

Funcionalidad familiar en
pacientes diagnosticados
con tuberculosis en la
ciudad de Neiva


Julian Francisco Bahamon Charry

Enfermero

Magíster en salud familiar de la Universidad Católica de Oriente

julianchobahamon@hotmail.com

Grupo de investigación: Atención Primaria en Salud (APS)

 Orcid: 0000-0001-8834-7604

Juridy Viviana Gutiérrez Rodríguez

Enfermera, especialista en epidemiología

Magíster en salud pública

Estudiante de Doctorado en Epidemiología y Bioestadística

Universidad CES

Grupo de investigación Epidemiología y Bioestadística

Profesora de cátedra de la Universidad Católica de Oriente

Correo: gutierrez.juridy@uces.edu.co

 ORCID: 0000-0003-2925-4015

Funcionalidad familiar en pacientes diagnosticados con tuberculosis en la ciudad de Neiva¹

Resumen

La familia se ha posicionado como elemento fundamental para mejorar el estado de salud, integrando diferentes espacios para así lograr la reducción de problemas sanitarios, pero enfermedades como la tuberculosis pueden generar una alteración en la dinámica familiar. Esta investigación pretende describir la funcionalidad familiar en pacientes diagnosticados con tuberculosis en la ciudad de Neiva que ingresaron a la base de datos del programa departamental en los meses de marzo a junio del año 2019. Se realiza un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal. Mediante encuesta aplicada se recolectó información sobre variables sociodemográficas, condiciones de salud, tipología de familia y funcionalidad familiar. Se encuentra que el 54,5 % de los participantes fueron hombres, 36,4 % cursaron primaria completa e incompleta, el 45,5 % pertenecían a estrato socioeconómico uno, 42,4 % provenían de la comuna 6, 54,5 % estaban afiliados al régimen contributivo. En cuanto a la presencia de comorbilidades, el 15 % padecían hipertensión arterial, 12 % diabetes mellitus y 9 % VIH. El 79 % de los participantes se encontraban en la segunda fase de tratamiento antituberculoso con 27 % de conocimiento del medicamento. La tipología familiar fue nuclear en el 36 % de los pacientes, seguida de tipología compleja (37 %). El 73 % de los pacientes

¹ Capítulo derivado del Proyecto de Investigación para optar al título de Magister en Salud Familiar de la Universidad Católica de Oriente 2020.

tenían buena función familiar. Se concluye que, la funcionalidad familiar, juega un papel importante en todos los procesos del tratamiento, tanto las comorbilidades como algunos factores sociodemográficos y el conocimiento de la enfermedad pueden incidir de manera directa en la finalización y éxito del tratamiento; aunque la funcionalidad familiar es buena, se evidencia que los participantes con algún grado de disfunción familiar fueron en su mayoría del sexo masculino.

Introducción

Muchas definiciones giran alrededor del término familia, desde un grupo primario de la sociedad, su clasificación en natural o civil por el grado de parentesco, o como un conjunto de elementos dinámicos que darán respuestas a la necesidad de la sociedad y en especial respuesta al proceso salud-enfermedad (Ortiz, 1999).

La familia se ha venido posicionado como necesidad para mejorar el estado de salud de los miembros que la conforman, planteando intervenciones que integran diferentes espacios, logrando así reducir problemas de sanidad relacionados con los determinantes sociales (Ali y Prins, 2017).

No existe una definición única de familia, el concepto puede expresarse desde diferentes campos (biológicos, psicológicos, sociales, jurídicos, económicos), pero confluyen aspectos comunes, entre estos se destacan que la familia es un grupo de personas que pueden compartir espacio físico o no, que tienen relaciones definidas biológica o socialmente con funciones específicas al interior del grupo y en la sociedad, que se ven influenciadas por el entorno en que se desarrollan (Oliva y Villa, 2013).

Así como el concepto de familia ha evolucionado a través del tiempo, también lo han hecho los tipos de familia, pasando de familias tradicionales que incluyen padre, madre e hijos, a familias extensas o constituidas por personas sin vínculo biológico. De igual manera, se encuentra literatura que incluye en el grupo de tipos de familia a personas sin familia como el adulto soltero, el viudo sin hijos, a los jóvenes emancipados y equivalentes familiares que corresponde a personas que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar tradicional como amigos o parejas homosexuales estables (Jiménez, 1998 como se citó en Echeverry, 2016), entre otros.

La funcionalidad familiar es un mecanismo para enfrentar sucesos dentro de la familia; se describen funciones como la socialización, el afecto, cuidado, estatus, reproducción y desarrollo y ejercicio de la sexualidad, manteniendo criterios de comunicación, individualidad y toma de decisiones, para que en conjunto sean determinantes para la conservación de la salud o la presencia de enfermedad (Olalde, 2013).

