



*Universidad Nacional de Loja*

*Facultad de la Salud Humana*

*Carrera de Enfermería*

**“CONDICIONES DE VIDA Y FUNCIONALIDAD  
FAMILIAR EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL  
CENTRO DE SALUD VENEZUELA”**

**TESIS, PREVIO A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE LICENCIADO EN  
ENFERMERÍA**

**AUTOR**

*Eduardo Fabricio Sarango Morocho*

**DIRECTORA**

*Lic. Judith Marlene Encalada Elizalde Mg. Sc.*

**LOJA - ECUADOR**

**2019**

*El secreto del  
éxito... es la  
perseverancia.*

**CERTIFICACIÓN**

Lic. Judith Marlene Encalada Elizalde Mg. Sc  
**DIRECTORA DE TESIS**

**CERTIFICA:**

Que he revisado y orientado todo el proceso de la elaboración del trabajo de tesis titulado “**CONDICIONES DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD VENEZUELA**”, de autoría del Sr. Eduardo Fabricio Sarango Morocho, previa a la obtención del título de licenciado en Enfermería, la misma que cumple con los requisitos reglamentarios. Por lo tanto, autorizo proseguir con los trámites legales, pertinentes para su presentación y sustentación ante los organismos de la institución.

Loja, 23 de julio del 2019



Lic. Judith Marlene Encalada Elizalde Mg. Sc

**DIRECTORA DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, **Eduardo Fabricio Sarango Morocho**, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional – Biblioteca Virtual.

**Autor:** Eduardo Fabricio Sarango Morocho

**Firma:**  .....

**Cedula:** 1103692370

**Fecha:** 23 de julio del 2019

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **Eduardo Fabricio Sarango Morocho**, declaro ser el autor de la tesis titulada **“CONDICIONES DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD VENEZUELA”**, como requisito para optar el grado de Licenciado en Enfermería, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual (RDI), en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de tesis que realice un tercero.

Para constancia de la autorización en la ciudad de Loja, a los 23 días del mes de julio del 2019, firma el autor

**Firma**.....

**Autor:** Eduardo Fabricio Sarango Morocho

**Cedula:** 1103692370

**Dirección:** Loja

**Correo Electrónico:** eduardfabi007@gmail.com

**Celular:** 0968596482

### DATOS COMPLEMENTARIOS

**Directora de tesis:** Lic. Judith Marlene Encalada Elizalde Mg. Sc

**Tribunal de grado**

**Presidente:** Lic. Denny Caridad Ayora Apolo, Mg. Sc.

**Miembro de Tribunal:** Lic. Bertila Maruja Tandazo Agila, Mg. Sc.

**Miembro de Tribunal:** Lic. Maura Mercedes Guzmán Cruz, Mg. Sc

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional. A mi padre y Abuelito, a pesar de nuestra distancia física, siento que están conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para ustedes como lo es para mí.

A mi amada hija Doménica por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar contra cualquier adversidad.

A mi hermana y amigos, quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas y por estar a mi lado en los buenos y malos momentos.

Eduardo Fabricio Sarango Morocho

**El Autor**

## **AGRADECIMIENTO**

Culminado el presente trabajo de investigación dejo constancia de mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, Facultad de La Salud Humana, Carrera de Enfermería; a sus dignas autoridades y docentes, que desinteresadamente impartieron sus conocimientos que sirvieron de guía en mi formación profesional, de manera especial a la Lic. Judith Encalada Elizalde Mg. Sc, Directora de Tesis, quien jugó un papel indispensable en el mismo ya que con su confianza, paciencia y sobre todo conocimientos supo asesorarme para el desarrollo y culminación del trabajo.

Al personal del Centro De Salud Venezuela en especial a la Dra. Michelle Barriga, Lic. Gina Cabrera y Dra. Diana Blacio por su apoyo incondicional para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

A Dios por haberme permitido llegar hasta este punto, y como no agradecer a mis padres: Margarita Morocho y Manuel Sarango, a mis abuelitos: Luis y Julia, mi hermana: Margoth y mi hija: Doménica quienes son mi motor y mi mayor inspiración, que, a través de su amor, paciencia, buenos valores, ayudan a trazar mi camino

Eduardo Fabricio Sarango Morocho

**El Autor**

## ÍNDICE

<b>CARÁTULA.....</b>	<b>i</b>
<b>CERTIFICACIÓN.....</b>	<b>ii</b>
<b>AUTORÍA.....</b>	<b>iii</b>
<b>CARTA DE AUTORIZACIÓN.....</b>	<b>iv</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>v</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>vi</b>
<b>ÍNDICE.....</b>	<b>vii</b>
<b>a) Título.....</b>	<b>1</b>
<b>b) Resumen.....</b>	<b>2</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>3</b>
<b>c) Introducción.....</b>	<b>4</b>
<b>d) Revisión de la literatura.....</b>	<b>7</b>
<b>5. Condiciones de vida.....</b>	<b>7</b>
<b>5.1. Calidad de vida en Ecuador.....</b>	<b>7</b>
<b>5.2. Mejor calidad de vida.....</b>	<b>8</b>
<b>6. Familia.....</b>	<b>8</b>
<b>6.1. Definición.....</b>	<b>8</b>
<b>6.2. Tipología familiar.....</b>	<b>9</b>
<b>6.2.1. Según el desarrollo de la familia:.....</b>	<b>10</b>
<b>7. Funcionalidad familiar.....</b>	<b>12</b>

7.1.	Definición.....	12
7.2.	Criterios para funcionalidad familiar .....	12
8.	Definición de Tuberculosis.....	15
8.1.	Etiología.....	16
8.2.	Transmisión.....	17
8.3.	Signos y síntomas. ....	17
8.4.	Programa para el control de la tuberculosis en Ecuador. ....	18
8.5.	Detección de casos.....	19
9.	Diagnóstico de la enfermedad.....	20
9.1.	Baciloscopia.....	21
9.2.	Cultivo. ....	22
10.	Epidemiología. ....	23
11.	Tratamiento de tuberculosis.....	24
11.1.	Tratamiento para casos nuevos con TB pulmonar y extrapulmonar sensible.....	25
e)	Materiales y Métodos .....	27
12.	Tipo de estudio.....	27
13.	Área de estudio .....	27
14.	Universo.....	27
14.1.	Criterios de inclusión .....	27
14.2.	Criterios de exclusión .....	27
15.	Procedimiento .....	28
15.1.	Técnica de recolección de datos.....	28
15.2.	Cuestionario SF – 12V2 de calidad de vida y sus dimensiones.....	28
15.3.	Percepción de la funcionalidad familiar a través del test FFSIL.	28



<b>15.4. Sistematización, tabulación y análisis de la información.....</b>	<b>29</b>
<b>15.5. Análisis de datos .....</b>	<b>29</b>
<b>f) Resultados .....</b>	<b>30</b>
<b>g) Discusión.....</b>	<b>33</b>
<b>h) Conclusiones.....</b>	<b>35</b>
<b>i) Recomendaciones.....</b>	<b>36</b>
<b>j) Bibliografía.....</b>	<b>37</b>
<b>k) Anexos.....</b>	<b>40</b>

**a) Título**

Condiciones de vida y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en el centro de salud Venezuela

## b) Resumen

La tuberculosis es causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones, se trata de una afección curable y que se puede prevenir, es una de las 10 causas de mortalidad en el mundo, más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos. Según datos del Ministerio de Salud Pública del 2018 refiere que la ciudad de Machala presenta mayor incidencia de pacientes con esta enfermedad. La presente investigación, abordó como objetivo identificar las condiciones de vida y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis, para tal efecto se realizó un estudio de tipo descriptivo y corte transversal; se trabajó con 30 pacientes del Centro de Salud Venezuela. Para la recolección de la información se aplicó el cuestionario SF-12V2 y el Test FF-SIL que permitió valorar las condiciones de vida y el grado de funcionalidad familiar. Como resultados se obtuvo que: las condiciones de vida de los pacientes, más del 50% indica que tienen un buen estado de salud; en lo referente a la funcionalidad familiar que el 53% son familias disfuncionales y un 13% funcionales; en la relación entre las condiciones de vida y la funcionalidad familiar se determinó que el 13.3% de los pacientes provenientes de hogares funcionales mantienen un buen estado de salud, mientras que un 36.7% su estado de salud es regular y corresponde a hogares disfuncionales.

**PALABRAS CLAVE:** Mortalidad, Afección, Funcional, Disfuncional.

### **Abstract**

Tuberculosis is caused by *Mycobacterium tuberculosis*, a bacterium that almost always affects the lungs, it is a curable condition that can be prevented, it is one of the 10 causes of mortality in the world, more than 95% of deaths from Tuberculosis occurs in low and middle income countries. According to data from the Ministry of Public Health of 2018, it states that the city of Machala has a higher incidence of patients with this disease. The present investigation, addressed as objective to identify the living conditions and family functionality in patients with tuberculosis, for this purpose a descriptive and cross-sectional study was carried out; We worked with 30 patients from the Venezuela Health Center. The SF-12V2 questionnaire and the FF-SIL Test were applied to collect the information, which allowed us to assess the living conditions and the degree of family functionality. As results it was obtained that: the living conditions of the patients, more than 50% indicate that they have a good state of health; Regarding family functionality, 53% are dysfunctional families and 13% functional; In the relationship between living conditions and family functionality, it was determined that 13.3% of patients from functional households maintain a good state of health, while 36.7% of their health status is regular and corresponds to dysfunctional households.

**KEY WORDS:** Mortality, Affection, Functional, Dysfunctional.

### c) Introducción

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio pacientes con enfermedad pulmonar activa.

La infección por *M. tuberculosis* suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria. Los síntomas de la tuberculosis pulmonar activan son tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna (Organización Mundial de la Salud, 2017).

La tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. En 2016, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron por esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH). Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos.

Siete países acaparan el 64% de la mortalidad total; encabeza esta triste lista la India, seguida de Indonesia, China, Filipinas, el Pakistán, Nigeria y Sudáfrica. Se estima que en 2016 enfermaron de tuberculosis un millón de niños y que 250 000 niños murieron debido a esta causa (incluidos los niños con tuberculosis asociada al VIH). La tuberculosis es una de las causas principales de defunción en las personas VIH-positivas: en 2016, el 40% de las muertes asociadas al VIH se debieron a la tuberculosis.

La tuberculosis multirresistente (TB-MDR) sigue constituyendo una crisis de salud pública y una amenaza para la seguridad sanitaria. Según las estimaciones de la OMS, hubo 600 000 nuevos casos de resistencia a la rifampicina (el fármaco de primera línea más eficaz), 490 000 de los cuales padecían TB-MDR (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En América Latina y el Caribe se estima que en 2016 hubo unas 23.226 muertes por esta enfermedad y se registraron 222.750 casos. Se calcula que unas 50.000 personas al año no son diagnosticadas y no reciben tratamiento a tiempo, contagiando a otros y perpetuando la enfermedad.

Los grupos de población que suelen estar en mayor riesgo en las Américas son las personas con VIH, aquellos que viven en la calle, los habitantes de barrios marginales de las ciudades, los privados de la libertad, las personas con problemas de adicción y las poblaciones que generalmente tienen acceso limitado a la atención de salud. El 80 % de la población afectada vive en centros urbanos y el crecimiento acelerado de las ciudades puede llevar a que la enfermedad se transmita más fácilmente (Naciones Unidas, 2018).

En 2015 el estimado por la Organización Mundial de la Salud, para Ecuador fue de 8.400 casos nuevos de TB (51.6/100 mil habitantes), incluyendo aquellos con coinfección TB/VIH. Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud (SNS) que comprende la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Complementaria (RC) diagnosticó y notificó 5.215 casos (32.03/100 mil habitantes) cumpliendo el 62.08% de lo estimado. De los casos notificados 5.097 corresponden a casos nuevos y recaídas, y 118 casos previamente tratados (Ministerio de Salud Pública, 2018).

Julio Palomeque (2012) Epidemiólogo provincial expresó que en El Oro existe un promedio de 260 personas con tuberculosis, siendo Machala la ciudad donde se presentan más casos, seguida de Pasaje y Santa Rosa por el número de población y las características comerciales que van de la mano con migración. Además, aclaró que la tuberculosis no es solo un problema de salud por poseer el microorganismo, sino que a esto se suman condiciones, problemas económicos, estilos de vida y carencia de servicios básicos que suman riesgos en el sistema de salud.

En base a la información tipificada en la presente investigación se propone dar respuestas a la siguiente interrogante: ¿Cómo las condiciones de vida del paciente con tuberculosis influyen en la funcionalidad familiar?

## **d) Revisión de la literatura**

### **5. Condiciones de vida.**

#### **5.1. Calidad de vida en Ecuador.**

La encuesta Expat Insider Survey ubica a Ecuador en el Top 10 de países elegidos por extranjeros para radicarse en 2015. El país ocupa el primer lugar por encima de México, Malta, Singapur, Luxemburgo, Nueva Zelanda, Tailandia, Panamá, Canadá y Australia. Entre los aspectos para la nominación se destacan la convivencia, finanzas personales, facilidad de establecerse y bajo costo de vida. Aún con factores externos como la baja internacional en los precios del petróleo, el 80% de los extranjeros residentes en el país está muy feliz con su situación financiera y el 91% está satisfecho con el costo de vida, según la encuesta mencionada. Y es que existen grandes ventajas para vivir en Ecuador, como el nivel de vida y la calidad de los servicios públicos gratuitos. El país cuenta con la mejor red vial de toda América Latina, un muy buen servicio de salud a nivel público y los residentes extranjeros tienen la ventaja de establecerse en un país dolarizado, donde el costo de vida es menor a sus lugares de origen.

