



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Funcionamiento Familiar en pacientes de 20 – 59 años con tuberculosis en el Centro de  
Salud Hijos del Almirante Grau – Ventanilla 2019

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE**

Licenciada en Enfermería

**AUTORA:**

Br. Quintanilla Huasacca, Jannet (ORCID: 0000-0001-7718-8927)

**ASESORA:**

Mg. Rivero Álvarez Rosario Paulina (ORCID: 0000-0002-9804-7047)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Políticas y Gestión en salud

LIMA – PERÚ

2019

## **Dedicatoria**

A mi esposo por su apoyo incondicional en los buenos y malos momentos, por la paciencia y la dedicación

A mis hijos por ser comprensibles en el desarrollo de mi vida como profesional, por haber sido parte de mi vida, ayudarme a madurar y a salir adelante, mi motor y motivo en quehacer diario

A mi padre y hermana quienes fueron un apoyo en el cuidado de mis hijos

## **Agradecimiento**

Agradezco en el desarrollo de esta investigación:

### **A la Mg. Rivero Álvarez, Rosario:**

Aquella mujer que fue la que me asesoró durante el desarrollo del proyecto y la tesis, exigiéndome a la superación de mis metas y logros, quien se desveló para la corrección de mi tesis, orientándome al camino profesional que corresponde y la solución de errores en la investigación.

### **A la Mg. Becerra Medina Lucy Tani:**

Teorista de investigación, quien me instruyó en la metodología de investigación basada en las teoristas de enfermería para poder sustentar adecuadamente mi estudio

## Página del jurado



DIRECCION DE INVESTIGACION

### ACTA DE SUSTENTACION

El Jurado encargado de evaluar el trabajo de Investigación, PRESENTADO EN LA MODALIDAD DE DESARROLLO DE PROYECTO DE INVESTIGACION

Presentado por Don (a)

Janet Quintanilla Huasacca

Cuyo Título es: *Funcionalidad funcional en pacientes de 20-59 años con tuberculosis en el Centro de salud Nipo del Almirante Grau - Ventanilla - 2019*

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por el estudiante, otorgándole el calificativo de: *4* (numero) *Distrae* (letras).

Lima ~~20~~ de noviembre de 2019

Harold  
PRESIDENTE



[Signature]  
SECRETARIO

[Signature]  
VOCAL

## Declaratoria de autenticidad

Yo, Quintanilla Huasacca, Jannet con documento de identidad N° 15451215, a efecto de acatar las disposiciones vigentes consideradas bajo el reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela académico profesional de Enfermería, declaro bajo juramento que la documentación presentada en la investigación es auténtica y veraz.

De igual modo, declaro bajo juramento que los datos y la información presentada en el estudio de investigación son auténticos en su totalidad.

En tal sentido de la palabra, asumo toda la responsabilidad que corresponda ante alguna falacia, omisión u ocultamiento en la presentación de este documento como de la información presentada, por lo que me someto a lo que disponga las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Lima 17 del 2019



---

Quintanilla Huasacca, Jannet

DNI: 15451215

## Presentación

A los Señores Miembros del Jurado de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad César Vallejo – Filial Lima Norte, presento la Tesis titulada: **Funcionamiento Familiar en pacientes de 20 – 59 años con tuberculosis en el Centro de Salud Hijos del Almirante Grau – Ventanilla 2019**, en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para optar la licenciatura de enfermería.

El presente estudio está estructurado en siete capítulos. En el primero se expone la realidad problemática del tema de investigación, trabajos previos internacionales y nacionales, teorías relacionadas con el tema, la formulación del problema, justificación del estudio y los objetivos planteados en base al instrumento usado. En el segundo capítulo se expone el diseño de la investigación, las variables y la Operacionalización, la población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, así como la validez y confiabilidad, el método de análisis de los datos obtenidos y los aspectos éticos aplicados en la investigación. Con el tercer capítulo se expone los resultados descriptivos y el cuarto capítulo está dedicado a la discusión de los resultados. El quinto capítulo menciona las conclusiones de la investigación realizada, en el sexto se fundamentan las recomendaciones y en el séptimo capítulo se enuncian las referencias bibliográficas. Finalmente se presentan los Anexos que dan consistencia a los enunciados de los capítulos previamente expuestos.

Por lo expuesto Señores Miembros del Jurado, recibiré con beneplácito vuestros aportes y sugerencias, a la vez deseo sirva de aporte a quien desee continuar con la investigación del desarrollo del tema.

Atentamente,

La autora

## Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Declaratoria de autenticidad	iii
Página del jurado	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	ix
Abstract	x
I.Introducción	1
II.Método	14
2.1. Tipo y diseño de investigación	14
2.2. Operacionalización de variables	15
2.3. Población, muestra y muestreo	16
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	16
2.5. Procedimiento	18
2.6. Métodos de análisis de datos	18
2.7. Aspectos éticos	18
III.Resultados	20
IV.Discusión	23
V.Conclusiones	26
VI.Recomendaciones	27
Referencias	28
Anexos	33
Anexo 1. Matriz de consistencia	33
Anexo 2. Instrumento	34
Anexo 3. Análisis de fiabilidad	35

Anexo 4. Tablas	38
Anexo. 5 Modelo de Olson - Circumplejo del funcionamiento familiar	39
Anexo 6. Turnitin	40
Anexo 7. Recibo digital	41
Anexo 8. Autorización de publicación de tesis en repositorio institucional UCV	42
Anexo 9. Acta de aprobación de originalidad de tesis	43
Anexo 10. Versión final del trabajo de investigación	44

## Resumen

La tasa de incidencia y prevalencia de pacientes con diagnóstico de TBC es de 10.4 millones de casos al año a nivel mundial, siendo una de las diez causas de muertes en todo el mundo por la morbi – mortabilidad que produce. La preocupación social por contagiarse de TBC incrementa el porcentaje de rechazo o aislamiento a la persona con TBC, esta percepción del trato está asociado a los niveles de conocimiento sobre mecanismos de prevención y contagio de la enfermedad. La funcionalidad familiar puede tornarse negativo para el miembro de la familia afectado, pues se requiere de un apoyo socio – emocional constante y perpetuo que facilite el confort durante el tratamiento de la enfermedad, el esquema familiar puede estar modificado según la influencia del contexto donde se desarrolle limitando o facilitando el desarrollo de nuevas aptitudes y actitudes que permitan sobrellevar la situación problemática que está pasando el paciente con TBC.<sup>1</sup> El estudio tuvo como propósito determinar la funcionalidad familiar en los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de salud hijos del Almirante Grau – Ventanilla 2019. Estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental, aplicado, tuvo una muestra de 40 pacientes con TBC – pulmonar; a quienes se les aplicó la Escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) diseñado por Olson, Portener y Lavee de los Estados Unidos de América en 1985. Los resultados obtenidos fueron una funcionalidad familiar percibida como rígida un 87.5%, un 7.5% estructurada y un 5% flexible. Lo que permitió concluir que el personal de salud debe involucrar a la familia en el tratamiento del paciente con diagnóstico positivo de TBC y la familia debe brindar el apoyo emocional que el paciente requiere para disminuir la probabilidad de recaída, complicaciones o muerte del miembro.

**Palabras clave:** Tuberculosis, funcionalidad, familia.

## **Abstract**

The incidence and prevalence rate of patients diagnosed with TB is 10.4 million cases per year worldwide, being one of the ten causes of deaths worldwide due to the morbidity and mortality that it produces. The social preoccupation with being infected with TBC increases the percentage of rejection or isolation to the person with TBC, this perception of the treatment is associated with the levels of knowledge about mechanisms of prevention and infection of the disease. Family functionality may become negative for the affected family member, as constant and perpetual socio-emotional support is required to facilitate comfort during the treatment of the disease, the family scheme may be modified according to the influence of the context where develop by limiting or facilitating the development of new skills and attitudes that allow to cope with the problematic situation that the patient with TB is going through.<sup>1</sup> The study aimed to determine family functionality in patients with pulmonary tuberculosis of the Children of Almirante Grau Health Center - Ventanilla 2019. Quantitative, descriptive, non-experimental, applied study, had a sample of 40 patients with TB - pulmonary; to whom the Family Cohesion and Adaptability Assessment Scale (FACES III) designed by Olson, Portener and Lavee of the United States of America was applied in 1985. The results obtained were a family functionality perceived as rigid 87.5%, a 7.5% structured and 5% flexible. This allowed us to conclude that the health personnel must involve the family in the treatment of the patient with a positive diagnosis of TB and the family must provide the emotional support that the patient requires to reduce the likelihood of relapse, complications or death of the member.

**Keywords:** Tuberculosis, family, functionality.

## **I. Introducción**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), durante el año 2016 reportó un aumento de la tasa de incidencia y prevalencia de pacientes diagnosticados con tuberculosis, existe un total de 10.4 millones de casos registrados anualmente a nivel mundial, 490 000 ya fueron diagnosticados con tuberculosis multidrogo resistente (TB-MDR), la OMS reconoce a la TBC como una enfermedad infecto – contagiosa de gran impacto económico y social. Del mismo modo, esta enfermedad ha sido causa del aumento paulatino de la tasa poblacional de muertes por lo que es una de las diez primeras enfermedades causantes de la mortalidad en el mundo<sup>1</sup>

Un estudio realizado en México durante el año 2015 dio a conocer que existe mayor prevalencia en contagio, en personas con condiciones económicas de bajo recurso, pues generalmente se hallan expuestas a hacinamiento y desnutrición crónica. Esta situación facilita el contagio de la enfermedad de las personas que se hallan alrededor del paciente, más aun si no existe déficit educativo que imposibilita la adopción de comportamientos preventivos ya sean en el ámbito higiénico y nutricional, más aun valorar la importancia de concluir el tratamiento; las limitaciones económicas que sufren dichas personas y la falta de acceso a los servicios de salud, impiden la disminución de la tasa de frecuencia de esta enfermedad.<sup>2</sup>

La TBC a nivel latinoamericano y del Caribe, es reconocida como la segunda causa de defunciones debido a la acción de agentes infecciosos, y esta situación se presenta debido al poco énfasis que se le da al control y la prevención sanitaria en este ámbito, lo que su vez deriva en un desmesurado crecimiento de las personas con TBC. La existencia de factores que predisponen el contagio de esta enfermedad, comúnmente están asociados a la vulnerabilidad individual por la falta de alimentación y el nivel disminuido en la producción de anticuerpos, otro factor reconocido es la falta de acceso a los sistemas sanitarios de salud, unas de las causas más frecuentes es la distancia entre el establecimiento sanitario y el hogar de la persona que a su vez puede sufrir de condiciones económicas de pobreza extrema, que en la mayoría de los casos es determinante en la adquisición de TBC, pues produce la desnutrición y condición inadecuada de salubridad en el hogar de la persona vulnerable.<sup>3</sup>

