

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH/SIDA DEL HOSPITAL CHANCAY Y SBS, "DR. HIDALGO ATOCHE LOPEZ" - 2022

por Debora Buitron Ramos Marita Paredes Calderon

Fecha de entrega: 29-may-2023 02:36p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2104751334

Nombre del archivo: TESIS_FINAL_DEBORA_Y_MARITA_03.04.23.pdf (4.18M)

Total de palabras: 34379

Total de caracteres: 189187

3
UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL



TESIS

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
VIH/SIDA DEL HOSPITAL CHANCAY Y SBS, "DR. HIDALGO ATOCHE
LOPEZ" - 2022**

Presentado por:

DEBORA LIZBETH BUITRON RAMOS

MARITA SILVIA PAREDES CALDERON

Asesor:

ELENA LUISA LAOS FERNANDEZ

1
**Para optar el título Profesional de Segunda Especialidad en Trabajo Social: Trabajo
Social, Salud y Comunidad**

3

Huacho – Peru

2023

**FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
VIH/SIDA DEL HOSPITAL CHANCAY Y SBS, "DR. HIDALGO ATOCHE
LOPEZ" - 2022**

DEBORA LIZBETH BUITRON RAMOS

MARITA SILVIA PAREDES CALDERON

TESIS DE PREGRADO

ASESOR: ELENA LUISA LAOS FERNANDEZ

**UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZCARRIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL
HUACHO
2023**

Dra. ELENA LUISA LAOS FERNANDEZ

ASESOR

Dra. HAYDEE DEL ROSARIO RAMOS PACHECO

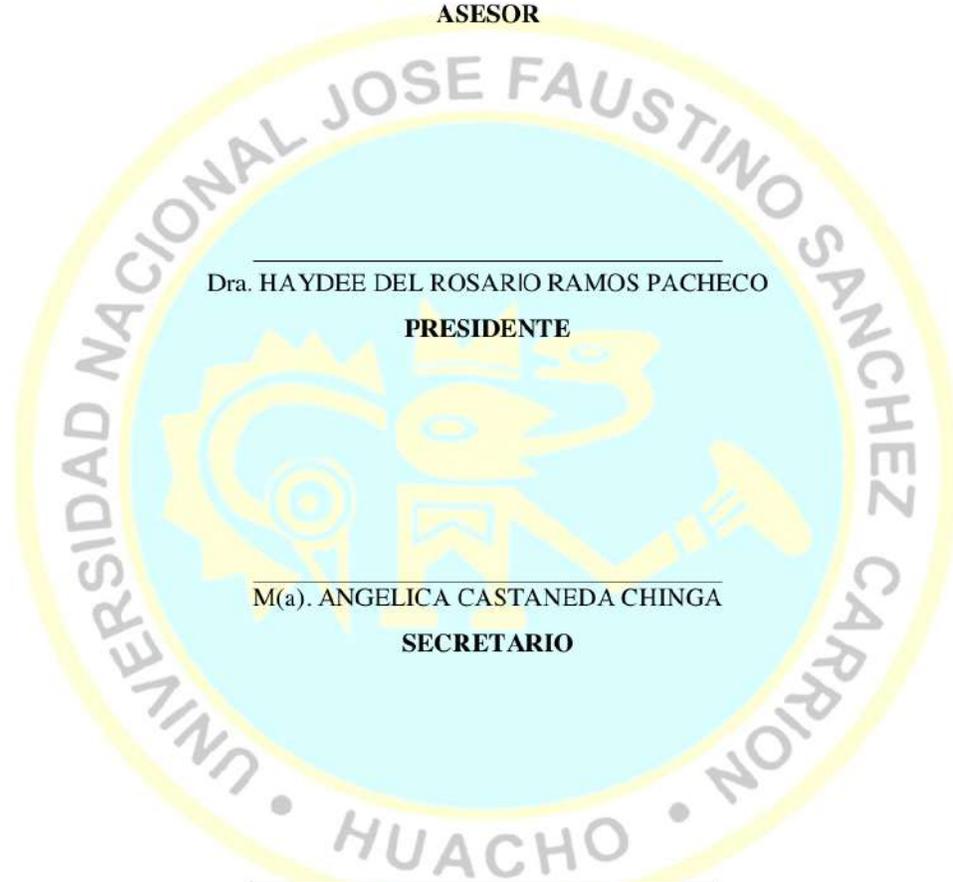
PRESIDENTE

M(a). ANGELICA CASTANEDA CHINGA

SECRETARIO

M(a). GLADYS MAGDALENA AGUINAGA MENDOZA

VOCAL



DEDICATORIA

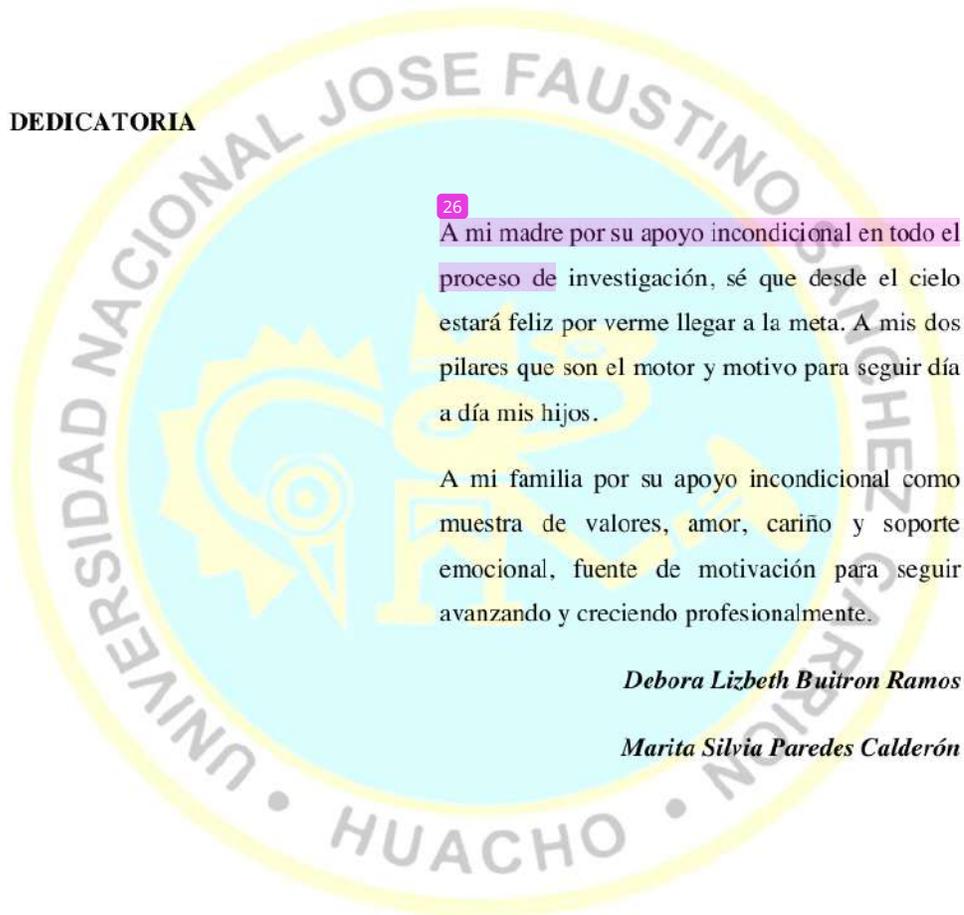
26

A mi madre por su apoyo incondicional en todo el proceso de investigación, sé que desde el cielo estará feliz por verme llegar a la meta. A mis dos pilares que son el motor y motivo para seguir día a día mis hijos.

A mi familia por su apoyo incondicional como muestra de valores, amor, cariño y soporte emocional, fuente de motivación para seguir avanzando y creciendo profesionalmente.

Debora Lizbeth Buitron Ramos

Marita Silvia Paredes Calderón



AGRADECIMIENTO

A Dios por darnos la fortaleza de superarnos ante cualquier adversidad y cumplimiento de nuestros sueños.

A nuestra alma mater, por permitirnos desarrollar y plasmar nuestra investigación aprovechando los conocimientos que nos han brindado los docentes.

A nuestra asesora por habernos ayudado durante la realización de este trabajo de investigación gracias a su experiencia profesional.

Al Dr. Carlos Pau Dulanto, director del Hospital “Dr. Hidalgo Atoche López” del distrito de Chancay, por su disposición para acompañarnos durante el proceso investigativo y a los profesionales que laboran por su incondicional apoyo.

²
A los pacientes del programa de VIH/Sida del Hospital de Chancay y SBS; por brindarnos su valioso tiempo y conocimiento para hacer posible este trabajo de investigación.

Debora Lizbeth Buitron Ramos

Marita Silvia Paredes Calderón

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
Resumen	xi
Abstract	xii
INTRODUCCIÓN	13
Capítulo I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1 Descripción de la realidad problemática	15
1.2 Formulación del problema	18
1.2.1 Problema general	18
1.2.2 Problemas específicos	18
1.3 Objetivos de la investigación	19
1.3.1 Objetivo general	19
1.3.2 Objetivos específicos	19
1.4 Justificación de la investigación	20
1.5 Delimitaciones del estudio	20
1.6 Viabilidad del estudio	21
Capítulo II: MARCO TEÓRICO	22
2.1 Antecedentes de la investigación	22
2.1.1 Investigaciones internacionales	22
2.1.2 Investigaciones nacionales	25
2.2 Bases teóricas	28
2.3 Bases filosóficas	62
2.4 Definición de términos básicos	63
2.5 Hipótesis de investigación	66

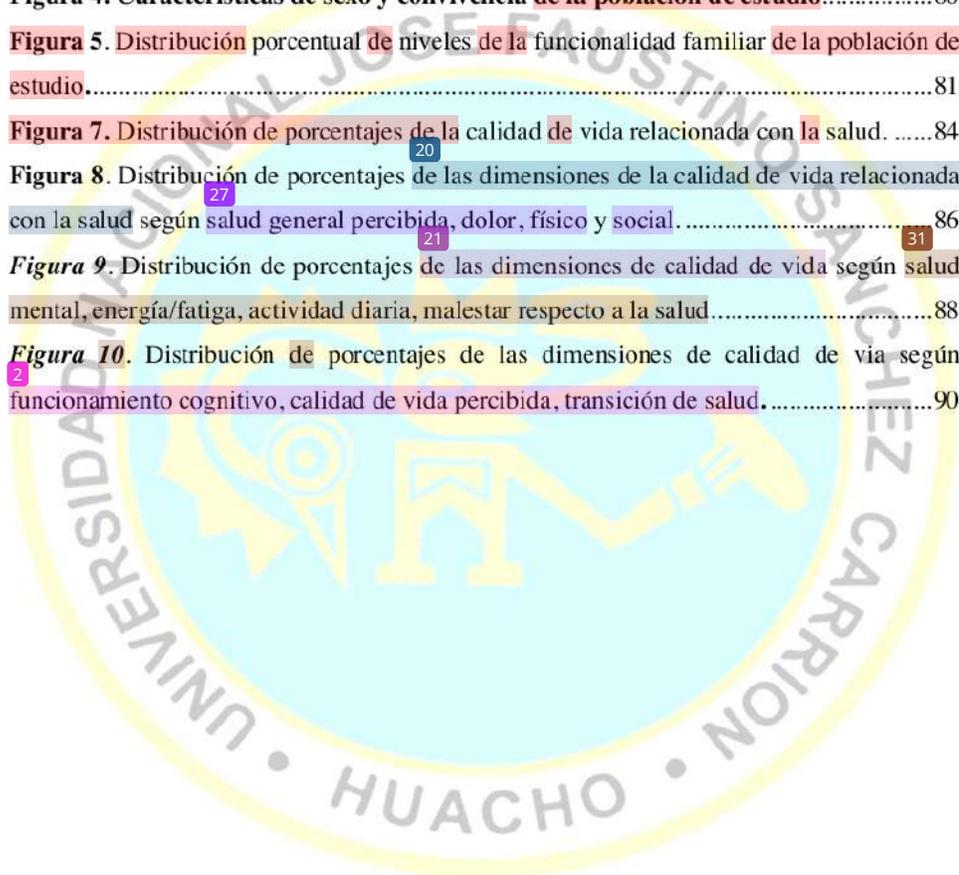
2.5.1 Hipótesis general	66
2.5.2 Hipótesis específicas	66
2.6 Operacionalización de las variables	67
Capítulo III: METODOLOGÍA	68
3.1 Diseño metodológico	68
3.1.1 Tipo de investigación	68
3.1.2 Nivel de investigación	68
3.1.3 Diseño de investigación	68
3.1.4 Enfoque de investigación	69
3.2 Población y muestra	69
3.2.1 Población	69
3.2.2 Muestra	69
3.3 Técnicas de recolección de datos	70
3.4 Técnicas para el procesamiento de la información	76
Capítulo IV: RESULTADOS	79
4.1 Análisis de resultados	79
4.2 Contratación de hipótesis	90
Capítulo V: DISCUSIÓN	99
5.1 Discusión	99
Capítulo VI: Conclusiones y recomendaciones	105
6.1 Conclusiones	105
6.2 Recomendaciones	106
REFERENCIAS	108
7.1 Fuentes documentales	108
7.2 Fuentes bibliográficas	114
7.3 Fuentes hemerográficas	114
7.4 Fuentes electrónicas	115