El país con mayor biodiversidad por m<sup>2</sup> en el planeta se llama Ecuador. En el país se pueden desayunar al pie del Pacífico; almorzar junto al Cayambe, un majestuoso glaciar en la Mitad del Mundo; ascender al volcán Chimborazo, el pico más alejado del centro de la tierra; y cenar en la selva amazónica. Todo en un solo día. Y si eso no fuera suficiente, al día siguiente, a una hora y media de vuelo desde la capital del país, Quito, o una hora desde Guayaquil, es posible visitar las islas Galápagos. En los últimos años, ciudades como Cuenca han logrado reconocimientos internacionales como el mejor lugar del mundo para retirados. De ahí que miles de jubilados extranjeros eligen cada vez más a Ecuador como su lugar para vivir. ROE



## **5.2.Mejor calidad de vida**

Según datos de la encuesta Expat Insider Survey de 2015, respecto a calidad de vida, Ecuador está por encima de países como Austria, Suiza, Portugal, España, Japón, República Checa y Alemania. Los extranjeros en Ecuador valoran las opciones de ocio disponibles, la asequibilidad de la atención médica, facilidad para viajar, seguridad e infraestructura de transporte. Asimismo, el estudio revela que el país es el primero en el mundo en ofrecer felicidad personal. Los residentes extranjeros están satisfechos con sus relaciones sociales, cuestión que no sorprende, debido a que la mayoría valora la satisfacción personal de los nacionales, que cuentan incluso con la Secretaría del Buen Vivir para garantizar su calidad de vida (Ecuador R. d., 2017)

## **6. Familia.**

### **6.1.Definición.**

La familia es un grupo de personas formado por individuos unidos, primordialmente, por relaciones de filiación o de pareja. El Diccionario de la Lengua Española la define, entre otras cosas, como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas, lo que lleva implícito los conceptos de parentesco y convivencia, aunque existen otros modos, como la adopción. Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que, en algunas sociedades, solo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

No hay consenso sobre una definición universal de la familia. Es un concepto antropológico inferior al clan, la tribu y la nación; sociológico e incluso económico (unidad mínima de empresa). La familia nuclear, fundada en la unión entre hombre y mujer, es el modelo principal de familia como tal, y la estructura difundida mayormente en la actualidad; pero las formas de vida familiar son muy diversas, dependiendo de factores sociales, culturales, económicos y afectivos. La familia, como cualquier institución social, tiende a adaptarse al contexto de una sociedad (wikipedia, 2018).

## **6.2. Tipología familiar.**

El estudio de la tipología familiar implica hacer e identificar con que elementos está integrada (nuclear, extensa, etc). Se requiere ubicar el grado de desarrollo alcanzado por la familia dentro de su contexto económico (arcaica, tradicional y moderna), valorar el contexto demográfico de la familia (urbana, suburbana y rural), identificar su comportamiento antropológico (distribución del poder, jerarquía, roles y tipo de liderazgo: familia apartada y familia enredada), y encontrar la calidad y cantidad de sus interacciones en relación con la satisfacción de las necesidades de sus miembros (familia funcional satisfactoria, familia funcional insatisfactoria, familia disfuncional satisfactoria y familia disfuncional insatisfactoria).

Es posible encontrar diversas clasificaciones de la familia, las cuales principalmente se fundamentan en el tipo de cultura, el número de sus componentes, la dinámica familiar y de algunos otros elementos que pueden ser susceptibles de tomar en cuenta para su clasificación.

Podemos mencionar que cualquier estudioso de la familia puede crear "su propia clasificación", siempre y cuando quede claro el motivo de estudio y el carácter específico de la clasificación, así como el objeto de investigación.

### 6.2.1. Según el desarrollo de la familia:

- **Familia Moderna:** Tiene elementos de desarrollo que, de una y otra manera, nos plantean la idea de un esquema social al cual representa y que la podemos encontrar con frecuencia en niveles socioeconómicos altos. Se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia.
- **Familia Tradicional:** Representada por las familias de clase media y que son, las más numerosas. Tienen como rasgo fundamental la transmisión de modelos socioculturales como son las tradiciones familiares, los valores sociales y de vida que predeterminan la perpetuación de estas características a través del desarrollo de nuevas familias. Es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos.
- **Familia Arcaica o Primitiva:** También está predeterminada por factores socioculturales y demográficos, además de los elementos de identificación cultural; este tipo de familias cuenta con menos oportunidad de acceso a los niveles de satisfactores individuales (familias indígenas). Su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de la tierra que trabajan.

### 6.2.2. Según la demografía de la familia:

- **Familia Rural:** Habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz eléctrica, drenaje, etc).
- **Suburbana:** Tiene las características del medio rural pero está ubicada dentro de medio urbano.
- **Urbana:** Se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios.

### 6.2.3. Según la integración de la familia:

- **Integrada:** Ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.
- **Semi integrada:** ambos conyugues viven en la misma casa pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
- **Desintegrada:** Los conyugues se encuentran separados.

### 6.2.4. Según la composición de la familia:

- **Nuclear:** cuenta con esposo, esposa con o sin hijos.
- **Extensa:** conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad.
- **Extensa compuesta:** los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal (amigos, compadres, etc).

### 6.2.5. Según la ocupación de la familia:

- Este tipo de familia se refiere a la ocupación del padre o del jefe de familia, puede definirse como campesina, obrera, comerciante, empleada, etc.

### 6.2.6. Según sus complicaciones:

- **Interrumpida:** Aquella en la que la unión conyugal se disuelve ya sea por separación o divorcio.
- **Contraída:** Cuando fallece uno de los padres.
- **Reconstruida:** Se aplica a la familia en la que uno o ambos conyugues tuvo una pareja previa.

### 6.2.7. Según su funcionalidad:

- **Familias Funcionales:** Son aquellas familias en las cuales se considera que cumplen todas las funciones además de permitir un mayor o menor desarrollo de sus integrantes.
- **Familia Disfuncional:** Son familias que en mayor o menor grado no actúan según lo que de ellas se espera en relación con las funciones que se le tienen asignadas (familiares, 2018)

## 7. Funcionalidad familiar.

### 7.1. Definición.

Una familia es mucho más que la suma de sus partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante. Principios fundamentales del funcionamiento familiar (SEGÚN FRAMO)

### 7.2. Criterios para funcionalidad familiar

- **Comunicación:** Clara, directa, específica y congruente.
- **Individualidad:** Autonomía respetada e indiferencias toleradas.
- **Toma de decisiones:** Buscar la solución más apropiada para cada problema.
- **Reacción a los eventos críticos:** Flexible para adaptarse a las demandas exigentes. Principios fundamentales del funcionamiento familiar (SEGÚN FRAMO)

1. Que cada uno de los padres estén bien diferenciados y hayan desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de sus familias de origen para fundar un nuevo hogar.
2. Que exista una separación clara de los límites generacionales en la familia, es decir, que los padres se comporten como padres y los hijos como hijos.
3. Que sean realistas las percepciones y expectativas que los padres tengan de ellos mismos y de sus hijos.
4. Que sea mayor la lealtad a la familia de procreación que a la familia de origen.
5. Que lo más importante para cada esposo sea su pareja, y que los niños no sientan que al acercarse a uno de sus padres se separan del otro.
6. Que el desarrollo de la autonomía y de la identidad personal sea favorecida en todos los miembros de la familia. El desarrollo adecuado de los hijos significa que, a determinada edad, deberán abandonar su hogar para formar uno nuevo.
7. Que existan expresiones de cariño y afecto no posesivo entre padres, hijos y hermanos.
8. Que sean capaces de comunicarse en forma honesta y clara.
9. Que los padres tengan con sus propios padres y hermanos una relación de respeto y cuidado de tipo adulto.
10. Que la familia sea lo suficientemente abierta como para permitir que sus miembros se involucren con otras personas, tales como miembros de la familia extensa y amigos.

### **7.2.1. Homeostasis familiar**

Equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior. Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez. (Jackson).

### **7.2.2. Familia funcional**

Son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo. Satisfacción familiar. La satisfacción, definida normalmente como el componente cognitivo del bienestar subjetivo, resume la calidad de vida de un individuo. La Satisfacción Familiar se correlaciona positivamente con el Sentido de la Vida del ser humano y el bienestar psicológico.

La Satisfacción Familiar es un juicio valorativo de distintos aspectos de la vida, en el que los sentimientos que se despiertan en el sujeto encuentran su origen en las interacciones (verbales y/o físicas) que se producen entre éste y los demás miembros de la familia; de este modo puede apreciarse la relación entre la Satisfacción Familiar y la Satisfacción Vital.

### **7.2.3. Familia disfuncional**

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía. Eventos críticos familiares Crisis: Cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.

#### 7.2.4. Sano funcionamiento

Reconocer las crisis. Existen dos tipos de crisis, las normativas y las para normativas.

- **Normativas:** Son situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar. Son cambios obligados.
- **Paranormativas:** Son experiencias adversas o inesperadas, impredecibles para la familia. Las que ocurren dentro de la familia ocasionan mayor disfunción que cualquier otro evento (familiar, 2018)

### 8. Definición de Tuberculosis

La tuberculosis es causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. Se trata de una afección curable y que se puede prevenir.

Se calcula que una cuarta parte de la población mundial tiene tuberculosis latente, término este aplicado a las personas infectadas por el bacilo pero que aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección.

Las personas infectadas con el bacilo tuberculoso tienen un riesgo a lo largo de la vida de enfermar de tuberculosis de un 5-15%. En cambio, las personas inmunodeprimidas, por ejemplo, las que padecen VIH, desnutrición o diabetes, y los consumidores de tabaco corren un riesgo mucho mayor de enfermar.

Cuando alguien desarrolla tuberculosis activa, los síntomas (tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, etc.) pueden ser leves durante muchos meses. Esto puede hacer que la persona afectada tarde en buscar atención médica, con el consiguiente riesgo de que la bacteria se transmita a otros sujetos. Una persona con tuberculosis activa puede infectar a lo largo de un año a entre 10 y 15 personas por contacto directo. Sin no se proporciona un tratamiento adecuado, morirán sobre el 45% de las personas VIH-negativas con tuberculosis y



la práctica totalidad de las personas con coinfección tuberculosis/VIH (Organización Mundial de la Salud, 2018).

### **8.1.Etiología.**

Es una infección bacteriana contagiosa que compromete los pulmones y que se puede propagarse a otros órganos.

Es causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*). La tuberculosis pulmonar (TB) es contagiosa. Esto quiere decir que la bacteria puede propagarse fácilmente de una persona infectada a otra no infectada. Se puede adquirir por la inhalación de gotitas de agua provenientes de la tos o el estornudo de una persona infectada. La infección pulmonar resultante se denomina TB primaria.

La mayoría de las personas se recupera de la infección de TB primaria sin manifestación mayor de la enfermedad. La infección puede permanecer inactiva (latente) por años. En algunas personas, se activa de nuevo (reactivación).

La mayoría de las personas que presentan síntomas de una infección de TB resultaron primero infectadas en el pasado. En algunos casos, la enfermedad puede reactivarse en cuestión de semanas después de la infección primaria.

#### **Las siguientes personas están en mayor riesgo de TB activa o reactivación de TB:**

- Las personas mayores.
- Los bebés.
- Las personas con sistemas inmunitarios debilitados, por ejemplo, debido a VIH/sida, quimioterapia, diabetes o medicamentos que debilitan el sistema inmunitario.

**El riesgo de contraer TB aumenta si usted:**

- Está entorno a personas que padecen TB
- Vive en condiciones de vida insalubres o de hacinamiento
- Padece desnutrición

**Los siguientes factores pueden incrementar la tasa de infección tuberculosa en una población:**

- Aumento de las infecciones por VIH.
- Aumento del número de personas sin hogar (ambiente de pobreza y desnutrición).
- Cepas de TB resistentes a los medicamentos.

(U.S. Department of Health and Human Services, 2018)

**8.2.Transmisión.**

La infección 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 (Organización Mundial de la Salud, 2018).

**8.3.Signos y síntomas.**

Los síntomas de la enfermedad de tuberculosis dependen del área del cuerpo donde se estén multiplicando las bacterias de la tuberculosis. Por lo general, las bacterias de la tuberculosis se multiplican en los pulmones (tuberculosis pulmonar). La enfermedad de tuberculosis en los pulmones puede causar síntomas como los siguientes: anorexia, cansancio y pérdida de peso, que aparecen gradualmente a lo largo de varias semanas, o pueden aparecer síntomas más específicos. La tos es muy frecuente. Al principio, la tos puede ser poco

productiva con esputo amarillo o verde, en general al levantarse a la mañana, pero puede tornarse más productiva a medida que la enfermedad avanza. La hemoptisis sólo aparece en presencia de TB cavitaria (debido al daño granulomatoso de los vasos, o a veces a la proliferación de hongos en una cavidad). Con frecuencia, aunque no siempre, los pacientes presentan fiebre. La sudoración nocturna profusa es un síntoma clásico, pero no es frecuente ni específica de TB. El paciente puede presentar disnea debido a la lesión del parénquima pulmonar, el desarrollo de un neumotórax espontáneo o de TBC pleural con derrame.

