañez P. Prevalencia y factores asociados a la no adherencia en el tratamiento farmacológico de mantenimiento en adultos con trastorno afectivo bipolar. [Tesis]. Lima, Perú, 2011.
31. Olvera A. Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con hipertensión arterial. [Tesis]. México DF, 2012.
32. Suarez P. Realizó la investigación Adherencia al tratamiento y su relación con la participación de la familia en pacientes con tuberculosis de un centro de salud. [Tesis]. Lima, Perú, 2014.

ANEXOS

ANEXO Nº 01

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

(ENCUESTA MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUCCIONES:

La validación del instrumento tiene como objetivo el de recoger información útil de personas especializadas en el tema:

EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS, MICRORED CONO NORTE. TACNA 2016

Se compone de 10 ítems, los que se acompañan con su respectiva escala de estimación que significa lo siguiente:

1. Representa una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.
2. Representa una abolición escasa de la interrogante.
3. Significa la absolución del ítem en términos intermedios.
4. Representa estimación que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.

5. Representa el mayor valor de escala y debe ser asignado cuando se aprecia que el ítem es absuelto por el trabajo de investigación de manera totalmente suficiente.

Marque con una "X" en la escala que figura a la derecha de cada ítem, según la opción que le merezca el instrumento de investigación.

HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN

PREGUNTAS	ESCALA DE VALIDACIÓN				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera Ud. Qué los ítems del instrumento mide lo que se pretende medir?.					
2. ¿Considera Ud. Qué la cantidad de ítems registrados en ésta versión son suficiente para tener una comprensión de la materia de estudio?					
3. ¿Considera Ud. Que los ítems contenidos en éste instrumento son una muestra representativa del universo material del estudio?					
4. ¿Considera Ud. Qué si aplicamos en reiteradas oportunidades éste instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					
5. ¿Considera Ud. Qué los conceptos utilizados en éste instrumento, son todos y cada uno de ellos, propios de las variables?					
6. ¿Considera Ud. Qué todos y cada uno de los ítems contenidos en éste instrumento tiene los mismos objetivos?					
7. ¿Considera Ud. Qué el lenguaje utilizado en este instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones.					
8. ¿Considera Ud. Qué la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?					
9. ¿Considera Ud. Qué las escalas de medición son pertinentes a los objetos materia de estudio?.					
10. ¿Qué aspectos habría que modificar, qué aspectos tendrá que incrementar o qué aspectos habría que suprimirse?					

PROCEDIMIENTO PARA EL INSTRUMENTO

1. Se construye una tabla donde se coloca los puntajes por ítems y sus respectivos promedios:

Nº de Ítems	EXPERTOS				PROMEDIO
	A	B	C	D	
1	5	3	4	5	4.25
2	4	4	4	5	4.25
3	4	4	5	5	4.50
4	5	3	3	5	4.00
5	5	4	4	4	4.25
6	5	3	4	5	4.25
7	4	4	4	4	4.00
8	4	3	4	4	3.75
9	5	4	4	5	4.50

2. Con las medidas resumen (promedio) de cada uno de los ítems se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

En
$$\mathbf{DPP} = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + \dots + (X - Y_9)^2}$$

este

estudio: $\mathbf{DPP} = 1.95$

3. Determinar la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero(o), con la ecuación.
4. La D máx. se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de :

Hallado con la fórmula:

$$D_{max} = \sqrt{(X_1 - 1)^2 + (X_2 - 1)^2 + \dots + (X_9 - 1)^2}$$

$$D_{max} = 11.40$$

Donde X = Valor máximo de la escala para cada ítem (5)

Y = Valor mínimo de la escala para cada ítem (1)

5. Con éste último valor hallado se construye una nueva escala valorativa a partir de cero, hasta llegar a D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre si. Llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

A y B : Adecuación total

C : Adecuación promedio

D : Escasa adecuación

E : Inadecuación

A.



B.



C.



D.



E.



6. El punto DPP debe caer en las zonas A y B, en caso contrario la encuesta requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete nuevamente a juicio de expertos.

En el caso nuestro, El valor DPP fue **1.95** cayendo en la zona “**A**” lo cual significa una ***adecuación total*** del instrumento o alta concordancia entre los expertos sobre los acuerdos de los ítems del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información de este estudio.

ANEXO N° 02

COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR (ESCALA ASF-E20)

INSTRUMENTO	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N° de elementos
Funcionamiento de la Efectividad Familiar	0.866	20

ESCALA ASF-E 20:**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
I1_C	42,80	54,063	,678	,853
I2_MS	42,85	53,503	,602	,855
I3_I	42,90	53,674	,501	,859
I4_CS	42,70	55,379	,454	,861
I5_C	42,95	58,471	,207	,869
I6_MS	43,10	57,674	,227	,869
I7_I	42,80	55,432	,465	,860
I8_CS	42,80	54,063	,678	,853
I9_MS	43,00	55,895	,347	,865
I10_C	42,90	57,463	,343	,864
I11_MS	42,85	53,608	,592	,855
I12_I	42,85	56,450	,436	,861
I13_CS	43,10	57,463	,278	,867
I14_MS	42,80	54,379	,509	,858
I15_C	42,75	58,829	,171	,870
I16_MS	42,70	58,116	,282	,866

I17_CS	42,65	53,924	,659	,853
I18_C	42,75	53,039	,620	,854
I19_MS	43,00	54,737	,622	,855
I20_CS	42,65	53,397	,577	,856

**COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD DE LAS DIMENSIONES DEL PROCESO
DEL INSTRUMENTO EFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR
(ESCALA ASF-E 20)**

Dimensiones del proceso	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	Nº de elementos
Coherencia (C)	0.64	5
Individuación (I)	0.54	3
Cambio en el sistema (CS)	0.67	5
Mantenimiento del sistema (MS)	0.78	7

DIMENSION COHERENCIA (C):

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
I1_C	9,05	3,208	,523	,527
I5_C	9,20	3,221	,498	,538
I10_C	9,15	3,924	,233	,656
I15_C	9,00	3,368	,427	,573
I18_C	9,00	3,263	,323	,634

Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
11,35	4,871	2,207	5

DIMENSION INDIVIDUACION (I):

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
I3_I	4,55	1,208	,364	,436
I7_I	4,45	1,524	,367	,415
I12_I	4,50	1,737	,344	,461

Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
6,75	2,724	1,650	3

CAMBIO EN EL SISTEMA (CS):