ANEXOS	116
01 MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	117
02 INSTRUMENTOS PARA LA TOMA DE DATOS.....	119
03. BASE DE DATOS EN SPSS Y EXCELL.....	122
04. TRABAJO ESTADÍSTICO DESARROLLADO.....	126



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo Circumplejo de Olson. Fuente: Martínez -Pampliega, Iraurgi, Galíndez y Sanz (2006).....	47
Figura 2. La pirámide de las necesidades humanas de Maslow y sus implicaciones.....	56
Figura 3. Casos de infección por VIH y casos de SIDA notificados según año de diagnóstico. Perú, 2000-2021	60
Figura 4. Características de sexo y convivencia de la población de estudio.....	80
Figura 5. Distribución porcentual de niveles de la funcionalidad familiar de la población de estudio.....	81
Figura 7. Distribución de porcentajes de la calidad de vida relacionada con la salud.	84
Figura 8. Distribución de porcentajes de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud según salud general percibida, dolor, físico y social.....	86
Figura 9. Distribución de porcentajes de las dimensiones de calidad de vida según salud mental, energía/fatiga, actividad diaria, malestar respecto a la salud.....	88
Figura 10. Distribución de porcentajes de las dimensiones de calidad de vida según funcionamiento cognitivo, calidad de vida percibida, transición de salud.....	90



7 INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Dimensiones de calidad de vida y ejemplos de apoyos individualizados	52
Tabla 2. Características socio demográficas de la población de estudio	61
Tabla 3. Características de sexo y convivencia de la población de estudio	79
Tabla 4. Distribución de frecuencias y porcentaje de los niveles de funcionalidad familiar	80
Tabla 5. Distribución de frecuencias y porcentajes de las dimensiones de la funcionalidad familiar	81
Tabla 6. Distribución de frecuencias y porcentaje según niveles de calidad de vida relacionada con la salud	83
Tabla 7. Distribución de frecuencias y porcentajes de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud	84
Tabla 8. Distribución de frecuencias y porcentajes de las dimensiones de calidad de vida, según salud mental, energía/fatiga, actividad diaria, malestar respecto a la salud.	86
Tabla 9. Distribución de frecuencias y porcentajes de las dimensiones de la calidad de vida según funcionamiento cognitivo, calidad de vida percibida, transición de salud.	89
Tabla 10. Correlación de Rho de Spearman de las variables funcionalidad familiar y calidad de vida	91
Tabla 11. Correlación de Rho de Spearman de la dimensión adaptación familiar y la variable calidad de vida	92
Tabla 12. Correlación de Rho de Spearman de la dimensión participación familiar y la variable calidad de vida	93
Tabla 13. Correlación de Rho de Spearman de la dimensión gradiente recurso personal y la variable calidad de vida	95
Tabla 14. Correlación de Rho de Spearman de la dimensión afecto y la variable calidad de vida	96
Tabla 15. Correlación de Rho de Spearman de la dimensión recursos familiares y la variable calidad de vida	97

Resumen

Objetivo: Establecer la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López" -2022. **Métodos:** la investigación fue básica, cuantitativa, descriptiva-relacional y diseño no experimental y transversal; en una población y muestra de 45 pacientes de dicho establecimiento de salud, los instrumentos utilizados fueron: Test de funcionalidad familiar APGAR- Familiar de Smilkstein (1978) y el Cuestionario de calidad de vida relacionada a la salud MOS-SF-30 de Medical Outcomes Study- short form OMS (2001). **Resultados:** el 68.9% percibe disfunción familiar debido a la falta de apoyo familiar, ausencia de motivación y participación de los mismos en el tratamiento. El 84,4% manifestó un nivel bajo de calidad de vida en relación a la salud. Para la demostración de la hipótesis general se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman, arrojando 0.478 y un p-valor =0.036, confirmándose que los pacientes perciben disfuncionalidad familiar asociado a la baja calidad de vida en relación a la salud. **Conclusión:** Existe relación directa y significativa entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López". Es conveniente la intervención profesional en el equipo de salud, pues se visibiliza la insatisfacción de su dinámica familiar en adaptación, participación, gradiente, afectividad y recursos familiares, así como los bajos niveles de calidad de vida en relación a su salud de estos pacientes.

Palabras clave: Funcionamiento familiar, calidad de vida, pacientes con VIH.

Abstract

Objective: To establish the relationship between family functionality and quality of life in patients with HIV/AIDS at Hospital Chancay and SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López" -2022. **Methods:** the research was basic, quantitative, descriptive-relational and non-experimental and cross-sectional design; In a population and sample of 45 patients from said health facility, the instruments used were: Smilkstein's APGAR-Familiar Functionality Test (1978) and the Medical Outcomes MOS-SF-30 Health-Related Quality of Life Questionnaire. **Study-short form** WHO (2001). **Results:** 68.9% perceive family dysfunction due to lack of family support, lack of motivation and their participation in treatment. 84.4% expressed a low level of quality of life in relation to health. To demonstrate the general hypothesis, Spearman's Rho correlation coefficient was used, yielding 0.478 and a p-value =0.036, confirming that patients perceive family dysfunction associated with low quality of life in relation to health. **Conclusion:** There is a direct and significant relationship between family functionality and quality of life in patients with HIV/AIDS in the TARGA program of the Chancay Hospital and SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López. Professional intervention in the health team is convenient, since the dissatisfaction of their family dynamics in adaptation, participation, gradient, affectivity and family resources is visible, as well as the low levels of quality of life in relation to their health of these patients.

Keywords: Family functioning, quality of life, patients with HIV.



INTRODUCCIÓN

La actual investigación denominada Funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/Sida del Hospital Chancay y SBS, “Dr. Hidalgo Atoche Lopez” - 2022; se presenta para optar el título Profesional de Segunda Especialidad en Trabajo Social denominada Trabajo Social, Salud y Comunidad que ofrece la Escuela Profesional de Trabajo Social de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas de acuerdo con la etapa del ciclo vital en la que se encuentre y en relación con las demandas que perciba desde su ambiente externo; es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre los miembros de la familia, que le permiten a cada uno de ellos desarrollarse como individuos, y les infunde, además, el sentimiento de no estar aislados y poder contar con el apoyo de los demás. La relación entre apoyo social, depresión, afrontamiento y salud parece ser importante para las personas que viven con el VIH, aquellos que viven con falta de apoyo social y familiar presentaron mayores recaídas y una mayor dolencia de síntomas físicos. De tal manera que nos permitirá abrir espacios de conciencia mutua entre el enfermo y su entorno familiar con el fin de lograr una acción colectiva contra el virus y una mejor convivencia con las personas afectadas por el mismo. En base a ello se desarrolla un estudio de la calidad de vida asociada a la salud en personas con VIH/Sida, pues permite comprender el efecto de los tratamientos y los factores psicosociales que aquejan el bienestar, los beneficios del aumento de la vida y fundamentalmente el reconocimiento e identificación de los aspectos de mejoramiento de la calidad de vida, generales y específicos, útiles para efectuar intervenciones profesionales efectivas.

Es así que, se consideró importante conducir un estudio que tiene como propósito determinar la relación que existe entre la funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/Sida del Hospital Chancay y SBS, “Dr. Hidalgo Atoche López” pues es el paciente el centro de nuestra intervención y por ello establecer estrategias para mantener un equilibrio biopsicosocial que incida en su calidad de vida percibida por ellos mismos.

Para una mejor presentación de la investigación se ha dividido en seis capítulos



Capítulo I: Se describe la realidad problemática, la presentación de los problemas y los objetivos de manera general y específica; así como la justificación y la delimitación del estudio.

Capítulo II: Se presenta todo el marco teórico de la investigación, reforzado por las bases teóricas y los antecedentes que respaldan la realización del estudio; así mismo, se encuentra la formulación de las hipótesis y las definiciones de los términos más usados.

Capítulo III: Comprende todo lo referente a la metodología, además de la población de estudio y la muestra, utilizándose la encuesta para obtener información objetiva y precisa. También se encontrará la operacionalización de las variables.

Capítulo IV: Se exponen los resultados que se obtuvo a partir de informaciones recogidas usando herramientas como el cuestionario, los cuales están representados en figuras y tablas, mostrando los niveles y correlaciones de las variables en estudio.

Capítulo V: Se encontrará la discusión del resultado, las conclusiones y las recomendaciones, que permitirán con nuevas propuestas de investigación para restablecer la situación.

Capítulo VI: Se presenta diversas fuentes de información utilizadas para sustentar y fortalecer teóricamente la investigación, tanto las fuentes hemerográficas, bibliográficas y electrónicas.

En anexos: la matriz de consistencia, los instrumentos de recolección de datos y evidencias estadísticas.



Capítulo I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Desde del siglo XX el mundo ha sido afectado por la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que representa uno de los problemas de salud más impactante que afecta a diferentes personas sin alguna distinción de raza sexo o clase social. Los científicos en sus investigaciones aún no han descubierto una respuesta exacta a la curación, sin embargo se realiza su tratamiento con medicamentos antirretrovirales que han reducido la mortalidad pero que traen consecuencias psicológicas y sociales como la discriminación social, la disfuncionalidad en el entorno familiar y mala calidad de vida, entre otros problemas; dicha infección produce sufrimiento en las personas y fundamentalmente en el seno familiar el cual debe servir de soporte en la continuación de su tratamiento del paciente y proporcionarle una calidad de vida adecuada cobrando una vital importancia para la salud del paciente.

Para Chauta (2012), citado en Delfín-Ruíz, Cano-Guzmán & Peña-Valencia Valencia (2020) manifiesta que la funcionalidad familiar se caracteriza por suscitar el desarrollo integral de sus componentes, agrega a esta definición la situación de salud que perciben sus miembros familiares de los elementos básicos de dinámica que lo necesitan para conseguir la felicidad y tranquilidad que se requiere para obtener su satisfacción personal y colectiva, el autor enfatiza a la funcionalidad familiar como el “grado de satisfacción con el cumplimiento de parámetros básicos como la adaptabilidad, participación, ganancia o crecimiento, afecto y los recursos” (p. 46). Es entonces, donde se entiende que la familia actúa como soporte para mantener su estado de salud equilibrado y prolongar su vida.

Así mismo, este tipo de paciente por sus características requiere de bienestar emocional y físico de acorde a su entorno familiar y social para poder afrontar su tratamiento

y no caiga en recaída obteniendo de esta manera una calidad de vida adecuada relacionada a su salud. Katz, Ford y Moskowitz, 1963, como se citó en Fernandez-Lopez (2010), precisan que "... es el aspecto de la calidad de vida que se refiere específicamente a la salud de las personas y se usa para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas" (p.170).

La Organización Mundial de la salud (2021) señala en su página web la terrible situación que se encuentran este grupo de personas ante la discriminación "La división, la disparidad y el desprecio por los derechos humanos son algunos de los problemas que permitieron que el VIH se convirtiera en una crisis sanitaria mundial y que lo siga siendo" (párr.3). Indudablemente se ha profundizado más por la presencia de la COVID-19 está agravando las diferencias y los mínimos servicios de salud que vienen desarrollando su tratamiento, contribuyendo a que su vida familiar y social sea más difícil. En este sentido, agrega que en un futuro incierto y difícil en un "7,7 millones de muertes relacionadas con el VIH en los próximos 10 años, un aumento de las infecciones como consecuencia de las interrupciones en el servicio del VIH durante la pandemia de COVID-19" salud (Organización Mundial de la Salud, 2021, pág. 5).

Por otro lado, las Naciones Unidas para la familia y la infancia (UNICEF), planteó propuestas para incorporar una faceta formativa, en la cual se considera a la familia como un elemento muy importante. Luego, que dicha función sea reconocida dentro de las políticas públicas, la familia tendrá la facultad de intervenir como un ente generador de progreso, aportando en la relación positiva entre el ser humano y la sociedad (Unesco,2018), como se citó en Peña & Tapullima Tapullima (2019, pág. 17). Así mismo la enfermedad ha permitido conocer la debilidad del sistema familiar y la condición social, económica o cultural de la persona que ha contraído el VIH que afecta a todos los miembros de la familia y no saben cómo actuar hay desesperación, miedo, frustración, rechazo entre otros (Flores, Almanza, & Gomez, 2008). Dichas repercusiones se han observado en lo biológico, social, económica, psicológica y familiar. El efecto de un diagnóstico como el VIH y SIDA se refleja en todo el sistema familiar y, por lo tanto, todos sus miembros se ven afectados. En un estudio realizado por Vera y Estrada (2004) en pacientes con VIH en México descubrieron

que “39 pacientes en la primera entrevista se encontró que 17 pacientes (43.58%) tienen apoyo familiar y 22 (56.40%) no cuentan con apoyo de la familia” (p.30), evidenciando de esta manera lo importante que es el apoyo familiar en su diagnóstico y tratamiento del VIH.