Ahora bien, la tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis*; “El riesgo de infección y el desarrollo posterior de la enfermedad dependen de factores asociados con el bacilo” (p. 6), el huésped y la interacción bacilo-huésped (Protocolo de vigilancia en Salud Pública – Tuberculosis, 2017). La tuberculosis es una enfermedad con fuerte estigma social que puede alterar la percepción de enfrentar situaciones hacia sí mismo (Balcázar, Ramírez y Rodríguez, 2015).

En lo relacionado con el esquema de tratamiento, cabe recordar que la tuberculosis activa en adultos y niños con peso mayor o igual a 25 kg, se trata usando dosis fija combinada de rifampicina/Isoniazida/Pirazinamida/Etambutol en la fase intensiva diaria de lunes a sábado (56 dosis) y fase de continuación tres veces por semana de Rifampicina/Isoniazida (56 dosis) (Circular externa 055 de 2016).

A continuación, se presentan algunos artículos que describen relación entre familia, funcionalidad familiar y el tratamiento de la tuberculosis:

Munro et Al. (2007), realizaron una revisión sistemática de la investigación cualitativa, con el fin de comprender los factores considerados importantes por los pacientes, cuidadores y proveedores de atención médica para contribuir a la adherencia a la medicación para la tuberculosis, utilizando el método de metaetnografía. El estudio incluyó también la búsqueda de citas y consulta de expertos. Se identifican ocho temas principales en los estudios entre los que se encuentra apoyo familiar. Al respecto relatan que, en algunos estudios, el papel y las responsabilidades de un paciente en la familia pueden motivarlo a adherirse al tratamiento para recuperar y reanudar esas tareas. Pero las responsabilidades en el hogar, como proporcionar ingresos y cuidar a los niños, también redujeron la probabilidad de adhesión para algunos.

Baral et al (2007), realizaron un estudio cualitativo con 34 pacientes con tuberculosis en Nepal, y siguiendo el enfoque de teoría fundamentada en las entrevistas

y el análisis de estas, encontraron que los pacientes se aislaron de sus amigos y familiares por temor a la discriminación y aislamiento dentro de la familia. Los autores hacen un llamado a los involucrados en la investigación, el desarrollo y la implementación del control de enfermedades transmisibles para que reconozcan que el problema a abordar es principalmente la discriminación, no el estigma, y para dar mensajes claros a ese efecto, en lugar de nublar el problema al referirse al estigma cuando se refiere a discriminación.

Da Cruz, Ruffino, Scatena, Figueiredo, Laine de Paula y Scatena (2009) en su estudio de evaluación con enfoque cuantitativo utilizando un modelo transversal, “consideran el abordaje de la familia durante el proceso de atención como énfasis para asegurar asistencia total y resolutivas” (p. 2), teniendo un enfoque orientador para la comunidad promoviendo cambios cotidianos en la calidad y reforzar el comportamiento conjunto “para que el tratamiento de la TB tenga éxito y exista una distribución de compromisos, en que participen el servicio de salud, los enfermos y familiares” (p. 5).

En este orden de ideas, la funcionalidad familiar puede estar influenciada por las condiciones de salud de sus miembros, el problema radica en que, si el paciente con tuberculosis hace parte de una familia disfuncional, la adherencia al tratamiento, así como la curación de la enfermedad, pueden estar en riesgo, o por el contrario, si el estado de salud de uno de los integrantes está afectado, esto puede influenciar de manera negativa la funcionalidad familiar, de acuerdo al rol desempeñado por el enfermo.

Por lo anterior, el estudio pretende describir la funcionalidad familiar de los pacientes en tratamiento con tuberculosis en la ciudad de Neiva en el periodo señalado; los resultados pueden aportar a la creación de estrategias municipales para el control de la tuberculosis desde un abordaje de salud familiar, de acuerdo a lo establecido en la “Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud” que destaca a la familia como centro de atención en salud, lo cual permitirá un abordaje integral de la enfermedad involucrando componentes de salud familiar y no limitándolo solamente al proceso patológico.

Metodología

La investigación se enmarcó dentro del paradigma empírico analítico, con un en-

foque cuantitativo, en cuanto a la inferencia del investigador es de naturaleza observacional, la intencionalidad de estudio es descriptiva, y según el número de mediciones es de corte transversal. Se realizó en la ciudad de Neiva con 66 pacientes con diagnóstico de tuberculosis e inscritos en la base de datos del programa departamental de tuberculosis; Para este estudio se trabajó con los pacientes diagnosticados con tuberculosis inscritos en el programa departamental y que aceptaron participar en el estudio. El muestreo se realizó por conveniencia, se tuvo en cuenta el total de los casos de TB que ingresaron en el periodo correspondiente. La técnica para la recolección de la información fue una encuesta por paciente.

