



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y APEGO AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES CON TUBERCULOSIS”.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

PRESENTA

DRA. LILIANA VELÁZQUEZ ARNAIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS**

MÉXICO, D. F. 2016

**REGISTRO
6341010415**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
CON TUBERCULOSIS**

PRESENTA

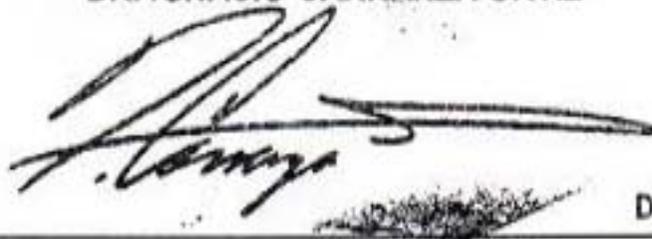
DRA. LILIANA VELÁZQUEZ ARNAIS

AUTORIZACIONES

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS

Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Coordinadora de Enseñanza
Centro de Salud "Dr. José Castro Villagrana"
Secretaría de Salud del Distrito Federal

DR. IGNACIO CARRANZA ORTIZ



Director de Educación e Investigación
Secretaría de Salud del Distrito Federal



DIRECCION DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN
SECRETARIA DE
SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES
CON TUBERCULOSIS**

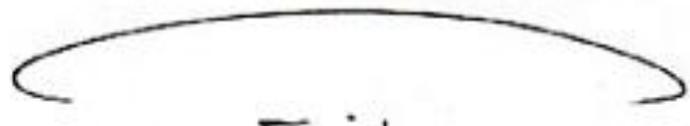
**PRESENTA
DRA. LILIANA VELÁZQUEZ ARNAIS**

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS



**DIRECTORA DE TESIS
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADORA DE ENSEÑANZA
CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL**

DR. JESÚS CRUZ MARTÍNEZ



**ASESOR DE TESIS
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA
HOSPITAL "MANUEL GEA GONZÁLEZ"**

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS**

**PRESENTA
DRA. LILIANA VELÁZQUEZ ARNAIS**

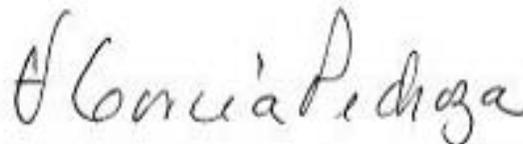
AUTORIDADES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA



Jefe de La Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina, UNAM

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA



Coordinador de Investigación
Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad De Medicina, UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES



Coordinador de Docencia
Subdivisión de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina, UNAM

DEDICATORIA

A mis padres, han sido la guía y pilar fundamental en mi vida, brindándome todas las herramientas que he necesitado para alcanzar mis sueños. por haberme dado la capacidad de superar todas las adversidades, por su amor incondicional, por sus consejos, por ser siempre ejemplo de amor, honestidad y respeto.

A mi esposo por su paciencia y amor, por la motivación a esforzarme día a día, por exigir cada vez más de mí, por los desvelos haciéndome compañía, por no dejar que me derrumbara en momentos difíciles

A mi hija, que es el gran motor de mi vida y el mayor impulso a continuar en el camino sin importar lo arduo que sea, por su comprensión por la falta tiempo en el que no pude estar con ella, por que bastaba una sonrisa para no darme por vencida y motivarme a ser mejor.

A mis hermanos que siempre han creído en mí, demostrándome su amor, apoyo y comprensión y por todos los momentos agradables que hemos vivido.

A todos ustedes les debo este logro en mi vida y no los defraudare.

AGRADECIMIENTOS

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

A mis amigos que estuvieron cuando más los necesite, alentándome a continuar en este arduo camino, por sus consejos, por todo el cariño y apoyo incondicional.

A la Dra. Consuelo González, por su apoyo y consejos en la realización de este trabajo y motivarme para no darme por vencida, sus enseñanzas en este proceso de formación, por mostrarme lo capaz que puedo ser y el no olvidar el compromiso que tenemos con nuestros pacientes.

A mi asesor de tesis el Dr. Jesús Cruz por su orientación y apoyo para realizar y concluir satisfactoriamente ésta tesis.

A todos los profesores que me han ayudado con sus enseñanzas a fortalecer mis conocimientos y crecer profesional y personalmente.

A todas los compañeros del Centro de Salud, que siempre estuvieron dispuestos a apoyarnos.

A cada uno de los pacientes que colaboraron en este proceso.

ÍNDICE

1. MARCO TEÓRICO	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Planteamiento del problema	24
1.3 Justificación	26
1.4 Objetivos	28
1.4.1 Objetivo general	28
1.4.2 Objetivos específicos	28
1.5 Hipótesis de trabajo	28
2. MATERIAL Y MÉTODOS	29
2.1 Tipo de estudio.....	29
2.2 Diseño de la investigación del estudio.....	29
2.3 Población, lugar y tiempo	30
2.4 Muestra	30
2.5 Criterios de selección	30
2.5.1 Inclusión.....	30
2.5.2 No inclusión	30
2.5.3 Eliminación.....	30
2.6 Variables	30
2.6.1 Definición conceptual y operativa	31
2.7 Diseño estadístico.....	37
2.8 Instrumento (s) de recolección de datos.....	37
2.9 Método de recolección de datos.....	40
2.10 Maniobras para evitar y controlar sesgos	40
2.11 Procedimientos estadísticos.....	41
2.12 Diseño y construcción de base de datos	41
2.13 Análisis estadístico.....	41
2.14 Cronograma	41
2.15 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.....	41
2.16 Consideraciones éticas	42
3. RESULTADOS	44
4. DISCUSIÓN	51
5. CONCLUSIONES	55
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
7. ANEXOS	59

RESUMEN

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) informo que un tercio de la población mundial está infectada por *Mycobacterium tuberculosis*; cada año se estima una ocurrencia cercana a ocho millones de casos nuevos y 1.5 millones de defunciones por tuberculosis pulmonar (TBP). En México, en 2013 se diagnosticaron 9 millones de casos nuevos y 1.5 millones de defunciones por año. Al igual que en otros países, las epidemias de vih/sida, diabetes, desnutrición, adicciones y resistencia a fármacos antituberculosis agravan el panorama epidemiológico de TBP en México. El riesgo de abandono al tratamiento condiciona incremento en la tuberculosis farmacorresistente, condicionando el problema terapéutico.

Objetivo: Analizar la funcionalidad familiar y su relación con apego al tratamiento en pacientes con tuberculosis en cualquiera de sus formas de los Centros de Salud pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se creó una Cédula de identificación de datos sociodemográficos y aplicación de cuestionario FACES III, para evaluar cohesión y adaptabilidad. Tarjeta de Registro y Control de Caso de Tuberculosis TAES. Se aplicó a pacientes con diagnóstico de tuberculosis que se encontraran activos en la plataforma de control de Tuberculosis en la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan (JST) durante los meses de mayo y julio de 2015. La muestra por Censo, activo en la plataforma de control de tuberculosis de la JST. Los resultados obtenidos se analizaron con estadística descriptiva y medidas de resumen como frecuencias y porcentajes y Razón de Momios (OR) para establecer la asociación de variables. Se consideraron aspectos éticos.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 26 pacientes, hombres 15 (57.7%) y 11 mujeres (42.3%). edad media de 43.38 años, estado civil 6 (23.07%) solteros, 9 (34.6%) casados, 5 (19.23%) unión libre, 5 (19.23%) separados y 1 (3.84%) viudo. ocupación, 9 pacientes (34.61%) se dedicaban al hogar, 2 (7.69 %) son obreros, 3 (11.53%) comerciante, 4 (15.38%) profesionistas, 2 (7.59 %) estudiantes, 4 (15.38%) desempleados y 2 (7.69%) otro empleo. Forma de Tuberculosis 10 (38.46%) pulmonar, y 16 (61.53%) extrapulmonar. Comorbilidades VIH 30.8%, DM2 23.1%, HAS 20.9%, Alcoholismo 17.9%, Cuestionario Faces III: Cohesión familiar 8 (30.76%) no relacionada, 7 (26.9%) semirrelacionada, 6 (23.06%) relacionada y 5 (19.23%) aglutinada. Adaptabilidad 16 (61.53%) caóticas, 6 (23.06%) flexibles, 2 (7.69%) Estructurada y 2 (7.69%) rígidas. Con un total de 10 (38.4%) familias funcionales y 16 disfuncionales (61.5%), de los pacientes con mal apego y abandono 3 (75%) masculino y 1(25%) femenino. Pacientes con Buen apego 15 (100%) con funcionalidad familiar, con Buen Apego y Disfuncionalidad Familiar 7 (63%), Mal Apego y Disfuncionalidad 1 (9%) y Abandono y disfuncionalidad 3 (27%). Se obtuvo una Razón de Momios (OR) = 8.57 y un IC=0.65 -265 y P de Fisher= 0.07 Estadísticamente no significativo para la asociación.

Conclusiones: Con base a los resultados obtenidos en esta investigación existe un riesgo de abandono al Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado en pacientes con disfuncionalidad familiar, sin embargo no es estadísticamente significativo, es necesario continuar el estudio en un mayor número de pacientes, se identificó el Alcoholismo y Disfuncionalidad Familiar presentes en 2 pacientes que abandonaron el tratamiento, se requieren más estudios para identificar factores de riesgo de abandono al tratamiento, para evitar Ifarmacorresistencia.

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization (WHO) reported that a third of the world's population is infected with Mycobacterium tuberculosis; an annual occurrence is estimated close to eight million new cases and 1.5 million deaths from pulmonary tuberculosis (TBP). In Mexico, in 2013 9 million new cases and 1.5 million deaths per year were diagnosed. As in other countries, the epidemics of HIV / AIDS, diabetes, malnutrition, addiction and drug resistance antituberculosis aggravate the epidemiological picture of TBP in Mexico. The abandonment risk to the treatment determines increase in the tuberculosis farmaco-resistance determining the therapeutic problem.

Objective: Analyze family functioning and its relationship with adherence to treatment in patients with tuberculosis in any form of health centers belonging to the Health District Tlalpan.

Methodology: Observational, descriptive study. One identification card sociodemographic data (age, gender, occupation, marital status, education, number of family members) and application of FACES III questionnaire to assess cohesion and adaptability was created. Card Registration and Control of Tuberculosis Case Management for directly observed treatment, short-course to measure adherence to treatment. It was applied to patients diagnosed with tuberculosis that assets were in the control platform of Tuberculosis in the Sanitary District Tlalpan (JST) during the months of May and July 2015. The sample census, which is included in all patients TB, active in tuberculosis control platform of the JST. The results were analyzed with descriptive statistics and summary measures as frequencies and percentages and odds ratio (OR) to establish the association of variables. The ethical aspect was considered classifying this research with minimal risk pursuant to Art. 14, Art. 16, Art. 17 and 20 of the Regulations of the General Law of Health Research.

Results: are included in the study 26 patients. In relation to gender, the highest percentage corresponded to men with 15 patients (57.7%) and 11 (42.3%) for women. average age of 43.38 years. marital status showed that 6 patients (23.07%) single, 9 (34.6%) married, 5 (19.23%) cohabitation, 5 (19.23%) separated and 1 (3.84%) are widowed. occupation, 9 patients (34.61%) were engaged in home, 2 (7.69%) are workers, 3 (11.53%) retailer, 4 (15.38%) are professionals, 2 (7.59%) are students, 4 (15.38%) are unemployed and 2 (7.69%) have another job. Tuberculosis form of 10 (38.46%) lung, and 16 (61.53%) extrapulmonary. HIV comorbidities 30.8%, 23.1% DM2, HAS 20.9%, 17.9% Alcohol, Erythrodermia 7.7%. Faces III questionnaire: Cohesion 8 (30.76%) patients with unrelated family, 7 (26.9%) semirrelacionada, 6 (23.06%) related and 5 (19.23%) families bonded. Adaptability was found that 16 (61.53%) patients are chaotic, 6 (23.06%) are flexible, 2 (7.69%) Structured and 2 (7.69%) rigid. With a total of 10 (38.4%) functional dysfunctional families and 16 (61.5%) of patients who dropped 3 (75%) and 1 (25%) female. Good attachment 15 patients (100%) with familiar functionality, addiction and family dysfunction Good 7 (63%), poor adherence and Dysfunctionality 1 (9%), and abandonment and dysfunctional 3 (27%). Odds ratio (OR) = 8.57 and CI = 0.65 -265 and Fisher P = 0.07 was obtained.

Conclusions: Based on the results obtained in this study there is a risk of dropping the observed treatment short in patients with familial dysfunction, though not statistically significant, it is necessary to continue the study on a larger number of patients, alcoholism identified and family dysfunction present in 2 patients who discontinued treatment, further studies are required to identify risk factors for abandoning treatment, to avoid farmacorresistencia.

1. MARCO TEORICO

1.1 Antecedentes

Tuberculosis

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infectocontagiosa que ha afectado al hombre desde la antigüedad.

La enfermedad cuyo agente causal más importante es *Mycobacterium tuberculosis* se extendió de manera generalizada durante el siglo XIX como consecuencia de la formación de barrios marginales, pobreza extrema, alimentación exigua y condiciones higiénicas insuficientes, ya que generalmente se presenta en individuos y grupos sociales que trabajan y viven en ciertas condiciones físicas y sociales.

El impacto de la infección del virus de la inmunodeficiencia humana sobre la incidencia de la tuberculosis a contribuido a que esta sea la causa principal de muerte por enfermedades infecciosas de manera global. en estudios sobre la historia natural de la enfermedad entre los casos con tuberculosis pulmonar baciloscopia-positiva/VIH positivo, 70% murió dentro de los 10 años siguientes; entre los casos cultivo positivo (pero baciloscopia-negativa), 20% falleció dentro de los 10 años siguientes.^{1,2}

Epidemiología

La tuberculosis es la segunda causa mundial de mortalidad, a nivel mundial, causada por un agente infeccioso. En 2013 la ocurrencia de tuberculosis en el mundo es cercana a 9 millones de casos nuevos y 1.5 millones de defunciones por año, se estima que 550 000 niños enfermaron de tuberculosis y 80 000 niños seronegativos murieron de tuberculosis. y en México en 2013 más de 12,000 casos nuevos y cerca de 2,000 defunciones. El 75% de los casos ocurren en población económicamente productiva. El 95% de los casos y el 98% de las muertes por TBC ocurrieron en países en vías de desarrollo. Las muertes por TBC corresponden al 25% de la mortalidad evitable. Se calcula que 480 000 personas

desarrollaron tuberculosis multirresistente a nivel mundial, debido en muchos casos al descuido en el programa antituberculosis.^{3,4,5}

Etiología

La tuberculosis es causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. microti*, *M. africanum*, *M. canettii*, *M. caprae* y *M. pinnipedii*), que se transmite del enfermo al sujeto sano por inhalación de material infectante; de madre infectada al producto, ingestión de leche contaminada, contacto con personas enfermas bacilíferas o animales enfermos.^{4,6}

Factores de riesgo se encuentran: desnutrición, alcoholismo, adicciones, terapia inmunológica, condiciones deficientes de la vivienda. Se ha encontrado que la frecuencia de asociación con otras morbilidades es la siguiente: Diabetes 20%, desnutrición 13%, VIH/SIDA 10% (mortalidad y la activación de la Tb latente) y alcoholismo 6%.⁷

Se han estudiado factores ambientales y genéticos asociando la disminución de la expresión del gen ASAP1, lo que contribuye a la patogénesis de la tuberculosis.⁸

Patogenia

El periodo de incubación dura desde el momento de la infección hasta que aparecen las lesiones primarias (4-12 semanas); sin embargo, el riesgo de transmisión puede persistir toda la vida cuando la Tuberculosis permanece como infección latente. El grado de transmisibilidad depende del número de bacilos eliminados, de su virulencia y de las oportunidades de formación de aerosoles en el acto de toser. El periodo de transmisión se mantiene mientras se expulsan bacilos infecciosos.

