

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS**



**“GRADO DE FUNCIONALIDAD DE LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD
MINERVA CON PACIENTE CON ENFERMEDAD CRONICA DEGENERATIVA
DURANTE EL AÑO 2015”**

PRESENTADO POR

MALVINA YASMIN AREVALO BERNAL
LILIAM NOEMY MIRA RAMIREZ

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR:

CELIA YANIRA VANEGAS HERNANDEZ
MEDICO DE FAMILIA

SAN SALVADOR, NOVIEMBRE DE 2016

CONTENIDO

INDICE	2
RESUMEN	3
INTRODUCCION	4
OBJETIVOS	8
PREGUNTA DE INVESTIGACION	8
DISEÑO Y METODO	9
RESULTADO Y ANALISIS DE LOS DATOS	11
DISCUSION	12
CONCLUSIONES	14
RECOMENDACIONES	15
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	16
ANEXOS	
ANEXO 1: CUESTIONARIO APGAR	18
ANEXO 2: FACES III	19
ANEXO 3: MODELO CIRCUMPLEJO DE OLSON	20
ANEXO 4: CONSENTIMIENTO INFORMADO	21
ANEXO 5: VARIABLES	22
ANEXO 6: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	23

RESUMEN

La presente investigación desarrolla un análisis acerca del grado de funcionalidad de las familias con paciente con enfermedad crónico degenerativa. El objetivo fue determinar el grado de funcionalidad familiar de las familias con paciente con enfermedad crónica degenerativa de la Comunidad Minerva durante el año 2015. Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo, se visitaron en su domicilio la población de la comunidad Minerva que tiene 100 familias inscritas en las fichas familiares, de las cuales se estudiaron a las que cumplieron los criterios de inclusión que fueron 40, los resultados obtenidos: según tipología familiar fue de familias extensas en un 45 % , 30% y 25% de las mixtas y nucleares, respectivamente, en relación con la prevalencia de enfermedades se encontró que un 65 % padece de Hipertensión arterial, un 25 % de diabetes mellitus y 5 % para cáncer y enfermedad renal, el grado de funcionalidad presente en las familias de los sujetos estudiados fue funcional en la mayoría con un 60%. En cuanto a cohesión 82.5% de semirelacionada. En cuanto a adaptabilidad un 82.5 % de familias son flexibles. En relación a los resultados del FACES III, se encontró a un 15 % de familias en rango medio, un 82.5% a familias balanceadas y un 2.5 % a familias extremas. Conclusiones: el grado de funcionalidad fue de un 82.5 % con familias balanceadas.

INTRODUCCIÓN

Presentar una enfermedad crónica degenerativa genera un impacto importante tanto para el paciente como para la familia, ya que la vida de ambos cambiara drásticamente por las implicaciones físicas y psicológicas que conlleva el aceptar tal situación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son aquellas entidades de larga duración y de progresión lenta. Así mismo, de acuerdo con la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el 2008 las enfermedades crónicas constituyeron las principales causas de enfermedad y muerte en el mundo (1)

Las enfermedades Crónicas no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, renales, diabetes mellitus y cáncer, representan 4.5 millones de muertes por año en América Latina, el 77% de todas las muertes en la región. En El Salvador 212.2 muertes por cada 100,000 habitantes son causadas por las enfermedades crónicas no transmisibles, es una proporción mayor a las muertes atribuidas a la violencia y a las enfermedades transmisibles como el VIH-SIDA juntas. La diabetes fue la segunda causa de muerte hospitalaria y la octava causa de egreso hospitalario. (2)

De acuerdo a la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), en el año 2004 se notificaron 5.515 defunciones asociadas a enfermedades del sistema circulatorio, con una tasa de mortalidad de 81,6 por 100.000 habitantes.(3) Las tasas más altas corresponden a la enfermedad isquémica del corazón (33,6%), la enfermedad cardiovascular (17,2%) y las enfermedades hipertensivas (6,9%). En las personas mayores de 60 años se registran 82% de las defunciones, con una tasa de mortalidad de 903 por 100.000 habitantes. (3)