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
14_CS	9,20	3,747	,555	,582
18_CS	9,30	3,905	,616	,566
113_CS	9,60	4,884	,164	,746
117_CS	9,15	4,134	,477	,621
120_CS	9,15	3,818	,445	,636

Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
11,60	5,937	2,437	5

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA (MS):

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
I2_MS	13,15	7,818	,676	,680
I6_MS	13,40	9,411	,281	,770
I9_MS	13,30	9,274	,272	,776
I11_MS	13,15	8,766	,435	,736
I14_MS	13,10	8,095	,586	,701
I16_MS	13,00	9,579	,398	,743
I19_MS	13,30	8,116	,790	,668

Estadísticos de la escala

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
15,40	11,411	3,378	7

ANEXO N° 03

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

AUTORA: Marie Luise Friedemann

En cada número hay tres afirmaciones sobre su familia, lea cuidadosamente y señale con una **X** en el cuadrado inferior del lado derecho la que mejor describa su familia. Si dos de éstas le gustan por su semejanza, seleccione la que considere más parecida a la de su familia. Ninguna afirmación es errónea o equivocada, son formas diferentes de ser de la familia.

1	C	Generalmente nuestra familia está feliz	En nuestra familia hay rabia y tristeza	En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos
2	M S	En nuestra familia nunca nos ponemos de acuerdo sobre quien tiene derecho a hacer alguna actividad determinada	A veces un miembro de nuestra familia es desconsiderado o no le importan los otros miembros	Usualmente no sólo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia
3	I	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, usualmente no participamos, porque no nos sentimos parte de la comunidad	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar
4	C S	No somos felices, porque no podemos cambiarnos de barrio	Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente	Nuestro barrio es peligroso y tenemos que tener cuidado cuando salimos fuera de casa
5	C	Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias	En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos	Nos parece que otras familias son más unidas que la nuestra
6	M S	Algunos miembros de nuestra familia piensan que nadie los entiende.	Algunos miembros de nuestra familia, algunas veces, creen que no los entendemos bien.	Nosotros sabemos cuándo alguien en nuestra familia tiene problemas
7	I	Nos gusta participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos, porque nos gusta enterarnos de lo que está pasando y de lo que hay que hacer.	No tenemos tiempo o ganas de participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos	Algunas veces participamos en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos cuando alguien nos invita
8	C S	Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian	Es más probable que la comunidad o la iglesia nos haga un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos	Si necesitáramos un favor no tendríamos a quien acudir en nuestro alrededor más cercano

9	M S	Si se presenta un problema serio en nuestra familia genera conflicto y produce sufrimiento	Si se presenta un problema serio en nuestra familia todos lo asumimos de manera diferente	Si se presenta un problema serio en nuestra familia lo enfrentamos todos juntos
10	C	En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada	En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que hay que hacer, se haga.	En nuestra familia algunos podrían colaborar más
11	M S	Con frecuencia hay alguien en nuestra familia que no está de acuerdo con la forma en que se toman las decisiones.	En nuestra familia tenemos un buen método para tomar decisiones	En nuestra familia no podemos tomar decisiones sin herir los sentimientos de alguien
12	I	Si tenemos problemas en nuestra familia, los resolvemos nosotros mismos, sin recurrir a las Instituciones educativas donde estudiamos o a los sitios donde trabajamos.	Si tenemos problemas en las Instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, luchamos por nuestros derechos	Cuando en nuestra familia tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, lo discutimos con las personas comprometidas
13	C S	La mayoría de nuestros amigos de la comunidad comprenden nuestros problemas cuando se los contamos.	Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la comunidad porque nos ayudan	Nosotros no les contamos nuestros problemas familiares a nuestros amigos de la comunidad
14	M S	Nuestra familia estaría mejor si no fuera por algunos problemas que hemos tenido	Los problemas han generado mucha infelicidad en nuestra familia	Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido
15	C	En nuestra familia todos podemos opinar	En nuestra familia se respetan hasta las opiniones más raras	En nuestra familia no podemos expresar lo que realmente pensamos
16	M S	En nuestra familia no nos preocupamos mucho el uno por el otro	En nuestra familia cada uno toma sus propias decisiones	En nuestra familia somos unidos
17	C S	En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultarlas con los demás.	En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás	Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia
18	C	En nuestra familia cada uno anda por su lado	Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto	Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos.
19	M S	En nuestra familia no le damos mucha importancia a las fechas especiales.	En nuestra familia no hay nada que celebrar	En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales
20	C S	En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos.	En nuestra familia a algunos nos gustaría tener más libertad.	En nuestra familia tenemos que comportarnos como se nos dice

ANEXO N° 04

MONITOREO DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS SENSIBLE

Paciente: _____

Diagnóstico: _____

Fase de Tto: _____ Inicio de Tratamiento: _____

N°	Procedimientos	Estudio Basal	Meses de tratamiento					
			1	2	3	4	5	6
1	Asistencia al establecimiento para recibir su tratamiento oportunamente							
2	Hemograma completo							
3	Glicemia en ayunas							
4	Creatinina							
5	Perfil hepático							
6	Prueba rápida o ELISA para VIH 1.2							
7	Prueba de embarazo (mujeres en edad fértil)							
8	Radiografía de Tórax							
9	Prueba de sensibilidad rápida a H y R							
10	Baciloscopia de esputo de control							
11	Cultivo de esputo							
12	Evaluación por enfermería							
13	Evaluación por médico tratante							
14	Evaluación por servicio social							
15	Evaluación por psicología							
16	Consejería por nutrición							
17	Control por planificación familiar							
18	Control de peso							

ADHERENTE _____

NO ADHERENTE _____

ANEXO N° 05

MONITOREO DEL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS RESISTENTE

Paciente: _____

Diagnóstico: _____

Fase de Tto: _____ Inicio de Tratamiento: _____

N°	Procedimientos	Estudio Basal	Meses de tratamiento					Entre 18 a 24
			3	6	9	12	15	
1	Asistencia al establecimiento para recibir su tratamiento oportunamente							
2	Hemograma completo							
3	Glicemia en ayunas							
4	Creatinina							
5	Perfil hepático							
6	Electrolitos (Na, K, Cl) (si el esquema incluye inyectables)							
7	TSH (si esquema incluye Eto o PAS)							
8	Prueba rápida o ELISA para VIH 1.2							
9	Prueba de embarazo (mujeres en edad fértil)							
10	Radiografía de Tórax							
11	Baciloscopia de esputo de control							
12	Cultivo de control							
13	Evaluación por enfermería							
14	Evaluación por médico tratante							
15	Evaluación por medico consultor							