En diversos estudios en países de América latina y El Caribe se ha encontrado que la figura materna en el hogar es quien ha sufrido los embates de una familia disfuncional porque ha asumido la responsabilidad de conducción y económica cumpliendo un doble jornada, cuya situación minimiza la capacidad de afrontamiento en los problemas familiares que tienen, como consecuencia un desequilibrio en la interacción social y emocional de los integrantes del hogar; si esto es así; entonces la situación que se presenta para los afectados por VIH no es el más acorde a su situación de salud (Castillo, 2014, como se citó en Peña & Tapullima 2019, pág. 17)

En nuestro país, la atención de esta enfermedad está a cargo del Ministerio de Salud (2020), en una publicación cuando se había iniciado la pandemia señaló: En el país viven 87.000 personas con VIH, de las cuales 79.628 personas (80%) se encuentran en tratamiento antirretroviral (TAR), el cual se brinda de manera gratuita y universal en el país desde el 2004. El tratamiento se desarrolla en 193 establecimientos de salud en todo el país. (Ministerio de Salud, 2020, pág. párr.7). Tal situación permite comprender cuanto ha afectado la pandemia a esta población, no solo por la insuficiencia en los servicios de salud, sino en la desesperanza de continuar con su tratamiento reproduciendo consecuencias en la dinámica familiar y en su calidad de vida que se conoce como la “manera de evaluar la percepción subjetiva del individuo de la influencia que tiene la condición de su salud en su vida” (Tavara, 2010)

El hospital de Chancay es un establecimiento de salud que forma parte del Gobierno Regional de Lima (DIRESA), que vienen desarrollando sus funciones desde 1971, dedicada a la atención integral y especializada en salud de la población del distrito de Chancay y alrededores. Ante las necesidades de atención a las personas infectadas por el VIH en esta zona, se emitió la Resolución directoral N° 045-2022-GRL-GRDS-DIRESA LIMA-DG (Ministerio de Salud, 2022), que aprueba la apertura del Centro de Referencia de infecciones

de transmisión sexual y Centro de tratamiento antirretroviral para VIH con anticipación al 01 de setiembre 2021, donde son trasladada las personas que se atendían en otros establecimientos de salud menores asumiendo el equipo multidisciplinario desde esa fecha su atención, en estos pacientes se observa características socio económicas y demográficas que permiten señalar la inadecuada relaciones con sus familias y una bajo nivel calidad de vida relacionada a la salud que ayude con la continuación de su tratamiento.

En relación a la situación planteada desde la profesión se requiere identificar en primer lugar la funcionalidad familiar, dinámica familiar de estas personas si son o no soporte de apoyo al tratamiento de estos pacientes y por otro lado, como se encuentra la calidad de vida relacionada con la salud de dichas familias desde la mirada de la salud muy distinta a otras investigaciones desarrolladas en la región. Asimismo, se pretende hallar la relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes de VIH, que conduzcan a proponer alternativas de solución que evidencia una mejora en las dinámicas internas de las familias y que se vea reflejado en su calidad de vida de dicho sistema importante para la continuación del tratamiento y de esta manera los resultados que se obtendrán serán aportes en la extensión de la teoría que fundamenta la explicación del conocimiento obtenido.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital "Dr. Hidalgo Atoche López" y SBS, Chancay-2022?

1.2.2 Problemas específicos

¿Qué relación existe entre adaptación familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital "Dr. Hidalgo Atoche López" y SBS, Chancay-2022?

¿Qué relación existe entre la participación familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital "Dr. Hidalgo Atoche López" y SBS, Chancay-2022?

¿Qué relación existe entre el gradiente recurso personal y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital "Dr. Hidalgo Atoche López" y SBS, Chancay-2022?

¿Qué relación existe entre el afecto familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital "Dr. Hidalgo Atoche López" y SBS, Chancay-2022?

¿Qué relación existe entre los recursos familiares y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital "Dr. Hidalgo Atoche López" y SBS, Chancay-2022?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Establecer la relación que existe entre la funcionalidad familiar y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López" - 2022.

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar la relación que existe entre adaptación familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López" - 2022.

Determinar la relación que existe entre la participación familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López" – 2022.

Determinar la relación que existe entre el gradiente recurso personal y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López" - 2022.

Determinar la relación que existe entre el afecto familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López" – 2022.

Determinar la relación que existe entre los recursos familiares y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López" - 2022.

1.4 Justificación de la investigación

Esta investigación se justifica *teóricamente* porque se realiza con el propósito de aportar al conocimiento existente sobre funcionalidad familiar que se sustenta en las teorías: Modelo McMaster, Modelo del Campo Salud y Modelo Circumplejo del Funcionamiento Familiar y para la variable calidad de vida en pacientes con VIH-SIDA, se explicará a la luz de la: teoría del autocuidado, teoría de incertidumbre y modelo de creencias en salud, cuyos resultados podrán sistematizarse e incorporarse al conocimiento del Trabajo Social.

Se justifica *metodológicamente* el presente estudio, porque se utilizará el método científico en todo el proceso de investigación cuantitativa, considerando sus etapas, así como el uso de instrumentos de medición usados en otras poblaciones y áreas de intervención que servirán obtener conocimiento y corroborar su actualización en la realidad a investigar.

La investigación tiene un aporte *práctico*, porque pretende brindar alternativas y/o estrategias para mejorar la funcionalidad familiar en hogares y su calidad de vida relacionado a la salud en los pacientes contagiados por el VIH, en donde se perciba un mejor ambiente familiar que redundara en el bienestar del paciente que se somete al tratamiento con antirretrovirales relacionado a la calidad de vida en salud, desde la mirada de la profesión.

1.5 Delimitaciones del estudio

El estudio se efectuó en el periodo comprendido entre los meses de enero a diciembre del año 2022.

El presente trabajo de investigación se llevará a cabo en el Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López" - 2022, Provincia de Huaral, Región Lima.

El estudio abarca a una población atendida en dicho nosocomio que tiene el VIH y que está integrado al Centro de Referencia de infecciones de transmisión sexual y Centro de tratamiento antirretroviral para VIH/SIDA entre las edades de 20 a 84 años de nacionalidad peruana (34) y venezolana (10), y son de sexo masculino (34) y femenino (10). Por último tienen mayoritariamente SIS, ESSALUD y seguro naval.

1.6 Viabilidad del estudio

La investigación fue viable porque contó con recursos institucionales, es decir: el permiso del director del Hospital Chancay y SBS, Dr. "Hidalgo Atoche López" - 2022, para desarrollar el estudio y de la Universidad que facilitó el apoyo de una asesora de tesis para la conducción de la misma.

El estudio fue viable por los recursos materiales y equipos con los que cuenta para la elaboración de la tesis como, infraestructura, mobiliario, servicios de internet y equipos computacionales.

Por último, la investigación desde el punto de vista financiero, los gastos que esta demande en su ejecución fueron asumidos por las tesisistas.



Capítulo II MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Investigaciones internacionales

Carrillo (2021) investigó sobre “Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con Hipertensión Arterial” Ecuador. Tuvo como propósito analizar la influencia del nivel de funcionalidad familiar en la calidad de vida en personas que fueron diagnosticadas con Hipertensión Arterial pertenecientes al cantón Quero. Esta investigación se caracteriza por ser descriptivo, observacional y transversal en 30 personas diagnosticadas con Hipertensión Arterial, a quienes aplicaron el instrumento Apgar familiar y el Cuestionario MINICHAL, el cual se encarga de medir la calidad de vida de aquellas personas que padecen de Hipertensión Arterial. Resultados: Se encontró que la población presenta una leve disfunción familiar en un 30% y en los adultos mayores un 16.7%. En cuanto a la calidad de vida el 63.3% de la población estudiada cumple con las indicaciones médico-dietéticas, donde existe un predominio en los adultos maduros con un 23.3%. Conclusión: Se halló una estrecha relación entre la funcionalidad familiar y calidad de vida del paciente hipertenso, por lo tanto, se puede decir que, a mayor calidad de vida, mejor funcionalidad debe poseer la familia.

Caldera-Guzmán & Pacheco-Zavala (2020) investigaron sobre “Funcionalidad familiar del paciente con VIH- SIDA en una Unidad de Medicina Familia de León, Guanajuato” México. Su propósito conocer la funcionalidad familiar de los pacientes con VIH-SIDA en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) Núm. 53 León, Guanajuato. Desarrollaron una investigación observacional, prospectivo, transversal y descriptivo en 71 pacientes diagnosticados con VIH-SIDA de la consulta externa, incluidos de ambos turnos (matutinos y vespertinos), a quienes aplicaron posteriormente una encuesta para evaluar los

datos generales y el test de Apgar Familiar, para medir la funcionalidad familiar. Resultados: Se encontró que, de los 71 pacientes adscritos a la UMF, sólo fueron localizados 65. Además, el 36% de los pacientes con VIH-SIDA presentaron una buena funcionalidad familiar, mientras que el 27% de los pacientes con VIH-SIDA presentaron una disfunción familiar severa. Conclusión: Se halló el objetivo señalado, existiendo un predominio de algún grado de disfunción familiar en los pacientes con VIH-SIDA, siendo de mayor relevancia la falta de apoyo con relación a la adaptación, la participación y el crecimiento-

Manzano-Rosas, Cruz-López, Elizarrarás-Cruz, Herrera-Lugo, & Elizarrarás-Rivas (2020) investigaron sobre “Asociación de la funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana en un hospital del IMSS Oaxaca” México. Tuvieron como propósito realizar un análisis relacional entre calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes que viven con el virus del VIH/SIDA en el Hospital General de Zona No.1 de Oaxaca de Juárez. Desarrollaron una investigación descriptivo, transversal y retrospectivo en 230 pacientes diagnosticados con VIH/SIDA que acudieron a la consulta externa de la clínica de la institución de salud, a quienes aplicaron el instrumento APGAR familiar para medir funcionalidad familiar y el cuestionario MOS- HIV-SF30, para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en personas que viven con VIH. Resultados: Encontraron que el 67.8% de las personas con VIH tienen una buena funcionalidad familiar y solo el 10% refirieron una disfunción familiar moderada/severa. En cuanto a calidad de vida el 66% señalaron que el área más afectada fue la percepción de su salud y, en segundo lugar, con menos del 80% refirieron su afectación de la energía, malestar en lo físico y mental. Conclusión: hallaron la asociación señalada en el objetivo donde existe una relación directamente proporcional entre calidad de vida y la funcionalidad familiar, aunque no se presentó una significancia estadística.

Guzmán (2019) investigó “Conocimientos sobre hipertensión arterial y funcionalidad familiar en pacientes del Centro de Salud de Suscal 2017-2018” Ecuador Tuvo como propósito determinar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en las familias indígenas comparado con los no indígenas y su relación con la funcionalidad familiar en pacientes del Centro de Salud Suscal. Desarrolló una investigación

cuantitativa, analítica y transversal en 69 pacientes hipertensión, a quienes aplicaron el Cuestionario de Funcionamiento Familiar FF-SIL y la escala de grado de conocimiento sobre hipertensión arterial que presentan los pacientes hipertensos. Resultados: encontró, que el 91.3% de los pacientes presentaron un conocimiento intermedio sobre su enfermedad, mientras que el 8.7% de los pacientes señalaron no tener conocimiento, y ningún paciente demostró conocimiento oportuno sobre la enfermedad tratada. Según la etnia, que el 19.2% de los pacientes indígenas presentaron un conocimiento nulo acerca de la enfermedad tratada. En cuanto a funcionalidad familiar, el 87% de los pacientes indicó que pertenece a una familia moderadamente funcional o funcional y el 13% de los pacientes indicó que pertenece a una familia disfuncional o severamente disfuncional. Conclusión: Es decir que existe una mayor probabilidad que los pacientes indígenas pertenezcan a una familia disfuncional y tengan un conocimiento nulo sobre la hipertensión arterial, esto quiere decir, que la población indígena se encuentra con un alto riesgo de complicaciones sobre la enfermedad señalada.

Cabrera, Arteta, Meré, & Cavalleri (2018) investigaron sobre “Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados” Uruguay. Tuvo como propósito evaluar CVRS en personas con VIH y variables sociodemográficas y clínicas asociados, con énfasis en la adherencia al TARV. Desarrolló una investigación de estudio cuantitativo exploratorio de corte transversal y analítico en el servicio de consulta ambulatoria de la cátedra de Enfermedades Infecciosas y en el Servicio de Enfermedades Infecto-Contagiosas en 101 pacientes, a quienes aplicaron como técnica una encuesta de datos clínicas, y como instrumentos: el cuestionario de calidad de vida MOS-HIV SF30 y el cuestionario de adherencia SMAQ (Simplified Medication Adherence Questionnaire) aplicado en sus dos modalidades (completo y abreviado). Resultados: Hallaron una baja puntuación de CVRS entre personas con CV indetectable, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,003$). Además, se constató el peor score de CVRS, no significativo en mujeres respecto a los varones ($p=0,052$). En cuanto a la adherencia, se observó que el 68.7% respondieron al menos una de las preguntas como “no adherente” es decir, solo uno de cada tres era “adherente”. Conclusión: Si bien no existió un impacto significativo de la adherencia en el score global de CVRS, se halló una relación

estadísticamente significativa entre adherencia y las dimensiones salud general percibida y el funcionamiento social.