Las lesiones pulmonares tempranas por lo general se curan sin dejar alteraciones residuales, salvo calcificaciones ocasionales en los pulmones o en los ganglios linfáticos traqueobronquiales. Cerca de 10% de los individuos que contraen la infección a la larga presentan la enfermedad activa, la mitad de ellos durante los

dos primeros años después de infectarse; 90% de los individuos infectados no tratados jamás padecerán Tuberculosis activa.

En algunas personas, la infección inicial puede evolucionar rápidamente hasta convertirse en Tuberculosis activa. Esto es más común en los lactantes, en quienes la enfermedad con frecuencia adopta la forma diseminada o meníngea, los individuos inmunodeprimidos son altamente susceptibles.

Cuadro clínico

Se considera que un enfermo de TB pulmonar que no recibe tratamiento puede infectar de 10 a 15 personas en el transcurso de un solo año y 5 a 10% de los infectados pueden desarrollar la enfermedad en algún momento de su vida.⁹

- Fiebre o febrícula vespertina o nocturna por más de 2 semanas
- Tos persistente > 2 semanas, productiva, en ocasiones acompañada de hemoptisis.
- Pérdida de peso, astenia, adinamia y ataque al estado general.
- En el caso de los niños se presentan poca ganancia ponderal de acuerdo con el peso
- Anorexia o hiporexia
- Diaforesis
- Disnea
- Dolor torácico
- Presencia de adenopatías.

Diagnóstico

Es necesaria la realización de una Historia clínica completa, y ante la sospecha de tuberculosis realizar estudios paraclínicos correspondientes:

Baciloscopia

El estudio microscópico del esputo para la búsqueda de bacilos ácido alcohol resistente BAAR tiene una sensibilidad de 51.8% y especificidad de 97.5%. Se requieren 3 muestras de esputo. Posibles resultados

Negativo: no se observan BAAR en 100 campos observados.

Positivo +: se observan menos de un bacilo por campo en promedio en 100 campos observados.

Positivo ++: se observan de 1 a 10 bacilos por campo en promedio en 50 campos observados.

Positivo +++: Se observan más de 10 bacilos por campo en promedio en 20 campos observados.

Es necesario encontrar como mínimo 4 BAAR en la Baciloscopia para reportarlo positiva, si se encuentra de 1 a 3 bacilos esta es la conducta a seguir:

1. Ampliar la lectura a 200 campos.
 2. Si lo anterior no modifica la lectura repetir la Baciloscopia.
 3. Si se encuentra la misma cantidad de bacilos (1 a 3) se reporta como negativo.
- Si la primera serie de tres baciloscopias es negativa y no se confirma otro diagnóstico y en quienes clínica y radiológicamente se sospeche tuberculosis, se debe solicitar otra serie de tres baciloscopias y cultivo,^{4,5,6}

Prueba cutánea de tuberculina PPD: Se debe llevar a cabo de acuerdo con las siguientes indicaciones:

- Estudio de contactos.
- Apoyo al diagnóstico diferencial de tuberculosis.
- Estudios epidemiológicos.

En la población general, la induración de 10 mm o más, indica reactor a PPD. En personas con inmunocompromiso (por ejemplo, recién nacidos, desnutridos, personas infectadas por VIH) se considera reactor al que presenta induración de 5 mm o más de diámetro transversal. La no induración en estas personas no descarta la presencia de tuberculosis activa.^{4,5,6}

El cultivo se debe solicitar en las siguientes situaciones:

Para el diagnóstico, en caso de sospecha clínica y radiológica de tuberculosis pulmonar con resultado negativo de tres baciloscopias de expectoración.

En los casos de sospecha de tuberculosis de localización extrapulmonar.

En todo caso en el que se sospeche tuberculosis renal o genitourinaria.

Para el diagnóstico en caso de sospecha de tuberculosis en casos con VIH/SIDA.

En caso de sospecha de tuberculosis en niños.

En pacientes sujetos a tratamiento estrictamente supervisado, en quienes al segundo mes persiste la baciloscopia positiva.

El diagnóstico de un caso de tuberculosis no confirmada por bacteriología o pruebas moleculares, se establecerá mediante estudio clínico y epidemiológico, avalado por el médico y apoyado en otros estudios auxiliares de diagnóstico.

Para precisar la localización y la extensión de las lesiones, se debe realizar estudio radiográfico, cuando se disponga del recurso; en niños es indispensable.^{3,6}

Tratamiento

Los fármacos de primera línea de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS), debe emplearse el Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES).

“El tratamiento se prescribe por el personal médico, se administra en cualquiera de sus formas, se distingue en primario acortado, retratamiento con fármacos de primera línea, retratamiento estandarizado con fármacos de segunda línea para Tuberculosis multidrogoresistente (TB-MFR) y retratamiento individualizado con fármacos de segunda línea para TB-MFR o de acuerdo a antecedente de tratamiento. Todos los tratamientos deben ser estrictamente supervisados por personal de salud.”⁴

De acuerdo a la NOM- 006-SSA2-2013 Para la Prevención y Control de la Tuberculosis se ha observado el éxito de tratamiento de acuerdo a los siguientes esquemas.

Tratamiento primario

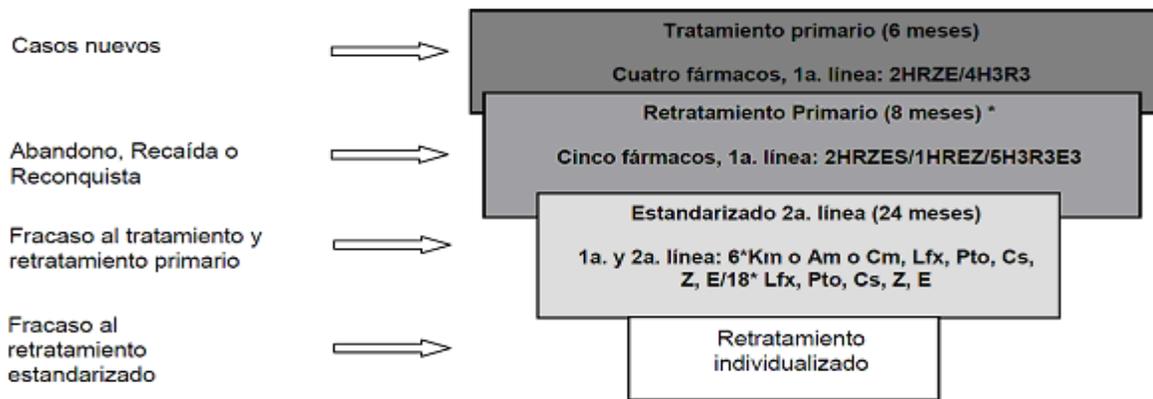
1a. línea: isoniacida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z), etambutol (E), estreptomycin (S).

Tratamiento secundario

2a. línea: kanamicina (Km), amikacina (Am), capreomicina (Cm), etionamida (Eto), protonamida (Pto), ofloxacina (Ofx), levofloxacina (Lfx), moxifloxacina (Mfx) y cicloserina (Cs).

El éxito al tratamiento se basa en la siguiente pirámide:

Pirámide de Éxito de Tratamiento de acuerdo



Tomado de NOM- 006-SSA2-2013

* Utilizar sólo en caso de recaída o reconquista, si el paciente cumple criterios de fracaso.

Tratamiento primario

El tratamiento primario acortado incluye los siguientes fármacos: Isoniacida(H), Rifampicina (R), Pirazinamida(Z) y Etambutol (E) y se aplica a todo caso diagnosticado por primera vez.

El tratamiento primario acortado se debe administrar aproximadamente durante veinticinco semanas, hasta completar ciento cinco dosis, dividido en dos etapas: fase intensiva, sesenta dosis (diario de lunes a sábado con H-R-Z-E); y fase de sostén, cuarenta y cinco dosis (intermitente, tres veces a la semana, con H-R) El personal de salud o personal capacitado por el mismo, debe vigilar la administración y deglución de cada dosis.

Seguimiento

El tratamiento primario para tuberculosis con confirmación bacteriológica debe tener seguimiento mensual con baciloscopia hasta el término del tratamiento. Es favorable cuando la baciloscopia sea negativa al final del segundo mes de tratamiento y persista negativa hasta terminar las dosis requeridas para cada esquema y desfavorable, con sospecha de farmacoresistencia cuando persista positiva al final del segundo mes de tratamiento o si una vez que es negativa en meses consecutivos nuevamente es positiva, en este caso se debe solicitar estudio de cultivo. En tuberculosis no confirmada, extrapulmonar, diseminada y en niños, el seguimiento debe ser clínico mensual y radiológico con la frecuencia que indique el médico tratante.

Fracaso de tratamiento

Persistencia de bacilos en la expectoración o en otros especímenes, al término de tratamiento, confirmada por cultivo o a quien después de un periodo de negativización durante el tratamiento, tiene baciloscopia positiva confirmada por cultivo.

Recaída

Reaparición de signos y síntomas en un paciente que habiendo sido declarado como curado o con tratamiento terminado, presenta nuevamente baciloscopia y/o cultivo positivo.

Quimioprofilaxis

La terapia preventiva con isoniacida (tratamiento para tuberculosis latente o quimioprofilaxis) se debe realizar de la siguiente manera:

Se administra durante seis meses a los contactos menores de cinco años, con o sin antecedente de vacunación con BCG en quienes se haya descartado la tuberculosis.

Se administra durante seis meses a los contactos de cinco a catorce años de edad, no vacunados con BCG, en quienes se haya descartado la tuberculosis.

Se administra durante seis meses a los contactos de quince años de edad o más con infección por VIH o con otra causa de inmunocompromiso (por desnutrición o por administración de fármacos inmunosupresores); con la posibilidad de extensión a nueve meses, de acuerdo a criterio clínico y de recuperación inmunológica de la persona con VIH o SIDA; previamente se debe realizar estudio exhaustivo para descartar tuberculosis activa pulmonar o extrapulmonar.

El fármaco recomendado para el tratamiento de la tuberculosis latente es la isoniacida a dosis de 5 a 10 mg en adultos, por kg de peso por día, sin exceder de 300 mg en una toma diaria por vía oral, estrictamente supervisada.

La terapia preventiva con isoniacida no está indicada en los casos de contactos de pacientes en quienes se sospecha o se ha confirmado tuberculosis multifarmacorresistente.

Retratamiento primario

El retratamiento primario de la tuberculosis incluye los siguientes fármacos: H, R, P, E y Estreptomicina(S), hasta completar ciento cincuenta dosis, dividido en tres fases: fase intensiva, sesenta dosis (diario de lunes a sábado con H, R, Z, E y S); fase intermedia, treinta dosis (diario de lunes a sábado con H, R, Z y E) y fase de sostén, sesenta dosis (intermitente tres veces a la semana con H, R y E).

Abandono en tratamiento primario es la interrupción del tratamiento contra la tuberculosis durante treinta o más días consecutivos.

Cuando un paciente abandona el tratamiento o recae a un tratamiento primario acortado, se sugiere un retratamiento con cinco fármacos de primera línea. Cuando un paciente fracasa se recomienda que sea revisado por el Comité Estatal de Farmacorresistencia. (COEFAR) para dictaminar un esquema con fármacos de segunda línea, los cuales se encontraran descritos en la siguiente tabla.

Fármacos anti tuberculosis de segunda línea

GRUPOS	Grupo de medicamentos	Medicamento (abreviatura)	Observaciones
GRUPO 1	Fármacos orales de primera línea útiles en Tx TB-MFR.	Etambutol (E); Pirazinamida (Z).	Son fármacos potentes, pero sólo se emplean si hay datos clínicos o de laboratorio que apunten su eficacia.
GRUPO 2	Fármacos inyectables.	Estreptomina (S)*; Kanamicina (Km); Amikacina (Am); Capreomicina (Cm).	No existe ninguna diferencia en cuanto a eficacia entre los aminoglucósidos (Km y Am) y la capreomicina.
GRUPO 3	Fluoroquinolonas.	Ofloxacino (Ofx); Levofloxacino (Lfx); Moxifloxacino (Mfx).	No hay evidencia de resistencia cruzada entre quinolonas.
GRUPO 4	Bacteriostáticos orales de segunda línea.	Etiinamida (Eto); Protionamida (Pto); Cicloserina (Cs); Terizidona (Trd); Acido p-aminosalicílico (PAS).	No todos tienen el mismo grado de efectividad.
GRUPO 5	Fármacos de eficacia poco clara.	Clofazimina (Cfz); Amoxicilina/Clavulanato (Amx/Clv); Claritromicina (Clr); Linezolid (Lzd); Tioacetazona (Th); Imipenem/Cilastatin (Ipm/Cln); dosis altas de Isoniazida; Clariromicina (Clr)	No recomendados para uso corriente con pacientes de TB-MFR.

*No se debe utilizar estreptomina en un esquema de segunda línea.

Se sospecha farmacorresistencia en todo paciente con tuberculosis que curse con recaída, múltiples abandonos y fracaso a un esquema de tratamiento y retratamiento primario. Asimismo, en contactos con casos de TB-MFR. se debe demostrar por pruebas de fármaco sensibilidad (PFS) la presencia de microbacterias tuberculosas resistentes a H y R en forma simultánea, independientemente de la resistencia concomitante a otros fármacos. Todos los casos se sugieren ser evaluados por el COEFAR. Antes de iniciar el tratamiento, se debe asegurar la disponibilidad de los fármacos anti tuberculosis que se utilizarán para todo el periodo de tratamiento.

Retratamiento estandarizado

Tratamiento que se instituye a un enfermo con fracaso a un esquema de retratamiento primario o con tuberculosis multifarmacorresistente que no haya recibido fármacos de segunda línea previamente, que es confirmado por cultivo y pruebas de farmacosenibilidad y es avalado por el Comité Estatal de Farmacorresistencia correspondiente.