Cuando el paciente muestra coinfección con HIV, la presentación clínica suele ser atípica debido al compromiso de la hipersensibilidad retardada; los pacientes tienen más probabilidades de presentar síntomas de enfermedad Extra pulmonar o generalizada (ManualMSD, 2018)

#### **8.4. Programa para el control de la tuberculosis en Ecuador.**

En el año 2001 el Ministerio de Salud Pública del Ecuador comenzó la implementación de la estrategia “Tratamiento Acortado Directamente Supervisado” (DOTS) por sus siglas en inglés. Por la complejidad de esta estrategia su implementación se dividió en tres fases:

La primera, con ejecución en tres provincias del país: Guayas, Pichincha y Azuay. La segunda fase se dio en el año 2004 con la expansión a tres provincias más: El Oro, Manabí y Tungurahua con el apoyo técnico y financiero de la Asociación Canadiense del Pulmón.

En el 2006, con el Proyecto “Expansión de la estrategia DOTS en Ecuador” se inició la tercera fase. Esta fase fue financiada por el Fondo Mundial de la lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria, se expandió al resto de establecimientos de salud del MSP.

A pesar de los esfuerzos, la implementación de la estrategia DOTS no era suficiente para el control de la Tuberculosis, pues otros factores como la pandemia de infección por VIH, el aumento de las poblaciones en riesgo dado por el crecimiento demográfico, la migración a

sitios de elevada endemia y el incremento de la Tuberculosis Drogo Resistente conllevaron a la formulación a nivel mundial de una nueva estrategia denominada “Alto a la Tuberculosis”.

Esta nueva estrategia tiene como finalidad reducir marcadamente la carga mundial de tuberculosis al 2015, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y con la cual inmediatamente se alineó el Ecuador a partir del 2007.

En el año 2008 se elaboró el “Plan Estratégico del Programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis” lo que permite que un año más tarde, mediante acuerdo Ministerial, el MSP apruebe, publique y difunda a nivel Nacional la Tercera Edición del Manual de Normas para el Control de la Tuberculosis; para que sea aplicado obligatoriamente en todas la Unidades Operativas del sector Salud tanto públicas como privadas.

### **8.5.Detección de casos**

“El objetivo principal es identificar precozmente a los enfermos con tuberculosis pulmonar BK + (forma contagiante), mediante la búsqueda permanente y sistemática de los sintomáticos respiratorios”.

Con lo que se busca:

- Cortar la cadena de transmisión de la enfermedad.
- Aliviar el sufrimiento humano.
- Prevenir la muerte de los enfermos.

Sintomático respiratorio (SR) es toda persona que presenta tos y flema por más de 15 días. La detección de SR deberá realizarse en forma permanente en todos los establecimientos de salud durante TODO el horario de atención, dando prioridad a los mayores de 15 años y acompañantes que acuden por cualquier causa a los servicios

La identificación de SR fuera del establecimiento se realizará en actividades de salud, donde además participarán los agentes comunitarios capacitados en DOTS. Para la búsqueda de casos en poblaciones cerradas, en la medida de las posibilidades del Programa, se aplicará el screening radiológico.

Una vez detectado el SR se deben seguir los pasos del protocolo asignado en el Manual de Normas y proceder a la toma inmediata de la primera muestra.

Se recibe la primera muestra y se entrega al paciente otro envase rotulado (con su nombre, apellidos, fecha y número de muestra) para la recolección de una segunda muestra que debe ser recogida la mañana del día siguiente, en el domicilio del paciente.

Se debe obtener las dos muestras de esputo en 24 horas, siendo una de ellas de recolección matutina (respiratorias, 2007).

## **9. Diagnóstico de la enfermedad.**

Criterio Clínico: Tos con expectoración por más de 15 días (SR) con o sin hemoptisis. Síntomas generales: fiebre, sudoración nocturna, pérdida de apetito, pérdida de peso, dolor torácico y astenia. En TB extrapulmonar síntomas y signos específicos por daño en órganos diana.

### **Se recomienda realizar:**

- Baciloscopia, cultivo.
- PCR en tiempo real, esta herramienta diagnóstica será aplicada a toda persona con sintomatología sugestiva de TB\*.

Se recomienda el diagnóstico con PCR tiempo real para detectar *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) y resistencia a rifampicina (R), adicionalmente se debe solicitar la prueba de Nitrato Reductasa para determinar la resistencia a isoniacida (H).

En el país actualmente no se cuenta con pruebas rápidas para la detección de resistencia a Fluoroquinolonas e inyectables de segunda línea. Por lo tanto, se sugiere realizar la implementación de Genotype MTBDRsl, recomendado por la OMS, como apoyo al diagnóstico y elección del tratamiento de TBMDR. Y cuando esta prueba esté disponible, se le debería realizar a todos los pacientes con TB-RR o TB-MDR (MSP, 2018).

### **9.1. Baciloscopia.**

Para que el laboratorio pueda obtener resultados confiables no sólo es necesario que ejecute las técnicas correctamente. También necesita recibir una buena muestra, entendiéndose por tal la que proviene del sitio de la lesión que se investiga, obtenida en cantidad suficiente, colocada en un envase adecuado, bien identificada, conservada y transportada.

Como la eliminación de los bacilos por el esputo no es constante, es conveniente analizar más de una muestra de cada SR para el diagnóstico de la tuberculosis.

La primera muestra puede detectar aproximadamente el 80% de los casos positivos, la segunda agrega un 15% y la tercera un 5% más.

La primera muestra debe ser tomada en el momento de la consulta (muestra inmediata), cuando el médico u otro personal del equipo identifica que un consultante al servicio de salud es SR (es decir con tos persistente durante 2-3 semanas) La segunda muestra la debe recolectar el paciente en su casa por la mañana al despertar (muestra matinal).

La tercera muestra, cuando sea requerida, puede ser tomada en el servicio de salud, cuando el paciente concurre a entregar la segunda.

También puede ser recolectada por el paciente al despertar en su casa. La obtención de la muestra en el momento de la consulta inicial asegura que se pueda realizar al menos una baciloscopia del SR. Sin embargo, es más probable que se eliminen bacilos en las muestras matinales, por lo que deben hacerse los mayores esfuerzos para que la persona regrese con otra(s) muestra(s) (OPS, 2014).

## **9.2.Cultivo.**

Los productos para cultivo pueden dividirse en dos grupos: 1) Los que provienen de territorios estériles (LCR, líquido pleural, ganglios...) y 2) Los que proceden o atraviesan territorios con flora comensal, que precisan descontaminación. Hay que tener en cuenta que 1) El cultivo y aislamiento de MT da el diagnóstico de certeza.

Es la técnica más rentable y sensible, sobre todo en las formas pau-cibacilares, en las que las baciloscopias pueden ser negativas. 2) Se precisa aislamiento previo en cultivo para posterior identificación de la especie. 3) La negativización de los cultivos es indicador de curación.

Se disponen de distintos medios de cultivo: sólidos, líquidos radiométricos, líquidos no radiométricos y bifásicos.

Los medios sólidos son de más lento crecimiento, como el medio clásico de Lowestein-Jensen, que precisa 8 semanas de incubación. Los medios líquidos son más rápidos. Es recomendable cuantificar el número de colonias obtenidas por cultivo.

Métodos de cultivo radiométricos (BACTEC12B): Detectan automáticamente el crecimiento micro-bacteriano midiendo la cantidad de CO<sub>2</sub> producida por la metabolización de sustratos marcados con C<sup>14</sup>. En relación a los medios convencionales de cultivo estos métodos son más rápidos (15-20 días en la detección del crecimiento) y más sensibles.

Requieren manejar sustancias radioactivas. Se están utilizando técnicas de fluorimetría que permiten obviar el inconveniente de trabajar con sustancias radioactivas.

Existen también métodos bifásicos (fase sólida y fase líquida) no radiométricos, más sensibles, aunque algo más lentos que el sistema BACTEC. Por último, se dispone de técnicas de hemocultivo para micobacterias de gran utilidad en pacien-491 Tuberculosis. Diagnóstico y tratamiento.

Las técnicas más eficaces son la de lisis-centrifugación y técnicas radiométricas. Su uso está indicado en pacientes VIH severamente inmunodeprimidos y en el estudio de fiebre de origen desconocido. Actualmente la utilización combinada de un medio sólido y un medio líquido se considera una mayor sensibilidad y rapidez.

La identificación de las cepas de M. Tuberculosis puede realizarse mediante pruebas bioquímicas sencillas. Se dispone también de técnicas por cromatografía y sondas genéticas que permiten diferenciar las distintas especies de micro bacterias (J. Calvo Bonachera, 2016).

## **10. Epidemiología.**

Como parte del plan para 2015, se trabaja en la actualización de la Norma Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis; la guía de Práctica Clínica para Manejo Clínico de Tuberculosis (en todas las formas); y elaboración de planes de control de infecciones en establecimientos de salud que atienden casos.

La tasa de mortalidad en el Ecuador ha ido disminuyendo progresivamente desde el año 2005, en que fue de 5,88 por 100 mil habitantes, hasta los 2,43 reportados en 2013; la meta a 2015 es alcanzar una tasa de mortalidad de 2 por cada 100 mil habitantes.

En el año 2012, Ecuador reportó 5.108 casos nuevos de tuberculosis y el éxito de tratamiento fue de 78,24%; en 2013, reportó 4.976 casos y el éxito del tratamiento para los casos nuevos fue del 81,90%. En el 2014 hubo 4.897 casos nuevos de TB que actualmente se



encuentran en tratamiento bajo DOTS (tratamiento acortado directamente observado, por sus siglas en inglés), estrategia adoptada por el MSP desde el año 2001 con el objetivo de garantizar la curación del afectado por tuberculosis.

En 2014, un total de 103 profesionales de 285 establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud fueron capacitados en la estrategia DOTS. El objetivo es implementar la estrategia en todo el Sistema Nacional de Salud hasta 2017.

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa que afecta principalmente los pulmones (tuberculosis pulmonar). También pueden verse afectadas otras partes del cuerpo, por ejemplo, los ganglios linfáticos, los riñones, los huesos, etc. La tuberculosis puede afectar a personas de cualquier edad.

La tuberculosis se contagia a través del aire, cuando una persona afectada con tuberculosis pulmonar tose, habla o estornuda. Para que la infección ocurra es necesario que se produzca una exposición prolongada a un enfermo con tuberculosis sin tratamiento.

## 11. Tratamiento de tuberculosis.

El esquema de tratamiento no está basado en la localización de la enfermedad (pulmonar o extra pulmonar). Para la asignación del esquema se debe consultar y registrar el historial farmacológico y tiempo del tratamiento previo si fuera el caso.

Los esquemas de tratamiento se dividen en dos grupos TB sensible y TB resistente y deben ser administrados de acuerdo al peso corporal del paciente. Adicionalmente debe ser directamente observado en el 100% de los casos y dosis. (Ecuador M. d., 2018)

Esquema de tratamiento	Duración	Tipo de Caso TB sensible
2HRZE/4HR	6 meses	Nuevo, <b>sin evidencia de presentar TB resistente.</b>
HRZE	9 meses	Pérdida en el seguimiento recuperado, recaídas o fracasos, <b>con sensibilidad confirmada a rifampicina</b>

Medicamentos	Dosis diarias	
	Dosis en mg/kg de peso	Máximo (mg)
Isoniacida*	5 (5-15)	300
Rifampicina*	10 (10-20)	600
Pirazinamida	25 (20-30)	2000
Etambutol	15 (15-20)	1200

### 11.1. Tratamiento para casos nuevos con TB pulmonar y extrapulmonar sensible.

En los casos nuevos que a través de PSD presentan sensibilidad comprobada por lo menos a R y/o H se recomienda el esquema 2HRZE/4HR.

#### Estos incluyen:

1. Casos TB pulmonar bacteriológicamente positiva.
2. Casos TB pulmonar por diagnóstico clínico.
3. Casos TB extra pulmonar; excepto del sistema nervioso central (SNC) y osteoarticular.

Este esquema también se debe aplicar a todos los casos nuevos que no tengan factores de riesgo para TB resistente, siempre en espera de los resultados de la PSD.

El presente esquema se divide en dos fases: primera o fase inicial de 50 dosis HRZE (2 meses), seguida de una segunda o fase de consolidación de 100 dosis HR (4 meses). Los medicamentos en ambas fases se administrarán en forma diaria (5 días por semana en casos ambulatorios y 7 días a la semana en hospitalización y PPL). Para el cálculo de los fármacos se tomarán en cuenta 25 tomas por mes (Ecuador M. d., 2018)

### 11.1.1. Tratamiento para casos con Tb resistente

El Ecuador adopta las directrices de OMS (2016) para la administración del esquema acordado con una duración de 9-12 meses, para el tratamiento de casos de tuberculosis resistente a rifampicina (TB-RR) o tuberculosis multidrogoresistente (TB-MDR). **4-6\* Km (Am) - Mfx altas dosis -Eto-H altas dosis Cfz-Z-E/5 Mfx-Cfz-Z-E**

### 11.1.2. Este esquema consta de dos fases:

**Fase intensiva:** Consiste en Kanamicina (Km) – Moxifloxacina (MFX) en altas dosis – Etionamida (Eto) – Isoniacida (H) en altas dosis – Clofazimina (Cfz) – Pirrazinamida (Z) – Etambutol (E). La administración se realizará en forma diaria por cuatro meses.

La fase intensiva se prolongará hasta los 6 meses en aquellos casos en que la baciloscopia siga positiva al final del cuarto mes. Si al final del sexto mes la baciloscopia sigue positiva, se considerará el fracaso del esquema y se diseñará un esquema individualizado con medicamentos de segunda línea.