2.1.2 Investigaciones nacionales

Ramírez (2021) investigó sobre “Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Centro de Salud Collique III Zona, Comas-2021” Lima. Tuvo como propósito determinar la relación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Centro de Salud Collique III Zona, Comas. Desarrolló una investigación con diseño transversal y correlacional en 62 pacientes con tuberculosis pulmonar, a quienes se les aplicó el instrumento Apgar familiar para evaluar la funcionalidad de la familia y el cuestionario Morisky- Green, que permite obtener información del paciente con respecto al cumplimiento de la toma de medicamentos, especialmente en pacientes que poseen enfermedades crónicas. Resultados: el 46.8% tuvo una buena funcionalidad, mientras el 8.1% tuvo una disfunción familiar severa. En cuanto a la adherencia al tratamiento en pacientes, se identificó que el 38.7% fueron adherentes y 61.3% fueron no adherentes al tratamiento. Conclusión: Se halló la asociación señalada en el objetivo, existiendo una relación correspondiente entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes que presentan tuberculosis pulmonar y acuden al Centro de Salud Collique III Zona.

Luque & Villanueva (2020) investigaron sobre “Autocuidado y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Servicio de endocrinología, Hospital María Auxiliadora, 2020” Lima. Tuvo como propósito determinar la relación entre el nivel de autocuidado y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el servicio de endocrinología del Hospital María Auxiliadora. Desarrollaron una investigación cuantitativa, descriptiva, correlacional y con diseño no experimental en 177 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, a quienes se les aplicó un cuestionario de autocuidado elaborado por Anastasio y el cuestionario calidad de vida elaborado por Sánchez, para la recopilación de la información correspondiente. Resultados: identificaron que el 48.6% de los pacientes presentó un nivel de autocuidado deficiente, mientras que el 10.2% de los pacientes manifestaron un nivel de autocuidado eficiente. En cuanto a calidad de vida, el 42.4% de los

pacientes señaló que es de nivel malo y el 2.8% de los pacientes señaló que es de nivel bueno. Conclusión: Se halló la asociación señalada en el objetivo, puesto que, sí existe una relación entre el autocuidado y la calidad de vida en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, los cuales son atendidos mediante el servicio de endocrinología de la institución.

Peña & Tapullima (2019) investigaron sobre “Funcionalidad familiar y calidad de vida en madres de niños con anemia que acuden a un centro de salud del primer nivel de atención Lima-2018”. Tuvieron como propósito determinar la relación entre la funcionalidad familiar y calidad de vida en madres de niños con anemia que acuden a un centro de salud de la ciudad de Lima. Desarrollaron una investigación cuantitativa, descriptiva, correlacional y transversal en 207 madres de niños con anemia, a quienes se les aplicó una entrevista, el cuestionario de WHOQOL-BREF que evalúa la calidad de vida global y la escala de calificación de APGAR familiar que planteó Smilkstein. Resultados: Se encontró que, en la mayoría de las dimensiones de la funcionalidad familiar en madres de niños con anemia, presentaron una disfunción severa desde el 20.8% a 15.9% y una buena funcionalidad desde el 12.1% a 10.6%. En cuanto a calidad de vida, se halló que el 25.6% presentó una calidad de vida alta y 0.50% una calidad de vida baja. Conclusión: Existe una relación directamente proporcional y estadísticamente significativa, con respecto a la Calidad de vida y Funcionalidad familiar; puesto que, a mejor calidad de vida, mayor funcionalidad familiar.

Quesquén (2019) investigó sobre “Apoyo social y funcionalidad familiar en los pacientes con tuberculosis sensible del distrito el Agustino, Lima-2019”. Tuvo como propósito determinar la relación entre el apoyo social y la funcionalidad familiar en los pacientes con tuberculosis del distrito El Agustino, Lima. Fue una investigación cuantitativa, metodológico, correlacional, descriptivo de corte transversal en 104 pacientes con tuberculosis, a quienes se les aplicó la técnica de la entrevista y encuesta, mediante los instrumentos MOOS de las autoras Sherbourne y Stewart para medir el apoyo social, y el APGAR familiar de Gabriel Smilkstein para medir la funcionalidad familiar. Resultados: identificó que el 70.2% de los pacientes con tuberculosis presentaron apoyo social alto, mientras que el 4.8% de los pacientes con tuberculosis presentaron apoyo social bajo. En cuanto a funcionalidad familiar, el 51.9% de los pacientes manifestaron buena funcionalidad

y el 6.7% de los pacientes manifestaron disfunción severa. Conclusión: Existe una relación significativa directamente proporcional entre ambas variables, apoyo social y funcionalidad familiar en los pacientes con tuberculosis del distrito El Agustino.

Chira (2017) investigó sobre “Percepción del apoyo social y calidad de vida en pacientes con diagnósticos de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, 2016” Lima. Tuvo como propósito determinar la relación entre la percepción del apoyo social y calidad de vida de los pacientes diagnosticados de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval. Desarrolló una investigación cuantitativa, correlacional, descriptiva no experimental en 49 pacientes con tuberculosis pulmonar, a quienes se les aplicó la técnica de la encuesta mediante los instrumentos, el cuestionario Duke-Unc-11 para medir la percepción del apoyo social y el cuestionario Whoqol-Bref para medir la percepción de la calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar. Resultados: el 33% de los pacientes con tuberculosis pulmonar indicaron que tienen escaso apoyo, mientras el 67% de los pacientes con tuberculosis pulmonar indicaron que tienen apoyo normal. En cuanto a calidad de vida, el 32.7% de los pacientes manifestaron tener una mala calidad de vida y el 22.4% manifestaron tener una buena calidad de vida. Conclusión: Existe relación entre la percepción del apoyo social y calidad de vida de los pacientes con tuberculosis pulmonar, conforme a los resultados obtenidos de la investigación.

Jiménez (2017), investigó sobre la “Percepción del Funcionamiento familiar en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa” Lima, tuvo como propósito establecer la asociación que existe entre la percepción del funcionamiento familiar y el impacto que genera la enfermedad en el aspecto emocional y social; asimismo los efectos adversos que se presentan por la farmacología. En esta línea desarrollo una investigación de tipo y diseño descriptiva, comparativo. La muestra es de 100 pacientes, se aplicó el cuestionario sobre el funcionamiento familiar de García y Liberato 2013. Resultados: Señalaron el 94 % tiene un nivel de funcionamiento familiar medio percibido y el 6% un nivel bajo. En cuanto a las dimensiones investigaron que en el 74% su comunicación es bajo, y un 26% medio; en lo afectivo y respuestas afectivas percibido el 62% presenta a un nivel bajo y un 38% medio; en roles percibido el 22% refiere un nivel medio y un 3% bajo y un 5% alto y en control de

conducta percibido se presenta un 87% un nivel medio y un 11% bajo. En conclusión, existe una asociación entre la percepción familiar del paciente y el impacto que genera la enfermedad en el aspecto emocional y social, repercutiendo en la calidad de vida relacionada con la salud.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 La funcionalidad familiar

2.2.1.1 Definición de la variable según autores

En esta parte de la investigación se tratará de explicar algunas definiciones halladas en la búsqueda académica que responden al tema de estudio realizada por la tesista que a continuación se detalla:

Se entiende como funcionalidad familiar al "... conglomerado de interrelaciones con los integrantes de un grupo familiar, donde promueven soluciones a sus conflictos, mediante una comunicación clara y empática. En esta familia no existen competencias, ya que poseen la inteligencia y razonamiento para solucionar sus altercados" (Peña & Tapullima, 2019, pág. 36), esto significa que la funcionalidad de la unidad familiar se caracteriza por una buena interacción, comunicación y comprensión; de tal manera que esto influye en la relación que mantienen como familia, y en la mayoría de los casos estando prestos a la búsqueda de solución ante cualquier tipo de acontecimiento, ya sea malos entendidos, conflictos familiares, entre otros, como en este caso el de un miembro familiar con VIH.

Por otro lado, se ha encontrado una definición sobre funcionalidad familiar de Condori y Cruz (2018) señalan: "Es el conjunto de relaciones interpersonales dentro de una familia que satisfacen las necesidades de sus miembros y la hacen capaz de enfrentar y superar las crisis por las que atraviesan" (pág. 51) el autor refiere a la interacción que mantienen los miembros de la familia, en la cual es muy importante que cada uno de ellos se sienta cómodo y pueda satisfacer sus necesidades básicas, además suelen actuar como equipo, de tal

manera, que esto les permite enfrentar los desafíos, crisis o problemas, que de alguna u otra forma trata de afectar la relación que mantienen como familia.

Además, Castellón y Ledesma (2012) señalan que “La funcionalidad familiar es un carácter sistémico, que aborda las características relativamente estables. Es el conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia y que le confieren identidad propia”(párr.23) esto significa que cada familia, es única, porque posee sus propias relaciones interpersonales, permitiendo que los miembros se diferencien de otros, mediante sus actitudes, acciones o valores que disponen, por lo cual, es muy importante el tipo de comunicación o relación que mantiene el ser humano con su familia, debido a que esto también lo pondrá en práctica en el mundo externo.

Hernández-Castillo, Cargill-Foster y Gutiérrez y Hernández (2012, pág. 15), precisan que es la “ capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y la crisis que atraviesa ...capaz de cumplir con las tareas encomendadas”, es decir; una familia que dispone de una adecuada funcionalidad, se encuentra siempre dispuesta a la búsqueda de soluciones si esta la requiere, puesto que no se encuentra libre de cual conflicto familiar, además, son capaces de afrontar cada desafío que se presente en el camino, teniendo en cuenta del rol importante que cumplen en la sociedad y los prejuicios sociales que trae consigo tener un integrante familiar infectado con VIH.

Por último, se debe agregar que “La funcionalidad familiar es la interacción de vínculos afectivos entre miembros de la familia (cohesión) y que pueda ser capaz de cambiar su estructura con el fin de superar las dificultades evolutivas familiares (adaptabilidad)” (Olson,1989, como se citó en Ferrer-Honores, Miscán-Reyes, Pino-Jesús, & Pérez-Saavedra (2013, pág. 52),, esto significa que aquella familia que posee una funcionalidad familiar entre sus integrantes, se encuentra dispuesta a cambiar su estructura o algunos aspectos con el único objetivo de poder superar las dificultades, que suelen debilitar las relaciones interpersonales y los vínculos afectivos.

Luego de haber bosquejado las diferentes definiciones de los autores se debe sintetizar que la funcionalidad familiar es el ambiente familiar adecuado que requiere de mucha voluntad de los miembros familiares quienes ante situaciones complejas que atraviesa el núcleo familiar saben dar respuestas ante los cambios y nuevas situaciones respondiendo de esta manera al conjunto de dificultades de menor o mayor grado que se les presente.

2.2.2.2 Modelos teóricos de la familia

Modelo McMaster de Epstein, L. Baldwin y D. Bishop

De acuerdo “El modelo McMaster de Funcionamiento Familiar (MMFF), (McMaster Model of Family Functioning): Fue creado por Epstein, L. Baldwin y D. Bishop y traducida al español por el Psc. Jesús Zamponi es una propuesta terapéutica bajo el enfoque sistémico, un modelo integral de evaluación e intervención familiar. En su marco teórico estudia el funcionamiento familiar: utiliza varias para poder tener una definición” (Jimenez, 2017, pág. 28)

En tal sentido, la propuesta teórica que explica los elementos que conforman una familia común moderada y familias que presentan conflictos y desavenencias, en ambas situaciones se necesita de un juicio de valor (González & González, 2008, pág. 3). El autor señala que el Modelo McMaster plantea seis dimensiones que pretende evaluar el funcionamiento familiar desde la óptica de una familia normal que a continuación se detalla:

1. Resolución de problemas:

Esta dimensión precisa “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” (Avena & Rivera, 2013, pág. 21)

Los autores presentan una clasificación de los problemas familiares que se entiende como instrumentales y afectivos. Los primeros explican mecánicos de la vida diaria, y las

segundas se refieren a las dificultades afectivas los relaciona con aspectos emotivos (González & González, 2008)

El modelo comprende siete pasos identificados estratégicamente según (Westley y col., 1969 como se citó en González & González (2008, pág. 3) que se deben implementar para llevar a cabo el proceso de resolución de problemas.

- 1) *Identificación del problema*: este paso requiere de la capacidad que posea la familia para ubicar adecuadamente el problema, ya que usualmente se trasladan las dificultades existentes hacia campos que constituyen menos peligro, pensando que éstos son el verdadero problema.
- 2) *Comunicación del problema a la persona adecuada*: este paso exige la destreza de comunicarse con la persona involucrada, ya que los padres, frecuentemente, se dirigen al hijo, cuando realmente desean hablar con su pareja.
- 3) *Implementar alternativas de acción*: este punto apela a la pericia de plantearse diversas posibilidades de solución, pues según sea el caso los planes pueden variar en apego a los requerimientos del momento.
- 4) *Elegir una alternativa*: este paso demanda la habilidad de escoger la opción más adecuada para resolver el conflicto, la respuesta a los siguientes cuestionamientos puede dar la pauta para llevar a cabo la selección, ¿puede la familia llegar a una solución? ¿lo hace de una manera predeterminada? ¿se informa a las personas involucradas de la decisión?
- 5) *Llevar a cabo la acción*: este paso requiere la decisión de la familia para que implemente la alternativa de solución determinada, las posibilidades son: que haga lo que decidió, que lo lleve a cabo parcialmente o que no realice acción alguna.
- 6) *Verificar que la acción se cumpla*: este paso se refiere al hecho de que la familia verifique si la acción fue realizada.
- 7) *Evaluación del éxito*: este paso radica en llevar a cabo un ejercicio para que la familia valore el logro obtenido en la resolución del problema y determine si llevó a cabo un aprendizaje de la situación y ya están aptos para aceptar sus errores. (González & González, 2008, pág. 3).