El instrumento utilizado fue un cuestionario aplicado que incluyó grupos de variables que respondieron a los objetivos específicos como son factores familiares, condiciones de salud y de la enfermedad actual, factores relacionados con la atención, factores sociodemográficos y de conocimiento y percepción de la enfermedad, factores familiares, así como la escala APGAR familiar utilizada para medir la funcionalidad familiar. Los datos fueron tomados de fuentes primarias. El investigador obtuvo autorización para consultar las bases de datos del programa departamental de tuberculosis de la secretaría de salud departamental del Huila y aplicó la encuesta a los pacientes que aceptaron y dieron su consentimiento para participar en el estudio.

APGAR familiar

Forero et al., (2016) en su estudio para evaluar la consistencia interna y conocer los factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar (APGAR familiar) en estudiantes de un colegio, recopilaron la definición de APGAR familiar, instrumento diseñado en 1978 por Smilkstein para examinar la funcionalidad familiar:

La sigla APGAR se deriva de los cinco componentes (en inglés) de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), que se define como la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un factor de estrés durante un período de crisis; cooperación (partnertship), relacionada con la participación en la toma de decisiones y responsabilidades, lo cual define el grado de poder de los miembros de la familia; desarrollo (growth), como la posibilidad de maduración emocional y física,

así como de autorrealización de los miembros de la familia, por el apoyo mutuo; afectividad (affection), como la relación de amor y atención entre los miembros de la familia, y capacidad resolutive (resolve), como el compromiso o determinación de dedicar tiempo (espacio, dinero) a los otros miembros de la familia. (Forero et al., 2016, p. 24)

Estos cinco componentes se evalúan por medio de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden, tanto el ambiente emocional que rodea a nuestros pacientes como la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis (Forero et al., 2016).

Se conoce así el funcionamiento de la familia por medio de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar y la percepción que un integrante de una familia tiene del propio funcionamiento familiar (Forero et al., 2016).

Cada respuesta debe marcarse con un X que corresponde a un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, según la calificación: •0: Nunca •1: Casi nunca •2: Algunas veces •3: Casi siempre •4: Siempre al siguiente cuestionario dado en Alegre y Suarez, 2006:

- “Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad” (p. 56).
- “Me satisface la participación que mi familia brinda y permite” (p.56).
- “Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades” (p. 56).
- “Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor” (p. 56).
- “Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en a casa, c) El dinero” (p. 56).

Al sumar las respuestas o parámetros del puntaje de 0 a 20 se define el tipo de funcionalidad familiar, “buena función familiar de 18 – 20, disfunción familiar leve de 14 – 17, disfunción familiar moderada de 10 – 13 y disfunción familiar severa de 9 o menos” (Alegre y Suarez, 2006, p. 57).

En cuanto a la validación inicial del APGAR familiar, este instrumento mostró un índice de correlación de 0,80 entre este test y el instrumento previamente utili-

zado (Pless Satterwhite Family Function Index) (Smilkstein G et al., 1982 como se citó en Alegre y Suarez, 2006, p. 55). En diferentes investigaciones posteriores que evaluaron el APGAR familiar, se encontraron índices de correlación que oscilaban entre 0,71 y 0,83, para diversas realidades (Good MJD, et al., 1979 Citado por Alegre y Suarez, 2006, p. 55).

Forero et al. (2016), describen que, aunque en Colombia, formalmente, aún no está validada, ha sido utilizada en estudios por su validez de apariencia. (Forero et al., 2016, p. 24). Los resultados de esta investigación establecen que la escala de APGAR familiar tiene una buena consistencia interna y las preguntas que la componen hacen parte de un único factor (Forero et al., 2016, p. 28).

Consideraciones éticas

La investigación se desarrolló teniendo en cuenta los principios éticos de respeto a la dignidad y Protección de los derechos y bienestar del paciente estipulados en la declaración de Helsinki, Reporte Belmont y en la Resolución 008430 de 1993. El respeto a la autonomía de las personas exige que los sujetos participen en la investigación voluntariamente. Los participantes fueron informados claramente de las generalidades y objetivos del estudio, se resolvieron las dudas y posteriormente firmaron un consentimiento informado con el cual certificaron aceptar voluntariamente la participación en la investigación. Además de ello, se contó con la aprobación del comité de ética de la Universidad Católica de Oriente.

Los resultados de la investigación pueden generar beneficios para la sociedad en general, la Secretaría de Salud departamental del Huila, los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias debido a que el fin último de la investigación es describir la funcionalidad familiar de los pacientes con tuberculosis en tratamiento, aportando al abordaje de la enfermedad desde el enfoque de salud familiar y reconociendo a la familia como un pilar importante en el proceso de atención en salud, con el fin de favorecer un abordaje integral de la enfermedad.

