

**UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERIA**



**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
TUBERCULOSIS PULMONAR DEL HOSPITAL CARLOS SHOWING
FERRARI, HUÁNUCO 2018**

TESIS

PRESENTADA POR:

BACH. CHUQUIYAURI ARIAS, ERLÉNY

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ASESOR: Dr. EDGAR LUCAS ALVIZURI GÓMEZ

HUÁNUCO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A mi familia que son mi apoyo y empuje en todas las metas que me propongo en la vida y siempre están ahí sin abandonar su propósito incondicionalmente.

AGRADECIMIENTO

A mis profesores de este centro de estudios, que con sus conocimientos impartidos en las aulas me hicieron crecer profesionalmente y volcarlo en mi trabajo diario.

A las personas que participaron en el desarrollo del presente trabajo de

investigación.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari – Huánuco 2018. Fue de tipo cuantitativo, diseño no experimental y descriptivo. La muestra de estudio estuvo conformada por 35 pacientes. Para la recolección de datos, se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario. El 28.57% presenta un familia funcional, el 45.71% presenta una familia funcional en un nivel regular, por otra parte el 25.71% tiene una funcionalidad familiar mala, es decir su familia es disfuncional. Por otra parte el 31.43% presenta una depresión leve, el 51.43 presenta una depresión moderada es decir es posible manejar y solo necesita un poco de apoyo en cambio existe un 17.14% con una depresión severa es decir necesitan asesoría y tratamiento psicológico. Finalmente se concluyó que existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar, según la correlación de Spearman de 0.720 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula. Por lo cual se recomendó a los directivos del hospital y la Jefatura de enfermería que establezcan medidas de acción para educar a los familiares del paciente y concientizar de la importancia del apoyo emocional y afectivo que le brinden al paciente lo cual influye de manera positiva en su adherencia al tratamiento.

Palabras clave: Funcionalidad familiar, Depresión, Cohesión familiar, Adaptabilidad, Comunicación.

ABSTRACT

This research was aimed at determining the relationship between family functionality and depression in patients with pulmonary Tuberculosis who come to the Hospital Carlos showing Ferrari-Huánuco 2018. It was of quantitative type, non-experimental design and descriptive. The study sample was comprised of 35 patients. For data collection, the survey was used as a technique and as an instrument the questionnaire. 28.57% presents a functional family, 45.71% have a functional family on a regular level, on the other hand 25.71% have a bad family function, In other words, your family is dysfunctional, 31.43% has a mild depression, the 51.43 has a moderate depression i.e. it is possible to manage and only needs a little support instead there is 17.14% with severe depression i.e. they need counseling and psychological treatment. Finally, it was concluded that there is a significant relationship between family functionality and depression in patients with pulmonary Tuberculosis, according to the correlation of Spearman of 0720 represented this result as moderate with a significance $p = 0.001$ statistic being less than 0.01. Therefore, the main hypothesis is accepted and the null hypothesis is rejected. For this reason, the management of the hospital and the head of nursing were recommended to establish measures of action to educate the patient's relatives and to raise awareness of the importance of the emotional and affective support that they provide to the patient, which influences in a way Positive adherence to treatment.

Key words: Family functionality, Depression, Family cohesion, Adaptability, Communication.

ÍNDICE

Dedicatoria.	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Introducción	viii

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- Descripción de la realidad Problemática	1
1.2.- Definición del Problema	5
1.3.- Objetivos de la investigación	6
1.4.- Finalidad e importancia	7

CAPÍTULO II FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.- Bases Teóricas	8
2.2. Estudios previos	25
2.3. Marco Conceptual	31

CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1.- Formulación de Hipótesis	35
3.1.1.- Hipótesis General	35
3.1.2.- Hipótesis Específicas	35
3.2.- Identificación de Variables	35
3.2.1.- Clasificación de Variables	35
3.2.2.- Definición Constitutiva de variables	36
3.2.3.- Definición Operacional de variables	37

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1.- Tipo y Nivel de Investigación	38
4.2.- Descripción del Método y Diseño	38
4.3.- Población, Muestra y Muestreo	38
4.4.- Consideraciones Éticas	41

CAPÍTULO V. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1.- Técnicas e Instrumentos	43
-------------------------------	----

5.2.- Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos	46
CAPITULO VI. RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
6.1. Presentación, análisis e interpretación de datos	49
6.2. Discusión	65
6.3.- Conclusiones	67
6.4.-Recomendaciones	68
Referencias bibliográficas	69
ANEXOS	
Anexo 1: Matriz de consistencia	
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	
Anexo 3: Base de datos piloto	
Anexo 4: Prueba de confiabilidad piloto	
Anexo 5: Base de datos generales	
Anexo 6: Prueba de confiabilidad general	
Anexo 7: Autorización	
Anexo 8: Juicio de expertos	
Anexo 09: Consentimiento informado	

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad que afecta a más de la tercera parte de la población del mundo, de acuerdo con estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud se considera que en la última década del siglo XX quitó la vida a alrededor de 30 millones de personas en los países en vías de desarrollo. Es tradicionalmente considerada como una enfermedad de la pobreza y muchos aspectos de bajo nivel socioeconómico, por ejemplo el hacinamiento y la desnutrición, son aceptados como factores de riesgo individual y del hogar para la enfermedad. Históricamente es una enfermedad que presenta un fuerte prejuicio o estigma social, con diferentes matices culturales según la sociedad de que se trate.

Por otra parte en toda familia existe la dependencia de sus miembros entre sí, tanto que cuando uno de ellos se enferma todos los demás miembros experimentan alarma, puesto que la enfermedad amenaza la integridad familiar, sumándose el temor al contagio, sentimientos de vergüenza e inseguridad, determinando actitudes hostiles y tipos de conducta que amenazan los mecanismos físicos y psicológicos de sostén que actúan dentro de la familia.

Es por ello que el objetivo del presente estudio es determinar la relación entre el la funcionalidad que presenta la familia en cuanto al trato al paciente y la depresión que pueda presentar, puesto que el estado mental de cualquier paciente en cuanto a su enfermedad y adherencia a su tratamiento es primordial ya que un paciente con miedos y depresión puede que perjudique su avance incluso en ocasiones ocurra un abandono del tratamiento lo cual perjudica gravemente el avance del tratamiento y complica la enfermedad ocurriendo en ocasiones la muerte.

Para ello la presente tesis se estructuró de la siguiente manera: el primer capítulo se planteó y determinó el problema así como los objetivos de la investigación, en el capítulo dos se fundamenta con la teoría pertinente, en el capítulo tres se determinó las hipótesis de estudio así como las variables, en el cuatro y cinco se muestra la metodología de estudio así como la presentación de

la técnica e instrumentos, en el capítulo seis se presenta los resultados de estudio, la discusión conclusiones y sus respectivas recomendaciones, luego la bibliografía, para finalmente presentar los anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

En la actualidad, la tuberculosis pulmonar representa un grave problema de salud pública, siendo considerada la patología más antigua que afecta a la humanidad, con mayor incidencia en poblaciones de pobreza y vulnerabilidad social; y que afecta en mayor proporción a los jóvenes, adolescentes y otros grupos étnicos vulnerables (Reyes; 2017).

La tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecciosa que afecta a los pulmones; causada por la bacteria “Bacilo de Koch”, y transmitida por vía aérea mediante gotículas producidas en el sistema respiratorio de las personas enfermas; y su transmisión se encuentra condicionada por la presencia de factores de riesgo predisponentes para el desarrollo de esta patología como el hacinamiento, deficientes hábitos alimenticios, condiciones inadecuadas de saneamiento básico, disfuncionalidad familiar y la práctica de estilos de vida no saludables. (Cruz; 2010)

La tuberculosis pulmonar es considerado un importante y preocupante problema sanitario a nivel mundial, pues esta patología cobra más de un millón 800 mil vidas al año en todo el mundo; estimando que sólo en Sudamérica fallecen más de 50 mil personas por esta causa, siendo considerada la segunda patología mortal de tipo infecciosa en todo el planeta a pesar de que tiene tratamiento y es curable. (OMS; 2016).

En América Latina, cada año se registran más de 268 400 casos nuevos de tuberculosis, de los cuales 317 213 son casos prevalentes, 2 646 son multidrogoresistentes y 20 085 mueren como consecuencia de esta enfermedad; más del 60% de casos se presentaron en América del Sur, siendo Perú y Bolivia

los países que tuvieron las más altas tasas de prevalencia de esta patología en la región. (OPS; 2016).

El Perú es el tercer país que presenta la más elevada tasa de morbilidad por tuberculosis pulmonar en el continente americano después de Haití y Bolivia; estimándose que cada año se presentan más de 32 mil casos nuevos de esta patología, de los cuales la mayoría son multidrogoresistentes; teniendo un riesgo de contagio del 0,8%, es decir, que cada año 8 de cada 1000 personas son infectadas con tuberculosis pulmonar a nivel nacional. (MINSa; 2016).

Esta problemática se agrava aún más si se considera que en el año 2016, en el Perú se notificaron 31079 casos de tuberculosis pulmonar, siendo 27212 casos nuevos y 1299 multidrogoresistentes; produciéndose 1252 defunciones en todo el país, de los cuales 32 fueron menores de edad; siendo Lima y Callao, las regiones más afectadas con esta patología (MINSa; 2016).

El departamento de Huánuco no se encuentra exento de esta problemática, pues cada año se incrementan los casos nuevos de tuberculosis pulmonar, en el año 2016 se registraron un total de 295 casos nuevos, reportándose 27 muertes por esta patología, presentándose la mayor incidencia de casos en las provincias de Huánuco y Leoncio Prado. (DIRESA Huánuco; 2016).

El impacto emocional que causa el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en las personas enfermas es grande y devastador, pues al ser informados del diagnóstico positivo de esta patología infecciosa, experimentan sentimientos de negación, rebeldía, rechazo, desesperanza, temor, frustración, y vergüenza así como de sentimientos de culpabilidad debido al contagio de la enfermedad; siendo frecuente también la presencia de episodios de angustia, estrés, ansiedad y depresión. (Maruera, 2015).

La depresión es una patología frecuente en la mayoría de países del mundo, que afecta a más de 350 millones de personas y causa más de 850 mil decesos al año, y es el trastorno mental más frecuente causado por factores biológicos y sociales; que ocasiona gran angustia y sufrimiento, altera las actividades laborales, emocionales, familiares, y en casos extremos puede llevar al suicidio. (OMS; 2014).

En los pacientes con tuberculosis pulmonar, los episodios de depresión son frecuentes debido al impacto físico y psicológico que causa esta patología, por los estigmas sociales atribuidos por la población; pues por ser altamente contagiosa durante los primeros meses, se le prohíbe a los pacientes tener contacto con el ambiente social por el riesgo de contagio hacia otras personas; causando que los pacientes presenten bajos estados de ánimo, llevándolo a sufrir episodios recurrentes de depresión. (Riquero, 2014).

A ello se suma el impacto psicológico que causa la tuberculosis pulmonar es enorme, pues por ser una patología crónica de larga duración y la falta de información sobre la enfermedad, ocasiona que el paciente presente depresión pues desarrolla sentimientos de culpa y de rechazo al tratamiento. (MINSAs; 2014).

En el afrontamiento de la depresión, la funcionalidad familiar desempeña un rol trascendental, pues constituye la capacidad que tienen los miembros de la familia para enfrentar momentos de crisis que alteran la estabilidad familiar como la presencia de enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis pulmonar. (Girón, Robles & Santiago; 2015).

En los pacientes con tuberculosis pulmonar la familia desempeña un rol importante, pues se representa el soporte físico, psicológico y social para el cumplimiento del tratamiento farmacológico y la prevención de episodios depresivos, en diversos estudios se ha evidenciado que los pacientes que tienen adecuado apoyo familiar presentan menor angustia psicológica; mientras que los

que tienen familias disfuncionales tenían mayor predisposición a presentar episodios depresivos. (Quispe; 2016).

En este contexto, es preocupante identificar que existen familias que no participan en el tratamiento del paciente enfermo, y a menudo los excluyen del entorno familiar por temor a contagiarse, aflorando sentimientos de vergüenza, inseguridad y rechazo, que repercuten negativamente en el estado emocional de los pacientes con tuberculosis pulmonar. (Balcázar, Ramírez y Rodríguez; 2015).

Asimismo el diagnóstico de tuberculosis pulmonar suele generar alteraciones negativas tanto en el paciente como en la familia en diversos aspectos de su vida cotidiana: en el contexto familiar, como la separación física de los miembros de hogar; y en el contexto psicológico, debido a presentan sentimientos de vergüenza, culpa y depresión; generados por la estigmatización creciente frente a esta patología. (MINSa; 2012).

Al respecto, algunos estudios de investigación han abordado la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar; un estudio realizado en México en el 2015 evidenció que el 94,7% de pacientes presentaron episodios depresivos, de los cuales 36,8% tenían disfuncionalidad familiar y 50,0% presentaron funcionalidad media, identificando que estas variables se relacionaron significativamente. (Balcázar, Ramírez y Rodríguez, 2015).

A nivel nacional, un estudio realizado en Arequipa en el 2018, encontró que el 68,0% de pacientes fueron casos probables de depresión mayor y 40,0% presentó disfunción familiar moderada, concluyendo que la depresión se relaciona con la funcionalidad familiar. (Coronado, 2018). Las consecuencias de esta problemática se manifiestan en el incremento de las tasas de abandono de tratamiento; aumento de los casos de multidrogoresistentes, y también de los episodios depresivos que deterioran el estado de salud y la calidad de vida de

las personas que padecen tuberculosis pulmonar, que en casos extremos pueden ser mortales (Arce, 2017).

Por lo expuesto se plantea las siguientes interrogantes:

1.2.- Definición del Problema

Problema general

¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018?

Problemas específicos

¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar en su dimensión cohesión familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018?

¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar en su dimensión comunicación familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018?

¿Qué relación que existe entre la funcionalidad familiar en su dimensión adaptabilidad familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018?

1.3.- Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari – Huánuco 2018.

Objetivos específicos

Identificar la relación que existe entre la funcionalidad familiar en su dimensión cohesión familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018.

Analizar la relación que existe entre la funcionalidad familiar en su dimensión adaptabilidad familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018.

Establecer la relación que existe entre la funcionalidad familiar en su dimensión comunicación familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018.

1.4.- Finalidad e importancia

La finalidad del presente estudio de investigación es brindar información adecuada, oportuna y pertinente a la familia y personal de salud respecto a la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Carlos Showing Ferrari de Huánuco durante el año 2018.

Por ello consideré que es importante realizar esta investigación para que la familia y el personal de salud busquen cambios convenientes en defensa del paciente, para mejorar su calidad de vida durante su tratamiento y no cae en un cuadro de depresión.

La ejecución del presente estudio es muy importante desde el punto de vista teórico porque va permitir contrastar los principios y postulados establecidos en los enfoques teóricos y conceptuales que fundamentan la problemática de la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con tuberculosis, con la realidad que se evidenciará en esta investigación, permitiendo a su vez desarrollar y apoyar conceptos relacionados a la problemática estudiada; que podrán ser utilizadas como fuente de referencia para futuros estudios de investigación.

En el contexto práctico, el presente estudio es relevante, pues mediante los resultados obtenidos, se podrán formular, proponer e implementar estrategias de intervención con enfoque preventivo promocional, en el contexto de la salud familiar y la salud mental, orientados a mejorar la funcionalidad familiar, promover el involucramiento y apoyo familiar en el afrontamiento de la tuberculosis pulmonar, cumplimiento del régimen terapéutico y la prevención de los episodios de depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Y en el contexto metodológico el presente estudio se justifica por la utilización de instrumentos de recolección de datos válidos y confiables que permiten obtener información adecuada respecto a la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar; y que podrán ser utilizados en futuros estudios de investigación afines a la problemática estudiada.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.- Bases Teóricas

2.1.1 Funcionalidad Familiar.

2.1.1.1 Definición de familia.

La familia constituye un sistema de individuos quienes han decidido vivir juntos y se interrelacionan con el objetivo primario de apoyarse, que tienen lazos que pueden ser consanguíneos o no, y que unidos emocionalmente mediante características comunes. (Girón, Robles y Santiago (2017).

Asimismo, la familia es definida como el conjunto de miembros del hogar emparentados entre sí mediante lazos de sangre, adopción y matrimonio; constituyéndose en un elemento fundamental de la sociedad, con derecho a protección por parte del estado. (OMS; 2012).

Y por último, la familia es considerada el núcleo de la sociedad, que se encuentra en constante interacción con el medio ambiente natural, cultural y social. (MINSa; 2013).

2.1.1.2 Tipos de familia.

Los tipos de familia que se identifican en el contexto del desarrollo de esta investigación son:

- a) Familia nuclear.-** Es aquel tipo de familia que se encuentra constituida única y exclusivamente por los padres biológicos e hijos solteros de estos, sin la presencia de ningún otro familiar; por lo que es conocido como círculo familiar.
- b) Familia extensa.-** Es aquella familia donde además de la familia nuclear, conviven los abuelos, tíos, primos y otros parientes, sean consanguíneos o afines.
- c) Familia incompleta.-** Este tipo de familia se caracteriza por la falta de algún miembro el hogar; como las familias donde conviven los hijos solteros y uno de los padres, o aquella familia en donde conviven sólo los hermanos solteros cuyos padres han fallecido.
- d) Familia reconstituida.-** Es aquella familia en la cual conviven el padre o la madre, separados o divorciados, y su pareja nueva con los hijos de una o más uniones anteriores de cada uno de ellos en un ambiente familiar. (Castañeda; 2016).

2.1.1.3 Definición de funcionalidad familiar.

La funcionalidad familiar constituye el conjunto de interacciones que se realizan en el ambiente familiar, representando la fuerza impulsora que potencia o destruye dinámica familiar, configurando un estilo distintivo de ser y hacer familia, al compartir tradiciones, mitos, creencias y una propia cultura familiar.(Zaldívar; 2007)

La funcionalidad familiar también es definida como la interacción de los vínculos afectivos que se dan entre los miembros de la familia (cohesión familiar); quienes pueden ser capaces de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares (adaptabilidad familiar). (Olson; 2003).

La funcionalidad familiar comprende las interacciones que se suscitan en el interior de la familia, donde sus miembros están ligados por lazos de parentesco y relaciones de afecto, participando activamente en toma de decisiones, resolución de conflictos y funciones asignadas a cada uno de sus integrantes. (Minuchin; 2001)

Y por último, la funcionalidad familiar representa la capacidad de la familia para enfrentar las crisis, valorar las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros y su interacción mediante la base del respeto y la autonomía basado en tres dimensiones centrales del comportamiento familiar: cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar. (Camacho; 2002).

2.1.1.4 Tipos de funcionalidad familiar.

Las familias presentan los siguientes tipos de funcionalidad familiar:

- a) Familia funcional.-** Representa aquel tipo de familia donde sus miembros establecen relaciones adecuadas con su entorno permitiendo un intercambio de ideas y experiencias entre sus integrantes y el medio ambiente que lo rodea, caracterizándose

porque existe una buena comunicación entre sus miembros, quienes expresan sin temor sus sentimientos, favoreciendo la cohesión familiar; y demostrando tener una alta capacidad de solucionar los problemas, pues todos sus miembros participan en la búsqueda de soluciones para disminuir las amenazas que atenten contra su estabilidad familiar (Mendoza; 2004).

- b) Familia Disfuncional.-** Son aquellas familias que se caracterizan por tener límites muy abiertos, que permiten el ingreso de elementos amenazadores para la estabilidad familiar; o en su defecto, muy cerrados, que no permiten la interacción de la familia con el medio ambiente que lo rodea u otros sistemas. Este tipo de familia se caracteriza por ser muy conflictiva tanto el aspecto interno como externo del hogar; su comunicación no es adecuada, predomina la desunión familiar y evidencia tener un pobre nivel de resolución de problemas y adaptabilidad, generando un desequilibrio en el contexto familiar.(Mendoza; 2004).