Farmacorresistencia: al concepto microbiológico en el cual un microorganismo del complejo *M. tuberculosis* se confirma resistente por pruebas de fármaco sensibilidad in vitro a uno o más medicamentos anti tuberculosis de primera o segunda línea.

Retratamiento individualizado

Tratamiento que se instituye a un enfermo con TB-MFR multitratado o con fracaso a un esquema de retratamiento estandarizado, fundamentado en el resultado del estudio de farmacosenibilidad. Comprende la administración de un tratamiento con fármacos de segunda línea. La combinación y el número de fármacos serán definidos por el Comité Estatal de Farmacorresistencia o por el Grupo Asesor Nacional de Farmacorresistencia.⁴

Se debe explicar al enfermo de manera clara y completa las características del tratamiento farmacológico, el tiempo que recibirá tratamiento, los posibles efectos adversos del mismo y el riesgo de interrumpirlo. El paciente o su representante legal, en su caso, debe firmar una carta de consentimiento informado, en donde se responsabilice a seguir el tratamiento hasta finalizarlo. Se debe garantizar la supervisión directa del tratamiento por personal de salud debidamente capacitado.

Los pacientes con adicción al alcohol y otras sustancias, deben ingresar a un programa de rehabilitación antes de iniciar el tratamiento de tuberculosis.^{4,6,7.}

Apego al tratamiento de acuerdo a la OMS: es un comportamiento complejo con carácter de proceso conformado por una estructura y dinámica interna, que integra un componente personal, un componente relacional en el que se encuentra implicado el profesional de salud y uno comportamental propiamente dicho, dirigidos al logro de un resultado beneficioso para la salud.¹⁰

La adherencia se define como el número total de días de toma de medicación de acuerdo con las pautas del prescriptor durante el periodo de seguimiento.¹⁰

Impacto de la enfermedad en la familia

Definición de Familia

La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un número variable de miembros, que en la mayoría de los casos conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y/o de afinidad. La familia es la que proporciona los aportes afectivos y sobre todo materiales necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros. Ella desempeña un rol decisivo en la educación formal e informal, es en su espacio donde son absorbidos los valores éticos y humanísticos, y donde se profundizan los lazos de solidaridad. Es también en su interior donde se construyen los límites entre las generaciones y son observados los valores culturales.¹²

La familia es el espacio donde las personas tienen sus primeras vivencias, adquieren experiencia y desarrollan sus valores que posteriormente llevan al individuo a desarrollar su identidad y posterior socialización, por lo cual podemos decir que la familia es para el individuo el contexto donde se dan las condiciones para su desarrollo favorable y sano de su personalidad, o bien por el contrario el foco principal de sus trastornos emocionales.

Funciones de la familia

Responsabilidades fundamentales de las estructuras familiares que determinan la sobrevivencia familia. En cualquier sociedad del mundo, la familia es la unidad organizacional más pequeña, tanto para la producción como para el consumo de necesidades familiares y sociales. Estas necesidades que se deben cubrir en el interior de una familia, se pueden considerar al tomar en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales

Dentro de las funciones particulares se encuentran:

Socialización: Interacción mediante la cual el individuo aprende las normas sociales y los valores culturales. Que hacen de él, un miembro activo de su familia y la sociedad.

Cuidado: Cubrir las necesidades físicas de los miembros de la familia.

Afecto: Cubrir las necesidades afectivas de los miembros de la familia porque la respuesta afectiva de un miembro a otro proporciona la recompensa básica de la vida familiar.

Reproducción: Regularización y control del ambiente sexual y de reproducción:

- a) Interacción personal de número de hijos
- b) Educación sexual
- c) Control de natalidad

Estatus: Responsabilidad de proveer la necesaria socialización y las experiencias educacionales que permiten al individuo asumir una vocación y un rol en grupo que sean consistentes en sus expectativas.¹³

Ciclo vital familiar

Estas funciones se encuentran en constante cambio en la familia dependiendo la etapa del ciclo vital en el cual esta se encuentre, y funciones se desarrollan. Dentro de las etapas del ciclo vital familiar se destacan:

1. Formación o constitución.
2. Expansión o extensión (nacimiento de los hijos y las distintas etapas y tareas de atención a los mismos: preescolar, escolar, adolescente, etc).
3. Contracción (los hijos constituyen su propia familia, nido vacío, etc.).
4. Disolución (muerte de uno de los cónyuges).

La manera en que la familia aborda las distintas etapas del ciclo vital, los eventos o tareas de desarrollo que se presentan en cada una de ellas, condicionaran el desarrollo de mayores o menores recursos y mecanismos de afrontamiento, lo

que puede provocar estados transitorios de crisis, con un mayor o menor riesgo de surgimiento de trastornos biopsicosociales en uno o más de sus miembros.

La funcionalidad familiar

Proporciona un sentimiento de pertenencia e identidad, a la par que suministra la posibilidad de una individuación sana; sentirse importantes en el seno familiar da la seguridad básica e interna (autoestima) para sentirse personas diferenciadas y socializadas. Es lo que se conoce como nutrición emocional: reconocimiento, amor, valoración. Al sentirse querido, reconocidos y valorados, los integrantes del sistema familiar son capaces de integrar normas y seguridad en proyectos personales coherentes.

Para que un funcionamiento familiar, implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia. Al hablar de dinámica familiar, establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las que se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí, y en relación con el grupo en su conjunto. Entre las cualidades que se destacan de un buen funcionamiento familiar son; la adaptabilidad o flexibilidad, la cohesión, el clima emocional, la comunicación efectiva, el buen afrontamiento y resolución de problemas.

Un funcionamiento familiar saludable, es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados entre los que podemos citar los siguientes:

1. Función biosocial.
2. Función económica.
3. Función cultural y afectiva.
4. Función educativa.

Las Familias disfuncionales

Son aquellos sistemas familiares que no logran a través de sus recursos, resolver las crisis tanto normativas como no normativas en su ciclo de desarrollo familiar, generando una pérdida de su equilibrio.

Según Beavers y Hampson, una de las características más recurrentes en las familias con graves disfunciones es la incoherencia. Esta se manifiesta en los patrones de comunicación y en la estructura del límite relacional, otra característica común es la ausencia de un liderazgo claro por parte de los adultos. Sin un liderazgo afectivo el funcionamiento de la familia parece caótico, inconexo y aleatorio. Sin embargo, para que la familia no se disgregue es necesario que exista un cierto grado de control, pero éste se da a través de métodos encubiertos e indirectos. Estos movimientos pueden parecer caóticos a la persona ajena a la familia; pero los que están dentro lo ven e interpretan como un “intento más” de mantener un equilibrio rígido.

Familia en el proceso de la enfermedad

Existe una gran diversidad de enfermedades crónico-degenerativas, las cuales hacen referencia a trastornos orgánicos-funcionales que obligan a modificar el modo de vida del paciente, afectando aspectos en la familia que probablemente persistirán por largo tiempo y que son causa potencial de muerte. Quien padece la enfermedad se enfrenta a condiciones de frustración, ira, negación, depresión, y por otro lado, la familia tiene que tomar decisiones muy importantes y difíciles, reorganizarse, replantear expectativas y adecuar sus metas y objetivos a la situación.

La familia es parte fundamental en el proceso de enfermedad, se encuentra implicada en el apego al tratamiento funcionamiento familiar, la mayor parte de las investigaciones apuntan a evidenciar que la familia se convierte en un factor de protección o de riesgo frente a las condiciones de salud de los individuos, desde un punto de vista biopsicosocial. De este modo, la disfuncionalidad familiar se ha relacionado con la emergencia de trastornos de salud física y mental., Como respuesta a estos cambios la familia se adapta a diversas situaciones.

La familia se ve envuelta en una serie de sentimientos ambivalentes ante un familiar enfermo, lo que en ocasiones lleva a la mayoría de los familiares a alejarse de éste, evitando y delegando en algún otro integrante la función de cuidador, que en la mayoría de las ocasiones son mujeres (madre, hija o hermana), quienes a la vez se vuelven vulnerables física y emocionalmente.^{14,15}

Factores que condicionan el impacto de la enfermedad en la familia

La aparición de una enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros. Para adaptarse a esta nueva situación, la familia pone en marcha mecanismos de autorregulación que le permite seguir funcionando, de tal manera que se generan cambios en las interacciones familiares que tienen un propósito específico, consciente o inconsciente, y que pueden llevar a la familia a situaciones complejas de equilibrio o desequilibrio, poniendo en riesgo el bienestar y manejo del paciente enfermo, así como la funcionalidad del sistema familiar.¹²

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad están dados por las propias características familiares, incluyendo su etapa del ciclo vital, edad del paciente, el grado de funcionalidad de la familia, el nivel socioeconómico, la historia familiar.

Etapa del ciclo vital

Es necesario indagar la etapa del ciclo vital familiar en que la enfermedad sorprende a la familia, el grado de consecución de las tareas propias de esa etapa y la posición de cada uno de sus miembros en sus roles. La percepción de la enfermedad en la familia será distinta dependiendo de la etapa de vida de una familia y del miembro al que le ocurra.

Flexibilidad o rigidez de roles familiares

La enfermedad crónica, trae consigo crisis familiar a la que las familias podrán responder mejor cuanto más flexibles puedan ser. En el momento que aparece la enfermedad puede ocurrir que ésta afecte la distribución de roles, pues inmediatamente después tendrá que negociar cada uno de ellos y en muchas ocasiones compartirlos. En el caso del rol de proveedor que pudiera haber realizado el padre enfermo genera un gran conflicto, ya que este papel viene acompañado de poder, el cual en muchos de los casos no se concede. El rol de cuidador genera conflicto porque implica el descuido de sus otras funciones, tales como el cuidado de los hijos, o el estudio.

El paciente enfermo juega un papel central que le posibilita para que haga alianzas o coaliciones en contra de uno o varios miembros de la familia, lo que genera mayor estrés y un incremento en el grado de disfunción familiar, que además se sustenta en el manejo de culpas, resentimientos y temores.

De esta manera se puede esperar que las familias con mayor rigidez presenten mayores dificultades para responder a la crisis por enfermedad ya que no se pueden adaptar a las nuevas condiciones de la dinámica familiar. Lo que procede es flexibilizar las interacciones, de tal suerte que cada uno de sus miembros pueda responder a su nuevo rol sin afectar de manera importante los límites establecidos hasta el momento de la aparición de la enfermedad.^{14,15,16}

Nivel socioeconómico

No es lo mismo que la enfermedad aparezca en una familia de escasos recursos económicos a que ocurra en una económicamente estable.

Evidentemente la crisis familiar en la primera va a ser mayor, ya que la desorganización provocada por la enfermedad se va a percibir en todos los ámbitos. La familia requerirá durante la enfermedad mayor cantidad de recursos económicos por concepto de medicamentos, curaciones, consultas, transporte, alimentación especial, acondicionamiento físico de la vivienda, etc. Si el paciente enfermo es el proveedor, será necesaria la reorganización de roles en el caso de

que su enfermedad sea terminal y esté imposibilitado para trabajar, de tal forma que algún otro miembro deberá cumplir con la función.

Tipo de respuesta familiar

El tipo de respuesta que presentan las familias como efecto de la enfermedad, se refiere a los cambios que se generan en las interacciones de cada uno de los miembros en función del paciente enfermo. Esencialmente se puede mencionar que existen dos patrones de respuesta opuestos:

Se puede presentar una extrema cohesión interna de los miembros de la familia (Tendencia centrípeta). Todas y cada una de las actividades que éstos realizan están dadas en función del enfermo, convirtiéndolo en el centro de las interacciones y absorbiendo gran parte de los recursos afectivos y económicos de la familia.

La tendencia centrífuga se puede observar en las familias cuyas conductas en general no están relacionadas con la situación de enfermedad. En estos casos el cuidado del paciente enfermo es delegado a una sola persona, que en general corresponde al sexo femenino y que comúnmente puede ser la madre, esposa o hermana mayor, la cual absorbe el papel de controlar la evolución de la enfermedad.

Familias en las que se deja aún solo miembro como responsable puede generar carga emocional así como, tener consecuencias graves para el miembro cuidador, tales como: depresión, soledad, estrés crónico, descuido, exacerbación de problemas de salud, etc.^{15,19}

Conflicto de roles y límites

Cuando la familia no negocia adecuadamente los nuevos roles que deberán asumirse durante esta nueva etapa en la vida familiar, existen dificultades de rigidez, o simplemente no existen límites bien establecidos en los diferentes subsistemas; se presentarán serios problemas de adaptación en el manejo de la crisis familiar, lo que podrá hacerse visible a través de las luchas internas por el

poder en los diferentes subsistemas, falta de respeto, culpa, chantaje, pérdida de la jerarquía, alianzas entre los miembros, coaliciones, etcétera.

Conflictos de pareja

En algunas familias ocurre que el paciente, la enfermedad y el tratamiento son utilizados por los padres para agredirse mutuamente y que el resultado sea la dificultad e ineficiencia para tomar decisiones y llevar a cabo las acciones necesarias para el tratamiento.

Adaptación a la enfermedad

La primera reacción de la familia con integrante con diagnóstico de tuberculosis de forma general es un rechazo por desconocimiento de la enfermedad ya que existe temor al estar expuesta a una patología o situación desconocida para ella, es causa de distanciamiento entre los miembros de la familia y persona afectada; El paciente puede ser rechazado por su familia, lo que conlleva a un distanciamiento aún más entre los miembros de esta familia ya que se ve relegada por su núcleo social. Después de un tiempo conviviendo con una persona que padece tuberculosis, la familia busca conocimiento acerca de esta y como convivir con el paciente afectado tomando precauciones sin necesidad de excluirlo y de prestarle la atención emocional que necesita.¹⁷

La enfermedad se va a involucrar en función de la presentación sea Aguda o Crónica, variará el pronóstico y la evolución, también la edad. En el caso de pacientes con tuberculosis, la respuesta de la familia puede dar lugar a reacciones de disfunción, dándose vulnerabilidad familiar, se observa un desconocimiento de la enfermedad, aislamiento del paciente. El proceso de adaptación presenta las siguientes implicaciones.^{14,17,21}

Factores de vulnerabilidad Familiar

1. Tipo de enfermedad de que se trate, en este caso tuberculosis
2. Estructura y dinámica familiar:
 - a. Grado de permeabilidad de los límites. (hace referencia a la realidad de los límites, tanto en el sistema familiar como en el social. La responsabilidad no está delimitada y se pasa a otro miembro).
 - b. Estilo de respuesta de la familia. (Familia que se vuelca con el enfermo, genera dependencia del enfermo, además de bloquear las relaciones. No se proporciona apoyo emocional).
3. Factores de tensión existentes en la vida familiar. (Momento en el cual se presenta la enfermedad, pueden ser factores de tensión internos o externos).
4. Capacidad de la familia para hacer frente a la situación. (Depende la estructura de la dinámica familiar, de reorganización en momentos similares de crisis, capacidad de familia para expresar sentimientos, pensamientos,
5. Redes sociales.