**Fase de continuación:** Consiste en Moxifloxacina (MFX) – Clofazimina (Cfz) – Etambutol (E) – Pirrazinamida (Z). La administración se realizará en forma diaria por cinco meses.

## **e) Materiales y Métodos**

### **12. Tipo de estudio**

La presente investigación “Condiciones de vida y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en el centro de salud Venezuela”, fue un estudio Descriptivo de corte Transversal.

Esta investigación es de diseño documental y de campo, se apoyó en fuentes de carácter documental debido al proceso de recopilación de datos para tener información de la realidad auténtica de la problemática que se investigó, y para el desarrollo de la investigación se requirió de información que proviene de la encuesta aplicada a la población a estudiar.

### **13. Área de estudio**

Es el Centro de Salud Venezuela de la ciudad de Machala, ubicado en las calles callejón peatonal F oeste y callejón peatonal E sur, con una superficie total de 440mts<sup>2</sup>.

### **14. Universo**

La Investigación se realizó con 30 pacientes con tuberculosis pulmonar confirmado y en tratamiento en el Centro de Salud Venezuela.

#### **14.1. Criterios de inclusión**

Ser paciente diagnosticado con tuberculosis pulmonar y en tratamiento de 15 a 80 años de edad y registrados en la base de datos del centro de salud Venezuela y de manera libre y voluntaria acepte ser parte del estudio.

#### **14.2. Criterios de exclusión**

Pacientes transferidos a otras unidades de salud o centros de mayor complejidad, tener alguna discapacidad física o mental que no le admita responder el cuestionario.

## **15. Procedimiento**

### **15.1. Técnica de recolección de datos**

Para la obtención de la información requerida en el estudio se utilizó una encuesta validada y semiestructurada, en relación a la temática. La utilización de esta herramienta permitió alcanzar los objetivos planteados en la investigación de calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis.

### **15.2. Cuestionario SF – 12V2 de calidad de vida y sus dimensiones.**

El cuestionario SF-12 calidad de vida relacionada con la salud. Compuesto por doce ítems, cuya finalidad es otorgar un instrumento de fácil aplicación para evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional de las personas mayores de 14 años, definiendo un estado positivo y negativo de la salud física y mental, por medio de ocho dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, salud general, vitalidad, función social y rol emocional).

Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert, que evalúan intensidad y/o frecuencia del estado de salud de las personas (Chile, 2014).

### **15.3. Percepción de la funcionalidad familiar a través del test FFSIL.**

El funcionamiento familiar es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de 7 categorías.

#### **Tipo de Familia**

- **Familia Funcional:** Una familia funcional o moderadamente funcional, se caracterizan por ser cohesionadas con una unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas, armónica con correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

- **Familia disfuncional:** Es un espacio donde no se valora al otro, se apoyó no se cumplen con los roles correspondientes a cada miembro de la familia, no se delegan responsabilidades, lo cual afecta directamente a los integrantes del grupo familiar, ya que puedo generar rasgos de personalidad desequilibrados que les afectarán en todos los ámbitos de la vida (Alarcon, 2015)

### 15.3.1. Categorías que evalúa el test FFSIL.

Este instrumento consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia. Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos:

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1
<b>Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL</b>	
<b>Funcional</b>	<b>De 70 a 57 puntos</b>
<b>Moderadamente funcional</b>	<b>De 56 a 43 puntos</b>
<b>Disfuncional</b>	<b>De 42 a 28 puntos</b>
<b>Severamente disfuncional</b>	<b>De 27 a 14 puntos</b>

### 15.4. Sistematización, tabulación y análisis de la información.

Una vez que se finalizó el período de recolección de la información, se procedió a crear una base de datos en Excel que permitió dar validez y confiabilidad a los instrumentos y cumpliendo los objetivos propuestos.

### 15.5. Análisis de datos

Los resultados se presentaron a través de tablas utilizando Microsoft Office Excel con su respectivo análisis.

## f) Resultados

**Tabla 1**

*Condiciones de vida de los pacientes con tuberculosis del centro de salud Venezuela.*

	Bueno		Regular		Malo		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Estado de Salud</b>	16	53	14	47	0	0	30	100

**Fuente:** Cuestionario aplicado a pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Venezuela, 2019

**Autor:** Eduardo Fabricio Sarango Morocho

El estado de salud de los pacientes con Tuberculosis pulmonar del Centro de Salud Venezuela es Buena en un 53%, afirmando que una buena funcionalidad familiar ayuda a los pacientes a sobrellevar de una mejor manera la enfermedad y tener una adherencia al tratamiento.

**Tabla 2**

*Dificultad en el trabajo o actividades cotidianos en los pacientes con tuberculosis del centro de salud Venezuela*

Variables	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
Dificultad para realizar actividades cotidianas.	14	47	16	53	30	100
Dificultad en el trabajo a causa de la actividad física.	18	60	12	40	30	100
Dificultad en el trabajo a causa de problemas sociales.	24	80	6	20	30	100
Dificultad en el trabajo a causa de la enfermedad	20	67	10	33	30	100
Dificultad en las actividades sociales por problemas emocionales y de salud	12	40	18	60	30	100

**Fuente:** Cuestionario aplicado a pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Venezuela, 2019

**Autor:** Eduardo Fabricio Sarango Morocho

Además, los pacientes investigados presentaron más del 50% de dificultades para realizar actividades cotidianas en el trabajo a causa de (problemas sociales, emocionales y de salud), por lo cual no pueden realizar sus actividades cotidianas por los síntomas que presenta la enfermedad, los problemas sociales y emocionales se debe a que la familia y la sociedad los discrimina por la condición de ser pacientes con tuberculosis pulmonar

**Tabla 3***Funcionalidad familiar*

<b>Funcionalidad Familiar</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Funcional	4	13%
Moderadamente funcional	10	34%
Disfuncional	16	53%
Severamente disfuncional	-	-
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Test funcionalidad familiar aplicado a los pacientes con tuberculosis del Centro de Salud Venezuela, 2019

**Autor:** Eduardo Fabricio Sarango Morocho

De los 30 encuestados con Tuberculosis y en tratamiento que se les aplicó el test indica que el 53% corresponde a familia disfuncional, dando lugar a que los pacientes tengan problemas emocionales, y que conlleva a que no tengan una adherencia al tratamiento o puede conllevar al abandono del tratamiento, mientras que en el 13% son familia funcional donde se puede apreciar que los miembros de la familia son parte esencial porque son los que contribuyen de manera principal a satisfacer las necesidades psicosociales, y son cruciales para la adherencia al tratamiento y la prestación de apoyo económico, lo que posibilitara a los pacientes con tuberculosis tener una buena percepción de la funcionalidad familiar.



**TABLA 4***Relación entre condiciones de vida y funcionalidad familiar*

Condición de vida		Funcionalidad moderadamente			Total
		funcional	disfuncional	disfuncional	
buena	f	4	10	5	19
	%	13,3%	33,3%	16,7%	63,3%
regular	f	0	0	11	11
	%	0,0%	0,0%	36,7%	36,7%
Total	f	4	10	16	30
	%	13,3%	33,3%	53,3%	100,0%

**Fuente:** Encuestas aplicadas a pacientes con Tuberculosis del Centro de Salud Venezuela, 2019**Autor:** Eduardo Fabricio Sarango Morocho

En cuanto a la relación entre la condición de vida y la funcionalidad familiar se observa que un 13.3% de los pacientes provenientes de hogares funcionales mantienen un estado de salud bueno, mientras que un 36.7% mantiene un estado de salud regular de aquellos hogares disfuncionales, encontrándose un valor de 0.06 de Chi cuadrado tomando como referencia que este valor es mayor a 0.05 por lo tanto se acepta que existe una relación entre el estado de salud y la funcionalidad familiar.

### **g) Discusión**

La tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad a nivel mundial, en el 2016 la Organización Mundial de la Salud reportó 10,4 millones de personas enfermas con tuberculosis y 1,7 millones murieron a causa de la misma incluyendo a 0,4 millones de personas con VIH, Los países de ingresos bajos y medianos constituyen el 95% de las muertes por tuberculosis. (OMS, 2018)

El presente estudio determinó que las condiciones de vida de los pacientes, en un 53% indican que tienen un buen estado de salud, seguido de un 47% en un estado regular.

Un estudio realizado en la ciudad de Guadalajara (México) en donde la salud percibida obtuvo un 70.3%, así mismo en cuanto a la evolución declarada de la salud, el 70.5 % considera que su salud es "mejor" o "mucho mejor", y solo el 29.5 % la consideró "peor", reflejando una mejor calidad de vida y apego al tratamiento, obteniéndose mayor cantidad de pacientes con calidad de vida a diferencia del presente estudio que representa la minoría lo que repercutiría directamente en el tratamiento y evolución de la enfermedad (Gonzalez, 2013).

En lo que concierne a la funcionalidad familiar en el presente estudio se obtuvo que el 53% de los pacientes son familias disfuncionales y el 13% familias funcionales, siendo los miembros de la familia parte esencial en la satisfacción de necesidades psicosociales, físicas y económicas, claves para la adherencia y continuidad del tratamiento, estos resultados contrastan con los encontrados en un estudio realizado en Lima (Perú) en donde el 40 % familias son normo funcionales; 27 % familias, leve disfuncionales; 30 % familias, moderada disfuncionales y 3 % familia, grave disfuncional. Existiendo una mayor proporción de familias funcionales, por su parte la disfuncionalidad familiar está relacionada con la

aparición de una enfermedad infectocontagiosa como la tuberculosis se rompe la homeostasis familiar y daña el funcionamiento familiar (Robles, 2016).

## **h) Conclusiones**

En la presente investigación se ha desarrollado las siguientes conclusiones:

- Las condiciones de vida de los pacientes, en un 53% indica que tienen un buen estado de salud, seguido de un 47% regular.
- En lo que concierne a la funcionalidad familiar en el presente estudio se obtuvo que el 53% de los pacientes son familias disfuncionales y el 13% familias funcionales, siendo los miembros de la familia parte esencial en la satisfacción de necesidades psicosociales, físicas y económicas, claves para la adherencia y continuidad del tratamiento.

### **i) Recomendaciones**

A partir de este estudio, me permito dar las siguientes recomendaciones:

- Al centro de salud Venezuela que continúe ejecutando el Programa DOTS (Sistema de Tratamiento por Observación Directa) extienda las visitas domiciliarias a las familias que presentan un elevado índice de probabilidad de contraer la tuberculosis, y de esta manera poder disminuir los niveles de pacientes con tuberculosis.
- A la Carrera de Enfermería siga con este tipo de investigación, con la finalidad de que sea conocida e investigada por los futuros profesionales de la salud.

## j) Bibliografía

Alarcon, D. (9 de febrero de 2015). Obtenido de <http://danalarcon.com/plantilla-cuestionario-de-funcionamiento-familiar-ff-sil-para-trabajo-social/>

Chile, R. M. (2014). *Scielo*. Obtenido de Scielo: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n10/art07.pdf>

Ecuador, M. d. (marzo de 2018). *Prevencion, diagnostico, tratamiento y control de la tuberculosis*. Obtenido de <http://salud.gob.ec>

Ecuador, R. d. (17 de marzo de 2017). Obtenido de <http://www.republicaoportunidades.com/es/oportunidades/347-ecuador,-pa%C3%ADs-con-mayor-calidad-de-vida>

enfermedades, c. p. (24 de julio de 2015). Obtenido de [https://www.cdc.gov/tb/esp/worldtbdays/history\\_es.htm](https://www.cdc.gov/tb/esp/worldtbdays/history_es.htm)

familiar, m. (febrero de 2018). *medicina familiar*. Obtenido de [medicinafamiliarmazatlan.blogspot.com/12/funcionalidad-familiar.html](http://medicinafamiliarmazatlan.blogspot.com/12/funcionalidad-familiar.html)

familiares, M. (agosto de 2018). *Medicos Familiares*. Obtenido de <http://www.medicosfamiliares.com/familia/clasificacion-o-tipologia-de-la-familia.html>

Gonzalez, R. (2013). *Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara, (México)*. Guadalajara: scielo.

J. Calvo Bonachera, M. B. (2016). Obtenido de <https://www.neumosur.net/files/EB03-43%20TBC%20dco%20tto.pdf>

ManualMSD. (11 de agosto de 2018). *ManualMSD*. Obtenido de [https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/enfermedades-infecciosas/micobacterias/tuberculosis-tbc#v1010739\\_es](https://www.msdmanuals.com/es-ec/professional/enfermedades-infecciosas/micobacterias/tuberculosis-tbc#v1010739_es)

*Ministerio de Salud Publica.* (marzo de 2018). Obtenido de [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP\\_Tuberculosis-1.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP_Tuberculosis-1.pdf)

MSP. (marzo de 2018). *GUIA DE PRACTICA CLINICA TUBERCULOSIS.* Obtenido de [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP\\_Tuberculosis-1.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP_Tuberculosis-1.pdf)

*Naciones Unidas.* (23 de marzo de 2018). Obtenido de <https://news.un.org/es/story/2018/03/1429761>

OMS. (2018). *Tuberculosis.* GINEBRA: ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.