2.1.1.5 Dimensiones de la funcionalidad familiar.

Las dimensiones que se consideran en el análisis de la funcionalidad familiar son:

- a) Cohesión Familiar.-**Constituye el grado en que los miembros de la familia se encuentran separados o conectados a ella; siendo define como el vínculo emocional que tienen los miembros de la familia tienen entre sí. (Olson; 2003).

La cohesión familiar también representa el apego emocional que los miembros de la familia tienen entre si y el grado de autonomía personal

que cada uno de ellos experimentan en del sistema familiar (Mendoza; 2004).

b) Adaptabilidad Familiar.- Constituye la habilidad que tiene una familia para ajustarse y adaptarse a los cambios que se producen en su entorno en relación a los roles familiares, la estructura de poder, y las relaciones con las diversas situaciones estresantes del medio que lo rodea. (Olson; 2003).

La adaptabilidad familiar también se refiere a la capacidad de la familia para adoptar o cambiar sus reglas o normas de convivencia, roles, etc., ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, crisis y dificultades que se presenten en un momento dado. (Martínez, Iraurgi & Sanz; 2011).

c) Comunicación Familiar.- Representa el grado o medida en que los miembros de la familia han aprendido a manifestar adecuadamente o no, sus sentimientos en relación con las otras personas, y también cuánto la familia ha avanzado en el respeto de sus límites, privacidad y espacios individuales en el contexto familiar. (Estévez, Jiménez y Musitu; 2004).

2.1.2 Depresión.

2.1.2.1 Definición de depresión.

La depresión constituye una enfermedad que afecta el organismo en su totalidad, caracterizado por la presencia de un sentimiento persistente de inutilidad, de pérdida de interés por el mundo y de falta de esperanza en el futuro, que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto en el contexto físico, psicológico y social.(Baena, Sandoval, Urbina, Juárez y Bayardo; 2005)

La depresión constituye un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por una tristeza patológica, una reducción de la energía y disminución del nivel de actividad, donde su capacidad para disfrutar, interesarse y concentrarse en las cosas se encuentran reducidas, y además la autoestima y su confianza en sí mismo casi siempre están reducidas; presentando a menudo ideas de culpa, remordimiento e inutilidad.(Pino, Belenchón, Sierra y Lorenzo; 2008),

La depresión también es definida como un estado emocional que se caracteriza por presentar sentimientos de inutilidad, de abatimiento, tristeza, desgano, sentimiento de indignidad, de culpa, de indefensión y desesperanza profundos. (Clemente; 2017).

La depresión es una patología que se caracteriza por presentar los siguientes síntomas: aparición de humor depresivo, pérdida de la capacidad de disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad, actividad, atención y concentración, pérdida de confianza en sí mismo, sentimiento de inferioridad e inutilidad, ideas de culpa, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas, trastornos del sueño y pérdida de apetito. (Cristóbal; 2017).

2.1.2.2 Clasificación de la depresión.

La depresión se clasifica en tres niveles: depresión leve, depresión moderada y depresión severa; a continuación se describen cada una de ellas:

- a) Depresión leve.-** Las personas que presentan este tipo de depresión se encuentran aptas para continuar realizando la mayoría de actividades de su vida cotidiana; este tipo de depresión se caracteriza porque la persona presenta un humor depresivo todos los días durante la mayor parte del día, que se modifica muy poco por la circunstancias ambientales y persiste durante al menos dos semanas; observándose una marcada pérdida de interés o capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente le eran placenteras; aunada a una falta de vitalidad y aumento de la fatiga corporal.(Yapko, 2007).

- b) Depresión moderada.-** La persona que tiene un episodio depresivo moderado, presenta dificultades para continuar con sus actividades ordinarias; este tipo de depresión se caracteriza porque la persona tiene pérdida de confianza y estimación de sí mismo, presenta sentimientos de inferioridad, reproches de culpa excesiva, pensamientos recurrentes de muerte o cualquier conducta suicida, disminución de la capacidad de concentrarse, acompañadas de falta de decisión, cambios de actividad psicomotriz, alteraciones del sueño, cambios en el apetito y la modificación del peso corporal. (Yapko, 2007).
- c) Depresión severa.-** Este tipo de depresión presenta síntomas marcados y angustiantes, que se caracterizan por la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad; asimismo, son frecuentes las ideas y acciones suicidas; y en algunos casos pueden aparecer síntomas psicóticos. (Yapko, 2007).

2.1.2.3 Dimensiones de la Depresión.

Las dimensiones que se consideran en el análisis de la depresión son las siguientes:

- a) Dimensión cognitiva.-** Se relaciona con los conocimientos y percepciones de una persona; estableciéndose que en esta patología mental la parte cognitiva de un sujeto deprimido respecto a sí mismo, el ambiente que lo rodea y su futuro disfuncional o negativo basado en las actitudes que adopta, pues a menudo, el paciente se siente indigno, el mundo lo ve lleno de obstáculo y ve el futuro totalmente desesperanzador así como también preocupación por el futuro y problemas para concentrarse. (Camacho; 2007)
- b) Dimensión conductual.-** Se relaciona con las conductas que realiza o practica una persona, estableciéndose que la regulación de las

conductas se da partir de un ajuste, adaptación y readaptación de éstas dentro de un conjunto de circunstancias ambientales cambiantes, por ello la depresión se basa en que los factores ambientales y cognitivos son los responsables de la presencia del trastorno depresivo. (Gonzales; 2010).

- c) Dimensión afectiva.-** Se relaciona con las emociones y sentimientos de las personas, por ello en las personas deprimidas la afectividad disminuye por las ideas erróneas del sujeto depresivo, cuando estas sensaciones se vuelven más intensas, se asocian con sentimientos de impotencia e inutilidad, es decir el paciente se vuelve dependiente y puede intentar el suicidio. (Vásquez, Muñoz, Becoña; 2000).

2.1.2.4 Diagnóstico de la depresión.

El diagnóstico de la depresión se realiza con la historia clínica detallada, basándose en la anamnesis o evaluación inicial, haciendo hincapié en los síntomas que presenta el paciente, pero luego mediante el uso de diferentes test como el cuestionario de salud del paciente, test de depresión de Beck, test de depresión de Zung, o el test de depresión de Hamilton diagnosticar el grado de depresión que experimenta el paciente para brindar el tratamiento respectivo. (Tapia; 2017).

2.1.2.5 Tipos de depresión.

En el estudio y análisis de los episodios depresivos se consideran los siguientes tipos de depresión:

- a) Depresión mayor.-** Es el tipo de depresión que se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren en la capacidad de las personas para

trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que, en circunstancias normales, deberían resultar placenteras.

b) Distimia.- Es un tipo de depresión menos grave; los síntomas se mantienen a largo plazo, pero no evitan la actividad de las personas; también puede ser recurrente, es decir aparecer más de una vez en la vida.

c) Desorden bipolar.- Es el tercer tipo de depresión, también se denomina enfermedad maniaco depresiva; la prevalencia de esta patología no es tan alta como las dos anteriores, se caracteriza por cambios de humor, estados de ánimo muy altos se ven sucedidos por otros muy bajos.

Estos cambios son bruscos a veces, pero lo más frecuente es que sean graduales. En el ciclo de depresión, las personas tienen alguno o todos los síntomas de un problema depresivo. (Córdova; 2015).

2.1.2.6 Tratamiento de la depresión.

El tratamiento contra la depresión es de dos tipos: farmacológico y psicoterapia; dependiendo del problema puede ser necesario uno u otro tratamiento, o una combinación de los dos; cuando los casos son graves existe otro tipo: la terapia electroconvulsiva o electroshock. (Córdova; 2015).

En general, el tratamiento farmacológico es necesario; en una primera fase se medica de forma intensa al paciente para conseguir que los síntomas desaparezcan y se pueda iniciar la recuperación del enfermo; y en una segunda fase se suministran fármacos para impedir la manifestación de la enfermedad. (Córdova; 2015).

Los antidepresivos se utilizan para corregir desequilibrios en los niveles de las sustancias químicas del cerebro, especialmente la serotonina, un químico cerebral que transmite mensajes en el área del cerebro que controla las emociones, la temperatura corporal, el apetito, los niveles hormonales el sueño y la presión sanguínea. Los antidepresivos actúan incrementando los niveles de

serotonina en las células del cerebro; no suelen provocar dependencia y normalmente tienen efecto entre tres y seis semanas después de iniciar el tratamiento; y si no se han producido avances en este tiempo, el médico suele optar por cambiar el tratamiento, añadiendo más dosis u optando por otro antidepresivo. (Córdova; 2015).

2.1.3 Tuberculosis Pulmonar.

2.1.3.1 Definición de tuberculosis pulmonar.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que suele afectar a los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa. (OMS; 2017)

Por otra parte, la tuberculosis también es definida como una enfermedad infectocontagiosa crónica producida por el *Mycobacterium Tuberculosis* o bacilo de Koch, que se localiza generalmente en el pulmón, aunque puede afectar otros órganos. (MINSA; 2006).

En consecuencia, se establece que la tuberculosis pulmonar es una enfermedad infecto contagiosa que se produce cuando una persona entra en contacto con el bacilo de Koch, localizándose en los pulmones de la persona enferma y de ahí se disemina a otras partes del cuerpo, transmitiéndose por vía respiratoria cuando la persona enferma tose o estornuda, y este es aspirado por otra persona que esté en contacto frecuente con el paciente infectado. (Reyes; 2017).

2.1.3.2 Etiología de la tuberculosis pulmonar.

La tuberculosis pulmonar es causada por el *Mycobacterium Tuberculosis*, conocido comúnmente como Bacilo de Koch; que se caracteriza por ser un microorganismo muy resistente al frío, la congelación y desecación; y por otro

lado, también por ser muy sensible al calor y la luz solar, presentando características especiales en su desarrollo que le brindan enormes diferencias respecto a las bacterias convencionales; y se puede adquirir por la inhalación de gotitas de agua provenientes de la tos o el estornudo de una persona infectada. (Reyes; 2017).

2.1.3.3 Vía de transmisión de la tuberculosis pulmonar.

La principal vía de transmisión de la tuberculosis pulmonar resulta casi exclusivamente de la inhalación de partículas aéreas, conocidas como gotitas de Flügge, que contienen al *Mycobacterium Tuberculosis*; los cuales se dispersan al medio ambiente principalmente a través de la tos, el canto, el estornudo y otras maniobras respiratorias realizadas en forma forzada por personas con tuberculosis pulmonar activa y cuyo esputo contiene un número significativo de bacterias, que son consideradas suficientes para hacer un frotis positivo; asimismo, las personas que presentan lesiones pulmonares son especialmente infecciosas para la transmisión de la tuberculosis pulmonar. (Girón, Robles & Santiago; 2015).

2.1.3.4 Manifestaciones clínicas de la tuberculosis pulmonar.

La tuberculosis pulmonar es una patología que se caracteriza porque las personas que la padecen pueden no presentar síntomas, incluso en las fases moderadas y graves de la enfermedad, sin embargo estos pacientes manifiestan no sentirse bien; pues los signos y síntomas de esta patología se desarrollan en forma gradual, como la presencia anorexia, fatiga y pérdida de peso a lo largo de varias semanas; o en su defecto, pueden presentarse síntomas más específicos; donde la tos es más común; que inicialmente se caracteriza por ser mínimamente productiva de esputo amarillo o verde, volviéndose la tos más productiva a medida que la enfermedad progresa. La hemoptisis se produce sólo en los casos de tuberculosis cavitaria, la fiebre baja es común en esta patología pero no varía mucho; y los sudores nocturnos son un síntoma clásico, pero no

son comunes ni específicos para la presencia de tuberculosis pulmonar.(Reyes; 2017).

2.1.3.5 Fases de la tuberculosis pulmonar.

El desarrollo de la enfermedad de la tuberculosis tiene 3 etapas claramente definidas:

- a) **Exposición.** Se produce cuando una persona ha estado en contacto o expuesta en forma frecuente a otra persona que tiene tuberculosis. Esta etapa se caracteriza porque la prueba de tuberculina realizada a la persona expuesta es negativa, las radiografías de tórax son normales y no hay presencia de signos y síntomas de la enfermedad.
- b) **Infección tuberculosa o tuberculosis latente.-** Se produce cuando una persona tiene bacterias de tuberculosis en su cuerpo pero que no presenta signos y síntomas de la enfermedad. La prueba de tuberculina de esta persona es positiva, pero las radiografías de tórax son normales. A estas personas se les prescribe un tratamiento que se conoce como “quimioprofilaxis”, buscando prevenir la aparición de la tuberculosis pulmonar.
- c) **Enfermedad tuberculosa o tuberculosis activa.-** Este término describe a una persona que presenta signos y síntomas característicos de la tuberculosis pulmonar; se caracteriza porque la prueba de tuberculina es positiva y las radiografías de tórax demuestran características típicas de la enfermedad en la persona; los bacilos de Koch (BK) en esputos o pruebas de Baciloscopías son positivas. (Reyes; 2017).

2.1.3.6 Diagnóstico de la tuberculosis pulmonar.

Los exámenes auxiliares que se realizan para el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar son los siguientes:

- a) **Prueba cutánea de la tuberculina.-** También conocida como Método de Mantoux; esta prueba consiste en aplicar debajo de la piel del brazo una sustancia inofensiva llamada “tuberculina”, que es un derivado proteico purificado del cultivo (PPD) del *Mycobacterium tuberculosis*, y dos días después de la aplicación el personal de salud deberá evaluar los resultados encontrados para formular el diagnóstico respectivo.. (Crispín, Rumiche & Roque; 2016).
- b) **Radiografía de tórax.-** Es una prueba diagnóstica esencial y de mucha utilidad en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar, debido a que valora la extensión de la enfermedad pulmonar, su evolución y sus posteriores complicaciones. (Crispín, Rumiche & Roque; 2016).
- c) **Examen del esputo o Baciloscopías.-** Es la principal forma de diagnosticar la tuberculosis; consiste en tomar muestras de la expectoración con la finalidad de observar los bacilos que producen la enfermedad a través del microscopio. Estas muestras deberán ser depositadas en envases de plástico descartable, totalmente limpios, secos y de boca ancha. Se recomiendan dos muestras de esputo: la primera muestra durante la consulta; y la segunda al día siguiente, apenas el paciente se despierte en la mañana. (Crispín, Rumiche & Roque; 2016).
- d) **El cultivo del esputo.-** Es una prueba diagnóstica que tiene mucha sensibilidad; se encuentra indicada en aquellas personas que tienen sospecha de tuberculosis pulmonar pero cuya prueba de baciloscopía resultó negativa, o cuando a pesar de recibir el tratamiento para la tuberculosis, el cuadro clínico evoluciona desfavorablemente o el bacilo de Koch (BK) en esputo no se negativiza en el tiempo requerido. (Crispín, Rumiche & Roque; 2016).

2.1.3.7 Tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

El tratamiento para la tuberculosis pulmonar con una combinación de antibióticos es bastante eficaz y por lo general la persona que sigue en forma estricta el tratamiento se cura; sin embargo, también es posible que una persona que presentó diagnóstico de tuberculosis pulmonar y que recibió el tratamiento adecuado de manera completa, puede volver a desarrollar tuberculosis pulmonar y presentar los síntomas nuevamente; ello se debe que la bacteria se hizo resistente al tratamiento administrado y el médico deberá buscar otra manera eficaz de tratar su enfermedad. (Reyes; 2017).

Por ello, toda persona que ha sido diagnosticada con tuberculosis pulmonar debe recibir atención integral en un establecimiento de salud durante el periodo de tratamiento que incluye la atención médica, atención de Enfermería, asistencia social, salud reproductiva, psicología evaluación nutricional y exámenes auxiliares; y en el marco del protocolo del tratamiento terapéutico, se establece que todo paciente debe recibir orientación, consejería y firmar el consentimiento informado antes del inicio del tratamiento. (Pinto; 2016)

La administración de tratamiento debe ser directamente supervisado en boca; y los medicamentos deben administrarse todos los días de lunes a sábado (incluidos feriados), una hora antes o después de ingerir alimentos. En días feriados, lo establecimientos de salud debe implementar estrategias institucionales para cumplir con la administración del tratamiento de manera pertinente y bajo la supervisión permanente del profesional de Enfermería.(Pinto; 2016)

En consecuencia el tratamiento farmacológico se ha constituido en intervención sanitaria más eficaz en el control de la tuberculosis y la dosis de tratamiento en los pacientes con tuberculosis pulmonar se realiza en un esquema de tratamiento que tiene 6 meses de duración clasificada en dos fases: (Domínguez & Gonzales; 2017).

La primera fase dura 2 meses; los medicamentos que se administran en esta fase son la Isoniacida, Rifampicina, Etambutol y Pirazinamida en un total de 50 dosis diarias de Lunes a Sábado; y la segunda fase dura 4 meses, y los medicamentos que se administran en esta fase son la Isoniacida y Rifampicina en un total de 54 dosis administradas tres veces por semana; hasta conseguir la recuperación total del paciente. (Domínguez & Gonzales; 2017).

2.1.4 Teorías que fundamentan el estudio de investigación.

Los enfoques teóricos que darán sustento al presente estudio de investigación son:

a) Teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad.

La teoría de la incertidumbre se sustenta en que el hecho de que cuando se presenta una enfermedad genera un cierto incertidumbre en la persona y su grupo familiar, entendiéndose por incertidumbre como “la incapacidad de conocer el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y que surge cuando la persona que toma la decisión no es capaz de dar valores definidos a los objetos o hechos que se presentan, por lo que no puede predecir con exactitud cuáles son los resultados que se obtendrán. (Mishel; 2007)

Según este modelo teórico, el proceso de adaptación a la presencia de una patología, depende del tiempo que el paciente ha estado expuesto al periodo de incertidumbre de la enfermedad, aunada a su capacidad de afrontamiento frente a los factores estresantes, el apoyo social recibido, las capacidades

cognitivas desarrolladas y de las intervenciones específicas que se tienen que realizar para contribuir al proceso adaptativo en pro de la calidad de vida del paciente enfermo (Mishel, 2007).

b) Modelo Circumplejo de Funcionamiento Familiar de David Olson.

Este modelo sostiene que el funcionamiento familiar es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión) y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares (adaptabilidad). (Olson; 2003).

Este modelo contempla las situaciones que atraviesan la familia durante la vida y los cambios que deben realizar en su estructura para lograr una adaptación y una cohesión, que ayuden a una mejor estabilidad para el crecimiento y desarrollo saludable de las personas. (Olson; 2003).

Además establece que un funcionamiento familiar balanceado es aquel que posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están asignados; muchas veces este funcionamiento puede ser adecuado, pero otras veces puede verse afectado por algunas situaciones o factores estresantes que se presenten a lo largo del ciclo evolutivo de la familia. (Olson; 2003).

c) Teoría del autocuidado de Dorothea Orem.

El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, que se orienta hacia el logro de un objetivo; constituyéndose en una conducta que se presenta en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y su bienestar físico y mental. (Orem; 2005),

Existen tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

Requisitos de autocuidado universal: Son aquellos requisitos comunes a todos los individuos, orientadas a la satisfacción de las necesidades básicas y esenciales para la subsistencia, que incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso. (Orem; 2005).

Requisitos de autocuidado del desarrollo: Son aquellos requisitos que buscan promover las condiciones necesarias para la vida, y prevenir la aparición de condiciones adversas de dichas situaciones, en los diferentes periodos del proceso evolución o del desarrollo del ser humano, desde el momento en que es concebido hasta que fallece. (Orem; 2005).

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: Son aquellos requisitos que se presentan o se encuentran vinculados a diversos aspectos relacionados al estado de salud de las personas en general (Orem; 2005).

Esta teoría se relaciona con el presente estudio pues los pacientes con tuberculosis pulmonar deben poner prácticas de autocuidado que les permitan cumplir con su tratamiento farmacológico, mediante el apoyo de su entorno familiar en la prevención de patologías psicológicas como la ansiedad y depresión.