En este contexto, y considerando el alto impacto en la salud de la población que las enfermedades crónicas no transmisibles han mostrado, siendo la hipertensión arterial y la diabetes mellitus las que presentan mayor frecuencia, y la insuficiencia renal crónica la que presenta mayor letalidad, se realizó una investigación sobre la incidencia de las mismas en los establecimientos de salud de la Región Metropolitana. (3) Que incluyó los hospitales, Hospital Nacional General “Enfermera Angélica Vidal de Najarro” San Bartolo, San Salvador; Hospital Nacional General “Dr. Juan José Fernández” Zacamil; Hospital Nacional General y de Psiquiatría “Dr. José Molina Martínez” en Soyapango; y el Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar “Dr. José Antonio Saldaña”, que sirven de referencia para toda la zona y las 35 Unidades de Salud del Primer Nivel de Atención de la Región Metropolitana.(4), se obtuvo como resultado: el incremento de morbilidad de primera vez y subsecuente por Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial según SIBASIS. Una tendencia de descenso en la morbilidad por primera vez y subsecuente por hipertensión arterial y diabetes mellitus en Hospitales. En la insuficiencia renal tendencia constante en los hospitales, con un alza a predominio en los Hospitales Soyapango y Saldaña. El sexo más afectado es el masculino, el sexo femenino predomina en las atenciones. Hay un mayor número de egresos hospitalarios en relación a la hipertensión arterial y menor en la Diabetes. Los egresos y muertes por insuficiencia renal tienen una tendencia constante en el número de egresos que va a la alza en cuanto a las muertes. Existe un mayor egreso mayormente el sexo masculino y en cuanto a las muertes respecta, predomina el sexo femenino. El grupo de edad más afectado es entre los 45 y 59 años de edad en hipertensión arterial, en cambio en Diabetes Mellitus e Insuficiencia Renal son los mayores de 60 años.

En casos de mortalidad, es mayor en los mayores a sesenta años de edad por Diabetes Mellitus e Insuficiencia Renal; y para la hipertensión arterial, en los grupos de 45 a 60 años. (4)

Actualmente el Ministerio de Salud Pública (MINSAL) dentro del Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Trasmisibles en El Salvador, tiene enfocado la detección temprana, atención oportuna y prevención de la Insuficiencia Renal.

En el marco de la nueva Política de Salud de El Salvador, el Ministerio de Salud con el apoyo de la OPS pretende definir una Política Nacional para el abordaje integral de las Enfermedades Crónicas, lo cual lleva consigo promover el abordaje intersectorial de la Promoción de la Salud, Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles (ECNT) como la diabetes, hipertensión arterial, obesidad y sobrepeso. Las principales Enfermedades crónicas no transmisibles que se encontró en este estudio y que están afectando a la población salvadoreña están la Diabetes Mellitus, y la Hipertensión Arterial en el primer nivel de atención y la Insuficiencia renal en los Hospitales de segundo nivel de atención. (4)

El estudio de las ECNT en los diferentes establecimientos de la región metropolitana, permitió establecer las bases para el diseño del programa de vigilancia y control de enfermedades crónicas y la salud renal, un Sistema de Vigilancia en Salud Pública, y la base para la elaboración de programas de prevención primaria, cuyas acciones tienden a disminuir los riesgos de las enfermedades en la comunidad. (4)

Ante tal impacto de dichas enfermedades y ante una población como lo es la de los habitantes de las familias con paciente crónico en la comunidad Minerva del Barrio San Jacinto en el Municipio de San Salvador con un porcentaje alto de familias que poseen un familiar con enfermedad crónica a su cuidado, se decidió realizar la siguiente investigación y conocer si el tipo de funcionamiento familiar influye ante la presencia de un paciente con enfermedad crónica y los cambios a los que la familia tendrá que enfrentarse. Para evaluar lo anterior se utilizó el test FACES III para ser vaciado en el modelo circunplejo de Olson que nos da la

percepción de la familia sobre los niveles de adaptabilidad, cohesión y comunicación, así como el uso del test de APGAR familiar con base en las dimensiones de adaptación, participación, crecimiento, afecto y recursos, clasificando las familias como funcionales y disfuncionales (5)