OPS. (15 de junio de 2014). *Manual para el diagnostico bacteriologico de la tuberculosis.* Obtenido de <http://files.sld.cu/tuberculosis/files/2009/12/tb-labs-baciloscopia1.pdf>

*Organizacion Mundial de la Salud.* (22 de marzo de 2017). Obtenido de <http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/>

*Organización Mundial de la Salud.* (16 de febrero de 2018). Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

Questionpro. (enero de 2019). *Questionpro.* Obtenido de <https://www.questionpro.com/es/>  
respiratorias, U. I. (febrero de 2007). *Unión Internacional contra la Tuberculosis y enfermedades respiratorias.* Obtenido de [http://www.care.org.ec/wp-content/uploads/biblioteca\\_virtual/tuberculosis/DOTS-Comunitario-en-Ecuador-Proyecto-TB-20071.pdf](http://www.care.org.ec/wp-content/uploads/biblioteca_virtual/tuberculosis/DOTS-Comunitario-en-Ecuador-Proyecto-TB-20071.pdf)

Robles, J. (2016). *Funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis pulmonar en áreas urbanas de Los Olivos - Lima.* Lima: Scielo.

U.S. Department of Health and Human Services. (14 de agosto de 2018). *Medlineplus.* Obtenido de Medlineplus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000077.htm>

wikipedia. (14 de agosto de 2018). *wikipedia*. Obtenido de <https://es.wikipedia.org/wiki/Familia>



**k) Anexos****Anexo 1: Consentimiento informado**

Fecha: \_\_\_\_/ marzo / 2019.

Estimado participante:

Soy Interno Rotativo de Enfermería, como parte de los requisitos de graduación estoy llevando a cabo una investigación. Con el tema: **CONDICIONES DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD VENEZUELA - MACHALA.**

Esta investigación es requisito para obtener el Título como Licenciado en Enfermería. Usted ha sido seleccionada para participar en esta investigación la cual consiste en contestar unas preguntas que le tomará aproximadamente 10 minutos.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad. He leído el procedimiento descrito anteriormente. El investigador me ha explicado el estudio y he contestado. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio.

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( )

Estado civil: \_\_\_\_\_

---

**Firma**

**Anexo 2: Test de percepción del funcionamiento familiar (FFSIL)**

Preguntas	Casi nunca	Pocas veces	A	Muchas veces	Casi siempre
1. ¿Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia?					
2. ¿En su casa predomina la armonía?					
3. ¿En su familia cada uno cumple sus responsabilidades?					
4. ¿Las manifestaciones de cariño forman parte de su vida cotidiana?					
5. ¿Se expresan sin insinuaciones, de forma clara y directa?					
6. ¿Pueden aceptar los defectos de los demás miembros de la familia y sobrellevarlos?					
7. ¿Toman en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes?					
8. ¿Cuándo alguien de la familia tiene un problema los demás lo ayudan?					
9. ¿Se distribuyen las tareas de forma que nadie este sobrecargado?					
10. ¿Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones?					
11. ¿Pueden conversar diversos temas sin temor?					
12. ¿Ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas?					
13. ¿Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar?					
14. ¿Se demuestran el cariño que se tienen?					
<b>TOTAL</b>					

### Anexo 3: Cuestionario de salud sf-12

**INSTRUCCIONES:** las preguntas del presente cuestionario se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

- En general, usted diría que su salud es:

Buena       Regular       Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿Le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿Cuánto?

- Esfuerzos moderados, como mover una mesa,  
Pasar la aspiradora, jugar a los bolos o  
Caminar más de 1 hora.

**Sí**                      **No**  
                     

- Subir varios pisos por la escalera.

Durante las 4 últimas semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer?
- ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

**Sí**                      **No**

Durante las 4 últimas semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional ¿cómo estar triste, deprimido, o nervioso?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?</li> </ul>  | <p><b>Sí</b></p> <input type="checkbox"/> | <p><b>No</b></p> <input type="checkbox"/> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre; ¿por algún problema emocional?</li> </ul> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                  |

Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto la enfermedad le ha dificultado su trabajo habitual (¿incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

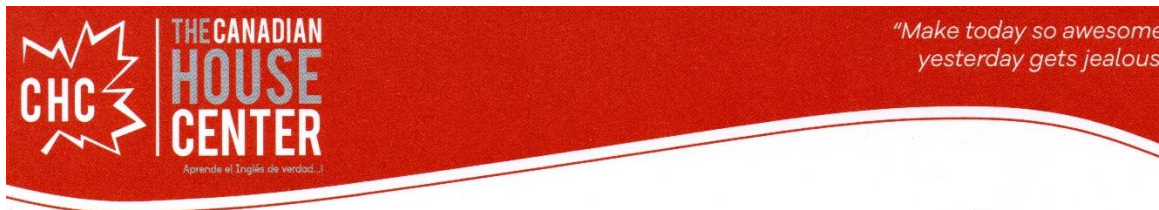
<b>Sí</b>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

<b>Sí</b>	<b>No</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡GRACIAS POR CONTESTAR ESTAS PREGUNTAS !

## Anexo 4: Certificado de traducción



# THE CANADIAN HOUSE CENTER

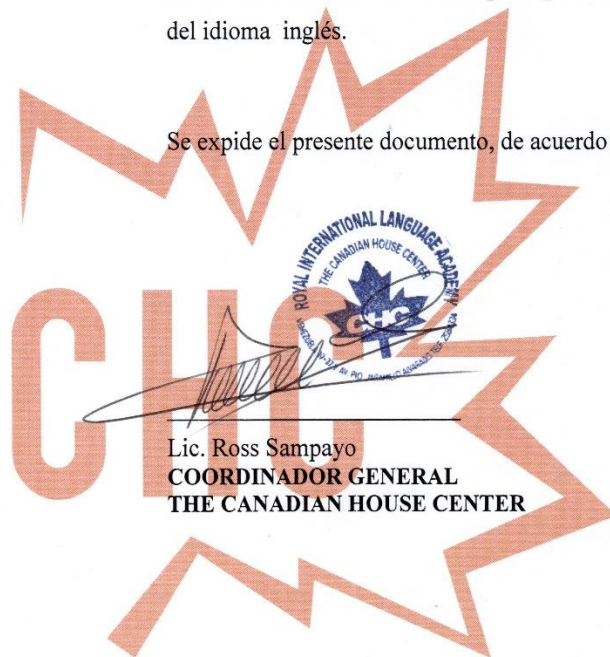
El que suscribe, en representación del **THE CANADIAN HOUSE CENTER** el cual está aprobado por el **Ministerio de Educación del Ecuador** según resolución ministerial N° 320 – 15 y con registro N° SETEC-OCR-00001757 de la **Secretaría Técnica del Sistema Nacional de Cualificaciones Profesionales**.

### CERTIFICA.-

Que el resumen de tesis titulada **“CONDICIONES DE VIDA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN EL CENTRO DE SALUD VENEZUELA”** realizado por el Sr. **Eduardo Fabricio Sarango Morocho** con cédula de identidad **1103692370** estudiante de la **Carrera de Enfermería** de la Universidad Nacional de Loja, ha sido debidamente traducido por el Lic. Ross Sampayo docente coordinador de nuestra prestigiosa entidad especializada en la buena enseñanza del idioma inglés.

Se expide el presente documento, de acuerdo a la Ley, para los fines necesarios.

Loja, 20 de Junio de 2019



Lic. Ross Sampayo  
**COORDINADOR GENERAL**  
**THE CANADIAN HOUSE CENTER**



CHC MATRÍZ: Venezuela 19 - 77 e/ José María Peña y Av. Pío Jaramillo Alvarado

CHC CENTRO: Miguel Riofrío 14 - 35 entre Bolívar y Sucre

2565257 (Chc Centro) • 2585435 (Chc Matriz)

[www.thecanadianhousecenter.com](http://www.thecanadianhousecenter.com)

/CHCLoja

## Anexo 5: Proyecto de tesis



---

---

---

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

## FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

### CARRERA DE ENFERMERÍA

#### PROYECTO DE TITULACIÓN

**TEMA:**

“Condiciones de vida y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en el centro de salud Venezuela”

**AUTOR:****Eduardo Fabricio Sarango Morocho****Loja, 24 de agosto 2018**

Ing. Eduardo González, autorizo la presentación del presente proyecto, cumple con directrices académicas Establecidas para el efecto.

**a. Tema**

Condiciones de vida y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en el centro de salud Venezuela-Machala.

## **b. Problemática**

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio pacientes con enfermedad pulmonar activa.

La infección por *M. tuberculosis* suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria. Los síntomas de la tuberculosis pulmonar activan son tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna (Organización Mundial de la Salud, 2017).

La tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. En 2016, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron por esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH). Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos.

Siete países acaparan el 64% de la mortalidad total; encabeza esta triste lista la India, seguida de Indonesia, China, Filipinas, el Pakistán, Nigeria y Sudáfrica. Se estima que en 2016 enfermaron de tuberculosis un millón de niños y que 250 000 niños murieron debido a esta causa (incluidos los niños con tuberculosis asociada al VIH). La tuberculosis es una de las causas principales de defunción en las personas VIH-positivas: en 2016, el 40% de las muertes asociadas al VIH se debieron a la tuberculosis.

La tuberculosis multirresistente (TB-MDR) sigue constituyendo una crisis de salud pública y una amenaza para la seguridad sanitaria. Según las estimaciones de la OMS, hubo 600 000



nuevos casos de resistencia a la rifampicina (el fármaco de primera línea más eficaz), 490 000 de los cuales padecían TB-MDR (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En América Latina y el Caribe se estima que en 2016 hubo unas 23.226 muertes por esta enfermedad y se registraron 222.750 casos. Se calcula que unas 50.000 personas al año no son diagnosticadas y no reciben tratamiento a tiempo, contagiando a otros y perpetuando la enfermedad.

Los grupos de población que suelen estar en mayor riesgo en las Américas son las personas con VIH, aquellos que viven en la calle, los habitantes de barrios marginales de las ciudades, los privados de la libertad, las personas con problemas de adicción y las poblaciones que generalmente tienen acceso limitado a la atención de salud. El 80 % de la población afectada vive en centros urbanos y el crecimiento acelerado de las ciudades puede llevar a que la enfermedad se transmita más fácilmente (Naciones Unidas, 2018).

En 2015 el estimado por la Organización Mundial de la Salud, para Ecuador fue de 8.400 casos nuevos de TB (51.6/100 mil habitantes), incluyendo aquellos con coinfección TB/VIH. Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud (SNS) que comprende la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Complementaria (RC) diagnosticó y notificó 5.215 casos (32.03/100 mil habitantes) cumpliendo el 62.08% de lo estimado. De los casos notificados 5.097 corresponden a casos nuevos y recaídas, y 118 casos previamente tratados (Ministerio de Salud Pública, 2018).

Julio Palomeque (2012) Epidemiólogo provincial expresó que en El Oro existe un promedio de 260 personas con tuberculosis, siendo Machala la ciudad donde se presentan más casos, seguida de Pasaje y Santa Rosa por el número de población y las características comerciales que van de la mano con migración.

Aclaró que la tuberculosis no es solo un problema de salud por poseer el microbio, sino que a esto se suman condiciones, problemas económicos, estilos de vida y carencia de servicios básicos que suman riesgos en el sistema de salud.

En base a la información tipificada en el presente proyecto de investigación se propone dar respuestas a la siguiente interrogante: ¿Cómo las condiciones de vida del paciente con tuberculosis influyen en la funcionalidad familiar?

### **c. Objetivos**

#### **Objetivo General**

Identificar las condiciones de vida y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en el centro de salud Venezuela mediante la aplicación de instrumentos de funcionalidad familiar en el periodo (julio-diciembre 2018).

#### **Objetivos específicos**

- caracterizar las condiciones de vida y funcionalidad familiar en los pacientes con tuberculosis.
- Establecer la relación entre las condiciones de vida de pacientes con tuberculosis y la funcionalidad familiar.

#### **d. Justificación**

Dentro del campo de estudio del profesional en enfermería, la tuberculosis es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. En 2016, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron por esta enfermedad (entre ellos, 0,4 millones de personas con VIH). Más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos.

Nuestro país presenta una tasa de prevalencia e incidencia importante de tuberculosis, en 2015 el estimado por la Organización Mundial de la Salud, para Ecuador fue de 8.400 casos nuevos de TB (51.6/100 mil habitantes), incluyendo aquellos con coinfección TB/VIH. Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud (SNS) que comprende la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Complementaria (RC) diagnosticó y notificó 5.215 casos (32.03/100 mil habitantes) cumpliendo el 62.08% de lo estimado. De los casos notificados 5.097 corresponden a casos nuevos y recaídas, y 118 casos previamente tratados. (Ministerio de Salud Pública, 2018).

Teniendo en cuenta que la mayor parte de pacientes es de sexo masculino, los usuarios acuden diariamente al Centro de Salud Venezuela recibiendo una buena atención por parte del personal de salud responsable del programa de tuberculosis, ingieren su medicación y reciben sus controles médicos y exámenes de laboratorio (Baciloscopias), mensuales.

El proyecto de investigación se enmarca dentro de las prioridades de investigación del MSP 2013-2017, en el área 2 VIH/TUBERCULOSIS, línea Tuberculosis y en la Sublíneas (Conocimientos, actitudes y prácticas en tuberculosis).