2.2.- Estudios Previos

A continuación, se presentan algunos estudios relacionados al tema de investigación:

2.2.1. Estudios internacionales.

Quiroz (2017), en su investigación titulada “Relación entre funcionalidad familiar y depresión en pacientes del Servicio Especializado de Protección Especial MIES. Portoviejo, 2016”. Ecuador, cuyo objetivo fue determinar la relación entre la funcionalidad familiar y depresión en pacientes del servicio especializado de protección MIES. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, prospectivo, de corte transversal; la muestra estuvo conformada 116 pacientes, utilizando un test de funcionamiento familiar y la escala de depresión de Hamilton en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que la edad se ubicó entre un mínimo de 18 años y un máximo de 39 años y una media de 22 años, el género masculino fue mayoritario con el 50,9%, la residencia urbana sumo el 72,4%, el estado civil soltero fue del 75,9%; la raza mestiza del 93,1%; el ingreso económico medio del 73,3%; el 82,8% de pacientes presentaron disfuncionalidad familiar y el 86,2% depresión. Concluyendo que existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes en estudio.

Arce (2017), realizo la investigación titulada “Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en las unidades de salud de los Cantones Machala, Pasaje y Guabo, El Oro 2016”. Ecuador cuyo objetivo fue evaluar la relación entre la calidad de vida y la funcionalidad familiar de los pacientes con tuberculosis. El estudio fue de tipo prospectivo, descriptivo, analítico y transversal; con una muestra de 72 pacientes con tuberculosis,

utilizando el test FF – SIL y el cuestionario SF – 12v2 en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que el 94,4% de las familias de los pacientes con tuberculosis eran funcionales presentando puntuaciones elevadas en todas sus dimensiones y 55,9% tuvieron regular calidad de vida. Concluyendo que existe relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Ojeda (2016), en su investigación titulada “Factores de riesgo, protectores y funcionalidad familiar en pacientes sintomáticos respiratorios para presentar tuberculosis pulmonar, Arcapamba-Huertas, 2016”. Ecuador, tuvo como objetivo de evaluar la asociación entre los factores de riesgos, protectores y la funcionalidad familiar, de los paciente sintomáticos respiratorios, de 20 a 64 años de edad, para presentar tuberculosis pulmonar, en las parroquias Arcapamba y Huertas del cantón Zaruma; el estudio fue de tipo descriptivo prospectivo, analítico, correlacional, que incluyó 147 sintomáticos respiratorios, quienes fueron encuestados mediante la aplicación de un cuestionario. Los resultados identificados fueron que el 6,1% presentó baciloscopía positiva; el 77,7% vivían en la parroquia Huertas y el 22,3% fueron de la parroquia Arcapamba; predominando los hombres enfermos con un 88,8%. Se encontró como factores de riesgo para presentar tuberculosis pulmonar en sujetos expuestos al bacilo de Koch; el hacinamiento, ocupación en espacios cerrados y el sexo; llegando a la conclusión de que la funcionalidad familiar no tiene relación con la presencia de tuberculosis pulmonar.

Balcázar, Ramírez y Rodríguez (2015), en su investigación titulada “Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis”. México, tuvieron como objetivo determinar la frecuencia de depresión y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis, atendidos en unidades de Medicina Familiar. El estudio fue de tipo observacional, analítico, prospectivo, de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 38 pacientes con tuberculosis pulmonar, utilizando la escala de depresión y una escala de funcionalidad familiar en la recolección de los datos.

Los resultados que encontraron fueron que se encontraron síntomas depresivos en 94.7% de los casos, y el tipo de familia demostró ser un factor asociado con depresión, no así la funcionalidad familiar. Concluyendo que la funcionalidad familiar es esencial en la facilitación o la obstrucción en el curso del tratamiento del paciente con diagnóstico de tuberculosis, por lo que es importante implementar medidas de apoyo en los pacientes que pertenecen a familias del tipo extensa para evitar síntomas depresivos.

Martínez, Guzmán, Flores y Vásquez (2014), en su investigación titulada “Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar”. México, tuvo como objetivo identificar los factores que favorecen el apego al tratamiento de la tuberculosis pulmonar; el estudio fue de tipo observacional, descriptivo, transversal, prospectivo realizado en la unidad de medicina familiar; la muestra estuvo conformada por 57 pacientes con tuberculosis pulmonar; utilizando un cuestionario en la recolección de los datos; los resultados que encontró fueron que el 85% de pacientes inició un tratamiento acertado estrictamente supervisado; 66,0% logró la curación final del tratamiento, 19,2% continuó en retratamiento y 12,0% abandonó el tratamiento; 92,2% refirió afectación en su vida personal después del diagnóstico de tuberculosis pulmonar; de los pacientes que abandonaron el tratamiento 75,0% presentó algún grado de disfunción familiar; llegando a la conclusión de que se observaron niveles altos de disfuncionalidad familiar y rechazo social en los pacientes con abandono al tratamiento que aquellos con diagnóstico de curación.

2.2.2. Estudios nacionales.

Coronado (2018), en su investigación titulada “Nivel de depresión y funcionamiento familiar en pacientes diabéticos con complicaciones crónicas. Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa – 2018”. Perú, tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión y funcionamiento familiar en pacientes diabéticos con complicaciones crónicas. El estudio fue de tipo

descriptivo observacional de corte transversal prospectivo; la muestra estuvo conformada por 100 pacientes, utilizando una escala de depresión y el apgar familiar en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que 68% de pacientes fueron casos probables de depresión mayor; el 40% presentó disfunción moderada. En cuanto a las características de los pacientes diabéticos se encontró que la edad promedio fue de 68 años; el sexo más predominante fue el masculino. El nivel de instrucción más frecuente fue el secundaria en el 68%; el 86% de pacientes eran convivientes o casados; el 32% de pacientes fueron amas de casa y el 43% obreros o comerciantes; el 53% de pacientes vivían en familias extensas; el tiempo promedio de enfermedad fue de 6,6 años y las complicaciones crónicas más frecuentes fueron el pie diabético en 52% y la nefropatía en 24%. Concluyendo que existe relación entre el nivel de depresión y el funcionamiento familiar en los pacientes en estudio.

Quinto (2017), en su investigación titulada “Funcionalidad familiar según percepción del paciente que asiste al Programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud Collique III, Comas 2017” Lima, cuyo objetivo fue identificar la funcionalidad familiar según percepción del paciente que asiste al Programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud Collique III. El estudio fue de tipo observacional, prospectivo, descriptivo, de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 43 pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar, utilizando un cuestionario en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que se observó que el 63,4% de los pacientes que asistieron al Programa de Tuberculosis percibieron que la funcionalidad familiar fue intermedia, un 19,5% percibió que la funcionalidad familiar fue extremo o disfuncional y por último, el 17,1% percibieron tener una funcionalidad familiar balanceada. Concluyendo que los pacientes con tuberculosis percibieron que la funcionalidad familiar en su mayoría fue de nivel intermedio en la institución en estudio.

Girón, Robles & Santiago (2015), en su investigación titulada “Funcionalidad familiar en familias de pacientes con tuberculosis en dos establecimientos de salud de la Microred Los Olivos – 2013”, Lima, tuvieron como objetivo determinar la funcionalidad familiar en las familias de los pacientes con tuberculosis de dos centros de atención primaria. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 30 pacientes atendidos en dos centros del distrito de Los Olivos (Centro Materno Infantil Juan Pablo II y Puesto de Salud Sagrado Corazón de Jesús); utilizando el apgar familiar en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que la edad media de los pacientes fue de 32 años, con predominio del sexo femenino; identificando que el 60% de los pacientes encuestados presentaron disfunción familiar; la disfunción familiar leve representó el 26,7%, la disfunción familiar moderada fue de 30% y la disfunción familiar severa fue de 3,3%. Concluyendo que cuando aparece una enfermedad crónica como la tuberculosis se rompe la homeostasis familiar y daña el funcionamiento familiar; y que la funcionalidad de la familia influye en el paciente, su tratamiento y su asistencia al centro de salud.

Pinto (2016), en su investigación titulada “Relación del grado de funcionalidad familiar con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con tuberculosis pulmonar en la Micro Red Alto Selva Alegre, 2016”, Arequipa, tuvo como objetivo determinar la relación del grado de funcionalidad familiar y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con tuberculosis pulmonar, la investigación fue de tipo analítico, prospectiva, observacional, de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 27 pacientes con tuberculosis pulmonar, utilizando la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar y un cuestionario en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que el 71,2% de las personas tuvieron una buena adherencia al tratamiento, un 35,6% tuvo una buena función familiar y un 5.5% tuvo disfunción severa. Concluyendo que el grado de funcionalidad familiar se relaciona con la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes en estudio.

Yactayo (2015), en su investigación titulada “Nivel de depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo, Enero – Julio 2015,” Chiclayo, tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar. La investigación fue de tipo descriptiva, prospectiva, observacional, de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 20 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, utilizando el Test de Zung en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que el 40% tuvieron de 18 a 29 años; 70% fueron del género masculino, 65% tuvieron como grado de escolaridad el nivel secundario. También evidenció que el 50% de pacientes tuvo un nivel de depresión severo; 25% presentó depresión moderada, 15% tuvo depresión leve y 10% no presentó depresión. Concluyendo que existen altos niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar.

Riquero (2014), en su investigación titulada “Depresión en pacientes con tuberculosis según tipo de tratamiento de la red urbana del MINSA Chiclayo, 2012”, Chiclayo, cuyo objetivo fue comparar los niveles en pacientes con tuberculosis según tipo de tratamiento de la red urbana del MINSA. El estudio fue de tipo descriptivo, cuantitativo, prospectivo, observacional de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 120 pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar, utilizando el test de depresión de Beck en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que el 31,2% de pacientes con tuberculosis que recibieron el tratamiento con el esquema 1 no tuvieron depresión, el 26,9% de pacientes muestran una depresión leve; 22,6% tuvieron depresión moderada y 19,4% presentaron depresión severa. Respecto a los que recibieron el tratamiento multidrogaresistente, el 77,8% presentaron depresión severa; 11,1% tuvieron depresión moderada; 7,4% no tuvieron depresión y 3,7% presentaron depresión leve. Concluyendo que existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de depresión en los dos tipos de tratamiento antituberculoso.

Cristóbal (2017), en Huánuco, se realizó una investigación con el objetivo de determinar la relación entre el funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes de la Institución Educativa Héroes de Jactay, Huánuco – 2016. El estudio fue de tipo cuantitativo, analítico, prospectivo, de corte transversal; la muestra estuvo constituida por 282 estudiantes, utilizando la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES III y una escala de depresión en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que hubo relación entre clima social familiar y síntomas depresivos, en cuanto a la funcionalidad familiar y depresión ($p < 0.05$), los evaluados presentaron una mejor funcionalidad familiar y mostraron un menor grado de depresión, en cuanto a la cohesión y depresión ($p < 0.05$), los evaluados presentaron una mejor cohesión, siendo menor la depresión, en cuanto al funcionamiento familiar y la depresión, esta correlación fue de tipo inversa significativa y de grado media ($r = -0.288$). Concluyendo que existe relación entre el funcionamiento familiar y la depresión en los estudiantes en estudio.

2.3.- Marco Conceptual

- 1. Adaptabilidad familiar.-** Capacidad que tiene una familia para adaptarse a los cambios que se producen en su entorno respecto a sus roles familiares, estructura de poder, y las relaciones con el entorno familiar. (Pinto, 2016)
- 2. Alimentación.-** es un elemento importante en la buena salud, influye la calidad de los alimentos, la cantidad de comida y los hábitos alimentarios para un bienestar del ser humano, con lo cual se obtiene una nutrición equilibrada. Las frutas y los vegetales contienen vitaminas, minerales, carbohidratos y fibra. (Arce, 2017)
- 3. Apoyo familiar.-** El apoyo familiar se refiere a la presencia de la unidad familiar durante el proceso de enfermedad, discapacidad y asistencia de

uno de sus miembros. El resto de miembros debe ofrecer su apoyo emocional, mantener con éste una buena comunicación, participar en su cuidado, y estar en contacto con otros miembros de la familia para informarles y demandarle ayuda, si fuera necesario. (Rodas, 2015)

4. **Cohesión familiar.**-Constituye el grado de vínculo emocional que se presenta entre los miembros de una familia. (Pinto, 2016)
5. **Comunicación familiar.**- Es el proceso de intercambio de ideas, pensamientos y opiniones que realiza entre los miembros de un grupo familiar. (Pinto, 2016)
6. **Convivencia.**- La convivencia es la coexistencia física y pacífica entre individuos o grupos que deben compartir un espacio. Se trata entonces de la vida en común y de la armonía que se busca en la relación de personas que por alguna razón deben pasar mucho tiempo juntas. (Reyes, 2017)
7. **Caso de tuberculosis.**- Constituye toda aquella persona que ha sido diagnosticada con tuberculosis pulmonar, con o sin confirmación bacteriológica; y a quien se le debe administrar tratamiento para la tuberculosis. (Quispe, 2016)
8. **Decisión del paciente.**- es el proceso mediante el cual se realiza una elección entre diferentes opciones o formas posibles para resolver diferentes situaciones en la vida en diferentes contextos. (Pinto, 2016)
9. **Depresión.**- Es un trastorno emocional que se caracteriza por presentar sentimientos de profunda tristeza, decaimiento y baja autoestima. (Yapko, 2007).)
10. **Empatía.**- La empatía es la capacidad para ponerse en el lugar del otro y saber lo que siente o incluso lo que puede estar pensando. (Martínez, et al, 2014)

11. **Estilo de vida.-** es la manera en que vive una persona (o un grupo de personas). Esto incluye la forma de las relaciones personales, del consumo, de la hospitalidad y la forma de vestir. Una forma de vida típicamente también refleja las actitudes, los valores o la visión del mundo de un individuo. (Arce, 2017)
12. **Familia:** Conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, y se encuentran unidas por vínculos afectivos y de consanguinidad. (Castañeda, 2016)
13. **Funcionalidad familiar:** Constituye la capacidad de la familia para enfrentar las situaciones de crisis y adaptarse a las situaciones de cambio que se presentan en el ambiente familiar. (Minuchin, 2001)
14. **Incidencia.-** Representa el conjunto de casos nuevos de una enfermedad que se presenta en una población determinada y un periodo de tiempo y espacio determinado. (Clemente, 2016)
15. **Irritabilidad.-** Es una manifestación de la personalidad, que se expresa en reacciones exageradas ante las influencias externas. La irritabilidad se manifiesta por agresividad verbal o física no controlable y por situaciones sin importancia; es un mecanismo consciente o inconsciente y, más aún, cuando es inconsciente quien la presenta difícilmente la acepta. (Vásquez, et al. 2000)
16. **Prevalencia.-** Representa la proporción de individuos de una población que presentan una determinada enfermedad en un periodo de tiempo determinado. (Enarson, 2000)
17. **Preocupación.-** La preocupación es una reacción automática para resolver nuestros problemas, pero se convierte en patológica cuando nos preocupamos por sucesos de baja probabilidad o damos vueltas a los problemas sin resolverlos nunca. (Vásquez, et al. 2000)

18. **Respeto.-** El respeto es un valor que permite al ser humano reconocer, aceptar, apreciar y valorar las cualidades del prójimo y sus derechos. Es decir, el respeto es el reconocimiento del valor propio y de los derechos de los individuos y de la sociedad. (Córdova, 2015)
19. **Tratamiento.-** Conjunto de acciones y actividades médicas y sanitarias que se realizan con el objetivo de prevenir, aliviar o curar una enfermedad. (Domínguez y Gonzales, 2017)
20. **Tuberculosis Pulmonar.-** Es una enfermedad infectocontagiosa crónica producida por el Mycobacterium Tuberculosis o bacilo de Koch, que se localiza generalmente en el pulmón y que puede afectar a otros órganos del organismo. (Quispe, 2016)
21. **Trastorno emocional.-** Es una alteración psicológica que afecta las emociones y estado de ánimo de las personas, pudiendo llegar a causar ansiedad y depresión. (Vásquez, et al. 2000)

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1.- Formulación de Hipótesis

3.1.1.- Hipótesis General

Existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018.

3.1.2.- Hipótesis Específicas

Existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar en su dimensión cohesión familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018.

Existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar en su dimensión adaptabilidad familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018.

Existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar en su dimensión comunicación familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018.

3.2.- Identificación de Variables

3.2.1.- Clasificación de Variables

Variable 1: Funcionalidad familiar

Variable 2: Depresión

3.2.2.- Definición Conceptual de variables

Variable 1: Funcionalidad Familiar

Constituye la capacidad de la familia para enfrentar las situaciones de crisis mediante el conjunto de interacciones que se producen entre sus miembros, sobre la base del respeto, la autonomía y convivencia familiar. (Olson; 2003).

Variable 2: Depresión

Constituye un trastorno emocional, que se caracteriza por presentar una tristeza patológica, sentimientos de inutilidad, de abatimiento, tristeza, desgano, culpa, indefensión y desesperanza profunda. (Clemente; 2017).

3.2.3.- Operacionalización de las variables:

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
----------	-------------	-------------

Funcionalidad Familiar	Cohesión Familiar	<p>Apoyo familiar Convivencia Amistades familiares Tiempo libre Unidad familiar Participación en decisiones Consulta familiar Actividades recreativas</p>
	Adaptabilidad Familiar	<p>Sugerencias y opiniones Autoridad familiar Adaptabilidad familiar Apoyo familiar Decisión del paciente Intercambio de quehaceres familiares Autoridad Respeto</p>
	Comunicación Familiar	<p>Preocupación Alimentación Responsabilidades Expresión Recriminación Prevención en salud Conversación Normas Empatía</p>
Depresión	Cognitiva	<p>Pérdida de peso. Estreñimiento. Mente despejada. Confianza en el futuro. Decisiones.</p>
	Conductual	<p>Cansancio sin motivo. Como igual que antes. Problemas para dormir. Actividades cotidianas. Irritabilidad Presión cardiovascular Relaciones interpersonales. Estilo de vida.</p>
	Afectiva	<p>Tristezas. Llorar Tranquilidad por las mañanas Nerviosismo Vida satisfecha Utilidad en mi persona. Depresión.</p>

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1. Tipo y nivel de investigación

Tipo de investigación:

El tipo de investigación es de enfoque cuantitativo de corte transversal, por su elección del método o camino que llevó a obtener de la investigación resultados válidos que respondan a los problemas, objetivos y fundamentalmente a la hipótesis que se planteó como fin supremo de la investigación, eso es la razón del enfoque hipotético. Por lo que tiene que haber interrelación absoluta entre las partes de la investigación según el método científico. (Hernández, 2014)

Nivel de investigación:

Por la naturaleza de las variables presenta un nivel aplicativo, porque se llevó a cabo en el campo de la investigación con un grupo humano que respondieron a los requerimientos del investigador, buscando la relación entre las dos variables de estudio, su utilización y consecuencias prácticas de estas investigaciones aplicadas buscó el conocer para hacer, para actuar, para construir, para modificar situaciones o fenómenos en función a los resultados, lo que se conoce como desarrollar estrategias para solucionar la problemática de existir, por tanto se podrá utilizar los resultados para generar estrategias que redunden en beneficio de la muestra. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

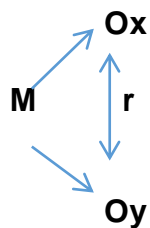
4.2. Descripción del método Y diseño:**4.2.1 Método de trabajo de investigación:**

El método utilizado fue el hipotético-inductivo, puesto que es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica. El método hipotético-inductivo tiene varios pasos esenciales: Observación del fenómeno a estudiar, creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, inducción de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis, y verificación o comprobación de la verdad de los enunciados

comparándolos con la experiencia. (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014).

4.2.2. Diseño:

Fue una investigación no experimental de corte transversal porque el estudio se realizó de manera objetiva sobre las variables planeadas observando el hecho expuesto para sus análisis y representa el siguiente diseño: (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014).



Dónde:

M = Muestra.

Ox = Funcionalidad Familiar.

Oy = Depresión.

R = Relación entre las variables.

