

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL



Tesis

Percepción del funcionamiento familiar en pacientes diagnosticados con VIH/sida atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Trabajo Social

Presentado por:

Autora: Bachiller Dolores Dora Jiménez Sucari

Asesor: Mg. Ramón vera Cortegana

Lima – Perú

2017

DEDICATORIA

Le doy gracias a Dios por cuidarme y guiarme en mi camino.

A mis padres les doy gracias por todo el amor y cariño que me dieron

Gracias Dios mío.

AGRADECIMIENTO

A los pacientes que participaron en la investigación que se atienden en el Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

A mis profesores del sistema a distancia que contribuyeron en la formación académica durante mi formación del pre grado. Así como a mi asesor Dr. Ramón Vera Cortegana, que gracias a su tiempo, asesoría y dedicación logré culminar mi trabajo de investigación.

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice	iv
Índice de tablas	vi
Índice de figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	x
Introducción	xii
CAPITULO I. MARCO TEORICO DE LA INVESTIGACION	
1.1 Marco Histórico	13
1.2 Bases Teóricas	14
1.3 Investigaciones o antecedentes de estudio	42
1.4 Marco conceptual	48
CAPITULO II EL PROBLEMA, OBJETIVOS, HIPOTESIS Y VARIABLES	
2.1 Planteamiento de problema	50
2.1.1 Descripción de la realidad problemática	50
2.1.2 Antecedentes teóricos	55
2.1.3 Definición de problema general y específicos	56
2.2 Objetivos, delimitación y justificación de la investigación	
2.2.1 Objetivo general y específico	57
	iv

2.2.2 Delimitación del estudio	58
2.2.3 Justificación e importancia del estudio	58
2.3. Hipótesis, variables y definición operacional	60
2.3.1 Supuestos teóricos	60
2.3.2 Hipótesis general y específicas	60
2.3.3 Variable, definición operacional e indicadores	61
CAPITULO III. MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS	63
3.1 Tipo de investigación	63
3.2 Diseño	64
3.3 Universo, población, muestra y muestreo	64
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	66
3.5 Procesamiento de datos	68
CAPITULO IV. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	69
4.1 Análisis descriptivo	69
4.2 Análisis estadístico	76
4.3 Discusión de los resultados	82
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	84
5.1 Conclusiones	84
5.2 Recomendaciones	84
BIBLIOGRAFIA	86
ANEXOS	91

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Confiabilidad del cuestionario de funcionamiento familiar	67
Tabla 2	Baremación del Cuestionario de Funcionamiento familiar	68
Tabla 3	Edades de los pacientes diagnosticados con VIH	69
Tabla 4	Estado Civil de los pacientes diagnosticados con VIH	70
Tabla 5	Sexo de los pacientes diagnosticados con VIH	71
Tabla 6	Tiempo de enfermedad de los pacientes diagnosticados Con VIH	72
Tabla 7	Orientación sexual de los pacientes diagnosticados con VIH-	73
Tabla 8	Estadísticos descriptivos en los pacientes diagnosticados con VIH.	74
Tabla 9	Estadísticos del funcionamiento familiar en pacientes diagnosticados con VIH.	76
Tabla 10	Distribución del funcionamiento familiar en su dimensión comunicación en pacientes diagnosticados con VIH.	77
Tabla 11	Distribución del funcionamiento familiar en su dimensión resolución de problemas en pacientes con VIH.	78
Tabla 12	Distribución del funcionamiento familiar en su dimensión involucramiento afectivo y respuestas afectivas en pacientes con VIH.	79
Tabla 13.	Distribución del funcionamiento familiar en su dimensión roles en pacientes con VIH	80
Tabla 14.	Distribución del funcionamiento familiar en su dimensión control de conducta en pacientes con VIH.	81

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Edades de pacientes diagnosticados con VIH	69
Figura 2	Estado Civil pacientes diagnosticados con VIH	70
Figura 3	Sexo de pacientes diagnosticados con VIH	71
Figura 4	Tiempo de Enfermedad de pacientes diagnosticados con VIH	72
Figura 5	Orientación sexual de pacientes diagnosticados con VIH	73
Figura 6	Distribución de funcionamiento familiar en pacientes diagnosticados con VIH.	76
Figura 7	Distribución de funcionamiento familiar dimensión comunicación en pacientes diagnosticados con VIH.	77
Figura 8	Distribución de funcionamiento familiar de la dimensión resolución de problemas en pacientes diagnosticados con VIH.	78
Figura 9	Distribución de funcionamiento familiar de la dimensión involucramiento afectivo y respuestas afectivas en pacientes diagnosticados con VIH.	79
Figura 10	Distribución de funcionamiento familiar de la dimensión roles en pacientes diagnosticados con VIH.	80
Figura 11	Distribución de funcionamiento familiar de la dimensión control de conducta en pacientes diagnosticados con VIH.	81

RESUMEN

El objetivo del estudio investiga la Percepción del funcionamiento familiar en pacientes diagnosticados con VIH atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, 2017. La investigación de tipo descriptiva y el diseño fue descriptivo, comparativo, la muestra es de 100 pacientes, se administró el cuestionario sobre el funcionamiento familiar de García y Liberato (2013), fue sometido a la validez predictiva, mediante la prueba de coeficiente de correlación de "rs" de Spearman Brown, y el coeficiente de correlación de "r" de Pearson, en donde se obtuvo un valor de $rs = 0.936$. La confiabilidad Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.809$, lo cual indica que el cuestionario es altamente confiable.

Los resultados indican que existe un nivel de funcionamiento familiar medio percibido en pacientes. El 94% de los pacientes presenta un nivel medio y el 6% un nivel bajo. En la dimensión de comunicación es bajo, existiendo un 74% y un 26% medio. En la dimensión Resolución de problemas se presenta a un nivel bajo, en un 74% y un 26% medio. En la dimensión Involucramiento afectivo y respuestas afectivas percibido se presenta a un nivel bajo, un 62% bajo y un 38% medio. En la dimensión roles percibido se presenta a un nivel medio, existiendo un 22% y un 3% bajo y un 5% alto. En la dimensión control de conducta percibido se presenta a un nivel medio existiendo un 87% y un 11% bajo.

Palabras clave: Funcionamiento familiar, comunicación, resolución de problemas, involucramiento afectivo, respuesta afectiva, roles.

ABSTRACT

The objective of the study investigates the Perception of family functioning in patients diagnosed with HIV treated in the Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza of Arequipa, 2017. The descriptive and design research was descriptive, comparative, the sample is 100 patients, was administered the questionnaire on family functioning of García and Liberato (2013), was subjected to predictive validity, using the Spearman Brown "rs" correlation coefficient test, and Pearson's "r" correlation coefficient, where a value of $r_s = 0.936$ was obtained. Cronbach's alpha reliability of $\alpha = 0.809$, which indicates that the questionnaire is highly reliable.

The results indicate that there is an average level of family functioning perceived in patients. 94% of patients present a medium level and 6% a low level. In the dimension of communication is low, there being a 74% and a 26% average. In the Problem Solving dimension, it is presented at a low level, at 74% and 26% on average. In the dimension Affective Involvement and perceived affective responses, it is presented at a low level, a low 62% and an average 38%. In the perceived roles dimension, it is presented at a medium level, with 22% and 3% low and 5% high. In the control dimension of perceived behavior, it is presented at a medium level, with 87% and 11% low.

Keywords: Family functioning, communication, problem solving, affective involvement, affective response, roles.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación surge a través de la observación directa realizada en los pacientes ambulatorios que acuden al programa de VIH, el impacto que genera la enfermedad en el aspecto emocional y social, también los efectos adversos que presentan por la acción farmacológica, está asociado a la percepción del funcionamiento de su familia en el apoyo y comprensión de la enfermedad que padecen los pacientes, considerando la importancia del apoyo familiar para poder afrontar los síntomas adversos de la enfermedad y lograr una posible adaptación a la enfermedad, sabiendo que es una enfermedad crónica con consecuencias muy negativas para la persona que lo padece. Como sabemos los trastornos relacionados a la enfermedad tiene gran relevancia en nuestro medio no sólo por su alta incidencia sino por su papel como factor de riesgo, pudiendo estar asociados a problemas sociales, psicológicos y familiares.

El Síndrome del SIDA, no es consecuencia de un problema genético, es una enfermedad que se adquiere de defensas del organismo estando propenso el organismo a múltiples enfermedades. Estas infecciones son producidas por el Virus que progresivamente va atacando al organismo.

Cuando la persona adquiere la enfermedad por el VIH se le puede llamar portador o enfermo del SIDA; el primero no manifiesta síntomas de ninguna clase, mientras el segundo padece algunos de los procesos críticos antes dichos (infecciosos, tumorales). A ambos se les denomina seropositivos, porque tienen anticuerpos contra el virus que pueden reconocerse en la sangre a través de una prueba de laboratorio. Desde los primeros síntomas hasta el desarrollo de la enfermedad, este periodo puede durar unos 10 años, degenerándose progresivamente el sistema de defensa ante las enfermedades y terminando en una situación crítica para su salud..

La salud y el bienestar, son conceptos relacionados con la calidad de vida, estos son afectados cuando la persona tiende a enfermarse, ya que puede experimentar disminución de las actividades diarias y el progresivo o permanente incapacidad que dificulta su aspecto laboral, afectando asimismo

al auto concepto, el sentido de vida y provocando situaciones que afecten su estado de ánimo (Gil-Robles, 2004. Como se citó en Vinaccia 2008).

Schwartzmann (2003) sostiene que si mejoramos el soporte emocional, también puede tener una esperanza de vida, esto hace que también se mejore su calidad de vida, I objetivo primordial en la atención de estos pacientes.

Como sabemos la familia constituye un grupo cohesionado donde la interrelación y comunicación entre sus miembros debe estar cohesionada para afrontar las circunstancias negativas que puede afrontar algunos de sus miembros, especialmente cuando alguno de ellos padece enfermedades crónicas, en este caso de nuestro estudio, el padecimiento del sida.

Actualmente la sociedad presenta una serie de cambios, incluyendo las familias disfuncionales, lo que genera una serie de reacciones en sus miembros no generando una adecuada cohesión familiar especialmente cuando uno de los miembros padece de una enfermedad crónica. (Arias, 2013; Friedemann, 1995; Muñuzuri, 1994.Como se citó en Castilla.2015).

Es importante saber que, la percepción del funcionamiento familiar, cobra gran interés dentro del campo de la salud. Según Smilkstein 1978. (Como se citó en Castilla, 2015), esta percepción es definida como el interés en el cuidado y apoyo que un individuo recibe de los miembros de su familia, especialmente cuando alguno de los miembros padece de una enfermedad.

La investigación se centra en establecer la importancia de la percepción del funcionamiento familiar en el padecimiento de la enfermedad con VIH en los pacientes que acuden a su control médico a través de la consulta externa en el Hospital General Honorio Delgado Espinoza de la ciudad de Arequipa.

Nuestro Consta de los siguientes capítulos: Capitulo I el marco teórico de la investigación.

Capitulo II El problema, objetivos, hipótesis y variables.

Capitulo III Metodología, técnica e instrumento

El capítulo IV Presentación y análisis de los resultados

El capítulo V Corresponde a las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Marco histórico

La profundización en el estudio de la familia se ha enriquecido históricamente de diferentes enfoques teóricos, los cuales han intentado explicar y ahondar en la dinámica y el funcionamiento familiar. A partir de distintas revisiones teóricas realizadas en la década de los 70, esas perspectivas se podrían agrupar según su contenido en tres categorías, aunque posteriormente, algunas de ellas han quedado en desuso, siendo finalmente abandonadas. Musitu y Herrero, 1994 (como se citó en Alegre 2010):

- a) Relevantes para el estudio de la familia: teoría interaccionista, teorías del intercambio, y la teoría de los sistemas.
- b) Impacto más moderado: teoría del conflicto, el conductismo, teoría del desarrollo, y fenomenología.
- c) Acercamientos periféricos: psicoanálisis, teoría de los juegos, teoría del equilibrio, teoría del campo, teoría del aprendizaje, los acercamientos situacionales, análisis transaccional y el funcionalismo estructural.

La mayor parte de los análisis más exhaustivos e intensos realizados en torno a la familia se han sustentado en el modelo sistémico. A partir de una perspectiva evolutivo-educativa, basada en el enfoque ecológico-sistémico, Palacios y Rodrigo 1998, (como se citó en Alegre 2010), señalan que el núcleo básico del concepto de familia “es que se trata de la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se

establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia”.

Partiendo también de una concepción sistémica, López y Escudero 2003, (como se citó en Alegre 2010), definen a la familia como un

“sistema en el que sus miembros establecen relaciones de intimidad, reciprocidad, dependencia, afecto y poder condicionados por vínculos sanguíneos, legales o de compromiso tácito de larga duración, que incluye, al menos, una generación con una residencia común la mayor parte del tiempo. Se trata de un sistema semiabierto, que busca metas y trata de autorregularse, modelado por sus características estructurales (tamaño, composición, estadio evolutivo, etc.), las características psicobiológicas de sus miembros y su posición sociocultural e histórica en el ambiente”.

De la misma forma, Gimeno 1999 (como se citó en Alegre 2010), comenta que

“este enfoque puede desdibujar a los miembros de la familia, individualmente considerados, como si fuesen mera consecuencia de sus interacciones, sin iniciativa propia, y sin jugar un papel activo en la configuración del sistema familiar”.

Por ello, reivindica el papel de las características personales de los miembros de la familia para compensar estas limitaciones.

1.2. Bases Teóricas

1.2.1. VIH/SIDA: Descripción y Epidemiología

La enfermedad de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA continúa incrementándose y el número de casos estimados de personas viviendo con VIH/ SIDA a diciembre de 2016 es significativo en el mundo y Perú.

Farmer, y Walton (2000) sostienen que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la principal causa infecciosa de muerte en adultos en el mundo. Si no se trata, la enfermedad causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tiene una tasa de letalidad cercana al 100%. Desde la peste bubónica del siglo XIV, ningún agente patógeno había causado tales estragos.

El SIDA ha desgarrado a numerosas familias y ha causado un sufrimiento incalculable en las regiones más castigadas por el virus. En las regiones más pobres del mundo, el VIH ha invertido la tendencia de aumento de la esperanza de vida registrada en las tres últimas décadas del siglo XX.

El VIH/SIDA es una seria emergencia sanitaria mundial.

La infección por VIH está relacionada con otras epidemias de alcance mundial, en particular la de tuberculosis, que se ha convertido en una causa destacada de muerte no sólo entre las personas afectadas por el VIH, sino también entre sus familiares y contactos VIH-negativos. Pero el SIDA no es el mismo en todas partes. El acceso a una prevención y un tratamiento eficaces, y en consecuencia el destino de los individuos infectados, varían ampliamente.

Las personas que viven con el VIH, pero se benefician de los últimos avances médicos pueden esperar llevar una vida normal en muchos aspectos: la poliquimioterapia con agentes antirretrovirales (ARV) hace del SIDA una enfermedad crónica y tratable, más parecida en este sentido a la diabetes que a otras enfermedades víricas graves para las que no hay ningún tratamiento eficaz.

1.2.2. Epidemiología en Perú.

De acuerdo con las cifras de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual VIH-Sida del Ministerio de Salud (Minsa), el porcentaje de casos debido a la transmisión del VIH de la madre gestante al niño en el Perú es al 2016 un promedio de 75,000 pacientes con VIH.