En Colombia, se resalta que el funcionamiento familiar en pacientes con TBC es significativo en la adherencia al tratamiento, su pronta rehabilitación y reincorporamiento social, las situaciones que experimenta cada integrante de la familia están estrechamente ligadas al soporte emocional que estos brindan al afectado; por otro lado, el transcurso de los años deterioró estas relaciones interpersonales, el déficit en la concientización de los miembros del hogar, deberían brindar el confort al paciente con TBC sin embargo, la recuperación no logra ser progresiva por el constante rechazo de estos al afectado.<sup>4</sup>

En el Perú, la TBC posee una elevada tasa de incidencia y prevalencia en individuos, la etapa de vida con mayor susceptibilidad es la del adulto joven, quien cursa una etapa de independencia económica y deja de lado la alimentación adecuada; las zonas con mayor porcentaje de pacientes diagnosticados son en la costa central y la selvática. De este modo, el porcentaje de casos de tuberculosis pulmonar es más elevado a comparación del porcentaje diagnosticado con TBC – extrapulmonar, a pesar de haber facilidad de adquirir el tratamiento en el Perú, reconocido como tratamiento gratuito, aún existe la debilidad en la adherencia a la administración del medicamento, asociado a un déficit en las estrategias de primer nivel de atención de promoción y prevención de salud y la baja concientización poblacional.<sup>1</sup>

La preocupación social, por el contagio de TBC, genera una exclusión marcada a los individuos con diagnóstico positivo para la enfermedad, este accidente cultural alimenta el miedo y rechazo al consumo del medicamento, lo que provoca una disminución en la efectividad del tratamiento y los medios de prevención del contagio, afectando las relaciones interpersonales, sobre todo a nivel familiar. Por su parte, el personal de salud enfatiza que de faltar una adecuada participación familiar en el curso del tratamiento, deviene en deterioro del soporte socioemocional, lo cual afecta porcentaje de pacientes adheridos al esquema de tratamiento y consecuentemente la culminación y rehabilitación de la enfermedad.<sup>2</sup>

El comportamiento del paciente con tuberculosis está supeditado a las reacciones de los demás miembros de la familia, quienes a su vez se hallan en conflicto con sus emociones; pues por un lado experimentan preocupación por el paciente, por otro, vivencian temor y/o rechazo frente a un posible contagio. Por lo tanto, el funcionamiento familiar se ve afectado, porque se alteran aspectos psicológicos, sociales y culturales al momento de abordar el problema.<sup>3</sup>

En consecuencia, el funcionamiento familiar puede tornarse negativo, esto es reconocido cuando un miembro de la familia es diagnosticado con la enfermedad y es rechazado por los integrantes de esta, el padecimiento de esta patología, designa o rompe las relaciones interpersonales en la sociedad y entorno del afectado y dejan de constituirse en agentes facilitadores de su recuperación, no solo porque no lo apoyan en su autocuidado, sino porque son indiferentes cuando el paciente abandona el tratamiento, esta situación puede desencadenar la fármaco-resistencia.<sup>1</sup>

Al respecto, una investigación realizada en México, reveló que la conducta de cada miembro de la familia está asociado al contexto cultural donde su vida se desarrolle y el conocimiento que posea sobre la patología; la notoria necesidad de la participación activa de los integrantes del hogar (hijos y esposo(a)) determina la efectividad del tratamiento; el nivel de preocupación del paciente con TBC por sanarse rápidamente y evitar el contagio a sus seres queridos, se refleja en la adherencia al tratamiento de la patología; sin embargo, paralelamente en los familiares crece el temor a ser contagiados, por lo que es común el incremento de sentimientos negativos y actitudes de rechazo relacionados a la culpa del paciente, en algunos casos el individuo diagnosticado es aislado por sus parientes para evitar ser juzgados por la sociedad en donde conviven.<sup>5</sup>

Un estudio en Arequipa reveló la diferencia significativa en el funcionamiento familiar respecto al género de cada integrante, identificando que existe mayor prevalencia de apoyo interpersonal de una miembro mujer a un paciente diagnosticado con TBC a comparación de un integrante del sexo masculino. El involucramiento en las actividades de apoyo emocional repercute en la medicación y tratamiento del paciente con TBC, la desigualdad entre cada uno de los miembros, crea conflictos entre los esquemas familiares, reformulando la conducta y las interrelaciones entre ellos, siendo característico una débil cohesión y adaptabilidad frente a la situación que pasan<sup>6</sup>.

De igual modo en Piura, un estudio demostró que el afrontamiento a la enfermedad es parte de la aceptación y la adaptabilidad a la problemática que padece un integrante del hogar, desde una perspectiva sanitaria, esta se asocia a la edad de cada miembro pues, el conocimiento varía entre generaciones y se modifica con la influencia del contexto cultural y social en donde se desarrolla más de la mitad de su vida, la edad promedio donde es notorio el rechazo o aislamiento al paciente afectado es en la población menor de 30 años de edad.<sup>7</sup>

Por otro lado, en Lima el funcionamiento familiar depende de la exposición familiar a situaciones problemáticas de salud, que exijan la adaptación y cohesión pronta para la estabilidad emocional de cada uno de sus integrantes, por ello la identificación de los factores de adherencia y necesidades de apoyo emocional del paciente con TBC son determinados por el funcionamiento familiar que posean.<sup>2</sup>

El adecuado funcionamiento familiar está asociado a la cercanía y confianza entre cada uno de sus integrantes, la complejidad de las relaciones, el respeto mutuo, la comunicación asertiva y la disciplina familiar. Sin embargo, la escasez de comprensión y la presencia de una rígida norma en el círculo familiar, impide el desarrollo de los integrantes del hogar, lo cual afecta paulatinamente el equilibrio psico – emocional y posteriormente dificulta la adaptación a nuevas situaciones.<sup>8</sup> Por esta razón, la existencia de alguna enfermedad infecto contagiosa en algún integrante del hogar modifica los factores del funcionamiento familiar, lo que provoca una crisis situacional con elevado riesgo en la disminución del autoestima, aumento de emociones y pensamientos negativos, aislamiento social, rechazo y en algunos casos intento de suicidio.<sup>1</sup> Algunas de los factores que determinan que no exista un equilibrado funcionamiento familiar en el entorno del paciente diagnosticado con TBC, es probablemente el escaso conocimiento sobre la enfermedad que este está padeciendo; por otro lado, el deterioro de la funcionalidad familiar trae consigo signos y síntomas de depresión en el individuo enfermo, que en múltiples casos causa recaídas e incluso la muerte.<sup>8</sup>

En el Centro de Salud Hijos del Almirante Grau del distrito de Ventanilla, posee un registro de casos de pacientes diagnosticados con TBC, la interacción con los pacientes de la estrategia PCT, demostraron mediante manifestaciones que existe un notorio aislamiento social, el paciente refiere: “tengo mucho miedo a contagiar a mis familiares”, “tengo miedo a no curarme”, preocupación por la efectividad del tratamiento, pensamientos negativos, rechazo familiar, resigna miento ante la enfermedad, etc.; estas manifestaciones del paciente con TBC anima al análisis del funcionamiento familiar que poseen, para brindar las herramientas necesarias para su recuperación y evitar las recaídas.

Diversos estudios sobre funcionamiento familiar en pacientes con TBC a nivel internacional sostienen que:

Sarango E 2019. Ecuador, realizó una investigación con el objetivo de caracterizar las condiciones de vida y funcionalidad familiar en pacientes con TB. La investigación fue descriptiva transversal y con una muestra de 30 pacientes de un centro de salud venezolano. Los instrumentos fueron el cuestionario SF-12V2 y el Test FF-SIL para evaluar condiciones de vida y funcionalidad familiar respectivamente. Los resultados determinaron que el 13.3% de los pacientes provenientes de hogares funcionales mantienen un buen estado de salud, mientras que un 36.7% que mantienen un estado de salud regular también tienen hogares disfuncionales<sup>9</sup>. Ello denota que la connotación disfuncional de la familia representa en factor de riesgo de la salud, por lo que estarían más propensos a adquirir TB.

Durante el año 2018 en Colombia, Segira A, Segura A, Muñoz D, Agudelo D, Cardona D.<sup>5</sup> buscaron determinar el funcionamiento familiar en pacientes con tuberculosis. El estudio fue aplicado, descriptivo, de corte transversal, estuvo conformado por una muestra de 40 pacientes con diagnóstico positivo de TBC, a quienes se les administró el test APGAR familiar. Los resultados encontrados en la muestra fueron de un 56% tenía un funcionamiento familiar moderado, un 44% alto.

En México durante el 2018 Rodríguez A, Haro M., Martínez R, Ayala R, Román A. ejecutaron una investigación que buscó determinar el funcionamiento familiar en pacientes con diagnóstico positivo de TBC en un centro de salud de primer nivel. Estudio aplicado, cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, tuvo como muestra 40 individuos con TB – pulmonar entre los 20 a 30 años de edad, a quienes se les aplicó el Test de percepción de funcionamiento familiar. Los resultados obtenidos fueron un 38.6 % eran familias funcionales, un 38.1% eran disfuncionales y un 23.3% eran moderadamente funcionales.<sup>4</sup>

En Ecuador Arce F. en el 2017 ejecutó un estudio con el fin de determinar la calidad de vida y su relación con el funcionamiento familiar en pacientes con TB – pulmonar; estudio cuantitativo, correlacional, descriptivo, no experimental, tuvo como muestra 72 pacientes con TB de la provincia de Machala. Los instrumentos fueron el cuestionario SF-12v2 para calidad de vida y el test FF-SIL para funcionalidad familiar. Los resultados indicaron que 61,9% de los pacientes presentaron buena calidad de vida y el 52,8% provienen de familias funcionales.<sup>10</sup> Ambas variables son de suma importancia para la efectividad del tratamiento de TB pues si las familias funcionan adecuadamente y propician buen nivel de calidad de vida es más factible que los pacientes culminen su tratamiento y la adherencia sea mayor.