4.3. Población, muestra y muestreo

Población:

Esta población estuvo compuesta por todos los pacientes con diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar que acuden a recibir tratamiento al Hospital Carlos Showing Ferrari durante el año 2018, que según obtenidos del registro de pacientes proporcionados por la coordinadora responsable de la Estrategia Sanitaria de Programa de Control de Tuberculosis de esta institución, son en total 35 pacientes con diagnóstico médico de Tuberculosis Pulmonar.

N=35

Muestra:

Es el conjunto de individuos que se coge de la población, para estudiar un fenómeno medible. De tal manera para el presente estudio se tomarán a los 35 pacientes.

$$n=35$$

Muestreo: Para el presente estudio de investigación se tomará en cuenta el muestreo no probabilístico, de manera censal puesto que escogió a todos los pacientes.

Criterios de inclusión

Se incluyeron en la investigación a los pacientes que:

- Tengan diagnóstico médico de Tuberculosis Pulmonar.
- Tengan más de 2 semanas recibiendo tratamiento antituberculoso.
- Sean mayores de 18 años de edad.
- Acudan de manera regular al establecimiento de salud a recibir el tratamiento respectivo
- Acepten participar del estudio de investigación, mediante la firma del consentimiento informado).

Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio a los pacientes que:

- Tengan menos de 18 años de edad.
- Tengan Tuberculosis Multidrogoresistente.
- No acudan a recibir su tratamiento respectivo.
- Acepten participar del estudio de investigación, mediante la firma del consentimiento informado).
- Se encuentren imposibilitados física o psicológicamente para responder los instrumentos de investigación.
- No acepten participar de la investigación.

4.4.- Consideraciones Éticas.

En el presente estudio aplico los principios bioéticos que rigen al profesional de Enfermería, que permiten cumplir los objetivos establecidos, moralmente y éticamente aceptados. Principios como los siguientes: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Siendo nuestra base moral que nos hace ser servidores del prójimo, y respetar su integridad.

Beneficencia.- Se respetará este principio porque en todas las etapas del estudio se buscará que los resultados derivados de la ejecución de esta investigación beneficien de manera integral a los pacientes con tuberculosis pulmonar en estudio, para que sirvan como medios fundamentales en la implementación de estrategias de intervención orientadas a brindar una atención humanizada, promoviendo el apoyo familiar en el afrontamiento de esta patología y la prevención de episodios depresivos, que permitan brindar una mejor calidad de vida a estos pacientes vulnerables.

No Maleficencia.- Se respetará este principio bioético, porque en ningún momento de la investigación se dañará física o psicológicamente a los pacientes en estudio; de igual manera no se pondrá riesgo la dignidad, derechos y bienestar de los participantes del estudio; pues la información recolectada será manejada de manera anónima y con total confidencialidad.

Autonomía.- Se respetará este principio bioético, ya que se solicitará la firma del consentimiento informado escrito a cada uno de los pacientes considerados en la investigación; el cual será solicitado al momento de abordar al paciente, teniendo este el total albedrío de retirarse del estudio en el momento que lo consideren pertinente.

Justicia.- Se respetará este principio bioético, porque todos los pacientes con Tuberculosis Pulmonar de la institución en estudio serán considerados como

participantes de la investigación, brindando a todos ellos un trato justo, equitativo, sin distinción de raza, género, estrato económico, religión o de cualquier otra índole.

CAPÍTULO V

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1. Técnicas e Instrumento:

5.1.1. Técnica de recolección de datos:

La técnica que se utilizó en la presente investigación es la encuesta, según Hernández, Fernández y Baptista (2014), definió que es una técnica basada en preguntas, a un número considerable de personas, utilizando cuestionarios, que mediante preguntas, efectuadas en forma personal, telefónica, o correo, permiten indagar las características, opiniones, costumbres, hábitos, gustos, conocimientos, modos y calidad de vida, situación ocupacional, cultural, etcétera, dentro de una comunidad determinada.

5.1.2. Instrumento de recolección de datos:

Para el recojo de datos se utilizó el cuestionario que es el recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene en mente (Hernández, Fernández y Baptista, 2014; p.109). Dicho instrumento estuvo estructurado por 30 ítems para la variable funcionalidad familiar, validado por Quinto (2017) y 20 ítems para la variable depresión, validado por Zung, en la cual fueron validados por el juicio de expertos para su respectiva aplicabilidad en la muestra de estudio y a través de la prueba de confiabilidad del Alfa de Cronbach se obtuvo una fiabilidad aceptable.

Los instrumentos que se utilizaron en la presente investigación son los siguientes:

Cuestionario de Funcionalidad Familiar.

Este instrumento fue validado por Quinto (2017) en su tesis de investigación y en el presente estudio será utilizado para medir la funcionalidad familiar en los hogares de los pacientes participantes de la investigación; se encuentra constituida por 30 preguntas clasificadas en 3 dimensiones: cohesión familiar (10 reactivos), adaptabilidad familiar (10 reactivos) y comunicación familiar (10 reactivos).

Este instrumento cuenta con respuestas de tipo politómicas cuyas opciones de respuesta son: “nunca”; “a veces” y “siempre”; y su valoración se realizará asignando las siguientes puntuaciones: nunca = 0 puntos; a veces = 1 punto y siempre = 2 puntos; y su categorización se realizará clasificándola como familia disfuncional o disfuncional según las puntuaciones obtenidas en todas las dimensiones consideradas en la investigación.

La medición de la variable funcionalidad familiar se realizará de la siguiente manera: familia funcional = 31 a 60 puntos; y familia disfuncional = 0 a 30 puntos.

Respecto a la evaluación por dimensiones, en la dimensión cohesión familiar la medición se ejecutará del siguiente modo: familia funcional = 16 a 30 puntos; y familia disfuncional = 0 a 15 puntos.

En la dimensión adaptabilidad familiar la medición se establecerá de la siguiente forma: familia funcional = 16 a 30 puntos; y familia disfuncional = 0 a 15 puntos.

Y por último, en la dimensión comunicación familiar la medición se realizará de la siguiente manera: familia funcional = 16 a 30 puntos; y familia disfuncional = 0 a 15 puntos.

Escala de Depresión de Zung (Anexo N° 02).

Este instrumento fue creado y validado por William Zung y Zung. y en la presente investigación será utilizada para medir el nivel de depresión en

los pacientes considerados en el presente estudio; se encuentra conformada por 20 preguntas de respuesta múltiple clasificadas en 3 dimensiones: cognitiva, conductual y afectiva.

El formato de este instrumento es de una escala tipo Lickert, con 4 categorías de respuesta ordenadas codificadas de 1 hasta 4 puntos; y su valoración se realizará clasificándolo como sin depresión, depresión leve, depresión moderada y depresión severa, según la puntuación total obtenida en la evaluación de este instrumento de investigación.

La medición de la variable depresión se realizará de la siguiente manera: sin depresión = menos de 50 puntos; depresión leve = 50 a 60 puntos; depresión moderada = 61 a 70 puntos; y depresión severa = 70 a 80 puntos.

Procedimiento:

1. Se entregó la encuesta a cada paciente, previo a eso se informó al paciente sobre el objetivo de la investigación.
2. Luego se obtuvo el consentimiento de los pacientes, dando a conocer que su participación es en forma voluntaria.
3. Finalmente se procedió con la aplicación del instrumento, se tabularon los datos, se confeccionarán tablas estadísticas y finalmente se analizó los resultados obtenidos.

5.2.- Plan de Recolección de datos, procesamiento y presentación de datos

Respecto a la recolección, procesamiento y presentación de los datos, en el presente estudio se considerará el desarrollo de las siguientes etapas:

- a) **Autorización.-** Se emitirá un oficio dirigido al director del Hospital Carlos Showing Ferrari solicitando la autorización respectiva para la ejecución

del estudio de investigación, mediante la aplicación de los instrumentos de investigación en los pacientes considerados en el presente estudio.

b) Aplicación de instrumentos.- En esta etapa se considerarán los siguientes procedimientos:

- Se recogió la autorización escrita emitido por el director del Hospital Carlos Showing Ferrari, brindando el consentimiento institucional para la ejecución de la investigación.
- Se coordinó con la enfermera responsable del Programa de Control de Tuberculosis, para realizar la identificación de los pacientes participantes de la investigación.
- Se realizará la validez cualitativa y cuantitativa de los instrumentos de investigación
- Se recolectaron los materiales logísticos (instrumentos de investigación, consentimiento informado, lapiceros, carpetas encuestadoras, etc.) necesarios para realizar la ejecución del trabajo de campo de esta investigación.
- Se identificó a los pacientes participantes del estudio, saludándoles cortésmente, explicándoles el propósito y objetivos de la investigación, solicitándoles que lean el consentimiento informado (Anexo N° 04), y si están de acuerdo, se le pedirá que firmen y coloquen la huella digital de su índice derecho, dejando con ello constancia escrita de su aceptación voluntaria para participar del estudio de investigación.
- Se aplicó los instrumentos de recolección a los pacientes en estudio, conllevando un tiempo promedio de 30 minutos por cada paciente considerado en el estudio de investigación.
- Se agradeció por la colaboración brindada y se continuará encuestando hasta completar la muestra total de esta investigación.

- a) **Revisión de los datos.-** Se examinarán en forma crítica cada uno de los instrumentos de investigación que se utilizarán en el estudio; realizando el control de calidad cada uno de ellos, garantizando que la información sea recolectada de manera adecuada y minimizando sesgos en la recolección de los datos.
- b) **Codificación de los datos.-** Se transformarán en códigos numéricos cada una de las respuestas brindadas por los pacientes en estudio, teniendo en consideración las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos, de acuerdo a cada una de las variables consideradas en esta investigación.
- c) **Procesamiento de los datos.-** Luego de la recolección de datos; los resultados obtenidos serán procesados en forma manual mediante el programa Excel 2013, previa elaboración de la tabla matriz de base de datos; y para el procesamiento estadístico de los datos se utilizará el paquete estadístico IBM SPSS Versión 23.0. para Windows.
- d) **Plan de tabulación de datos.-** Los datos recolectados serán tabulados en cuadros de frecuencias y porcentajes para la parte descriptiva de la investigación, estableciendo de manera adecuada la relación que existe la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes considerados en el presente estudio.
- e) **Presentación de datos.-** Los datos obtenidos serán presentados en tablas y figuras académicas de acuerdo a las dimensiones consideradas en la investigación, realizando el análisis e interpretación acuerdo al marco teórico correspondiente a la funcionalidad familiar y la depresión en la muestra en estudio.
- f) **Análisis descriptivo.-** Se especificarán las características de cada una de las variables según el tipo de variable estudiada (categórica o numérica); considerando el uso de las medidas de tendencia central (mediana, media y moda) y de dispersión (varianza y desviación estándar) para las variables numéricas y las medidas de frecuencia para las variables categóricas.

g) Análisis inferencial.- Para demostrar la relación de las variables en estudio, se realizará un análisis estadístico de tipo bivariado a través de la prueba no paramétrica de la Rho de Spearman; considerando el valor de significancia: $p \leq 0,01.$; como valor teórico de referencia para aceptar o rechazar las hipótesis de investigación. El análisis inferencial de los resultados obtenidos en el presente estudio se llevará a cabo utilizando el paquete estadístico IBM SSPS versión 23.0 para Windows.

CAPITULO VI

RESULTADOS, DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1.- Presentación, análisis e interpretación de datos

6.1.1. Análisis descriptivo de las variables y dimensiones

Tabla 1

Distribución de datos según la variable funcionalidad familiar

Niveles	f	%
Buena	10	28,57
Regular	16	45,71
Mala	9	25,71
Total	35	100,00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

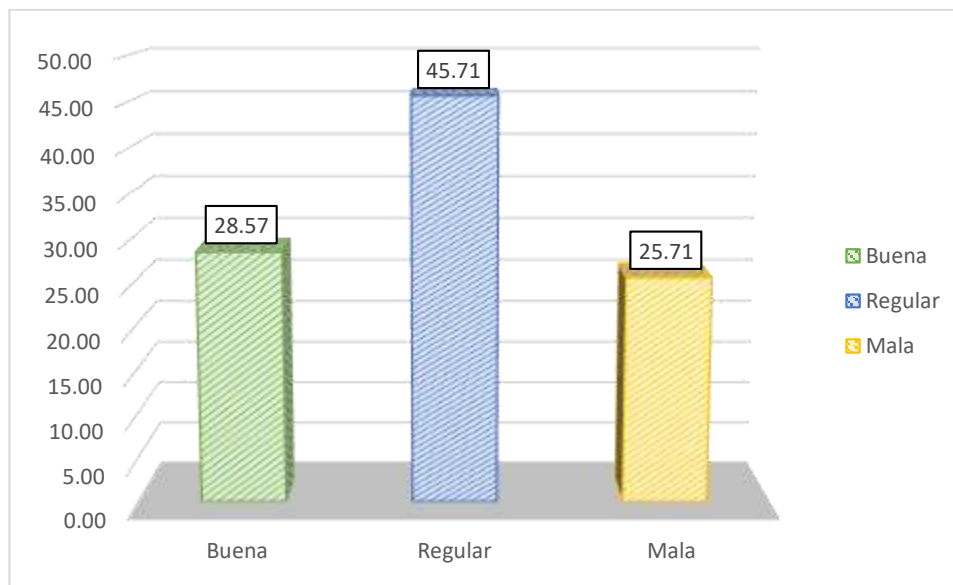


Fig. 1: Datos según la variable funcionalidad familiar.

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos de los pacientes se observó que el 28.57% presenta un familia funcional, el 45.71% presenta una familia funcional en un nivel regular, por otra parte el 25.71% tiene una funcionalidad familiar mala, es decir su familia es disfuncional.

Tabla 2

Distribución de datos según la dimensión cohesión familiar

Niveles	f	%
Buena	11	31,43
Regular	17	48,57
Mala	7	20,00
Total	35	100,00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

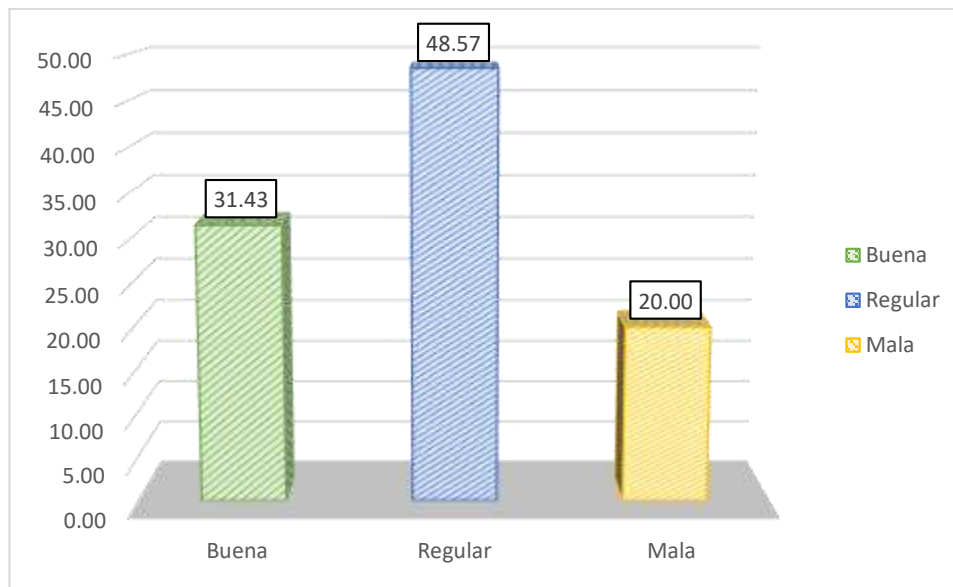


Fig. 2: Datos según la dimensión cohesión familiar

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos de los pacientes se observó que el 31.43% presenta una cohesión familiar buena, el 48.57% presenta una cohesión familiar en un nivel regular es decir hay aspecto aun por trabajar en las relaciones entre ellos, por otra parte el 20.00% tiene una cohesión familiar mala, es decir no hay unión ni solidaridad en su familia.

Tabla 3

Distribución de datos según la dimensión adaptabilidad familiar

Niveles	f	%
Buena	10	28,57
Regular	16	45,71
Mala	9	25,71
Total	35	100,00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

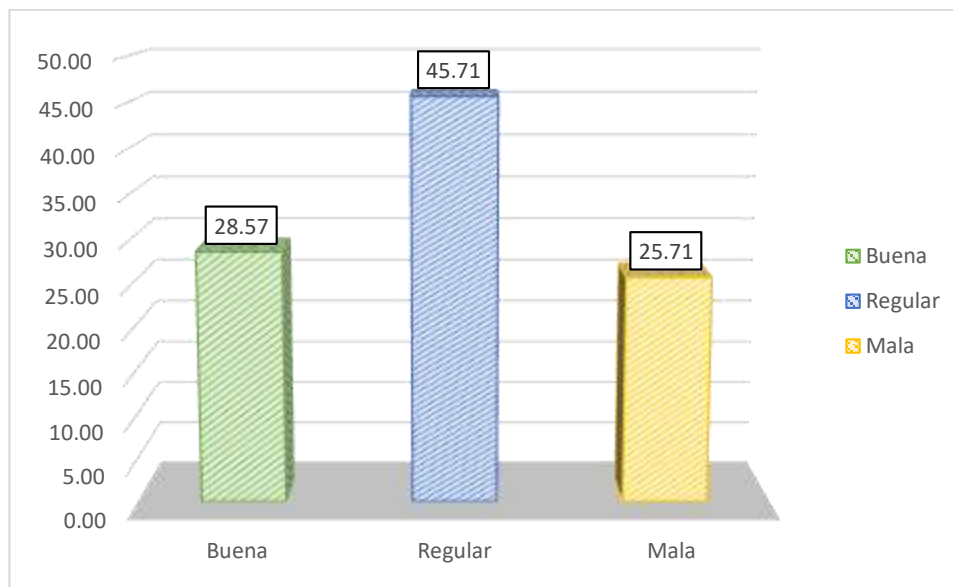


Fig. 3: Datos según la dimensión adaptabilidad familiar

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos de los pacientes se observó que el 28.57% manifiesta que en su familia hay una buena adaptabilidad respecto a su enfermedad, el 45.71% manifiesta que se da de forma regular, por otra parte el 25.1% manifiesta que hay una mala adaptabilidad en su familia con respecto a su enfermedad.

Tabla 4

Distribución de datos según la dimensión comunicación familiar

Niveles	f	%
Buena	10	28,57
Regular	15	42,86
Mala	10	28,57
Total	35	100,00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

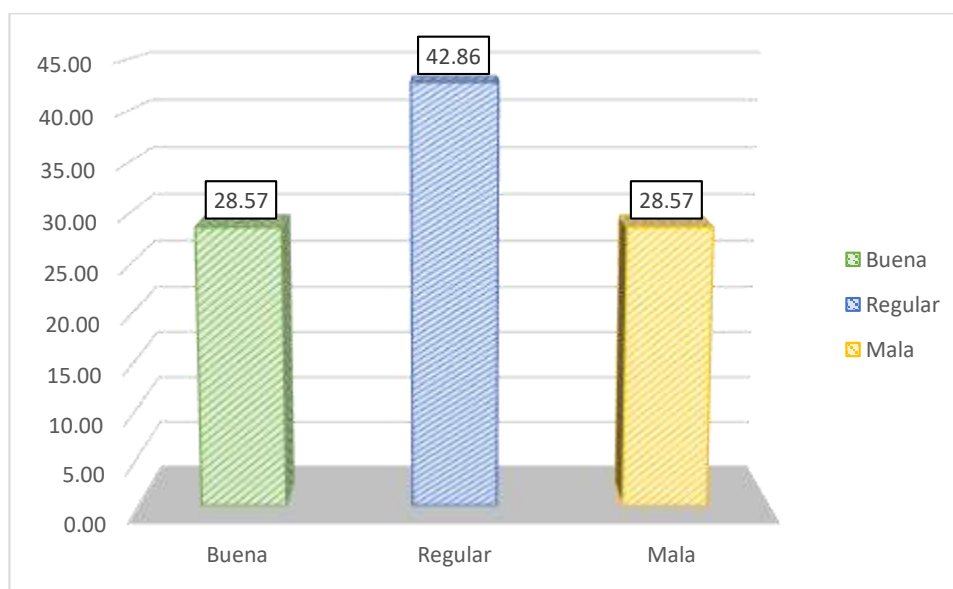


Fig. 4: Datos según la dimensión comunicación familiar

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos de los pacientes se observó que el 28.57% manifiesta que hay una buena comunicación en su familia, el 42.86% manifiesta que de forma regular, por otra parte el 28.57% manifiesta que en su familia hay una mala comunicación.