Otro indicador importante a favor del Perú es que las muertes por causa del VIH-Sida en el país **se han reducido en 60% entre el 2000 y 2011**, y la tasa de incidencia de VIH, es decir, el porcentaje de aparición de nuevas infecciones, se ha reducido en 58%.(Minsa,2016)

Acabar con la enfermedad como establece la OMS no implica necesariamente dar con la cura del VIH-Sida, pues el objetivo de la OMS mientras no se halle una vacuna o cura es que los países lleguen a altos porcentajes de cobertura de control de la enfermedad.

En el plano estrictamente administrativo, la estrategia nacional ha conseguido que el Perú, además de contar con el 1º de diciembre, Día Mundial de la Lucha contra el Sida, cuente con una declaración del Día Nacional de la Prueba del VIH, el 10 de junio.

También ha sido aprobado el plan estratégico multisectorial para la prevención del VIH del 2015 al 2019 (Minsa, 2016), en el cual se encuentran involucrados diez ministerios.

Son 36,9 millones de personas portadoras del VIH en el mundo, de las cuales 15,8 millones reciben tratamiento antirretroviral, según datos de la agencia de Naciones Unidas contra el VIH-Sida. (Minsa, 2016)

No obstante, lo más reciente en materia de investigaciones llegó hace pocos días desde el Japón. Científicos del Instituto Nacional de Infecciones del país asiático descubrieron que una proteína encontrada en humanos tiene efectos inhibidores sobre el virus del VIH.

Volviendo al Perú, **de las 75 mil personas portadoras, solo el 51% conoce su diagnóstico.** Son **55.836 los pacientes que actualmente se encuentran bajo el tratamiento antirretroviral** de gran actividad (TARGA).

Lamentablemente, en el Perú por cada mujer infectada hay cuatro varones en esta misma condición. El 40% de casos los registran personas entre los 25 y 35 años. El 70% se concentra en Lima y Callao.

Estas últimas cifras se mantienen en los últimos años a modo de tendencia, de allí la necesidad del Ministerio de Salud de continuar trabajando por lograr la máxima cobertura en atenciones.

El VIH en las comunidades nativas

La falta de control en los puertos y zonas con mayor afluencia turística del Perú podría ser causa del incremento de casos de VIH en las comunidades nativas de la selva peruana.

Maguiña (noviembre, 2016) menciona que "Es un grupo nuevo que ha aparecido y que lamentablemente no solo está padeciendo por VIH sino también de sífilis. En las comunidades hay patrones culturales con los cuales es complicado trabajar la prevención", Maguiña. (Diario la Republica.nov.2015).

De un total de 236 personas en La Libertad que han sido diagnosticadas con esta enfermedad este año, **14 han**

decidido abandonar el tratamiento porque no quieren seguir **sufriendo discriminación social y laboral**.

A menudo los pacientes **con VIH sufren cuadros depresivos**, por culpa del aislamiento al que se abandonan. Por ello, cuando se sienten mejor prefieren negar su enfermedad.

La depresión es una enfermedad colateral de este mal; es importante preparar emocionalmente al paciente para sobrellevar las consecuencias. “Lo ideal es que los pacientes vengan con sus familias o sus parejas para recibir un tratamiento. **En muchos casos se les suministra antidepresivos**”. Minsa, (2016)

Muchos pacientes han registrado una serie de atropellos contra la dignidad laboral. Por ejemplo, todas las personas tienen derecho a un trabajo digno, nadie puede despedir a una persona por ser portador del VIH; sin embargo, las modalidades bajo Contratación Administrativa de Servicios han facilitado **la expulsión de las personas VIH positivas de sus centros de trabajo**.

Algunos niños liberteños (Trujillo) portadores de este mal **sufrieron el bullying** de sus compañeros e incluso de vecinos cuando se descubrió su secreto. Es el caso de un niño en Ascope quien tuvo que ser cambiado de escuela porque los padres de familia hostigaban al menor para que no socialice con los otros niños.

El Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (Targa) que se otorga de manera gratuita a los portadores de VIH, en el Hospital Regional Docente de Trujillo, incluye apoyo psicológico.

La combinación de tres grupos de retrovirales garantiza que una persona pueda seguir su vida sin mayores contratiempos; de lo contrario, este virus afectaría el sistema inmunológico de la víctima haciéndola vulnerable a enfermedades crónicas que llevan a la muerte.

“Es un tratamiento de por vida, ningún paciente puede dejarlo irresponsablemente porque el virus puede reactivarse y avanzar. Con el tratamiento una persona con VIH puede seguir su vida normal”.
(Otiniano, 2015, p56)

La epidemia de VIH-SIDA en el Perú se encuentra en el nivel “concentrada”, porque la prevalencia estimada de VIH en gestantes es de 0.23% y en población de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres transgénero (TRANS) es de 12.4%. (Citado en Pun Ch, 2015).

Según el Ministerio de Salud:

“La principal vía de transmisión es sexual 97%, madre a hijo 2% y parenteral 1%. El 77 % casos notificados de SIDA son varones. El 23% de casos notificados de SIDA son mujeres”

La población de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) es la más afectada y representan el 56% (IC: 38%-70%) de las nuevas infecciones

. (Dirección General de Epidemiología Ministerio de Salud Perú, como se citó en Pun Ch, 2015)

La población heterosexual corresponde al 42%, e incluye a población heterosexual de bajo riesgo (15%); a las personas que tienen sexo casual heterosexual

(6%) y a sus parejas estables; a las trabajadoras sexuales y sus clientes (2%); y a las parejas femeninas de los clientes de TS, de los HSH y de los Usuarios de drogas inyectables (18%). (MINSA, como se citó en Pun Ch, 2015)

Resumen de la Situación de la Epidemia del VIH/SIDA

La principal población afectada son los varones que de acuerdo a su opción sexual mantienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo (MINSA, como se citó en Pun Ch, 2015)

“El 73% de los casos de SIDA pertenecen a la ciudad de Lima y Callao y el 27% corresponde al resto del país. Las ciudades más afectadas se encuentran en la región de la Costa y la Selva; en la Sierra la prevalencia de VIH es más baja.”

El principal modo de transmisión es por la vía sexual; las relaciones sexuales no protegidas son la más importante forma de exposición al VIH en el Perú. (MINSA, como se citó en Pun Ch, 2015).

1.2.3. Funcionamiento Familiar.

La familia constituye el núcleo fundamental de toda sociedad y es la principal fuente de apoyo y cuidados, donde cada uno de sus miembros crece y se desarrolla, convirtiéndose en el soporte necesario para el desempeño individual y familiar, donde se satisfacen todas las necesidades del ser humano el cual está en constante interacción, buscando el bienestar físico y

mental; la familia interactúa de diferentes formas y depende de su dinámica familiar para prestar apoyo o auxiliar a uno de sus integrantes cuando presenta alguna enfermedad. Como se citó en (Montalván y Martínez 2015)

La familia de acuerdo a su comunicación y apertura al cambio, puede favorecer al apoyo necesario para afrontar adecuadamente los problemas de salud de alguno de sus miembros.

Hay etapas importantes en el desarrollo de las personas, como por ejemplo el embarazo, la crianza de los hijos, (matrimonio, nacimiento, el matrimonio. escuela, aspectos laborales y la jubilación, así como aspectos que se presentan el deterioro de la salud, como lo es la presencia de enfermedades. Como se citó en Montalván y Martínez (2015)

El funcionamiento familiar según Balwin citado en García- Méndez (2006) plantea, en su modelo McMaster, que la

“función primordial de la familia es conservar el equilibrio de sus integrantes adaptándose a las diversas etapas y enfrentando los problemas para lograr soluciones efectivas”.

Así mismo, Minuchin Como se citó en Montalván y Martínez (2015) en su Modelo Estructural:

“La familia es un sistema que opera por medio de pautas transaccionales como son la forma, el cuándo y con quien relacionarse, centrándose en las expectativas de los diversos miembros de la

familia de acuerdo con el grado de su participación”.

También se resalta la importancia de las diferentes formas que interactúan los miembros de la familia, ello dará lugar a las formas de relacionarse entre sí, cuando hay situaciones críticas. Citado en Montalván y Martínez (2015:5)

La familia también permite un desarrollo y crecimiento de cada uno de sus integrantes, y de acuerdo a su madurez psicológica genera las estrategias de madurez y adaptación. En caso contrario genera disfuncionabilidad y falta de ayuda en cada uno de sus miembros. Como se citó en Montalván y Martínez (2015)

Debemos considerar que los autores clasifican al funcionamiento familiar en tres categorías:

“De acuerdo al Modelo Circunflejo de Olson en balanceado, medio y extremo; el nivel balanceado representa el área de funcionamiento familiar más saludable caracterizado por cohesión separado o conectado y adaptabilidad estructurado o flexible; en el nivel medio alguno de los niveles de cohesión o adaptabilidad se encuentra en nivel extremo y balanceado en la otra (cohesión desligada o aglutinada y adaptabilidad estructurada o flexible); en el nivel extremo representa el área de funcionamiento familiar menos saludable determinado por cohesión desligada o aglutinada y adaptabilidad rígida o caótica”. (Montalván y Martínez 2015).

Según el funcionamiento familiar evalúa al funcionamiento familiar sistémico de la familia y es útil para identificar familias en riesgo clasificándolo en tres categorías alta funcionalidad, disfunción moderada y disfunción severa. Así mismo, el Ministerio de Salud propone las categorías del funcionamiento familiar alto, medio y bajo, en base a la valoración de cuatro dimensiones: límites, poder, comunicación y afecto. Montalván y Martínez (2015)

Teniendo en cuenta que el mejor ambiente para el desarrollo del ser humano es un lugar donde reciba amor, ayuda y sea apreciada por otros, esto sucede en las familias numerosas donde se puede evidenciar más el aspecto de amar. Las personas en general presentan debilidades que requieren ser fortalecidas, realizan actividades para su autocuidado, con el interés de mantener bienestar y satisfacción que a la vez cubren sus necesidades. Montalván y Martínez (2015)

La aparición de cualquier enfermedad, crónica o terminal genera serios problemas en la estructura familiar, especialmente cuando aparecen enfermedades crónicas terminales que producen crisis al interior de la familia.

Durante el proceso de enfermedad, sufre tanto el paciente como su familia especialmente cuando se produce una estigmatización de uno de sus miembros. García y Liberato (2014)

A nivel sociológico se han tenido en cuenta los roles y funciones de los miembros a nivel del entorno familiar y ello a generado una interacción u ocasiones

con dificultades para cumplir los roles. García y Liberato (2014)

Según Fernández, 2000 como se citó en García y Liberato (2014) basándose en la definición propuesta por Bikel, (1982), define a la familia:

“Como un sistema organizado cuyos miembros, están unidos por relaciones de alianza y/o consanguinidad. Para Minuchin y Fishman, (2004), la familia es un grupo natural de personas, que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca”. (García y Liberato 2014)

La familia funciona, como un agente de socialización y es fundamental para el desarrollo humano, ya que es considerada como la unidad social básica, de donde emanan los factores morales y culturales que tienen trascendental importancia en la vida del hombre, tanto desde el punto de vista del ser social, como de su personalidad y se constituye en la principal fuente de apoyo emocional y seguridad, esta unidad debe mantener un apoyo permanente y constante a cada uno de sus miembros; en este caso al adulto mayor, brindándole una sensación de seguridad, contribuyendo de esta manera a mejorar su estabilidad emocional. Citado en García y Liberato (2014:15)

La familia es un apoyo muy importante en la edad adulta. Castillo y Pérez. Como se citó en García y

Liberato (2014), afirman que el adulto mayor se concentra en la familia en lugar de separarse de ella, ya que le ayuda a hacer frente a muchas necesidades sociales, emocionales, económicas y de salud; con los cuales se encuentra el ser humano en la etapa adulta mayor, constituyendo un lugar importante para el reencuentro o reforzamiento psicológico, porque provee el afecto y el compañerismo que otras instituciones no son capaces de brindar.

La familia como sistema social, se enfrenta a nuevos y difíciles retos y experimenta cambios que con frecuencia alteran la salud familiar. Retos cuyos efectos negativos recaen en los miembros más vulnerables del sistema familiar entre los que se encuentran los adultos mayores, los cuales son expuestos al abandono, descuido, maltrato, aislamiento familiar y social. Por lo que, para el correcto desempeño de los roles y la realización de las tareas propias de la vida en la familia, es necesario mantener relaciones intrafamiliares buenas donde se exprese amor, respeto, comprensión de todos los miembros de la familia. García y Liberato (2014)

Por otra parte; existe una gran cantidad de adultos mayores que no cuentan con el apoyo familiar en situaciones de enfermedad. Por lo general, las familias intentan ayudar, pero pueden estar limitadas en su capacidad. Muchas parejas de adultos son miembros activos de la fuerza de trabajo y aún tienen hijos dependientes en la casa o en la escuela. García y Liberato (2014)

Por tanto, la familia es considerada como una “ agrupación de individuos con lazos consanguíneos, conyugales o de adopción, con vínculos entre si e intereses en común, asimismo en un grupo primario que funciona como un agente de socialización y es fundamental para el desarrollo del ser humano, ya que la relación entre sus miembros es más directa e intensa que en cualquier otra situación, también tiene funciones de transmisión de conocimientos, habilidades, valores y creencias, de protección y apoyo a sus miembros y es la responsable de la adquisición del sentido de identidad y el equilibrio emocional”. García y Liberato (2014)

Florenzano et al cómo se citó en García y Liberato (2014) señalan; que la *“funcionalidad familiar, está íntimamente relacionada al proceso de salud - enfermedad de sus miembros, y a pesar de que aún no existe suficiente convergencia sobre la conceptualización y caracterización del funcionamiento familiar, la mayor parte de las investigaciones apuntan a evidenciar que la familia se convierte en un factor de protección o de riesgo frente a las condiciones de salud de los individuos, desde un punto de vista biopsicosocial”*. Citado en García y Liberato (2014:17)

Louro como se citó en García y Liberato (2014), en su modelo teórico metodológico sustenta que el funcionamiento familiar, la forma como interactúan sus miembros y se caracteriza por las formas como se comunican, se apoyan e interrelacionan. Citado en García y Liberato (2014:17).

Kanán *et al* cómo se citó en García y Liberato (2014), refieren que el funcionamiento familiar, permite saber sus habilidades, capacidades para resolver problemas, la comunicación, el establecimiento de límites, el involucramiento afectivo entre sus miembros y la forma como resolver sus problemas, así como, la unión y el apoyo.

Considerando lo antes mencionado, podemos definir Funcionamiento Familiar, como el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren una forma de identificarse de acuerdo a su principios. García y Liberato (2014)

Para el presente estudio, se tomó como base la Teoría Mc Master de Epstein y Col Citado en García y Liberato (2014:19) en la clasificación del funcionamiento familiar; donde menciona que el

“Funcionamiento familiar alto, es cuando la familia tiene la capacidad para afrontar sus crisis familiares y solucionarlas; funcionamiento familiar medio, cuando la familia muy pocas veces logra solucionar parte de sus problemas o conflictos; y funcionamiento familiar bajo, cuando la familia tiene dificultad para resolver sus problemas familiares”.

1.2.4. Modelo McMaster

El modelo McMaster de Funcionamiento Familiar (MMFF) es un modelo integral de evaluación e intervención familiar. En su marco teórico estudia el funcionamiento familiar: utiliza varias para poder tener una definición de la familia como personas.

El modelo distingue lo que es una familia normal en cada una de las dimensiones y ello implica con frecuencia los valores de cada uno de los miembros de la familia.

Esto no indica que se trate de imponer valores en el proceso de recuperación frente a la enfermedad, se debe estar preparado para afrontar las situaciones de crisis. Avena Servin, (2013).