2. Comunicación:

Es la segunda dimensión importante tienen que ver con las relaciones entre los miembros en base a dos áreas la instrumental y emocional “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” (Avena & Rivera, 2013, pág. 21). El modelo se centra en la comunicación verbal; asimismo exhorta a estar atento a la presencia de la comunicación no verbal, primordialmente cuando ésta se contradice con la información verbal.

El concepto de comunicación considerado en este trabajo contempla aspectos como el contenido, los mensajes múltiples y la forma como es recibida e interpretada por el receptor, ya que algunas veces el diagnóstico determinado exige el análisis de estos aspectos. Se considera que entre más disfrazados se hallen los patrones de la comunicación familiar, más inefectivo se detectará el funcionamiento familiar, y cuanto más clara y directa se lleve a cabo la comunicación, más efectiva será, ya que se ha detectado que la comunicación confusa e indirecta estimula respuestas confusas. (González & González, 2008, pág. 4)

3. Roles:

Se define a este aspecto “...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 & Rivera, 2013, pág. 21).

El autor menciona cinco funciones familiares. Cada una de ellas se su clasifican en necesarias y no necesarias (Atri, 2006, como se citó en González & González (2008, págs. 4-5), menciona que son cinco las funciones familiares necesarias, esto es:

- 1) **Manutención económica:** contempla tareas y funciones referidas a los recursos económicos (alimento, ropa, etc.).
- 2) **Afectividad y apoyo:** esta función se refiere específicamente un rol afectivo, radica en suministrar cuidados, afecto, confianza y comodidad a la familia.
- 3) **Gratificación sexual adulta:** la pareja debe lograr satisfacer sexualmente, con y al otro cónyuge.

- 4) Desarrollo personal: involucra el apoyo a todos los miembros de la familia, buscando el despliegue de las habilidades para su logro personal.
- 5) Crecimiento y satisfacción personal de cada uno de los miembros: esta función comprende tareas vinculadas con el desarrollo físico, emocional, educativo y social de los hijos y también, con los intereses y desarrollo social y profesional de los adultos. (González & González, 2008, págs. 4-5)

Con respecto al sistema de manutención y administración se considera que éste comprende varias funciones (Atri, 2006, como se citó en González & González (2008, pág. 5) éstas son:

- a) Toma de decisiones: esta función requiere del ejercicio del liderazgo, éste debe realizarse a nivel parental en el núcleo familiar.
- b) Límites: éstos comprenden la identificación de los mismo en las funciones y tareas vinculadas con toda la familia, esto es con los amigos, vecinos, instituciones, escuelas, etc.
- c) Control de conducta: contempla la disciplina de los niños y la definición de las reglas para llevar a cabo la interacción, inclusive de los adultos que integran la familia.
- d) Economía doméstica: esta función se refiere al manejo de los recursos financieros, pago de las deudas, pago de los impuestos, etc.
- e) Higiene física y mental: involucra todas las actividades que se deban realizar para mantener la salud física y mental de los integrantes de la familia.
- f) La asignación de roles: esta función contempla la designación del responsable que realizará cada una de las actividades mencionadas, sin abrumar a alguno de ellos, los cuestionamientos que deben ser respondidos para cumplir con esta función.
- g) La revisión de roles: esta función comprende la tarea de verificar si están llevando a cabo todas las actividades mínimas requeridas para que funcione adecuadamente la familia y, en caso contrario, si es necesario analizar las

omisiones y valorar la reasignación de las mismas (González & González, 2008, pág. 5)

4. 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” (Avena & Rivera, 2013, pág. 22)

Se identifican seis tipos de involucramiento (Atri, 2006, como se citó en González & González (2008, pág. 5)

- a. Ausencia de involucramiento: no se demuestra ningún interés en las actividades o el bienestar de los demás.
- b. Involucramiento desprovisto de afecto: en este tipo de involucramiento el interés se vincula específicamente con el aspecto intelectual, no se relaciona con los sentimientos, que sólo se presentan cuando hay demandas.
- c. Involucramiento narcisista: en este caso se demuestra interés en el otro sólo si esto favorece a sí mismo y es fundamentalmente egocéntrico.
- d. Empatía: en esta situación si se manifiesta un interés auténtico en las actividades específicas del otro, aun cuando éstas sean diferentes al interés propio. Este nivel se considera como lo óptimo, ya que conforme el involucramiento afectivo de la familia se desplaza hacia los extremos se considera que el funcionamiento familiar se vuelve menos efectivo.
- e. Sobre-involucramiento: en este tipo, se muestra un exagerado interés de uno hacia el otro, e involucra sobreprotección e intrusión.
- f. Simbiosis: en este caso se evidencia un interés patológico en el otro; “...la relación es tan intensa que resulta difícil establecer límites que diferencien una persona de la otra, esta situación se ve sólo en relaciones perturbadas seriamente.

5. Respuestas afectivas:

Es aquella que “Alude a la habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo. La calidad de respuestas afectivas se refiere a la habilidad de la familia para responder con una amplia gama de emociones” (Avena & Rivera, 2013, pág. 21)

6. Control de conducta:

Sintetiza a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento en tres situaciones: aquellas que se identifica con la presencia del riesgo físico, otras que necesitan afrontarlas y manifiestan requerimientos psicológicos, biológicos e instintivos y por ultimo las que están relacionadas con la socialización entre los integrantes familiares y con los otros que se encuentran en su medio social.

Las familias pueden desarrollar cuatro patrones de control para la conducta (Atri, 2006 , como se citó en González & González, 2008, pág. 6)

- 1) Control de conducta rígido: los patrones o normas son estrechos y específicos para esa cultura y existe poca negociación o variación de las situaciones.
- 2) Control de conducta flexible: los patrones de control son razonables y existen la negociación y el cambio, dependiendo del contexto, se considera que este estilo es el más efectivo.
- 3) Control de conducta laissez-faire (dejar hacer): en este tipo existe total lasitud en los patrones de control, a pesar del contexto.
- 4) Control de conducta caótico: en este patrón se presenta un funcionamiento impredecible y los miembros de la familia no saben qué normas aplicar en ningún momento, no consideran la negociación ni hasta dónde llegar, este tipo es el menos efectivo.

La intervención psicoeducativa en el medio familiar se aplica desde un enfoque preventivo (educativo o institucional), con ésta se busca anticipar problemas o dificultades en los individuos y /o sus familias, pero cuando no existe la posibilidad de evitar que los

problemas surjan, se interviene en forma psicoeducativa buscando atenuar las dificultades ya evidentes. Al respecto, toda acción se genera a partir del análisis de la diversas variables individuales, familiares y contextuales que estén impactando en el proceso que se intenta mejorar.

En las intervenciones psicoeducativas grupales, se comentan vivencias personales y se destapan emociones, asimismo se busca eliminar la soledad y el aislamiento, por consiguiente, se desarrollan las redes sociales, esto por medio de la convivencia con otros sujetos que han tenido experiencias más o menos análogas. Por ello, se requieren fortalecer a las familias en las sesiones, para luego identificar la relación de lo vertido como información y la acción. En este sentido son las sociedades son las que contribuyen con algunos patrones habituales de actuación entendiendo como normales para toda la población, cabe indicar que cada familia también tiene también la posibilidad de aportar con la sociedad en su relación se considera tres aspectos esenciales: su estructura familiar (número de miembros, sexos, edades, etc.), ámbito relacional y de su contexto sociocultural deriva su respectiva forma de funcionar y de interpretar la realidad. Desde esta perspectiva de la intervención, es necesario entender la diversidad familiar como un elemento enriquecedor de la sociedad y de las relaciones entre los profesionales y las familias.

Modelo Estructural Sistémico de Minuchin (1974)

El fundamento teórico del modelo estructural se basa en el axioma del estructuralismo , Minuchin planteaba el estudio de las familias como unidades sistemáticas donde intervienen pautas de interacción abiertas (estructura familiar), sus integrantes cumplen con un rol establecido, tienen un tipo de comunicación y formas de resolver conflictos y existiera en mayor o menor medida problemas de toda índole quienes los integrantes tendrán que asumir y/o resolver cuando lo que permite establecer su funcionalidad o disfuncionalidad.

El mayor exponente de esta teoría es Salvador Minuchin quien a finales del siglo XX promueve en el campo de la Psicología una propuesta de intervención terapéutica, con la finalidad de estudiar a la familia como un sistema abierto para precisar las pautas de interacción a través de la estructura familiar que determinaran la funcionalidad o

disfuncionalidad en el núcleo familiar (Carrasco & Machado, 2014, citado por Crisologo (2020, pág. 23)

Estructura familiar

La estructura familiar para Minuchin (2003) es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema. Cuando una madre le dice a su hijo que beba su jugo y éste obedece, esta interacción define quién es ella en relación con él y quién es él en relación con ella, en ese contexto y en ese momento. Las operaciones repetidas en esos términos constituyen una pauta transaccional.

Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia. Son mantenidas por dos sistemas de coacción. *El primero es genérico* e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar. Por ejemplo, debe existir una jerarquía de poder en la que los padres y los hijos poseen niveles de autoridad diferentes. También debe existir una complementariedad de las funciones, en la que el marido y la esposa acepten la interdependencia y operen como un equipo. (Minuchin, 2003)

El segundo sistema de coacción es idiosincrásico, e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. El origen de estas expectativas se encuentra sepultado por años de negociaciones explícitas e implícitas entre los miembros de la familia, relacionadas a menudo con los pequeños acontecimientos diarios. A menudo, la naturaleza de los contratos originales ha sido olvidada, y es posible que nunca hayan sido explícitos. Pero las pautas permanecen como un piloto automático en relación con una acomodación mutua y con una eficacia funcional. (Minuchin, 2003)

De ese modo, el sistema se mantiene a sí mismo. Ofrece resistencias al cambio más allá de cierto nivel y conserva las pautas preferidas durante tanto tiempo como puede hacerlo. En el interior del sistema existen pautas alternativas. Pero toda desviación que va más allá

del umbral de tolerancia del sistema excita mecanismos que restablecen el nivel habitual. Cuando existen situaciones de desequilibrio del sistema, es habitual que los miembros de la familia consideren que los otros miembros no cumplen con sus obligaciones. Aparecen entonces requerimientos de lealtad familiar y maniobras de inducción de culpabilidad. (Minuchin, 2003)

Sin embargo, la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian. La existencia continua de la familia como sistema depende de una gama suficiente de pautas, la disponibilidad de pautas transaccionales alternativas, y la flexibilidad para movilizarlas cuando es necesario hacerlo. La familia debe responder a cambios internos y externos y, por lo tanto, debe ser capaz de transformarse de modo tal que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros. (Minuchin, 2003). El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas donde cada integrante son subsistemas en el seno de cada familia. _: Las diadas, como la de marido-mujer o madre-hijo, pueden ser subsistemas. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. Un hombre puede ser un hijo, sobrino, hermano mayor, hermano menor, esposo, padre, y así sucesivamente. En diferentes subsistemas se incorpora a diferentes relaciones complementarias. Las personas se acomodan en forma de caleidoscopio para lograr la reciprocidad que posibilita las relaciones humanas. La organización en subsistema de una familia proporciona un entrenamiento adecuado en el proceso de mantenimiento del diferenciado "yo soy", al mismo tiempo que ejerce sus habilidades interpersonales en diferentes niveles. (Minuchin, 2003)

Minuchin (2003) señala que el terapeuta en sus intervenciones confía en algunas propiedades del sistema. En primer lugar, una transformación de su estructura permitirá al menos alguna posibilidad de cambio. En segundo lugar, el sistema de la familia está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros. Por lo tanto, el terapeuta se une a la familia no para educarla o socializarla, sino,

más bien, para reparar o modificar su funcionamiento para que ésta pueda desarrollar estas tareas con mayor eficacia. En tercer lugar, el sistema de la familia tiene propiedades de autopetración. Por lo tanto, el proceso que el terapeuta inicia en el seno de la familia será mantenido en su ausencia por los mecanismos de autorregulación de ésta. En otras palabras, una vez que se ha producido un cambio, la familia lo preservará, proveyendo una matriz diferente y modificando el feedback que continuamente califica o valida las experiencias de sus miembros.

Por otro lado, la perspectiva sistémica del modelo a diferencia de otros incluye el contexto en donde se desarrolla y la atribución de la responsabilidad compartida entre los integrantes, a fin de conocer la participación de cada uno de ellos para el mantenimiento del sistema. Por lo tanto, el modelo se basa en la estructura, la cual es entendida como el conjunto invisible de demandas funcionales que desarrollan la manera en cómo interactúan los miembros del núcleo familiar, expresándose a través de las pautas transaccionales que son reglas establecidas por la familia que nos permiten saber de qué forma y quiénes son los que actúan, con la finalidad de regular las conductas de los integrantes. Las pautas transaccionales son sostenidas por dos sistemas de coacción, el primero involucra las reglas universales, el segundo es idiosincrático la cual contiene experiencias mutuas que son relacionadas con acontecimiento diarios.