Tabla 5

Distribución de datos según la variable depresión

Niveles	f	%
Leve	11	31,43
Moderada	18	51,43
Severa	6	17,14
Total	35	100,00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

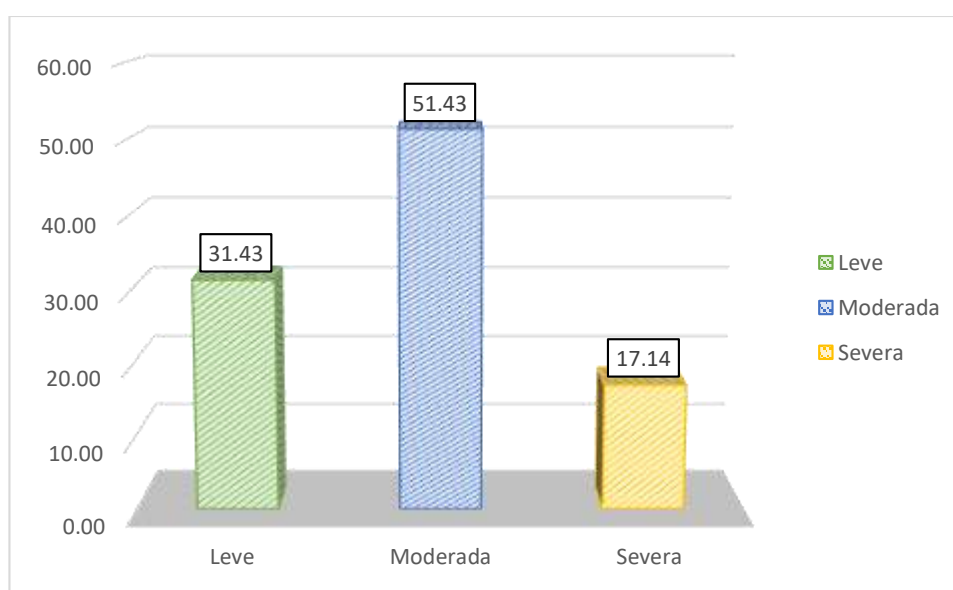


Fig. 5: Datos según la variable depresión

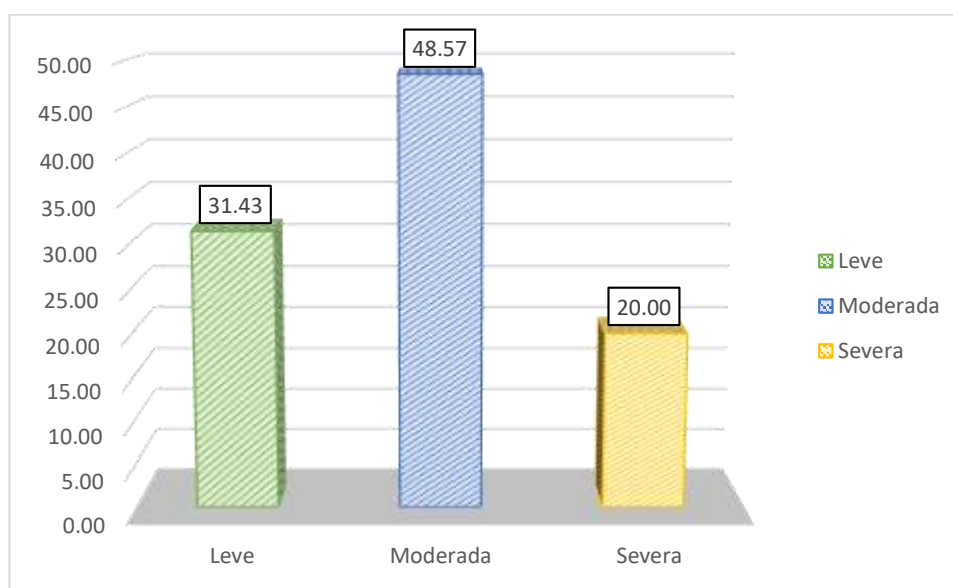
Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos de los pacientes se observó que el 31.43% presenta una depresión leve, el 51.43 presenta una depresión moderada es decir es posible manejar y solo necesita un poco de apoyo en cambio existe un 17.14% con una depresión severa es decir necesitan asesoría y tratamiento psicológico.

Tabla 6

Distribución de datos según la dimensión cognitiva

Niveles	f	%
Leve	11	31,43
Moderada	17	48,57
Severa	7	20,00
Total	35	100,00

Fuente: Encuesta de elaboración propia



*Fig. 6:*Datos según la dimensión cognitiva

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos de los pacientes se observó que el 31.43% presenta una depresión cognitiva leve, el 48.57% presenta una depresión cognitiva moderada es decir es posible manejar y solo necesita un poco de apoyo en cambio existe un 20.00% con una depresión cognitiva severa lo cual requiere un tratamiento.

Tabla 7

Distribución de datos según la dimensión conductual

Niveles	f	%
Leve	11	31,43
Moderada	18	51,43
Severa	6	17,14
Total	35	100,00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

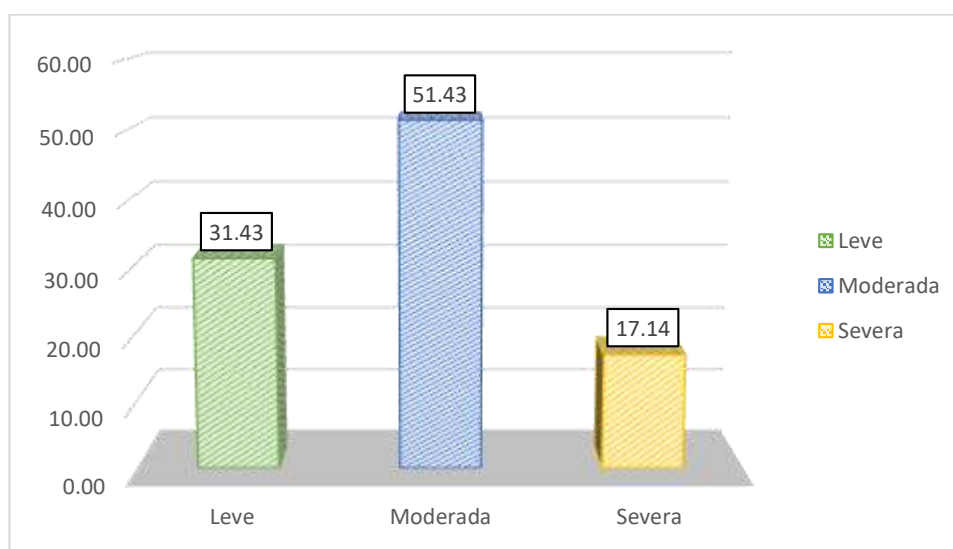


Fig. 7: Datos según la dimensión conductual

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos de los pacientes se observó que el 31.43% presenta una depresión conductual leve, el 51.43% presenta una depresión conductual moderada es decir es posible que haya cambios en su conducta pero son situaciones manejables, en cambio existe un 17.14% con una depresión conductual severa es decir tiene cambios de humor, un menosprecio a su persona, etc. lo cual requerirá tratamiento psicológico.

Tabla 8

Distribución de datos según la dimensión afectiva

Niveles	f	%
Leve	10	28,57
Moderada	20	57,14
Severa	5	14,29
Total	35	100,00

Fuente: Encuesta de elaboración propia

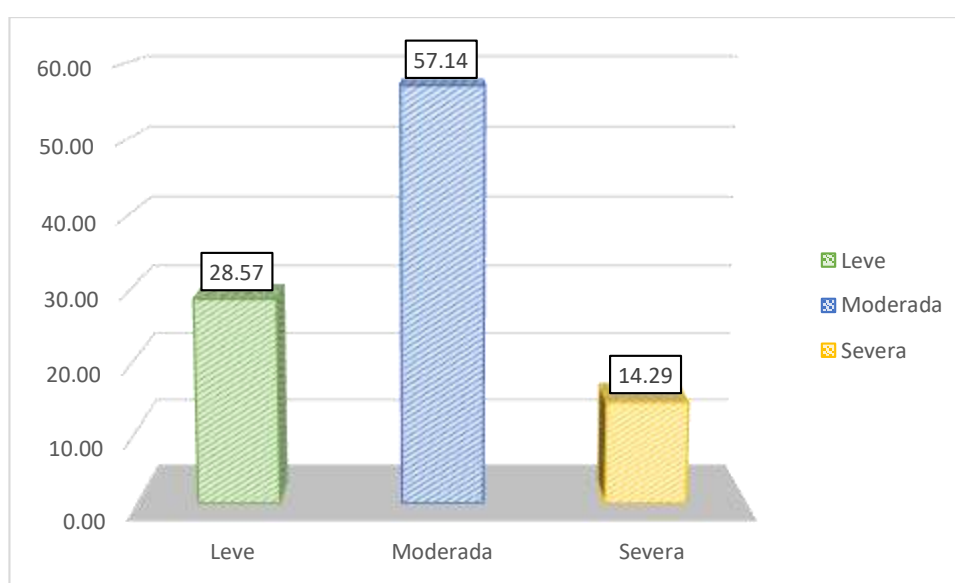


Fig. 8: Datos según la dimensión afectiva

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos de los pacientes se observó que el 28.57% presenta una depresión afectiva leve, el 57.14% presenta una depresión afectiva moderada es decir es posible que esté generando sentimientos negativos pero con poco influencia en su conducta y forma de ver la vida, en cambio existe un 14.29% con una depresión afectiva severa es decir una falta de querer, tristeza, nerviosismo en el paciente, lo cual necesitara terapia

Contrastación de las hipótesis

Hipótesis General

Ha: Existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018.

H0: No existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018.

Tabla 9

Prueba de correlación según Spearman entre la funcionalidad familiar y la depresión

		Funcionalidad familiar		Depresión
Rho de Spearman	Funcionalidad familiar	Coeficiente de correlación	de 1,000	,720**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	35	35
	Depresión	Coeficiente de correlación	de ,720**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	35	35

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 9 la variable funcionalidad familiar está relacionado directa y positivamente con la variable depresión según la correlación de Spearman de 0.720 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula.

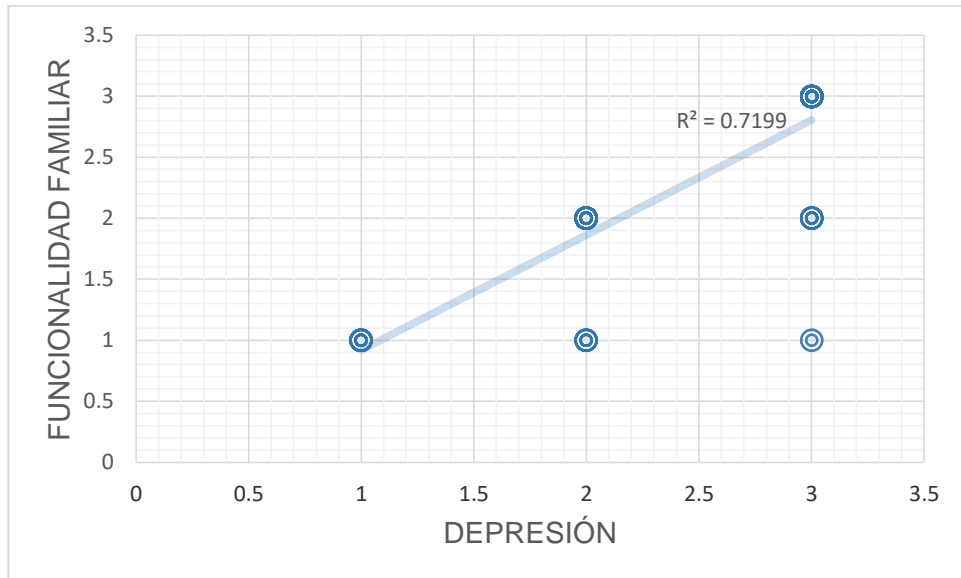


Fig. 9: Dispersión de datos de la variable la funcionalidad familiar y la depresión

Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la variable funcionalidad familiar y la depresión, lo cual significa que a medida que la puntuación de la variable funcionalidad familiar se incrementa de manera positiva, esta va acompañada del incremento positivo de la variable depresión, de manera proporcional.

Hipótesis específica 1

Ha: Existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar en su dimensión cohesión familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018.

H0: No existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar en su dimensión cohesión familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018.

Tabla 10

Prueba de correlación según Spearman entre la cohesión familiar y la depresión

		Cohesión familiar	Depresión	
Rho de Spearman	Cohesión familiar	Coeficiente de correlación	1,000	,747**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	35	35
	Depresión	Coeficiente de correlación	,747**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	35	35

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 10 la dimensión cohesión familiar está relacionado directa y positivamente con la depresión, según la correlación de Spearman de 0.747 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 1 y se rechaza la hipótesis nula.

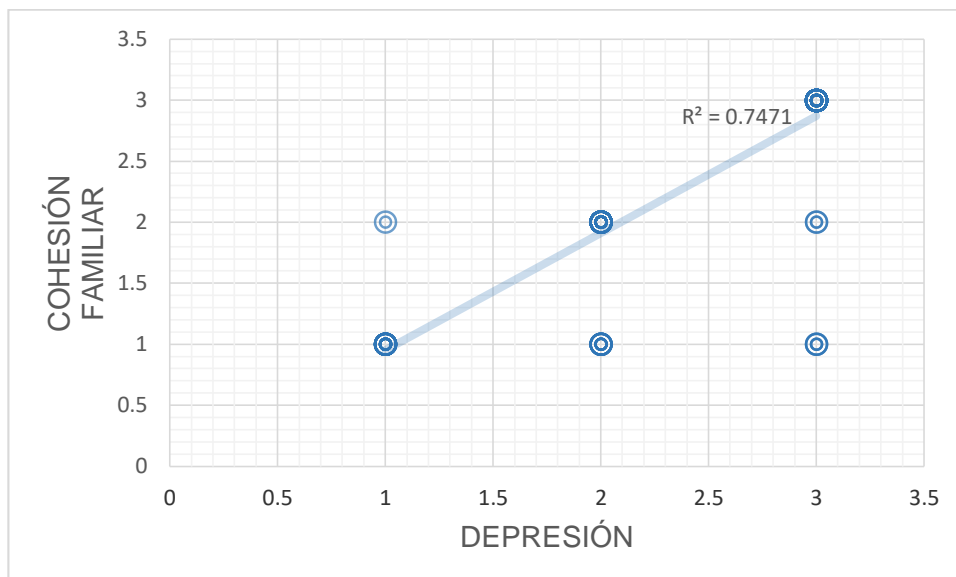


Fig. 10: Dispersión de datos de la dimensión cohesión familiar y la depresión

Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la dimensión cohesión familiar y la depresión, lo cual significa que a medida que la puntuación de la cohesión familiar se incrementa de manera positiva, esta va acompañada del incremento positivo de la variable depresión, de manera proporcional.

Hipótesis específica 2

Ha: Existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar en su dimensión adaptabilidad familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018.

H0: No existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar en su dimensión adaptabilidad familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018.

Tabla 11

Prueba de correlación según Spearman entre la adaptabilidad familiar y la depresión

			Adaptabilidad familiar	Depresión
Rho de Spearman	Adaptabilidad familiar	Coefficiente de correlación	1,000	,711**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	35	35
	Depresión	Coefficiente de correlación	,711**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	35	35

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 11 la dimensión adaptabilidad familiar está relacionada directa y positivamente con la depresión, según la correlación de Spearman de 0.711 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 2 y se rechaza la hipótesis nula.

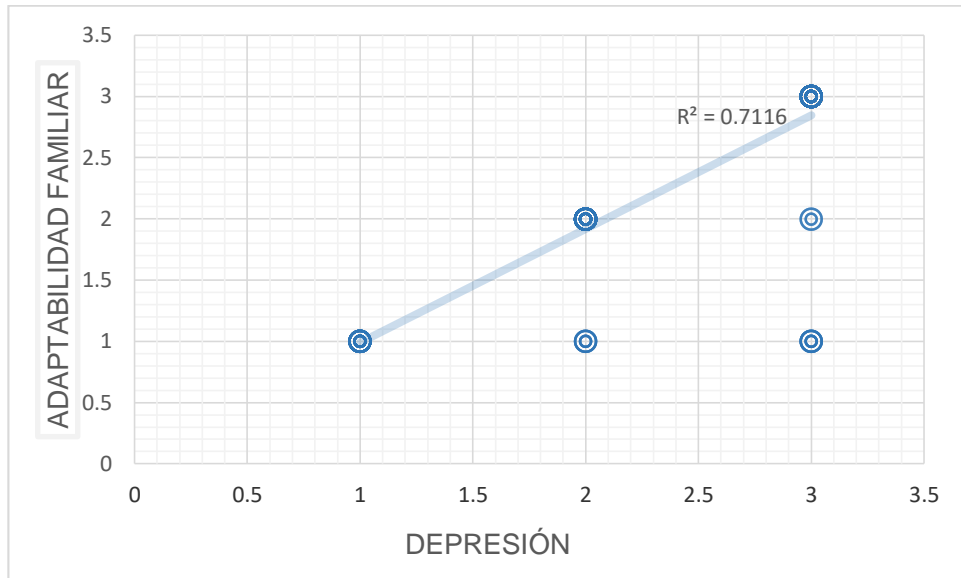


Fig. 11: Dispersión de datos de la dimensión adaptabilidad familiar y la depresión

Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la dimensión adaptabilidad familiar y la depresión, lo cual significa que a medida que la puntuación de la adaptabilidad familiar se incrementa de manera positiva, esta va acompañada del incremento positivo de la variable depresión, de manera proporcional.

Hipótesis específica 3

Ha: Existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar en su dimensión comunicación familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018.

H0: No existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar en su dimensión comunicación familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018.

Tabla 12

Prueba de correlación según Spearman entre la comunicación familiar y la depresión

		Comunicación familiar	Depresión
Rho de Spearman Comunicación familiar	Coeficiente de correlación	1,000	,698**
	Sig. (bilateral)	.	,001
	N	35	35
Depresión	Coeficiente de correlación	,698**	1,000
	Sig. (bilateral)	,001	.
	N	35	35

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 12 la dimensión comunicación familiar está relacionada directa y positivamente con la depresión, según la correlación de Spearman de 0.698 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 3 y se rechaza la hipótesis nula.

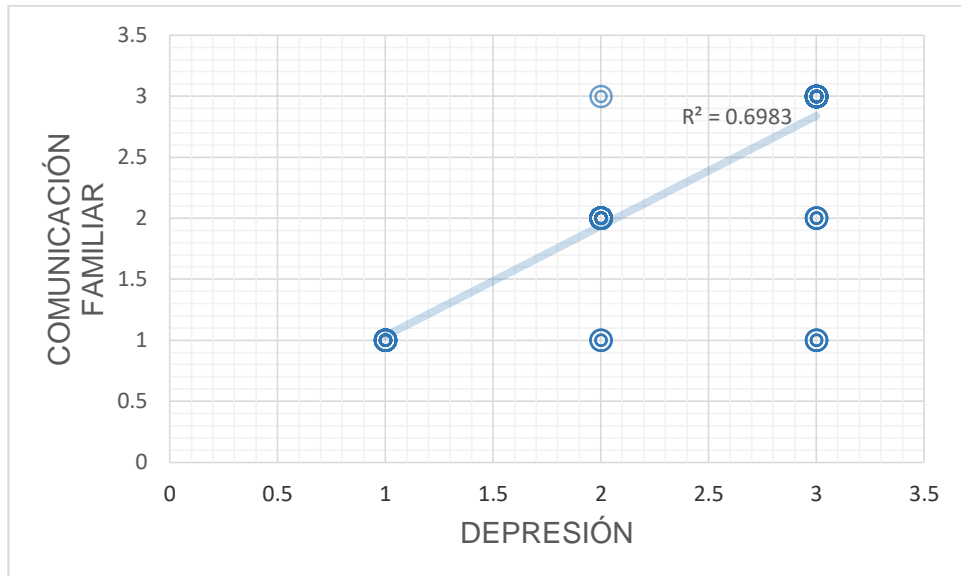


Fig. 12: Dispersión de datos de la dimensión comunicación familiar y la depresión.