La definición de las áreas o dimensiones de funcionamiento familiar, que para la completa evaluación de una familia es necesario identificar, son las siguientes:

Resolución de problemas:

Se refiere a la habilidad de la familia para resolver problemas a un nivel que mantenga un funcionamiento familiar afectivo; sin embargo, todas las familias enfrentan más o menos las mismas dificultades, pero las eficientes solucionan sus problemas, mientras que las ineficientes no son capaces de manejarlos. Conceptualmente los problemas familiares subdividen en dos tipos: instrumentales y afectivos. Avena Servín. (2013)

Los problemas instrumentales se relacionan con aspectos mecánicos de la vida diaria (sustento económico, alimento, ropa, casa, transporte, etc.), mientras que los problemas afectivos están vinculados con aspectos emotivos (coraje, depresión, amor, etc.).

Comunicación:

Alude al intercambio de información en la familia. La comunicación es subdividida para fines de estudio en dos áreas instrumentales y afectivas. La facilidad de comunicarse en un área supone la facilidad de comunicación en la otra, sin embargo, algunas familias exhiben marcada dificultad en la comunicación afectiva, mientras funcionan muy bien en la comunicación instrumental; lo contrario se presenta rara vez. Avena Servín. (2013)

Además, el modelo evalúa dos aspectos de la comunicación; comunicación clara vs. Confusa y comunicación directa vs. Indirecta. La claridad vs. Confusión se refiere a la precisión con que contenido de la información es intercambiada. Directo vs. Indirecto alude a si el mensaje es dirigido a la(s) persona(s) adecuada(s), o si se desvía hacia otra persona. Avena Servín. (2013)

Roles:

Esta dimensión se refiere a los patrones de conducta, por medio de los cuales la familia asigna a los individuos funciones familiares, las cuales se dividen en dos áreas: instrumentales y afectivas. Avena Servín. (2013)

Involucramiento afectivo:

Se refiere al grado en que la familia, como un todo, muestra interés y valora las actividades e intereses de cada miembro de la familia. El foco está en la cantidad y calidad del interés que los miembros de la familia muestran uno hacia el otro. Avena Servín. (2013)

Respuestas afectivas:

Alude a la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo tanto en calidad como en cantidad. La calidad de respuestas afectivas se refiere a la habilidad de la familia para responder con una amplia gama de emociones, según el tipo de estímulo. La cantidad de respuesta afectiva está relacionada con el grado de respuesta afectiva y describe un continuo, desde la ausencia de respuestas hasta una respuesta exagerada, esto se da en la interacción familiar. Avena Servín. (2013)

Control de conducta:

Se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento en tres situaciones:

- ✓ Situaciones que implican peligro físico.
- ✓ Situaciones que implican enfrentar y expresar necesidades psicológicas, biológicas e instintivas.
- ✓ Situaciones que implican sociabilización, entre los miembros de la familia y con la gente fuera del sistema familiar.

Después de haber conocido la descripción que proporciona el modelo McMaster sobre las características que debe de tener una familia

funcional, enseguida se describen las funciones específicas que una familia debe cumplir para mostrar un buen desarrollo del funcionamiento familiar. Avena Servín. (2013)

Creemos que el enfoque resultante de la familia es una mezcla única de amplitud y sencillez, que capta las características esenciales necesarias para describir y cambiar el sistema familiar.

Supuestos Básicos:

El Mc Master modelo se basa en una teoría de sistemas. La hipótesis fundamental de teoría de los sistemas que sustentan el modelo son los siguientes:

1. Todas las piezas de la familia están relacionadas entre sí.
 2. Una parte de la familia no puede entenderse de manera aislada del resto del sistema familiar.
 3. Funcionamiento familiar no puede ser comprendido en su totalidad por entender cada uno de los distintos miembros de la familia o de los subgrupos.
 4. Estructura de la familia y la organización son factores importantes que influyen y determinan el comportamiento de los miembros de la familia.
 5. Los patrones transaccionales del sistema familiar se forma el comportamiento de los miembros de la familia.
- Avena Servín. (2013)

1.2.5. Las dimensiones del funcionamiento familiar

El McMaster Modelo no cubre todos los aspectos del funcionamiento de la familia, pero identifica una serie de dimensiones que hemos considerado

importante en el tratamiento de las familias presenta clínicamente. Una familia puede ser evaluado para determinar la eficacia de su funcionamiento con respecto a cada una de las dimensiones. Para comprender la estructura de la familia, organización y patrones transaccionales asociados a las dificultades familiares, nos centramos en evaluar y formular seis dimensiones de la vida de la familia: solución de problemas, la comunicación, los roles, la respuesta afectiva, participación afectiva, y control de la conducta. Avena Servín. (2013)

El McMaster Modelo no centrarse en una sola de las dimensiones como la base para la conceptualización comportamientos familiares. Nos argumentan que muchas dimensiones necesitan ser evaluados para una comprensión más completa de una entidad tan compleja como para la familia. No obstante, las dimensiones no son una lista exhaustiva de todos los aspectos del funcionamiento de la familia, pero sólo a aquella que se espera que sea de gran utilidad en un contexto clínico. Avena Servín. (2013)

También queremos que las dimensiones que se conceptualiza y práctica en una manera que les permite ser enseñado y útiles en la investigación. Si bien creemos que tenemos claramente definidas y delimitadas las dimensiones, reconocemos que se superponen y/o posible interacción puede ocurrir entre ellos. Una aclaración puede ser el resultado de nuestra investigación. Las dimensiones del funcionamiento de la familia se examinan con más detalle a continuación. Avena Servín. (2013)

Resolución de problemas.

La solución de problemas dimensión se define como la capacidad de la familia para resolver los problemas a un nivel que mantiene efectivo funcionamiento de la familia. Un problema familiar es visto como un problema para el que la familia tiene problemas para encontrar una solución, y la presencia de lo que constituye una amenaza a la integridad y la capacidad funcional de la familia. No todos los "problemas" son considerados, ya que algunas familias han continuado, problemas no resueltos que no pongan en peligro su integridad y funcionamiento. Avena Servín. (2013)

Los problemas se dividen conceptualmente a tipos instrumentales y afectivas. Problemas instrumentales son los problemas mecánicos de la vida cotidiana, tales como administración de dinero o decidir sobre un lugar para vivir. Problemas afectivos son los relacionados con los sentimientos y emociones que se expresan cada uno de sus miembros. Avena Servin. (2013)

Comunicación.

Podemos definir la comunicación como el intercambio de información dentro de una familia. El objetivo es el intercambio verbal. Aspectos no verbales de comunicación familiar son obviamente importantes, pero son excluidos debido a su potencial para interpretaciones erróneas y las dificultades metodológicas de reunir y evaluar estos datos para fines de investigación. Comunicación se dividen en áreas instrumentales y afectivas. Avena Servín. (2013)

Como en la solución de los problemas, aunque puede haber superposición entre las dos zonas, algunas familias presentan dificultades graves de comunicación afectiva, mientras que funcionan muy bien con comunicación instrumental. Avena Servín. (2013)

Además, otros dos aspectos independientes de comunicación se evalúan también: ¿Es la comunicación clara o enmascarado? ¿Es directo o indirecto? La antigua distinción se centra en la claridad con la que el contenido de la información se intercambia. ¿El mensaje es claro, o es más bien camuflado, embarrado, vaga y enmascarada? Esta última distinción considera si el mensaje está claramente dirigido a la persona a la que está destinada. Avena Servín. (2013)

Funciones.

Definir las funciones de la familia como los patrones recurrentes de comportamiento mediante el cual los individuos cumplir las funciones familiares. Estos son habituales las tareas de la familia, como cocinar o sacar la basura. Nuestro modelo divide las funciones familiares en áreas instrumentales y afectivos, como se ha señalado más arriba. Además, las funciones se subdividen en dos ámbitos: la necesaria las funciones familiares y otras funciones de la familia. Funciones de la familia es necesario incluir aquellos con los que la familia debe ser varias veces interesadas, para que funcione bien. Avena Servín. (2013)

Estas funciones pueden ser útiles, afectiva, o una combinación de los dos. Otras funciones de la familia

son los que no son necesarios para un funcionamiento familiar, sino que derivan, en mayor o menor grado, en la vida de cada familia. Examen de cada grupo de funciones es importante. Avena Servín. (2013)

Respuesta afectiva.

Respuesta afectiva se define como la capacidad de la familia para responder a una amplia gama de estímulos a la calidad y cantidad adecuadas de los sentimientos. En cuanto a la calidad, se trata de dos preguntas. ¿En primer lugar, que los miembros de la familia responder con todo el espectro de sentimientos humanos en vida emocional? ¿En segundo lugar, es la emoción experimentada en consonancia con el estímulo y contexto situacional? Avena Servín. (2013)

La cantidad aspecto se centra en el grado de respuesta, lo que se considera como la extensión a lo largo de un continuo desde los de respuesta a razonable o espera respuesta, a la respuesta. Para una efectiva vida afectiva familiar, esperamos encontrar la posibilidad de una amplia gama de experiencias afectivas que son las adecuadas en calidad y cantidad de la respuesta. Avena Servín. (2013)

Participación afectiva.

La dimensión de participación afectiva se define como el grado en que la familia en su conjunto muestra interés en las actividades y los valores y los intereses de los miembros de la familia. La atención se centrará en cómo y en qué manera, los miembros de la familia muestran un interés y invertir en cada uno. Sin embargo, participación afectiva no se refiere

simplemente a lo que la familia hace, sino que más bien el grado de participación entre los miembros de la familia. Avena Servín. (2013)

Control de la conducta.

El control de la conducta dimensión se define como el patrón una familia adopta para manejar comportamiento en tres tipos de situaciones. En primer lugar, se encuentran físicamente peligrosas las situaciones en que la familia tendrá que supervisar y controlar el comportamiento de sus miembros. En segundo lugar, hay situaciones que implican reunión y expresar las necesidades psicobiológicas o unidades, como comer, beber, dormir, eliminar, el sexo y la agresión. Por último, hay situaciones que implican comportamiento interpersonal tanto socializar entre los miembros de la familia y con personas fuera de la familia. Avena Servín. (2013)

Es importante tener en cuenta el comportamiento de todos los miembros de la familia en cada tipo de situación. En el curso de evaluación de la pertinencia de las reglas y normas de la familia, la edad y la condición jurídica y social de los individuos en cuestión debe ser considerada. Las familias a desarrollar sus propias normas de comportamiento aceptable, así como los grados de latitud que permitirá en relación con estas normas. La naturaleza de estas normas y la amplitud de conducta aceptable determinar el grado de control de la conducta en la familia. Avena Servín. (2013)

1.2.6. Patrones transaccionales disfuncionales

Además de las seis dimensiones principales del funcionamiento de la familia, la McMaster Modelo reconoce patrones transaccionales disfuncionales. Consulte patrones transaccionales disfuncionales a la característica común o las interacciones entre los miembros de la familia que se asocian a un deterioro en uno o más de las dimensiones del funcionamiento de la familia se ha descrito anteriormente. Por lo general, estos patrones transaccionales disfuncionales sirven para reducir la ansiedad en la familia en su conjunto o en un subconjunto de los miembros de la familia, a expensas de funcionamiento familiar. Avena Servín. (2013)

La relación entre patrones transaccionales y otras dimensiones del McMaster Modelo es un poco compleja. No creemos que los patrones transaccionales disfuncionales son la causa principal de la disfunción familiar, las verdaderas "causas" son difíciles de determinar en los sistemas complejos, como las familias. Sin embargo, nuestra experiencia es que patrones transaccionales disfuncionales están asociados con deterioro familiar, y de que el cambio de patrones transaccionales disfuncionales es generalmente necesario para mejora del funcionamiento de la familia. Avena Servín. (2013)

Mientras que algunos patrones transaccionales disfuncionales pueden estar asociados a problemas en una dimensión particular, algunos patrones transaccionales disfuncionales pueden crear dificultades en una serie de dimensiones.

De igual modo, algunos patrones transaccionales pueden ser disfuncional para una sola familia y muy adaptables para otro. Avena Servín. (2013)

Implicancias Clínicas

El McMaster es un modelo integral de la familia teoría, evaluación y tratamiento. Como tal, ofrece a los facultativos coherente, práctico y empíricamente validados métodos para evaluar y tratar las familias. Además de los usos específicos y las ventajas se describe a continuación. El enfoque McMaster tiene varias ventajas generales para los médicos. En primer lugar, ya que es un modelo integral. el enfoque McMaster proporciona al facultativo un conjunto integrado de evaluación y métodos de tratamiento. Avena Servín. (2013)

Esta integración facilita el aprendizaje, la coherencia y los resultados. En segundo lugar, el enfoque McMaster fue desarrollado como un modelo clínico, con construcciones y procedimientos basados en experiencia clínica. En tercer lugar, el enfoque McMaster fue deliberadamente diseñado para ser claro y definido, lo que permite una fácil comprensión y aplicación de los diversos aspectos del modelo. Avena Servín. (2013)

La familia a través de la evaluación de este cuestionario ha sido utilizada, y es adecuado para su uso en diversas situaciones clínicas. En primer lugar, (la escala de funcionamiento general exclusivamente) puede ser utilizada como una evaluación para identificar a las familias que tienen problemas. En segundo lugar, en las fuerzas armadas pueden ser

utilizada por los médicos para identificar ámbitos de especial dificultad en el seno de la familia (p. ej., problemas de comunicación, pero no control de la conducta) Avena Servín. (2013)

Por último, en las fuerzas armadas pueden ser utilizadas para evaluar los cambios en las familias después del tratamiento. De igual manera, el estudio de la comunicación familiar tiene un número de posibles usos clínicos. Ofrecen a los médicos con las descripciones específicas de los niveles de funcionamiento de la familia, lo que permite una adecuada evaluación y delimitación de las áreas problemáticas. Ofrece al médico una rica y detallada evaluación de la familia. La entrevista puede ser utilizada como parte de la primera etapa de tratamiento familiar y proporciona al médico con una visión más amplia de la familia de los puntos fuertes y débiles. Avena Servín. (2013)

La estructura y la amplitud de los instrumentos de evaluación familiar, es también muy útil para la formación de los nuevos médicos de familia. Por último, el problema sistemas centrados de la Terapia Familiar tiene varias ventajas para el uso clínico. Avena Servín. (2013)

En primer lugar, el modelo funcionamiento y terapia familiar, es un tratamiento altamente estructurado que han sido ampliamente descritas, y los procedimientos para capacitar y evaluar a los nuevos terapeutas han sido desarrollados y probados (Obispo 1984b; Byles 1983) citado en Avena Servín. (2013). En segundo lugar, este modelo es un multi-dimensional y sistemas de tratamiento que permite la integración y

coordinación de una serie de diferentes enfoques de tratamiento, dependiendo de la presentación clínica. Avena Servín. (2013)

En tercer lugar, el modelo es generalmente una intervención a corto plazo que pueden ser entregados de manera eficaz en función de los costos.

En cuarto lugar, si bien se exige capacitación y supervisión, la evaluación y terapia familiar proporciona un alto grado de estructura y orientación para el personal clínico social, que a menudo es esencial con menos experiencia los médicos. Avena Servín. (2013).

1.2.7. Percepción de la variable Funcionamiento familiar

Describe el funcionamiento familiar percibido en pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de Epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

Dimensiones de la variable percepción del funcionamiento familiar.