16	Evaluación por servicio social						
17	Evaluación por psicología						
18	Evaluación por psiquiatría (si el esquema incluye cicloserina o presenta comorbilidad)						
19	Audiometría y otorrinolaringología (si esquema incluye inyectable)						
20	Consejería por nutrición						
21	Control por planificación familiar						
22	Control de peso						

ADHERENTE _____

NO ADHERENTE _____

ANEXO N° 06

PUNTUACION EN LA ESCALA DE EVALUACIÓN DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

AUTORA: Marie Luise Friedemann

1	C	<p>Generalmente nuestra familia está feliz</p> <p style="text-align: right;">3</p>	<p>En nuestra familia hay rabia y tristeza</p> <p style="text-align: right;">1</p>	<p>En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos</p> <p style="text-align: right;">2</p>
2	M S	<p>En nuestra familia nunca nos ponemos de acuerdo sobre quien tiene derecho a hacer alguna actividad determinada</p> <p style="text-align: right;">1</p>	<p>A veces un miembro de nuestra familia es desconsiderado o no le importan los otros miembros</p> <p style="text-align: right;">2</p>	<p>Usualmente no sólo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia</p> <p style="text-align: right;">3</p>
3	I	<p>Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia</p> <p style="text-align: right;">2</p>	<p>Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, usualmente no participamos, porque no nos sentimos parte de la comunidad</p> <p style="text-align: right;">1</p>	<p>Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar</p> <p style="text-align: right;">3</p>
4	C S	<p>No somos felices, porque no podemos cambiarnos de barrio</p> <p style="text-align: right;">2</p>	<p>Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente</p> <p style="text-align: right;">3</p>	<p>Nuestro barrio es peligroso y tenemos que tener cuidado cuando salimos fuera de casa</p> <p style="text-align: right;">1</p>
5	C	<p>Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias</p> <p style="text-align: right;">3</p>	<p>En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos</p> <p style="text-align: right;">2</p>	<p>Nos parece que otras familias son más unidas que la nuestra</p> <p style="text-align: right;">1</p>
6	M S	<p>Algunos miembros de nuestra familia piensan que nadie los entiende.</p> <p style="text-align: right;">1</p>	<p>Algunos miembros de nuestra familia, algunas veces, creen que no los entendemos bien.</p> <p style="text-align: right;">2</p>	<p>Nosotros sabemos cuándo alguien en nuestra familia tiene problemas</p> <p style="text-align: right;">3</p>

7	I	Nos gusta participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos, porque nos gusta enterarnos de lo que está pasando y de lo que hay que hacer.	No tenemos tiempo o ganas de participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos	Algunas veces participamos en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos cuando alguien nos invita
		3	1	2
8	C S	Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian	Es más probable que la comunidad o la iglesia nos haga un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos	Si necesitaríamos un favor no tendríamos a quien acudir en nuestro alrededor más cercano
		3	2	1
9	M S	Si se presenta un problema serio en nuestra familia genera conflicto y produce sufrimiento	Si se presenta un problema serio en nuestra familia todos lo asumimos de manera diferente	Si se presenta un problema serio en nuestra familia lo enfrentamos todos juntos
		1	2	3
10	C	En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada	En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que hay que hacer, se haga.	En nuestra familia algunos podrían colaborar más
		1	3	2
11	M S	Con frecuencia hay alguien en nuestra familia que no está de acuerdo con la forma en que se toman las decisiones.	En nuestra familia tenemos un buen método para tomar decisiones	En nuestra familia no podemos tomar decisiones sin herir los sentimientos de alguien
		2	3	1
12	I	Si tenemos problemas en nuestra familia, los resolvemos nosotros mismos, sin recurrir a las Instituciones educativas donde estudiamos o a los sitios donde trabajamos.	Si tenemos problemas en las Instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, luchamos por nuestros derechos	Cuando en nuestra familia tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, lo discutimos con las personas comprometidas
		1	2	3
13	C S	La mayoría de nuestros amigos de la comunidad comprenden nuestros problemas cuando se los contamos.	Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la comunidad porque nos ayudan	Nosotros no les contamos nuestros problemas familiares a nuestros amigos de la comunidad
		1	3	2

14	M S	Nuestra familia estaría mejor si no fuera por algunos problemas que hemos tenido 2	Los problemas han generado mucha infelicidad en nuestra familia 1	Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido 3
15	C	En nuestra familia todos podemos opinar 2	En nuestra familia se respetan hasta las opiniones más raras 3	En nuestra familia no podemos expresar lo que realmente pensamos 1
16	M S	En nuestra familia no nos preocupamos mucho el uno por el otro 1	En nuestra familia cada uno toma sus propias decisiones 2	En nuestra familia somos unidos 3
17	C S	En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultarlas con los demás. 1	En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás 3	Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia 2
18	C	En nuestra familia cada uno anda por su lado 1	Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto 3	Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos. 2
19	M S	En nuestra familia no le damos mucha importancia a las fechas especiales. 2	En nuestra familia no hay nada que celebrar 1	En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales 3
20	C S	En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos. 3	En nuestra familia a algunos nos gustaría tener más libertad. 2	En nuestra familia tenemos que comportarnos como se nos dice 1

ANEXO N° 07

EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR ITEMS EN PACIENTES NO ADHERENTES AL TRATAMIENTO

2	M S	En nuestra familia nunca nos ponemos de acuerdo sobre quien tiene derecho a hacer alguna actividad determinada 1	A veces un miembro de nuestra familia es desconsiderado o no le importan los otros miembros 2	Usualmente no sólo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia 3			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
		8	34.8%	14	60.9%	1	4.3%
6	M S	Algunos miembros de nuestra familia piensan que nadie los entiende. 1	Algunos miembros de nuestra familia, algunas veces, creen que no los entendemos bien. 2	Nosotros sabemos cuándo alguien en nuestra familia tiene problemas 3			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
		11	47.8%	10	43.5%	2	8.7%
9	M S	Si se presenta un problema serio en nuestra familia genera conflicto y produce sufrimiento 1	Si se presenta un problema serio en nuestra familia todos lo asumimos de manera diferente 2	Si se presenta un problema serio en nuestra familia lo enfrentamos todos juntos 3			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
		14	60.9%	7	30.4%	2	8.7%
11	M S	Con frecuencia hay alguien en nuestra familia que no está de acuerdo con la forma en que se toman las decisiones. 2	En nuestra familia tenemos un buen método para tomar decisiones 3	En nuestra familia no podemos tomar decisiones sin herir los sentimientos de alguien 1			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
		19	82.6%	4	17.4%	0	0.0%
14	M S	Nuestra familia estaría mejor si no fuera por algunos problemas que hemos tenido 2	Los problemas han generado mucha infelicidad en nuestra familia 1	Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido 3			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
		8	34.8%	14	60.9%	1	4.3%
16	M S	En nuestra familia no nos preocupamos mucho el uno por el otro 1	En nuestra familia cada uno toma sus propias decisiones 2	En nuestra familia somos unidos 3			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
		1	4.3%	20	87.0%	2	8.7%
19	M S	En nuestra familia no le damos mucha importancia a las fechas especiales. 2	En nuestra familia no hay nada que celebrar 1	En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales 3			
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
		12	52.2%	9	39.1%	2	8.7%