El funcionamiento familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro. El funcionamiento familiar puede evaluarse por la comunicación entre los miembros, el desempeño de roles, la respuesta afectiva, el involucramiento afectivo y el control de la conducta y flexibilidad. También es examinado de acuerdo con el grado de participación de la pareja, en la vida social, estructura de la autoridad, la distribución de tareas domésticas y el rol funcional. Otro enfoque, es el que considera que el funcionamiento familiar se debe evaluar a través de las variables: límites, roles, jerarquía modelos psicosexuales, alianza, expresión de afectos, modos y normas de salud; también plantea que los problemas de salud pueden propiciar o exacerbar un inadecuado funcionamiento familiar. Lo disfuncional puede producir síntomas de enfermedad, desencadenar crisis, agravar algún trastorno y hasta puede convertirlo en crónico y fijarlo. La familia no solamente es una magnífica informadora, sino que debe formar parte del triángulo terapéutico para el afrontamiento y el abordaje de la enfermedad crónica que padece el paciente.

La exploración, la información y el desarrollo de los recursos necesarios para afrontar la enfermedad constituyen una de las labores más importantes del médico de familia ante una familia que afronta la enfermedad de uno de sus miembros, pero además el médico de familia debe situar la enfermedad en su lugar, haciendo prevención, en la medida de lo posible, para que la enfermedad no afecte a aspectos del desarrollo de la familia ni incida en el ciclo vital familiar (6)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar cuál es el grado de funcionalidad familiar de las familias con paciente con enfermedad crónica degenerativa de la Comunidad Minerva durante el año 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar el grado de funcionalidad familiar de las familias con paciente con enfermedad crónica degenerativa según tipo de familia de la Comunidad Minerva durante el año 2015.
2. Investigar la adaptabilidad de las familias con paciente con enfermedad crónica degenerativa de la Comunidad Minerva durante el año 2015.
3. Describir el grado de cohesión de las familias con paciente con enfermedad crónica degenerativa de la Comunidad Minerva durante el año 2015.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de funcionalidad familiar en familias con paciente con enfermedad crónica degenerativa de la Comunidad Minerva durante el año 2015?

DISEÑO Y METODO

Se realizó un estudio de tipo observacional descriptivo, se incluyeron familias con paciente crónico inscritos en la comunidad Minerva del barrio San Jacinto, municipio de San Salvador durante el año 2015, se visitaron en su domicilio, la población de la comunidad Minerva tiene 100 familias inscritas en las fichas familiares, de las cuales se estudiaron a las que cumplieron los criterios de inclusión que fueron 40

Criterios de inclusión

- Familias inscritas en la comunidad Minerva del Barrio San Jacinto municipio de San Salvador en el periodo de enero a diciembre del año 2015
- Todas las familias con un miembro con enfermedad crónica degenerativa tales como: Enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, enfermedad renal, diabetes mellitus, cáncer.
- Cualquier tipo de familia, según ontogénesis y numero

Criterios de exclusión

No se tomaron en cuenta las familias que rechazaron participar en el estudio que fueron 10.

Se brindó una hoja de consentimiento informado al jefe de la familia. ANEXO 4. No se tuvo ningún problema de índole ético.

La confianza del tamaño de la muestra para obtener un 95 % habría sido de 80 familias. A las familias que aceptaron participar en el estudio se les paso el cuestionario de APGAR familiar y el test de faces III

RESULTADOS

Del total de familias que fueron 100 se encontraron 40 % de familias con paciente con enfermedad crónica. Teniendo en cuenta los tipos de familias, cabe decir que hubo predominio de los pacientes procedentes de familias extensas (45 %), seguidos en ese orden por 30 y 25% de las mixtas y nucleares, respectivamente.