- Percepción del funcionamiento familiar en su **dimensión Comunicación** en pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.
- Percepción del funcionamiento familiar en su **dimensión Resolución de Problemas** en pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de Epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

- Percepción del funcionamiento familiar en su **dimensión Involucramiento afectivo y respuestas afectivas** en pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de Epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.
- Percepción del funcionamiento familiar en su **dimensión Roles** en pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de Epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.
- Percepción del funcionamiento familiar en su **dimensión Control de conducta** en pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de Epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

1.3 Investigaciones o antecedentes de estudio

1.3.1. Investigaciones en el Extranjero

Zavala-Rodríguez (2009), realizó una investigación con el objetivo de describir el ***grado de relación entre la funcionalidad familiar y el nivel de ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica de una institución de salud de segundo nivel.*** Metodología. El diseño del estudio fue descriptivo, transversal, correlacional, se efectuó en una muestra de 97 pacientes y una misma cantidad de familiares; los primeros se seleccionaron mediante un análisis de potencia, cubriendo los siguientes criterios de inclusión: pacientes adultos, orientados, de los servicios de hospitalización y consulta externa de una institución de segundo nivel de atención.

Se utilizó una cédula sociodemográfica, la Escala de Efectividad en el Funcionamiento Familiar de Friedemann (E-

EFF), y la escala de ansiedad-rasgo de Spielberger, estos últimos con una consistencia interna de ,83 y ,75 respectivamente, determinada por el alpha de Cronbach. Los datos se analizaron a través de estadística descriptiva e inferencial. Resultados. El grupo de edad que predominó en los familiares fue de 33 a 47 años, con una media de 45,73, y en los pacientes predominó el grupo de 60 a 70 años, con una media de 65,05; en ambos grupos se destacó el género femenino.

El 56% de los pacientes presenta diabetes mellitus tipo 2. Para índices, a ansiedad estado- rasgo marco una media de 51 (DE 10,7); na E-EFF fue 84 (DP 11,5). O 92% dos pacientes presentado nivel moderado de ansiedad; o 91% conforma una familia funcional.

En cuanto a los índices, la ansiedad-rasgo obtuvo una media de 51 (DE 10,7), en la E-EFF fue de 84 (DE 11,5). Por tanto, se detectó nivel moderado de ansiedad en el 92% de los pacientes, y el 91% integra una familia funcional. La correlación de Spearman no arrojó una asociación significativa entre las dos variables del estudio ($\rho = -.094$, $p = ,362$).

Conclusión. Las cuatro subescalas de la E-EFF obtuvieron una media significativa, con valores que fluctúan entre 77,0 a 92,0. Este último valor equivale a la subescala de coherencia que, de acuerdo con Friedemann, guía a la unidad y pertenencia familiar, y permite vínculos emocionales positivos.

Phaladze, Humans, Dlamini, Hulela, Hadebe, Sukati, 2005 (Como se citó en Vinaccia. 2008), desarrollaron una investigación para conocer **la percepción de la calidad de vida en personas infectadas con el VIH/SIDA**, en cuatro

países de África sub-Sahariana (Botswana, Lesotho, Sudáfrica, y Swazilandia). En una muestra de 753 personas infectadas con VIH/SIDA se encontró que las personas con niveles de satisfacción de vida más altos eran aquellos con niveles educativos más bajos, que tenía menos preocupaciones económicas y financieras, que no tenían un diagnóstico clínico de VIH/ SIDA u otras condiciones de comorbilidad, que tenían baja sintomatología y menos preocupaciones de salud. Ninguno de estos participantes tomaba medicación antirretroviral en el momento de este estudio.

Castro, (1997), realizó un estudio de investigación con el objetivo de **identificar los puntos críticos en la trayectoria de los familiares de personas VIH positivas y con SIDA**, que pueden servir de base para desarrollar intervenciones educativas y de apoyo material y emocional por parte de las instituciones y asociaciones civiles cuya labor se vincula con esta enfermedad. Teoría y métodos. En 1995, se realizó una investigación cualitativa en Ciudad Netzahualcóyotl, Estado de México. Se aplicaron técnicas de diagnóstico rápido para definir el contexto socioeconómico, demográfico y cultural del VIH/SIDA en la comunidad; se realizaron 46 entrevistas a profundidad a enfermos de VIH/SIDA, sus familiares y miembros de su red social.

Los resultados. Se caracterizan los principales puntos de la respuesta familiar ante el VIH/SIDA, y se demuestra que es posible identificar puntos críticos en la respuesta familiar, así como las reacciones hacia sus miembros enfermos de VIH/SIDA. En Ciudad Netzahualcóyotl, el contexto familiar de pobreza, tradición migratoria y las condicionantes diferenciales de género fundamentan el apoyo y el rechazo en las relaciones familiares de las personas enfermas. El

principal descubrimiento revela que las relaciones familiares para con la persona enferma son ambiguas, y pasan del apoyo al rechazo.

Este patrón varía de acuerdo con la historia familiar y las condiciones de cada familia. Conclusiones. Se proponen algunas intervenciones específicas en salud necesarias para brindar apoyo a las familias con uno o más miembros infectados por el VIH/SIDA.

Mondragón (1995), investigó **la salud familiar** (SF) manifiesta que es la experiencia de congruencia de la familia ante situaciones estresantes, generadoras de ansiedad; valora este elemento posibilitaría la prevención de numerosas problemáticas familiares y sociales, orientaría hacia una explicación holística de la manera en que son generados los estados de salud - enfermedad en los individuos, e induciría hacia un cuidado más integral y continuo, centrado en la familia.

La salud familiar, es abordada generalmente por los profesionales de la salud de manera individual, pero no como sistema, según sostiene el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) (2002); de valorarse en su conjunto, posibilitaría la prevención de numerosas problemáticas familiares y sociales, permitiría una explicación holística de la manera en que se genera los estados de salud - enfermedad en los individuos, e induciría hacia una atención y cuidado más integral y continuo, centrado en la familia y completamente humanizado.

El estudio tiene como propósito, estimar el logro de las metas de la familia y correlacionar la salud familiar con la satisfacción de los integrantes de 18 años en adelante, de las

familias pertenecientes a una comunidad rural del estado de Puebla, con el Marco de Organización Sistémica (MOS)

1.3.2. Investigaciones Nacionales.

Rodríguez y Gastañadui (2015), investigaron sobre el ***apoyo familiar y nivel de autocuidado del adulto con VIH. Hospital Regional Docente de Trujillo.*** El trabajo de investigación de tipo descriptivo correlacional fue realizado con el propósito de determinar la relación que existe entre el apoyo familiar y el nivel de autocuidado del adulto con VIH que acude regularmente al lineamiento de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Los instrumentos utilizados fueron dos encuestas, una midió el nivel de autocuidado que se subdividió en sub escalas: actividad física, control médico y régimen alimentario, la otra encuesta midió el apoyo familiar. Obteniendo como resultados, que, de un total de 78 pacientes, el 51.3% tienen un regular nivel de Autocuidado y el 26.9% tienen un buen nivel de autocuidado. A su vez, el 52.6% presentan un Moderado Grado de Apoyo Familiar y un 28.2% tienen un Alto Grado de Apoyo Familiar.

En cuanto a la relación del nivel de Autocuidado y Apoyo Familiar obtenemos que del total de personas encuestadas (100%), pacientes con deficiente nivel de autocuidado poseen mayormente bajo grado de apoyo familiar (40%), pacientes con regular nivel de autocuidado poseen en mayor porcentaje moderado grado de apoyo (61%), y pacientes con buen nivel de autocuidado, presentan en su mayoría un alto grado de apoyo familiar (50%).

En suma, se valora que la mayor prevalencia del 51.3% corresponde al paciente con nivel regular de autocuidado. El

52.6% de pacientes, poseen en su mayor parte, un moderado grado de apoyo familiar. Por tanto, se concluye que, el nivel de autocuidado y apoyo familiar en el paciente enrolado en TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad), actúan conjuntamente propiciando un tratamiento oportuno y cuidado integral hacia éste; por esto se enfatiza a la relación significativa entre apoyo familiar y nivel de autocuidado en el adulto VIH del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Las conclusiones del trabajo de investigaciones fueron:

1. El nivel de autocuidado que destaca estadísticamente es el nivel regular 51.3% seguido del buen nivel de Autocuidado 26.9%; y deficiente 21.8%, por el cual representa la importancia que percibe el adulto con VIH de mejorar su calidad de vida frente a su estado de salud.
2. En relación al Apoyo familiar, el nivel moderado es de un 52.6%, seguido de un buen grado 28.2% y un deficiente de 19.2%.
3. El autocuidado y el apoyo familiar se relacionan significativamente promoviendo de esta manera un tratamiento eficaz y oportuno para el adulto con VIH.

Por otro lado, Sampaio y Jucier, (2013), en Perú, *investigaron la convivencia del adolescente con HIV/SIDA y el autocuidado del Hospital Nacional Dos de Mayo*, encontraron que el apoyo de la familia, profesionales de salud y amigos, los medios de comunicación y la motivación intrínseca fueron entendidos como estimuladores del autocuidado. En lo que se refiere a las barreras son apuntados el prejuicio y la vergüenza, la adaptación ineficaz y la falta de conocimiento.

Monsalve, (2009). Perú, investigó sobre **el Nivel de Autocuidado que tienen los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA en el Hogar San Camilo 2009**. Los resultados fueron que el 87.5% de los adolescentes tienen nivel alto de autocuidado y el 12.5% bajo nivel de autocuidado. Concluyeron que la mayoría de los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA tienen alto nivel de autocuidado en cuanto a la alimentación, higiene corporal, descanso y sueño, actividad, interacción social, autoestima, control y tratamiento de la enfermedad.

Luján, y Tuesta, 2006 (Citado en Rodríguez y Gastañadui 2015:15), en Perú, investigaron: **Grado de apoyo familiar percibido y su relación en el nivel de depresión en los pacientes VIH**, encontrando que la mayor parte de los pacientes con VIH (48.6%) presentaron moderado grado de apoyo familiar, el 45.7% presentó alto grado de apoyo familiar y sólo el 5.7% presentó bajo grado de apoyo familiar. La mayor parte (28.6%) de los pacientes VIH presentaron depresión moderada a intensa, además el 20 % de ellos presentó depresión intensa y el 25.7% no presentaron depresión.

1.4. Marco Conceptual

Funcionamiento familiar:

Es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia, patrones que adoptan para manejar el comportamiento. Es un indicador de salud de la familia que permite tener una idea global sobre la percepción de sus integrantes en relación a sus necesidades; así mismo la familia es el recurso más grande que tiene la persona de edad mayor, ya que se refugia en ella en lugar de separarse, le ayuda a hacer frente a muchas necesidades sociales, emocionales,

económicas y de salud con los cuales se encuentra el ser humano en la etapa adulta mayor, constituyendo un lugar de reencuentro o reaprovisionamiento psicológico, porque provee el afecto y el compañerismo que otras instituciones no son capaces de brindar. García y Liberato (2014)

Familia:

Patricia Arés define la familia como: *“...la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.”* (Arés, 2007).

Es la familia el ambiente donde el individuo forma su “...sistema subjetivo de valores en las primeras etapas de la formación de su personalidad” (Louro, 2004). En la familia adquiere una serie de valores que las transmite a sus miembros, siendo el prototipo principal de cualquier grupo humano a través del cual el individuo necesariamente establece relación con la sociedad, pues de otra manera no podría interactuar adecuadamente (Louro, 2004).

VIH

Es un virus lento perteneciente a los retrovirus humanos. Este virus, junto con otros virus lentos, tiene la característica de un período de incubación largo, y el hecho de que afecta el sistema hematopoyético y el sistema nervioso central, causa supresión inmunitaria y marcada variabilidad estructural (Criollo,2012)

CAPITULO II

El problema, objetivos, hipótesis y variables.

2.1 Planteamiento del problema

2.1.1. Descripción de la realidad problemática

En la actualidad la enfermedad del SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es, en muchos componentes, un hecho sin precedentes en la historia de las enfermedades de la humanidad. La emergencia de la enfermedad y la rápida diseminación de la infección por el mundo provocaron la movilización de recursos humanos y financieros dedicados a la investigación, el tratamiento y las estrategias de control; todo esto cobró una dimensión global incomparable con hechos conocidos hasta hoy. Lee y Zwi ,(2003)

La mayoría de las investigaciones sobre el SIDA, a inicios de los años 80, se dedicó al entendimiento de su ocurrencia y presentación en las poblaciones y sus entornos. En los últimos 20 años, el conocimiento del SIDA se ha nutrido de resultados de importantes investigaciones médico-sociales llevadas a cabo a los niveles nacional e internacional, que han contribuido a la exploración de la transmisión del VIH. Otros estudios han sido dirigidos al contexto individual en términos de comportamiento sexual y conocimientos acerca del VIH y el SIDA. En los últimos años ha ampliado el campo de investigaciones para incluir a la mujer y la juventud, el enfoque de género, los derechos humanos, el apoyo social, el impacto de las

estrategias de control y los costos del tratamiento en términos de acceso global. Gala, (2007).

En los primeros años de la enfermedad, las investigaciones médicas se movían fuera de su paradigma de ver al individuo como unidad de análisis. Después de algunos años de seguimiento al VIH, se hizo evidente que, si la transmisión debía ser detenida o al menos disminuida, debían entenderse bien las relaciones sociales en las cuales las conductas de riesgo ocurrían Gala, (2007). Surge así el enfoque biopsicosocial, el cual reconoce una gama de factores que hacen más o menos vulnerable a los individuos, incluidos los genéticos y fisiológicos, las características demográficas, el estado socioeconómico, el ambiente social, comportamiento individual y familiar, así como otros factores psicosociales Gala, (2007).

La enfermedad del VIH/SIDA ha sido vista desde su dimensión social, económica y política, en su relación con otras ITS, sin embargo, aún quedan algunas brechas en el conocimiento del papel del individuo como ser vulnerable de adquirir la infección, que pudieran resumirse en un proceso dinámico en el cual se involucran diferentes factores (sociales, ambientales y culturales). A este proceso dinámico se le denomina “dinámica de adquisición” donde principalmente el apoyo social y la intervención del apoyo familiar permitan una adaptación a la enfermedad y no complique la salud del paciente.

Actualmente, existen 33.3 millones de personas que viven con el VIH en todo el mundo, de las cuales 22.5 millones viven en África subsahariana, el 97% se encuentran en países

no desarrollados y en vías de desarrollo. Cerca de 1000 infectados son niños menores de 15 años, alrededor de 6000 infectados son adultos y mayores de 15 años, de los cuales, el 51% son mujeres y el 41% son jóvenes entre 15 y 24 años. La mayor parte de la epidemia de VIH en esta región se concentra en redes de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

En el Perú, 72 mil personas viven con VIH -SIDA y el 36% de ellos sin siquiera saberlo. Es decir, aproximadamente 26 mil peruanos tienen VIH y no lo saben. Son portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana que pueden estar manteniendo relaciones sexuales sin la debida protección, además de llevar su vida sin atención ni tratamiento. Son personas adultas de al menos 15 años que viven con el VIH: 73 000. Mujeres de al menos 15 años que viven con el VIH: 18 000. Fallecimientos por SIDA: 5 000.

La calidad de vida asociada a la enfermedad se torna compleja cuando no son atendidos convenientemente a través de un equipo multidisciplinario, sabiendo que se trata de una enfermedad crónica como el VIH/SIDA. El término calidad de vida data desde comienzos de la historia de la humanidad, pero su estudio científico se hace relevante a partir de los años cincuenta del siglo pasado, y, por otro lado, sólo hasta los años ochenta tiene un gran auge como forma de preocupación individual y social por la mejora de las condiciones de vida. Tiene diversas connotaciones: inicialmente hacía referencia al cuidado de la salud personal, luego se incluyó en la salud e higiene pública, en los derechos humanos, laborales y ciudadanos, en la capacidad de

acceso a los bienes económicos, hasta convertirse en la preocupación por la experiencia del sujeto, la vida social, el apoyo familiar y la actividad cotidiana y la propia salud. Schwartzmann, (2003).