Se puede observar que existe una correlación lineal positiva entre la dimensión comunicación familiar y la depresión, lo cual significa que a medida que la puntuación de la comunicación familiar se incrementa de manera positiva, esta va acompañada del incremento positivo de la variable depresión, de manera proporcional.

6.2.- Discusión

Según los resultados obtenidos de los pacientes se observó que el 28.57% presenta un familia funcional, el 45.71% presenta una familia funcional en un nivel regular, por otra parte el 25.71% tiene una funcionalidad familiar mala, es decir su familia es disfuncional. Por otra parte el 31.43% presenta una depresión leve, el 51.43 presenta una depresión moderada es decir es posible manejar y solo necesita un poco de apoyo en cambio existe un 17.14% con una depresión severa es decir necesitan asesoría y tratamiento psicológico. Finalmente se concluyó que existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar, según la correlación de Spearman de 0.720 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula. En la cual estos resultados se contrastan con el estudio realizado por Quiroz (2017), "Relación entre funcionalidad familiar y depresión en pacientes del Servicio Especializado de Protección Especial MIES. Portoviejo, 2016". En donde concluyó que existe relación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes en estudio. Existiendo una concordancia con la presente investigación ya que se encontró un relación significativa entre ambas variables.

Así mismo en el estudio realizado por Ojeda (2016), "Factores de riesgo, protectores y funcionalidad familiar en pacientes sintomáticos respiratorios para presentar tuberculosis pulmonar, Arcapamba-Huertas, 2016". Ecuador. Según resultados se encontró como factores de riesgo para presentar tuberculosis pulmonar en sujetos expuestos al bacilo de Koch; el hacinamiento, ocupación en espacios cerrados y el sexo; llegando a la conclusión de que la funcionalidad familiar no tiene relación con la presencia de tuberculosis pulmonar. Existiendo una discrepancia con la presente investigación donde sí se encontró relación significativa entre las variables.

En otro estudio realizado por Coronado (2018), titulado “Nivel de depresión y funcionamiento familiar en pacientes diabéticos con complicaciones crónicas. Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa – 2018”. Perú, donde concluyó que existe relación entre el nivel de depresión y el funcionamiento familiar en los pacientes en estudio. Lo cual servirá de aporte a la investigación así como existe una concordancia en lo importante de la relación directa que hay entre las variables, por lo cual es muy importante que se tome en cuenta la investigación puesto que se ha demostrado que la familia es muy importante para contrarrestar la depresión que pueda presentar el paciente.

6.3.- Conclusiones

Primera: Existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar, según la correlación de Spearman de 0.720 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis principal y se rechaza la hipótesis nula.

Segunda: Existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar en su dimensión cohesión familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar, según la correlación de Spearman de 0.747 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 1 y se rechaza la hipótesis nula.

Tercera: Existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar en su dimensión adaptabilidad familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar, según la correlación de Spearman de 0.711 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 2 y se rechaza la hipótesis nula.

Cuarta: Existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar en su dimensión comunicación familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar, según la correlación de Spearman de 0.698 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 3 y se rechaza la hipótesis nula.

6.4. Recomendaciones:

Primera: Se recomienda a la jefa de enfermería capacitar al personal de enfermería especialmente a aquel que trabaje en el programa de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis sobre orientación y consejería en aspecto psicológico a través de talleres u otros, con la finalidad de mejorar la relación con el paciente lo cual influye de manera positiva en su adherencia al tratamiento.

Segunda: Al personal de enfermería del programa de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis debe esclarecer a los familiares del paciente de las medidas que se deben tomar así como las formas de contagio y prevención de la enfermedad mitigando sus miedos y que estos puedan comunicar a las amistades de los mitos y verdades de la enfermedad para evitar un aislamiento del paciente.

Tercera: Al personal de enfermería del programa de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis se recomienda realizar charlas si es posible a nivel domiciliario para aconsejar a la familia del paciente en cuanto algunas pautas para mejorar las relaciones familiares a causa de la enfermedad, haciendo hincapié que la comunicación entre ellos es importante tanto en las emociones como las diversas discrepancias o miedos entre ellos promoviendo una funcionalidad familiar aceptable.

Cuarta: Se recomienda a los familiares evitar un cambio drástico de los estilos de vida no hacer sentir al paciente culpable, ni cambiar la forma de tratarlo, favoreciendo a toda la familia incluido al paciente a la adaptabilidad a la nueva situación que en un futuro se podrá resolver con el apoyo necesario

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arce N. (2017). *Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con tuberculosis en las unidades de salud de los Cantones Machala, Pasaje y Guabo, El Oro 2016*. Tesis para optar el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad de Loja. Loja – Ecuador
- Baena, A., Sandoval M., Urbina C. y Juárez N., Villaseñor J. (2005). *Los trastornos del estado de ánimo*. Revista digital universitaria; 6 (1):175 – 195.
- Balcázar L, Ramírez Y, Rodríguez M. (2015). *Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis*. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2015; 20(1): 135 – 143.
- Camacho, S. (2002). *Relación entre la percepción del tipo de familia y los valores interpersonales en adolescentes de cuarto y quinto grado de secundaria de Lima-Cercado*. Tesis para optar por el Grado Académico de Magíster en Psicología, mención: Psicología Educativa. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- Castañeda L. (2016). *Funcionamiento familiar y su relación con la ludopatía en los adolescentes del tercer grado de educación secundaria de la Institución Educativa Julio Armando Ruiz Vásquez – Amarilis I 2016*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad de Huánuco. Huánuco – Perú.
- Clemente S. (2016). *Estrés, ansiedad y depresión en profesionales de Enfermería que brindan atención primaria de salud del distrito de Amarilis - Huánuco 2015*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad de Huánuco. Huánuco – Perú.
- Córdova J. (2015). *Depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015*. Tesis

para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Peruana Unión. Lima – Perú.

Coronado M (2018). *Nivel de depresión y funcionamiento familiar en pacientes diabéticos con complicaciones crónicas. Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa – 2018.* Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Universidad Católica de Santa Marta. Arequipa – Perú.

Crispín, V., Rumiche, J., & Roque, M. (2010). *Factores asociados a la incidencia de tuberculosis en un centro de salud urbano marginal de Lima 1999-2008.* Lima: Ciencias e Investigación.

Cristóbal E (2017). *Funcionamiento familiar y la depresión en estudiantes de la Institución Educativa Héroes de Jactay, Huánuco – 2016.* Tesis para optar el grado de Maestro en Psicología. Universidad Nacional Hermilio Valdizán. Huánuco – Perú.

Domínguez E, Gonzales E. (2017) *Conocimiento sobre tuberculosis pulmonar y actitud hacia el tratamiento de los pacientes que asisten al Centro de Salud Gerardo Gonzales Villegas - Tumbes, 2016.* Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería. Universidad Nacional de Tumbes. Tumbes – Perú.

Enarson D. (2000). *Manejo de la Tuberculosis. Guía para los países con escasos recursos económicos.*, quinta edición, París: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias,

Girón M, Robles I, Santiago M. (2015). *Funcionalidad familiar en familias de pacientes con tuberculosis en dos establecimientos de salud de la Microred Los Olivos – 2013.* Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad de Ciencias y Humanidades. Lima – Perú

Gonzales, D. (2014). *La musicoterapia como herramienta para reducir el nivel de depresión en adultos mayores deprimidos e institucionalizados en un hogar de ancianos privado en la ciudad de Guatemala.* Tesis para optar

el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Rafael Landívar. Guatemala

Martínez A, Iraurgi J, Sanz M (2011). *Validez estructural del FACES – 20 Esp. Versión española de 20 ítems de la escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar*. RIDEP; 29 (1): 147 – 149.

Estévez E, Jiménez T, Musitu G. (2004) *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. 2da Edición España: Editorial Nau Libres.

Martínez Y, Guzmán F, Flores J, Vásquez V (2014). *Factores familiares que favorecen el apego al tratamiento en casos de tuberculosis pulmonar*. Aten. Fam. 21(2): 47 – 49.

Mendoza A (2004). *Guía Metodológica para la Intervención Preventiva con Familias*. Perú: Devida.

Ministerio de Salud. (2008). *Situación de la Tuberculosis en el Perú – Informe de gestión – Consolidado al año 2008*. Perú: MINSA.

Ministerio de Salud. (2006) *Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis*. Norma Técnica de salud para el Control de la tuberculosis. 1 ed. Edición Perú: MINSA.

Minuchin S.(2001).*Familias y terapia familiar* 10ma Edición. Barcelona: Gedisa.

Mishel M. (2007) *Teoría de la incertidumbre*. En: Maerriner TA, Rayle – Alligood M. Modelos y teorías de enfermería. 6ta Ed. España: Elsevier – Mosby.

Ojeda M. (2016) *Factores de riesgo, protectores y funcionalidad familiar en pacientes sintomáticos respiratorios para presentar tuberculosis pulmonar, Arcapamba-Huertas, 2016*. Tesis para optar el título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Universidad Nacional de Loja: Loja – Ecuador.

Olson D (2003). *Modelo Circumplejo de Sistemas Familiares*. En Walsh F. *Proceso Familiares Normales*. 3ra Edición. Nueva York: Mac Graw Hill.

- Olson D. (2003) *Inventarios sobre familia. Instrumentos para medir funcionalidad familiar FACES III y calidad de vida, formatos para adultos y para adolescentes*. Bogotá: Guadecon.
- Orem D. (2005). *Teoría del autocuidado*. En: Maerriner T. Modelos y teorías en Enfermería. 5ta Ed. España: Mosby.
- OMS (2017). *Tuberculosis*. Organización Mundial de la Salud
- OMS. (2018) *Salud Familiar y Comunitaria*. Organización Mundial de la Salud
- Pino, A., Belenchón, M., Sierra, P. y Lorenzo, A. (2008). *Trastorno bipolar y psicoeducación: Desarrollo de un programa para clínicos*. San Vicente: Club Universitario.
- Pinto Y (2016). *Relación del grado de funcionalidad familiar con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con tuberculosis pulmonar en la Micro Red Alto Selva Alegre, 2016*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad San Agustín de Arequipa. Arequipa – Perú.
- Quinto N (2017). *Funcionalidad familiar según percepción del paciente que asiste al Programa de Control de Tuberculosis del Centro de Salud Collique III, Comas 2017*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad César Vallejo. Lima – Perú.
- Quispe C. (2016). *Participación familiar y relaciones intrafamiliares en pacientes con tuberculosis pulmonar del Programa TBC de la Red Asistencial EsSalud Tacna – 2016*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Trabajo Social. Universidad Nacional del Altiplano. Puno – Perú.
- Quiroz C. (2017). *Relación entre funcionalidad familiar y depresión en pacientes del Servicio Especializado de Protección Especial MIES. Portoviejo, 2016*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología. Universidad de Guayaquil. Guayaquil – Ecuador.

- Reyes N. (2017). *Vivencias de los jóvenes con tuberculosis pulmonar usuarios de la estrategia sanitaria de prevención y control de tuberculosis, Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari – Amarilis, Huánuco 2017*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Huánuco – Perú.
- Riquero P. (2014). *Depresión en pacientes con tuberculosis según tipo de tratamiento de la red urbana del MINSA Chiclayo, 2012*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo – Perú.
- Rodas, S. (2015). *Apoyo familiar. Valoración enfermera de la familia. Guía básica*.
- Satir V. (2002). *Psicoterapia familiar conjunta*. 9na Edición. México: Editorial Prensa Médica Mexicana; 2002.
- Vásquez, I.; Muñoz, F. y Becoña, S. (2000). *Depresión: Diagnóstico, Modelos Teóricos y Tratamiento a Finales del Siglo XX Psicología Conductual*, 8 (3), 417 – 449.
- Yactayo L. (2015). *Nivel de depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar del Centro de Salud José Leonardo Ortiz, Chiclayo, Enero – Julio 2015*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Señor de Sipán. Pimentel – Perú.
- Yapko, M. (2007). *Para romper los patrones de la depresión. No tienes por qué sufrir para vivir*. México: Pax.
- Zaldívar F. (2007). *Funcionamiento Familiar Saludable*. Cuba. Fundación Salud Vida; 3 (2): 5 – 7.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR DEL HOSPITAL CARLOS SHOWING FERRARI, HUÁNUCO 2018

Autora: CHUQUIYAURI ARIAS, ERLÉNY

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACION DE HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES			METODOLOGÍA
			VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	
<p>Problema General: ¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018?</p> <p>Problema Específico: ¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar en su dimensión cohesión familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018?</p> <p>¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar en su dimensión comunicación familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018?</p> <p>¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar en su dimensión adaptabilidad familiar y la</p>	<p>Objetivo General: Determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari – Huánuco 2018.</p> <p>Objetivos Específicos: Identificar la relación que existe entre la funcionalidad familiar en su dimensión cohesión familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018.</p> <p>Establecer la relación que existe entre la funcionalidad familiar en su dimensión comunicación familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018.</p> <p>Analizar la relación que existe entre la funcionalidad familiar en su dimensión adaptabilidad familiar y la</p>	<p>Hipótesis General Existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018.</p> <p>Hipótesis Específicas Existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar en su dimensión cohesión familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018.</p> <p>Existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar en su dimensión adaptabilidad familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis Pulmonar que acuden al Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018.</p> <p>Existe una relación significativa entre la funcionalidad familiar en su dimensión comunicación familiar y la depresión en los pacientes con Tuberculosis</p>	<p>Funcionalidad Familiar</p>	<p>Cohesión familiar</p> <p>Adaptabilidad Familiar</p> <p>Comunicación Familiar</p> <p>Cognitiva</p>	<p>Apoyo familiar Convivencia Amistades familiares Tiempo libre Unidad familiar Participación en decisiones Consulta familiar Actividades recreativas</p> <p>Sugerencias y opiniones Autoridad familiar Cambio y adaptabilidad familiar Apoyo familiar Decisión del paciente Intercambio de quehaceres familiares Autoridad Respeto</p> <p>Preocupación Alimentación Responsabilidades Expresión Recriminación Prevención en salud Conversación Normas Empatía</p> <p>Pérdida de peso. Estreñimiento. Mente despejada. Confianza en el futuro.</p>	<p>Método: Hipotético – inductivo</p> <p>Diseño: No experimental , transversal</p> <p>Tipo: Descriptivo -correlacional</p> <p>Nivel: Aplicativo</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD M --> Ox M --> Oy Ox <--> r Oy </pre> </div> <p>M = Pacientes O_x = Funcionalidad familiar O_y = Depresión r = relación</p> <p>Población: N=35 pacientes.</p> <p>Muestra: n=35</p> <p>Muestreo: No probabilístico, censal.</p> <p>Técnica: encuesta</p> <p>Instrumento: cuestionario</p>

Fecha: ----/----/---

ANEXO 02: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Funcionalidad familiar y su relación con la depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018”

INSTRUCCIONES: Estimado (a) Sr(a) (ita), el presente cuestionario forma parte de un estudio orientado a determinar la funcionalidad familiar en los pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden a esta institución; por lo que a continuación se le presentan una serie de enunciados relacionados a la temática abordada, que deberá marcando con un aspa (x) según la respuesta que se adapte mejor a lo que usted experimenta en su ambiente familiar; agradezco de antemano tu gentil colaboración.

I. DATOS GENERALES.

1. ¿Cuántos años tienes?

_____ Años.

2. ¿Cuál es tu género?

- a) Masculino ()
- b) Femenino ()

3. ¿De qué zona procede usted?

- a) Urbana ()
- b) Rural ()
- c) Urbano Marginal ()

4. ¿Cuál es tu estado civil?

- a) Soltero(a) ()
- b) Conviviente ()
- c) Casado(a) ()
- d) Separado(a) ()
- e) Viudo(a) ()

5. ¿Cuál es tu ocupación?

- a) Ama de casa ()
- b) Estudiante ()

- c) Trabajo dependiente () **Especifique:**
- d) Trabajo independiente () **Especifique:**

6. ¿Cuál es tu grado de escolaridad?

- a) Sin estudios ()
- b) Primaria ()
- c) Secundaria ()
- d) Superior ()

7. ¿Vive con sus familiares?

- a) Si ()
- b) No ()

8. ¿Tienes hijos?

- a) Si ()
- b) No ()

9. ¿Hace cuánto tiempo fuiste diagnosticado(a) con esta enfermedad?

_____ Meses.

10. ¿Qué tipo de tratamiento te encuentras recibiendo?

- a) Esquema I ()
- b) Esquema II ()

II. DATOS RELACIONADOS AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.

N°	ITEMS	Nunca	A veces	Siempre
I.	COHESIÓN FAMILIAR			
1	Los miembros de mi familia me apoyan ahora que estoy enfermo(a).			
2	Me gusta la convivencia con mis familiares ahora que tengo tuberculosis			
3	Las amistades de los miembros de mi familia me aceptan a pesar de que estoy enfermo (a).			
4	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia, a pesar que tengo tuberculosis.			
5	Nos sentimos muy unidos a pesar que tengo tuberculosis.			
6	Cuando se toma una decisión importante en casa, estoy presente a pesar que tengo tuberculosis.			

7	La unión familiar es muy importante ahora que estoy enfermo(a).			
8	En mi familia consultamos unos con otros para tomar decisiones ahora que tengo tuberculosis.			
9	Realizamos actividades recreativas en familia a pesar que tengo tuberculosis.			
10	En mi familia consultamos unos con otros para tomar decisiones ahora que tengo Tuberculosis.			
II. ADAPTABILIDAD FAMILIAR		Nunca	A veces	Siempre
11	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias para resolver, tratar y curar mi enfermedad.			
12	La familia puede opinar en cuanto a mi enfermedad.			
13	Cualquier miembro de mi familia puede tomar la autoridad ante mi enfermedad.			
14	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas, ahora que tengo tuberculosis			
15	Toda mi familia me brinda su apoyo ahora que tengo tuberculosis.			
16	En mi familia me permiten tomar decisiones en casa a pesar que estoy enfermo(a).			
17	En mi familia las reglas cambian ahora que tengo tuberculosis.			
18	En mi familia intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros a pesar que estoy enfermo(a).			
19	En mi familia no es difícil identificar quien tiene la autoridad ahora que tengo tuberculosis.			
20	Los miembros de familia respetan cuando me es difícil hacer las labores del hogar ahora que tengo tuberculosis.			
III. COMUNICACIÓN FAMILIAR				
21	En mi familia se preocupan por que cumpla el tratamiento para curarme de la tuberculosis.			

22	En mi familia se preocupan por mi alimentación ahora que tengo tuberculosis.			
23	En mi familia cada uno cumple con sus responsabilidades en el hogar.			
24	En mi familia, puedo contar y expresar lo que siento sin tener temor.			
25	Los miembros de mi familia suelen expresarse en forma clara y sencilla, dando su opinión en cualquier tema de conversación			
26	En mi familia se puede hablar de cualquier tema sin temor a ser recriminado por ello.			
27	En mi familia se preocupan por resolver sus problemas de salud.			
28	Durante el día en mi familia tenemos momentos de conversación con todos los miembros del hogar			
29	En mi familia existen normas que cumplir.			
30	Mi familia me comprende cuando tengo sentimientos de tristeza, cólera, desesperación, etc., ahora que estoy enfermo de tuberculosis.			