Tabla 1

Tabla N° 1

TIPOLOGIA FAMILIAR

TIPOLOGIA	FRECUENCIA	%
NUCLEAR	10	25 %
EXTENSA	18	45 %
MIXTA	12	30 %
TOTAL	40	100 %

En relación con la prevalencia de enfermedades se encontró que un 65 % padece de Hipertensión arterial, seguido de un 25 % de diabetes mellitus y 5 % para cáncer y enfermedad renal. Tabla 2

TABLA N°2

ENFERMEDADES CRONICAS DEGENERATIVAS ENCONTRADAS

ENFERMEDAD CRONICA DEGENERATIVA	FRECUENCIA	%
HTA	26	65 %
ENFERMEDAD RENAL	2	5 %
DM TIPO 2	10	25 %
CANCER	2	5 %
TOTAL	40	100 %

En la Tabla N° 3 se refleja el grado de funcionalidad presente en las familias de los sujetos estudiados, siendo funcionales la mayoría con un 60%.

TABLA N° 3
 FUNCIONALIDAD FAMILIAR SEGÚN APGAR

CLASIFICACION	TOTAL	PORCENTAJE
FUNCIONAL	24	60%
MODERADAMENTE FUNCIONAL	14	35%
GRAVE DISFUNCION:	2	5%
TOTAL	40	100%

En cuanto a cohesión y adaptabilidad se obtuvo un 82 % de familias Semirelacionada, 12. 5 % relacionadas, y un 1% amalgamadas y desligadas respectivamente. En cuanto a adaptabilidad un 82. 5 % de familias flexibles. En relación a los resultados del FACES III, se encontró a un 15 % de familias en rango medio, un 82.5% a familias balanceadas y un 2.5 % a familias extremas.

Tabla N° 4

TABLA N° 4
 COHESION Y ADAPATABILIDAD ESCALA FACES III:

COHESION	f	%	ADAPTABILIDAD	f	%
DESLIGADA	1	2.5 %	RIGIDA	1	2.5 %
SEMIRELACIONADA	33	82.5 %	ESTRUCTURADA	1	2.5 %
RELACIONADA	5	12.5 %	FLEXIBLE	33	82.5 %
AMALGAMADA	1	2.5 %	CAOTICA	5	12.5 %
TOTAL	40	100 %	TOTAL	40	100 %

DISCUSION

El estudio de la dinámica familiar, resulta difícil de evaluar. En este trabajo utilizamos dos instrumentos de evaluación, complementados con diagnósticos de salud familiar, ambos aplicados al jefe de la familia, teniendo esto como limitante, ya que la percepción de toda la familia no se puede concretar con la opinión de uno solo de los integrantes. En esta investigación encontramos predominio de familias extensas, balanceadas en un amplio margen, en cuanto a la literatura internacional refiere que hay pocos estudios en cuando al grado de funcionalidad familiar y asociación de enfermedades crónicas, pero al parecer acerca de hispanos en un trabajo realizado en población abierta en México en el 2011 se encontró en un 66 % de familias balanceadas con un alto grado de cohesión y adaptabilidad y que en estudios anteriores se ha visto que el conocimiento de la funcionalidad familiar, es esencial para ofrecer una mejor asesoría y un mejor plan terapéutico

Mientras que en el salvador refiere UNICEF en su último estudio de 2012 “Una mirada a la familia salvadoreña” que las familias nucleares son 38 % seguidas de 32.2 % de familias extensa, dato que en nuestro estudio fueron mayor las familias extensas, siendo funcionales en un 60 % con un alto grado de cohesión y adaptabilidad, a través de faces III y vaciado en Olson obteniendo que las familias en un 82.5 % son familias balanceadas

Se tuvo la limitante que un 10 % del total de familias inscritas, se excluyó de la investigación, aun así el grado de confiabilidad del estudio no se logró alcanzar en un 95 %, más sin embargo del total de familias estudiadas se pudo investigar las variables establecidas, y cumplir con los objetivos del estudio

Algunos de las limitaciones y posibles sesgos es la negación de las familias a responder de forma verídica a las entrevistas y a los instrumentos ya que existe la tendencia a exponerse como familias funcionales negando cualquier disfunción familiar, por el contrario existen familias que buscan quedar mal para hacer ver disfuncional a uno de sus miembros; de tal forma que exige de parte del médico de familia mayor habilidad para detectar estos sesgos y corregirlos.