Resultados

De los 66 pacientes registrados en la base de datos de la secretaría de salud departamental que cumplen criterios de inclusión, 8 pacientes no residían en la ciu-

dad de Neiva, 5 pacientes fallecieron, 15 pacientes no pudieron ser contactados, 3 pacientes no aceptaron participar de la investigación y 2 pacientes refirieron no tener TB; por lo mencionado, un total de 33 pacientes fueron los participantes del estudio.

El 50 % de los participantes tenían 43 años o más, (RIQ 33-56,5 años), el menor de los participantes tenía 18 años y el mayor 73 años de edad. Predomina el sexo masculino (54,5 %). El estado civil de la mayoría de los participantes es unión libre (36,4 %) seguido por solteros (21,2 %) y casados (15,2 %).

En cuanto a la formación académica, el 36,4 % de los participantes tenía educación primaria completa o incompleta, el 30,3 % había realizado la básica secundaria completa o incompleta y el 18,2 % educación media y técnica completa; y universitario completo o incompleto el 12,1 %. Cabe mencionar que el 3 % de los participantes no tenían ningún año escolar.

En relación con aspectos laborales, el 24,2 % de los participantes tenían una vinculación laboral formal, en igual proporción se encontraron empleados informales, el 21,2 % se dedicaba al hogar y el 18,2 % estaba desempleado.

En referencia al lugar de procedencia, se encuentra que la mayor proporción de los participantes provienen de las comunas 6 (42,2 %) y 8 (12,1 %) del municipio de Neiva. Predominan pacientes de estrato socioeconómico 2 (54,5 %).

En lo relacionado a la afiliación al sistema de salud, el 51,5% de los participantes presentaba afiliación al régimen contributivo y el 42,4 % al régimen subsidiado; las Entidad Administradora de Planes y Beneficios EAPB del 27,3 % de los pacientes era Comfamiliar y en igual proporción los pacientes pertenecían a Nueva EPS. Las instituciones prestadoras de servicios de salud donde fueron atendidos son ESE Carmen Emilia Ospina en el 36,4 % de los casos y el centro de diagnóstico médico IDIME en el 27,3 %. El 87,9 % de los participantes calificaron de buena la atención prestada en la IPS, el 12,1 % refirió ser un servicio malo o regular.

Al indagar por la persona económicamente responsable del hogar se encontró que en el 60 % de los casos son los pacientes quienes tienen esta responsabilidad, seguido de la esposa o esposo en el 30,3 % e hijos con 18,20 %. En cuanto a otras personas que también responden económicamente en el hogar, se encuentran padres, hermanos, nietos, cuñados, nueras y yernos. La mayoría tuvieron ingresos mensuales entre 1,1 y 2 salarios mínimos legales vigentes (57,6 %).

A continuación, se describen las condiciones de salud y enfermedad actual en los participantes en el estudio. En referencia a antecedentes personales, se encontró que el 54 % tenían algún tipo de antecedente patológico, entre ellos el 15 % padecían hipertensión arterial, el 12 % diabetes mellitus y el 9 % VIH. Al preguntar sobre los antecedentes patológicos familiares de los participantes se encontró que el 66 % presentaba algún tipo de antecedente, de estos, el 27 % tenía antecedente familiar de hipertensión arterial, el 24 % de diabetes mellitus y el 6% de tuberculosis.

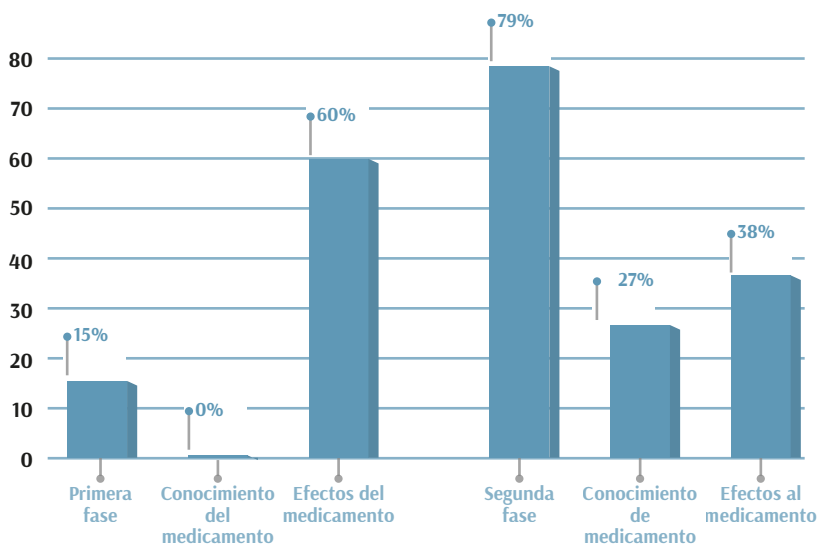
Los participantes manifestaron que su familia conocía de la enfermedad y el 90,9 % consideró que el diagnóstico no afectó sus relaciones familiares.