Elementos del modelo estructural

a) **Los límites:** Se encuentran compuestos por reglas, determinando como y de qué forma participan. Así mismo, es necesario que los límites sean claros y precisen el cumplimiento correcto de sus roles dentro del subsistema familiar.

La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros, y el desarrollo de las habilidades interpersonales que se logra en ese subsistema, es afirmado en la libertad de los subsistemas de la interferencia por parte de otros subsistemas. Por ejemplo, la capacidad para acomodación complementaria entre los esposos requiere la libertad de la interferencia por parte de los parientes políticos y de los hijos y, en

algunos casos, por parte del medio extrafamiliar. El desarrollo de habilidades para negociar con los padres, que se aprende entre los hermanos, requiere la no interferencia de los padres.

b) Subsistemas familiares: Son aquellos grupos que se forman principalmente al interior de una familia.

-Subsistema Conyugal: El subsistema conyugal se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia. Posee tareas o funciones específicas, vitales para el funcionamiento de la familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Es decir que la pareja debe desarrollar pautas en las que cada esposo apuntala la acción del otro en muchas áreas. Deben desarrollar pautas de complementariedad que permitan a cada esposo ceder sin sentir que se ha dado por vencido. Tanto el esposo como la esposa deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. La aceptación de la mutua interdependencia en una relación simétrica puede encontrar obstáculos originados en la insistencia de los cónyuges en sus derechos a la independencia. El subsistema conyugal puede convertirse en un refugio ante los stress externos y en la matriz para el contacto con otros sistemas sociales.

Puede fomentar el aprendizaje, la creatividad y el crecimiento. En el proceso de acomodación mutua, los cónyuges pueden actualizar aspectos creativos de sus pautas que permanecían latentes y apuntalar los mejores rasgos de cada uno. Pero las parejas también pueden estimularse mutuamente los rasgos negativos. Los cónyuges pueden insistir en mejorar o preservar a su pareja y, a través de ese proceso, descalificarla. En lugar de aceptarla como es, imponen nuevos estándares que deben lograrse. Pueden establecer pautas transaccionales del tipo dependiente-protector, en cuyo marco el miembro dependiente se mantiene como tal, para proteger la impresión de su cónyuge de ser el protector.

Esas pautas negativas pueden existir en las parejas corrientes sin que ello implique una patología grave o motivaciones malevolentes en ninguno de sus miembros. Si un terapeuta debe enfrentar una pauta que funcione en forma negativa, debe tener en cuenta la necesidad de enfrentar el proceso sin atacar las motivaciones de los participantes. El terapeuta debe realizar interpretaciones que subrayen la reciprocidad, tales como: "usted protege a su mujer de un modo que la inhibe, y usted suscita una protección innecesaria de su esposo con gran

habilidad". Una interpretación consecutiva de este tipo subraya la complementariedad de los sistemas, los aspectos positivos y negativos de cada cónyuge, y elimina implicancias valorativas de motivación.

El subsistema conyugal debe llegar a un límite que lo proteja de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas; en particular, cuando la familia tiene hijos. Los adultos deben poseer un territorio psicosocial propio un refugio que pueden proporcionarse mutuamente, un sostén emocional. Si el límite alrededor de los esposos es excesivamente rígido, el sistema puede verse estresado por su aislamiento. Pero si los esposos mantienen límites flexibles, otros subgrupos, incluyendo a los hijos y a los parientes políticos, pueden interferir en el funcionamiento de su subsistema.

- **El subsistema parental:** Cuando nace el primer hijo se alcanza un nuevo nivel de formación familiar. En una familia intacta el subsistema conyugal debe diferenciarse entonces para desempeñar las tareas de socializar un hijo sin renunciar al mutuo apoyo que caracterizará al subsistema conyugal. Se debe trazar un límite que permita el acceso del niño a ambos padres y, al mismo tiempo, que lo excluya de las relaciones conyugales. Algunas parejas que se manejan correctamente como grupo de dos nunca logran realizar una transición satisfactoria a las interacciones de un grupo de tres. En algunas familias es posible que se incorpore al niño al marco de los problemas del subsistema conyugal, tal como le ocurrió a Emily Wagner.

A medida que el niño crece, sus requerimientos para el desarrollo, tanto de la autonomía como de la orientación, imponen demandas al subsistema parental que debe modificarse para satisfacerlas. El niño comienza a tener contacto con compañeros extra familiares, la escuela, y otras fuerzas socializantes exteriores a la familia. El subsistema parental debe adaptarse a los nuevos factores que actúan en el marco de la socialización. Si el niño es severamente afectado por su medio extra familiar, ello puede afectar no sólo su relación con sus padres sino, incluso, las transacciones internas del subsistema conyugal.

La autoridad incuestionada que caracterizó en algún momento al modelo patriarcal del subsistema parental ha desaparecido y fue reemplazada por el concepto de una autoridad flexible, racional. Se espera de los padres que comprendan las necesidades del desarrollo de

sus hijos y que expliquen las reglas que imponen. El ser padre es un proceso extremadamente difícil. Nadie lo desempeña a su entera satisfacción, y nadie atraviesa el proceso incólume. Es probable que ello haya sido imposible en todas las épocas, en mayor o menor grado. En la sociedad actual, compleja, de rápido desarrollo, en la que las brechas generacionales corresponden a intervalos cada vez más pequeños, las dificultades de ser padre se han incrementado.

Los procesos que corresponden a ello difieren según la edad de los niños. Cuando éstos son muy pequeños, predominan las funciones de alimentación. El control y la orientación asumen una mayor importancia luego. A medida que el niño madura, especialmente en el transcurso de la adolescencia, los requerimientos planteados por los padres comienzan a entrar en conflicto con los requerimientos de los hijos para lograr una autonomía adecuada a su edad. La relación de paternidad se convierte en un proceso difícil de acomodación mutua, es decir los padres imponen reglas que no pueden explicar en el momento o que explican en forma incorrecta, o consideran que los fundamentos de las reglas son evidentes, mientras que para los niños no es así. A medida que los niños crecen, es posible que no acepten las reglas. Los niños comunican sus necesidades con distintos grados de claridad, y realizan nuevos requerimientos a los padres, como los de que se les dedique un mayor tiempo o un mayor compromiso emocional.

Para juzgar en forma adecuada a sus participantes, es esencial comprender la complejidad del proceso de educación del niño. Es imposible que los padres protejan y guíen sin, al mismo tiempo, controlar y restringir. Los niños no pueden crecer e individualizarse sin rechazar y atacar. El proceso de socialización es inevitablemente conflictivo. Toda intervención del terapeuta que enfrenta un proceso disfuncional entre los padres y los hijos debe, al mismo tiempo, apoyar a sus participantes. La relación de paternidad requiere la capacidad de alimentación, guía y control. Las proporciones de estos elementos dependen de las necesidades de desarrollo del niño y de las capacidades de los padres. Pero la relación requiere el uso de la autoridad. Los padres no pueden desempeñar sus funciones ejecutivas a menos que dispongan del poder necesario para hacerlo.



-El subsistema fraternal: Se desarrolla entre hermanos experimentando relaciones con sus iguales donde se negocian, cooperan y comparten entre sí, siendo importantes para el desarrollo posterior de sus vidas fuera del núcleo familiar.

Es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales, es así que el marco de este contexto, los niños se apoyan, aíslan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente. En dicho espacio, los niños aprenden a negociar, cooperar, competir, aprenden a lograr amigos y aliados, a salvar la apariencias cuando ceden, y a lograr reconocimiento por sus habilidades; como también, pueden asumir posiciones diferentes en sus relaciones mutuas, y estas posiciones, asumidas tempranamente en el subgrupo fraterno, pueden ser significativas en el desarrollo posterior de sus vidas. En las familias amplias, el subsistema fraterno posee otras divisiones, ya que los hijos más pequeños, que se mueven aún en las áreas de seguridad, alimentación y guía en el seno de la familia, se diferencian de los niños mayores que realizan contactos y contratos con el mundo extra familiar.

Cuando los niños se ponen en contacto con el mundo de sus iguales extra familiares, intentan actuar de acuerdo con las pautas del mundo fraterno. Cuando aprenden formas alternativas de relación, incorporan las nuevas experiencias al mundo fraterno. Si la familia del niño posee modalidades muy particulares, los límites entre la familia y el mundo extrafamiliar pueden convertirse en excesivamente rígidos. Es posible, entonces, que el niño enfrente dificultades para incorporarse a otros sistemas sociales.

La significación del subsistema fraterno se observa con mayor claridad en caso de su ausencia. Los niños sin hermanos desarrollan pautas precoces de acomodación al mundo adulto, que pueden manifestarse en un desarrollo precoz. Al mismo tiempo, pueden mostrar dificultades para el desarrollo de la autonomía y la capacidad de compartir, cooperar y competir con otros. En diferentes etapas de su desarrollo los niños poseen diferentes necesidades, capacidades cognitivas particulares, y sistemas de valores propios. En algunos momentos, el terapeuta señala Minuchin debe actuar como traductor, interpretando el mundo de los niños para los padres o viceversa. También es posible que deba ayudar al subsistema a negociar límites claros, aunque no rígidos con el mundo al interior de la familia. Si el niño se ve atrapado en una red de excesiva lealtad familiar, por ejemplo, el terapeuta debe actuar como puente entre el niño y el mundo extrafamiliar.

- c) **Las jerarquías:** “Son las posiciones en la que se encuentran cada uno de los miembros dentro de un sistema, generando una marca de subordinación o supra-ordinación a fin mantener la función del poder dentro del núcleo familiar” (Minuchin, 2003)
- d) **Alianzas:** “Es la afinidad positiva que se da dentro de los integrantes de un sistema manteniéndose unidas por algún interés o experiencias en común” (Minuchin, 2003)
- e) **Coaliciones:** “Se refiere cuando algún integrante de la familia se encuentra en oposición a otra parte del sistema, generando algún conflicto” (Minuchin, 2003)
- f) **Los triángulos:** “Su finalidad dentro del sistema es equilibrar y estabilizar a través de un tercero la relación de varios miembros donde se generan relaciones conflictivas” (Minuchin, 2003)

En conclusión, el modelo estructural comprende a la familia como un sistema abierto, donde se mantiene interacción e influencias internas y externas de la sociedad, generando diversos factores que causan la disfuncionalidad familiar; sin embargo, los restablecimientos claros y precisos de los elementos del modelo permiten regresar a una estructura familiar funcional. Así mismo destacan la claridad de los límites dentro del núcleo familiar precisando un factor útil para determinar la evaluación del funcionamiento. (Crisologo, 2020, págs. 24-25)

Modelo Circumplejo del Funcionamiento Familiar de Olson y autores

Olson, Portner y Lavee como se citó en Zelada (2019) investigadores quienes desarrollaron aportes teóricos sobre la dinámica en el entorno familiar, la terapia familiar y de pareja es así que luego de muchos años postularon un modelo de dinámica familiar al que lo llamaron Modelo Circumplejo. Según esta propuesta explicaron tres dimensiones: la cohesión, la flexibilidad (en un principio traducida como adaptabilidad) y la comunicación como soportes importantes en la dinámica de la familia que atraviesa durante su evolución donde se observa los cambios en este proceso.

Este modelo contempla las situaciones que atraviesa la familia durante su proceso vital, así como los cambios de adaptación a lo largo del ciclo evolutivo. A continuación, se presenta y describe las dimensiones de este modelo y sus implicancias (Olson, 2000, como se citó en Zelada, 2019, pág. 18)

A. Dimensión Cohesión

Entendida como el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados a ella, ayudándose unos a otros. Se define como el vínculo emocional y el grado de autonomía que los miembros de la familia tienen entre sí. Dentro del Modelo Circumplejo, los conceptos específicos para medir y diagnosticar dicha dimensión serían la vinculación emocional, los límites, las coaliciones, el tiempo, el espacio, los amigos, la toma de decisiones, intereses y recreación. (Olson, 2000, como se citó en Zelada, 2019, pág. 18)

Dentro de la dimensión cohesión se distingue los siguientes niveles: Desligada o dispersa, separada, conectada y amalgamada.

a. Nivel Desligada: Se caracteriza por ser extremadamente baja en cohesión. Se observa extrema separación emocional y poca interacción entre los miembros de una familia. Los miembros toman decisiones independientes. Además, los intereses se focalizan fuera del entorno familiar.

b. Nivel Separada: Se caracteriza porque la lealtad familiar es ocasional; de cierto modo se acepta la interrelación entre sus miembros, sin embargo, se prefiere distancia personal. Por otro lado, la correspondencia afectiva también es ocasional. c. Nivel Conectada: Se caracteriza porque existe cercanía y lealtad entre los miembros de una familia. Sí se enfatiza las interacciones afectivas y se focaliza la relación entre miembros, pero se respeta la distancia personal.

d. Nivel Amalgamada: La cohesión es extremadamente alta. Se caracteriza por una extrema cercanía emocional entre los miembros y se demanda lealtad hacia la familia, existiendo fuerte interdependencia emocional. Se observa extrema reactividad emocional cuando algún miembro pretende alejarse del entorno familiar.

Es así que en el modelo de Olson se postula que, los niveles de cohesión separada y conectada, considerados como niveles moderados y balanceados, corresponderían y fomentarían un adecuado funcionamiento familiar; en tanto que los niveles de cohesión desligada y aglutinada, considerados como extremos, causarían problemas en el entorno familiar.