Ojeda M, Eras D, Gózales, E. 2016. Ecuador, realizaron una investigación para analizar la funcionalidad familiar de pacientes con TB. El estudio fue descriptivo analítico, la muestra fue 147 pacientes con TB y sintomáticos respiratorios del Cantón de Zaruma. Los resultados reportaron que disfuncionalidad familiar de los sintomáticos respiratorios sin tuberculosis fue de 35,50% frente a los pacientes con tuberculosis que fue de 33,33%, además las variables socio demográficas que mostraron asociación estadística con tuberculosis pulmonar fueron: el sexo, ocupación y el hacinamiento. <sup>11</sup>

Durante el año 2015 en España Balcázar L, Ramírez Y, Rodríguez M. buscaron determinar la depresión asociada al funcionamiento familiar en pacientes con diagnóstico positivo de TBC atendidos en el servicio de medicina familiar. Estudio descriptivo, cuantitativo, correlacional; estuvo conformado por una muestra de 40 pacientes quienes aplicaron la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar. Los hallazgos encontrados fueron un 95% de funcionamiento familiar moderado y un 5% disfuncional.<sup>3</sup>

Martínez Y, Guzmán F, Flores J, Vázquez V. 2014. México. Realizaron una investigación con el propósito de determinar los factores de la familia que favorecen la adherencia al tratamiento de la tuberculosis. La investigación fue observacional, descriptiva y prospectiva, tomando como muestra a 57 pacientes atendidos en la unidad de medicina familiar de Tamaulipas. Los resultados indicaron que, de los pacientes con abandono al tratamiento, 75% presentaba algún grado de disfunción familiar<sup>12</sup>.

Lozano A, Orduy C, Castrillón L 2014. Colombia, realizaron una investigación con el propósito de determinar cuáles son las consecuencias que genera a nivel familiar e individual el diagnóstico de TB. La investigación fue de tipo descriptivo retrospectivo y longitudinal, siendo la muestra 17 pacientes con TB que recibían tratamiento en EPS del Municipio de Guadalajara de Buga. Los resultados describieron que el diagnóstico de TB no produce discriminación pese al riesgo de contagio un 92%, no generan cambios en el trabajo un 90%, tienen mayor apoyo económico un 78%, mejoran sus conocimientos sobre TB un 70%, adquieren mayores comportamientos saludables un 82%, mayor percepción de aislamiento un 76%, sienten temor de comentar sobre la enfermedad en su círculo social un 47%. <sup>13</sup>

Entre los antecedentes a nivel nacional se tiene a:

Condori S. 2019 desarrolló su tesis con el objetivo de determinar la relación entre la participación familiar y la adherencia al tratamiento de TB. La investigación fue cuantitativa y de diseño correlacional, tomando como muestra a 70 pacientes con TB atendidos en las Micro redes de la Red de Salud Arequipa – Caylloma. Los resultados indicaron que el 44.3% de los pacientes tienen un nivel muy favorable en cuanto a la participación familiar, ya sea mediante apoyo afectivo 39.1%, apoyo emocional 29%, apoyo socioeconómico 40.6%, por su parte, la adherencia al tratamiento en los pacientes es alta 67.1% <sup>14</sup>. Una alta participación familiar se concreta como consecuencia a una adecuada funcionalidad familiar y ambos aspectos inciden de manera significativa en la adherencia del tratamiento de TB.

2018 en Lima Linio V, Saldarriaga J.<sup>15</sup> buscaron determinar el funcionamiento familiar asociado a la adherencia al tratamiento de la TBC de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud “Hijos del Almirante Grau”. Estudio correlacional, observacional, descriptivo, cuantitativo; tuvo como muestra 85 pacientes con diagnóstico de TBC – pulmonar. Los resultados hallados fue un 85% percibían familias disfuncionales y un 15% funcionales.

Porras A. 2018 realizó en Lima un estudio cuyo propósito fue determinar el funcionamiento familiar relacionado a la adherencia al tratamiento en pacientes con TBC del Centro salud materno infantil Dr. Enrique Martin Altuna. El estudio fue de nivel descriptivo y diseño correlacional, tomándose como muestra a 60 pacientes. Los resultados mostraron que la adherencia al tratamiento fue 53% y el funcionamiento familiar fue descrito como bueno en un 47%; del mismo se comprobó que existe relación significativa entre ambas variables. Concluye refiriendo que existe relación entre adherencia al tratamiento y la funcionalidad familiar en los pacientes con TBC<sup>16</sup>. La adherencia al tratamiento de suma importancia para los pacientes de TBC y se ha comprobado que un idóneo funcionamiento familiar la favorece.

Cerquin I, Flores J, Guerrero J. 2017 en su tesis realizada en Lima tuvo como objetivo de determinar el riesgo familiar total en pacientes con TBC en tres centros de salud. El estudio fue descriptivo con una muestra de 51 pacientes con TBC y el instrumento fue RFT: 5-33 de Amaya 2004. Los resultados evidenciaron que el riesgo familiar total de esto pacientes fue del 11,8%, encontrándose que los aspectos de mayor riesgo son las prácticas de salud, servicios, vivienda y manejo de menores <sup>(17)</sup>. En ese sentido, el funcionamiento familiar

idóneo puede constituirse en factor protector de la TB en medida que pueda controlar los riesgos en el hogar como prácticas de salud, y mejora de servicios y vivienda.

Torres S. 2017 desarrolló su tesis con el objetivo de establecer la relación entre apoyo familiar y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con TB. La investigación fue cuantitativa y diseño correlacional, siendo la muestra 60 pacientes sensibles al tratamiento de TB atendidos en el Centro de Salud “San Cosme” – La Victoria. El instrumento de medida fue el cuestionario de apoyo familiar y una ficha de adherencia al tratamiento. El apoyo familiar en pacientes con TB fue regular 43,3%, seguido de bueno 33,3% y malo 23,3%, mientras que la adherencia al tratamiento fue del 45%.<sup>(18)</sup> El apoyo familiar es consecuencia de un adecuado funcionamiento familiar por lo que es buen descriptor de su manifestación, sobre todo en pacientes con TB.

En Lima Anduaga A, Maticoren J, Beas R, Ch D, Veramendi M, et al. 2016 ejecutaron una investigación que buscaba determinar el funcionamiento familiar asociado a la baja adherencia de tratamiento en pacientes con TBC – pulmonar en un centro de salud de primer nivel de atención del distrito de Ventanilla. Estudio cuantitativo, correlacional, descriptivo, no experimental; tuvo una muestra conformada por 72 pacientes, los resultados fueron un 52% de familias disfuncionales, un 35.5% moderadamente funcional y un 12.5% funcional.<sup>19</sup>

Durante el 2016 en Lima Robles I, Matta H, Perez R, Carlos F. realizaron una investigación que tenía como propósito determinar el funcionamiento familiar en pacientes con TBC – pulmonar que asisten al programa de Prevención y Control de Tuberculosis; estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental, de corte transversal; tuvo una muestra de 40 pacientes. Resultados: un 60% percibía su familia disfuncional, un 26.7% funcional y un 33.3% moderadamente funcional.<sup>2</sup>

Por otro lado en el 2015 Quevedo L, Sánchez R, Villalba F, Velázquez D. buscaron determinar el funcionamiento familiar y social asociado a la adherencia del tratamiento contra la TBC. El estudio fue de tipo descriptivo, correlacional, cuantitativo, tomándose como muestra a 52 pacientes con tratamiento de TB, los hallazgos obtenidos fue un 81.8% percibía su familia como funcional y un 18.2% disfuncional.<sup>20</sup> Desde mi punto de vista, el soporte familiar y social determinan la adherencia al tratamiento de la TBC, la susceptibilidad de los pacientes ante el rechazo de los que lo rodean crea secuelas que pueden llevar al paciente enfermo a cometer actos contra su propia salud.

El tema de familia, su estructura, dinámica y funcionalidad ha sido abordado desde diferentes aspectos. Para la OMS, la familia constituye una agrupación de personas que comparten un mismo hogar, cuyos lazos sanguíneos son definidos o no, en algunos estudios se refiere a la dependencia mutua que aborda: económica, sentimientos, necesidades, etc.; que pueden fortalecer sus vínculos o quebrantarlos.<sup>21</sup>

La unión natural de individuos genera una familia, este proceso desarrolla habilidades comunes e individuales propias de cada miembro del hogar, que permite la interacción, evolución y conservación de costumbres durante generaciones. El termino familia es considerado núcleo social por el simple hecho de compartir ideas, un vínculo afectivo – sanguíneo e incluso convivencia, de esto se rescata la relevancia en su aporte en la educación de la nueva generación<sup>22</sup>. Las interrelaciones en las familias son íntimamente relacionados por el desarrollo o cambio frente a situaciones que se les pueda presentar, el ciclo familiar es caracterizado por una formación de nuevos seres hasta el desprendimiento de estos o su mera independencia socio – económica.<sup>23</sup> Sin embargo, existen factores externos que exigen la modificación de la familia, sus ideas y estilos de vida<sup>24</sup>, esta crisis situacional puede desequilibrar las relaciones entre los integrantes como respuesta a la problemática.<sup>25</sup>

El funcionamiento familiar es descrito como la capacidad de los miembros de la familia en adquirir nuevas habilidades que permitan su desarrollo individual y colectivo frente a nuevas situaciones que puedan poner en riesgo su salud y bienestar psicológica, física o social. De este modo, la coherencia asociada al sentimiento de pertenencia y unificación familiar crece ante la adversidad de los problemas, lo que implica el fomento de responsabilidades o roles según la necesidad que se presente y la formación de nuevos conocimientos que permitan la solución rápida y efectiva de la crisis, sin dejar de lado los valores previamente establecidos entre ellos<sup>26</sup>.

El funcionamiento familiar se refiere a la manera en que los integrantes de una familia se relacionan en su interior, es decir caracteriza las relaciones interpersonales de carácter intersubjetivo que se producen dentro de la familia y que constitución su identidad. Constituye comportamientos grupales habituales y más o menos estables, generando un clima psicológico particular que termina caracterizando los diferentes hogares. Esta capacidad dinámica entre las relaciones psicológicas que abordan el clima hogareño, buscan restablecer o mantener la seguridad y satisfacción frente a emociones negativas que pongan

en riesgo a uno o más integrantes de la familia.<sup>27</sup> De esa manera, crea un entorno que facilita el desarrollo personal de sus miembros, de tal modo difícilmente sufrirán crisis ni trastornos psicológicos graves<sup>28</sup>.