4	C	No somos felices, porque no podemos cambiarnos de barrio	Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente	Nuestro barrio es peligroso y tenemos que tener cuidado cuando salimos fuera de casa	
	S	2	3	1	
Control		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Control		7	30.4%	2	8.7%
Control				14	60.9%
8	C	Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian	Es más probable que la comunidad o la iglesia nos haga un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos	Si necesitáramos un favor no tendríamos a quien acudir en nuestro alrededor más cercano	
	S	3	2	1	
Control		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Control		12	52.2%	0	0.0%
Control				11	47.8%
13	C	La mayoría de nuestros amigos de la comunidad comprenden nuestros problemas cuando se los contamos.	Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la comunidad porque nos ayudan	Nosotros no les contamos nuestros problemas familiares a nuestros amigos de la comunidad	
	S	1	3	2	
Control		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Control		0	0.0%	0	0.0%
Control				23	100.0%
17	C	En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultarlas con los demás.	En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás	Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia	
	S	1	3	2	
Control		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Control		4	17.4%	0	0.0%
Control				19	82.6%
20	C	En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos.	En nuestra familia a algunos nos gustaría tener más libertad.	En nuestra familia tenemos que comportarnos como se nos dice	
	S	3	2	1	
Control		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Control		6	26.1%	8	34.8%
Control				9	39.1%
3	I	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, usualmente no participamos, porque no nos sentimos parte de la comunidad	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar	
	I	2	1	3	
Espirit		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Espirit		6	26.1%	13	56.5%
Espirit				4	17.4%
7	I	Nos gusta participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos, porque nos gusta enterarnos de lo que está pasando y de lo que hay que hacer.	No tenemos tiempo o ganas de participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos	Algunas veces participamos en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos cuando alguien nos invita	
	I	3	1	2	
Espirit		Frecuencia	%	Frecuencia	%
Espirit		0	0.0%	14	60.9%
Espirit				9	39.1%

12	I	Si tenemos problemas en nuestra familia, lo resolvemos nosotros mismos, sin recurrir a las Instituciones educativas donde estudiamos o a los sitios donde trabajamos. 1	Si tenemos problemas en las Instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, luchamos por nuestros derechos 2	Cuando en nuestra familia tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, lo discutimos con las personas comprometidas 3			
Espirit		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Espirit		21	91.3%	2	8.7%	0	0.0%
Espiritualidad							
1	C	Generalmente nuestra familia está feliz 3	En nuestra familia hay rabia y tristeza 1	En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos 2			
Espirit		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Espirit		0	0.0%	17	73.9%	6	26.1%
5	C	Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias 3	En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos 2	Nos parece que otras familias son más unidas que la nuestra 1			
Espirit		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Espirit		0	0.0%	21	91.3%	2	8.7%
10	C	En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada 1	En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que hay que hacer, se haga. 3	En nuestra familia algunos podrían colaborar más 2			
Espirit		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Espirit		15	65.2%	0	0.0%	8	34.8%
15	C	En nuestra familia todos podemos opinar 2	En nuestra familia se respetan hasta las opiniones más raras 3	En nuestra familia no podemos expresar lo que realmente pensamos 1			
Espirit		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Espirit		2	8.7%	15	65.2%	6	26.1%
18	C	En nuestra familia cada uno anda por su lado 1	Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto 3	Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos. 2			
Espirit		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Espirit		15	65.2%	4	17.4%	4	17.4%

ANEXO N° 07

EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR ITEMS EN PACIENTES ADHERENTES AL TRATAMIENTO

M S	En nuestra familia nunca nos ponemos de acuerdo sobre quien tiene derecho a hacer alguna actividad determinada 1	A veces un miembro de nuestra familia es desconsiderado o no le importan los otros miembros 2	Usualmente no sólo pensamos en nosotros individualmente, sino también en otros miembros de la familia 3		
	Frecuencia 18	% 22.2%	Frecuencia 24	% 29.6%	Frecuencia 39
M S	Algunos miembros de nuestra familia piensan que nadie los entiende. 1	Algunos miembros de nuestra familia, algunas veces, creen que no los entendemos bien. 2	Nosotros sabemos cuándo alguien en nuestra familia tiene problemas 3		
	Frecuencia 15	% 18.5%	Frecuencia 45	% 55.6%	Frecuencia 21
M S	Si se presenta un problema serio en nuestra familia genera conflicto y produce sufrimiento 1	Si se presenta un problema serio en nuestra familia todos lo asumimos de manera diferente 2	Si se presenta un problema serio en nuestra familia lo enfrentamos todos juntos 3		
	Frecuencia 24	% 29.6%	Frecuencia 27	% 33.3%	Frecuencia 30
M S	Con frecuencia hay alguien en nuestra familia que no está de acuerdo con la forma en que se toman las decisiones. 2	En nuestra familia tenemos un buen método para tomar decisiones 3	En nuestra familia no podemos tomar decisiones sin herir los sentimientos de alguien 1		
	Frecuencia 33	% 40.7%	Frecuencia 43	% 53.1%	Frecuencia 5
M S	Nuestra familia estaría mejor si no fuera por algunos problemas que hemos tenido 2	Los problemas han generado mucha infelicidad en nuestra familia 1	Nuestra familia ha aprendido mucho de los problemas que hemos tenido 3		
	Frecuencia 18	% 22.2%	Frecuencia 37	% 45.7%	Frecuencia 26
M S	En nuestra familia no nos preocupamos mucho el uno por el otro 1	En nuestra familia cada uno toma sus propias decisiones 2	En nuestra familia somos unidos 3		
	Frecuencia 4	% 4.9%	Frecuencia 50	% 61.7%	Frecuencia 27
M S	En nuestra familia no le damos mucha importancia a las fechas especiales. 2	En nuestra familia no hay nada que celebrar 1	En nuestra familia tenemos la tradición de celebrar las fechas especiales 3		
	Frecuencia 20	% 24.7%	Frecuencia 31	% 38.3%	Frecuencia 30