B. Dimensión comunicación

Esta dimensión se caracteriza como la capacidad de comunicar positiva y asertivamente dentro del sistema familia. Las habilidades de comunicación positiva, como la empatía, la escucha activa o los comentarios de apoyo, permiten a las familias compartir mutuamente sus necesidades y preferencias; en tanto que la comunicación negativa, como los dobles mensajes, dobles vínculos y críticas, disminuye la habilidad de una familia para compartir sus sentimientos. La dimensión de comunicación es considerada como la facilitadora y mediadora de los niveles de cohesión y flexibilidad dentro de la familia.

A partir de estas dimensiones y sus relaciones, Olson (2000) como se citó en (Zelada, 2019) considera el funcionamiento familiar. Distingue así, para cada dimensión, cuatro niveles, que combinadas permitirían conocer dieciséis tipos de sistemas familiares. (Olson, 2000, como se citó en Zelada, 2019, pág. 18)

C. Dimensión Adaptabilidad

Es la medida en que el sistema familiar es flexible y capaz de cambiar. Se define como la habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles y las reglas de las relaciones, en respuesta al desarrollo propio del ciclo evolutivo de la familia o a las crisis situacionales. Los conceptos específicos para medir esta dimensión serían los estilos de negociación, roles y reglas de relación, entre otros. (Olson, 2000, como se citó en Zelada, 2019, pág. 18)

Por otro lado, en la dimensión adaptabilidad se distingue los siguientes niveles: Rígido, estructurado, flexible y caótico.

a. Nivel Rígido: El nivel de adaptabilidad es extremadamente bajo. Se caracteriza por un liderazgo autoritario que ejerce uno de los padres. La disciplina es estricta para los

miembros y las funciones están rígidamente establecidas en reglas que deben de cumplirse.

b. Nivel Estructurado: Si bien tiende a caracterizarse por un liderazgo autoritario, en algunas situaciones puede ser igualitario. Existe una disciplina, pero no es rígida. Los roles son estables, pero pueden compartirse.

c. Nivel Flexible: El liderazgo es igualitario y se permiten los cambios. Existe la disciplina, pero se negocian las consecuencias. Es democrática porque se llegan a acuerdos para la toma de decisiones. Las reglas se cumplen con flexibilidad y a veces se cambian.

d. Nivel Caótico: El nivel de adaptabilidad es extremadamente alto. Se caracteriza por un liderazgo ineficaz, ausencia de disciplina e inconsistencia en las consecuencias. Hay una falta de claridad en los roles que sus integrantes deben de asumir. El modelo también contempla que la relación entre los niveles de la cohesión y los niveles de la adaptabilidad, determinan los niveles de funcionamiento familiar, las cuales se presentan en la figura 1.

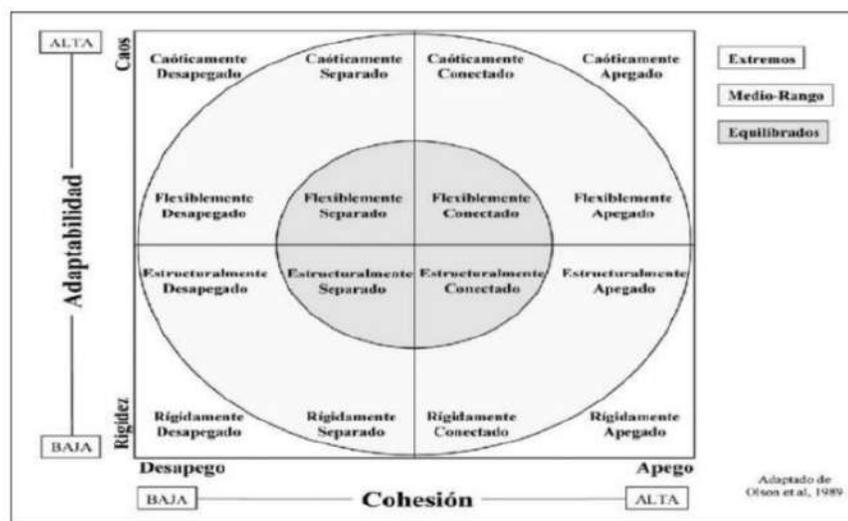


Figura 1. Modelo Circumplejo de Olson. Fuente: Martínez -Pampliega, Iraurgi, Galíndez y Sanz (2006).

Nota: Zelada (2019, pág. 22)

Estos dieciséis tipos de familias determinan tres niveles de funcionalidad familiar.

A. Funcionalidad Familiar balanceada o equilibrada

Es aquella que mantiene una estabilidad entre los niveles de apego y flexibilidad para el cambio, gracias a su adecuado proceso de comunicación. Aquí se hallarían las familias: flexiblemente separada, flexiblemente conectada, estructuralmente separada y conectada. Ferrer et al. (2013) y Zelada (2019) consideran que, en los sistemas abiertos, cada uno de los integrantes de la familia se distingue por su habilidad por experimentar y balancear los extremos de independencia y dependencia familiar; poseen libertad para estar solos o conectados al miembro de la familia que elija.

Así, en este tipo de familia se observa un funcionamiento dinámico, dispuesto a cambiar cuando la circunstancia lo exija, resultando que se le considere como el más adecuado por su comunicación y altos recursos familiares. No obstante, Zambrano (2011) como se citó en Zelada, (2019) refiere que, si los miembros de familia permanecen poco tiempo interactuando en un clima familiar saludable, pueden no favorecerse del mismo.

B. Funcionalidad Familiar de rango medio

Es aquella familia donde se percibe dificultad en alguna dimensión; puede ser de extrema adaptación o cohesión, pero balanceada en otra dimensión. En este rango se encontrarían las siguientes familias: flexiblemente dispersas, flexiblemente aglutinada, caóticamente separada, caóticamente conectada, estructuralmente dispersa, estructuralmente aglutinada, rígidamente separada y conectada. Las familias nombradas evidencian dificultades probablemente porque se encuentran, en algún momento, inmersas en estrés, pero sin problemas de gravedad.

C. Funcionalidad Familiar extrema

Estas familias se caracterizan por niveles extremos, es decir niveles muy bajos o altos de apego entre sus miembros y/o de capacidad de adaptación ante las necesidades del medio. En este rango se encuentran las familias: caóticamente dispersas, caóticamente aglutinadas, rígidamente dispersas y aglutinadas. Este tipo de familia se considera como menos saludable; sin embargo, Olson (2000) como se citó en Zelada (2019) refiere que, si todos los

miembros están satisfechos con los niveles extremos, la dinámica puede funcionar bien hasta el momento que ellos lo deseen.

El modelo se origina en esta hipótesis: las familias balanceadas funcionarían de manera más adecuada que las familias extremas por su nivel de organización, conexión y flexibilidad; desde la premisa de la familia como institución primaria que se reinventa con el fin del bienestar propio.

2.2.3 Calidad de vida relacionada con la salud

Definición de la variable según autores

La segunda variable que nos acompaña en la investigación es Calidad de vida relacionado a la salud, un enfoque de salud o mejor dicho por las características de la población pacientes con diagnóstico de VIH, asimismo es un término polifacético que incluye el estado de salud física y mental, los estilos de vida, vivienda, satisfacción en los lugares de estudio y trabajo, situación económica, siendo uno de los indicadores del bienestar de la población; por ello, es necesario clarificar que el está relacionada esta variable directamente al enfoque de salud, es así que tenemos varias definiciones de los autores:

“... la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable, y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud” (Testa, 1996) como se citó en Botero y Pico, (2007) esto significa que, es muy importante que las personas tengan conocimiento acerca de su calidad de vida en relación a la salud, de tal manera, que los conlleve a la reflexión y al desarrollo de buenos hábitos para una mejor calidad de vida, por lo cual, es necesario que los centros de salud, dispongan de los instrumentos necesarios para un diagnóstico adecuado, además, que esto también permitirá mejorar las investigaciones con respecto al tema tratado.

“Es la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad...”(Patrick y Erickson, 1993, como se citó en

Botero y Pico (2007) se refiere a que la calidad de vida en relación a la salud, es mayormente afectada por las diversas enfermedades existentes, puesto que, las secuelas pueden ser de gravedad, generando grandes limitaciones en la persona quien muchas veces tiene que saber afrontar su realidad, además, suele ser muy impactante porque no solo altera la parte física, sino también psicológica y social.

Schumaker & Naughton, 1996, señalaron que “Es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo” (Botero & Pico, 2007), esto significa que, si la persona no se encuentra bien de salud, las demás áreas de su vida también se verán afectadas, dejando de lado los hábitos cotidianos, para realizar nuevas actividades que permita el bienestar y el cuidado de la salud.

Melguizo (2002) refirieron que “La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una faceta subjetiva de la morbilidad, entendida como gravedad percibida por el paciente. Su evaluación debe suponer un objetivo de atención en sí mismo” (Remor, 2002) se refiere a que los temas concernientes a la salud deben ser tomados con mucha seriedad, debido a que es algo muy delicado y que, si no se actúa de una manera pertinente, esto puede llegar a generar graves consecuencias, afectando no solo la vida del paciente sino también de todas las personas que lo rodean.

Asimismo, O’ Connor (1995) “las condiciones de salud de las personas y que está referida a partir de las experiencias subjetivas de los pacientes sobre su salud global” (Salas & Garzón, 2013, pág. 40) esto significa que, cuando se habla de calidad de vida no solo debe ser un tema enfocado en la cultura o en los hábitos de la persona, sino que también se tiene que tomar en cuenta las demás dimensiones o áreas de la vida, la salud como un factor muy importante y primordial, que en su momento llega a hacer afectado, posiblemente la calidad de vida del paciente se debilita.

Por esos años Vincen (1995) agrego a estas definiciones “las relaciones humanas y de estilos de vida creativos y percepciones más personales del tiempo, el territorio y el cuerpo” (Salas & Garzón, 2013, pág. 44), de acuerdo a esta definición se entiende que la calidad de vida tienen sus variantes sociales y físicos.

Por último, tenemos la definición de la Organización Mundial de la Salud (1996, pág. 385) señalan que esta "...en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones". Esta institución internacional plantea que se debe tomar en cuenta su salud física, situación mental, el nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente y creencias personales.

Modelos teóricos de calidad de vida

1. Modelo de la calidad de vida Verdugo-Schalock (1997)

Este modelo elaborado por los autores quienes consideran que calidad de vida en el marco de su modelo: "...es un estado deseado de bienestar personal que: (a) es multidimensional; (b) tiene propiedades éticas -universales- y emicas -ligadas a la cultura; (c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y (d) está influenciada por factores personales y ambientales" (Schalock & Verdugo, 2007)

Ese movimiento de avance se traduce en un cambio conceptual de las tareas cotidianas que se fundamenta en:

Pasar de un sistema centrado en las limitaciones de la persona a otra centrada en el contexto y en la interacción, que supone un enfoque ecológico.

Pasar de un sistema centrado en la eficacia de los servicios, programas y actividades a otro que se centre en los avances en la calidad de vida y los cambios y mejoras deben reflejarse en cada persona.

Pasar de un sistema centrado en los profesionales a otro que tenga en cuenta a la persona y a sus familiares (Verdugo, 1997, como se citó en el Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011, pág. 18)

Según este autor Verdugo (1997) un paradigma de calidad de vida es primordial en los servicios sociales y educativos, colocando como primer lugar la participación de la persona en la planificación de actividades, programas, etc., por parte del equipo profesional y genera

una nueva forma de planificar los objetivos de las personas con discapacidad: Los planes personalizados de apoyo.

El nuevo modelo de calidad se fundamenta en las dimensiones de calidad de vida desarrolladas por Schalock y Verdugo. Ambos autores nos plantean 8 dimensiones de calidad de vida a la vez que proponen indicadores e ítems para su evaluación.

Tabla 1. *Dimensiones de calidad de vida y ejemplos de apoyos individualizados*

DIMENSIONES	EJEMPLOS DE APOYOS INDIVIDUALIZADOS
Desarrollo personal	Entrenamiento en habilidades funcionales, tecnología asistida, sistemas de comunicación.
Autodeterminación	Elecciones, control personal, decisiones, metas personales.
Relaciones interpersonales	Fomento de amistades, protección de la intimidad, apoyo a las familias y relaciones/interacciones comunitarias
Inclusión	Roles comunitarios, actividades comunitarias, voluntariado, apoyos sociales.
Derechos	Privacidad, procesos adecuados, responsabilidades cívicas, respeto y dignidad.
Bienestar emocional	Aumento de la seguridad, ambientes estables, feedback positivo, previsibilidad, mecanismos de auto identificación (i.e. espejos, etiquetas con el nombre).
Bienestar físico	Atención médica, movilidad, bienestar, ejercicio, nutrición.
Bienestar material	Propiedad, posesiones, empleo.

Nota: (Schalock & Verdugo, 2007, pág. 23)

Que a continuación se detalla con mayor precisión:

1. Dimensión de Bienestar emocional que tiene en cuenta los sentimientos como la satisfacción, tanto a nivel personal y vital, el auto concepto de sí mismo, a partir de los sentimientos de seguridad-inseguridad y de capacidad-incapacidad, así como la ausencia de estrés que contiene aspectos relacionados con la motivación, el humor, el comportamiento, la ansiedad y la depresión (Schalock & Verdugo, 2007).