En lo referente a la fecha de diagnóstico, la mayor proporción de los participantes en el estudio fueron diagnosticados en los meses de abril y marzo de 2019 (51,5 %), las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS donde se realizó el diagnóstico fueron el Hospital Universitario Hernando Moncaleano (33 %), Clínica MEDILASER (33 %), ESE Carmen Emilia Ospina (15 %) y otros centros de salud (18,3 %). En cuanto al acceso a la institución encargada de la dispensación de los medicamentos, el 72,7 % manifiesta demora de más de 10 minutos en llegar a la institución.

En lo relacionado con el esquema de tratamiento, el 15 % de los participantes al momento de la encuesta estaban en la primera fase, y de estos, ninguno conocía la totalidad de los medicamentos que estaba consumiendo (teniendo en cuenta los cuatro medicamentos que se debe consumir en la primera fase). Del total de los participantes que se encontraban en primera fase de tratamiento, el 60 % presentó algún efecto secundario al medicamento. El 79 % de los participantes estaban en la segunda fase del tratamiento; de los pacientes en esta fase, el 27 % conocía el nombre de la totalidad de los medicamentos que consumía. El 38 % respondió que presentó algún efecto secundario al medicamento (Figura 1).

Figura 1

Aspectos relacionados con el tratamiento.



Nota. Autoría propia.

El 60 % de los participantes en la primera fase presentaron efectos secundarios al medicamento, diferentes a los que estaban en la segunda fase, donde solo el 38 % presentó algún efecto. Entre ellos: pesadez en la lengua, prurito, malestar general, dolor en las articulaciones, hepatomegalia, dolor de cabeza, vómito, mareo, dolor de estómago, placas en el cuerpo, se iban cayendo las uñas, cambios en la orina, debilidad en el cuerpo, adormecimiento en las manos y dolor, pesadez en el estómago, ganas de vomito, perdida de la visión.

El 93,9 % de los participantes refirieron haber recibido su tratamiento bajo la estrategia TAES (Tratamiento acortado estrictamente supervisado). El 21,2 % de los pacientes alguna vez faltó a reclamar el tratamiento, dentro las causas de la falencia, los pacientes manifestaron que fue por trabajo, por viaje, falta de tiempo, perdida de celular, desconocimiento de horario de entrega o la inasistencia del acudiente.

Otro objetivo planteado en la investigación fue caracterizar la tipología familiar de

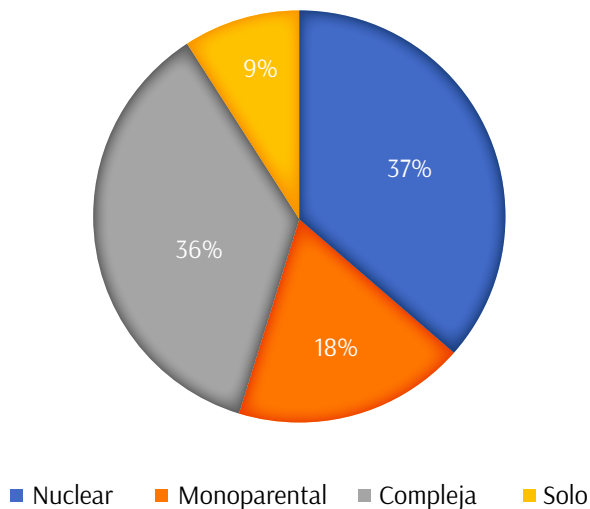
los pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar, a continuación, se presentan los resultados que dan cuenta de este objetivo.

El 70 % de los pacientes, vivía en compañía de los hijos, el 42 % vivía en compañía de la esposa o esposo, y el 21 % en compañía de la mamá. Además, se encontró que vivían con nietos (18,2 %), nuero o yerno (9,1 %), y otros parientes como abuelos, suegros, amigos, sobrinos, nietos y cuñados.

La mayor proporción de las familias de los pacientes eran de tipo nuclear (37 %), que es aquella conformada por los “padres y madres convivientes con hijos a su cargo y cuyo proceso de formación se localiza en el matrimonio o en las nuevas formas de cohabitación” (Luengo, 2008, p. 14) y la familia compleja (36 %), que es aquella “resultante de la convivencia de al menos tres generaciones en sentido vertical, padres y/o madres con hijos a su cargo coresidiendo con sus progenitores de origen” (Luengo, 2008, p. 14) (Figura 2).

Figura 2

Tipología de las familias de los participantes con tuberculosis pulmonar.