## **e. Marco teórico**

### **1. Condiciones de vida.**

#### **1.1 Calidad de vida en Ecuador.**

La encuesta Expat Insider Survey ubica a Ecuador en el Top 10 de países elegidos por extranjeros para radicarse en 2015. El país ocupa el primer lugar por encima de México, Malta, Singapur, Luxemburgo, Nueva Zelanda, Tailandia, Panamá, Canadá y Australia. Entre los aspectos para la nominación se destacan la convivencia, finanzas personales, facilidad de establecerse y bajo costo de vida. Aún con factores externos como la baja internacional en los precios del petróleo, el 80% de los extranjeros residentes en el país está muy feliz con su situación financiera y el 91% está satisfecho con el costo de vida, según la encuesta mencionada. Y es que existen grandes ventajas para vivir en Ecuador, como el nivel de vida y la calidad de los servicios públicos gratuitos. El país cuenta con la mejor red vial de toda América Latina, un muy buen servicio de salud a nivel público y los residentes extranjeros tienen la ventaja de establecerse en un país dolarizado, donde el costo de vida es menor a sus lugares de origen.

El país con mayor biodiversidad por m<sup>2</sup> en el planeta se llama Ecuador. En el país se pueden desayunar al pie del Pacífico; almorzar junto al Cayambe, un majestuoso glaciar en la Mitad del Mundo; ascender al volcán Chimborazo, el pico más alejado del centro de la tierra; y cenar en la selva amazónica. Todo en un solo día. Y si eso no fuera suficiente, al día siguiente, a una hora y media de vuelo desde la capital del país, Quito, o una hora desde Guayaquil, es posible visitar las islas Galápagos. En los últimos años, ciudades como Cuenca han logrado reconocimientos internacionales como el mejor lugar del mundo para retirados. De ahí que miles de jubilados extranjeros eligen cada vez más a Ecuador como su lugar para vivir. ROE

## **1.2. Mejor calidad de vida**

Según datos de la encuesta Expat Insider Survey de 2015, respecto a calidad de vida, Ecuador está por encima de países como Austria, Suiza, Portugal, España, Japón, República Checa y Alemania. Los extranjeros en Ecuador valoran las opciones de ocio disponibles, la asequibilidad de la atención médica, facilidad para viajar, seguridad e infraestructura de transporte. Asimismo, el estudio revela que el país es el primero en el mundo en ofrecer felicidad personal. Los residentes extranjeros están satisfechos con sus relaciones sociales, cuestión que no sorprende, debido a que la mayoría valora la satisfacción personal de los nacionales, que cuentan incluso con la Secretaría del Buen Vivir para garantizar su calidad de vida (Ecuador R. d., 2017)

## **2. Familia.**

### **2.1. Definición.**

La familia es un grupo de personas formado por individuos unidos, primordialmente, por relaciones de filiación o de pareja. El Diccionario de la Lengua Española la define, entre otras cosas, como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas, lo que lleva implícito los conceptos de parentesco y convivencia, aunque existen otros modos, como la adopción. Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que, en algunas sociedades, solo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia, y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.

No hay consenso sobre una definición universal de la familia. Es un concepto antropológico inferior al clan, la tribu y la nación; sociológico e incluso económico (unidad mínima de empresa). La familia nuclear, fundada en la unión entre hombre y mujer, es el modelo principal de familia como tal, y la estructura difundida mayormente en la actualidad; pero las formas de vida familiar son muy diversas, dependiendo de factores sociales, culturales, económicos y afectivos. La familia, como cualquier institución social, tiende a adaptarse al contexto de una sociedad (wikipedia, 2018).

## **2.2. Tipología familiar.**

El estudio de la tipología familiar implica hacer e identificar con que elementos está integrada (nuclear, extensa, etc). Se requiere ubicar el grado de desarrollo alcanzado por la familia dentro de su contexto económico (arcaica, tradicional y moderna), valorar el contexto demográfico de la familia (urbana, suburbana y rural), identificar su comportamiento antropológico (distribución del poder, jerarquía, roles y tipo de liderazgo: familia apartada y familia enredada), y encontrar la calidad y cantidad de sus interacciones en relación con la satisfacción de las necesidades de sus miembros (familia funcional satisfactoria, familia funcional insatisfactoria, familia disfuncional satisfactoria y familia disfuncional insatisfactoria).

Es posible encontrar diversas clasificaciones de la familia, las cuales principalmente se fundamentan en el tipo de cultura, el número de sus componentes, la dinámica familiar y de algunos otros elementos que pueden ser susceptibles de tomar en cuenta para su clasificación.

Podemos mencionar que cualquier estudioso de la familia puede crear "su propia clasificación", siempre y cuando quede claro el motivo de estudio y el carácter específico de la clasificación, así como el objeto de investigación.

**Según el desarrollo de la familia:**

- **Familia Moderna:** Tiene elementos de desarrollo que, de una y otra manera, nos plantean la idea de un esquema social al cual representa y que la podemos encontrar con frecuencia en niveles socioeconómicos altos. Se refiere a la familia en la que la madre trabaja en iguales condiciones que el padre o aquella sin figura paterna donde la madre trabaja para sostener la familia.
- **Familia Tradicional:** Representada por las familias de clase media y que son, las más numerosas. Tienen como rasgo fundamental la transmisión de modelos socioculturales como son las tradiciones familiares, los valores sociales y de vida que predeterminan la perpetuación de estas características a través del desarrollo de nuevas familias. Es aquella en la que el padre es el único proveedor de sustento para la familia y la madre se dedica al hogar y a los hijos.
- **Familia Arcaica o Primitiva:** También está predeterminada por factores socioculturales y demográficos, además de los elementos de identificación cultural; este tipo de familias cuenta con menos oportunidad de acceso a los niveles de satisfactores individuales (familias indígenas). Su prototipo es la familia campesina que se sostiene con los productos de la tierra que trabajan.

**Según la demografía de la familia:**

- **Familia Rural:** Habita en el campo y no cuenta con todos los servicios intradomiciliarios (agua potable, luz eléctrica, drenaje, etc).
- **Suburbana:** Tiene las características del medio rural pero está ubicada dentro de medio urbano.



- **Urbana:** Se encuentra en una población grande y cuenta con todos los servicios.

#### **Según la integración de la familia:**

- **Integrada:** Ambos conyugues viven en la misma casa y cumplen con sus funciones respectivas.
- **Semi integrada:** ambos conyugues viven en la misma casa pero no cumplen adecuadamente sus funciones.
- **Desintegrada:** Los conyugues se encuentran separados.

#### **Según la composición de la familia:**

- **Nuclear:** cuenta con esposo, esposa con o sin hijos.
- **Extensa:** conyugues e hijos que viven junto a otros familiares consanguíneos, por adopción o afinidad.
- **Extensa compuesta:** los anteriores que además conviven con otros sin nexo legal (amigos, compadres, etc).

#### **Según la ocupación de la familia:**

- Este tipo de familia se refiere a la ocupación del padre o del jefe de familia, puede definirse como campesina, obrera, comerciante, empleada, etc.

### **Según sus complicaciones:**

- **Interrumpida:** Aquella en la que la unión conyugal se disuelve ya sea por separación o divorcio.
- **Contraída:** Cuando fallece uno de los padres.
- **Reconstruida:** Se aplica a la familia en la que uno o ambos conyugues tuvo una pareja previa.

### **Según su funcionalidad:**

- **Familias Funcionales:** Son aquellas familias en las cuales se considera que cumplen todas las funciones además de permitir un mayor o menor desarrollo de sus integrantes.
- **Familia Disfuncional:** Son familias que en mayor o menor grado no actúan según lo que de ellas se espera en relación con las funciones que se le tienen asignadas (familiares, 2018)

## **3. Funcionalidad familiar.**

### **3.1. Definición.**

Una familia es mucho más que la suma de sus partes, y que los diferentes elementos que la componen, al interrelacionarse entre sí producen una organización psicosocial en constante cambio y crecimiento. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Esto significa que debe cumplir con las tareas encomendadas, que los hijos no presenten trastornos graves de conducta y que la pareja no esté en lucha constante. Principios fundamentales del funcionamiento familiar (SEGÚN FRAMO)

### 3.2. Criterios para funcionalidad familiar

- **Comunicación:** Clara, directa, específica y congruente.
- **Individualidad:** Autonomía respetada e indiferencias toleradas.
- **Toma de decisiones:** Buscar la solución más apropiada para cada problema.
- **Reacción a los eventos críticos:** Flexible para adaptarse a las demandas exigentes.

#### Principios fundamentales del funcionamiento familiar (SEGÚN FRAMO)

1. Que cada uno de los padres estén bien diferenciados y hayan desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de sus familias de origen para fundar un nuevo hogar.
2. Que exista una separación clara de los límites generacionales en la familia, es decir, que los padres se comporten como padres y los hijos como hijos.
3. Que sean realistas las percepciones y expectativas que los padres tengan de ellos mismos y de sus hijos.
4. Que sea mayor la lealtad a la familia de procreación que a la familia de origen.
5. Que lo más importante para cada esposo sea su pareja, y que los niños no sientan que al acercarse a uno de sus padres se separan del otro.
6. Que el desarrollo de la autonomía y de la identidad personal sea favorecida en todos los miembros de la familia. El desarrollo adecuado de los hijos significa que, a determinada edad, deberán abandonar su hogar para formar uno nuevo.
7. Que existan expresiones de cariño y afecto no posesivo entre padres, hijos y hermanos.
8. Que sean capaces de comunicarse en forma honesta y clara.
9. Que los padres tengan con sus propios padres y hermanos una relación de respeto y cuidado de tipo adulto.

**10.** Que la familia sea lo suficientemente abierta como para permitir que sus miembros se involucren con otras personas, tales como miembros de la familia extensa y amigos.

### **3.2.1. Homeostasis familiar**

Equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior. Una familia con una dinámica funcional mantiene un estado de equilibrio u homeostasis tal, que las fuerzas del grupo le permiten progresar de crisis en crisis, resolviéndolas de manera que se promueve el desarrollo de cada miembro hacia un mayor grado de madurez. (Jackson).

### **3.2.2. Familia funcional**

Son familias cuyas relaciones e interacciones hacen que su eficacia sea aceptable y armónica. Las familias que son funcionales son familias donde los roles de todos los miembros están establecidos sin que existan puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial y asumida, por ninguno de los miembros; y donde todos laboran, trabajan y contribuyen igualmente con entusiasmo por el bienestar colectivo. Satisfacción familiar. La satisfacción, definida normalmente como el componente cognitivo del bienestar subjetivo, resume la calidad de vida de un individuo. La Satisfacción Familiar se correlaciona positivamente con el Sentido de la Vida del ser humano y el bienestar psicológico. La Satisfacción Familiar es un juicio valorativo de distintos aspectos de la vida, en el que los sentimientos que se despiertan en el sujeto encuentran su origen en las interacciones (verbales y/o físicas) que se producen entre éste y los demás miembros de la familia; de este modo puede apreciarse la relación entre la Satisfacción Familiar y la Satisfacción Vital.

### 3.2.3. Familia disfuncional

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía. Eventos críticos familiares Crisis: Cualquier evento traumático, personal o interpersonal, dentro o fuera de la familia, que conduce a un estado de alteración y que requiere una respuesta adaptativa de la misma.

### 3.2.4. Sano funcionamiento

reconocer las crisis. Existen dos tipos de crisis, las normativas y las paranormativas.

- **Normativas:** Son situaciones planeadas, esperadas o que forman parte de la evolución de la vida familiar. Son cambios obligados.
- **Paranormativas:** Son experiencias adversas o inesperadas, impredecibles para la familia. Las que ocurren dentro de la familia ocasionan mayor disfunción que cualquier otro evento (familiar, 2018)

## 3.3. Definición de Tuberculosis

La tuberculosis es causada por *Mycobacterium tuberculosis*, una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. Se trata de una afección curable y que se puede prevenir.

Se calcula que una cuarta parte de la población mundial tiene tuberculosis latente, término este aplicado a las personas infectadas por el bacilo pero que aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección.

Las personas infectadas con el bacilo tuberculoso tienen un riesgo a lo largo de la vida de enfermar de tuberculosis de un 5-15%. En cambio, las personas inmunodeprimidas, por ejemplo, las que padecen VIH, desnutrición o diabetes, y los consumidores de tabaco corren un riesgo mucho mayor de enfermar.

Cuando alguien desarrolla tuberculosis activa, los síntomas (tos, fiebre, sudores nocturnos, pérdida de peso, etc.) pueden ser leves durante muchos meses. Esto puede hacer que la persona afectada tarde en buscar atención médica, con el consiguiente riesgo de que la bacteria se transmita a otros sujetos. Una persona con tuberculosis activa puede infectar a lo largo de un año a entre 10 y 15 personas por contacto directo. Sin no se proporciona un tratamiento adecuado, morirán sobre el 45% de las personas VIH-negativas con tuberculosis y la práctica totalidad de las personas con coinfección tuberculosis/VIH (Organización Mundial de la Salud, 2018).

### **3.4. Etiología.**

Es una infección bacteriana contagiosa que compromete los pulmones y que se puede propagarse a otros órganos.

Es causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*). La tuberculosis pulmonar (TB) es contagiosa. Esto quiere decir que la bacteria puede propagarse fácilmente de una persona infectada a otra no infectada. Se puede adquirir por la inhalación de gotitas de agua provenientes de la tos o el estornudo de una persona infectada. La infección pulmonar resultante se denomina TB primaria.

La mayoría de las personas se recupera de la infección de TB primaria sin manifestación mayor de la enfermedad. La infección puede permanecer inactiva (latente) por años. En algunas personas, se activa de nuevo (reactivación).