C S	No somos felices, porque no podemos cambiarnos de barrio 2	Nos gusta nuestro barrio porque los vecinos son buena gente 3	Nuestro barrio es peligroso y tenemos que tener cuidado cuando salimos fuera de casa 1		
	Frecuencia 16	% 19.8%	Frecuencia 52	% 64.2%	Frecuencia 13
C S	Si les pidiéramos un favor a nuestros amigos, ellos lo harían, porque nos aprecian 3	Es más probable que la comunidad o la iglesia nos haga un favor, a que nos lo hagan nuestros amigos 2	Si necesitáramos un favor no tendríamos a quien acudir en nuestro alrededor más cercano 1		
	Frecuencia 53	% 65.4%	Frecuencia 14	% 17.3%	Frecuencia 14
C S	La mayoría de nuestros amigos de la comunidad comprenden nuestros problemas cuando se los contamos. 1	Nosotros podemos compartir con nuestros amigos de la comunidad porque nos ayudan 3	Nosotros no les contamos nuestros problemas familiares a nuestros amigos de la comunidad 2		
	Frecuencia 11	% 13.6%	Frecuencia 20	% 24.7%	Frecuencia 50
C S	En nuestra familia nunca se toman decisiones sin consultarlas con los demás. 1	En nuestra familia tomamos decisiones sin consultarlas con los demás 3	Cuando tomamos decisiones personales pedimos la aprobación de la familia 2		
	Frecuencia 24	% 29.6%	Frecuencia 44	% 54.3%	Frecuencia 13
C S	En nuestra familia todos somos libres de ser como realmente somos. 3	En nuestra familia a algunos nos gustaría tener más libertad. 2	En nuestra familia tenemos que comportarnos como se nos dice 1		
	Frecuencia 39	% 48.1%	Frecuencia 35	% 43.2%	Frecuencia 7
I	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, a veces ayudamos a hacerla si beneficia a nuestra familia 2	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, usualmente no participamos, porque no nos sentimos parte de la comunidad 1	Si hay alguna tarea que hacer en la comunidad, nos gusta participar 3		
	Frecuencia 20	% 24.7%	Frecuencia 35	% 43.2%	Frecuencia 26
I	Nos gusta participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos, porque nos gusta enterarnos de lo que está pasando y de lo que hay que hacer. 3	No tenemos tiempo o ganas de participar en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos 1	Algunas veces participamos en actividades comunitarias, de la iglesia o del sitio donde estudiamos cuando alguien nos invita 2		
	Frecuencia 12	% 14.8%	Frecuencia 23	% 28.4%	Frecuencia 46

I	Si tenemos problemas en nuestra familia, los resolvemos nosotros mismos, sin recurrir a las Instituciones educativas donde estudiamos o a los sitios donde trabajamos. 1	Si tenemos problemas en las Instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, luchamos por nuestros derechos 2	Cuando en nuestra familia tenemos problemas en las instituciones educativas donde estudiamos o en los sitios donde trabajamos, lo discutimos con las personas comprometidas 3			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	55	67.9%	18	22.2%	8	9.9%
C	Generalmente nuestra familia está feliz 3	En nuestra familia hay rabia y tristeza 1	En nuestra familia con frecuencia no se demuestran los sentimientos 2			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	30	37.0%	28	34.6%	23	28.4%
C	Nos sentimos orgullosos de pertenecer a nuestra familia, porque nos apoyamos más que en otras familias 3	En nuestra familia, como en cualquier otra, tenemos momentos buenos y malos 2	Nos parece que otras familias son más unidas que la nuestra 1			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	12	14.8%	59	72.8%	10	12.3%
C	En nuestra familia unos hacen todo el trabajo y otros no hacen nada 1	En nuestra familia todos colaboramos en lo que podemos, para que todo lo que hay que hacer, se haga. 3	En nuestra familia algunos podrían colaborar más 2			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	25	30.9%	45	55.6%	11	13.6%
C	En nuestra familia todos podemos opinar 2	En nuestra familia se respetan hasta las opiniones más raras 3	En nuestra familia no podemos expresar lo que realmente pensamos 1			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	33	40.7%	44	54.3%	4	4.9%
C	En nuestra familia cada uno anda por su lado 1	Estar en familia nos hace sentir seguros y muy a gusto 3	Hay momentos en los que estar en familia nos hace sentir bien y hay otros en los que preferimos estar sin ellos. 2			
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	20	24.7%	39	48.1%	22	27.2%

ANEXO N° 08

CRITERIOS DE INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA “EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR” DE ML FRIEDEMANN

La Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E), es un instrumento desarrollado para evaluar la Efectividad de la Funcionalidad

Nivel (código)	Significado
3	Bajo nivel de efectividad de la funcionalidad familiar
2	Intermedio nivel de efectividad de la funcionalidad familiar
1	Alto nivel de efectividad de la funcionalidad familiar

Familiar en base a la Teoría de Organización Sistémica.

El instrumento tiene 20 ítems cada uno con tres indicadores que han sido ponderados previamente por la autora del instrumento. La ponderación corresponde a los siguientes niveles

Los ítems están agrupados según dimensiones propuestas en el marco de organización sistémica familiar, así:

	Coherencia (C)	Individuación (I)	Cambio en el sistema (CS)	Mantenimiento del sistema (MS)
Número de ítems según el instrumento	1, 5, 10, 15, 18	3, 7, 12	4, 8, 13, 17, 20	2, 6, 9, 11, 14, 16, 19
	5 ítems	3 ítems	5 ítems	7 ítems

A las dimensiones se les ha asignado un valor ponderado, dando mayor peso a la clasificación de bajo nivel siguiendo el criterio de evaluación total de la escala, así:
Clasificación de las dimensiones de la Escala ASF-E

Dimensiones	Ítems	RANGOS		CLASIFICACION		
		MINIMO	MAXIMO	1. Alto nivel	2. Intermedio nivel	3. Bajo nivel
Mantenimiento del sistema (MS)	2, 6, 9, 11, 14, 16, 19	7	21	17-21	12-16	7-11
Cambio en el sistema (CS)	4, 8, 13, 17, 20	5	15	13-15	9-12	5-8
Individuación (I)	3, 7, 12	3	9	8-9	6-7	3-5
Coherencia (C)	1, 5, 10, 15, 18	5	15	13-15	9-12	5-8

La teoría de la Organización sistémica comprende cuatro grandes metas: **Estabilidad, Espiritualidad, Crecimiento y control familiar** estando interrelacionadas así: **Coherencia e Individuación** se retroalimentan con **Espiritualidad**; **Coherencia y mantenimiento del sistema** se dirigen hacia la **Estabilidad**; **Individuación y Cambio del sistema** tienden hacia el **Crecimiento**; y **Mantenimiento y cambio del sistema** propenden al **Control del sistema**.