No se pudieron tomar en cuenta otras variables como comorbilidades, dependencia funcional, rol del cuidador, técnicas de enfrentamiento, entre otras. Se requieren más estudios que tomen en cuenta estas y/u otras variables que pudieran influir en el funcionamiento familiar.

Con respecto a los periodos de investigación siendo periodos bastante limitados de práctica comunitaria hace que la transferencia positiva sea más difícil de alcanzar y esto retrasa la obtención de datos lo más apegados a la realidad.

CONCLUSIONES

- 1- El grado de funcionalidad familiar de las familias con paciente con enfermedad crónica degenerativa de la comunidad Minerva durante el año 2015 fue funcional en un 60 %
- 2- La adaptabilidad de las familias con paciente con enfermedad crónica degenerativa de la Comunidad Minerva durante el año 2015 fue en un 82.5 %flexible.
- 3- El grado de cohesión de las familias con paciente con enfermedad crónica degenerativa de la Comunidad Minerva durante el año 2015 fue en 82.5 % Semirelacionada

RECOMENDACIONES

1- Diseñar programas de intervención clínica dirigidos al 100 % de la población estudiada a través de una gestión de enfermedades facilitando la coordinación del proceso diagnóstico, terapéutico o de seguimiento de los pacientes con enfermedad crónica.

3- Diseñar y realizar un programa de intervención dirigido a las familias disfuncionales y moderadamente funcionales.

4- Dar continuidad al proyecto de intervención a través de los residentes de medicina familiar de tercer año que rotaran en el área comunitaria para el año 2017 en la comunidad Minerva.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1). Organización Mundial para la Salud (OMS). Enfermedades crónicas. 2015
- (2). Organización mundial para la salud (OMS)/Organización panamericana de salud (OPS): MINSAL convoca al abordaje integral de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Propuesta del Plan Estratégico Nacional para el abordaje de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en El Salvador. 2013
- 3). Ministerio de salud y asistencia social (MINSAL): Informe de salud 2011-2012 .2013
- (4). Martínez. A.G. Tesis para optar al grado de: maestra en gestión hospitalaria. Tendencia de las enfermedades crónicas en establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención de la región metropolitana de San Salvador, en los años 2004 a 2008(tesis doctoral): Universidad de El Salvador, 2011
- (5).Gómez CM. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Archivos de medicina familiar 1999 1(2) p: 45-47
- (6). Vergeles-Blanca José María. En la enfermedad crónica, ¿la familia ayuda? revista electrónica AMF, actualización en medicina familiar. España 2013 .2 (10). http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1185

ANEXOS

ANEXO 1
CUESTIONARIO APGAR DE LA FAMILIA

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			

Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos).
Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente.

7 a 10 funcional
4 a 6 moderadamente disfuncional.
0 a 3 grave disfunción.

ANEXO 2
ESCALA FACES III

FACES III

Olson DH, Portner J, Lavee Y. (Minnesota University)

Versión en español: Gómez-Clavelina FJ, Irigoyen-Coria A. (Universidad Nacional Autónoma de México)

	Casi siempre 1	Muchas veces 2	A veces sí, a veces no 3	Pocas veces 4	Casi nunca 5	Puntaje	
						C	A
1. Los miembros de mi familia se dan apoyo entre sí. (C)							
2. En mi familia se tiene en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas. (A)							
3. Aceptamos los amigos de cada uno de los miembros de mi familia. (C)							
4. Los hijos también opinan sobre su disciplina (normas, horarios, tareas). (A)							
5. Nos gusta más hacer cosas solamente con nuestra familia. (C)							
6. Diferentes integrantes pueden actuar como autoridad (decidir lo que hay que hacer), según las circunstancias. (A)							
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la familia. (C)							
8. En mi familia cambia la forma de hacer las tareas de la casa. (A)							
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia. (C)							
10. Padres e hijos discuten juntos los castigos. (A)							
11. Los miembros de mi familia se sienten muy unidos entre sí. (C)							
12. En mi familia los hijos también toman decisiones. (A)							
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente. (C)							
14. En mi familia las reglas suelen cambiar. (A)							
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia. (C)							
16. Las tareas de la casa se reparten e intercambian entre los distintos miembros. (A)							
17. Los miembros de la familia nos consultamos entre nosotros cuando tomamos decisiones. (C)							
18. Es difícil saber quién manda en nuestra familia. (A)							
19. La unión familiar es muy importante para nosotros. (C)							
20. En mi familia es difícil saber qué tarea de la casa tiene que realizar cada uno. (A)							
PUNTAJES TOTALES							