Apego al tratamiento

Apego al tratamiento de acuerdo a la OMS: es un comportamiento complejo con carácter de proceso conformado por una estructura y dinámica interna, que integra un componente personal, un componente relacional en el que se encuentra implicado el profesional de salud y uno comportamental propiamente dicho, dirigidos al logro de un resultado beneficioso para la salud. ¹¹

La motivación hacia la salud dirige el comportamiento del paciente con mayor facilidad hacia la ejecución de acciones que la conserven.

Factores que influyen en el apego al tratamiento

Sociales y familiares

En este grupo se destaca el papel del apoyo social y familiar en la ejecución de las prescripciones terapéuticas. Las personas que sienten que reciben apoyo de otros tienen más probabilidades de seguir las recomendaciones médicas que aquellos con menor apoyo social o con inestabilidad familiar o aislamiento. Los grupos

sociales y sus normas respecto al comportamiento preventivo pueden ejercer presión sobre sus miembros para que se ajusten las indicaciones médicas.

La familia anima a mantener el régimen médico, apoya en la búsqueda de estrategias y recursos materiales que facilitan el cumplimiento.

Servicios de Salud

La influencia de la relación con el equipo de asistencia sanitaria está representada por la satisfacción del paciente con el proceso de atención de salud y las características de la comunicación que establecen el paciente y sus familiares

Socioeconómicos

Capacidad disponible para enfrentar la enfermedad en cuanto a adquisición de medicamentos, alimentos y la ejecución de otras indicaciones^{2,18,21,22}

Factores asociados al abandono o no adherencia

Seguir un tratamiento completo y adecuado para la infección tuberculosa latente puede reducir considerablemente el riesgo de presentar Tuberculosis clínica, y es eficaz en las personas infectadas por el VIH. La no-adherencia se da por una compleja interrelación de factores, entre los cuales se encuentran algunos derivados del paciente, entorno económico, cultura, social, de la enfermedad, tratamiento farmacológico y sus características, así como aquellos derivados de los servicios de salud y del personal que atiende al paciente.

Factores relacionados con el paciente

Edad

El anciano con limitaciones como su estado socio económico y biológico predice un mayor riesgo de abandono.

Estado civil

Los pacientes solteros tenían la mitad del riesgo de abandono (6.1%), comparado con los casados (12.6%), mientras que los viudos, separados o divorciados tenían un 14.3%.

Género

Los hombres abandonaban 1.5 veces más que las mujeres

Factores socioculturales

El 79% de los pacientes que abandonaron el tratamiento procedían de los estratos bajos, quienes viven en área rural y suburbana abandonaban dos veces más que quienes vivían en el área urbana.²

Ingresos

La Tuberculosis, desde la antigüedad, ha sido asociado a la desnutrición, la pobreza, el desempleo, el hacinamiento, la falta de servicios básicos, y la inadecuada vivienda e higiene de la misma.

Nivel educativo

A menor nivel educativo mayor probabilidad de abandono, esto explicado principalmente porque se hace más difícil la comunicación tanto con el personal de salud como con la familia.

Adicciones

16% de los pacientes que ingieren alcohol abandonaron el tratamiento. 10% de quienes usan drogas endovenosas y el 29% de quienes consumen cocaína abandonaron el tratamiento.²

Comorbilidades

La combinación de VIH-SIDA y TBC, y la estigmatización demoran el inicio del tratamiento y a una pobre adherencia. Los pacientes con trastornos psiquiátricos, o impedimentos emocionales o físicos, como aquellos que sufren retardo mental, enfermedad de Alzheimer, incapacidad para tragar las píldoras, cuadriplejía, artritis severa o desórdenes musculares, enfermedades mentales incapacitantes, la renuencia del enfermo a ingerir los medicamentos es una de las razones para abandonar.

Conocimiento de la enfermedad

Mejorando el nivel de conocimiento sobre la enfermedad se lograba disminuir el abandono de 50% a 43%.

Temor al señalamiento y rechazo

Después de la hospitalización por TBC los pacientes eran rechazados por su familia y, por lo tanto, abandonaban el tratamiento. Rechazo de los amigos y la estigmatización como factores de riesgo para abandono.¹⁵

Factores relacionados del ambiente

Ámbito laboral

Las personas que trabajan por días, o quienes tienen que pedir permiso para asistir a recibir los medicamentos, corren el riesgo de perder el empleo por faltas o por incompatibilidad del horario de trabajo con el de atención en los servicios de salud. El desempleo es considerado factor de riesgo para abandono.

Ambiente social

El problema del estigma es que nace del desconocimiento. Su definición implica poner etiquetas a situaciones o personas, que pueden llevar luego a prácticas discriminatorias, y a pesar de que los profesionales de la salud son un grupo dentro de la sociedad con mayor acceso a información, son los que realizan prácticas discriminatorias más abiertas.

Ámbito de Servicios de Salud

Los profesionales con insuficientes capacidades y con actitudes negativas para informar el tratamiento y que exhiben torpeza, falta de empatía y desmotivación, aunado a los sistemas deficientes de distribución de medicamentos, dificultades de acceso a los Centros asistenciales, falta de conocimientos y adiestramiento del personal.

Ambiente familiar

Si el paciente se siente aislado de su familia y sus amigos, está más propenso a abandonar el tratamiento. En un estudio se reportó que el 11% de quienes abandonaron tenían problemas de lazos y relaciones familiares que obstaculizaban el cumplimiento del tratamiento. En Colombia, un estudio reportó que no haber informado a la familia sobre la enfermedad aumentaba el riesgo de abandono diez veces.^{2,16,17,18}

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La adopción de la estrategia Tratamiento Acortado estrictamente Supervisado (TAES) no ha sido uniforme en todos los países del mundo; por el contrario, todos los procesos administrativos que conllevan a su aplicación han sido lentos y difíciles. En el ámbito Internacional, las cifras de abandono reportadas entre países que han implementado la estrategia TAES frente a quienes no lo han hecho, las tasas de abandono van del 5.3%, mientras que en los países sin TAES el abandono era del 15.4%.

Al respecto, el apego al tratamiento acortado estrictamente supervisado es la principal estrategia que garantiza la curación y previene en consecuencia la aparición de casos de resistencia bacteriana. El riesgo de abandono al tratamiento condiciona incremento en la tuberculosis farmacorresistente. Así, el problema del abandono del tratamiento antituberculosis tiene connotaciones graves, como son el deterioro físico de la salud del paciente por la enfermedad, la posibilidad de estimular los mecanismos de resistencia bacteriana, la continuación de la propagación de la infección y la perpetuación de su existencia en la humanidad.

Se han realizado estudios observando que la funcionalidad familiar está íntimamente relacionada al proceso de salud enfermedad de sus miembros, y a pesar de que aún no existe suficiente información sobre la conceptualización y caracterización del funcionamiento familiar, la mayor parte de las investigaciones apuntan a evidenciar que la familia se convierte en un factor de protección o de riesgo frente a las condiciones de salud de los individuos, desde un punto de vista biopsicosocial. De este modo, la disfuncionalidad familiar se ha relacionado con la emergencia de trastornos de salud física y mental.

La Jurisdicción Sanitaria Tlalpan sigue los lineamientos establecidos en la NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis. Actualmente cuenta con 32 casos de pacientes con tuberculosis, de los cuáles 5 pertenecen al Centro de Salud José Castro Villagrana. A pesar de contar con el tratamiento en el Centro de Salud, se reportan casos de abandono, se ha detectado en el consultorio de

residentes, al momento de valorar a los pacientes algunos presentan probables alteraciones en la dinámica familiar.

Por lo anterior es importante realizar la siguiente pregunta.

¿Cuál es la relación que existe entre la funcionalidad familiar y el apego al tratamiento en pacientes con Tuberculosis?

1.3 JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), informa que un tercio de la población mundial se encuentra infectada por *Mycobacterium tuberculosis*. En 2013 la prevalencia de tuberculosis en el mundo es cercana a 9 millones de casos nuevos y 1.5 millones de defunciones por año y en México en 2013 más de 13,000 casos nuevos y cerca de 2,000 defunciones. El 75% de los casos ocurren en población económicamente productiva.⁴

Se calcula que a nivel mundial, en 2013, el 3,5% de los nuevos casos y el 20,5% de los casos ya tratados con anterioridad tenían Tuberculosis Multidrogoresistente. Lo que significa que en 2013 la cifra estimada de personas que contrajeron TB-Multidrogoresistente fue de 480 000.

Las cifras de abandono son 11 países con tratamiento estrictamente supervisado en América Latina, reportaron abandono del 5.3%, mientras que en los países sin el, el abandono es del 15.4%. Condicionando el aumento de casos de tuberculosis multidrogoresistente, aunado a esto se presenta, alargamiento del tratamiento, incremento de complicaciones, mayor número de hospitalizaciones e incluso la muerte, elevando los costos del tratamiento.

Los casos nuevos de Tuberculosis Pulmonar con baciloscopia positiva se observó que el porcentaje de curación ha permanecido por debajo del 80% con un descenso hasta el 70% en los 2 últimos años reportados. El porcentaje de abandonos se reporta en 4%.^{3,5,20,,24}

El riesgo de abandono al tratamiento condiciona incremento en la tuberculosis farmacorresistente, siendo uno de los múltiples factores que la condicionan y al problema terapéutico que representa su tratamiento, aun cuando en México representa una pequeña proporción del total de los enfermos. Al respecto, el apego al tratamiento acordado estrictamente supervisado es la principal estrategia que garantiza la curación y previene en consecuencia la aparición de casos de resistencia bacteriana.

En noviembre del 2013 se desplegó un comunicado en la Secretaría de en el cual se hace mención del aumento de casos de tuberculosis multidrogoresistente principalmente generada por mal apego al tratamiento, y dentro de las causas de abandono a mal apego al tratamiento.

La OMS considera que la farmacorresistencia del bacilo aumenta, tanto el costo, como la toxicidad de los medicamentos y la mortalidad de las personas que la desarrollan. Al abandonar el tratamiento hay reducción en las tasas de curación, aumento de recaídas, recidivas y aumento de la susceptibilidad del paciente a comorbilidades. La adherencia al tratamiento se asocia en forma significativa con el apoyo que los familiares dan al paciente.

La adherencia al tratamiento es un problema frecuente al que nos enfrentamos en la práctica médica, se acentúa en los pacientes crónicos y en países como el nuestro alcanza el 50% de acuerdo a los informes aportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).²⁵

Es de suma importancia que el médico familiar identifique las alteraciones en la dinámica familiar, para influir de manera positiva en el curso de la enfermedad e implementar estrategias con el fin de mejorar el apego al tratamiento y la calidad de vida del paciente.

En la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan se cuentan con los recursos suficientes para la realización de este estudio.

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Analizar la funcionalidad familiar y su relación con apego al tratamiento en pacientes con tuberculosis en cualquiera de sus formas de los Centros de Salud pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan.

1.4.2 Específicos

- Describir datos sociodemográficos: edad.
- Identificar cohesión familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis.
- Identificar adaptabilidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis.
- Evaluar el apego al tratamiento y su relación con la funcionalidad familiar.

1.5 Hipotesis de trabajo

Por tratarse de un estudio descriptivo no amerita hipótesis, sin embargo se incluye con fines de trabajo.

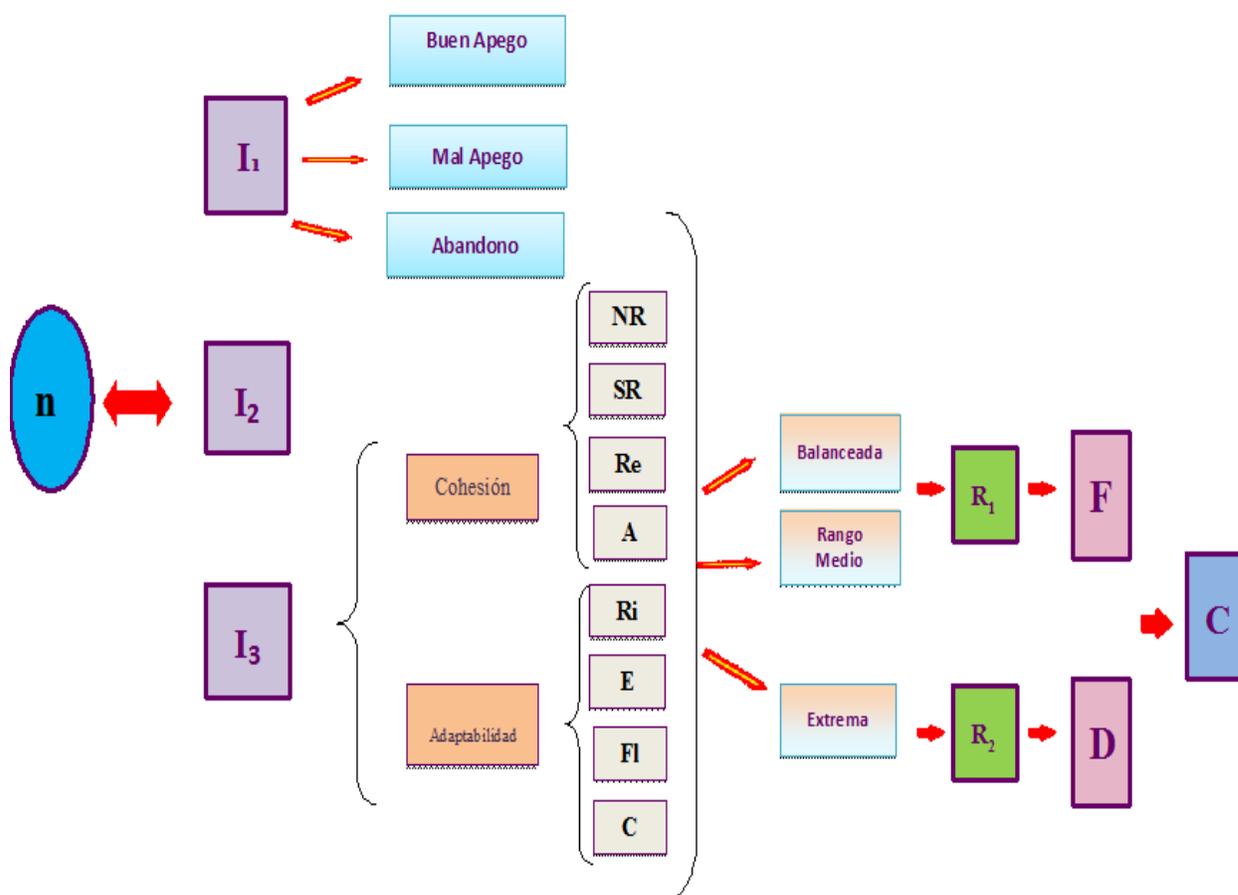
Los pacientes con familias funcionales tienen mejor apego al tratamiento que los pacientes con disfuncionalidad familiar.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Tipo de estudio

Cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal.