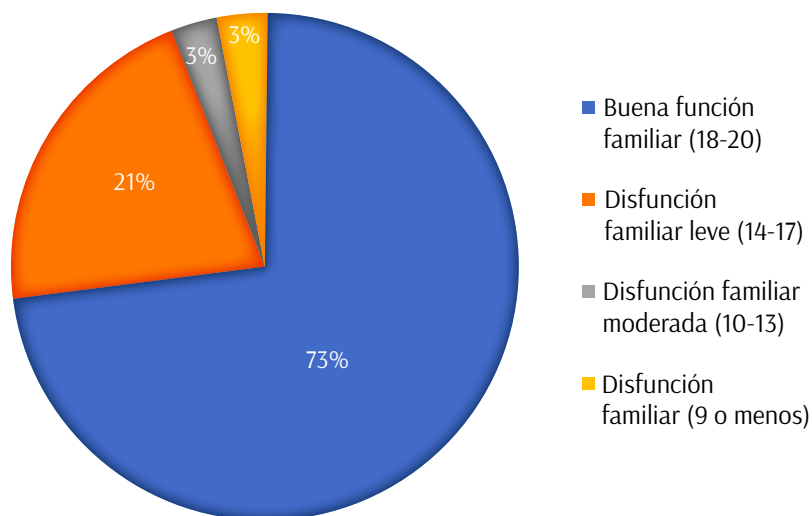
Nota. Autoría propia.

Con el fin de evidenciar el estado funcional de la familia de los participantes en el

estudio, se utilizó el APGAR FAMILIAR, una herramienta para detectar la disfunción familiar. Se encontró que, en mayor proporción, los participantes presentan una buena función familiar (73 %) y el 6 % disfunción moderada o severa (Figura 3).

Figura 3

Funcionalidad familiar de los participantes en el estudio.



Nota. Autoría propia.

A continuación, se detallarán las respuestas dadas por los participantes en el estudio al indagar su funcionalidad familiar a través del APGAR familiar.

En la dimensión de adaptabilidad, se evidencia que el 87,9 % de pacientes reciben siempre ayuda de su familia ante una necesidad o problema.

En la dimensión de participación, se evidencia que el 84,8 % de las familias, siempre se hacen partícipes de la toma de decisiones en la solución de sus problemas.

En la dimensión de ganancia, se evidencia que el 75,8 % de las familias siempre aceptan y apoyan deseos de liderar nuevas actividades, y en un porcentaje bajo

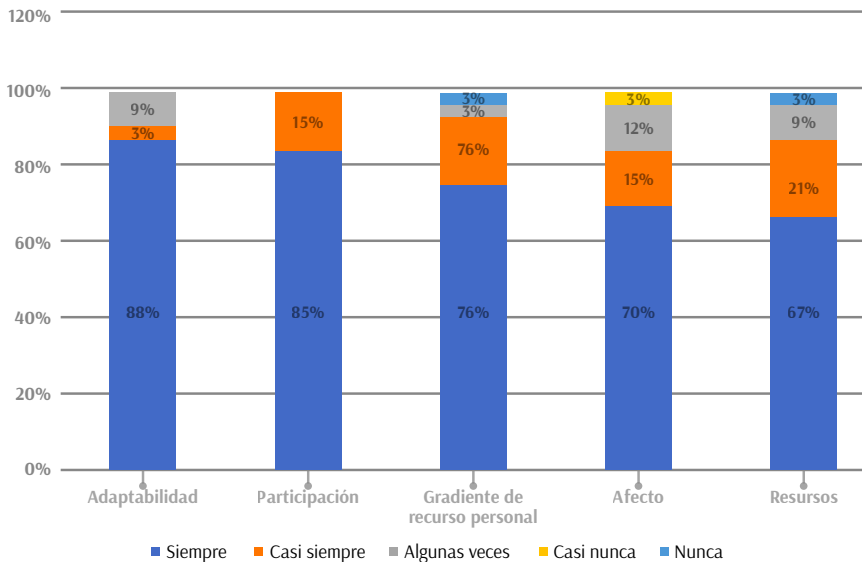
los pacientes nunca sienten el apoyo familiar (3 %).

En relación con el afecto, se evidencia que el 69,7 % de las familias siempre expresan afectos y responden a las emociones del paciente, pero también hay un porcentaje donde las familias casi nunca expresan afectos ni responden a las emociones del paciente (3 %).

En la dimensión de recurso, se evidencia que las familias siempre comparten espacio, tiempo y dinero con el paciente (66,7 %) (Figura 4).

Figura 4

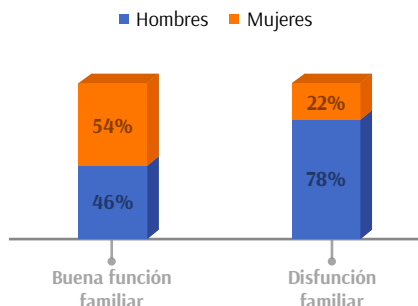
Funcionalidad familiar según dimensiones.



Nota. Autoría propia.

Al analizar la función familiar por sexo, en el que se evidenció que el 54 % con buena función familiar eran mujeres. Por otro lado, el 78 % de los participantes con disfunción familiar fueron hombres.