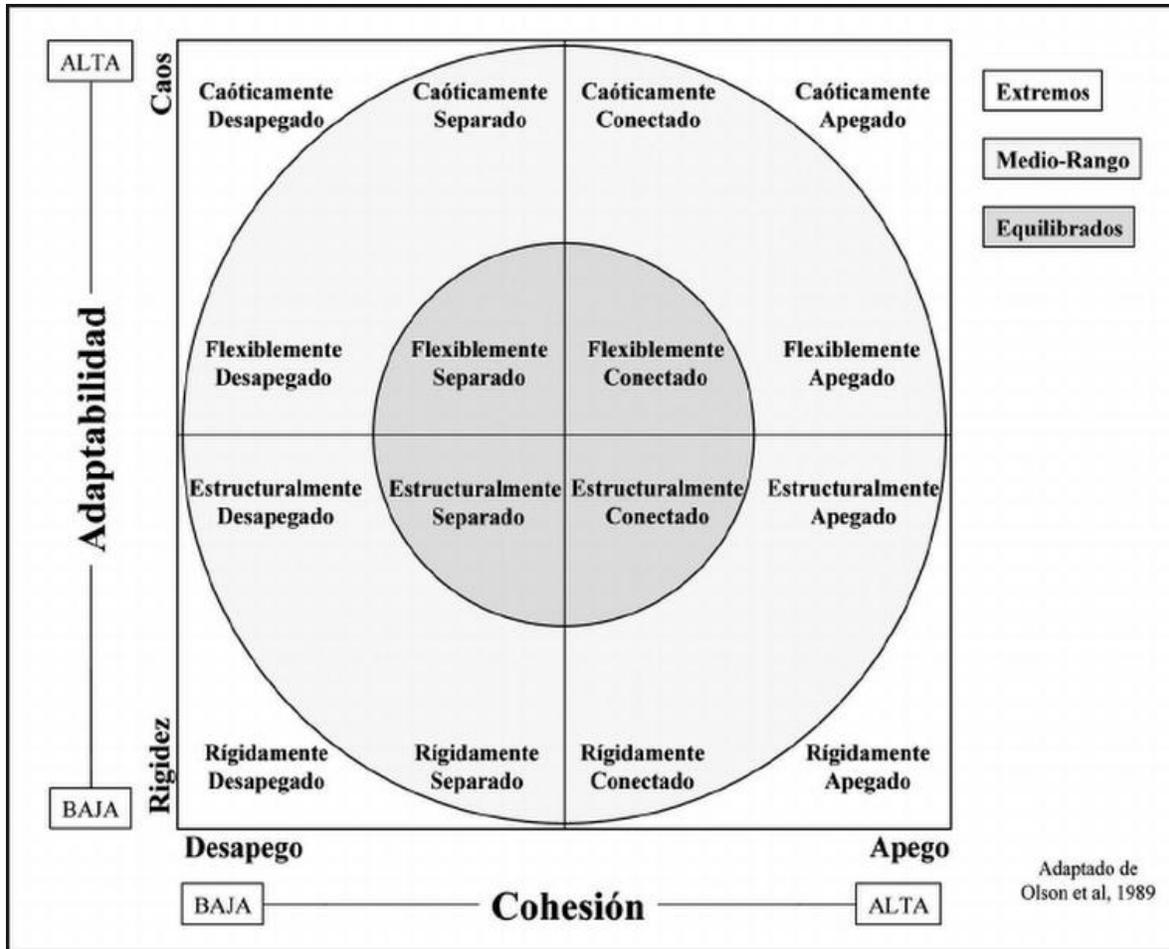
COHESION

Desligada (Desvinculada) = 10 – 34
Semirrelacionada (Separada) = 35 – 40
Relacionada (Conectada) = 41 – 45
Amalgamada (Aglutinada) = 46 – 50