2.2 Diseño de la investigación del estudio



- n: 26 casos de pacientes con tuberculosis
- I₁: Tarjeta de Registro TAES
- I₂: Ficha de identificación
- I₃: Cuestionario FACES III
- NR: No relacionada
- SR: Semirelacionada
- Re: Relacionada
- A: Aglutinada

- Ri: Rígida
- E: Estructurada
- FI: Flexible
- C: Caótica
- F=Funcionalidad familiar
- D=Disfuncionalidad Familiar
- R₁: Resultado uno
- R₂: Resultado dos
- C: Conclusiones

2.3 Población lugar y tiempo

El total de pacientes con diagnóstico de tuberculosis en cualquiera de sus formas, que se encuentren recibiendo Tratamiento anti tuberculosis en los Centros de Salud pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan. Durante los meses febrero a Julio del año 2015.

2.4 Muestra

No probabilística por censo de pacientes con diagnóstico de tuberculosis en cualquiera de sus formas, que se encuentren recibiendo tratamiento anti tuberculosis en los Centros de Salud pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan.

2.5 Criterios de selección

2.5.1 Criterios de Inclusión

Pacientes con diagnóstico de tuberculosis en cualquiera de sus formas, que se encuentren recibiendo tratamiento anti tuberculosis en los Centros de Salud pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan.

2.5.2 Criterios de no inclusión

Pacientes con enfermedad mental

2.5.3 Criterios de eliminación

Que no deseen participar en el estudio

Cuestionarios incompletos

Cambio de lugar de residencia

No puedan ser localizados.

2.6 Variables

Variable independiente: Funcionalidad Familiar.

Variable Dependiente: Apego al tratamiento.

Variables contribuyentes: Edad, sexo, escolaridad y estado civil.

2.6.1 Definición conceptual

Edad: Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta un momento determinado de su vida.

Género: Características genotípicas del individuo relativas a su papel reproductiva.

Estado civil: Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos, constituyendo con ella una institución familiar y adquiriendo derechos y deberes.

Escolaridad: Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educativo.

Ocupación: Conjunto de funciones obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo.

Funcionalidad Familiar: Grado en que la familia muestra interés y valora a cada uno de sus miembros. Sistema familiar que logra a través de sus recursos, resolver las crisis tanto normativas como normativas en su ciclo de desarrollo familiar. Son familias que presentan problemas, pero que logran ellos mismos salir de las situaciones estresantes, con movimientos funcionales de estructura.

Disfuncionalidad Familiar: Patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que presenta de manera permanente uno o varios integrantes de una familia. Sistema familiar que no logran a través de sus recursos, resolver las crisis tanto normativas como no normativas en su ciclo de desarrollo familiar, generando una pérdida de su equilibrio.

Cohesión: es el vínculo emocional entre los miembros de la familia y el grado de autonomía individual de los mismos. Cohesión extremadamente alta da una excesiva unión de sus miembros y a una muy limitada autonomía individual, cohesión extremadamente baja lo contrario.

No relacionada o dispersa: Ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, poca lealtad a la familia ,se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, hay falta de cercanía parento-filial, alta independencia personal ,rara vez pasan el tiempo juntos, necesidad y preferencia por espacios

separados, se toman las decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, recreación individual.

Semirrelacionada o separada: Se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia. Hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida.

Relacionada o conectada: Hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros, con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes, se prefiere la recreación compartida más que la individual. Son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia.

Aglutinada: cercanía emocional extrema, se demanda fidelidad y lealtad hacia la familia, el involucramiento es altamente simbiótico, junto a un alto grado de dependencia respecto de las decisiones tomadas en común, se expresa la dependencia afectiva, hay extrema reactividad emocional, se dan coaliciones

parento-filiales, hay falta de límites generacionales, falta de separación personal, la mayor parte del tiempo lo pasan juntos, se permite poco tiempo y espacio privado, las decisiones están sujetas al deseo del grupo, el interés se focaliza dentro de la familia.

Adaptabilidad: Es la capacidad del sistema marital /familiar para cambiar sus estructuras de poder (roles y reglas) en respuesta al estrés situacional o evolutivo. Adaptabilidad extremadamente alta origina caos en el interior de la familia, esto es la inexistencia de roles y reglas definidas, una adaptabilidad extremadamente baja rigidez que impide amoldarse a las crisis del ciclo familiar. Incluye conceptos tales como poder (capacidad de afirmación, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de roles y reglas de relación de la familia.

Caótica: se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. Las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.

Flexible: liderazgo y roles compartidos, disciplina algo severa, y democrática negociándose sus consecuencias, El liderazgo es igualitario, permite cambios, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.

Estructurada: el liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario así como los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian.

Rígida: liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios. Existe fuerte control parental, y su aplicación es severa, es autocrática, los padres

imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.

Apego al tratamiento: es un comportamiento complejo con carácter de proceso conformado por una estructura y dinámica interna, que integra un componente personal, un componente relacional en el que se encuentra implicado el profesional de salud y uno comportamental propiamente dicho, dirigidos al logro de un resultado beneficioso para la salud.

2.6.2 Definición operacional de Variables

VARIABLE / CATEGORÍA (Índice-indicador / constructo-criterio)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN	FUENTE
GÉNERO	CUALITATIVA	Clasificar de acuerdo al género de las personas	NOMINAL	1. Femenino 2. Masculino	CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
EDAD	CUANTITATIVA	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la fecha de estudio.	CONTINUA	Edad en años cumplidos a la fecha de realización de la historia clínica	CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESTADO. CIVIL	CUALITATIVA	Situación de convivencia en el momento del estudio	NOMINAL	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Union Libre 5. Viudo 6. Separado 7. Otro	CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	Años académicos concluidos	NOMINAL	1. Ninguna 2. Primaria 3. Primaria Incompleta 4. Secundaria 5. Secundaria Incompleta 6. Preparatoria 7. Preparatoria Incompleta 8. Profesional 9. Posgrado	CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
OCUPACIÓN	CUALITATIVA	Agrupación por tipo de actividad que realiza.	NOMINAL	1. Obrero 2. Técnico 3. Comerciante 4. Profesionista 5. Hogar 6. Desempleado 7. Jubilado 8. Estudiante 9. Otro	CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
NÚMERO DE INTEGRANTES EN LA FAMILIA	CUANTITATIVA	Cantidad de personas que viven en el núcleo familiar	CONTINUA	1. Número De Integrantes	CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

COHESIÓN	CUALITATIVA	No relacionada Semirelacionada Relacionada Aglutinada	NOMINAL	1.-No Relacionada (10- 34 Puntos) 2.-Semirelacionada (35- 40 Puntos) 3.-Relacionada (41- 45 Puntos) 4.- Aglutinada (46 - 50 Puntos)	CUESTIONARIO FACES III Preguntas (NONES)						
ADAPTABILIDAD	CUALITATIVA	Rígida Estructurada Flexible Caótica	NOMINAL	1.- Rígida (10- 19 Puntos) 2.-Estructurada (20- 24 Puntos) 3.-Flexible (25- 28 Puntos) 4.-Caótica (29- 50 Puntos)	CUESTIONARIO FACES III. Preguntas (PARES)						
FUNCIONALIDAD	CUALITATIVA	Adaptabilidad y Cohesión	NOMINAL	<table border="1"> <tr> <td>Balanceada</td> <td>Funcional</td> </tr> <tr> <td>Rango Medio</td> <td>Funcional</td> </tr> <tr> <td>Extrema</td> <td>Disfuncional</td> </tr> </table>	Balanceada	Funcional	Rango Medio	Funcional	Extrema	Disfuncional	CUESTIONARIO FACES III.
Balanceada	Funcional										
Rango Medio	Funcional										
Extrema	Disfuncional										
FORMA DE TUBERCULOSIS	CUALITATIVA	1.-PULMONAR 2.-EXTRAPULMONAR (Ósea, genitourinaria, pleura. Miliar, meníngea, etc)	NOMINAL	1.-Pulmonar 2.-Extrapulmonar	TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE TAES						
APEGO AL TRATAMIENTO	CUALITATIVA	Buen apego Mal apego Abandono	NOMINAL	Buen apego (cumplimiento del programa al 100%). Mal apego (interrupción del tratamiento menos de 30 días) Abandono (interrupción del tratamiento por más de 30 días)	TARJETA DE REGISTRO TAES						

2.7 Diseño estadístico

Se analizó la funcionalidad familiar y su relación con apego al tratamiento en pacientes con tuberculosis. En una muestra no probabilística por censo, se realizó una sola medición, para describir variables cualitativas con medidas de resumen y variables cuantitativas con media aritmética. Se describieron relaciones bimodales con Razón de Momios en el programa estadístico Epi Info.

2.8 Instrumento (s) de recolección de datos

Descripción de Instrumento

El Instrumento consta de 3 secciones:

- Cedula de Recolección de Datos Sociodemográficos: Sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación y número de integrantes en la familia.
- Tarjeta de Registro y Control de Caso de Tuberculosis para la Administración del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado

Se evaluó el apego al tratamiento con de cada paciente en los diversos Centros de Salud pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria de Tlalpan. Se consideraron los siguientes aspectos:

- Buen Apego: (Cumplimiento del programa al 100%)
 - Mal Apego: (Interrupción del tratamiento menos de 30 días)
 - Abandono: (Interrupción del tratamiento por más de 30 días)
- Instrumento Faces III para evaluar cohesión y Adaptabilidad.

Validado en español en el año 2012, confiabilidad de 70% con el índice alfa de Cronbach), división en mitades: parte I, 0,73, y parte II, 0,66; Guttman, 0,75; paralelo, 0,69, y paralelo estricto, 0,53. *Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar*, 3º Versión (FACES III) de Olson. La escala FACES III en

su versión al español, contiene 20 preguntas: las 10 noes evalúan la cohesión familiar y las 10 pares, la adaptabilidad familiar. Las preguntas están planteadas como actitudes con una escala de puntuación tipo Likert del 1 al 5 (1 nunca, 2 casi nunca, 3 algunas veces, 4 casi siempre, 5 siempre) de tal manera que la puntuación posible para cohesión y la adaptabilidad es de 10 a 50.

La combinación de cohesión con adaptabilidad clasifica a las familias en 16 tipos: No relacionada rígida, No relacionada estructurada, No relacionada flexible, No relacionada caótica; Semirelacionada rígida, semirelacionada estructurada, semirelacionada flexible, semirelacionada caótica; Relacionada rígida, Relacionada estructurada, Relacionada flexible Relacionada caótica; Aglutinada rígida, aglutinada estructurada, aglutinada flexible, aglutinada caótica.

Las cuatro centrales semirelacionada flexible, relacionada flexible, semirelacionada estructurada y relacionada estructurada corresponden a niveles balanceados de adaptabilidad y cohesión. Las cuatro extremas adaptabilidad y/o cohesión excesivamente alta o baja.

Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas. Las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción, lo cual ha sido corroborado en la experiencia clínica de diversos investigadores. No relacionada caótica,

Calificación de cohesión según el FACES III

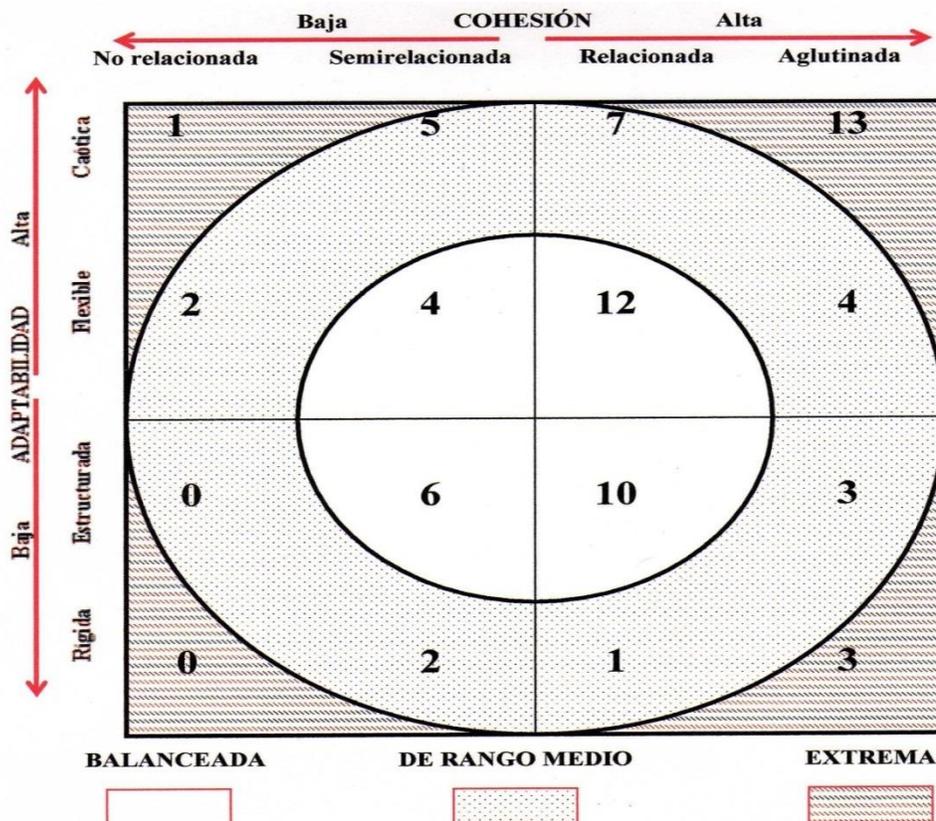
Cohesión	Amplitud de clase
No relacionada	10 a 34
Semirrelacionada	35 a 40
Relacionada	41 a 45
Aglutinada	46 a 50

Calificación de adaptabilidad Según el FACES III

Adaptabilidad	Amplitud de clase
Rígida	10 a 19
Estructurada	20 a 24
Flexible	25 a 28
Caótica	29 a 50

Clasificación de familias según FACES III

	Alta		Cohesión		Alta
Alta		Disgregada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada
	Caótica	Caóticamente disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinante
Adaptabilidad	Flexible	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
	Estructurada	Estructuralmente disgregada	Estructuralmente semirrelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructuralmente aglutinada
Baja	Rígida	Rígidamente disgregada	Rígidamente semirrelacionada	Rígidamente relacionada	Rígidamente aglutinada



2.9 Método de recolección de datos

Se solicitó autorización para la realización del estudio a las instancias correspondientes en la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan, del Centro de Salud José Castro Villagrana, así como en los Centros de Salud pertenecientes a dicha Jurisdicción.

Se consultó base de datos de pacientes con diagnóstico de tuberculosis activos en la plataforma de registro del programa Control de Tuberculosis en la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan.

Posteriormente se acudió a los Centros de Salud: Ampliación Hidalgo, Cultura Maya, David Fragoso Lizalde, Dr Gerardo Varela Mariscal, José Castro Villagrana, Pedregal de las Aguilas, San Andrés Totoltepec y Topilejo, con el fin de presentar la carta de autorización y explicar en que consiste el estudio al director de la unidad y al epidemiólogo.