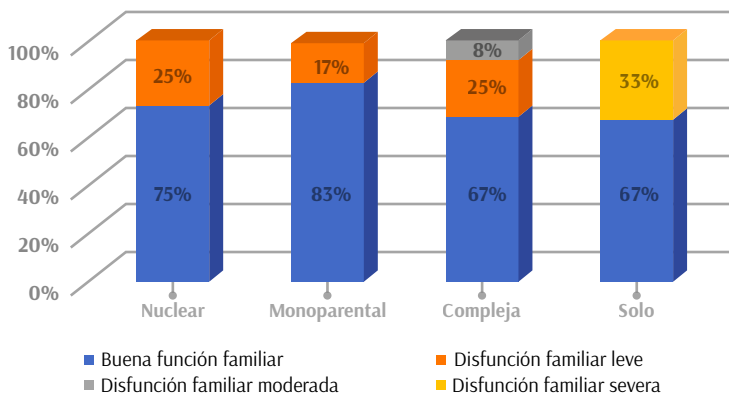
Figura 5
Funcionalidad familiar por sexo.



Nota. Autoría propia.

Al analizar la funcionalidad familiar, según el tipo de familia, el 75 % de familias nucleares, el 83 % de las familias monoparentales y el 67 % de familias complejas presentaban buena funcionalidad familiar. En los pacientes que vivían solos, el 33 % percibió una disfunción familiar severa, el restante manifiesta buena función (Figura 6).

Figura 6
Funcionalidad familiar según tipo de familia.



Nota. Autoría propia.

Discusión

Tal y como lo establecen los lineamientos técnicos y operativos del programa nacional de tuberculosis (2019), el abordaje de la tuberculosis requiere de un compromiso intersectorial que, dentro del marco de la Ley Estatutaria (Ley 1751 de 2015) garantice el derecho a la salud de la población desde la promoción y la prevención, afectando positivamente la salud colectiva mediante la atención integral de la salud individual (Ministerio de Salud Nacional de Colombia, 2019, p. 15).

En consonancia con lo anterior, el presente estudio describió la funcionalidad familiar en pacientes en tratamiento con tuberculosis en la ciudad de Neiva que ingresaron a la base de datos departamental en el primer semestre del año 2019, teniendo en cuenta las características sociodemográficas, condiciones de salud y enfermedad actual, tipología de familia y estado funcional.

Dentro de las características familiares, los pacientes relacionaron vivir con su esposa o esposo e hijos siendo la familia nuclear la característica principal. Asimismo, la relación con los hijos fue buena; esto lo soporta también Mateus y Carvajal (2006) en su estudio sobre factores predictivos de adherencia, en la cual la mayoría de los sujetos del estudio vivían con sus familias e informaron buenas relaciones con sus hijos y otros familiares y esperaban su apoyo en caso de enfermedad. En el presente estudio, el 6,1% de los participantes no vivían con sus familiares, situación similar en el estudio de Carvajal et al. (2007), en el cual el 8,7 %, al momento del tratamiento, no vivían con sus familias.

En cuanto al tema de funcionalidad familiar, se encuentra que la mayoría de los pacientes diagnosticados con tuberculosis tienen buena función familiar en contraste con un estudio llamado funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis pulmonar en áreas urbanas de Los Olivos – Lima, los resultados evidenciaron que la mayor proporción de familias con pacientes con tuberculosis eran familias disfuncionales con el 60 % mientras que las familias funcionales solo fueron del 40 % (Robles et al., 2016).

Al analizar de manera diferenciada la funcionalidad familiar según el sexo, en los hombres, el 78 % presentan algún grado de disfuncionalidad familiar, de manera similar en un estudio realizado en Colombia por Cogollo et al. (2009), en cuanto a la percepción de la funcionalidad familiar, se encontró entre los varones un 62,1 % de disfuncionalidad, comparado con un 58,9% en las mujeres.

Con relación a la funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis, según tipo de familia, en el estudio de Ojeda (2013), se describe que el 30,5 % de las familias monoparentales presentan un tipo de cohesión conectada, como lo ocurrido en el presente estudio en el que la familia monoparental presentó la mayor funcionalidad familiar con el 83 %.

Esta investigación tiene una finalidad descriptiva, sin embargo, es importante continuar con la realización de investigaciones en el tema, que tengan finalidad analítica, con el propósito de identificar factores asociados o factores de riesgo de incumplimiento al tratamiento farmacológico, teniendo en cuenta el componente familiar.

Conclusiones

Se ha descrito que los factores sociodemográficos influyen de manera directa en el desarrollo de la tuberculosis; esta investigación evidencia mayor prevalencia en hombres, así como en lugares con factores y condiciones menos favorables, donde la probabilidad de contraer la enfermedad es más alta.

Tanto las comorbilidades como el conocimiento de la enfermedad pueden influir de manera directa en la finalización y éxito del tratamiento. Se evidenció falta de conocimiento acerca del tratamiento por parte de los pacientes.