Estabilidad (C-MS)	1, 2, 5, 6, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 18 y 19
Crecimiento (I-CS)	3, 4, 7, 8, 12, 13, 17 y 20
Control (MS-CS)	2, 4, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 19 y 20
Espiritualidad (C-I)	1, 3, 5, 7, 10, 12, 15 y 18

A las metas se les ha asignado igualmente un valor ponderado, dando mayor peso a la clasificación de bajo nivel y siguiendo el criterio de clasificación total de la escala

Clasificación de las metas. Escala de la efectividad de la funcionalidad familiar.
Friedemann M. L.

Dimensiones	Ítems	RANGOS		CLASIFICACION		
		MIN	MAX	1. Alto nivel	2. Intermedio nivel	3. Bajo nivel
Estabilidad (C - MS)	1, 2, 5, 6, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 18 y 19	12	36	29-36	21-28	12-20
Crecimiento (I - CS)	3, 4, 7, 8, 12, 13, 17 y 20	8	24	20-24	14-19	8-13
Control (MS - CS)	2, 4, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 19 y 20	12	36	29-36	21-28	12-20
Espiritualidad (C - I)	1, 3, 5, 7, 10, 12, 15 y 18	8	24	20-24	14-19	8-13

El puntaje total de la escala de efectividad de la funcionalidad familiar se obtiene sumando el total de ítems y se clasifica según el siguiente rango

Puntaje total de la Escala de la Efectividad da la funcionalidad familiar. Friedemann M. L.

RANGOS		CLASIFICACIÓN		
Mínimo	Máximo	1. Alto nivel de efectividad de la funcionalidad familiar	2. Intermedio nivel de efectividad de la funcionalidad familiar	3. Bajo nivel de efectividad de la funcionalidad familiar
20	60	51 - 60	41 - 50	20 -40

ANEXO N° 09

TABLA N°06

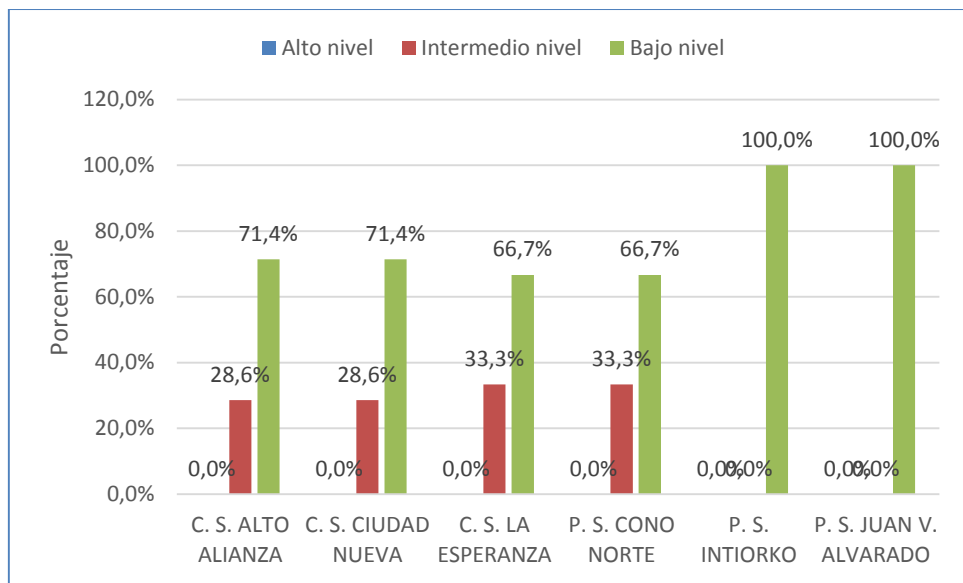
EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES NO ADHERENTE AL TRATAMIENTO POR ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MICRO RED CONO NORTE. 2016

MICRORED CONO NORTE	EFFECTIVIDAD DA LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR							
	Alto nivel		Intermedio nivel		Bajo nivel		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
C. S. ALTO ALIANZA	0	0.0%	2	28.6%	5	71.4%	7	100.0%
C. S. CIUDAD NUEVA	0	0.0%	2	28.6%	5	71.4%	7	100.0%
C. S. LA ESPERANZA	0	0.0%	1	33.3%	2	66.7%	3	100.0%
P. S. CONO NORTE	0	0.0%	1	33.3%	2	66.7%	3	100.0%
P. S. INTIORKO	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%
P. S. JUAN V. ALVARADO	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%
Total	0	0.0%	6	26.1%	17	73.9%	23	100.0%

Fuente: Cuestionario de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E) y tabla de cotejos de adherencia al tratamiento aplicado en la Micro Red Cono Norte. 2016

GRAFICO N°06

EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES NO ADHERENTE AL TRATAMIENTO POR ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MICRO RED CONO NORTE. 2016



Fuente: Tabla N° 06

TABLA N° 07

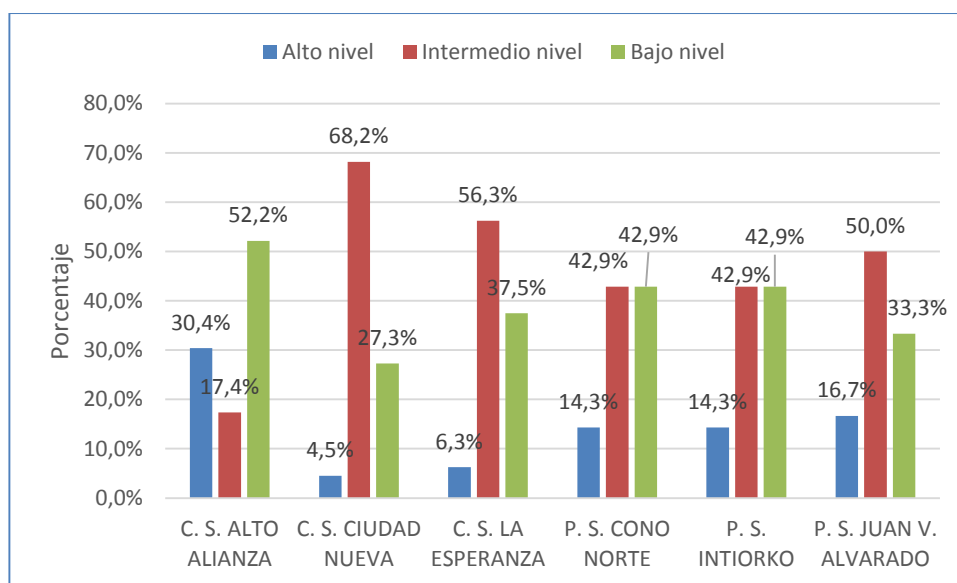
**EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES
ADHERENTE AL TRATAMIENTO POR ESTABLECIMIENTOS DE
SALUD MICRO RED CONO NORTE. 2016**