La funcionalidad familiar es contextualizado por el tiempo en que se desarrolla la familia, ajustándose a las condiciones externas y las necesidades familiares e individuales, la percepción subjetiva de este tema es asociado por la heterogeneidad en criterios de definición, los procesos de solución y la etapa de vida de cada integrante para prevalecer la armonía, comunicación asertiva, cohesión, permeabilidad y adaptabilidad.<sup>29</sup> El funcionamiento familiar también ha sido definido como proceso que describe la capacidad de cambio que implica regulaciones decisionales y flexibilidad para ajustarse a situaciones diversas ya sea como unidad familiar o como cualquiera de sus integrantes<sup>30</sup>. Asimismo el funcionamiento familiar ha sido observado desde el punto de vista sistémico con carácter relacional que evalúa el nivel de satisfacción en funciones como cohesión, rol, permeabilidad y participación<sup>31</sup>.

Por otro lado, para hacer posible la medición de la variable se toma en cuenta el Modelo Circumplejo de Olson, Sprenkle y Russell, quienes señalan que la cohesión y la adaptabilidad son los factores que determinan el funcionamiento familiar. Según este teórico, durante el funcionamiento de una familia intervienen tres aspectos; una de carácter afectivo o emocional que determinan el grado de intimidad y calidad de los sentimientos existentes entre cada uno de los integrantes de la familia; el otro aspecto tienen que ver con el ejercicio de la autoridad, o capacidad de control y poder de los padres sobre los hijos; hecho que permite que la familia actúe nuclearmente frente a las diversas situaciones que vivencian y los capacita para adaptarse favorablemente a esta. Entre ambas actúa otro aspecto y es la comunicación, la cual deberá ser simétrica y recíproca para generar una comunicación positiva<sup>32</sup>.

El modelo diseñado por Olson, resalta la capacidad homeostática en la familia para mantener el equilibrio entre las dimensiones que mide. La capacidad interna de la familia busca sobresalir adelante ante las situaciones que alteren el estilo funcional de la familia, Olson describe a las familias como funcionales y disfuncionales, describiendo paulatinamente su rol de cohesión y adaptabilidad.<sup>33</sup>

Olson y otros autores han indicado que el Circumplex permite describir a la familia en cualquier etapa de vida; sin embargo, la evolución familiar que el autor describe, se relaciona con las etiquetas sociales que puedan ser trazadas durante el ciclo de desarrollo<sup>34</sup> Según esta teoría, la funcionalidad familiar puede ser evaluada en función a dos dimensiones:

Con referencia a la cohesión familiar, Olson la describe como la relación o el vínculo entre cada uno de los integrantes de la familia. cuando una relación es positiva se asocia a un afecto mutuo entre los miembros y una excelente coordinación dinámica, caso contrario cuando son relaciones interpersonales negativas.<sup>32</sup> Los lazos familiares entre los miembros, son descritos como emociones o sensación de seguridad y confianza que permite el apoyo mutuo y la motivación interpersonal, estos vínculos permiten el sostenimiento psico – afectivo grupal de la familia, lo que se refleja en un notorio intereses en la ejecución de sus roles y afecto entre ellos.<sup>35</sup> El nivel de cohesión familiar distingue otros cuatro niveles que se describen como la más baja a desligada, de baja a moderada llamada separada, de un grado moderado a alto una cohesión unida y un nivel muy alto es aglutinada. El Circunflejo describe a la cohesión desligada o aglutinada como factores negativos – problemáticos y a la cohesión separada o unida como factores positivos de desarrollo.<sup>33</sup>

Para Olson, la adaptabilidad familiar es la capacidad en adaptarse a los cambios es sustancial en la estructura familiar, pues permite el desarrollo de nuevas habilidades sociales, que facilitan la interacción intrínseca y extrínseca de los miembros de la familia,<sup>32</sup> el autor reconoce a la adaptabilidad como un mecanismo de respuesta a una situación que ponga en riesgo la salud de uno o más integrantes; la importancia en la adaptabilidad juega un rol importante en la formación de líderes, disciplina, grado de control de padres a hijos, siendo un factor que se modifica o está en constante cambio.<sup>36</sup> De este modo, la familia es un sistema activo que está en constante desarrollo, influenciado por la sociedad, la cultura y las etapas de vida o ciclo familiar; el flujo de adaptabilidad responde a la equidad y eficacia de los integrantes del hogar para mantener la salud y brindar cuidados mutuos, basado en las normas que hayan ido adquiriendo.<sup>37</sup> La adaptabilidad es identificada como rígida cuando su nivel es bajo, estructurado cuando es bajo a moderado, flexible de moderado a alto y caótico muy alto. Al igual que la cohesión, la adaptabilidad tiene un punto adecuado para el desarrollo de los miembros, siendo estos: la adaptabilidad estructurada o flexible.<sup>33</sup>

En función a lo expuesto hasta este punto, la formulación del problema de investigación sería expuesta en los siguientes términos:

Problema general:

¿Cuál es la funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud hijos del Almirante Grau – Ventanilla, 2019?

Este estudio se justifica y es trascendente socialmente porque la familia es un factor esencial en el cuidado de la persona enferma o sana, siendo el primer apoyo socio – emocional que una persona requiere para su tratamiento y pronta recuperación. En este sentido, los integrantes de la familia pueden desarrollar habilidades que permitan la prevención de contagio y la concientización de chequeos rutinarios. El valor teórico de este estudio es que sirve para la construcción de nuevos conocimientos sobre el comportamiento de la familia en un paciente afectado con tuberculosis pulmonar. El funcionamiento familiar adecuado, permite la mejoría en las condiciones de vida en los pacientes con TBC, desde una perspectiva psicológica, disminuye la probabilidad de intentos de suicidios, mala adherencia al tratamiento, recaídas o complicaciones. La participación de los miembros de la familia durante el periodo de tratamiento previene el abandono y mejora progresivamente la salud del paciente; en otras palabras, la familia alienta o brinda energía suficiente al enfermo para seguir adelante con la medicación.

Dentro del contexto personal, la persona contagiada de TBC es vulnerable al aislamiento social y familiar, el personal de enfermería está en la exhaustiva obligación de hacer que los integrantes del hogar brinden el apoyo moral requerido para la rehabilitación. El aporte de los datos que se han obtenido en la investigación permitirá el replanteamiento de las estrategias y la modificación de las habilidades sociales y educativas del profesional de salud. La experiencia práctica de este estudio se fundamenta en que intenta servir de marco de referencias para que las enfermeras del centro de salud, adueñen estrategias para motivar a los familiares intervenir a las dinámicas familiares para que en conjunto puedan contribuir en el autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar.

De este modo, el objetivo general de la tesis es:

Determinar la funcionalidad familiar en los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de salud hijos del Almirante Grau – Ventanilla 2019.

En tanto que los objetivos específicos son:

- Identificar la funcionalidad familiar en los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud Hijos del Almirante Grau, según la dimensión cohesión.
- Identificar la funcionalidad familiar en los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud Hijos del Almirante Grau, según la dimensión adaptabilidad.

## **II. Método**

### **2.1. Tipo y diseño de investigación**

Según Sampieri el estudio es de:

Enfoque: cuantitativo, porque en base a un instrumento, se realizó la medición de la variable, que mediante una escala de evaluación permite conocer el grado de afección en los participantes.<sup>38</sup>

Diseño: No experimental, porque no se manipula los factores que determinan el nivel de la variable, lo que permite tener una base de datos real y fidedigna.<sup>38</sup>

Tipo: Descriptivo, porque se narra los hechos tal cual han sido presentados, sin manipulación para conveniencia del investigador, lo que permite tener una realidad objetiva.<sup>39</sup>

Corte: transversal, porque se recolectó los datos en un periodo de tiempo determinado, que permitieron medir la variable del estudio.<sup>40</sup>

## 2.2.Operacionalización de variables

La variable de estudio es operacionalizada en la siguiente tabla:

**Tabla N° 1 - Operacionalización de la variable funcionamiento familiar**

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones / indicadores	Escala
<b>Funcionamiento familiar en pacientes de 20 – 59 años con Tuberculosis</b>	Conjunto de habilidades que permiten la adaptación, empoderamiento y solución de problemas que puedan poner en riesgo la salud de uno o más miembros del hogar.	Agrupación de habilidades que comparte la familia para alcanzar las metas y mantener el equilibrio de su salud individual y común. Medidas a través de la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III de Olson cuyo valor final es : Rígida (20 – 44 puntos), estructurada (45 – 60 puntos), flexible (61 – 85 puntos), caótica (86 – 100 puntos)	<b>COHESIÓN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coaliciones</li> <li>• Límites familiares</li> <li>• Tiempo y amigos</li> <li>• Lazos emocionales</li> <li>• Intereses comunes y recreación</li> </ul> <b>ADAPTABILIDAD</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Control</li> <li>• Disciplina</li> <li>• Liderazgo</li> <li>• Roles y reglas de relación</li> </ul>	Ordinal

## **2.3.Población, muestra y muestreo**

### **2.1.1. Población**

La población estuvo conformada por 40 pacientes con diagnóstico de TBC – pulmonar que asisten a la estrategia de PCT del Centro de Salud Hijos del Almirante Grau<sup>36</sup>, la información fue obtenida de los registros de pacientes del servicio.

#### Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico tuberculosis sensible al tratamiento
- Pacientes que reciben tratamiento según esquema del MINSA
- Pacientes cuyas edades fluctúan entre 20 y 59 años
- Pacientes que firmen el consentimiento informado correspondiente al estudio

#### Criterios de exclusión

- Pacientes que abandonan tratamiento
- Comorbilidad con otras infecciones transmisibles o no transmisibles

De muestreo no probabilístico, se optó en trabajar con toda la población siempre que cumpliera con los criterios de inclusión y tenga disponibilidad para participar.

## **2.4.Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

La técnica de recolección de datos fue la encuesta y el instrumento un cuestionario.