Gracias por su colaboración...

Fecha: ----/----/----

ANEXO 02

ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Funcionalidad familiar y su relación con la depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar del Hospital Carlos Showing Ferrari, Huánuco 2018”

INSTRUCCIONES: Estimado (a) Sr(a) (ita), el presente test forma parte de un estudio encaminado a obtener información respecto a la depresión en los pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden a este establecimiento de salud; por lo que a continuación se presenta una serie de enunciados que usted deberá leer con atención y marcar con un aspa dentro de los paréntesis (X) según la respuesta que mejor se adapte a lo que usted ha estado sintiendo o experimentando en los últimos días.

N°	ITEMS	Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1	Me siento triste y decaído.				
2	Tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
3	Por las mañanas es cuando me siento mejor				
4	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto(a).				
5	Mi vida es agradable y plena				
6	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.				
7	He notado que estoy perdiendo peso.				
8	Tengo problemas de estreñimiento.				
9	Mi mente esta tan despejada como siempre				
10	Tengo confianza en el futuro.				

11	Me es fácil tomar decisiones.				
12	Me canso sin motivo				
13	Como igual que antes.				
14	Me cuesta mucho dormir por las noches.				
15	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
16	Estoy más irritable que antes				
17	Mi corazón late más rápido que antes				
18	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.				
19	Disfruto de las mismas cosas que antes.				
20	Siento que soy útil y necesario.				

Gracias por su colaboración...

Anexo 03: Base de datos piloto

Base de datos de funcionalidad familiar prueba piloto

Encuestados	Item01	Item02	Item03	Item04	Item05	Item06	Item07	Item08	Item09	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	Item17	Item18	Item19	Item20	Item21	Item22	Item23	Item24	Item25	Item26	Item27	Item28	Item29	Item30
1	2	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	3	2	1	2	1	1	2	1	2	1
2	1	1	3	3	3	3	1	1	3	1	1	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	1	3	1	1	3	3	3	3	3
3	2	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2
4	4	1	1	1	1	3	4	1	1	2	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	3	4	1	4	1	1	1	1	1	1
5	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	3	2	3
6	2	2	1	3	1	3	2	2	1	2	2	1	4	1	2	2	2	1	4	1	3	2	1	2	2	1	4	1	1	1
7	2	2	2	1	1	3	2	2	1	2	2	4	1	1	2	2	2	4	1	1	3	2	2	2	2	4	1	1	1	1
8	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2
9	2	2	1	1	1	3	2	2	1	2	2	1	1	1	3	2	2	1	1	1	3	2	1	2	2	1	1	1	1	1
10	2	1	1	3	3	3	2	1	1	2	1	1	3	3	3	2	1	1	3	3	3	2	1	2	1	1	3	3	3	3
11	2	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	3	2	1	2	1	1	2	1	2	1
12	1	1	2	2	2	3	1	1	3	1	1	2	2	3	3	1	1	3	3	3	3	1	3	1	1	3	3	3	3	3
13	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2
14	2	1	1	1	1	3	3	1	1	4	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3	4	1	4	1	1	1	1	1	1
15	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	3	2	3
16	2	2	1	2	1	3	2	2	1	2	2	1	1	1	3	2	2	1	4	1	3	2	1	2	2	1	2	1	2	1
17	2	2	1	1	1	3	2	2	1	2	2	3	1	1	3	2	2	4	1	1	3	2	2	2	2	4	2	1	1	1
18	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2
19	2	2	1	1	1	3	2	2	1	2	2	1	1	1	3	2	2	1	1	1	3	2	1	2	2	1	1	1	1	1
20	2	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	3	2	1	2	1	1	2	1	2	1

Base de datos de depresión en pacientes prueba piloto

Encuestados	Item01	Item02	Item03	Item04	Item05	Item06	Item07	Item08	Item09	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	Item17	Item18	Item19	Item20
1	2	2	1	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	1	2	2	2	1	3	2
2	1	2	3	2	3	3	1	2	3	2	3	1	2	3	3	1	2	3	2	1
3	2	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2

4	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	4	1	1	2
2	1	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2
6	2	3	1	3	2	2	2	3	1	3	2	2	3	1	2	2	3	1	3	2
7	1	2	1	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	1	2	2	2	1	3	2
8	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9	2	1	1	3	2	2	2	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1	1	3	2
10	1	1	3	2	3	3	1	1	3	2	3	1	1	3	3	1	1	3	2	1
11	2	2	1	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	1	2	2	2	1	3	2
12	1	2	3	2	3	3	1	2	3	2	3	1	2	3	3	1	2	3	2	1
13	2	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2
14	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2
12	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2
16	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	3	1	2	2	3	1	3	2
17	2	2	1	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	1	2	2	2	1	3	2
18	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
19	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	3	2
20	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	1	1	1	3	1	1	3	2	1

Anexo 04: Prueba de confiabilidad de alfa de Crombach de las variables piloto

Confiabilidad de la funcionalidad familiar prueba piloto

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,809	30

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item01	55,55	82,366	,182	,819
Item02	56,05	77,945	,278	,805
Item03	56,10	70,832	,810	,785
Item04	55,75	73,882	,507	,796
Item05	56,00	70,842	,669	,788
Item06	54,95	84,682	,368	,826
Item07	55,50	83,421	,262	,823
Item08	56,05	77,945	,278	,805
Item09	56,05	68,892	,814	,781
Item10	55,55	82,997	,235	,821
Item11	56,05	77,945	,278	,805
Item12	55,85	70,029	,611	,789
Item13	55,70	72,221	,508	,794
Item14	55,95	70,366	,658	,787
Item15	55,05	84,576	,350	,826
Item16	55,65	80,555	,021	,813
Item17	56,05	77,945	,278	,805
Item18	55,75	69,776	,544	,791
Item19	55,50	73,316	,376	,801
Item20	55,95	70,366	,658	,787
Item21	54,95	84,682	,368	,826
Item22	55,45	84,576	,319	,827
Item23	55,95	68,997	,828	,781
Item24	55,45	84,576	,319	,827
Item25	56,05	77,945	,278	,805
Item26	55,75	69,776	,544	,791
Item27	55,55	72,155	,537	,793
Item28	55,95	70,366	,658	,787
Item29	55,75	71,776	,619	,790

Item30	55,95	70,366	,658	,787
--------	-------	--------	------	------

Confiabilidad de la depresión en pacientes prueba piloto

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,769	20

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item01	37,90	30,937	,288	,789
Item02	37,80	27,432	,398	,756
Item03	37,85	24,766	,513	,744
Item04	37,15	27,082	,444	,753
Item05	37,30	25,905	,716	,739
Item06	37,70	27,274	,328	,760
Item07	37,80	30,484	,224	,783
Item08	37,80	27,221	,441	,754
Item09	37,80	25,221	,424	,752
Item10	37,30	25,063	,549	,741
Item11	37,45	24,787	,641	,735
Item12	37,95	29,208	,056	,774
Item13	37,90	26,726	,391	,755
Item14	38,00	23,684	,618	,733
Item15	37,25	26,303	,613	,744
Item16	37,85	30,134	,131	,781
Item17	37,70	29,274	,017	,787
Item18	37,85	24,766	,466	,748
Item19	37,15	26,450	,394	,755
Item20	37,85	30,134	,131	,781

Anexo 05: Base de datos general

Base de datos de funcionalidad familiar

Encuestados	Item01	Item02	Item03	Item04	Item05	Item06	Item07	Item08	Item09	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	Item17	Item18	Item19	Item20	Item21	Item22	Item23	Item24	Item25	Item26	Item27	Item28	Item29	Item30
1	2	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	3	2	1	2	1	1	2	1	2	1
2	1	1	3	3	3	3	1	1	3	1	1	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	1	3	1	1	3	3	3	3	3
3	2	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2
4	2	1	1	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1
5	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	3	2	3
6	2	2	1	3	1	3	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	3	2	1	2	2	1	2	1	1	1
7	2	2	2	1	1	3	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1
8	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2
9	2	2	1	1	1	3	2	2	1	2	2	1	1	1	3	2	2	1	1	1	3	2	1	2	2	1	1	1	1	1
10	2	1	1	3	3	3	2	1	1	2	1	1	3	3	3	2	1	1	3	3	3	2	1	2	1	1	3	3	3	3
11	2	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	3	2	1	2	1	1	2	1	2	1
12	1	1	2	2	2	3	1	1	3	1	1	2	2	3	3	1	1	3	3	3	3	1	3	1	1	3	3	3	3	3
13	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2
14	2	1	1	1	1	3	3	1	1	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1
15	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	3	2	3
16	2	2	1	2	1	3	2	2	1	2	2	1	1	1	3	2	2	1	2	1	3	2	1	2	2	1	2	1	2	1
17	2	2	1	1	1	3	2	2	1	2	2	3	1	1	3	2	2	2	1	1	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1
18	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2
19	2	2	1	1	1	3	2	2	1	2	2	1	1	1	3	2	2	1	1	1	3	2	1	2	2	1	1	1	1	1
20	2	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	3	2	1	2	1	1	2	1	2	1
21	2	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	3	2	1	2	1	1	2	1	2	1
22	1	1	3	3	3	3	1	1	3	1	1	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	1	3	1	1	3	3	3	3	3
23	2	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2
24	2	1	1	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1	1	3	3	1	1	1	1	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1
25	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	3	2	3

26	2	2	1	3	1	3	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	3	2	1	2	2	1	2	1	1	1	
27	2	2	2	1	1	3	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	
28	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	
29	2	2	1	1	1	3	2	2	1	2	2	1	1	1	3	2	2	1	1	1	3	2	1	2	2	1	1	1	1	1	
30	2	1	1	3	3	3	2	1	1	2	1	1	3	3	3	2	1	1	3	3	3	2	1	2	1	1	3	3	3	3	
31	2	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	1	2	1	3	2	1	1	2	1	3	2	1	2	1	1	2	1	2	1	
32	1	1	2	2	2	3	1	1	3	1	1	2	2	3	3	1	1	3	3	3	3	1	3	1	1	3	3	3	3	3	
33	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	
34	2	1	1	1	1	3	3	1	1	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	
35	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	3	2	3

Base de datos de depresión en pacientes

Encuestados	Item01	Item02	Item03	Item04	Item05	Item06	Item07	Item08	Item09	Item10	Item11	Item12	Item13	Item14	Item15	Item16	Item17	Item18	Item19	Item20
1	2	2	1	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	1	2	2	2	1	3	2
2	1	2	3	2	3	3	1	2	3	2	3	1	2	3	3	1	2	3	2	1
3	2	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	4	3	3	2	2	3	3	2
4	2	2	1	2	2	1	2	1	1	4	2	2	1	1	2	2	4	1	1	2
5	1	2	4	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	4	3	3	2	2	4	2
6	2	3	1	3	2	2	2	3	1	3	2	2	3	1	2	2	3	1	3	3
7	1	2	1	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	1	2	3	2	1	3	2
8	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2
9	2	1	1	3	2	2	2	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1	1	3	2
10	1	1	3	2	4	3	1	1	3	2	3	1	1	3	3	1	1	3	2	1
11	2	2	1	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	1	2	2	2	1	3	2
12	1	2	3	2	3	3	1	2	3	2	3	1	4	3	3	1	2	3	2	1
13	2	4	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	2

14	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2
15	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3	2	4	3	2
16	4	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	3	1	2	2	3	1	3	2
17	2	2	1	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	1	3	2	2	1	3	2
18	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
19	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	4	1	1	3	2
20	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	1	1	1	1	3	1	1	3	2	1
21	2	2	1	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	1	2	2	2	1	3	2
22	1	2	3	2	3	3	1	2	3	4	3	1	2	3	3	1	2	3	2	1
23	2	2	3	3	4	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2
24	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	4	1	1	2
25	1	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	4	2	2	2	3	2
26	2	3	1	3	2	2	2	3	1	3	2	2	3	1	2	2	3	1	4	2
27	1	4	1	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	1	2	3	2	1	3	2
28	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2
29	2	1	1	3	2	2	2	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1	1	4	2
30	1	1	3	2	3	3	1	1	3	2	3	1	1	3	3	1	1	3	2	1
31	2	2	1	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	1	2	2	2	1	3	2
32	1	2	3	2	3	3	1	2	3	2	3	1	2	3	3	4	2	3	2	1
33	2	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2
34	2	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	2
35	1	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2	3	3	2

Anexo 06: Confiabilidad de los instrumentos general

Confiabilidad de la funcionalidad familiar prueba piloto

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	35	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	35	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,891	30

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item01	54,54	105,491	,091	,895
Item02	54,94	101,761	,280	,891
Item03	54,91	93,610	,800	,881
Item04	54,57	96,134	,575	,885
Item05	54,80	92,635	,726	,881
Item06	53,83	109,558	,365	,903
Item07	54,49	107,257	,251	,898
Item08	54,94	101,761	,280	,891
Item09	54,86	90,597	,849	,878
Item10	54,54	105,491	,091	,895
Item11	54,94	101,761	,280	,891
Item12	54,80	92,341	,784	,880
Item13	54,60	93,365	,762	,881
Item14	54,74	91,961	,720	,881
Item15	53,94	108,291	,271	,902
Item16	54,54	105,491	,083	,896
Item17	54,94	101,761	,280	,891
Item18	54,77	91,417	,817	,879
Item19	54,51	92,963	,764	,881
Item20	54,74	91,961	,720	,881
Item21	53,83	109,558	,365	,903
Item22	54,54	105,491	,091	,895
Item23	54,77	91,417	,817	,879
Item24	54,54	105,491	,091	,895
Item25	54,94	101,761	,280	,891
Item26	54,77	91,417	,817	,879
Item27	54,49	93,139	,773	,881
Item28	54,74	91,961	,720	,881
Item29	54,57	92,370	,767	,880
Item30	54,74	91,961	,720	,881

Confiabilidad de la depresión en pacientes prueba piloto

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	35	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	35	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,760	20

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Item01	39,63	39,358	,392	,796
Item02	39,46	32,726	,404	,744
Item03	39,54	29,550	,599	,724
Item04	38,89	34,045	,371	,749
Item05	38,97	31,911	,609	,732
Item06	39,46	33,726	,332	,750
Item07	39,60	37,188	,182	,772
Item08	39,60	33,247	,502	,742
Item09	39,57	30,782	,506	,734
Item10	38,83	32,852	,320	,751
Item11	39,11	31,751	,610	,731
Item12	39,69	36,575	,053	,768
Item13	39,54	31,608	,474	,738
Item14	39,63	29,005	,631	,720
Item15	38,86	32,538	,516	,738
Item16	39,34	35,467	,053	,770
Item17	39,46	35,844	,010	,773
Item18	39,51	29,610	,554	,728
Item19	38,86	32,244	,387	,745

Item20	39,60	36,894	,111	,771
--------	-------	--------	------	------

ANEXO 07: AUTORIZACIÓN



HOSPITAL CARLOS SHOWING FERRARI



"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"

Huánuco, 16 de octubre del 2018

AUTORIZACIÓN PARA REALIZACION DE INVESTIGACIÓN

Habiendo recibido la solicitud presentada por la señorita ERLÉNY CHUQUIYURI ARIAS, identificada con DNI N° 41250676. Bachiller en enfermería de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, para la realización de su proyecto de investigación titulado "FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR DEL HOSPITAL CARLOS SHOWING FERRARI, HUÁNUCO 2018" para lo cual se le brindara las facilidades, correspondientes que el caso lo amerite.



Atentamente



ANEXO 08: JUICIO DE EXPERTOS



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega
Nuevos Tiempos. Nuevas Ideas

FACULTAD DE ENFERMERÍA

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Señores pacientes soy la Bach. ERLY CHUQUIYAUARI ARIAS, en esta oportunidad estoy desarrollando un trabajo de Investigación sobre **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR DEL HOSPITAL CARLOS SHOWING FERRARI, HUÁNUCO 2018** agradeceré que consignen la respuesta adecuada, lo que nos permitirá conocer la realidad y luego plantear alternativas de solución con el resultado de trabajo de investigación.

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

...*R. Campos*...*P. Pozos*...*Maria de Pilar*.....

1.2 Cargo e institución donde labora:

...*Coor. Estrategia Pct. Micaela Amarilis*.....

1.3 Nombre del instrumento a evaluar: **FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

II. INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check (✓) o un aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CONSTRUCTO o GRAMÁTICA.

El criterio de CONSTRUCTO tiene en cuenta si el ítem corresponde al indicador de la dimensión o variable que se quiere medir, mientras que el criterio de GRAMÁTICA se refiere a si el ítem está bien redactado gramaticalmente, es decir, si tiene sentido lógico y no se presta a ambigüedad.

Agradeceré se sirva observar o dar sugerencia de cambio de alguno de los ítems.

Nº	REACTIVOS	contenido		constructo		gramática		observación
		si	no	si	no	si	no	
1	Cuántos años tienes	✓		✓		✓		
2	Cuál es tu género	✓		✓		✓		
3	De qué zona procede usted	✓		✓		✓		
4	Cuál es tu estado civil	✓		✓		✓		
5	Cuál es tu ocupación	✓		✓		✓		

6	Cuál es tu grado de escolaridad	✓		✓			
7	Vive con sus familiares	✓		✓		✓	
8	Tienes hijos	✓		✓		✓	
9	Hace cuánto tiempo fuiste diagnosticado(a) con esta enfermedad	✓		✓		✓	
10	Qué tipo de tratamiento te encuentras recibiendo	✓		✓		✓	
I. COHESIÓN FAMILIAR							
1	Los miembros de mi familia me apoyan ahora que estoy enfermo(a).	✓		✓		✓	
2	Me gusta la convivencia con mis familiares ahora que tengo tuberculosis	✓		✓		✓	
3	Las amistades de los miembros de mi familia me aceptan a pesar de que estoy enfermo (a).	✓		✓		✓	
4	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia, a pesar que tengo tuberculosis.	✓		✓		✓	
5	Nos sentimos muy unidos a pesar que tengo tuberculosis.	✓		✓		✓	
6	Cuando se toma una decisión importante en casa, estoy presente a pesar que tengo tuberculosis.	✓		✓		✓	
7	La unión familiar es muy importante ahora que estoy enfermo(a).	✓		✓		✓	
8	En mi familia consultamos unos con otros para tomar decisiones ahora que tengo tuberculosis.	✓		✓		✓	
9	Realizamos actividades recreativas en familia a pesar que tengo tuberculosis.	✓		✓		✓	
10	En mi familia consultamos unos con otros para tomar decisiones ahora que tengo Tuberculosis.	✓		✓		✓	
I. ADAPTABILIDAD FAMILIAR							
11	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias para resolver, tratar y curar mi enfermedad.	✓		✓		✓	
12	La familia puede opinar en	✓		✓		✓	

	cuanto a mi enfermedad.	✓		✓		✓		
13	Cualquier miembro de mi familia puede tomar la autoridad ante mi enfermedad.	✓		✓		✓		
14	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas, ahora que tengo tuberculosis	✓		✓		✓		
15	Toda mi familia me brinda su apoyo ahora que tengo tuberculosis.	✓		✓		✓		
16	En mi familia me permiten tomar decisiones en casa a pesar que estoy enfermo(a).	✓		✓		✓		
17	En mi familia las reglas cambian ahora que tengo tuberculosis.	✓		✓		✓		
18	En mi familia intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros a pesar que estoy enfermo(a).	✓		✓		✓		
19	En mi familia no es difícil identificar quien tiene la autoridad ahora que tengo tuberculosis.	✓		✓		✓		
20	Los miembros de familia respetan cuando me es difícil hacer las labores del hogar ahora que tengo tuberculosis.	✓		✓		✓		
II. COMUNICACIÓN FAMILIAR								
21	En mi familia se preocupan por que cumpla el tratamiento para curarme de la tuberculosis.	✓		✓		✓		
22	En mi familia se preocupan por mi alimentación ahora que tengo tuberculosis.	✓		✓		✓		
23	En mi familia cada uno cumple con sus responsabilidades en el hogar.	✓		✓		✓		
24	En mi familia, puedo contar y expresar lo que siento sin tener temor.	✓		✓		✓		
25	Los miembros de mi familia suelen expresarse en forma clara y sencilla, dando su opinión en cualquier tema de conversación	✓		✓		✓		
26	En mi familia se puede hablar de cualquier tema sin temor a ser recriminado por ello.	✓		✓		✓		
27	En mi familia se preocupan por resolver sus problemas de	✓		✓		✓		

	salud.	✓		✓		✓	
28	Durante el día en mi familia tenemos momentos de conversación con todos los miembros del hogar						
29	En mi familia existen normas que cumplir.	✓		✓		✓	
30	Mi familia me comprende cuando tengo sentimientos de tristeza, cólera, desesperación, etc., ahora que estoy enfermo de tuberculosis.	✓		✓		✓	

Aportes y sugerencias:

.....