MICRORED CONO NORTE	EFFECTIVIDAD DA LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR							
	Alto nivel		Intermedio nivel		Bajo nivel		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
C. S. ALTO ALIANZA	7	30.4%	4	17.4%	12	52.2%	23	100.0%
C. S. CIUDAD NUEVA	1	4.5%	15	68.2%	6	27.3%	22	100.0%
C. S. LA ESPERANZA	1	6.3%	9	56.3%	6	37.5%	16	100.0%
P. S. CONO NORTE	1	14.3%	3	42.9%	3	42.9%	7	100.0%
P. S. INTIORKO	1	14.3%	3	42.9%	3	42.9%	7	100.0%
P. S. JUAN V. ALVARADO	1	16.7%	3	50.0%	2	33.3%	6	100.0%
Total	12	14.8%	37	45.7%	32	39.5%	81	100.0%

Fuente: Cuestionario de Efectividad en el Funcionamiento Familiar (ASF-E) y tabla de cotejos de adherencia al tratamiento aplicado en la Micro Red Cono Norte. 2016

GRAFICO N° 07

EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES ADHERENTE AL TRATAMIENTO POR ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MICRO RED CONO NORTE. 2016



Fuente: Tabla N° 07



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Académico Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana,
Odontología, Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N°6822-2016-FACS/UNJBG
Tacna, 28 de noviembre del 2016

VISTO:

El Informe N° 203-2016- SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS. Remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad de Enfermería, solicita la modificación y ejecución del proyecto de tesis presentado por la Est. Lic. Luida Choque Mamani, y

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución de Facultad N°5589-2015-FACS, de fecha 10.06.15, se designa a Dra Dalila Salas de Cornejo como Asesora del Proyecto de Tesis, presentado por la Lic. Luida Choque Mamani

Que, a través del Informe N° 203-2016-SEGUNDA ESPECIALIDAD ENFERMERIA-FACS. remitido por la Coordinadora de la Segunda Especialidad de Enfermería, solicita la modificación del Título del Proyecto de Tesis a observación de la Asesora debiendo ser en adelante: **EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS, MICRORED CONO NORTE, TACNA 2016**, alumna de la Segunda Especialidad: Enfermería en Salud Pública y Comunitaria, de la Facultad Ciencias de la Salud, y a la vez solicita autorización para ejecución contando con el visto bueno de su Asesora;

De conformidad con el Art.70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N°30220, y en lo expuesto en la R.R.N°006-2015-UNJBG, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;


SE RESUELVE:

ART. 1°: Aprobar la modificación del Título del Proyecto de Tesis debiendo ser: **EFFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS, MICRORED CONO NORTE, TACNA 2016**, presentado por la Est. Lic. Luida Choque Mamani, alumna de la Segunda Especialidad: Enfermería en Salud Pública y Comunitaria de la Facultad Ciencias de la Salud

ART. 2°: Autorizar la Ejecución del Proyecto de Tesis presentado por la Est. Lic. Luida Choque Mamani, alumna de la Segunda Especialidad-Enfermería, de la Facultad Ciencias de la Salud

Regístrese, comuníquese y archívese.


Dra. María Dalila Salas de Cornejo
DECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD


Secretaría
Académica
Administrativa, C. S.
Mg. Yemile del Carmen Berrios Espejo
SECRETARÍA ACADÉMICA ADMINISTRATIVA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distrib.: 2da Esp.Enferm, Arch.

IMT/mpm

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria-Central Telefónica 583000 Anexo2226 Casilla postal 316

**SOLICITO: PERMISO DE EJECUCION DE TESIS EN
PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR**

**LIC. ADA ORDOÑES CHALLATA
GERENTE DEL P. S. JUAN VELASCO ALVARADO**

Yo Luida Rosmery Choque Mamani estudiante de la Segunda Especialidad: Enfermería en Salud Pública y Comunitaria de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo.

Que ya habiendo culminado mis estudios de la Segunda Especialidad: Enfermería en Salud Pública y Comunitaria de la Facultad Ciencias de la Salud, y siendo parte de ella la presentación de mi TESIS para optar el grado, y ya siendo autorizada la ejecución de mi proyecto de tesis: EFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS, MICRORED CONO NORTE; asesorada por la Dra. Dalila Salas de Cornejo, solicito permitirme acceder a tener contacto con los pacientes que están en el programa de Tuberculosis Pulmonar de la institución.


Por lo expuesto

Pido a Ud. dar curso a la presente.


Anexo:

- Resolución de Facultad N°6822-2016-FACS/UNJBG
- Resumen de proyecto de tesis

Atentamente



Lic. Luida R. Choque Mamani
DNI: 46150853
CEP:70892



CLAS P.S. JUAN VELASCO ALVARADO
LIC. ENF. ADA ORDOÑEZ CHALLATA
CEP 38827
GERENTE *zu/ha*
RISO.

Tacna, 21 de Enero 2017

**SOLICITO: PERMISO DE EJECUCION DE TESIS EN
PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR**

**DRA. MARILYN CORNEJO ESCALANTE
GERENTE DEL C. S. ALTO DE LA ALIANZA**

Yo Luida Rosmery Choque Mamani estudiante de la Segunda Especialidad: Enfermería en Salud Pública y Comunitaria de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo.

Que ya habiendo culminado mis estudios de la Segunda Especialidad: Enfermería en Salud Pública y Comunitaria de la Facultad Ciencias de la Salud, y siendo parte de ella la presentación de mi TESIS para optar el grado, y ya siendo autorizada la ejecución de mi proyecto de tesis: EFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS, MICRORED CONO NORTE; asesorada por la Dra. Dalila Salas de Cornejo, solicito permitirme acceder a tener contacto con los pacientes que están en el programa de Tuberculosis Pulmonar de la institución.