El instrumento aplicado fue la Escala de evaluación de la cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) diseñado por Olson, Portner y Lavee de los Estados Unidos de América en 1985; comprende 20 ítems en escala Likert medidas con 5 alternativas de respuesta, descritas como 1 punto (nunca o casi nunca), 2 puntos (pocas veces), 3 puntos (algunas veces), 4 puntos (frecuentemente) y 5 puntos (casi siempre o siempre). Las cuales al sumar miden las dimensiones de cohesión (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19) y adaptabilidad (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20)

Dimensiones	Ítems	Rígida	Estructurada	Flexible	Caótica
<b>Funcionamiento familiar</b>	1 – 20	20 – 44	45 – 60	61 – 85	86 – 100
Adaptabilidad	(2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20)	10 – 19	20 – 24	25 – 28	29 – 50
		No relacionada	Semi relacionada	Relacionada	Aglutinada
Cohesión	(1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19)	10 – 34	35 – 40	41 – 45	46 – 50

*Fuente: David Olson, Joyce Portener y Joav Lavee (1985) <sup>(32)</sup>*

### 2.1.2. Validez

El instrumento fue validado por Olson en 1985 en un total de 910 escolares entre los 11 a 18 años de edad,<sup>32</sup> la validez en el Perú fue realizada por Bazo, Bazo, Águila, Peralta Mormontoy y Bennett durante el 2016. Para ello aplicaron un análisis factorial exploratorio a fin de comprobar que los factores extraídos son similares al modelo teórico y de esa manera determinar que posee validez de constructo. La validez del instrumento fue aprobada con un valor menor a 0.05.<sup>41</sup>

### 2.1.3. Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento realizada en 1985 por Olson obtuvo un 0.96 de alfa de Cronbach<sup>32</sup>. En el Perú Bazo, Bazo, Águila, Peralta Mormontoy y Bennett durante el 2016 halló un alfa de Cronbach de 0.85 lo que es significativo de una confiabilidad moderadamente alta según Spearman.<sup>41</sup>. A fin de determinar la confiabilidad del cuestionario para el presente estudio también se optó por el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach. Para ello se realizó una prueba piloto a 20 sujetos cuyas características fueron similares a la muestra de estudio. Los resultados se muestran en la siguiente tabla:

Alfa de Cronbach	N de elementos
,857	20

Como se observa en la tabla todos los coeficientes obtenidos superan el 0,857, por lo que se concluye que el instrumento tiene consistencia interna y es confiable (Anexo 4).

## **2.5.Procedimiento**

La investigación se realizó según el siguiente procedimiento:

Se solicitó permiso al Director del Centro de Salud Hijos del Almirante Grau – Ventanilla para realizar la recolección de datos. Una vez obtenido el permiso se coordinó con los responsables del servicio para aplicar el instrumento de evaluación luego de ser atendidos. La evaluación se realizó conforme se presentaban los pacientes, usualmente fue de manera individual, aunque en ocasiones se juntaron de hasta tres pacientes a la vez. Antes de aplicar el instrumento se explicó a los pacientes el propósito de la evaluación, de su carácter anónimo, y de la sinceridad que se requiere. El instrumento no tuvo tiempo límite, al concluir se verificó que todos los ítems hayan sido respondidos; en caso que haya algún ítem sin responder se les solicitó que lo completen. Una vez aplicado el instrumento, se procedió a digitar los resultados en una base de datos Excel, la cual se está codificado con numerales ascendentes. Finalmente, la base de datos fue exportada al SPSS v25 para el procesamiento respectivo.

## **2.6.Métodos de análisis de datos**

Los datos fueron expuestos a estadística descriptiva, lo cual consiste en organizar, concentrar, reducir y presentar (en forma gráfica) la información contenida en una muestra (42).

De este modo los resultados por dimensiones y variables fueron presentados en tablas de frecuencias y figura de barras, lo cual facilitará el análisis de la variable de estudio.

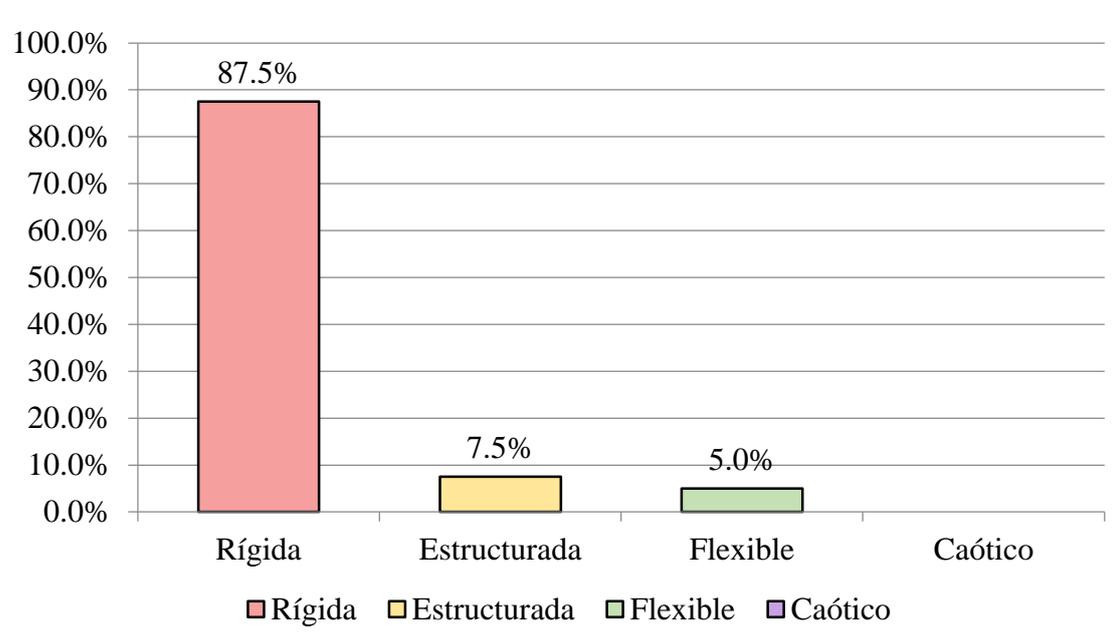
## **2.7.Aspectos éticos**

Para el desarrollo del presente estudio de investigación se consideró los aspectos éticos como:

- Beneficencia, porque no se buscó perjudicar, psicológica, física ni socialmente a los involucrados en el estudio, por el contrario, se planteó facilitar conocimiento de la realidad problemática para una solución oportuna.
- No maleficencia, no se dañó ni violaron los derechos de las personas que participaron en la investigación, se protegió confidencialmente la identidad de cada uno de los encuestados, para una completa seguridad y confianza del participante.
- Autonomía, se presentó un consentimiento informado a cada uno de los participantes, explicándoles el motivo y objetivo del estudio, resaltando que podían decidir participar o no en la investigación.
- Justicia, porque todo paciente tuvo la oportunidad de ser participante en la investigación, siempre que posea los criterios de inclusión planteados para el estudio y que haya firmado el consentimiento informado respectivo.

### III. Resultados

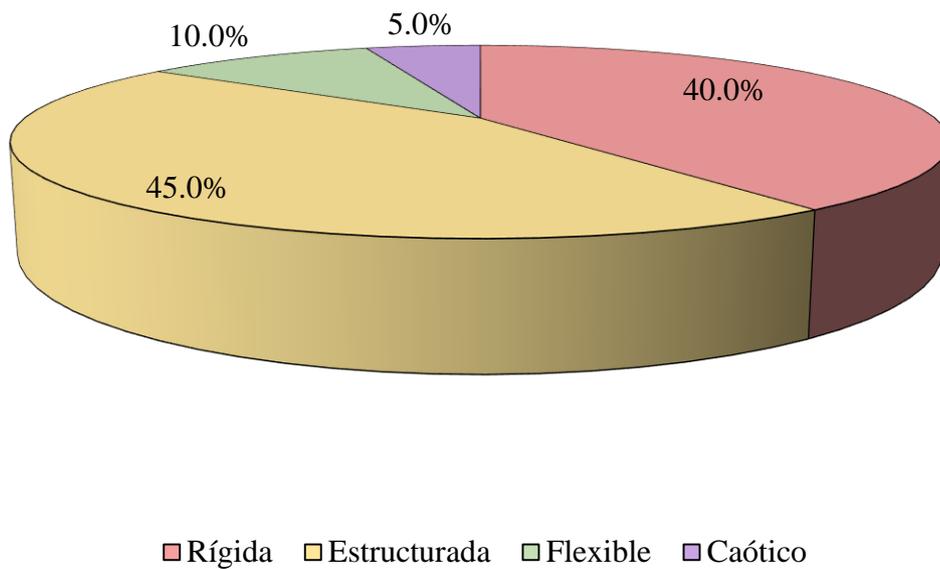
Los resultados son presentados en función a los objetivos planteados:



Fuente: Elaboración propia

**Figura 1.** Funcionamiento familiar pacientes de 20 – 59 años con tuberculosis en el Centro de Salud Hijos del Almirante Grau – Ventanilla 2019

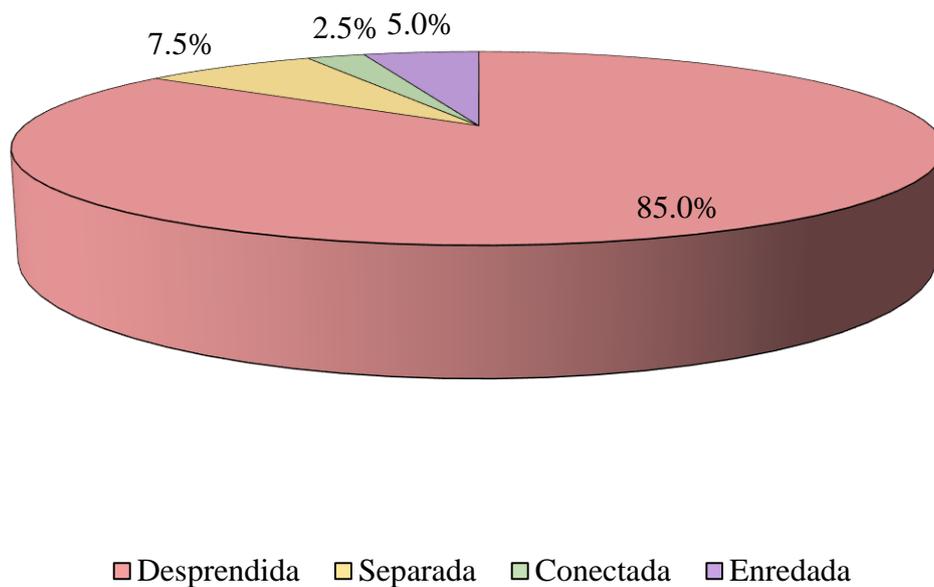
El funcionamiento familiar de los pacientes con tuberculosis es percibido como rígida 87.5%.