Con cada uno de los epidemiólogos se acordaron citas para lograr reunir a sus pacientes en un mismo horario. A todos los pacientes se les explicó en que consiste el estudio y a cada uno de ellos se les proporcionó carta de consentimiento informado, cédula de datos sociodemográficos, así como cuestionario de evaluación de cohesión y adaptabilidad FACESIII.

Una paciente presentó incapacidad para la marcha por lo que no acude al Centro de Salud y los instrumentos se aplicaron en su domicilio, previa autorización.

2.10 Maniobras para evitar y controlar sesgos

Sesgo de Información del paciente debido a que por razones de tiempo no se pudo corroborar la información proporcionada por el paciente en el expediente clínico.

Sin embargo todas las entrevistas, fueron realizadas por el investigador en un ambiente cómodo dentro de los centros de salud.

2.11 Procedimientos estadísticos

2.12 Diseño y construcción de base de datos

Una vez recolectada la información se procedió a crear una base de datos en Excel, y para realizar análisis estadístico en el programa estadístico Epi info 7.

2.13 Análisis estadístico

Estadística descriptiva

Los resultados se analizaron con estadística descriptiva utilizando frecuencias y porcentajes, así como medidas de tendencia central.

Estadística analítica o Inferencial:

Para establecer la asociación bivariada se utilizó Razon de Momios (OR).

2.14 Cronograma (Anexo 1)

2.15 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio

Recursos humanos

Investigador principal

Recursos materiales

Hojas blancas, copias, lápices y bolígrafos, computadora e impresora.

Recursos físicos

Area de epidemiología de los Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan

Financiamiento del estudio

Autofinanciado

2.16 Consideraciones éticas

Se consideró el aspecto ético, clasificando esta investigación con riesgo mínimo para los sujetos de estudio conforme Artículo. 14, Fracción V,VI, y VII, Art. 16 , Artículo. 17, y 20 Fracción I del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación.

Artículo. 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones que este reglamento señala.

VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

VII. Se llevará a cabo cuando se tenga autorización del titular de la institución de atención a la salud y en su caso de la Secretaría de Salud.

Artículo. 16 Las investigaciones en seres humanos se debe proteger la privacidad del individuo sujeto de investigación.

El Artículo. 17, Investigación con riesgo mínimo: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento

profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecida.

Artículo. 20 El consentimiento informado es el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autorizó su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometería, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.²⁴

Recomendaciones contenidas en la Declaración de Helsinki en la asociación médica mundial enmendada en la 52ª asamblea general mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, en octubre del 2000, Se realizó un formato de consentimiento informado, basado en los puntos XX y XXI.

XX. Para tomar parte de un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

XXI. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad, debe tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.²⁷

3.- RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio 26 pacientes en tratamiento del programa de tuberculosis (TAES) correspondientes a los siguientes Centros de Salud (CS) de la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan. Ver tabla 1

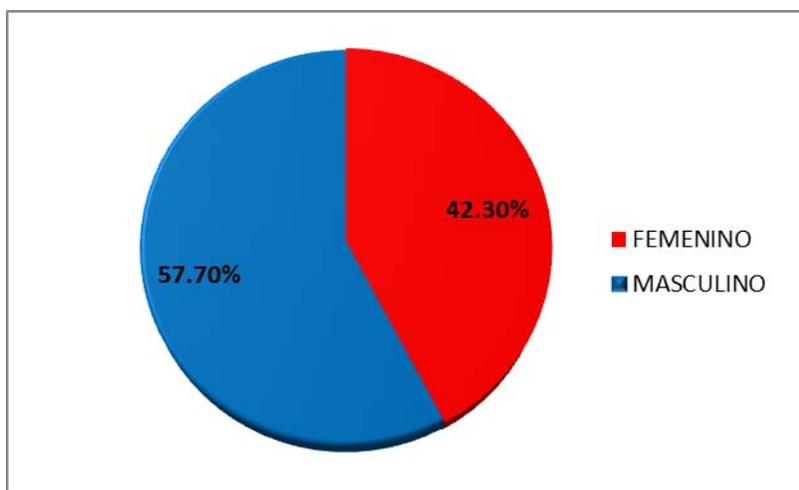
Tabla 1 Distribución de pacientes con diagnóstico de tuberculosis en los centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan

Centro de Salud	Número de Pacientes
Ampliación Hidalgo	2
Cultura Maya	2
David Fragoso	5
Gerardo Varela	5
José Castro Villagrana	4
Pedregal de las Águilas	4
San Andres Totoltepec	3
Topilejo	1
Total	26

Plataforma de Registro y Control de Tuberculosis 2015

En relación al género, el mayor porcentaje correspondió con un total de 15 (57.7%) hombres y 11 (42.3%) para mujeres. Ver figura 1

Figura 1. Distribución por sexo de pacientes con tuberculosis de la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan

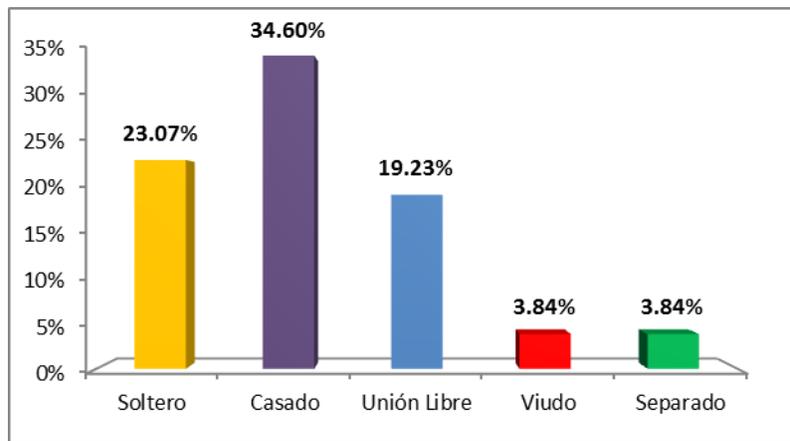


Fuente: Cédula de Datos, 2015

La distribución de acuerdo a la edad presenta una media de 43.38 años con una DE +/- 16 y un rango entre 23 y 79 años.

La distribución de los pacientes con respecto al estado civil mostró que 6 pacientes (23.07%) se encuentran solteros, 9 (34.6%) casados, 5 (19.23%) unión libre, 5 (19.23%) separados y 1 (3.84%) viudo.

Figura 2. Distribución por estado civil en pacientes con tuberculosis de la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan



Fuente: Cédula de Datos, 2015

La escolaridad de los pacientes reportada con mayor frecuencia es: 6 (23%) profesional, 5 (19.2%) primaria y 4 (15.3%) secundaria. Ver tabla 2

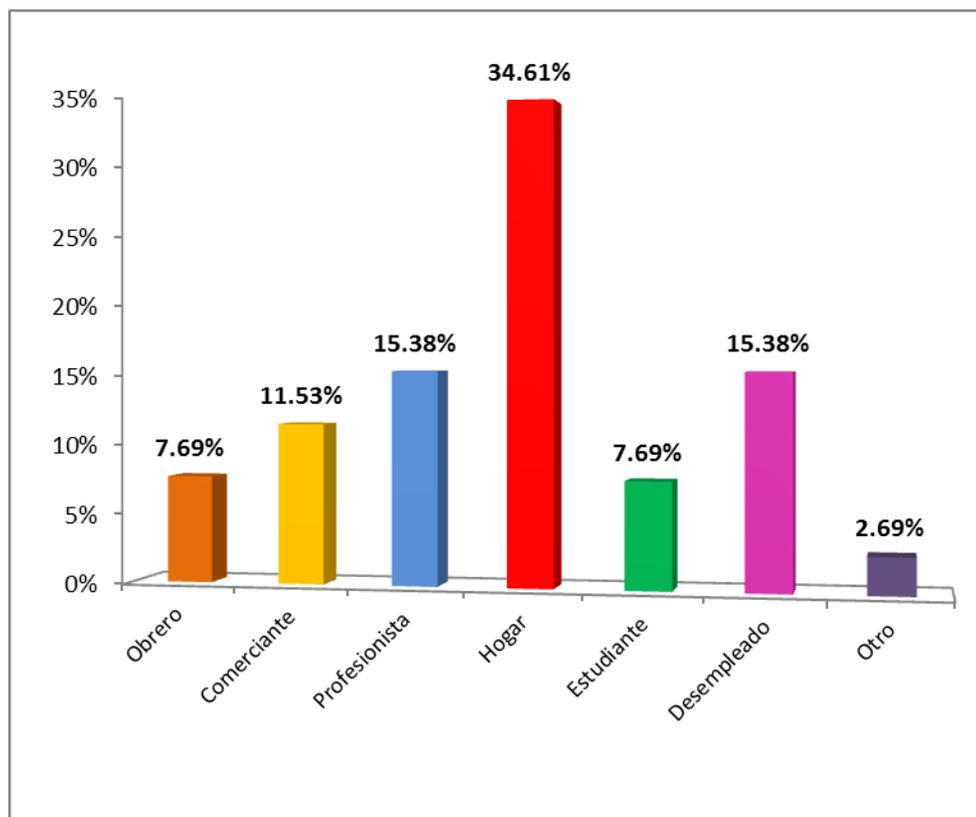
Tabla 2 Escolaridad en pacientes con tuberculosis

Escolaridad	Porcentaje
Primaria	19.23%
Primaria Incompleta	7.69%
Secundaria	15.38%
Secundaria incompleta	3.84%
Preparatoria	15.38%
Preparatoria incompleta	15.38%
Profesional	23.07%
Posgrado	3.84%

Fuente: Cédula de Datos 2015

En relación a la ocupación, 9 pacientes (34.61%) se dedicaban al hogar, 2 (7.69 %) son obreros, 3 (11.53%,) comerciante, 4 (15.38%) son profesionistas, 2 (7.59 %) son estudiantes, 4 (15.38%) son desempleados y 2 (7.69%) tienen otro empleo.

Figura 3. Ocupación en pacientes con tuberculosis.



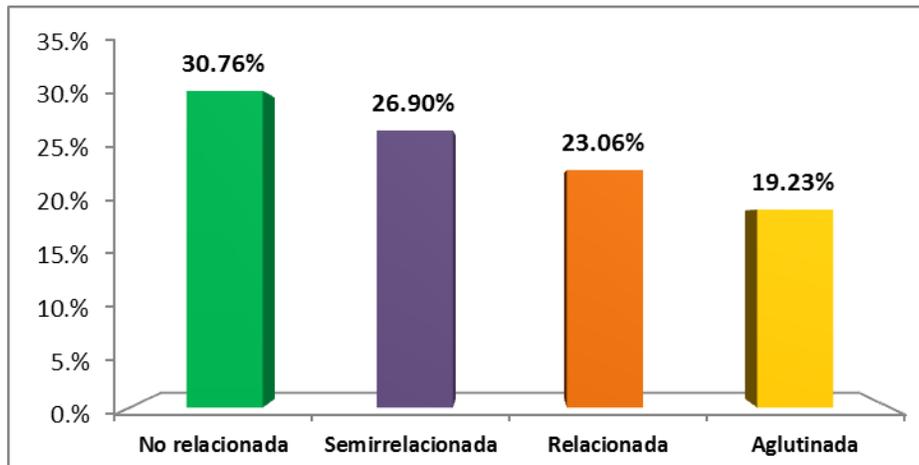
Fuente: Cédula de Datos, 2015

La distribución de acuerdo a las formas de tuberculosis se encontró que en 10 (38.46%) pacientes presentan forma pulmonar y 16 (61.53%) extrapulmonar.

El promedio de integrantes de la familia es de 4.8%.

En la cohesión familiar se encontró que 8 (30.76%) de los pacientes presentan familia no relacionada, 7 (26.9%) semirrelacionada, 6 (23.06%) la relacionada y 5 (19.23%) familias aglutinada. Ver figura 4

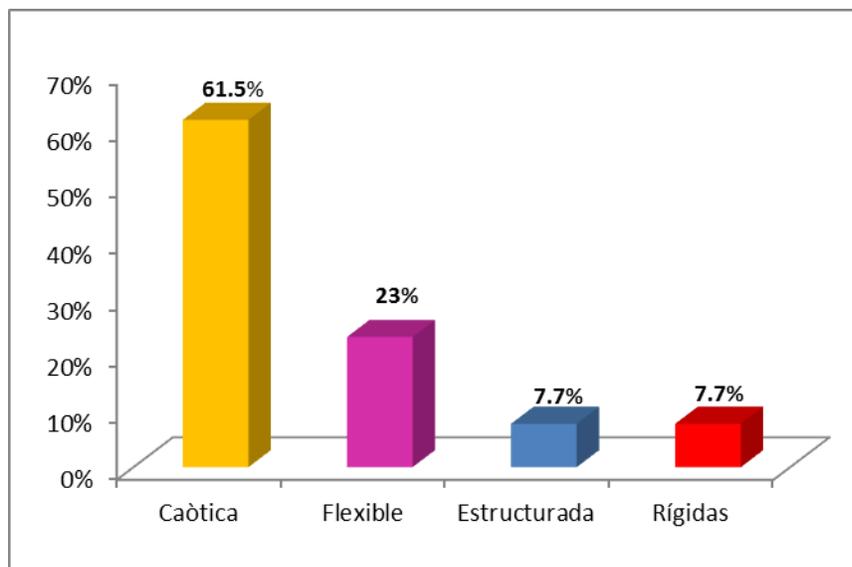
Figura 4. Cohesión Familiar en pacientes con tuberculosis



Fuente: Cuestionario FACES III, 2015

En relación a la adaptabilidad familiar se encontró que 16 (61.53%) comprenden con familias caóticas, 6 (23.06%) son flexibles, 2 (7.69%) Estructurada y solo 2 (7.69%) rígidas. Ver figura 5

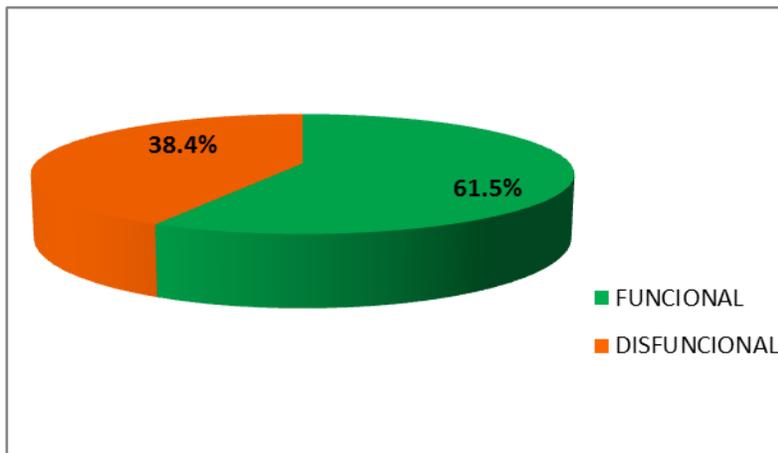
Figura 5. Adaptabilidad familiar en pacientes con tuberculosis.