La salud y el bienestar, están intrínsecamente relacionados con la calidad de vida, se afectan cuando aparece una enfermedad crónica, ya que el paciente puede experimentar desmejoramiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades, afectando asimismo al autoconcepto, el sentido de vida y provocando estados depresivos Gil-Robles, 2004. Citado en Schwartzmann, (2003), sostiene que el aumento en la esperanza de vida hace que la calidad de vida sea el objetivo primordial en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas.

A nivel general, las enfermedades crónicas suelen afectar de manera importante varios aspectos de la vida de los pacientes Oblitas, 2006. Citado en Vinaccia, (2008), desde la fase inicial aguda, en la que los pacientes sufren un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, acompañado de ansiedad, miedo y desorientación Brannon y Feist, (2001), hasta la asunción del carácter crónico del trastorno, que implica en mayor o menor medida, cambios permanentes en la actividad física, laboral y social de los pacientes, condición que suele durar toda la vida. Simón, (1999).

Se ha encontrado, además, que los pacientes con diversas enfermedades crónicas que tienen un alto nivel de satisfacción en relación al apoyo social

presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad. Vinaccia, (2008) y es más importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe Vinaccia, (2008). Se ha podido comprobar, de acuerdo con la teoría de la amortiguación, que la percepción de disponer de apoyo protege a las personas de los efectos patogénicos de los eventos estresantes Vinaccia, (2008).

Partimos de la hipótesis de que, a un mejor funcionamiento familiar, sus condiciones y consecuencias de la enfermedad genera menos complicaciones físicas y emocionales frente al curso de la enfermedad, mientras que a menor funcionamiento familiar genera mayores complicaciones a nivel físico y mental, en relación a la enfermedad. Los estudios anteriores previamente publicados no han relacionado estas variables de estudio de los pacientes.

En la actualidad se realizan importantes esfuerzos dirigidos a su prevención, control y tratamiento, para lo cual se requiere de estrategias de acción multidisciplinarias. En este sentido, resulta de gran importancia el reconocimiento de la influencia del apoyo social y el apoyo familiar como factores psicosociales en el estudio de las pacientes en la enfermedad con VIH.

2.1.2. Antecedentes teóricos

El tema de la familia como un todo ha hecho posible que estudios e investigaciones en diferentes áreas familiares dieran resultados favorecedores para ella. Es necesario mencionar cuán importante es la familia para el individuo, en situaciones de enfermedad constituye un soporte y la base de su recuperación y este es precisamente uno de los aspectos

estudiados, lograr la recuperación a través de la familia. Sin embargo, aunque es muy cierto que la familia brinda soporte al enfermo, también la familia completa puede verse afectada en su salud psicológica por la misma enfermedad. Los estudios realizados demuestran efectivamente esta realidad y lo necesario de brindarle atención integral en el ámbito de la salud. Suárez, 2006. Citado en Criollo (2012)

La familia comienza a sentir las consecuencias de la enfermedad a raíz del diagnóstico positivo, debiendo llevar sobre sí toda la carga discriminativa que la lleva callar el diagnóstico y enfrentar sola la nueva situación problemática en su seno. Los estudios realizados en relación a la comunicación del diagnóstico positivo para VIH/SIDA y sus consecuencias en las relaciones sociales, principalmente en las relaciones familiares son mayormente abundantes en literatura europea y norteamericana. Moroni, 2009. Citado en Criollo (2012)

Las investigaciones en torno a la familia sobre el funcionamiento de la estructura familiar en relación con el VIH/SIDA, llevan a una exploración profunda de los problemas que afrontan las familias en su manejo del problema de la enfermedad. Las familias son víctimas del proceso de estigmatización asociado directamente a la forma en que manejan este problema de salud. (Citado en Criollo 2012)

2.1.3. Definición de problema general y específicos

2.1.3.1. Problema general:

¿Cuál es la percepción del funcionamiento familiar en pacientes con el diagnóstico de VIH que asisten al Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa?

2.1.3.2. Problemas específicos

¿Cuál es la percepción del funcionamiento familiar en su dimensión de comunicación en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH?

¿Cuál es la percepción del funcionamiento familiar en su dimensión de resolución de problemas en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH?

¿Cuál es la percepción del funcionamiento familiar en su dimensión de Involucramiento afectivo y respuestas afectivas en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH?

¿Cuál es la percepción del funcionamiento familiar en su dimensión de roles en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH?

¿Cuál es la percepción del funcionamiento familiar en su dimensión de control de conducta en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH?

2.2 Objetivos, delimitación y justificación de la investigación

2.2.1 Objetivo general y específico

2.2.2.1 Objetivo General

Describir la valoración del funcionamiento familiar en pacientes con el diagnóstico de VIH que asisten al hospital de Arequipa.

2.2.2.2. Objetivos Específicos

Identificar la percepción del funcionamiento familiar en su dimensión de comunicación en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH.

Identificar la percepción del funcionamiento familiar en su dimensión de resolución de problemas en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH.

Identificar la percepción del funcionamiento familiar en su dimensión de involucramiento afectivo y respuestas afectivas en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH.

Identificar y describir la percepción del funcionamiento familiar en su dimensión de roles en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH.

Identificar y describir la percepción del funcionamiento familiar en su dimensión de control de conducta en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH.

2.2.2 Delimitación del estudio

La presente investigación se realizó con los pacientes adultos diagnosticados con VIH que asisten a consulta ambulatoria en el Hospital regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa que acuden a la consulta y control ambulatorio en el servicio de epidemiología, la entrevista, evaluación psicológica de los pacientes se realizó en el primer trimestre del año 2017, a quienes previamente se les ha solicitado su consentimiento informado para participar en la presente investigación. La aplicación del instrumento psicológico se desarrolló tanto en los turnos de mañana y tarde que asisten los mencionados pacientes.

2.2.3. Justificación e importancia del estudio

El estudio desde el punto de vista social pretende ampliar la información de la percepción del funcionamiento familiar en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH.

En este sentido, es fundamental continuar examinando en profundidad la relación sostenida entre la percepción del funcionamiento familiar en el transcurso del desarrollo de la enfermedad crónica, ya que la institución médica no sólo se encarga de transmitir conocimientos a través de su tratamiento, se encarga también de producir un imaginario social; mediante éste se circulan los valores, símbolos y mitos que instituyen un sentido organizador de la sociedad dentro de un campo histórico social determinado; por ello, es primordial que desde ese espacio de la trabajadora social, se eliminen los estigmas que rodean al curso de la enfermedad del VIH.

Además de acuerdo a los resultados de este estudio se busca incrementar el interés del trabajador social y los demás profesionales de la salud en el estudio de los aspectos sociales y familiares que influyen significativamente en el curso de la enfermedad del VIH en pacientes que asisten a la consulta en el hospital Honorio Delgado de Arequipa.

El trabajo de investigación resulta ser importante por las siguientes razones:

Es un aporte para los especialistas del área social, porque brinda información relevante científica ya que los resultados proporcionan a los trabajadores sociales datos importantes para comprender mejor que los aspectos sociales y psicológicos influyen de manera significativa en esta población que padece esta enfermedad, en particular permitiendo de este modo tomar decisiones a nivel de prevención de la salud integral, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH, lo cual repercute no solamente en lo individual sino también a nivel familiar y laboral.

Finalmente, con los resultados de este estudio se busca incrementar el interés en los profesionales de la salud en el estudio de los aspectos psicológicos y sociales que influyen significativamente en el tratamiento, manejo y recuperación de las pacientes en las diversas etapas de la enfermedad, en este caso en particular del paciente afectado del VIH.

En este sentido, surgen los esfuerzos desde el punto de vista social para evaluar la percepción del funcionamiento familiar en los pacientes diagnosticados con VIH.

2.3 Hipótesis, variables y definición operacional.

2.3.1. Supuestos teóricos

Entre mejor percepción del funcionamiento familiar, mejor adaptación a su enfermedad de VIH en pacientes atendidos en el Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

Entre una percepción inadecuada del funcionamiento familiar mayor dificultad en su adaptación a su enfermedad de VIH en pacientes atendidos en el Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

2.3.2 Hipótesis general y específica

2.3.2.1. Hipótesis general:

El nivel de percepción del funcionamiento familiar, en pacientes con la enfermedad del VIH, atendidos en el Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, es significativo.

2.3.2.2. Hipótesis específica:

El nivel de percepción del funcionamiento familiar en su dimensión de comunicación en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH, atendidos en el Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, es significativo.

El nivel de percepción del funcionamiento familiar en su dimensión resolución de problemas en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH, atendidos en el Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, es significativo.

El nivel de percepción del funcionamiento familiar en su dimensión involucramiento afectivo y respuestas afectivas, en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH, atendidos en el Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, es significativo.

El nivel de percepción del funcionamiento familiar en su dimensión roles, en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH, atendidos en el Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, es significativo.

El nivel de percepción del funcionamiento familiar en su dimensión de control de conducta, un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH, atendidos en el Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, es significativo.

2.3.3. Variables, definiciones operacionales e indicadores.

Variables Atributivas

Evaluación del funcionamiento Familiar

Definida por los resultados obtenidos en el cuestionario del funcionamiento familiar

Dimensiones/Indicadores:

- 1.- Resolución de problemas: se refiere a la habilidad de la familia para resolver problemas.
- 2.- Comunicación: alude al intercambio de información en la familia.

- 3.- Roles: la familia asigna a los individuos funciones familiares.
- 4.- Involucramiento afectivo: la familia muestra interés y valora las actividades e intereses de cada miembro de la familia.
5. Respuestas afectivas: alude a la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo.
- 6.- Control de conducta: Se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento. (García y Liberato 2014).

CAPITULO III

MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTOS

3.1. Tipo de Investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo no experimental, porque permite la medición y cuantificación de la variable de estudio, en este caso el nivel de funcionamiento familiar que existe en los pacientes que padecen de VIH sida.

La investigación no experimental es aquella investigación en la que no se manipula deliberadamente la variable independiente, lo que hacemos es variar en forma intencional las variables independientes, para posteriormente ver cuál es su efecto ante otras variables. En consecuencia, propiamente dicho, la investigación no experimental analiza la realidad y observa la situación, el momento, como se da en su contexto natural.

Los estudios descriptivos proyectan determinar las propiedades, características y perfiles del objeto de estudio, evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar, desde el punto de vista científico. El objetivo de la investigación descriptiva es describir los datos, el cual debe de tener un tipo de impacto con la gente a su alrededor, llegando a conocer situaciones, actitudes, costumbres, a través de la descripción exacta de las actividades. Su límite no se condiciona a la recolección de datos, por lo contrario, esta busca la predicción e identificación de las relaciones que se encuentran entre dos o más variables. Por lo tanto, el presente estudio es una investigación descriptiva, de nivel aplicativo ya que otorga un aporte significativo al quehacer en el cuidado del paciente con enfermedad de VIH sida (Salkind, 2013).

3.2. Diseño

El diseño de la presente investigación es un estudio descriptivo, de corte transversal ya que permite obtener información precisa sobre la variable de estudio en un espacio y tiempo determinado. Los diseños de investigación de corte transversal, recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. La finalidad de esta investigación es explicar las variables, analizando su incidencia e interrelación en un determinado tiempo o situación. El diseño organiza la estructura de cualquier trabajo científico y esta podría contener una diversidad de grupos o subgrupos de personas, así como también de objetos o indicadores. Existen muchos diseños que se emplean en la investigación, estos adquieren una serie de ventajas y también una serie de desventajas según el diseño a trabajar. (Salkind, 2013).

3.3. Población y muestra

La población de la que se obtendrá la muestra está conformada por la totalidad de 500 pacientes que asisten al consultorio de epidemiología en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, durante el primer trimestre del año 2017, que se encuentren asistiendo a su grupo de apoyo.

De esta manera los participantes serán elegidos en función a un muestreo intencional no probabilístico. La muestra estará conformada por 100 pacientes de ambos sexos, cuya edad cronológica este comprendida entre 20 y 50 años. El acceso a la muestra se dará mediante la disponibilidad de participación y aceptación por parte de las autoridades respectivas.

Criterios de inclusión

- 1) Edad:** Conformado por pacientes hombres y mujeres entre 20 y 50 años.
- 2) Sexo:** Conformado por pacientes hombres y mujeres
- 3) Estado Civil:** Solteros, casados y convivientes.
- 4) Tiempo de enfermedad:** Menos de un año, de 1 a 3 años 4 años a más.
- 5) Sector poblacional:** La presente investigación se realizará en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa por tener acceso directo con sus autoridades, quienes permitirán la aplicación de la batería de instrumentos.
- 6) Participación:** La participación de los pacientes será voluntaria.

Criterios de exclusión

- 1) Comprensión de los ítems:** Si se aprecia que el paciente presenta dificultades para la comprensión de cada uno de los ítems, se tendrá en cuenta ello para no considerarlo como parte de la muestra.
- 2) Condiciones físicas y cognitivas.** - Condiciones físicas y cognitivas que no les permitan responder a los instrumentos.
- 3) Recibir atención en el Servicio de Psiquiátrica.**

3.4 Técnicas de recolección de datos

3.4.1 Escala del funcionamiento familiar

El cuestionario del funcionamiento familiar Elaborado por: Julca, M. y Liberato, J. (2013).

El instrumento fue creado por Julca, M. y Liberato, J. (2013). En base a los criterios tomados por el Modelo Mc Master de Epstein. Basado en los trabajos de Epstein, Bishop y Levin (1978) en las Universidades McMaster y Brown. Este instrumento esta agrupado por dimensiones y consta de 15 ítems; puntuables entre 0 y 3 puntos, lo que permitió obtener una puntuación mínima de 0 y máxima de 45.

Cada ítem tuvo como alternativas de respuesta:

A.- Siempre : 3 puntos

B.- Casi siempre: 2 puntos

C.- A veces : 1 puntos

D.- Nunca : 0 punto

Validez y confiabilidad

a. Validez

El cuestionario que evalúa el funcionamiento familiar de Julca y Liberato (2013), fue sometido a la validez predictiva, mediante la aplicación de prueba de coeficiente de correlación de "rs" de Spearman Brown, y luego de un tiempo se utilizó el coeficiente de correlación de "r" de Pearson, para los ítems del instrumento de medición, en donde se obtuvo un valor de $rs = 0.936$ ($rs > 0.75$), siendo un instrumento válido. Julca, M. y Liberato, J. (2013).

b. Confiabilidad

En lo que respecta a la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar a una muestra piloto de 50 pacientes, en donde se obtuvo para el constructo total un valor de confiabilidad Alfa de Cronbach de $\alpha = 0.809$ ($\alpha > 0.75$) lo cual indica que el cuestionario de Funcionamiento Familiar, es altamente confiable y significativo a nivel psicométrico. Asimismo, en las dimensiones se encontró lo siguiente: Julca, M. y Liberato, J. (2013).

Tabla 1
Confiabilidad

Dimensiones	Alfa de Cronbach	N° ítems
Comunicación	0.770	3
Resolución de problemas	0.805	3
Involucramiento afectivo y Respuestas afectivas	0.800	3
Roles	0.783	3
Control de conducta	0.799	3

c. Baremación

Los puntajes directos serán convertidos en niveles diagnósticos y las dimensiones del instrumento, los cuales serán calificadas de acuerdo a la siguiente escala:

Tabla 2
Baremación

Dimensiones	Bajo	Medio	Alto
Comunicación	0 - 3	4 - 7	8 - 9
Resolución de problemas	0 - 3	4 - 7	8 - 9
Involucramiento afectivo y Respuestas afectivas	0 - 3	4 - 7	8 - 9
Roles	0 - 3	4 - 7	8 - 9
Control de conducta	0 - 3	4 - 7	8 - 9
Funcionamiento Familiar	0 - 15	16 - 30	31 - 45

3.5. Procesamiento de Datos

Los pacientes serán evaluados durante el proceso de asistencia a su grupo de apoyo en la consulta externa. De forma individual se les aplicarán el cuestionario sobre el funcionamiento familiar.