**Fuente: Elaboración propia**

**Figura 2** – Funcionamiento familiar pacientes de 20 – 59 años con tuberculosis en el Centro de Salud Hijos del Almirante Grau – Ventanilla 2019, según la dimensión adaptabilidad

En relación a la dimensión de adaptabilidad, se halla un 45% de adaptabilidad estructurada.



**Fuente: Elaboración propia**

**Figura 3** – Funcionamiento familiar pacientes de 20 – 59 años con tuberculosis en el Centro de Salud Hijos del Almirante Grau – Ventanilla 2019, según la dimensión cohesión

De igual modo la dimensión de cohesión, tuvo como resultado un 85% de cohesión desprendida.

#### **IV. Discusión**

La funcionalidad familiar puede tornarse negativa para los miembros afectados con tuberculosis, pues se requiere de un apoyo socio – emocional constante y perenne que facilite el confort durante el tratamiento de la enfermedad; el esquema familiar puede estar modificado según la influencia del contexto, se desarrolla limitando o facilitando el desarrollo de nuevas aptitudes y actitudes que permitan sobrellevar la situación problemática que está atravesando el paciente con TBC.<sup>1</sup> Los individuos con dicha enfermedad que tengan un funcionamiento familiar inadecuado, tienen mayor prevalencia a dejar su tratamiento, a sufrir complicaciones e incluso atentar contra su propia vida. El profesional de enfermería está en la obligación de intervenir oportunamente en las situaciones que pongan en riesgo la salud de uno o más de los integrantes de la salud, por este motivo, el funcionamiento familiar es necesario medir.

En este estudio, el funcionamiento familiar es percibido como rígido en un 88%, dichos resultados son similares a los obtenidos por Cerquin, Flores y Guerrero, de manera que se encontró un 86% de funcionamiento rígido; Johnson sostiene que la conducta de la persona es un mecanismo aprendido entre generaciones, Olson determina que la rigidez de las interrelaciones familiares es respuesta frente a situaciones preocupantes o que ponen en riesgo la vida del paciente con TBC. Las relaciones entre la familia y la persona afectada por una enfermedad condicionan el comportamiento funcional para la resolución de problemas, lo que disminuye las probabilidades en la gestión de salud y aumenta la tasa de morbimortalidad de la persona enferma.

Estos resultados se diferencian de los encontrados por Quevedo, Sánchez, Villalba, Velázquez<sup>20</sup>, quienes hallaron una funcionalidad flexible de 58%. Olson menciona la existencia de habilidades sociales, psicológicas, individuales y comunes que permiten el desarrollo de los integrantes del hogar. De este modo, el funcionamiento familiar está relacionado con los estilos de crianza que los progenitores emplean y la etapa de vida que el hijo este pasando, lo que modifica el ciclo familiar.

En relación a la dimensión de adaptabilidad, en este estudio se halló un 45% de adaptabilidad estructurada. Estos resultados son similares a los encontrados durante el año 2015 en España por Balcázar, Ramírez y Rodríguez<sup>3</sup> que evidenciaron un 48% de adaptabilidad estructurada, esto podría relacionarse con antecedentes situaciones que hayan exigido la modificación de

creencias o de soluciones a problemas que se presenten con frecuencia en el hogar. Olson describe que el conocimiento de la familia permite la adaptabilidad adecuada en el hogar; sin embargo, la escasez de conocimiento puede limitar o truncar la adaptación frente a situaciones adversas.

Sin embargo, en Lima Linio y Saldarriaga<sup>15</sup> encontraron una adaptabilidad rígida un 62%; estos hallazgos son distintos con lo encontrado, podría ser relacionado con la cultura que la familia desempeñe o haya adquirido, la costumbre marcada puede exigir que los patrones de conductas o las normas sean poco flexible lo que provoca un conflicto entre los miembros del hogar. La UNICEF declaró que la etapa de vida adolescente es caracterizada por un conflicto entre el menor de edad y su familia, es común el rechazo a la cultura y la confidencialidad entre los progenitores y el joven.

De igual modo la dimensión de cohesión, tuvo como resultado un 85% de cohesión desprendida. Resultados similares fueron encontrados en Ecuador por Sarango<sup>9</sup>, quien identificó un 82% de cohesión desprendida. Olson describe que las familias desprendidas usualmente son relacionadas a situaciones laborales obligatorias o a situaciones que consumen el tiempo de los integrantes, lo que impide que haya un contacto afectivo o una interrelación afectiva estrecha y menos una comunicación asertiva. La comunicación adecuada entre los miembros del hogar facilita la cooperación para resolver problemas comunes en el ciclo familiar.

Por otro lado, en contraste con estos resultados durante el año 2018 en Colombia, Segira, Segura, Muñoz, Agudelo, Cardona<sup>5</sup> halló una cohesión caótica de 72%, estos datos pueden asociarse a lo referido por Olson, quien manifiesta que la cohesión es un proceso caracterizado por el uso adecuado de habilidades comunicativas que permite al individuo transmitir sus sentimientos, emociones y pensamientos con claridad. Olson destaca que la cohesión caótica es común en la etapa de la adolescencia donde en la mayoría de casos el menor de edad se encuentra en una etapa de descubrimiento personal, por lo que busca la interacción con personas de su misma edad y opta por experimentar nuevas situaciones.

Desde mi punto de vista la percepción del funcionamiento familiar es único en cada persona, y en todos los casos se ve orientada por los conocimientos y por la crianza que el adolescente haya tenido desde temprana edad; sin embargo, en la actualidad se ha podido observar que la exposición a las situaciones de riesgo están estrechamente ligadas con la curiosidad del

ser humano. Por tal motivo, el cuidador o progenitor está obligado a convivir en forma armoniosa con el adolescente, por lo que el personal de salud debe intervenir en ser un morador entre ambos para el acuerdo mutuo, lo que facilitaría el reconocimiento de factores negativos o positivos para el desarrollo personal y común del hogar y sus integrantes.

## **V. Conclusiones**

### **PRIMERA:**

La funcionalidad familiar en pacientes de 20 – 59 años con tuberculosis en el Centro de Salud Hijos del Almirante Grau – Ventanilla fue estructurada - desprendida

### **SEGUNDA:**

La funcionalidad familiar en pacientes de 20 – 59 años con tuberculosis en el Centro de Salud Hijos del Almirante Grau – Ventanilla, según la dimensión adaptabilidad es estructurada

### **TERCERA:**

La funcionalidad familiar en pacientes de 20 – 59 años con tuberculosis en el Centro de Salud Hijos del Almirante Grau – Ventanilla, según la dimensión cohesión es desprendida

## **VI. Recomendaciones**

Primero:

El personal de enfermera del C.S de salud debe involucrar a la familia en el tratamiento del paciente con diagnostico positivo de TBC. Para minimizar las secuelas psico –emocionales que la enfermedad puede traer cuando existe el rechazo o aislamiento durante el tratamiento, lo que aseguraría la adherencia al medicamento.

Segundo:

La familia debe brindar el apoyo emocional que el paciente requiere para disminuir la probabilidad de recaída, complicaciones o muerte del miembro

Tercero:

El personal de salud debe educar a la sociedad para que no aísle ni rechace a las personas con TBC – pulmonar.

Cuarto:

Se deben realizar investigaciones un muestreo probabilístico y en mayor cantidad de sujetos de estudio a fin de generalizar los hallazgos y permitan el conocimiento actual de la salud en la población afectada.

## Referencias

1. Julca F, Melgar C. Participación de la familia durante el tratamiento del paciente con tuberculosis. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. ACC CIETNA. Para el cuidado de la salud. 2017; 4(1): p. 14-23.
2. Robles I, Matta H, Perez R, Carlos F. Funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis pulmonar en áreas urbanas de Los Olivos - Lima. Ciencia y Arte de Enfermería. 2016; 1(2): p. 47-50.
3. Balcazar L, Ramirez Y, Rodriguez M. Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. ; 20(2): p. 135-143.
4. Rodríguez A, Haro M, Martínez R, Ayala R, Román A. Funcionalidad familiar y depresión en adultos en la atención primaria. Revista de Salud Pública y Nutrición. 2017; 16(4): p. 20-23.
5. Cardona D, Segura Á, Segura A, Muñoz D, Agudelo M. La felicidad como predictor de funcionalidad familiar del adulto mayor en tres ciudades de Colombia. Hacia Promoc. Salud. 2019; 24(1): p. 97-111.
6. Rivera R, Cahuana M. Influencia de la familia sobre las conductas antisociales en adolescentes de Arequipa-Perú. Actualidades en Psicología. 2016; 30(120).
7. Bazán S, Ancajima E, Lachira A, Mejia C. Factores asociados al desarrollo de tuberculosis pulmonar multidrogoresistente en el departamento de Piura, Perú 2009–2014. Infectio.Peru. 2018; 23(1).
8. Villarreal D, Paz A. Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. Propósitos y Representaciones. 2017; 5(2).
9. Sarango E. Condiciones de vida y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud Venezuela. Tesis de grado. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2019.

10. Arce F. Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en las unidades de salud de los cantones Machala, Pasaje y Guabo. El =ro 2016. Tesis de grado. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2017.
11. Ojeda M, Eras D, Gonzalez J. Funcionalidad familiar de los pacientes con tuberculosis pulmonar y sintomáticos respiratorios. Revista Médica Electronica Los Portales Médicos. 2016; 1(1).
12. Martínez Y, Guzmán F, Flores J, Vázquez V. Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar. Aten Fam. 2014; 21(2): p. 47-49.
13. Lozano A, Orduy C, Castrillon L. Consecuencias generadas a nivel familiar e individual por el diagnostico de tuberculosis en los pacientes de Guadalajara de Buga año 2013. Tesis de Especialización. Manizales: Universidad Católica de Manizales; 2014.
14. Condori S. Participación familiar y adherencia al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar en Microredes de la Red de Salud Arequipa – Caylloma, Arequipa, 2018. Tesis de grado. Arequipa: Universidad Alas Peruanas; 2019.
15. Lino V, Saldarriaga J. Riesgo familiar total y la adherencia a la terapia farmacológica en personas afectadas con tuberculosis del centro de salud huáscar XV-2018. Tesis de grado. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2018.
16. Porras A. Adherencia al tratamiento y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en el Centro de salud materno infantil Dr. Enrique Martin Altuna-2018. Tesis de Grado. Lima: Universidad César Vallejo; 2018.
17. Cerquin I, Flores J, Guerrero J. Riesgo familiar total en familias de personas afectadas con tuberculosis de salud de la micro red de salud Los Olivos - 2015. Tesis de grado. Lima: Universidad de Ciencias y Humanidades; 2017.
18. Torres S. elación entre el apoyo familiar y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en el Centro de Salud “San Cosme” junio - 2016. Tesis de grado. Lima: Universidad Particular San Juan Bautista.
19. Anduaga A, Maticoren J, Beas R, Veramendi M. Factores de riesgo para el abandono del tratamiento de tuberculosis pulmonar sensible en un establecimiento de salud de atención primaria, Lima, Perú. Acta Médica Peruana. 2016; 33(1).