Fuente: Cuestionario FACES III, 2015

Al analizar los resultados respecto a la funcionalidad familiar se encontró que 10 (38.46 %) pacientes presentan disfuncionalidad familiar y 16 (61.53%) funcionalidad familiar. Ver figura 6

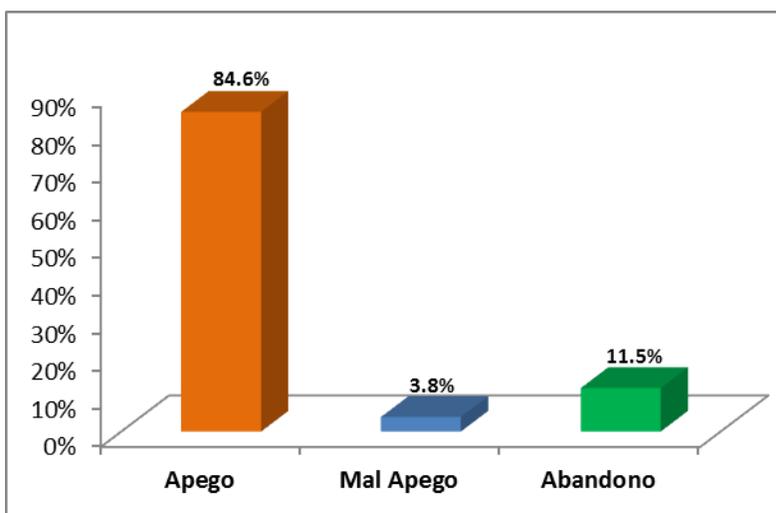
Figura 6. Funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis



Fuente: Cuestionario FACES III, 2015

En relación al apego al tratamiento 22 pacientes (84.6%) tienen buen apego, 1 paciente (3.85%) con mal apego y 3 pacientes (11.5%) con abandono. Ver figura 7

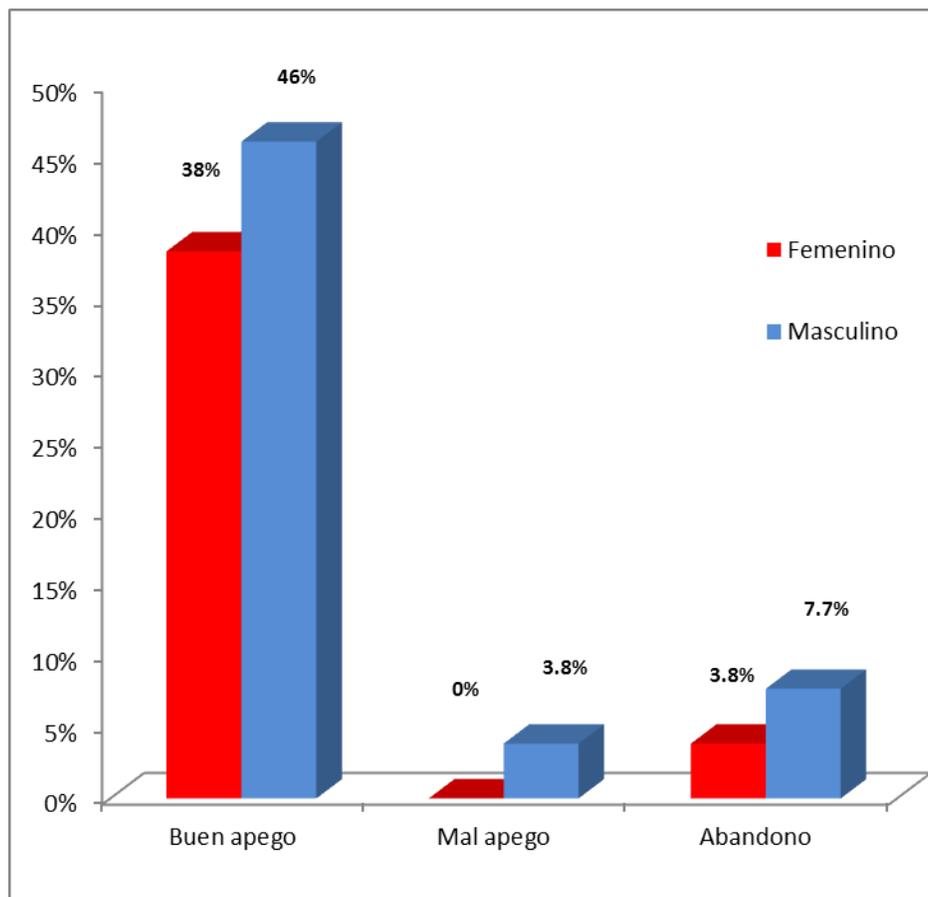
Figura 7. Apego al tratamiento en pacientes con tuberculosis



Fuente: Talleta de Registro y Control TAES, 2015

Referente al apego al tratamiento y género es de 12 (46.1% masculinos y 10 (38.4%) femeninos con Buen apego, solo 1 (3.85%) masculino, 1 (3.85%) femenino y 2 (7.7%) masculinos con Abandono. Ver figura 8

Figura 8. Apego al tratamiento de acuerdo a género en pacientes con tuberculosis



Fuente: Talleta de Registro y Control TAES, mayo-julio 2015

Los resultados obtenidos con la relación entre Apego al tratamiento y funcionalidad familiar, 3 pacientes con abandono al tratamiento (11.53%) presentaron disfuncionalidad familiar. Un paciente con mal apego (3.84%) presento disfuncionalidad ,15 pacientes con buen apego (57.69%) presentaron funcionalidad y 7 pacientes con buen apego (26.92%) presentaron disfuncionalidad. Ver Tabla 3

Tabla 3 Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con tuberculosis

Apego	Funcional	Disfuncional	Total
Buen Apego	15	7	22
Mal Apego	0	1	1
Abandono	0	3	3
Total	15	11	26

*Fuente: Cuestionario FACES III
Tarjeta de Registro y Control de Casos TAES, 2015*

En familias **Disfuncionales** 7 tuvieron buen apego (63%); y 4 tuvieron mal apego o abandono (37%).

En familias **funcionales** el 100% tuvieron buen apego y **no se presento** mal apego o abandono.

Se obtuvo una Razón de Momios (OR) = 8.57

IC 95% =0.65 -265 y P de Fisher= 0.07.

4. DISCUSIÓN

El estudio de la funcionalidad familiar resulta difícil evaluar, debido a que se encuentran implicados, subsistemas y dinámica familiar, por lo que es necesario aplicar más de un instrumento para su estudio.

En este trabajo se utilizó un instrumento que evalúa cohesión y adaptabilidad familiar, clasificando a las familias como balanceadas, rango medio y extremas, en donde prevalecieron familias con rango medio, que corresponden a moderadamente disfuncionales, esto es explicable debido a que la disfunción familiar no es exclusiva de un sub sistema o individuo. Resulta necesario la aplicación del instrumento al menos a dos integrantes de la familia, sin embargo no fue posible la aplicación del instrumento a otro familiar.

Los resultados del estudio en relación con la funcionalidad familiar y el apego al tratamiento en pacientes con tuberculosis, reporto que el 100% de los pacientes con presentaban disfuncionalidad familiar cifra que supera lo reportado en Tamaulipas por Martínez et,al.(2014)¹⁹. 75% de los pacientes que abandonaron el tratamiento refirió algún grado de disfunción familiar.

En México el 75% de los casos de tuberculosis ocurren en población económicamente productiva, similar a nuestro estudio encontrando una edad media de 43 años. En cuanto a la ocupación el desempleo es considerado factor de riesgo para abandono; en un estudio realizado en Colombia por Cáceres (2004)¹⁷, lo que coincide con nuestro estudio en el cual el 50% de los pacientes con abandono se encontraba con desempleo. Cabe destacar que en este estudio mostro que 3 de los pacientes son médicos, lo que nos hace retomar la importancia del cumplimiento de lavado de manos y medidas de protección necesarias por el riesgo infectocontagioso al que se esta expuesto en esta profesión.

Las personas que consumen alcohol tienen mayor riesgo de abandonar el tratamiento. En España Orozco y cols (1994)²⁹ encontraron un OR 2.96 (IC 95% 0.99 - 8.81) para abandono entre pacientes que consumían alcohol. Se

identificaron que 2 de los pacientes con abandono al tratamiento (66%) cuentan con el diagnóstico de VIH y Alcoholismo, superando lo reportado en Yucatan por Heredia et,al (2012) ² en donde el 16% de los pacientes que ingieren alcohol abandonaron el tratamiento.

Reporta, Cáceres (2004)¹⁷, que a menor nivel educativo, mayor probabilidad de abandono, esto relacionado con la dificultad para seguir indicaciones y pobre entendimiento de la enfermedad. En este estudio se reporta que el 50% de los pacientes con mal apego o abandono cuenta con nivel educativo primaria.

Finalmente de acuerdo al análisis bivalente, las variables funcionalidad familiar y apego al tratamiento, fueron relevantes, en relación a la hipótesis planteada en este estudio en donde se relaciona la funcionalidad familiar con el apego al tratamiento, lo que indica que las familias con disfuncionalidad familiar tienen una mayor probabilidad de abandono al tratamiento, no obstante el resultado del análisis no es estadísticamente significativo, es probable que con una muestra representativa se estableciera como riesgo .

Dentro de las limitantes del estudio es el tamaño de la muestra, debido a que no se pueden generalizar los resultados.

Otra limitación del estudio es que por ser un estudio transversal desconocemos la temporalidad de la funcionalidad familiar.

Una fortaleza de la investigación, es que se incluyeron al total de pacientes con tuberculosis activos en la Plataforma de Control de Tuberculosis de la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan.

Es necesario continuar la línea de investigación , debido a que existen otros factores relacionados con el abandono al tratamiento, como lo es falta de relación médico paciente, falta de información, vías de acceso a los centros de salud, comorbilidades asociadas, efectos adversos etc.

En el contexto de la medicina familiar, ésta se encuentra enfocada en poder otorgar una atención integral al individuo y su familia, siendo la base de todo el

Sistema de Salud Nacional, por lo que toda actividad que realiza el médico familiar debe enfocarse en los tres ejes de acción: Continuidad, acción anticipatoria y estudio de la familia.

La acción anticipatoria debe basarse en un enfoque de riesgo, el cual contribuye a la identificación de la probabilidad de las características que puedan predisponer a la enfermedad, por lo que es necesario identificar características de los pacientes en riesgo y poder establecer un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Con respecto a la continuidad, el médico familiar debe comprender desde una perspectiva que integre todos los aspectos del paciente y de la sociedad, en un esquema longitudinal que permita el seguimiento del paciente y su familia.

5. CONCLUSIONES

El apego al tratamiento es un problema frecuente al que nos enfrentamos en la práctica médica, sin embargo en el control de tuberculosis la vigilancia debe ser estricta por las implicaciones epidemiológicas que tiene, tal como la multidrogoresistencia, que incrementa la morbilidad y mortalidad, los costos para el paciente y el estado, lo que disminuye la calidad de vida del paciente.

De acuerdo a lo expuesto en esta investigación son necesarias estas recomendaciones para el personal de salud:

Proporcionar educación a la población sobre promoción, pesquizaje y sensibilización acerca de la tuberculosis.

En la consulta es necesario identificar a pacientes con riesgo de presentar la enfermedad, elaborar una historia clínica con exploración física detallada y solicitar en caso necesario baciloscopia. Para el diagnóstico oportuno de nuestros pacientes.

Una vez diagnosticados los pacientes es necesario elaboración de un familiograma que nos permitirá tener una visión global, longitudinal de la familia, e identificar riesgos y alteraciones en la dinámica familiar, para influir de manera positiva en el curso de la enfermedad e implementar estrategias con el fin de mejorar el apego al tratamiento.

Educación al paciente para un mejor control, y eliminar las barreras derivadas de las creencias, prejuicios, miedos respecto a la enfermedad, y considerando esencial la participación activa de la familia en todo el proceso.

Fortalecer la relación con el paciente, favoreciendo la confianza para que exprese abiertamente sus dudas, preocupaciones o dificultades para adherirse a las recomendaciones de tratamiento que amerita.

BIBLIOGRAFIA

1. Humphreys, M. *The tuberculosis: the consumption and civilization*. En: Kiple, K. F. *Plague, pox and pestilence. Disease in History*. 1977. Londres:Weidenfeld & Nicolson, 136- 141.
2. Heredia NMR, Puc FM, Caamal LA, Vargas GA. *Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán, México*. *Rev Biomed* 2012; 23:113-120.
3. www.ssaver.gob.mx visitado 26/05/15
4. Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-2013, *Para la prevención y control de la tuberculosis*
5. *Global Tuberculosis Report, 2014*. Available in: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf?ua=1 Revisada en Mayo 2015
6. *Secretaria de Salud, Estandares para la atención de tuberculosis en México. 2009. Boletín*
7. *Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y tratamiento de casos nuevos de tuberculosis pulmonar. México Secretaria de Salud; 2009*
8. Curtis J, et al. *Susceptibility to tuberculosis is associated with variants in the ASAP1 gene encoding a regulator of dendritic cell migration*. *Nat Genet*. 2015;47: 523-527.
9. *World Health Organization TB Program. TB a Global emergency: WHO report on the TB epidemic Ginebra 2012*.
10. Dilla T, Valladares A, Liza L, Sacrista JA. *Adherencia y persistencia terapeutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora*. *Aten Primaria*. 2009;41(6):342-348.
11. Dailey G, Kim MS, Lian JF. *Patient compliance and persistence with antihyperglycemic drug regimens: evaluation of a medicaid patient population with type 2 diabetes mellitus*. *Clin Ther*. 2001;23:1211-122
12. Moreno MJH, Chauta R., et al. *Funcionalidad familiar, conductas externalizadas y rendimiento académico en adolescentes*. *Psychol* 2012; 6 (1): 155-166.