Antes de su aplicación, la evaluadora (autora de la investigación) leerá y explicará detenidamente las instrucciones de cada cuestionario. Se tendrá en cuenta el correcto llenado de las hojas.

Los Resultados se presentarán:

Nivel Descriptivo: Las puntuaciones directas obtenidas de los instrumentos se presentan en tablas gráficas Porcentuales.

Nivel Estadístico te realizara un análisis a través de la comparación de medias aritméticas.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo

Tabla 3

Edades de pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

Edades	Frecuencia	Porcentaje
De 20 a 29 años	29	29%
De 30 a 39 años	34	34%
De 40 a 50 años	37	37%

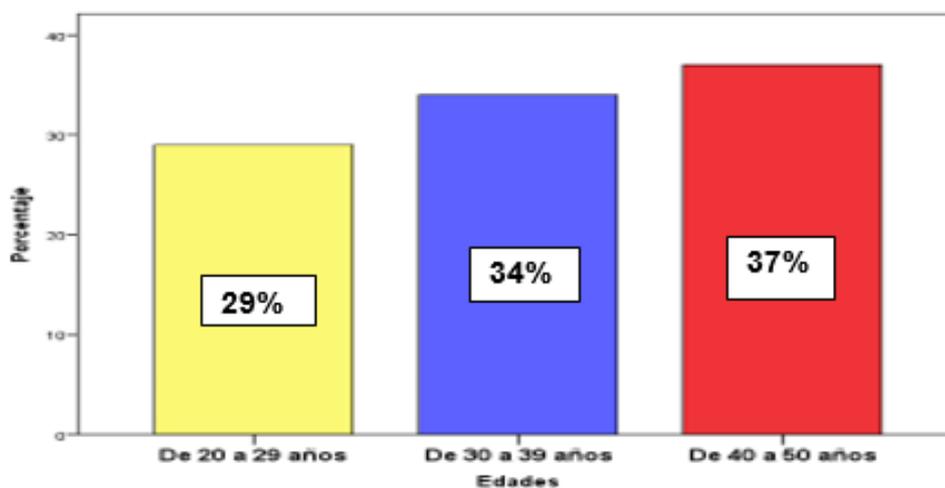


Figura 1. Edades de pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

En la tabla se puede percibir que el 37% de los pacientes se encuentran entre las edades de 40 a 50 años, seguidamente el 34% fluctúan las edades de 30 a 39 años, y finalmente el 29% tienen edades de 20 a 29 años.

Tabla 4.

Estado Civil de pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	58	58%
Casado	42	42%

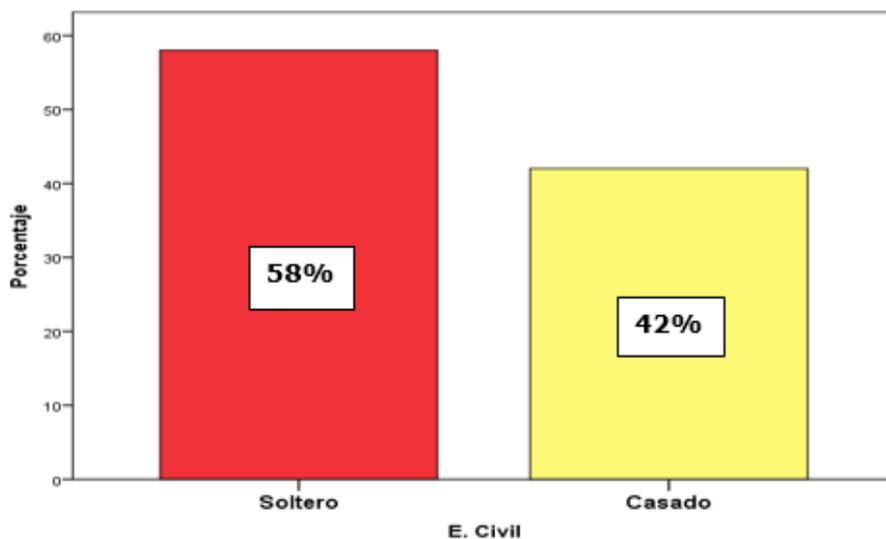


Figura 2. Estado Civil de pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

En la tabla estado civil de pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de Epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa se evidencia que el 58% de los pacientes son solteros, seguidamente el 42% pertenecen a un estado civil de casados.

Tabla 5.

Sexo de pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	65	65%
Femenino	35	35%

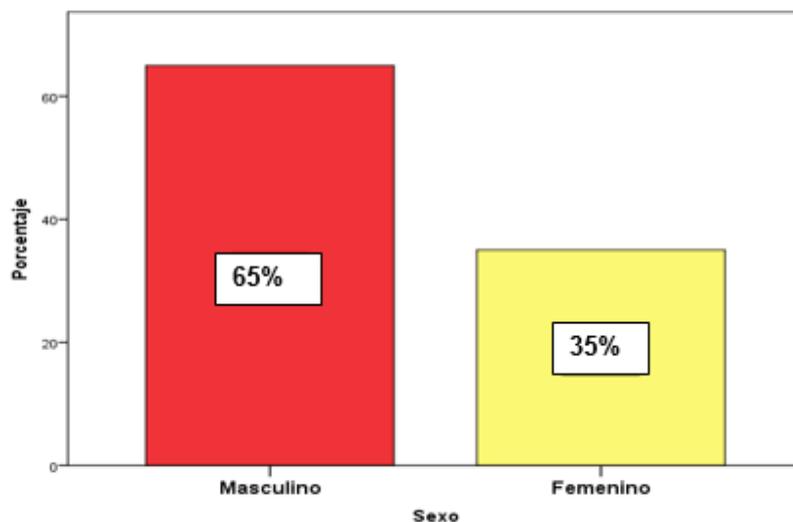


Figura 3. Sexo de pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

En la tabla sexo de pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de Epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa se puede percibir que el 65% de los pacientes pertenecen al género masculino, mientras que el 35% pertenecen al género femenino.

Tabla 6.

Tiempo de enfermedad en pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

<i>Tiempo de enfermedad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
2 años	45	45%
3 años	23	23%
4 años	10	10%

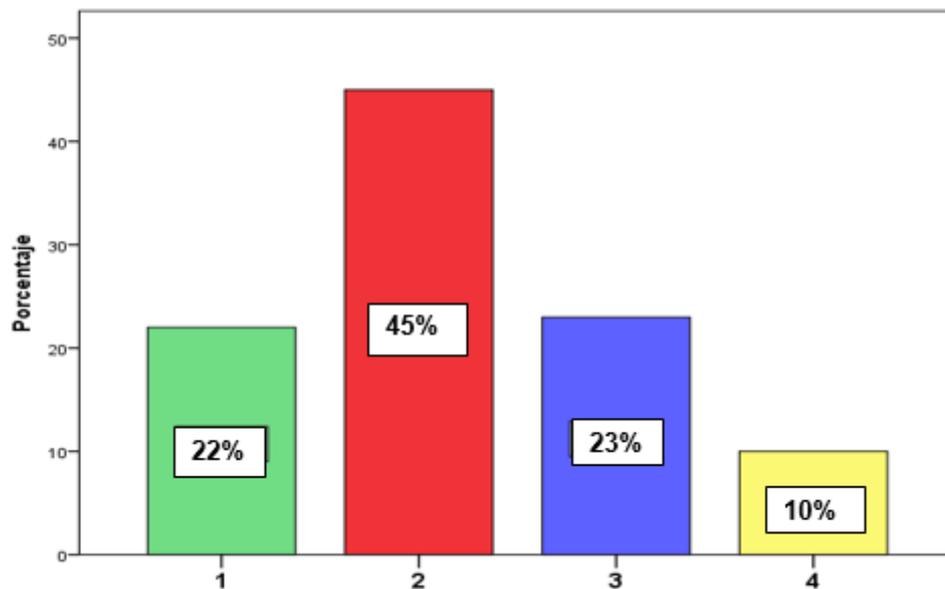


Figura 4. Tiempo de enfermedad en pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

En la tabla tiempo de enfermedad de pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de Epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa se puede concluir que el 45% de los pacientes tiene la enfermedad por 2 años, seguidamente el 23% lo tienen hace 3 años, el 22% hace un año, y finalmente el 10% por casi 4 años.

Tabla 7.

Orientación Sexual en pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

<i>Tiempo de enfermedad</i>	Frecuencia	Porcentaje
Heterosexual	51	51%
Homosexual	37	37%
Bisexual	12	12%

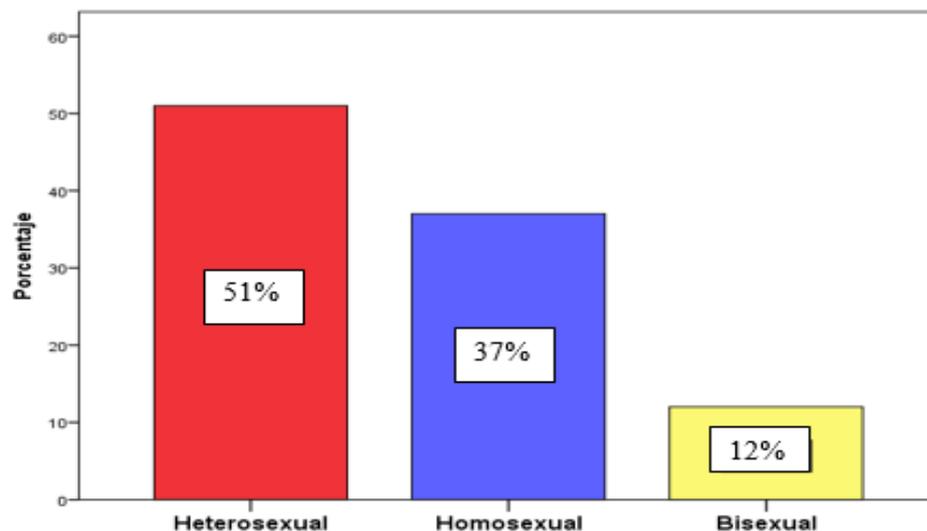


Figura 5. Orientación Sexual en pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

En la tabla se puede percibir que el 51% de los pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de Epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa presentan una orientación sexual Heterosexual, seguidamente el 37% se considera homosexual, y finalmente el 12% bisexual.

Tabla 8

Estadísticos descriptivos de pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

	N	Media	Error estándar	Desviación estándar	Varianza
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico
Edad	100	36	0,87	8,7	75,7
Estado Civil	100	1	0,05	0,5	0,3
Sexo	100	1	0,05	0,5	0,2
Tiempo de Enfermedad	100	2	0,09	0,9	0,8
Orientación Sexual	100	3	0,07	0,7	0,5

En la tabla de estadísticos descriptivos de pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de Epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado

Espinoza de Arequipa se percibe que el promedio de edades en los pacientes es de $X=36$ años, con una desviación estándar de 8.7 y varianza de 75.7, además, el estado civil que más predomina es soltero, y el sexo masculino, el tiempo de enfermedad es de 2 años, y la orientación sexual Heterosexual.

2. Análisis Estadístico

Percepción de la variable Funcionamiento Familiar

Existe un nivel de funcionamiento familiar medio percibido en pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de Epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.

Tabla 9.

Distribución de funcionamiento familiar en pacientes diagnosticados con VIH.

Niveles	f	%
Alto	0	0%
Medio	94	94%
Bajo	6	6%

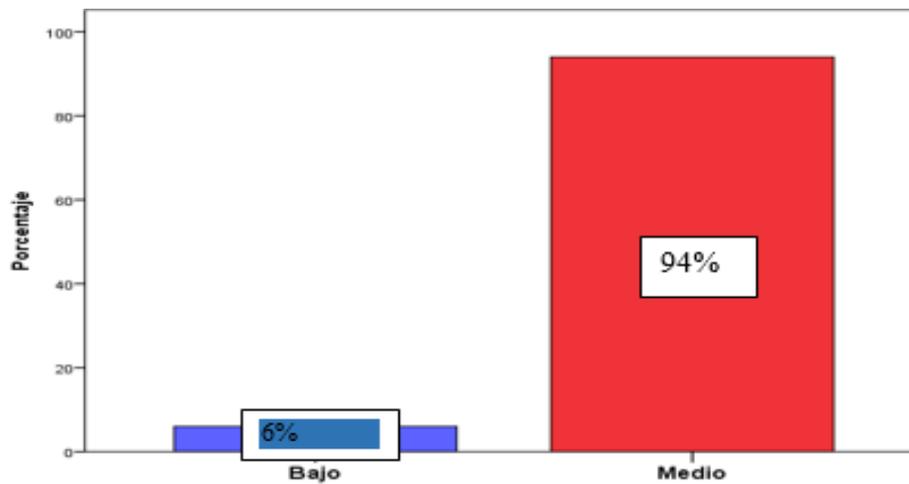


Figura 6. Distribución de funcionamiento familiar en pacientes diagnosticados con VIH.

En la tabla distribución de funcionamiento familiar en pacientes diagnosticados con VIH de consulta externa en el Servicio de

Epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, se aprecia que mayoría el (94%) se ubica en un nivel Medio, el (6%) Bajo, y ninguno Alto.

Tabla 10.

*Distribución de funcionamiento familiar de la dimensión **Comunicación** en pacientes diagnosticados con VIH.*

Niveles	f	%
Alto	0	0%
Medio	26	26%
Bajo	74	74%

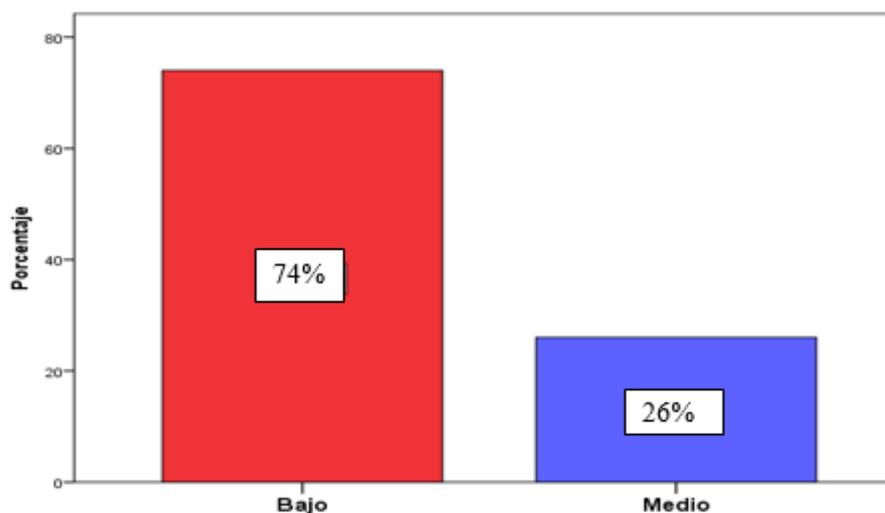


Figura 7. Distribución de funcionamiento familiar de la dimensión Comunicación en pacientes diagnosticados con VIH.

En la tabla 10 distribución de funcionamiento familiar de la dimensión Comunicación en pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de Epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, se aprecia que la mayoría el (74%) se ubica en un nivel Bajo, seguidamente el nivel medio (26%).