20. Quevedo L, Sánchez R, Velásquez D. Relación del Soporte Familiar y Social en el Cumplimiento del Tratamiento de Pacientes con Tuberculosis Pulmonar en Centros de Salud. *Revista de enfermería Herediana*. 2015; 8(1): p. 49-54.
21. Organización Mundial de Salud. Informe mundial sobre la familia. [Online].; 2016 [cited 2019 Enero 10. Available from:  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=11&lang=es&Itemid=101](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=11&lang=es&Itemid=101).
22. Sagbaicela J. La disfuncionalidad familiar y su incidencia en los problemas de aprendizaje de los niños de tercer año de educación general básica elemental. *Espirales. Revista multidisciplinaria de investigación*. 2018; 2(2): p. 38-56.
23. Minuchin S, Fishman H. Psychosomatic Family in Child Psychiatry. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1979; 18(1): p. 76-90.
24. Medellín M, Rivera M, López J, Kanán GyRA. Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud Mental*. 2012; 35(2): p. 147-154.
25. Asociación de la funcionalidad familiar entre padres e hijos adolescentes en Neiva. *Avances de Enfermería*. 2015; 33(1): p. 94-103.
26. Zavala M, Ríos M, García G, Rodríguez C. Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica. *Aquichan*. 2009; 9(3): p. 257-270.
27. Cassinda M, Angulo L, Guerra V, Louro I, Martínez E. Estructura factorial, confiabilidad y validez de la prueba de percepción del funcionamiento familiar en adultos angolanos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2016; 32(4): p. 1-10.
28. González F, Gimeno A, Meléndez J, Córdoba A. La percepción de la funcionalidad familiar: Confirmación de su estructura bifactorial. *Escritos de Psicología*. 2012; 5(1): p. 34-39.
29. Louro B. Modelo teórico-metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2005.

30. García M. Infidelidad y su relación con el poder y el funcionamiento familiar; correlatos y predicciones. Tesis doctoral. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2007.
31. Camacho P. Funcionamiento familiar según el modelo circunplejo de Olson en adolescentes. Tesis de maestría. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009.
32. Olson D, Portner J, Lavee Y. FACES III St. Paul Minnesota: University of Minnesota; 1985.
33. Olson D. Circumplex model of family systems VIII: Family assessment and intervention. In Olson D, Russell C, Sprenke D. Circumplex model: Systemic assesment and treatment of families. New York: The Haworth Press; 1989.
34. Olson D, Russell C, Sprenkle D. Circumplex model VI: Theoretical update. Family Process. 1983;(22): p. 69-83.
35. Zegers B. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. Revista de neuro-psiquiatría. 2013; 41(1): p. 39-54.
36. López S. El FACES II en la evaluación de la cohesión y la adaptabilidad familiar. Psicothema. 2002; 14(1): p. 159-166.
37. Dueñes M, Cardona D. Cumplimiento del tratamiento contra la tuberculosis y los factores sociodemográficos, económicos y clínicos, y los relacionados con los medicamentos, tanto de índole en pacientes mayores de 18 años. Biomédica. revista del Instituto Nacional de Salud. 2019; 36(3).
38. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Sexta ed. México: McGraw-Hill; 2014.
39. Carrasco S. Metodología de la investigación científica Lima: San Marcos; 2009.
40. Bayarre H, Hosford R. Métodos y técnicas aplicadas a la investigación en atención primaria de salud La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
41. Bazo J, Bazo O, Aguila J, Peralta F, Mormontoy W, Bennett I. Propiedades psicometricas de la Escala de Funcionalidad Familiar FACES-III: Un estudio em

adolescentes peruanos. *Revista Médica Experimental de Salud Pública*. 2016; 33(3): p. 462-470.

42. Elorza H. *Estadística para ciencias sociales y del comportamiento* México DF: Oxford; 2000.

43. Valderrama S. *Pasos para elaborar proyectos de investigación científica* Lima: San Marcos; 2013.

44. Peña C, Herrera T, Ruiz N, Arias F. Manejo clínico y programático de la tuberculosis con resistencia a fármacos. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*. 2018; 34(2): p. 122-128.

45. Agueda T, Sanchez H, Verges C, Sotomayor M, Lopez L, Sorokin P. Tuberculosis en América Latina y el Caribe: reflexiones desde la bioética. *Perspectiva Bioética*. 2018; 22(2): p. 331-357.

46. Saavedra A, Rangel L, García Á, Duarte A, Bello Y, Infante A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. *Atención Familiar*. 2016; 23(1): p. 24-28

Anexos

Anexo 1. Matriz de consistencia

<b>TÍTULO: Funcionamiento familiar en pacientes de 20 – 59 años con tuberculosis en el Centro de Salud Hijos del Almirante Grau – Ventanilla 2019</b> <b>AUTORA: Quintanilla Huasacca, Jannet</b>				
PROBLEMA DE INVESTIGACION	OBJETIVOS	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSIONES
<p><b>Problema general</b></p> <p>¿Cuál es la funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud hijos del Almirante Grau – Ventanilla, Febrero – Mayo 2019?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <p>¿Cuál es la cohesión familiar en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud hijos del Almirante Grau – Ventanilla, Febrero – Mayo 2019?</p> <p>¿Cuál es la adaptabilidad familiar en pacientes con tuberculosis en el Centro de Salud hijos del Almirante Grau – Ventanilla, Febrero – Mayo 2019?</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar la funcionalidad familiar en los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de salud hijos del Almirante Grau – Ventanilla 2019.</p> <p><b>Objetivo específicos</b></p> <p>Determinar la cohesión familiar en los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de salud hijos del Almirante Grau – Ventanilla 2019.</p> <p>Determinar la adaptabilidad familiar en los pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de salud hijos del Almirante Grau – Ventanilla 2019.</p>	<p>No aplica</p>	<p>Funcionamiento familiar</p>	<p><b>D1: Cohesión</b>            I1: Coaliciones            I2: Límites familiares            I3: Tiempo y amigos            I4: Lazos emocionales            I5: Intereses comunes y recreación</p> <p><b>D2: Adaptabilidad</b>            I1: Control            I2: Disciplina            I3: Liderazgo            - I4: Roles y reglas de relación</p>

## Anexo 2. Instrumento

El objetivo de este estudio es determinar la funcionalidad familiar según percepción del paciente que asiste al programa de control de tuberculosis del Centro de salud hijos del Almirante Grau – 2019. El cuestionario se ha dividido en dos dimensiones para marcar con una X dando la respuesta que Ud. crea conveniente.

<b>I. DIMENSION COHESION FAMILIAR</b>	<b>nunca</b>	<b>algunas veces</b>	<b>siempre</b>
1.-Ahora que estoy enfermo de la tuberculosis siento que los miembros de mi familia me están apoyando.			
2.- Las amistades me aceptan a pesar de que estoy enfermo.			
3. Me gusta la convivencia con los familiares ahora que tengo tuberculosis.			
4. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia ahora que estoy enfermo.			
5.- A pesar que tengo tuberculosis me gusta pasar el tiempo libre en familia.			
6. Nos sentimos muy unidos a pesar que tengo tuberculosis.			
7.- A pesar que tengo tuberculosis mi familia me toma en cuenta para tomar decisiones importantes.			
8. Realizamos actividades recreativas en familia a pesar que tengo tuberculosis.			
9. Consultamos unos con otros para tomar decisiones ahora que tengo tuberculosis.			
10. La unión familiar es muy importante ahora que estoy enfermo(a).			
<b>II. DIMENSION ADAPTIBILIDAD FAMILIAR</b>	<b>nunca</b>	<b>algunas veces</b>	<b>siempre</b>
11. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias para resolver mi enfermedad.			
12. La familia puede opinar en cuanto a mi enfermedad.			
13. Cualquier miembro de mi familia puede tomar la autoridad ante mi enfermedad.			
14. Mi familia a modificado el modo de hacer sus cosas.			
15. Toda mi familia me brinda su apoyo ahora que tengo tuberculosis.			
16. En mi familia me permiten tomar decisiones en casa a pesar que estoy enfermo(a).			
17. En nuestra familia las reglas cambian ahora que tengo tuberculosis.			
18. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros a pesar que estoy enfermo(a).			
19. En nuestra familia no es difícil identificar quien tiene la autoridad ahora que tengo tuberculosis.			
20. Los miembros de familia respetan cuando me es difícil hacer las labores del hogar ahora que tengo tuberculosis.			