13. Anzures CR, Chávez AV, García PMDC, Pons AON. *Medicina Familiar*. 1ª Ed. México: Corinter; c 2008. 145-213.
14. Reyes LAG, Garrido GA, Torres VLE, Ortega SP. *Cambios en la cotidianidad familiar por padecimientos crónicos*. *Psicología y Salud*. Enero-junio de 2010 20 (1): 111-117.
15. www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-6/RFM47606.pdf visitado en abril 2015
16. López DE, Melgarejo HMA, Aguilar SCA. *La diabetes tipo 2 y la tuberculosis en México: la confluencia de dos retos para el sistema de salud*. *Acta Médica Grupo Ángeles*. Octubre-diciembre 2012, 20 (4): 189-195.
17. Cáceres MFM. *Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso*. *Med Unab* 2004; 7 (21): 498- 504
18. Martínez HYO, Gúzman LF, Flores PJJ, Vázquez MVH. *Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar*. *Aten Fam*. 2014; 21(2):47-49.
19. Cadena SF, Rizo BMM, Cortés CE, Alarcón LNS. *Modificación de estilos de vida mediante una intervención promotora de salud en pacientes con tuberculosis pulmonar*. *Waxapa*, 2012 4; 1(6) ;44-49
20. Martín MAA, Grau AJ, Espinosa BA. *Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas*. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2014;40 (2):225-238
21. Ugarte GCA. *Tuberculosis: Un enfoque de Derechos Humanos*. *Acta Med Per* 2009; 26(1); 55-57
22. Marin RF, Rodríguez M. *Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la Hipertensión Arterial esencial*. *Salud Pública* 2001; 43: 336-9.
23. Del Duca M. Gallegos Y. Da Col G. Noel TM. *Adherencia al Tratamiento desde la perspectiva del médico de familia*. *Revista Biomedicina* 2013. 8(1): 6-15
24. *Organización Panamericana de la Salud/ Evaluación Externa del Programa de Control de Tuberculosis de México*, Agosto 2013.
25. Pantoja RLM, Roa VE. *Factores relacionados con el Diagnóstico de tuberculosis mediante la prueba Chi-cuadrado para Bogotá (Colombia)*. *Ingeniería Industrial/ ISSN 1915-593*; 33(2); 112-125.
26. *Ley general de salud en materia de Investigación*. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.htm>

27. *Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.* http://www.wma.net/s/policy/17-c_s.htm
28. *Gavira R, Gómez F, Otero MJ, Barrueco M, Dominguez-Gil A. Seguimiento al tratamiento antituberculoso. Rev Clin Esp 1994; 42:677-81.*
29. *Orozco LC, Hernández R, de Usta CY, Cerra M, Camargo D. Factores de riesgo para el abandono (no adherencia) del tratamiento antituberculoso. Médicas UIS 1998; 12:169-72.*
30. *Grange J, Story A, Zumla A. Tuberculosis in disadvantaged groups. Curr Opin Pulm Med 2001; 7:160-4.*

ANEXO 1

Cronograma de actividades

		Proyecto de Investigación																																					
		Residencia en Medicina Familiar																																					
		Sede: C. S. Dr. José Castro Villagrana																																					
Nombre del Proyecto:		FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS																																					
Plan de Titulación:		Oportuna																																					
Residente		LILIANA VELAZQUEZ ARNAIS																																					
Asesor:		DR. JESÚS CRUZ MARTÍNEZ																																					
		2013												2014												2015													
		Mes		M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N			
		Programado	Realizado																																				
Fase de Planeación	Actividad	Elección de Tema																																					
		Busqueda de información																																					
		Elaboración de Marco Teórico																																					
		Planteamiento del Problema																																					
		Justificación																																					
		Objetivos																																					
		Hipótesis																																					
		Material y Métodos																																					
		Población, Lugar y Tiempo																																					
Diseño de la investigación		Muestra																																					
		Criterios de Selección																																					
		Definición de variables																																					
		Diseño Estadístico																																					
Logística Fase de Campo.		Revisión de muestra																																					
		Solicitud de aprobación a las Autoridades																																					
		Aplicación de Prueba Piloto																																					
		Aplicación de Instrumento																																					
		Recolección de Información																																					
		Construcción de Base de Datos																																					
		Análisis de Datos																																					
		Presentación de Resultados																																					
Integración del informe final.		Discusión																																					
		Conclusiones																																					

ANEXO 2

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y APEGO AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS

Cédula de recolección de datos sociodemográficos.

Centro de Salud: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente : _____ **Sexo:** Hombre () Mujer ()

Edad: _____

Estado Civil:

1.- Soltero () 2.- Casado () 3.- Divorciado () 4.- Unión Libre () 5.- Viudo () 6.- Separado () 7.- Otro ()

Escolaridad:

1. Ninguna () 2.- Primaria () 3.- Primaria Incompleta () 4.- Secundaria () 5.- Secundaria incompleta ()
6.- Preparatoria () 7.- Preparatoria Incompleta () 8.- Profesional () 9.- Postgrado ()

Ocupación:

1.- Obrero () 2.- Técnico () 3.- Comerciante () 4.- Profesionista () 5.- Hogar () 6. Desempleado ()
7.- Jubilado () 8.- Estudiante () 9.- Otros ()

Número de Integrantes en la familia

1.- Integrantes _____

ANEXO 3

ESCALA DE EVALUACIÓN DE ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR FACES III

Instrucciones: Escriba en el espacio correspondiente a cada pregunta la respuesta que usted elija según el número indicado.

No.	DESCRIBA A SU FAMILIA	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.					
2	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
3	Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.					
5	Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos.					
6	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.					
7	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con otras personas que no son de nuestra familia.					
8	Nuestra familia cambia el modo de hacer las cosas.					
9	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.					
10	Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.					
11	Nos sentimos muy unidos.					
12	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.					
13	Cuando nuestra familia se reúne para hacer algo no falta nadie.					
14	En nuestra familia las reglas cambian.					
15	Con facilidad podemos planear actividades en la familia.					
16	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
17	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.					
18	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.					
19	La unión familiar es muy importante.					
20	Es difícil decir quien hace las labores del hogar.					

ANEXO 4

TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE TRATAMIENTO ACORTADO ESTRICTAMENTE SUPERVISADO



SECRETARÍA DE SALUD

TARJETA DE REGISTRO Y CONTROL DE CASO DE TUBERCULOSIS

SIS-SS-20-P

SIS 2013

UNIDAD JURISDICCIÓN LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN		DIAGNÓSTICO	FECHA	TRATAMIENTO			
EXPEDIENTE	_____	DETECTADO EN:	CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/>	PESQUISA <input type="checkbox"/>	CONTACTO <input type="checkbox"/>	FECHA DE INICIO: _____	
NOMBRE	_____	CICATRIZ DE BCG:	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		ESQUEMA: PRIMARIO <input type="checkbox"/>		
CURP	_____	LOCALIZACIÓN:	PULMONAR <input type="checkbox"/> MENÉNGEA <input type="checkbox"/> OTRA <input type="checkbox"/>		RETREATAMIENTO PRIMARIO <input type="checkbox"/>		
EDAD	_____ SEXO _____	COMPROBACIÓN:	BACILOSCOPIA _____ CULTIVO _____		RETREATAMIENTO ESTANDARIZADO <input type="checkbox"/>		
OCCUPACIÓN	_____	BIOPSIA	_____	OTRO	_____		
DOMICILIO 1	_____	TIPO DE PACIENTE:	CASO NUEVO <input type="checkbox"/>	RECAÍDA <input type="checkbox"/>	FASE	DURACIÓN	PERIODO
DOMICILIO 2	_____	REINGRESO <input type="checkbox"/>	FRACASO <input type="checkbox"/>	REFERIDO <input type="checkbox"/>	INTENSIVA		
		FÁRMACORRESISTENCIA <input type="checkbox"/>			SOSTÉN		

CONTROL

MARQUE LA FECHA DE CITA CON UNA "X", AL ACUDIR EL ENFERMO A LA CITA, EL PERSONAL QUE ADMINISTRE LOS MEDICAMENTOS DEBERÁ BORRAR LA MARCA Y ANOTAR AHÍ LAS INICIALES DE SU NOMBRE

MES	DÍA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			

ANVERSO



EGRESO: FECHA: _____ CAUSA: CURACIÓN FRACASO TRASLADO ABANDONO DEFUNCIÓN POR TB OTRO

salud.df.gob.mx

df.gob.mx

Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa para fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa en el Distrito Federal, será sancionado de acuerdo con la ley ante la autoridad competente.

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

México, D.F. a _____ de _____ 2015

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio se le invita a participar en un estudio de investigación sociomédica, que está llevando a cabo la Dra. Liliana Velázquez Arnais Médico residente de tercer año de Medicina Familiar. Los datos obtenidos se emplearán únicamente para efectos del proyecto titulado **"Funcionalidad Familiar y Apego al Tratamiento en Pacientes con Tuberculosis"**, la decisión de participar es totalmente voluntaria, no implica riesgos, no hará gasto alguno y no recibirá pago por su participación.

Mediante la firma de este documento, autorizo mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente Investigación. Mi participación consiste en responder un cuestionario y un instrumento de evaluación de el funcionamiento familiar. Los datos proporcionados por mí serán totalmente confidenciales sin que exista la posibilidad de identificación individual, cuento con la facilidad de dejar de participar o continuar el estudio de esta investigación si así lo decido en el momento que lo desee sin que se origine problema alguno

Está usted de acuerdo en participar en el estudio: SI _____ NO _____

Nombre y Firma :

ANEXO 6

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD “JOSÉ CASTRO VILLAGRANA”

México, D.F. a 29 de Mayo 2015

ASUNTO: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

DR. IGNACIO MOSQUEDA RODRIGUEZ
Director del Centro de Salud “José Castro Villagrana”

Por medio de la presente, solicito a usted, la autorización para la realización del estudio a desarrollar por su servidora la **Dra. Liliana Velázquez Arnais** Residente de Tercer año de Medicina Familiar con adscripción en el Centro de Salud “José Castro Villagrana”, el cual lleva como título: **Funcionalidad Familiar y Apego al tratamiento en Pacientes con Tuberculosis.**

El estudio consiste en elaborar una base de datos de los pacientes del Programa para el control de tuberculosis, acudir a los centros de salud pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan en donde se encuentren dichos pacientes, solicitarles consentimiento de participación en el estudio, el cual consiste en la aplicación de un cuestionario de recolección de datos sociodemográficos, la aplicación de Instrumento de evaluación de la funcionalidad familiar FACES III y la revisión de su tarjeta de registro y control de caso de tuberculosis.

La finalidad del estudio es identificar la relación que existe el apego al Tratamiento Aportado Estrictamente Supervisado y la Funcionalidad Familiar para poder ofrecer al paciente una atención integral y mejorar el apego al tratamiento.

Cabe mencionar que dicho estudio cuenta con un riesgo mínimo, por abordar aspectos sensitivos de su conducta pero sin modificarla, de acuerdo con los lineamientos de la Ley General de Salud, además de contar con una participación voluntaria por parte de los pacientes y en algunos casos de los padres.

Sin más por el momento, quedo a sus órdenes para cualquier asunto de interés.

ATENTAMENTE



LILIANA VELÁZQUEZ ARNAIS

Residente de Tercer Año en Medicina Familiar

Dr. Ignacio Antonio
Mosqueda Rodríguez
MÉDICO FAMILIAR
Céd. Prof. 2010/96 CMC. Exp. 514026

Recibí
29/0/15



ANEXO 7

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA TLALPAN

DR. JOSÉ ANTONIO JIMÉNEZ JACINTO

Director de la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan

Por medio de la presente, solicito a usted, la autorización para consultar la base de datos de pacientes activos en el Programa para el Control de Tuberculosis a cargo de la Dra. Brenda Olivares Bafuelos, así como la revisión de tarjetas de registro y control de caso de tuberculosis, para poder iniciar con el estudio a desarrollar por su servidora la Dra. Liliana Velázquez Arnaiz Residente de Tercer año de Medicina Familiar con adscripción en el Centro de Salud "José Castro Villagrana", el cual lleva como título: **Funcionalidad Familiar y Apego al tratamiento en Pacientes con Tuberculosis.**

El trabajo consiste en elaborar una base de datos de los pacientes del Programa para el control de tuberculosis, acudir a los centros de salud pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria Tlalpan en donde se encuentren dichos pacientes, solicitarles consentimiento de participación el estudio, el cual consiste en la aplicación de un cuestionario de recolección de datos sociodemográficos, la aplicación de Instrumento de evaluación de la funcionalidad familiar FACES III y la revisión de su tarjeta de registro y control de caso de tuberculosis.

La finalidad del estudio es identificar la relación que existe el apego al Tratamiento Acreditado Estrictamente Supervisado y la Funcionalidad Familiar para poder ofrecer al paciente una atención integral y mejorar el apego al tratamiento.

Cabe mencionar que dicho estudio cuenta con un riesgo mínimo, por abordar aspectos sensibles de su conducta pero sin modificarla, de acuerdo con los lineamientos de la Ley General de Salud, además de contar con una participación voluntaria por parte de los pacientes y en algunos casos de los padres.

Sin más por el momento, quedo a sus órdenes para cualquier asunto de interés.

ATENTAMENTE



LILIANA VELÁZQUEZ ARNAIZ

Residente de Tercer Año en Medicina Familiar



Dr. Ignacio Mosqueda Rodriguez
Dr. Jorge Pérez Díaz
Dr. Fernando Rey Monroy
Dr. Ignacio Arteaga Rosas
DrA. Miriam Nancy Barcena Cruz
Dra. Karla Marlene Villaverde Vazquez
Dra. Martha Elisa Rangel Sánchez
Dr. Agustín Aguilar Ulioa

Director del Centro de Salud "Dr José Castro Villagrana"
Epidemiólogo del Centro de Salud. "Gerardo Varela Mariscal"
Director del Centro de Salud " David Fragozo Lizalde"
Director del Centro de Salud "Pedregal de las Aguilas"
Epidemiólogo del Centro de Salud. " Ampliación Hidalgo"
Director del Centro de Salud "Cultura Maya"
Director del Centro de Salud " San Andrés Totoltepec"
Director del Centro de Salud. "Hortensia"

ANEXO 8

AUTORIZACIÓN DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA TLALPAN



CDMX
CIUDAD DE MÉXICO
190 años

003484

DJ/ENS/ /2015

México, D.F. a 6 de junio de 2015

ASUNTO: AUTORIZACIÓN

**M.C. PERLA RÍOS VILLALBA,
JEFE DE UNIDAD MÉDICA DEL C.S.
TIII AMPLIACIÓN HIDALGO.**

PRESENTE.

Solicito a Usted, se le brinden las facilidades necesarias a la M.C. Liliana Velázquez Arnais, Residente del Tercer Año de Medicina Familiar adscrita el C.S. "Dr. José Castro Villagrana", para que realice las actividades correspondientes del estudio: "Funcionalidad familiar y apego al tratamiento en pacientes con Tuberculosis".

Cabe mencionar, que dicho estudio cuenta con un mínimo de riesgo, de acuerdo a los lineamientos de la Ley General de Salud.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo

**ATENTAMENTE
EL DIRECTOR**

M.C.MSP. JOSÉ ANTONIO JIMÉNEZ JACINTO



 c.p.- M. C.MAHySP. Artemio Salud Eslava.- Jefe de Enseñanza Jurisdiccional.- Pte.



SECRETARÍA DE SALUD
SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL
JURISDICCIÓN SANITARIA TLALPAN
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA

Coapa y Carrasco S/N, Col. Toriello Guerra, C.P. 14050
Del. Tlalpan, Tel. 54242360, 48, 49, 52 y 62.