Tabla 11.

*Distribución de funcionamiento familiar de la dimensión **Resolución de Problemas** en pacientes diagnosticados con VIH.*

Niveles	f	%
Alto	0	0%
Medio	26	26%
Bajo	74	74%

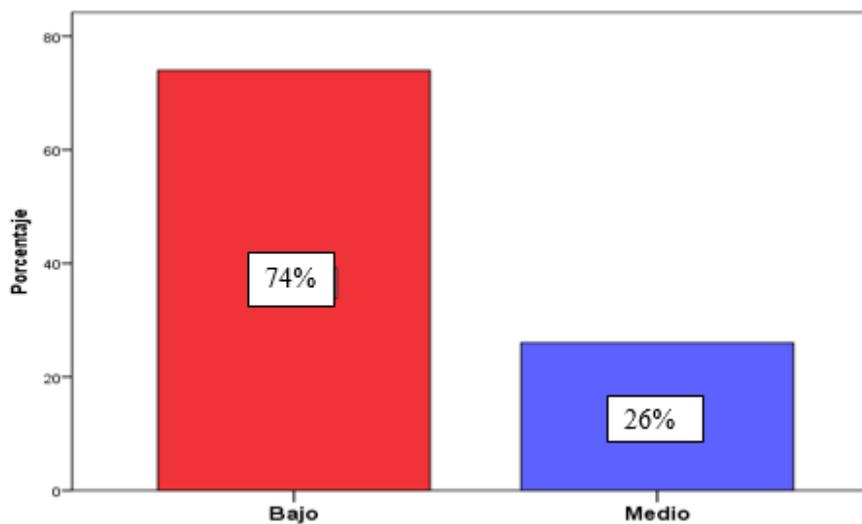


Figura 8. Distribución de funcionamiento familiar de la dimensión Resolución de Problemas en pacientes diagnosticados con VIH.

En la tabla 11 distribución de funcionamiento familiar de la dimensión Resolución de Problemas en pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de Epidemiología del Hospital Nacional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, se aprecia que mayoría (74%) se ubica en un nivel bajo, seguidamente el grupo de (26%) Medio, y ninguno presenta el nivel alto.

Tabla 12.

*Distribución de funcionamiento familiar de la **dimensión Involucramiento afectivo y respuestas afectivas** en pacientes diagnosticados con VIH.*

Niveles	f	%
Alto	0	0%
Medio	38	38%
Bajo	62	62%

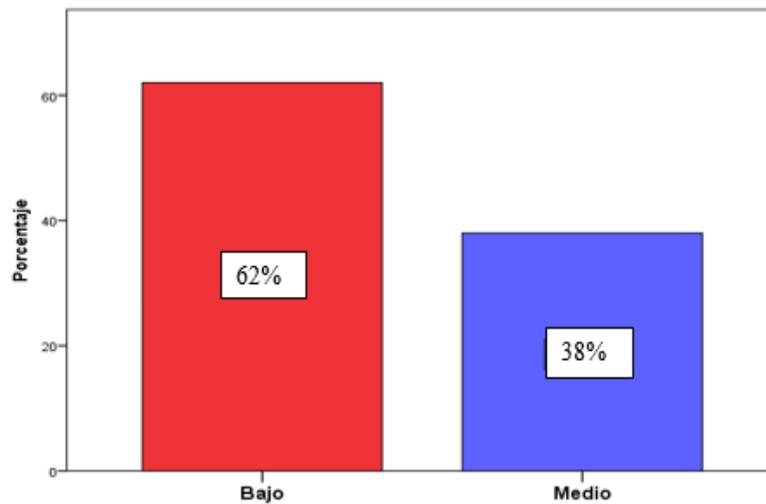


Figura 9. Distribución de funcionamiento familiar de la dimensión Involucramiento afectivo y respuestas afectivas en pacientes diagnosticados con VIH.

En la tabla 12 distribución de funcionamiento familiar de la dimensión Involucramiento afectivo y respuestas afectivas en pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de Epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, se evidencia que mayoría el 62% se ubica en un nivel Bajo, seguidamente el grupo de 38% nivel Medio, y ninguno Alto.

Tabla 13.

*Distribución de funcionamiento familiar de la dimensión **Roles** en pacientes diagnosticados con VIH.*

Niveles	f	%
Alto	5	5%
Medio	92	92%
Bajo	3	3%

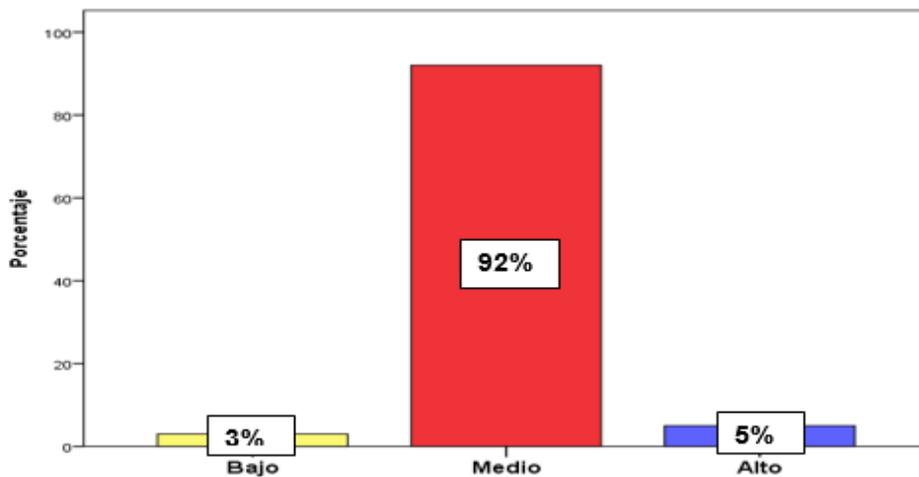


Figura 10. Distribución de funcionamiento familiar de la dimensión Roles en pacientes diagnosticados con VIH.

En la tabla 13 distribución de funcionamiento familiar de la dimensión Roles en pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de Epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, se muestra que la mayoría (92%) se ubica en un nivel Medio, seguidamente otro grupo el 5% un nivel Alto, y finalmente el 3% en un nivel Bajo.

Tabla 14.

*Distribución de funcionamiento familiar de la dimensión **Control de conducta** en pacientes diagnosticados con VIH.*

Niveles	f	%
Alto	2	2%
Medio	87	87%
Bajo	11	11%

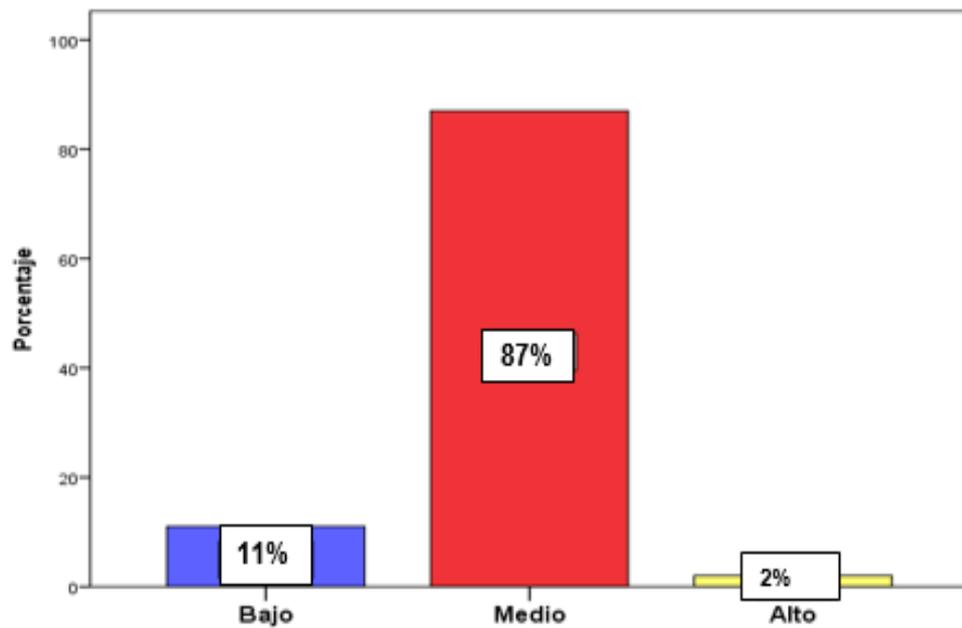


Figura 11. Distribución de funcionamiento familiar de la dimensión Control de conducta en pacientes diagnosticados con VIH

En la tabla 14 distribución de funcionamiento familiar de la dimensión Control de conducta en pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de Epidemiología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, se aprecia que mayoría (87%) se ubica en un nivel Medio, seguidamente uno grupo presenta un (11%) nivel Bajo, y finalmente el 2% en un nivel Alto

4.2 Discusión y análisis de los resultados

La discusión de los resultados se centra en poder observar si se produjeron los resultados esperados para observar de qué manera se da el funcionamiento familiar en los pacientes diagnosticados con VIH, considerando las dimensiones mediante la aplicación del cuestionario de funcionamiento familiar.

De acuerdo a los resultados, existe nivel de funcionamiento familiar medio percibido en pacientes. El 94% de los pacientes presenta un nivel medio y el 6% de ellos presenta un nivel de funcionamiento familiar bajo. Estos resultados concuerdan con lo planteado en el modelo McMaster de Funcionamiento Familiar (MMFF) donde plantea que la familia es un sistema de modelo integral de evaluación y tratamiento familiar. Avena Servin, (2013). Es decir a pesar de la enfermedad crónica de un miembro de la familia las familias presentan una buena percepción familiar.

De acuerdo a estos resultados la mayoría de los pacientes solo compartes mensajes verbales, afectivos, así como sus roles y control de conducta en un nivel medio, lo que en muchas ocasiones va a dificultar la interacción de aspectos asociados a su enfermedad.

Con respecto al funcionamiento familiar en su dimensión de comunicación es bajo, existiendo un 74% bajo y un 26% medio. Esto nos refleja que el intercambio de información en la familia, es baja existiendo una marcada dificultad en la comunicación afectiva, existiendo una comunicación confusa e indirecta, confusión en el intercambio de la información, donde los mensajes entre sus miembros son confusos. Avena Servín. (2013)

El nivel de funcionamiento familiar de la dimensión Resolución de Problemas se presenta a un nivel bajo, existiendo

un 74% bajo y un 26% nivel medio. Esto se refiere a que los pacientes enfrentan dificultades en resolver sus problemas, siendo ineficientes, no son capaces de manejarlos. Tanto los aspectos mecánicos de la vida diaria (sustento económico, alimento, ropa, casa, transporte, etc.), así como los problemas afectivos están vinculados con aspectos emotivos (coraje, depresión, amor, etc.). Avena Servín. (2013)

El nivel de funcionamiento familiar de la dimensión Involucramiento afectivo y respuestas afectivas percibido en pacientes se presenta a un nivel bajo, existiendo un 62% bajo y un 38% medio. Es decir, un 62% no muestra interés en lo que ocurre entre sus miembros, ni valora las actividades e intereses de cada miembro de la familia. El foco está en la cantidad y calidad del interés que los miembros de la familia muestran uno hacia el otro, es muy escaso.

El nivel de funcionamiento familiar de la dimensión Roles percibido en pacientes se presenta a un nivel medio, existiendo un 92% medio y un 3% bajo y un 5% alto. Esto nos indica que en un 92% son capaces de cumplir funciones familiares en cada uno de los miembros, funciones tanto instrumentales o quehaceres cotidianos como también de carácter afectivo.

El nivel de funcionamiento familiar de la dimensión Control de conducta percibido en pacientes se presenta a un nivel medio, existiendo un 87% medio, un 11% bajo y un 2% alto. Esto nos indica que en un 11 % muestran dificultad para adoptar patrones de conducta para manejar su comportamiento en situaciones que implican peligro físico, así como enfrentar y expresar necesidades psicológicas, biológicas e instintivas. Situaciones que implican sociabilización, entre los miembros de la familia y con la gente fuera del sistema familiar. Avena Servín. (2013).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

1. De acuerdo a los resultados, existe un nivel de funcionamiento familiar medio percibido en pacientes. El 94% de los pacientes presenta un nivel medio y el 6% de ellos presenta un nivel el funcionamiento familiar bajo.
2. Con respecto al funcionamiento familiar en su dimensión de comunicación es bajo, existiendo un 74% bajo y un 26% medio.
3. El nivel de funcionamiento familiar de la dimensión Resolución de Problemas se presenta en un nivel bajo, existiendo un 74% bajo y un 26% medio.
4. El nivel de funcionamiento familiar de la dimensión Involucramiento afectivo y respuestas afectivas percibido en pacientes se presenta en un nivel bajo, existiendo un 62% bajo y un 38% medio.
5. El nivel de funcionamiento familiar de la dimensión Roles percibido en pacientes se presenta en un nivel medio, existiendo un 92% medio y un 3% bajo y un 5% alto.
6. El nivel de funcionamiento familiar de la dimensión Control de conducta percibido en pacientes se presenta en un nivel medio. existiendo un 87% medio, un 11% bajo y un 2% alto.

5.2 Recomendaciones

1. Presentar el informe de la investigación realizada a las autoridades respectivas de la Hospital Honorio Delgado, especialmente al Servicio de Epidemiología para la toma de decisiones de las sugerencias, que mejoren el tratamiento multidisciplinario de las pacientes con VIH.