### ESCALA DE VALORACIÓN DE INSTRUMENTO

### Anexo 3. Análisis de fiabilidad

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Cohesión	0,807	10
Adaptabilidad	0,817	10
Funcionamiento familiar	0,857	20

#### Fiabilidad

#### Escala: COHESIÓN

##### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,807	10

##### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item1	17,4400	15,090	,070	,833
Item2	17,8000	13,833	,267	,817
Item3	18,1600	12,890	,639	,774
Item4	17,7600	12,940	,428	,798
Item5	18,0400	12,123	,600	,775
Item6	17,9200	13,910	,299	,810
Item7	18,1600	12,890	,639	,774
Item8	18,1200	12,193	,754	,760
Item9	18,1600	12,890	,639	,774
Item10	18,0800	12,577	,690	,768

## Fiabilidad

### Escala: ADAPTABILIDAD

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,817	10

#### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item11	19,2000	17,000	,471	,804
Item12	19,0400	17,457	,415	,810
Item13	19,4800	16,593	,550	,795
Item14	19,2400	17,523	,450	,805
Item15	19,2400	16,523	,577	,792
Item16	19,2000	17,750	,436	,807
Item17	18,8400	16,807	,584	,792
Item18	18,7600	17,440	,594	,794
Item19	19,0800	17,160	,436	,808
Item20	19,0800	16,743	,505	,800

## Fiabilidad

### Escala: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,857	20

#### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item1	39,0000	47,750	,591	,846
Item2	39,2800	46,043	,664	,841
Item3	39,6400	50,823	,301	,856
Item4	39,3200	48,810	,363	,855
Item5	39,5600	49,257	,345	,855
Item6	39,4400	48,757	,455	,851
Item7	39,6000	50,750	,281	,857
Item8	39,5600	48,007	,574	,846
Item9	39,6000	50,750	,281	,857
Item10	39,5600	49,257	,489	,850
Item11	39,4400	48,590	,390	,854
Item12	39,2800	49,127	,355	,855
Item13	39,7200	48,377	,418	,852
Item14	39,4800	47,760	,537	,847
Item15	39,4800	47,343	,531	,847
Item16	39,4400	48,590	,474	,850
Item17	39,0800	48,077	,503	,849
Item18	39,0000	48,917	,519	,849
Item19	39,3200	47,893	,449	,851
Item20	39,3200	48,227	,418	,852

#### Anexo 4. Tablas

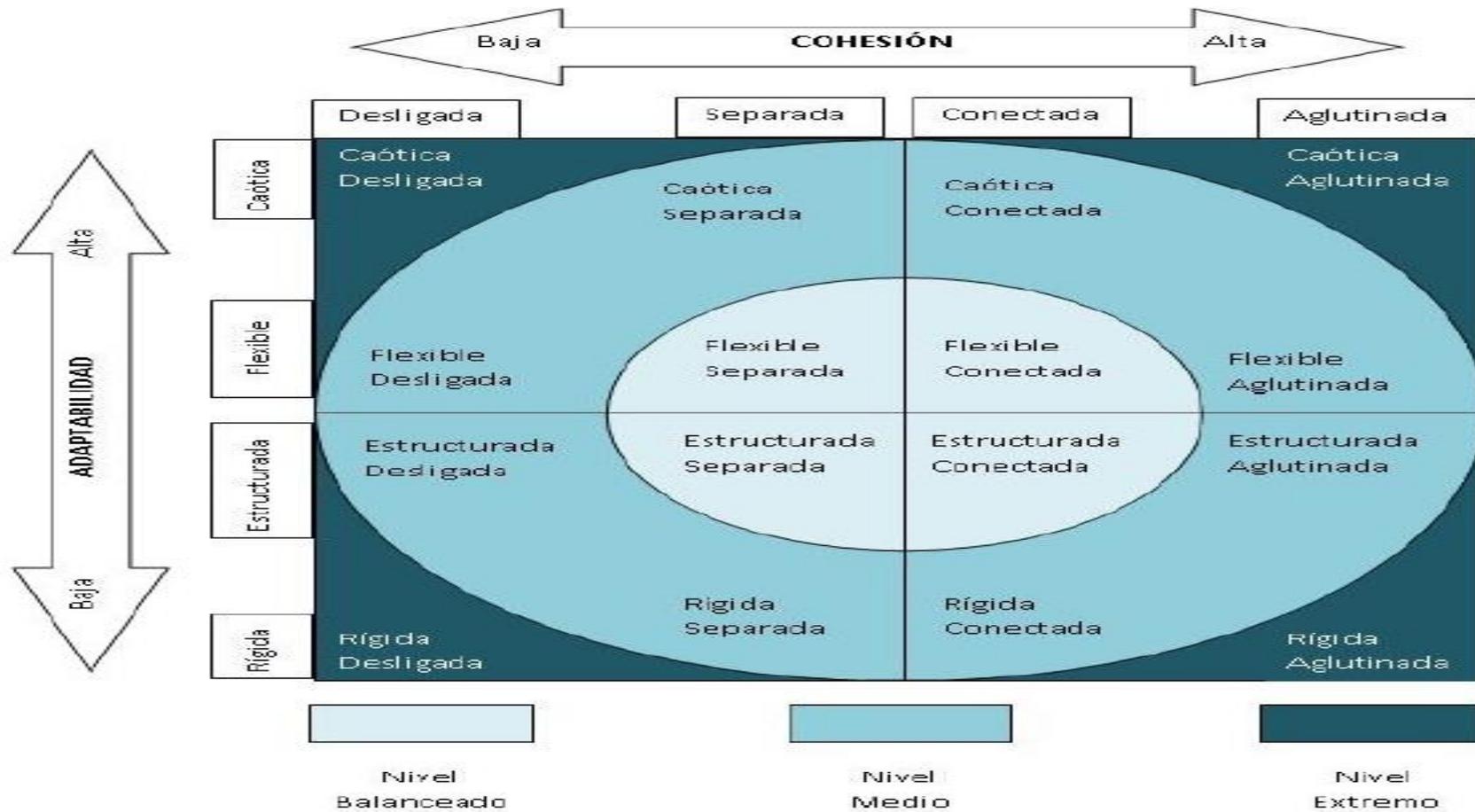
Tabla 3 – Características sociodemográficas de los pacientes con TBC: edad, sexo y grado de instrucción.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>EDAD</b>		
Menor a 30 años de edad	8	20%
De 30 a 45 años de edad	28	70%
Mayor de 45 años de edad	4	10%
<b>SEXO</b>		
Femenino	16	40%
Masculino	24	60%
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
Primaria	6	15%
Secundaria	31	77.5%
Superior	3	7.5%

En relación a la edad un 70% tenía entre 30 a 45 años, un 20% era menor de 30 años y un 10% mayor de 45. Respecto al sexo, predominó el masculino con un 60% y el femenino tenía un 40%. De igual modo el grado de instrucción que tenían fue un 77.5% nivel secundario, un 15% primaria y un 7.5% superior.

### Anexo. 5 Modelo de Olson - Circumplejo del funcionamiento familiar

Fuente: *Manual de la Escala de cohesión y adaptabilidad familiar*<sup>3</sup>



## Anexo 6. Turnitin

feedback studio Jannet Quintanilla | turnitin jannet

**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

Funcionamiento Familiar en pacientes de 20 – 59 años con tuberculosis en el Centro de Salud Hijos del Almirante Grau – Ventanilla 2019

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE**

Licenciada en Enfermería

**AUTORA:**

Quintanilla Huasacca, Jannet (ORCID 0000-0001-7718-8927)

**Match Overview**

**16%**

Currently viewing standard sources

[View English Sources \(Beta\)](#)

Matches

Match	Source	Percentage
1	Submitted to Universid... Student Paper	8%
2	repositorio.ucv.edu.pe Internet Source	1%
3	alicia.concytec.gob.pe Internet Source	1%
4	www.revista-portalesm... Internet Source	1%
5	Submitted to Universid... Student Paper	<1%
6	Submitted to Universid... Student Paper	<1%
7	repositorio.upsjb.edu.pe Internet Source	<1%
8	Submitted to Universid... Student Paper	<1%
9	documentslide.org Internet Source	<1%
10	repositorio.una.edu.pe Internet Source	<1%

Page: 1 of 31 Word Count: 7425 Text-only Report | High Resolution On

## Anexo 7. Recibo digital

[Skip to Main Content](#)



### Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: **Jannet Quintanilla**  
Assignment title: **DPI 2019II**  
Submission title: **turnitin jannet**  
File name: **turnitin\_janneth.docx**  
File size: **326.22K**  
Page count: **31**  
Word count: **7,425**  
Character count: **40,465**  
Submission date: **01-Oct-2019 08:45PM (UTC-0500)**  
Submission ID: **1176088849**



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**TESIS**  
Funcionamiento Familiar en pacientes de 20 – 59 años con tuberculosis en el Centro de Salud Hijo del Almirante Grau - Vicosillo 2019  
TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
Licenciada en Enfermería

**AUTORA:**  
Quintanilla Huanaco, Jannet (ORCID 0000-0001-7718-8527)

**ASESORA:**  
Mg. Riveco Álvarez Rosario Paulina (ORCID 0000-0002-9804-7047)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**  
Enfermedades Transmisibles

LIMA – PERÚ  
2019

**Anexo 8. Autorización de publicación de tesis en repositorio institucional UCV**

 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS          EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV</b>	Código : F08-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	---	---

Yo Jamet Antonilla Huasacca....., identificado con DNI N° 15451215....., egresado de la Escuela Profesional de Enfermería..... de la Universidad César Vallejo, autorizo (X) , No autorizo ( ) la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado funcionamiento familiar en pacientes de 20-59 años con tuberculosis en el centro de salud hijos del almirante Grau - Ventanilla - 2014 en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

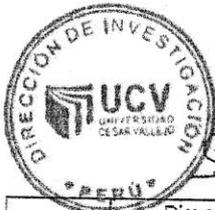
.....

.....

Jamet Antonilla Huasacca  
 FIRMA

DNI: 15451215.....

FECHA: 24 de 10 del 2019.



Jamet Antonilla Huasacca



Jamet Antonilla Huasacca

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Vicerrectorado de Investigación	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	---------------------------------	---------------------------------

## Anexo 9. Acta de aprobación de originalidad de tesis

	<b>ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS</b>	Código : F06-PP-PR-02.02
		Versión : 07
		Fecha : 23-03-2018
		Página : 1 de 1

Yo, Dra. Rosario Paulina RIVERS ALVAREZ, docente de la Facultad de Ciencias Médicas y Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad César Vallejo (precisar filial o sede), revisor (a) de la tesis titulada

"Funcionamiento Familiar en pacientes de 20-59 años con tuberculosis en el Centro de Salud Niños del Almirante Grau - Ventanilla 2019", del (de la) estudiante Jannet Quintanilla Huasacca, constato que la investigación tiene un índice de similitud de .16.% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

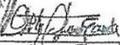
El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lugar y fecha: Los Olivos 24 de octubre de 2019



Firma  
**RIVERS ALVAREZ ROSARIO PAULINA**  
 Nombres y apellidos del (de la) docente

DNI: 06170848

## Anexo 10. Versión final del trabajo de investigación



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE  
la Escuela de Enfermería

---

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

Jannet Quintanilla Huasacca

INFORME TITULADO:

Funcionamiento Familiar en pacientes de 20-59 años con tuberculosis en el centro de salud Hijos del Almirante Grau - Ventanilla 2019

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

---

Licenciada en Enfermería

SUSTENTADO EN FECHA: 29 de noviembre del 2019

NOTA O MENCIÓN: (N) Catorce



  
Mgtr. Lucy Tani Becerra Medina  
Coordinadora Investigación.