La mayoría de las personas que presentan síntomas de una infección de TB resultaron primero infectadas en el pasado. En algunos casos, la enfermedad puede reactivarse en cuestión de semanas después de la infección primaria.

**Las siguientes personas están en mayor riesgo de TB activa o reactivación de TB:**

- Las personas mayores.
- Los bebés.
- Las personas con sistemas inmunitarios debilitados, por ejemplo, debido a VIH/sida, quimioterapia, diabetes o medicamentos que debilitan el sistema inmunitario.

**El riesgo de contraer TB aumenta si usted:**

- Está entorno a personas que padecen TB
- Vive en condiciones de vida insalubres o de hacinamiento
- Padece desnutrición

**Los siguientes factores pueden incrementar la tasa de infección tuberculosa en una población:**

- Aumento de las infecciones por VIH.
- Aumento del número de personas sin hogar (ambiente de pobreza y desnutrición).
- Cepas de TB resistentes a los medicamentos.

(U.S. Department of Health and Human Services, 2018)

### **3.5.Transmisión.**

La infección 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 (Organización Mundial de la Salud, 2018).

### **3.6.Signos y síntomas.**

Los síntomas de la enfermedad de tuberculosis dependen del área del cuerpo donde se estén multiplicando las bacterias de la tuberculosis. Por lo general, las bacterias de la tuberculosis se multiplican en los pulmones (tuberculosis pulmonar). La enfermedad de tuberculosis en los pulmones puede causar síntomas como los siguientes: anorexia, cansancio y pérdida de peso, que aparecen gradualmente a lo largo de varias semanas, o pueden aparecer síntomas más específicos. La tos es muy frecuente. Al principio, la tos puede ser poco productiva con esputo amarillo o verde, en general al levantarse a la mañana, pero puede tornarse más productiva a medida que la enfermedad avanza. La hemoptisis sólo aparece en presencia de TB cavitaria (debido al daño granulomatoso de los vasos, o a veces a la proliferación de hongos en una cavidad). Con frecuencia, aunque no siempre, los pacientes presentan fiebre. La sudoración nocturna profusa es un síntoma clásico, pero no es frecuente ni específica de TB. El paciente puede presentar disnea debido a la lesión del parénquima pulmonar, el desarrollo de un neumotórax espontáneo o de TBC pleural con derrame.

Cuando el paciente muestra coinfección con HIV, la presentación clínica suele ser atípica debido al compromiso de la hipersensibilidad retardada; los pacientes tienen más probabilidades de presentar síntomas de enfermedad Extra pulmonar o generalizada (ManualMSD, 2018)



### **3.7. Programa para el control de la tuberculosis en Ecuador.**

En el año 2001 el Ministerio de Salud Pública del Ecuador comenzó la implementación de la estrategia “Tratamiento Acortado Directamente Supervisado” (DOTS) por sus siglas en inglés. Por la complejidad de esta estrategia su implementación se dividió en tres fases:

La primera, con ejecución en tres provincias del país: Guayas, Pichincha y Azuay. La segunda fase se dio en el año 2004 con la expansión a tres provincias más: El Oro, Manabí y Tungurahua con el apoyo técnico y financiero de la Asociación Canadiense del Pulmón.

En el 2006, con el Proyecto “Expansión de la estrategia DOTS en Ecuador” se inició la tercera fase. Esta fase fue financiada por el Fondo Mundial de la lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria, se expandió al resto de establecimientos de salud del MSP.

A pesar de los esfuerzos, la implementación de la estrategia DOTS no era suficiente para el control de la Tuberculosis, pues otros factores como la pandemia de infección por VIH, el aumento de las poblaciones en riesgo dado por el crecimiento demográfico, la migración a sitios de elevada endemia y el incremento de la Tuberculosis Drogo Resistente conllevaron a la formulación a nivel mundial de una nueva estrategia denominada “Alto a la Tuberculosis”.

Esta nueva estrategia tiene como finalidad reducir marcadamente la carga mundial de tuberculosis al 2015, en consonancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y con la cual inmediatamente se alineó el Ecuador a partir del 2007.

En el año 2008 se elaboró el “Plan Estratégico del Programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis” lo que permite que un año más tarde, mediante acuerdo Ministerial, el MSP apruebe, publique y difunda a nivel Nacional la Tercera Edición del Manual de Normas

para el Control de la Tuberculosis; para que sea aplicado obligatoriamente en todas la Unidades Operativas del sector Salud tanto públicas como privadas.

### **3.8. Detección de casos**

“El objetivo principal es identificar precozmente a los enfermos con tuberculosis pulmonar BK + (forma contagiante), mediante la búsqueda permanente y sistemática de los sintomáticos respiratorios”.

Con lo que se busca:

- Cortar la cadena de transmisión de la enfermedad.
- Aliviar el sufrimiento humano.
- Prevenir la muerte de los enfermos.

Sintomático respiratorio (SR) es toda persona que presenta tos y flema por más de 15 días. La detección de SR deberá realizarse en forma permanente en todos los establecimientos de salud durante TODO el horario de atención, dando prioridad a los mayores de 15 años y acompañantes que acuden por cualquier causa a los servicios

La identificación de SR fuera del establecimiento se realizará en actividades de salud, donde además participarán los agentes comunitarios capacitados en DOTS. Para la búsqueda de casos en poblaciones cerradas, en la medida de las posibilidades del Programa, se aplicará el screening radiológico.

Una vez detectado el SR se deben seguir los pasos del protocolo asignado en el Manual de Normas y proceder a la toma inmediata de la primera muestra.

Se recibe la primera muestra y se entrega al paciente otro envase rotulado (con su nombre, apellidos, fecha y número de muestra) para la recolección de una segunda muestra que debe ser recogida la mañana del día siguiente, en el domicilio del paciente.

Se debe obtener las dos muestras de esputo en 24 horas, siendo una de ellas de recolección matutina (respiratorias, 2007).

#### **4. Diagnóstico de la enfermedad.**

Criterio Clínico: Tos con expectoración por más de 15 días (SR) con o sin hemoptisis. Síntomas generales: fiebre, sudoración nocturna, pérdida de apetito, pérdida de peso, dolor torácico y astenia. En TB extrapulmonar síntomas y signos específicos por daño en órganos diana.

##### **Se recomienda realizar:**

- Baciloscopia, cultivo.
- PCR en tiempo real, esta herramienta diagnóstica será aplicada a toda persona con sintomatología sugestiva de TB\*.

Se recomienda el diagnóstico con PCR tiempo real para detectar *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) y resistencia a rifampicina (R), adicionalmente se debe solicitar la prueba de Nitrato Reductasa para determinar la resistencia a isoniacida (H).

En el país actualmente no se cuenta con pruebas rápidas para la detección de resistencia a Fluoroquinolonas e inyectables de segunda línea. Por lo tanto, se sugiere realizar la implementación de Genotype MTBDRsl, recomendado por la OMS, como apoyo al diagnóstico y elección del tratamiento de TBMDR. Y cuando esta prueba esté disponible, se le debería realizar a todos los pacientes con TB-RR o TB-MDR (MSP, 2018).

## **4.2. Baciloscopia.**

Para que el laboratorio pueda obtener resultados confiables no sólo es necesario que ejecute las técnicas correctamente. También necesita recibir una buena muestra, entendiéndose por tal la que proviene del sitio de la lesión que se investiga, obtenida en cantidad suficiente, colocada en un envase adecuado, bien identificada, conservada y transportada.

Como la eliminación de los bacilos por el esputo no es constante, es conveniente analizar más de una muestra de cada SR para el diagnóstico de la tuberculosis.

La primera muestra puede detectar aproximadamente el 80% de los casos positivos, la segunda agrega un 15% y la tercera un 5% más.

La primera muestra debe ser tomada en el momento de la consulta (muestra inmediata), cuando el médico u otro personal del equipo identifica que un consultante al servicio de salud es SR (es decir con tos persistente durante 2-3 semanas) La segunda muestra la debe recolectar el paciente en su casa por la mañana al despertar (muestra matinal).

La tercera muestra, cuando sea requerida, puede ser tomada en el servicio de salud, cuando el paciente concurre a entregar la segunda.

También puede ser recolectada por el paciente al despertar en su casa. La obtención de la muestra en el momento de la consulta inicial asegura que se pueda realizar al menos una baciloscopia del SR. Sin embargo, es más probable que se eliminen bacilos en las muestras matinales, por lo que deben hacerse los mayores esfuerzos para que la persona regrese con otra(s) muestra(s) (OPS, 2014).

### 4.3. Cultivo.

Los productos para cultivo pueden dividirse en dos grupos: 1) Los que provienen de territorios estériles (LCR, líquido pleural, ganglios...) y 2) Los que proceden o atraviesan territorios con flora comensal, que precisan descontaminación. Hay que tener en cuenta que 1) El cultivo y aislamiento de MT da el diagnóstico de certeza.

Es la técnica más rentable y sensible, sobre todo en las formas pau-cilicadas, en las que las baciloscopias pueden ser negativas. 2) Se precisa aislamiento previo en cultivo para posterior identificación de la especie. 3) La negativización de los cultivos es indicador de curación.

Se disponen de distintos medios de cultivo: sólidos, líquidos radiométricos, líquidos no radiométricos y bifásicos.

Los medios sólidos son de más lento crecimiento, como el medio clásico de Lowenstein-Jensen, que precisa 8 semanas de incubación. Los medios líquidos son más rápidos. Es recomendable cuantificar el número de colonias obtenidas por cultivo.

Métodos de cultivo radiométricos (BACTEC12B): Detectan automáticamente el crecimiento micro-bacteriano midiendo la cantidad de CO<sub>2</sub> producida por la metabolización de sustratos marcados con C<sup>14</sup>. En relación a los medios convencionales de cultivo estos métodos son más rápidos (15-20 días en la detección del crecimiento) y más sensibles. Requieren manejar sustancias radioactivas. Se están utilizando técnicas de fluorimetría que permiten obviar el inconveniente de trabajar con sustancias radioactivas.

Existen también métodos bifásicos (fase sólida y fase líquida) no radiométricos, más sensibles, aunque algo más lentos que el sistema BACTEC. Por último, se dispone de técnicas de

hemocultivo para micobacterias de gran utilidad en pacien-491Tuberculosis. Diagnóstico y tratamiento.

Las técnicas más eficaces son la de lisis-centrifugación y técnicas radiométricas. Su uso está indicado en pacientes VIH severamente inmunodeprimidos y en el estudio de fiebre de origen desconocido. Actualmente la utilización combinada de un medio sólido y un medio líquido se considera una mayor sensibilidad y rapidez.

La identificación de las cepas de M. Tuberculosis puede realizarse mediante pruebas bioquímicas sencillas. Se dispone también de técnicas por cromatografía y sondas genéticas que permiten diferenciar las distintas especies de micobacterias (J. Calvo Bonachera, 2016).

## **5. Tuberculosis.**

### **5.2.Epidemiología.**

Como parte del plan para 2015, se trabaja en la actualización de la Norma Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis; la guía de Práctica Clínica para Manejo Clínico de Tuberculosis (en todas las formas); y elaboración de planes de control de infecciones en establecimientos de salud que atienden casos.

La tasa de mortalidad en el Ecuador ha ido disminuyendo progresivamente desde el año 2005, en que fue de 5,88 por 100 mil habitantes, hasta los 2,43 reportados en 2013; la meta a 2015 es alcanzar una tasa de mortalidad de 2 por cada 100 mil habitantes.

En el año 2012, Ecuador reportó 5.108 casos nuevos de tuberculosis y el éxito de tratamiento fue de 78,24%; en 2013, reportó 4.976 casos y el éxito del tratamiento para los casos nuevos fue del 81,90%. En el 2014 hubo 4.897 casos nuevos de TB que actualmente se encuentran en tratamiento bajo DOTS (tratamiento acortado directamente observado, por sus siglas en inglés),

estrategia adoptada por el MSP desde el año 2001 con el objetivo de garantizar la curación del afectado por tuberculosis.

En 2014, un total de 103 profesionales de 285 establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud fueron capacitados en la estrategia DOTS. El objetivo es implementar la estrategia en todo el Sistema Nacional de Salud hasta 2017.

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa que afecta principalmente los pulmones (tuberculosis pulmonar). También pueden verse afectadas otras partes del cuerpo, por ejemplo, los ganglios linfáticos, los riñones, los huesos, etc. La tuberculosis puede afectar a personas de cualquier edad.

La tuberculosis se contagia a través del aire, cuando una persona afectada con tuberculosis pulmonar tose, habla o estornuda. Para que la infección ocurra es necesario que se produzca una exposición prolongada a un enfermo con tuberculosis sin tratamiento.

### **5.3.Tratamiento de tuberculosis.**

El esquema de tratamiento no está basado en la localización de la enfermedad (pulmonar o extrapulmonar). Para la asignación del esquema se debe consultar y registrar el historial farmacológico y tiempo del tratamiento previo si fuera el caso.

Los esquemas de tratamiento se dividen en dos grupos TB sensible y TB resistente y deben ser administrados de acuerdo al peso corporal del paciente. Adicionalmente debe ser directamente observado en el 100% de los casos y dosis. (Ecuador M. d., 2018)

Esquema de tratamiento	Duración	Tipo de Caso TB sensible
2HRZE/4HR	6 meses	Nuevo, sin evidencia de presentar TB resistente.
HRZE	9 meses	Pérdida en el seguimiento recuperado, recaídas o fracasos, con sensibilidad confirmada a rifampicina

Medicamentos	Dosis diarias	
	Dosis en mg/kg de peso	Máximo (mg)
Isoniacida*	5 (5-15)	300
Rifampicina*	10 (10-20)	600
Pirazinamida	25 (20-30)	2000
Etambutol	15 (15-20)	1200

#### 5.4. Tratamiento para casos nuevos con TB pulmonar y extrapulmonar sensible.

En los casos nuevos que a través de PSD presentan sensibilidad comprobada por lo menos a R y/o H se recomienda el esquema 2HRZE/4HR.