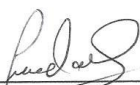
Por lo expuesto

Pido a Ud. dar curso a la presente.

Anexo:

- Resolución de Facultad N°6822-2016-FACS/UNJBG
- Resumen de proyecto de tesis

Atentamente



Lic. Luida R. Choque Mamani
DNI: 46150853
CEP:70892


GOBIERNO REGIONAL DE TACNA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD TACNA

MED. MARILYN CORNEJO ESCALANTE
CENTRO DE SALUD ALTO DE LA ALIANZA
GERENTE
C.D.R. 54437

Tacna, 10 de Febrero 2017

**SOLICITO: PERMISO DE EJECUCION DE TESIS EN
PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR**

GERENTE DEL C. S. LA ESPERANZA

Yo Luida Rosmery Choque Mamani estudiante de la Segunda Especialidad: Enfermería en Salud Pública y Comunitaria de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo.

Que ya habiendo culminado mis estudios de la Segunda Especialidad: Enfermería en Salud Pública y Comunitaria de la Facultad Ciencias de la Salud, y siendo parte de ella la presentación de mi TESIS para optar el grado, y ya siendo autorizada la ejecución de mi proyecto de tesis: EFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS, MICRORED CONO NORTE; asesorada por la Dra. Dalila Salas de Cornejo, solicito permitirme acceder a tener contacto con los pacientes que están en el programa de Tuberculosis Pulmonar de la institución.

Por lo expuesto

Pido a Ud. dar curso a la presente.

Anexo:

- Resolución de Facultad N°6822-2016-FACS/UNJBG
- Resumen de proyecto de tesis

Atentamente



Lic. Luida R. Choque Mamani
DNI: 46150853
CEP: 70892

GOBIERNO REGIONAL DE TACNA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD TACNA
CLAS C.S. LA ESPERANZA
RECIBIDO
REG.: HORA: 11:03 am
FECHA: 2-2-17 FIRMA:

Tacna, 03 de Febrero 2017

**SOLICITO: PERMISO DE EJECUCION DE TESIS EN
PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR**

GERENTE DEL P. S. CONO NORTE

Yo Luida Rosmery Choque Mamani estudiante de la Segunda Especialidad: Enfermería en Salud Pública y Comunitaria de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo.

Que ya habiendo culminado mis estudios de la Segunda Especialidad: Enfermería en Salud Pública y Comunitaria de la Facultad Ciencias de la Salud, y siendo parte de ella la presentación de mi TESIS para optar el grado, y ya siendo autorizada la ejecución de mi proyecto de tesis: EFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS, MICRORED CONO NORTE; asesorada por la Dra. Dalila Salas de Comejo, solicito permitirme acceder a tener contacto con los pacientes que están en el programa de Tuberculosis Pulmonar de la institución.


Por lo expuesto

Pido a Ud. dar curso a la presente.

Anexo:

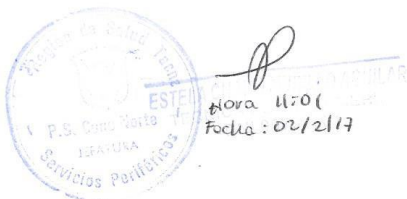
- Resolución de Facultad N°6822-2016-FACS/UNJBG
- Resumen de proyecto de tesis

Atentamente

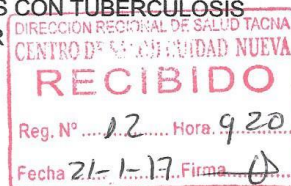


Lic. Luida R. Choque Mamani
DNI: 46150853
CEP:70892

Tacna, 2 de Febrero 2017



**SOLICITO: PERMISO DE EJECUCION DE TESIS EN
PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR**



**OBST. BENILDE VEGA COSTA
GERENTE DEL C. S. CIUDAD NUEVA**

Yo Luida Rosmery Choque Mamani estudiante de la Segunda Especialidad: Enfermería en Salud Pública y Comunitaria de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo.

Que ya habiendo culminado mis estudios de la Segunda Especialidad: Enfermería en Salud Pública y Comunitaria de la Facultad Ciencias de la Salud, y siendo parte de ella la presentación de mi TESIS para optar el grado, y ya siendo autorizada la ejecución de mi proyecto de tesis: EFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS, MICRORRED CONO NORTE; asesorada por la Dra. Dalila Salas de Cornejo, solicito permitirme acceder a tener contacto con los pacientes que están en el programa de Tuberculosis Pulmonar de la institución.

Por lo expuesto

Pido a Ud. dar curso a la presente.

Anexo:

- Resolución de Facultad N°6822-2016-FACS/UNJBG
- Resumen de proyecto de tesis

Atentamente

Lic. Luida R. Choque Mamani
DNI: 46150853
CEP:70892

Tacna, 21 de Enero 2017

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD TACNA	
CLAS PUESTO DE SALUD INTIORKO	
REGISTRO:	
FECHA: 02-02-17	HORA: 11:00
RECIBIDO POR:	

SOLICITO: PERMISO DE EJECUCION DE TESIS EN
PACIENTES CON TUBERCULOSIS
PULMONAR

DOC. LUIS BUSTINZA VALER
GERENTE DEL P. S. INTIORKO

Yo Luida Rosmery Choque Mamani estudiante de la Segunda Especialidad: Enfermería en Salud Pública y Comunitaria de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo.

Que ya habiendo culminado mis estudios de la Segunda Especialidad: Enfermería en Salud Pública y Comunitaria de la Facultad Ciencias de la Salud, y siendo parte de ella la presentación de mi TESIS para optar el grado, y ya siendo autorizada la ejecución de mi proyecto de tesis: EFECTIVIDAD DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACION CON EL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS, MICRORED CONO NORTE; asesorada por la Dra. Dalila Salas de Cornejo, solicito permitirme acceder a tener contacto con los pacientes que están en el programa de Tuberculosis Pulmonar de la institución.

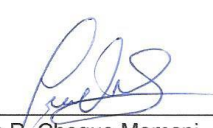
Por lo expuesto

Pido a Ud. dar curso a la presente.

Anexo:

- Resolución de Facultad N°6822-2016-FACS/UNJBG
- Resumen de proyecto de tesis

Atentamente



Lic. Luida R. Choque Mamani
DNI: 46150853
CEP:70892

Tacna, 30 de Enero 2017