La mayoría de los participantes pertenecen a la tipología familiar nuclear y compleja, en su mayoría viven en unión libre.

La funcionalidad familiar debe considerarse como un factor importante en el momento de generar estrategias para el abordaje de la tuberculosis, dada la relevancia de la familia en la recuperación del estado de salud de los individuos. Asimismo, se debe prestar especial atención en el abordaje de la enfermedad en los hombres, pues del total de familias disfuncionales, la mayor proporción de pacientes pertenecía al sexo masculino.

Referencias bibliográficas

Alegre, Y. y Suarez, M. (2006). Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiaograma y el APGAR familiar. RAMPA. 1 (1), 48 – 57. Recuperado de: <http://>

www.idefiperu.org/RAMNRO1/N9C-PG48CADEC%20Instrum%20Familia2A.pdf

- Ali, A. O. A y Prins, M. H. (2017). Disease and treatment-related factors associated with tuberculosis treatment default in khartoum state, sudan: A case-control study. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 23(6), 408-414. Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/1936473194?accountid=43551>
- Balcázar, L., Ramírez, Y., y Rodríguez, A. (2015). Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. *Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas*, 20(2), 135-143. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47345917003>
- Baral, S. C., Karki, D. K., y Newell, J. N. (2007). Causes of stigma and discrimination associated with tuberculosis in Nepal: a qualitative study. *BMC Public Health*, 7, 211. Recuperado de: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-7-211>
- Carvajal, R., Tovar, L., Aristizábal, J., Varela, M. (2017). Barreras asociadas a la adherencia al tratamiento de tuberculosis en Cali y Buenaventura, Colombia, 2012. *Review Gerenc Polít Salud*. 2017. 16 (32): 68-84. Recuperado de: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.baat>
- Cogollo, Z., Gomez, E., De Arco, O., Ruiz, I. y Campo, A. (2009). Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*. 38 (4). 637 – 644. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v38n4/v38n4a05.pdf>
- Da Cruz, S., Rufino, A., Scatena, T., Figueiredo, S., De Paula, R., y Scatena, L. (2009). Servicios de salud para controlar la tuberculosis: enfoque en la familia y orientación para la comunidad. *Comunidad Latino-am Enfermagem*, 17(3).
- Echeverry, S. (2016). Las tipologías familiares colombianas del siglo XXI: Un análisis de los vínculos familiares en las películas de animación infantil estrenadas en Colombia entre el 2009 y el 2016. (tesis de pregrado). Universidad de Medellín, Medellín, Colombia.
- Forero, I., Avendaño, M., Duarte, Z., y Campo-Arias, A. (2016). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 23-29.

- Luengo, T. (2008). Un análisis de la nuclearidad parsoniana a partir De una investigación sobre la relación entre Estructura familiar y satisfacción parental. *Revista IIPSI*. 11 (2). 13 – 27. Recuperado de: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3810/3058>
- Mateus-Solarte, J., y Carvajal-Barona, R. (2006). Factors predictive of adherence to tuberculosis treatment. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 12(5), 520-526. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/5432557>
- Ministerio de Salud Nacional de Colombia (2019). Lineamientos técnicos y operativos del programa nacional de tuberculosis. Bogotá: Subdirección de enfermedades transmisibles y dirección de promoción y prevención.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud (2018). Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-ruta-promocion-mantenimiento.pdf>
- Munro, S. A., Smith, H. J., Engel, M. E., Fretheim, A., y Volmink, J. (2007). Patient adherence to tuberculosis treatment: A systematic review of qualitative research. *Los Medicine*, 4(7), 238. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0040238>
- Ojeda, Y. (2013) Estudio sobre el funcionamiento familiar en familias nucleares biparentales y familias nucleares monoparentales. (Tesis). Universidad del Bío-Bío, Chillan, Chile.
- Olalde, L. (2013). Funcionalidad familiar de acuerdo al tipo de familia en base al modelo circunflejo en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos a la unidad de medicina familiar No. 75 nezahualcóyotl (tesis de especialización). Universidad autónoma del estado de México, Toluca, México.
- Oliva, E., Villa, V. (2013). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*. 10 (1), 11 – 20. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
- Ortiz Gómez, María Teresita. (1999). La Salud Familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(4), 439-445. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400017&lng=es&tlng=es
- Protocolo de vigilancia en Salud Pública-Tuberculosis. (2017). Bogotá. Recuperado

de: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_Tuberculosis.pdf

Robles, I., Matta, H., Perez, R. y Ferdinan, C. (2016). Funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis pulmonar en áreas urbanas de Los Olivos-Lima. *Revista de ciencia y arte de enfermería*. 1 (2). 47 – 51. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/5418/98d88c284d7c758ee2040f60b3a98ecec7.pdf>