ADAPTABILIDAD

Rígida = 10 -19
Estructurada = 20 -24
Flexible = 25 -28
Caótica = 29 -50

ANEXO 3
 MODELO CIRCUMPLEJO DE OLSON



ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

GRADO DE FUNCIONALIDAD DE LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD MINERVA CON PACIENTE CON ENFERMEDAD CRONICA DEGENERATIVA DURANTE EL AÑO 2015

Las enfermedades crónicas degenerativas son aquellas que no se curan pero que pueden controlarse y que si no se tratan pueden causar daño a otros órganos. Dentro de estas enfermedades están las del corazón, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el cáncer y la enfermedad renal. Con este estudio queremos averiguar cómo afecta a su familia el tener un paciente con una de estas enfermedades. La información que se obtenga se usará en beneficio de la atención de los pacientes y sus familias. No se revelará ningún dato que pueda identificarlos y sólo se le pedirá responder a unas preguntas sencillas.

Yo _____

He leído la información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con Dra. Malvina Yasmín Arévalo Bernal y Dra. Liliam Noemy Mira Ramírez

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo negarme a participar en el estudio

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

Fecha _____

Nombre y firma del jefe de familia
DUI

Investigadores: Dra. Malvina Yasmin Arévalo Bernal contacto: 7170-0429
Dra. Liliam Noemy Mira Ramírez contacto: 7165-4526

Universidad de El Salvador, especialidades Médicas: 2271-0279
Hospital Nacional Saldaña: 2524-960

ANEXO 5

VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	INDICADOR	VALORES
Funcionabilidad familiar	Estado de equilibrio en que se desarrolla la familia, su integración, autorrealización, afectividad e interrelación entre los miembros de la familia.	.	APGAR	Funcional Moderadamente disfuncional Disfunción grave	7 – 10 puntos 4 – 6 puntos 0 -3 puntos
Adaptabilidad	Posibilidad de cambio de liderazgo, relación de roles y normatización de la relación entre los miembros de una familia.	Capacidad del individuo a adaptarse a los cambios dentro de la estructura familiar. Valorado por FACES III	FACES III	Rígida Estructurada Flexible caótica	10 – 19 puntos 20 – 24 puntos 25 – 28 puntos 29 – 50 puntos
Cohesión	Proximidad vinculo o lazo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí.	Entendido como las relaciones establecidas entre los miembros de la familia que crean afectos de proximidad entre ellos según valoración FACES III	FACES III	No relacionada Semirelacionada Relacionada aglutinada	10 -34 35 – 40 41 – 45 46 - 50
Tipología familiar	La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio.	CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA SEGÚN ontogénesis		-nuclear -extensa o extendida -mixta o ampliada	Madre-padre-hijos. -Madre-padre-hijos-nietos. -madre-padre-hijos-tíos u otro persona familiar o no.
Enfermedades crónicas degenerativa	Enfermedades de larga evolución y de progresión lenta. (OPS)	presencia de un miembro con enfermedad crónica degenerativa		Enfermedades cardiovasculares -Hipertensión arterial -Enfermedad renal -Diabetes mellitus -Cáncer	

ANEXO 6

CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO

ACTIVIDAD	08	09	10	7	8	9	10	10	10	11	11	10	11	11	11
FASE INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL															
Elaboración de perfil	X														
Entrega de perfil		X													
Entrega de revisión bibliográfica			X	X	X	X									
Entrega de protocolo al CEIC hospitalario							X								
FASE DE TRABAJO DE CAMPO								X	X						
FASE SISTEMATIZACION DE LA INVESTIGACION										X	X				
FASE DE REDACCIÓN DEL DOCUMENTO FINAL												X	X		
PRESENTACION DEL TRABAJO FINAL														X	X

2014		2015	
2016			