2. Potenciar el desarrollo actividades preventivas promocionales de salud mental en el Programa de capacitación a las pacientes a fin de mejorar las condiciones saludables social y psicológicamente para un adecuado afrontamiento a los síntomas de la de su enfermedad de VIH.
3. Sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la importancia de los fenómenos estudiados como señal de alerta y riesgo para la salud integral de paciente.
4. Realizar un seguimiento sobre las implicancias de los síntomas propios de la enfermedad generando una adecuada adherencia a su tratamiento.
5. Trabajar un abordaje multidisciplinario para apoyar socialmente a su familia y mejorar sus procesos de comprensión y comunicación familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- Alegre, O. (2010) *Estructura y funcionamiento familiar de niños con cáncer desde la perspectiva de las madres*. Curso 2009/10 HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES/18 I.S.B.N.: 978-84-7756-971-8 Recuperado de <ftp://tesis.bbt.ull.es/ccssyhum/cs251.pdf>
- Arés, Patricia (2007). *Psicología de la Familia*. Facultad de Ciencias Psicológicas. Guayaquil: Universidad de Guayaquil
- Avena, I. y Rivera Morales, D. (2013) *Funcionamiento familiar y motivación escolar en alumnos de nivel medio superior*. Instituto Tecnológico de Sonora. Obregón, Sonora, México. Recuperado de http://biblioteca.itson.mx/dac_new/tesis/607_avena_ivonne.pdf
- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C, Fifiecol, J. y Rowc, J. (1988). *Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis*. *Arthritis Care Research*, 1, 71-77.
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo. Nueva.
- Castilla, H. Caycho, T. Ventura. y Palomino-Barboza, M (2015). *Análisis Familiar confirmatorio de la escala de percepción del funcionamiento familiar*. *Revista | salud & sociedad* v. 6, no. 2 pp. 140 – 153 mayo - agosto 2015 issn 0718-7475
- Castro, R. (1997) *Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar*. *Salud pública Méx* vol.39 n.1 Cuernavaca Jan. 1997. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341997000100006>
- Criollo, M. (2012) *Capacidad adaptativa familiar de pacientes seropositivos para V.I.H*. Facultad de ciencias psicológicas. Universidad de Guayaquil. Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/6006/1/TESIS%202012.pdf>

- Farmer, P. Walton, D. Furin, JJ. (2000) *The changing face of AIDS: implications for policy and practice*. In: Mayer K, Pizer H, eds. The emergence of AIDS: the impact on immunology, microbiology, and public health. Washington, DC, American Public Health Association.
- Gala, A. Berdasquera, C. Pérez. Ávila. Pinto Valluerca, J. Suarez, J. Fiol, J. Sánchez. Diaz, M. (2007) *Dinámica en la adquisición del VIH en su dimensión social, ambiental y cultural*. REV CUBANA MED TROP V.59 N.2 CIUDAD DE LA HABANA MAYO-AGO. 2007. Disponible en: HTTP://SCIELO.SLD.CU/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0375-07602007000200003
- García, J. María y Liberato, A. J. (2014). *Funcionamiento familiar y nivel de autoestima del adulto mayor hipertenso*. Hospital distrital Jerusalén Trujillo 2014. Tesis Licenciatura.
- García Méndez (2006) Construcción de una escala de funcionamiento familiar Facultad de Psicología. UNAM. México D.F RIDEP ·Nº 22 ·Vol. 2 ·2006 ·91 - 110
- Otiniano, J. (29 de noviembre del 2015). Abandono del tratamiento de VIH por *discriminación-social-y-laboral*. La Republica, pp. 10. Disponible en: <http://larepublica.pe/impresasociedad/721952>.
- Maguiña Ciro (28 de noviembre 2015) La Republica, pp.11. Disponible en: <http://larepublica.pe/impresasociedad/722032-los-avances-del-peru-en-la-dura-batalla-contra-el-vih>
- Minuchin S. (1989) *Técnicas de terapia familiar*. México DF: Paidós.
- Mondragón, E.J. (1995) *Cuidado humanizado en la salud familiar*. Universidad del Quindío. Hospital Universitario San Juan de Dios. Recuperado de <file:///C:/Users/user/Downloads/1005-2330-1-SM.pdf>
- Montalván, R. y Martínez, K. (2015) *Funcionamiento familiar y nivel de autocuidado en internas de enfermería de la universidad privada Antenor Orrego*. Trujillo, 2014

- Katz, P.P. & Neugebauer, A. (2001). *Does satisfaction with abilities mediate the relationship between the impact of rheumatoid arthritis on values activities and depressive symptoms?* *Arthritis Rheumatism*, 45, 263-269.
- Laurie W. (2003) *Thinking socially about health*. En: Jeff L, ed. *Global inequality and human needs*. California: Allyn and Bacon; 2003. p. 1-23
- Lee K, y Zwi A. (2003) *Global political economy approach to AIDS: Ideology, Interests and Implications*. En: Kelley Lee, ed. *Health Impacts of Globalization*. New York: Palgrave Mac Millan; 2003. p. 13-32.
- Louro Bernal, Isabel. (2004). Modelo teórico-metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria. Tesis Doctoral. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana. Infomed Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/revsalud/temas.php?idv=1148>
- Monsalve, M. (2009.) *Nivel de Autocuidado que tienen los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA en el Hogar San Camilo*. [Tesis Doctoral] Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Organización Panamericana de la Salud (2004). *El VIH/SIDA en países de América Latina. Los retos futuros*. PAHO: Washington.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Situación de la epidemia de SIDA*. WHO:New York.
- Pun Ch.M (2015). *Situación del VIH en el Perú*. Recuperado de <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/vih/matcom/Situacion-Epidemiologica-VIH-2015.pdf>
- Remor, E. (2002). *Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH*. *Atención Primaria*, 30, 143-149.

Rodríguez, K. y Gastañadui, V.(2015) *Apoyo familiar y nivel de autocuidado del adulto con VIH*. Hospital regional docente de Trujillo. Universidad Privada Antenor Orrego – UPAO Recuperado de

URI: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1674>

Salkind, N.J. (2013). *Métodos de investigación* (3a ed.). México: Prentice-Hall. Recuperado de

<http://eva.sepyc.gob.mx:8383/greenstone3/sites/localsite/collect/ciencia1/index/assoc/HASHe5b1.dir/11050004.pdf>

Sampaio, F. y Do Amaral, F (2014) *La convivencia del adolescente con HIV/SIDA y el autocuidado*”. Hospital Dos de Mayo. 65 Perú 2013.

URL Disponible en:
[mhttp://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3812/html_1](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3812/html_1) (Accesado: 7 marzo 2014).

Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*. *Ciencia y Enfermería*, 2, 9-21.

Smilkenstein, G. (1978) *The family APGAR: a proposal or a family function test and its use by physicians*. *J Fam Pract*, 6 (1978), pp. 1231-1239

Suarez, C. I y Alcalá E. (2014). Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar *Rev. Méd. La Paz* v.20 n.1 La Paz. Recuperado de:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010

Vinaccia, S. (2008) *Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida*. *Ter Psicol* v.26 n.1 Santiago jul. 2008. Recuperado de:
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100011>

Zavala-Rodríguez, Del Refugio, Ríos-Guerra, M. (2009). *Funcionalidad familiar y ansiedad en pacientes adultos con enfermedad crónica*. AÑO 9 - VOL. 9 N° 3 - CHÍA, COLOMBIA - DICIEMBRE 2009 z 257 - 270

WHO-UNAIDS. (2009) *Global summary of the AIDS epidemics*, December 2007. Recuperado de http://www.who.int/hiv/data/2008_global_summary_AIDS_ep.png.

ANEXOS

CUESTIONARIO SOBRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Elaborado por: Julca, M. y Liberato, J. (2013).

Instrucciones para su aplicación: Estimado (a) adulto mayor, a continuación, se le formulará una serie de preguntas que están relacionados con el comportamiento de su familia con usted. Se le solicita responder con SINCERIDAD, la respuesta que considere correcta con las alternativas siguientes: La encuesta es totalmente ANÓNIMA. ¡MUCHAS GRACIAS!

Ítem	DIMENSIONES FRECUCENCIA	A	B	C	D
		Siem pre	Casi Siem pre	A vece s	Nun ca
	DIMENSION COMUNICACION				
1	Usted le cuenta a su familia lo que le pasa.				
2	En su casa sus opiniones son tomadas en cuenta.				
3	Durante el día en la familia tienen momentos de conversación.				
	DIMENSIÓN: RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS				
4	En su familia se preocupan por resolver sus problemas de salud.				
5	En su familia se preocupan por su tratamiento farmacológico para la enfermedad.				
6	Si usted tiene dificultades, su familia está en la mayor disposición de ayudarlo				
	DIMENSIÓN: INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO Y RESPUESTAS AFECTIVAS				
7	Siente que su familia lo(a) quiere.				
8	Su familia le pregunta los resultados de la consulta				
9	Su familia se preocupa por su alimentación y le prepara su tratamiento.				
	DIMENSIÓN: ROLES				
10	En su familia cada uno cumple sus responsabilidades.				
11	En su familia usted realiza actividades que puede ejecutar fácilmente.				
12	Cada uno de los miembros de su familia tiene sus propias obligaciones y responsabilidades.				
	DIMENSIÓN: CONTROL DE CONDUCTA				
13	Usted piensa que en su familia se respeta la autoridad.				
14	En su familia existen normas que cumplir.				
15	Usted asiste a reuniones familiares porque siempre lo invitan.				

CUESTIONARIO SOBRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Elaborado por: Julca, M. y Liberato, J. (2013).

I. Instrucciones para su aplicación: Estimado (a) adulto mayor, a continuación, se le formulará una serie de preguntas que están relacionados con el comportamiento de su familia con usted. Se le solicita responder con SINCERIDAD, la respuesta que considere correcta con las alternativas siguientes: La encuesta es totalmente

	DIMENSIONES	A	B	C	D
	FRECUENCIA	Siempre	Casi Siempre	A veces	Nunca
Ítem	DIMENSION COMUNICACION				
1	Usted le cuenta a su familia lo que le pasa.				
2	En su casa sus opiniones son tomadas en cuenta.				
3	Durante el día en la familia tienen momentos de conversación.				
	DIMENSIÓN: RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS				
4	En su familia se preocupan por resolver sus problemas de salud.				
5	En su familia se preocupan por su tratamiento farmacológico para la enfermedad.				
6	Si usted tiene dificultades, su familia está en la mayor disposición de ayudarlo				
	DIMENSIÓN: INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO Y RESPUESTAS AFECTIVAS				
7	Siente que su familia lo(a) quiere.				
8	Su familia le pregunta los resultados de la consulta				
9	Su familia se preocupa por su alimentación y le prepara su tratamiento.				
	DIMENSIÓN: ROLES				
10	En su familia cada uno cumple sus responsabilidades.				
11	En su familia usted realiza actividades que puede ejecutar fácilmente.				
12	Cada uno de los miembros de su familia tienen sus propias obligaciones y responsabilidades.				
	DIMENSIÓN: CONTROL DE CONDUCTA				
13	Usted piensa que en su familia se respeta la autoridad.				
14	En su familia existen normas que cumplir.				
15	Usted asiste a reuniones familiares porque siempre lo invitan.				

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito es solicitar su participación voluntaria de la presente investigación conducida por Dolores Dora Jiménez Sucari de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega Facultad de Trabajo Social.

Si accede a participar en este estudio, se le pedirá responder el cuestionario, de 15 preguntas. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

Su participación es estrictamente voluntaria. La información será confidencial y sólo será utilizada para fines de esta investigación.

Si tiene dudas sobre esta investigación, puede hacer preguntas durante su participación en ella. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante el cuestionario le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora y no responderla.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Dolores Dora Jiménez Sucari. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer la relación significativa entre la autoestima y la satisfacción con la vida.

Reconozco que la información que yo brinde es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y puedo retirarme de la misma cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de esta investigación cuando ésta haya concluido.

Firma del Participante

Fecha

MATRIZ DE CONSISTENCIA

AUTOR: Bach. DOLORES DORA JIMENEZ SUCARI ESPECIALIDAD: AREA SOCIAL

TITULO: “PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AREQUIPA”

PROBLEMA	JUSTIFICACIÓN	OBJETIVOS	DIMENSIONES	VARIABLES	MÉTODO	INSTRUMENTO
<p>Problema Principal</p> <p>Cuál es el nivel del funcionamiento familiar percibido en pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de</p>	<p>El estudio desde el punto de vista social pretende ampliar la información de la percepción del funcionamiento familiar en un grupo de pacientes diagnosticados con la</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Describir la valoración entre la percepción del funcionamiento familiar en pacientes con el diagnóstico de VIH que asisten al hospital de Arequipa.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar y describir la 	<p>VARIABLE PRINCIPAL</p> <p>Describir el funcionamiento familiar percibido en pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de epidemiología</p>	<p>Variables de estudio.</p> <p>Variables Atributivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del funcionamiento Familiar <p>Definida por los resultados obtenidos en el</p>	<p>Tipo de Investigación</p> <p>El presente estudio es de tipo cuantitativo no experimental, porque permite la medición y cuantificación de la variable de estudio, en este caso el nivel de</p>	<p>Escala del funcionamiento familiar</p> <p>El cuestionario del funcionamiento familiar Elaborado por: Julca, M. y Liberato, J. (2013).</p>

<p>epidemiología del Hospital Nacional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> •Cuál es el nivel del funcionamiento familiar en su dimensión Comunicación 	<p>enfermedad del VIH.</p> <p>En este sentido, es fundamental continuar examinando en profundidad la relación sostenida entre la percepción del funcionamiento familiar en el transcurso del desarrollo de la enfermedad crónica, ya que la institución médica no sólo se encarga de transmitir</p>	<p>percepción del funcionamiento familiar en su dimensión de comunicación en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar y describir la percepción del funcionamiento familiar en su dimensión de Resolución de problemas en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del 	<p>del Hospital Nacional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.</p> <p>DIMENSIONES ESPECIFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> •Analizar la Percepción del funcionamiento familiar en su dimensión Comunicación en pacientes 	<p>cuestionario del funcionamiento familiar</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Variables Controladas</p> <p>Deseabilidad Social</p> <p>Se controlará dado que la aplicación del instrumento se realizará de forma</p>	<p>funcionamiento familiar que existe en los pacientes que padecen de VIH sida.</p> <p>Diseño de Investigación</p> <p>El diseño de la presente investigación es un estudio descriptivo, de corte transversal ya que permite obtener información precisa sobre la variable de estudio en un</p>	<p>Así mismo menciona una descripción clara de lo que es una familia “normal”, por medio de seis dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Resolución de problemas: se refiere a la habilidad de la familia para resolver problemas. 2.-
---	---	---	--	--	---	--

<p>•Cuál es el nivel del funcionamiento familiar en su dimensión Resolución de Problemas</p> <p>•Cual e el nivel del funcionamiento familiar en su dimensión Involucramiento afectivo y respuestas afectivas</p> <p>•Cual e el</p>	<p>conocimientos a través de su tratamiento, se encarga también de producir un imaginario social; mediante éste se circulan los valores, símbolos y mitos que instituyen un sentido organizador de la sociedad dentro de un campo histórico social determinado; por ello, es</p>	<p>VIH.</p> <p>• Identificar y describir la percepción del funcionamiento familiar en su dimensión de Involucramiento afectivo y respuestas afectivas en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH.</p> <p>• Identificar y describir la percepción del funcionamiento familiar en su</p>	<p>diagnosticados con VIH</p> <p>•Analizar la Percepción del funcionamiento familiar en su dimensión Resolución de Problemas en pacientes diagnosticados con VIH</p> <p>•Analizar la Percepción del funcionamiento familiar en su dimensión Involucramien</p>	<p>anónima, por lo que se presume que existen mayores probabilidades para que las participantes respondan de forma honesta.</p> <p>• Fatiga y/o Cansancio Físico y Mental</p> <p>Será controlado debido a</p>	<p>espacio y tiempo determinado. Los diseños de investigación de corte transversal, recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único.</p>	<p>Comunicación : alude al intercambio de información en la familia.</p> <p>3.- Roles: la familia asigna a los individuos funciones familiares.</p> <p>4.- Involucramiento afectivo: la familia muestra interés y valora las actividades e</p>
--	--	---	---	--	--	--

<p>nivel del funcionamiento familiar en su dimensión Roles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cual es el nivel del funcionamiento familiar en su dimensión Control de conducta en pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de 	<p>primordial que desde ese espacio de la trabajadora social, se eliminen los estigmas que rodean al curso de la enfermedad del VIH.</p>	<p>dimensión de Roles en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar y describir la percepción del funcionamiento familiar en su dimensión de Control de conducta en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH. • De acuerdo a los resultados de la 	<p>to afectivo y respuestas afectivas en pacientes diagnosticados con VIH</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analizar la Percepción del funcionamiento familiar en su dimensión Roles en pacientes diagnosticados con VIH que asisten a la consulta externa en el Servicio de epidemiología 	<p>que se aplicarán los instrumentos solo a aquellos participantes que ese día de la evaluación.</p>	<p>intereses de cada miembro de la familia.</p> <p>5. Respuestas afectivas: alude a la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo.</p> <p>6.- Control de conducta: Se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el</p>
---	--	---	--	--	--

<p>epidemiología del Hospital Nacional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.</p>		<p>percepción del funcionamiento familiar en un grupo de pacientes diagnosticados con la enfermedad del VIH, sugerir las recomendaciones de apoyo social a los pacientes.</p>	<p>del Hospital Nacional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Analizar la Percepción del funcionamiento familiar en su dimensión Control de conducta en pacientes diagnosticados con VIH 		<p>comportamiento. (citado en García y Liberato 2014:21)</p>
--	--	---	--	--	--