##### Estos incluyen:

4. Casos TB pulmonar bacteriológicamente positiva.
5. Casos TB pulmonar por diagnóstico clínico.
6. Casos TB extrapulmonar; excepto del sistema nervioso central (SNC) y osteoarticular.

Este esquema también se debe aplicar a todos los casos nuevos que no tengan factores de riesgo para TB resistente, siempre en espera de los resultados de la PSD.



El presente esquema se divide en dos fases: primera o fase inicial de 50 dosis HRZE (2 meses), seguida de una segunda o fase de consolidación de 100 dosis HR (4 meses). Los medicamentos en ambas fases se administrarán en forma diaria (5 días por semana en casos ambulatorios y 7 días a la semana en hospitalización y PPL). Para el cálculo de los fármacos se tomarán en cuenta 25 tomas por mes (Ecuador M. d., 2018)

#### **5.4.1. Tratamiento para casos con Tb resistente**

El Ecuador adopta las directrices de OMS (2016) para la administración del esquema acortado con una duración de 9-12 meses, para el tratamiento de casos de tuberculosis resistente a rifampicina (TB-RR) o tuberculosis multidrogoresistente (TB-MDR). **4-6\* Km (Am) - Mfx altas dosis -Eto-H altas dosis Cfz-Z-E/5 Mfx-Cfz-Z-E**

##### **Este esquema consta de dos fases:**

**Fase intensiva:** Consiste en Kanamicina (Km) – Moxifloxacina (MFX) en altas dosis – Etionamida (Eto) – Isoniacida (H) en altas dosis – Clofazimina (Cfz) – Prirazinamida (Z) – Etambutol (E). La administración se realizará en forma diaria por cuatro meses.

La fase intensiva se prolongará hasta los 6 meses en aquellos casos en que la baciloscopia siga positiva al final del cuarto mes. Si al final del sexto mes la baciloscopia sigue positiva, se considerará el fracaso del esquema y se diseñará un esquema individualizado con medicamentos de segunda línea.

**Fase de continuación:** Consiste en Moxifloxacina (MFX) – Clofazimina (Cfz) – Etambutol (E) – Prirazinamida (Z). La administración se realizará en forma diaria por cinco meses.

## **f) Materiales y Métodos**

### **6. Tipo de estudio**

La presente investigación “Condiciones de vida y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en el centro de salud Venezuela”, fue un estudio Descriptivo de corte Transversal.

Esta investigación es de diseño documental y de campo, se apoyó en fuentes de carácter documental debido al proceso de recopilación de datos para tener información de la realidad auténtica de la problemática que se investigó, y para el desarrollo de la investigación se requirió de información que proviene de la encuesta aplicada a la población a estudiar.

### **7. Área de estudio**

Es el Centro de Salud Venezuela de la ciudad de Machala que se encuentra ubicado en las calles callejón peatonal F oeste y callejón peatonal E sur, con una superficie total de 440mts<sup>2</sup>.

### **8. Universo**

La Investigación se realizó con 30 pacientes con tuberculosis pulmonar confirmado y en tratamiento en el centro de salud Venezuela.

#### **8.2.Criterios de inclusión**

Ser paciente diagnosticado con tuberculosis pulmonar y en tratamiento de 15 a 80 años de edad y registrados en la base de datos del centro de salud Venezuela y de manera libre y voluntaria acepte ser parte del estudio.

#### **8.3.Criterios de exclusión**

Pacientes transferidos a otras unidades de salud o centros de mayor complejidad, tener alguna discapacidad física o mental que no le admita responder el cuestionario.

## **9. Procedimiento**

### **9.2.Técnica de recolección de datos**

Para la obtención de la información requerida en el estudio se utilizó una encuesta validada y semiestructurada, en relación a la temática. La utilización de esta herramienta permitió alcanzar los objetivos planteados en la investigación de calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis.

### **9.3.Cuestionario SF – 12V2 de calidad de vida y sus dimensiones.**

Cuestionario SF-12 que corresponde a calidad de vida relacionada con la salud. Compuesto por doce ítems, cuya finalidad es otorgar un instrumento de fácil aplicación para evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional de las personas mayores de 14 años, definiendo un estado positivo y negativo de la salud física y mental, por medio de ocho dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, salud general, vitalidad, función social y rol emocional).

Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert, que evalúan intensidad y/o frecuencia del estado de salud de las personas (Chile, 2014).

### **9.4.Percepción de la funcionalidad familiar a través del test FFSIL.**

El funcionamiento familiar es considerado como la dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de 7 categorías.

#### **Tipo de Familia**

- **Familia Funcional:** Una familia funcional o moderadamente funcional, se caracterizan por ser cohesionadas con una unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas, armónica con

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

**10. Familia disfuncional:** Es un espacio donde no se valora al otro, se apoyó no se cumplen con los roles correspondientes a cada miembro de la familia, no se delegan responsabilidades, lo cual afecta directamente a los integrantes del grupo familiar, ya que puedo generar rasgos de personalidad desequilibrados que les afectarán en todos los ámbitos de la vida (Alarcon, 2015)

### 10.2. Categorías que evalúa el test FFSIL.

Este instrumento consiste en 14 situaciones que pueden ocurrir o no a una determinada familia. Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos:

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1
<b>Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL</b>	
<b>Funcional</b>	<b>De 70 a 57 puntos</b>
<b>Moderadamente funcional</b>	<b>De 56 a 43 puntos</b>
<b>Disfuncional</b>	<b>De 42 a 28 puntos</b>
<b>Severamente disfuncional</b>	<b>De 27 a 14 puntos</b>

### 10.3. Sistematización, tabulación y análisis de la información.

Una vez que se finalizó el período de recolección de la información, se procedió a crear una base de datos en Excel que permitió dar validez y confiabilidad a los instrumentos y cumpliendo lo propuesto en los objetivos.

#### **10.4. Análisis de datos**

Los resultados se presentaron a través de tablas utilizando Microsoft Office Excel con su respectivo análisis.



## h) Presupuesto

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	COSTO UNITARIO (USD)	COSTO TOTAL (USD)	FUENTES DE AUTOGESTION	FUENTES DE FINANCIAMIENTO
<b>COSTOS DIRECTOS</b>						
<b>ELABORACIÓN DE PROYECTO</b>	1,00	GLOBAL	50,00	50,00	Tesista	Recursos propios
<b>PRESENTACIÓN Y APROBACION DE PROYECTO</b>	1,00	USD	20,00	20,00	Tesista	Recursos propios
<b>RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN SECUNDARIA EX SITU</b>	1,00	GLOBAL	50,00	50,00	Tesista	Recursos propios
<b>RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN SECUNDARIA IN SITU</b>	1,00	GLOBAL	50,00	50,00	Tesista Involucrados en el proceso	Recursos propios
<b>RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN PRIMARIA</b>	1,00	GLOBAL	100,00	100,00	Tesista Involucrados en el proceso	Recursos propios
<b>SISTEMATIZACIÓN, TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	1,00	GLOBAL	30,00	30,00	Tesista, Asesores Académicos	Recursos propios
<b>ELABORACION DE DOCUMENTO TESIS</b>	1,00	GLOBAL	200,00	200,00	Tesista	Recursos propios
<b>PRESENTACIÓN , REVISIÓN Y APROBACIÓN DE TESIS</b>	1,00	Documentos	40,00	40,00	Tesista	Recursos propios
<b>DEFENSA PRIVADA Y PUBLICA DE TESIS</b>	1,00	GLOBAL	60,00	60,00	Tesista	Recursos propios

<b>MATERIALES DE OFICINA</b>	1,00	Resmas de Papel, Esferos, Lapices, Borradores, etc	50,00	50,00	Tesista	Recursos propios
<b>MATERIAL PARA APLICAR ENCUESTAS</b>	1,00	Copias, Tablas para encuestar, Esferos, Lapices, Borradores	100,00	100,00	Tesista	Recursos propios
<b>ASESOR PRINCIPAL DE TESIS</b>	1,00	USD	100,00	100,00	Facultad de la Salud Humana Carrera de Enfermería	Carrera de Enfermería
<b>ASESOR EXTERNO</b>	1,00	USD	200,00	200,00	Facultad de la Salud Humana Carrera de Enfermería	Recursos propios
<b>TOTAL COSTOS DIRECTOS</b>				1050,00		
<b>COSTOS INDIRECTOS</b>						
<b>MOVILIZACIÓN</b>	5,00	VIAJES	10,00	50,00	Tesista	Recursos propios
<b>ALIMENTACION Y HOSPEDAJE</b>	10,00	VIAJES	5,00	50,00	Tesista e involucrados en la investigación	Recursos propios
<b>INTERNET</b>	3,00	MENSUAL	20,00	60,00	Tesista e involucrados en la investigación	Recursos propios
<b>IMPRESIÓN DOCUMENTOS FINALES</b>	1,00	GLOBAL	100,00	100,00	Tesista	Recursos propios
<b>TOTAL COSTOS DIRECTOS</b>				260,00		
<b>TOTAL COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS</b>				1310,00		
<b>IMPREVISTOS (3%)</b>				39,30		
<b>TOTAL</b>				1349,30		



### g. Bibliografía

Alarcon, D. (9 de febrero de 2015). Obtenido de <http://danalarcon.com/plantilla-cuestionario-de-funcionamiento-familiar-ff-sil-para-trabajo-social/>

Chile, R. M. (2014). *Scielo*. Obtenido de Scielo: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n10/art07.pdf>

Ecuador, M. d. (marzo de 2018). *Prevencion, diagnostico, tratamiento y control de la tuberculosis*. Obtenido de <http://salud.gob.ec>

Ecuador, R. d. (17 de marzo de 2017). Obtenido de <http://www.republicaoportunidades.com/es/oportunidades/347-ecuador,-pa%C3%ADs-con-mayor-calidad-de-vida>

enfermedades, c. p. (24 de julio de 2015). Obtenido de [https://www.cdc.gov/tb/esp/worldtbdays/history\\_es.htm](https://www.cdc.gov/tb/esp/worldtbdays/history_es.htm)

familiar, m. (febrero de 2018). *medicina familiar*. Obtenido de [medicinafamiliarmazatlan.blogspot.com/12/funcionalidad-familiar.html](http://medicinafamiliarmazatlan.blogspot.com/12/funcionalidad-familiar.html)

familiares, M. (agosto de 2018). *Medicos Familiares*. Obtenido de <http://www.medicosfamiliares.com/familia/clasificacion-o-tipologia-de-la-familia.html>

Gonzalez, R. (2013). *Calidad de vida relacionada con la salud y trabajo en pacientes con tuberculosis en Guadalajara, (México)*. Guadalajara: scielo.

J. Calvo Bonachera, M. B. (2016). Obtenido de <https://www.neumosur.net/files/EB03-43%20TBC%20dco%20tto.pdf>

ManualMSD. (11 de agosto de 2018). *ManualMSD*. Obtenido de [https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/enfermedades-infecciosas/micobacterias/tuberculosis-tbc#v1010739\\_es](https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/enfermedades-infecciosas/micobacterias/tuberculosis-tbc#v1010739_es)

*Ministerio de Salud Publica*. (marzo de 2018). Obtenido de [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP\\_Tuberculosis-1.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP_Tuberculosis-1.pdf)

MSP. (marzo de 2018). *GUIA DE PRACTICA CLINICA TUBERCULOSIS*. Obtenido de [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP\\_Tuberculosis-1.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP_Tuberculosis-1.pdf)

*Naciones Unidas*. (23 de marzo de 2018). Obtenido de <https://news.un.org/es/story/2018/03/1429761>

OMS. (2018). *Tuberculosis*. GINEBRA: ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.

OPS. (15 de junio de 2014). *Manual para el diagnostico bacteriologico de la tuberculosis*. Obtenido de <http://files.sld.cu/tuberculosis/files/2009/12/tb-labs-baciloscopia1.pdf>

*Organizacion Mundial de la Salud*. (22 de marzo de 2017). Obtenido de <http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/>

*Organización Mundial de la Salud*. (16 de febrero de 2018). Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

Questionpro. (enero de 2019). *Questionpro*. Obtenido de <https://www.questionpro.com/es/>

respiratorias, U. I. (febrero de 2007). *Unión Internacional contra la Tuberculosis y enfermedades respiratorias*. Obtenido de [http://www.care.org.ec/wp-content/uploads/biblioteca\\_virtual/tuberculosis/DOTS-Comunitario-en-Ecuador-Proyecto-TB-20071.pdf](http://www.care.org.ec/wp-content/uploads/biblioteca_virtual/tuberculosis/DOTS-Comunitario-en-Ecuador-Proyecto-TB-20071.pdf)

Robles, J. (2016). *Funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis pulmonar en áreas urbanas de Los Olivos - Lima*. Lima: Scielo.

U.S. Department of Health and Human Services. (14 de agosto de 2018). *Medlineplus*. Obtenido de Medlineplus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000077.htm>

wikipedia. (14 de agosto de 2018). *wikipedia*. Obtenido de <https://es.wikipedia.org/wiki/Familia>