Huanuco de del 2018



Marco Pizarro Casco
 Lic. Enfermería
 RPP: 22796
 Firma del informante
 DNI N° ... 69252216
 Telf: ... 962 079420



FACULTAD DE ENFERMERÍA

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Señores pacientes soy la Bach. ERLENY CHUQUIYAURI ARIAS, en esta oportunidad estoy desarrollando un trabajo de Investigación sobre **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR DEL HOSPITAL CARLOS SHOWING FERRARI, HUÁNUCO 2018** agradeceré que consignen la respuesta adecuada, lo que nos permitirá conocer la realidad y luego plantear alternativas de solución con el resultado de trabajo de investigación

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

ROMIREZ INCONZA EDUARDO MARTIN

1.2 Cargo e institución donde labora:

Psicologo - DCLAS Pilloco Horea

1.3 Nombre del instrumento a evaluar: **Escala de la depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar**

II. INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check (✓) o un aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CONSTRUCTO o GRAMÁTICA.

El criterio de CONSTRUCTO tiene en cuenta si el ítem corresponde al indicador de la dimensión o variable que se quiere medir, mientras que el criterio de GRAMÁTICA se refiere a si el ítem está bien redactado gramaticalmente, es decir, si tiene sentido lógico y no se presta a ambigüedad.

Agradeceré se sirva observar o dar sugerencia de cambio de alguno de los ítems.

N°	REACTIVOS	Contenido		constructo		gramática		observación
		sí	no	sí	no	sí	no	
1	Me siento triste y decaído.	✓		✓		✓		
2	Tengo ganas de llorar y a veces lloro.	✓		✓		✓		
3	Por las mañanas es cuando me siento mejor	✓		✓		✓		

4	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto(a).	✓		✓		✓	
5	Mi vida es agradable y plena	✓		✓		✓	
6	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.	✓		✓		✓	
7	He notado que estoy perdiendo peso.	✓		✓		✓	
8	Tengo problemas de estreñimiento.	✓		✓		✓	
9	Mi mente esta tan despejada como siempre	✓		✓		✓	
10	Tengo confianza en el futuro.	✓		✓		✓	
11	Me es fácil tomar decisiones.	✓		✓		✓	
12	Me canso sin motivo	✓		✓		✓	
13	Como igual que antes.	✓		✓		✓	
14	Me cuesta mucho dormir por las noches.	✓		✓		✓	
15	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	✓		✓		✓	
16	Estoy más irritable que antes	✓		✓		✓	
17	Mi corazón late más rápido que antes	✓		✓		✓	
18	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.	✓		✓		✓	
19	Disfruto de las mismas cosas que antes.	✓		✓		✓	
20	Siento que soy útil y necesario.	✓		✓		✓	

Aportes y sugerencias:



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE GERIATRIA Y PSICOGERIATRIA

Lima, 20 de ... del 2018

Dr. Eduardo ...
C. P. S. ...

Firma del informante

DNI N° 07192795

Tel: 962074167



FACULTAD DE ENFERMERÍA

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Señores pacientes soy la Bach. ERLENY CHUQUIYAURI ARIAS, en esta oportunidad estoy desarrollando un trabajo de Investigación sobre **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR DEL HOSPITAL CARLOS SHOWING FERRARI, HUÁNUCO 2018** agradeceré que consignen la respuesta adecuada, lo que nos permitirá conocer la realidad y luego plantear alternativas de solución con el resultado de trabajo de investigación.

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

Valverde Jero Giorgio

1.2 Cargo e institución donde labora:

Coord. Estrategia PCT Microred Amalís

1.3 Nombre del instrumento a evaluar: **FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

II. INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check (✓) o un aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CONSTRUCTO o GRAMÁTICA.

El criterio de CONSTRUCTO tiene en cuenta si el ítem corresponde al indicador de la dimensión o variable que se quiere medir; mientras que el criterio de GRAMÁTICA se refiere a si el ítem está bien redactado gramaticalmente, es decir, si tiene sentido lógico y no se presta a ambigüedad.

Agradeceré se sirva observar o dar sugerencia de cambio de alguno de los ítems.

N°	REACTIVOS	contenido		constructo		gramática		observación
		si	no	si	no	si	no	
1	Cuántos años tienes	X		X		X		
2	Cuál es tu género	X		X		X		
3	De qué zona procede usted	X		X		X		
4	Cuál es tu estado civil	X		X		X		
5	Cuál es tu ocupación	X		X		X		

6	Cuál es tu grado de escolaridad	X	X	X		
7	Vive con sus familiares	X	X	X		
8	Tienes hijos	X	X	X		
9	Hace cuánto tiempo fuiste diagnosticado(a) con esta enfermedad	X	X	X		
10	Qué tipo de tratamiento te encuentras recibiendo	X	X	X		
I. COHESIÓN FAMILIAR						
1	Los miembros de mi familia me apoyan ahora que estoy enfermo(a).	X	X	X		
2	Me gusta la convivencia con mis familiares ahora que tengo tuberculosis	X	X	X		
3	Las amistades de los miembros de mi familia me aceptan a pesar de que estoy enfermo (a).	X	X	X		
4	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia, a pesar que tengo tuberculosis.	X	X	X		
5	Nos sentimos muy unidos a pesar que tengo tuberculosis.	X	X	X		
6	Cuando se toma una decisión importante en casa, estoy presente a pesar que tengo tuberculosis.	X	X	X		
7	La unión familiar es muy importante ahora que estoy enfermo(a).	X	X	X		
8	En mi familia consultamos unos con otros para tomar decisiones ahora que tengo tuberculosis.	X	X	X		
9	Realizamos actividades recreativas en familia a pesar que tengo tuberculosis.	X	X	X		
10	En mi familia consultamos unos con otros para tomar decisiones ahora que tengo Tuberculosis.	X	X	X		
I. ADAPTABILIDAD FAMILIAR						
11	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias para resolver, tratar y curar mi enfermedad.	X	X	X		
12	La familia puede opinar en	X	X	X		

	cuanto a mi enfermedad.	X		X		X	
13	Cualquier miembro de mi familia puede tomar la autoridad ante mi enfermedad.	X		X		X	
14	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas, ahora que tengo tuberculosis	X		X		X	
15	Toda mi familia me brinda su apoyo ahora que tengo tuberculosis.	X		X		X	
16	En mi familia me permiten tomar decisiones en casa a pesar que estoy enfermo(a).	X		X		X	
17	En mi familia las reglas cambian ahora que tengo tuberculosis.	X		X		X	
18	En mi familia intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros a pesar que estoy enfermo(a).	X		X		X	
19	En mi familia no es difícil identificar quien tiene la autoridad ahora que tengo tuberculosis.	X		X		X	
20	Los miembros de familia respetan cuando me es difícil hacer las labores del hogar ahora que tengo tuberculosis.	X		X		X	
II. COMUNICACIÓN FAMILIAR							
21	En mi familia se preocupan por que cumpla el tratamiento para curarme de la tuberculosis.	X		X		X	
22	En mi familia se preocupan por mi alimentación ahora que tengo tuberculosis.	X		X		X	
23	En mi familia cada uno cumple con sus responsabilidades en el hogar.	X		X		X	
24	En mi familia, puedo contar y expresar lo que siento sin tener temor.	X		X		X	
25	Los miembros de mi familia suelen expresarse en forma clara y sencilla, dando su opinión en cualquier tema de conversación	X		X		X	
26	En mi familia se puede hablar de cualquier tema sin temor a ser recriminado por ello.	X		X		X	
27	En mi familia se preocupan por resolver sus problemas de	X		X		X	

	salud.						
28	Durante el día en mi familia tenemos momentos de conversación con todos los miembros del hogar	X		X		X	
29	En mi familia existen normas que cumplir.	X		X		X	
30	Mi familia me comprende cuando tengo sentimientos de tristeza, cólera, desesperación, etc., ahora que estoy enfermo de tuberculosis.	X		X		X	

Aportes y sugerencias:

.....

.....

Huanuco 15 de 09 del 2018



Georgina Yalinda Jara
 Georgina Yalinda Jara
 LIC. ENFERMERIA
 CEP 40940

Firma del informante
 DNI N° 42302947
 Telf: 962803029



FACULTAD DE ENFERMERÍA

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Señores pacientes soy la Bach. ERLÉNY CHUQUIYAURI ARIAS, en esta oportunidad estoy desarrollando un trabajo de Investigación sobre **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR DEL HOSPITAL CARLOS SHOWING FERRARI, HUÁNUCO 2018** agradeceré que consignen la respuesta adecuada, lo que nos permitirá conocer la realidad y luego plantear alternativas de solución con el resultado de trabajo de investigación

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

UNETA MONALES CYNTHIA SOCIEDAD

1.2 Cargo e institución donde labora:

Psicóloga C.S. PINGU CONCHA

1.3 Nombre del instrumento a evaluar: **Escala de la depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar**

II. INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check (✓) o un aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CONSTRUCTO o GRAMÁTICA.

El criterio de CONSTRUCTO tiene en cuenta si el ítem corresponde al indicador de la dimensión o variable que se quiere medir; mientras que el criterio de GRAMÁTICA se refiere a si el ítem está bien redactado gramaticalmente, es decir, si tiene sentido lógico y no se presta a ambigüedad.

Agradeceré se sirva observar o dar sugerencia de cambio de alguno de los ítems.

N°	REACTIVOS	Contenido		constructo		gramática		observación
		si	no	si	no	si	no	
1	Me siento triste y decaído.	X		X		X		
2	Tengo ganas de llorar y a veces lloro.	X		X		X		
3	Por las mañanas es cuando me siento mejor	X		X		X		

4	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto(a).	X		X		X		
5	Mi vida es agradable y plena	X		X		X		
6	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.	X		X		X		
7	He notado que estoy perdiendo peso.	X		X		X		
8	Tengo problemas de estreñimiento.	X		X		X		
9	Mi mente esta tan despejada como siempre	X		X		X		
10	Tengo confianza en el futuro.	X		X		X		
11	Me es fácil tomar decisiones.	X		X		X		
12	Me canso sin motivo	X		X		X		
13	Como igual que antes.	X		X		X		
14	Me cuesta mucho dormir por las noches.	X		X		X		
15	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	X		X		X		
16	Estoy más irritable que antes	X		X		X		
17	Mi corazón late más rápido que antes	X		X		X		
18	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.	X		X		X		
19	Disfruto de las mismas cosas que antes.	X		X		X		
20	Siento que soy útil y necesario.	X		X		X		

Aportes y sugerencias:



PSICÓLOGA

 C.P.S. N° 22005

Lima, 02 de 10 del 2018

Firma del informante

DNI N° 45507159

Tel: 930 930 231



FACULTAD DE ENFERMERÍA

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Señores pacientes soy la Bach. ERLENY CHUQUIYAURI ARIAS, en esta oportunidad estoy desarrollando un trabajo de investigación sobre **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR DEL HOSPITAL CARLOS SHOWING FERRARI, HUÁNUCO 2018** agradeceré que consignen la respuesta adecuada, lo que nos permitirá conocer la realidad y luego plantear alternativas de solución con el resultado de trabajo de investigación.

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

CHAMOLI CANTORIN EDITH MARISOL

1.2 Cargo e institución donde labora:

Psicólogo Clínica H.M.I. Carlos Showing Ferrari

1.3 Nombre del instrumento a evaluar: **FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

II. INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check (✓) o un aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CONSTRUCTO o GRAMÁTICA.

El criterio de CONSTRUCTO tiene en cuenta si el ítem corresponde al indicador de la dimensión o variable que se quiere medir; mientras que el criterio de GRAMÁTICA se refiere a si el ítem está bien redactado gramaticalmente, es decir, si tiene sentido lógico y no se presta a ambigüedad.

Agradeceré se sirva observar o dar sugerencia de cambio de alguno de los ítems.

N°	REACTIVOS	contenido		constructo		gramática		observación
		si	no	si	no	si	no	
1	Cuántos años tienes	X		X		X		
2	Cuál es tu género	X		X		X		
3	De qué zona procede usted	X		X		X		
4	Cuál es tu estado civil	X		X		X		
5	Cuál es tu ocupación	X		X		X		

6	Cuál es tu grado de escolaridad	X		X		X	
7	Vive con sus familiares	X		X		X	
8	Tienes hijos	X		X		X	
9	Hace cuánto tiempo fuiste diagnosticado(a) con esta enfermedad	X		X		X	
10	Qué tipo de tratamiento te encuentras recibiendo	X		X		X	
I	COHESIÓN FAMILIAR						
1	Los miembros de mi familia me apoyan ahora que estoy enfermo(a).	X		X		X	
2	Me gusta la convivencia con mis familiares ahora que tengo tuberculosis	X		X		X	
3	Las amistades de los miembros de mi familia me aceptan a pesar de que estoy enfermo (a).	X		X		X	
4	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia, a pesar que tengo tuberculosis.	X		X		X	
5	Nos sentimos muy unidos a pesar que tengo tuberculosis.	X		X		X	
6	Cuando se toma una decisión importante en casa, estoy presente a pesar que tengo tuberculosis.	X		X		X	
7	La unión familiar es muy importante ahora que estoy enfermo(a).	X		X		X	
8	En mi familia consultamos unos con otros para tomar decisiones ahora que tengo tuberculosis.	X		X		X	
9	Realizamos actividades recreativas en familia a pesar que tengo tuberculosis.	X		X		X	
10	En mi familia consultamos unos con otros para tomar decisiones ahora que tengo Tuberculosis.	X		X		X	
I	ADAPTABILIDAD FAMILIAR						
11	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias para resolver, tratar y curar mi enfermedad.	X		X		X	
12	La familia puede opinar en	X		X		X	

	cuanto a mi enfermedad.	X		X		X	
13	Cualquier miembro de mi familia puede tomar la autoridad ante mi enfermedad.	X		X		X	
14	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas, ahora que tengo tuberculosis	X		X		X	
15	Toda mi familia me brinda su apoyo ahora que tengo tuberculosis.	X		X		X	
16	En mi familia me permiten tomar decisiones en casa a pesar que estoy enfermo(a).	X		X		X	
17	En mi familia las reglas cambian ahora que tengo tuberculosis.	X		X		X	
18	En mi familia intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros a pesar que estoy enfermo(a).	X		X		X	
19	En mi familia no es difícil identificar quien tiene la autoridad ahora que tengo tuberculosis.	X		X		X	
20	Los miembros de familia respetan cuando me es difícil hacer las labores del hogar ahora que tengo tuberculosis.	X		X		X	
II. COMUNICACIÓN FAMILIAR							
21	En mi familia se preocupan por que cumpla el tratamiento para curarme de la tuberculosis.	X		X		X	
22	En mi familia se preocupan por mi alimentación ahora que tengo tuberculosis.	X		X		X	
23	En mi familia cada uno cumple con sus responsabilidades en el hogar.	X		X		X	
24	En mi familia, puedo contar y expresar lo que siento sin tener temor.	X		X		X	
25	Los miembros de mi familia suelen expresarse en forma clara y sencilla, dando su opinión en cualquier tema de conversación	X		X		X	
26	En mi familia se puede hablar de cualquier tema sin temor a ser recriminado por ello.	X		X		X	
27	En mi familia se preocupan por resolver sus problemas de	X		X		X	

	salud.	X		X		X		
28	Durante el día en mi familia tenemos momentos de conversación con todos los miembros del hogar	X		X		X		
29	En mi familia existen normas que cumplir.	X		X		X		
30	Mi familia me comprende cuando tengo sentimientos de tristeza, cólera, desesperación, etc., ahora que estoy enfermo de tuberculosis.	X		X		X		

Aportes y sugerencias:

i bueno y abajo!

Humuco 16 de Oct del 2018



Firma del informante

DNI N° 22484877

Tel: 999648208



FACULTAD DE ENFERMERÍA

HOJA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Señores pacientes soy la Bach. ERLÉNY CHUQUIYAURI ARIAS, en esta oportunidad estoy desarrollando un trabajo de Investigación sobre **FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR DEL HOSPITAL CARLOS SHOWING FERRARI, HUÁNUCO 2018** agradeceré que consignen la respuesta adecuada, lo que nos permitirá conocer la realidad y luego plantear alternativas de solución con el resultado de trabajo de investigación

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del informante:

CHAMOLI CANTORIN EDITH STARISOL

1.2 Cargo e institución donde labora:

PSICOLOGO CLINICA - HMI "Carlos Showing Ferrari"

1.3 Nombre del instrumento a evaluar: Escala de la depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar

II. INSTRUCCIONES:

En el siguiente cuadro, para cada ítem del contenido del instrumento que revisa, marque usted con un check (✓) o un aspa (X) la opción SÍ o NO que elija según el criterio de CONSTRUCTO o GRAMÁTICA.

El criterio de CONSTRUCTO tiene en cuenta si el ítem corresponde al indicador de la dimensión o variable que se quiere medir; mientras que el criterio de GRAMÁTICA se refiere a si el ítem está bien redactado gramaticalmente, es decir, si tiene sentido lógico y no se presta a ambigüedad.

Agradeceré se sirva observar o dar sugerencia de cambio de alguno de los ítems.

N°	REACTIVOS	Contenido		constructo		gramática		observación
		si	no	si	no	si	no	
1	Me siento triste y decaído.	X		X		X		
2	Tengo ganas de llorar y a veces lloro.	X						
3	Por las mañanas es cuando me siento mejor	X		X		X		

4	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto(a).	X		X		X		
5	Mi vida es agradable y plena	X		X		X		
6	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.	X		X		X		
7	He notado que estoy perdiendo peso.	X		X		X		
8	Tengo problemas de estreñimiento.	X		X		X		
9	Mi mente esta tan despejada como siempre	X		X		X		
10	Tengo confianza en el futuro.	X		X		X		
11	Me es fácil tomar decisiones.	X		X		X		
12	Me canso sin motivo	X		X		X		
13	Como igual que antes.	X		X		X		
14	Me cuesta mucho dormir por las noches.	X		X		X		
15	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	X		X		X		
16	Estoy más irritable que antes	X		X		X		
17	Mi corazón late más rápido que antes	X		X		X		
18	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.	X		X		X		
19	Disfruto de las mismas cosas que antes.	X		X		X		
20	Siento que soy útil y necesario.	X		X		X		

Aportes y sugerencias:

Buena Investigación / Atención por aplicados.

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL
 Dr. José R. S.
 MSc. R. Marisol Chamoff Candamo
 C.P.S. 0400

Lima, 16 de OCT. del 2018

Firma del informante
 DNI N° 22484879
 Telf: 999648208

Anexo 09: Consentimiento informado

Consentimiento informado

Doy mi consentimiento a Chuquiyaury Arias, Erleney, para participar en la investigación **“FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR DEL HOSPITAL CARLOS SHOWING FERRARI, HUÁNUCO 2018”**, a través de una encuesta para obtener datos sobre el tema a estudiar, así mismo afirmo haber sido informado de los objetivos del estudio, haber comprendido la importancia del tema y del carácter de confidencialidad del mismo.

.....

Firma del participante

.....

Chuquiyaury Arias, Erleney