2. Dimensión de relaciones personales a partir de la interacción y el mantenimiento de relaciones de cercanía (participar en actividades, tener amigos estables, buena relación con su familia.) y si manifiesta sentirse querido por las personas importantes a partir de contactos sociales positivos y gratificantes (Schalock & Verdugo, 2007).

3. Dimensión de Bienestar material que contempla aspectos de capacidad económica, ahorros y aspectos materiales suficientes que le permitan tener una vida confortable, saludable y satisfactoria (Schalock & Verdugo, 2007).

4. Dimensión de Desarrollo personal que tenga en cuenta las competencias y habilidades sociales y la utilidad social. El aprovechamiento de oportunidades de desarrollo personal y aprendizaje de nuevas o la posibilidad de integrarse en el mundo laboral con motivación y desarrollo de las competencias personales, la conducta adaptativa y el desarrollo de estrategias de comunicación (Schalock & Verdugo, 2007).

5. Dimensión de Bienestar físico desde la atención sanitaria (preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.); tiene en cuenta los aspectos de dolor, medicación y como inciden en su estado de salud y le permiten llevar una actividad normal. El bienestar físico permite desarrollar actividades de la vida diaria desde las capacidades y se ve facilitado con ayudas técnicas si las necesita (Schalock & Verdugo, 2007).

6. Dimensión de autodeterminación que se fundamenta en el proyecto de vida personal, en la posibilidad de elegir, de tener opciones. En ella aparecen las metas y valores, las preferencias, objetivos e intereses personales. Estos aspectos facilitan la toma de decisiones y permiten que la persona tenga la opción de defender ideas y opiniones. La autonomía personal, como derecho fundamental que asiste a cada ser, permite organizar la propia vida y tomar decisiones sobre temas de propia incumbencia (Schalock & Verdugo, 2007).

7. Dimensión de Inclusión social valorando si se da rechazo y discriminación por parte de los demás. Podemos valorarlo a partir de saber si sus amistades son amplia o limitada, si utiliza entornos de ocio comunitarios. La inclusión puede medirse desde la participación y la accesibilidad que permite romper barreras físicas que dificultan la integración social (Schalock & Verdugo, 2007).

8. Dimensión de la Defensa los derechos que contempla el derecho a la Intimidad el derecho al respeto medible desde el trato recibido en su entorno. Es importante indagar sobre el grado de conocimiento y disfrute de los derechos propios de ciudadanía (Schalock & Verdugo, 2007).

Las dimensiones de calidad de vida planteadas por Shalock y Verdugo son altamente coincidentes con los principios de la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad que fuera suscrita el 30 de marzo de 2007 por nuestro país, y con el desarrollo del Tercer Plan de discapacidad en sus diferentes propuestas.

Fundamentación del modelo de calidad de vida de Schalock & Verdugo, 2007

La definición de un posible marco teórico de la discapacidad nos lleva a plantearnos el conjunto de conocimientos en base a cuatro aspectos esenciales:

- i. Los fundamentos teóricos de base (conocimientos definidos por autores e investigadores).
- ii. Los procesos de investigación que fundamentan la evidencia en los resultados en el ámbito de acompañamiento de la discapacidad (conocimientos definidos a partir de estudios de investigación que permiten desarrollar una visión dinámica del ámbito de la discapacidad).
- iii. Los condicionantes de las políticas desarrolladas (autonómicas, estatales e internacionales) que condicionan el desarrollo de dichas prácticas en planes de desarrollo específicos.
- iv. La práctica que se define como las acciones específicas en el medio y que son consecuencia de los modelos teóricos, de evidencias obtenidas en la investigación y de las políticas que normativizan el ámbito de apoyos a la discapacidad.

La práctica se fundamenta y se nutre de la teoría, la investigación y las políticas, para traducirlas a la programación cotidiana de las personas usuarias.

2. Teoría de las necesidades de Abraham Maslow (1993)

Maslow (1943) como se citó en Bar & Silva (2017) diseñó una teoría psicológica sobre la motivación humana que explicó mediante una jerarquía de necesidades o motivaciones que afectan a todos los sujetos y que organizó estructuralmente como una pirámide.

Esta pirámide consta de cinco niveles que explican el comportamiento humano. En los niveles más bajos de la pirámide se sitúan las necesidades prioritarias para la supervivencia y en la parte más alta se sitúa las de menor importancia para la supervivencia, pero de mayor

transcendencia para el desarrollo personal, afectivo y emocional. Para Maslow existe un orden de prioridad en las necesidades, de manera que se satisfacen primero las necesidades más básicas y a partir de ahí podemos ir generando necesidades más complejas. Solo pueden satisfacerse los niveles superiores de la pirámide cuando los niveles inferiores han sido satisfechos.

Maslow (1943) como se citó en Padovan (2020) explica e ilustra en una pirámide lo siguiente: en la base se encuentran las necesidades más básicas y esenciales; y en la cúspide las más trascendentes. El ser humano se esfuerza por ascender en la pirámide y para ello debe satisfacer necesidades cada vez más complejas y que necesitan más tiempo para ser cumplidas. Cada categoría que compone la pirámide se constituye de necesidades similares y de igual naturaleza.

A continuación, se explican las categorías de las necesidades:

1. Necesidades fisiológicas: incluye alimentación, protección contra el dolor o el sufrimiento, sexo, respiración, hidratación, descanso, entre otros. También se les llama necesidades biológicas y exigen satisfacción cíclica y reiterada para garantizar la supervivencia del individuo. Son las necesidades más básicas del ser humano (Padovan, 2020).
2. Necesidades de seguridad: se trata de estar libre de peligros (reales o imaginarios) y estar protegido contra amenazas del entorno. Están estrechamente relacionadas con la supervivencia del individuo. En el ambiente laboral se vincula con la probabilidad de ser despedido o si es riesgoso en sí mismo el trabajo (por ejemplo, electricista o seguridad) (Padovan, 2020).
3. Necesidades sociales: incluye amistad, participación, pertenencia a grupos, amor y afecto. Están relacionadas con la vida del individuo en sociedad, vinculándose con otras personas y con el deseo de dar y recibir afecto. En el lugar de trabajo la relación con jefes, compañeros y subordinados es muy importante para la mayoría de las personas (Padovan, 2020)

4. Necesidades de estima: se trata de la forma en que una persona se percibe y evalúa, cómo la autoestima, el amor propio y la confianza en uno mismo o auto confianza. En una organización se deben promover los reconocimientos orales y públicos; y las posibilidades de ascenso deben ser claras y reales (Padovan, 2020).

5. Necesidades de autorrealización: son las más elevadas del ser humano y lo llevan a realizarse mediante el desarrollo de sus aptitudes y capacidades. Son las necesidades que se encuentran en la parte más alta de la pirámide y reflejan el esfuerzo de cada persona por alcanzar su potencial y desarrollarse continuamente a lo largo de la vida. En una organización se podría esperar que estas necesidades sólo se satisfacen cuando los empleados llegan a la cúpula de la organización, pero algunos empleados se sienten completos cuando realizan tareas diversas, de gran responsabilidad o altruistas (Padovan, 2020).

En la figura siguiente, se presenta la pirámide de Maslow y algunos factores que se deberán considerar para cada categoría de necesidad. En esta se incluye factores que se dividen según su lugar dentro o fuera del trabajo, tienen especial importancia para aquellos que desean motivar a sus empleados, quienes deben tener en mente aquellos factores que se mencionan en la lista izquierda a la pirámide y tratar de mejorarlos.

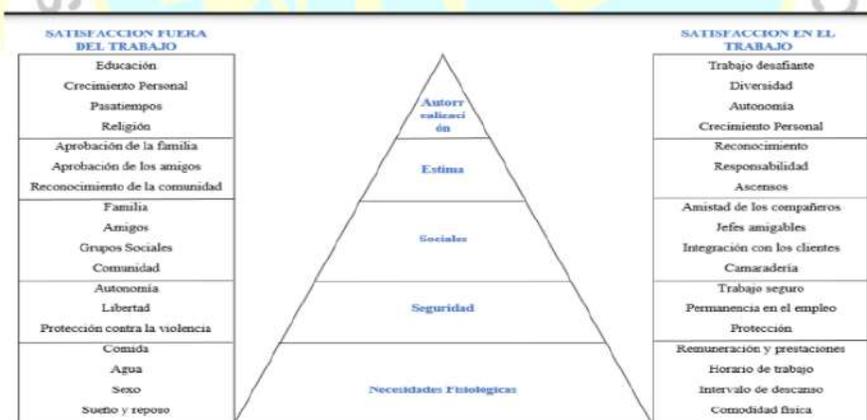


Figura 2. La pirámide de las necesidades humanas de Maslow y sus implicaciones.

Nota: Chiavenato, "Comportamiento organizacional. La dinámica del éxito en las organizaciones.", 2009, citado por Padovan (2020, pág. 16).

Según Maslow (1943) como se citó en Padovan (2020) indica que estas cinco categorías se pueden sub-clasificar en dos. Las llamadas “de orden inferior” que engloban a las dos primeras categorías, fisiológicas y seguridad. Y, las “de orden superior” que se compone de las otras tres necesidades que restan; social, estima y autorrealización.

La importancia de esta sub-clasificación está en comprender dónde se satisface cada una. Las de orden inferior se satisfacen externamente al ser humano. Por ejemplo, la *necesidad de seguridad* se satisface con un sueldo fijo y un seguro de vida (entre otras cosas). Las de orden superior se satisfacen internamente al ser humano. Otro ejemplo, la *necesidad de estima* de otros hacia uno mismo se satisface con la aprobación de otras personas, ya sea un profesor o un jefe. Si bien estos sujetos y sus juicios son externos al ser humano, el sentimiento que da lugar a la satisfacción se produce en la psiquis del ser humano.

La presente teoría se podría considerar como la más famosa y aplicada. Sin embargo, las comprobaciones empíricas demuestran que la jerarquía no necesariamente corresponde con la de las personas y que no todas las categorías están presentes en una persona. Esto significa que la teoría carece de flexibilidad, es decir no da lugar a más categorías o cambiar el orden de las mismas.

2.3 Marco legal del programa Terapia Antirretroviral de gran actividad (TARGA)

Considerando que la investigación tiene como población de estudio pacientes con VIH/SIDA que se atienden en el programa TARGA en un Establecimiento de Salud donde recibe la denominada terapia antirretroviral (TAR) es el tratamiento de las personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA) con fármacos anti-VIH (Organización Panamericana de la Salud, s.f.).

Dicho tratamiento permite una combinación de fármacos (comúnmente llamada "terapia antirretroviral de gran actividad" o TARGA) que suprime la replicación del VIH, que en combinación de fármacos para aumentar la potencia y reducir la probabilidad de desarrollar resistencia. Se ha comprobado que dicha terapia señalada líneas arriba reduce la mortalidad y morbilidad entre las personas infectadas por el VIH/SIDA, y mejora su calidad

de vida. Los beneficios de la TAR también incluyen la prevención de la transmisión del VIH/SIDA mediante la supresión de la replicación del virus en personas que viven con el VIH/SIDA (Organización Panamericana de la Salud, s.f.).

La atención de las personas contagiadas con VIH/SIDA forma parte de las políticas internacionales como son los Objetivos de Desarrollo Sostenible como es el **Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades**. Años antes de la pandemia COVID 19, la ciencia había conseguido mejorar la salud de miles de ciudadanos en el mundo una prueba de ello el aumento de la esperanza de vida, la disminución de mortalidad infantil y materna; así como el tratamiento de enfermedades como el VIH/SIDA que alargan la vida de esta población afectada; sin embargo, estos dos últimos años de emergencia sanitaria que ha traído sufrimiento humano, desestabilización de las economías y el cambio de vida de las poblaciones (confinamiento), aquellos avances obtenidos en salud han tenido retrocesos notorios, todos los servicios de salud se redujeron a la atención del Coronavirus dejando de lado la atención de enfermedades infecto contagiosas permanente y emergente como la malaria, Tuberculosis, VIH/SIDA entre otros. (Organización de las Naciones Unidas, 2017).

De acuerdo a la información obtenida de la OMS y ONUSIDA, refiere la situación actual de esta enfermedad “2,4 millones de personas viven con VIH/SIDA en América Latina y el Caribe. El 81% de las personas estimadas que vivían con el virus en la región estaban diagnosticadas, el 65% recibían tratamiento y el 60% estaban con carga viral suprimida”. Es importante señala el documento la disminución de la letalidad aclaran “ las muertes por sida se redujeron 27% desde 2010 y el porcentaje de personas con VIH/SIDA que obtuvieron su diagnóstico en forma tardía bajó del 33% en 2016 al 25% el año pasado”. ”. (OPS/OMS, 2021).

En base a los datos obtenidos y a las políticas internacionales, nuestro país asume el compromiso de organizar clínica y administrativamente la atención a las personas infectada con VIH/SIDA; a través de la estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA desarrollando mecanismos de atención como línea gratuita InfoSalud (0800-10828), la organización de la estrategia denominada:

Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) que de acuerdo a las estadísticas de los nosocomios en el país, esta “reduce la mortalidad, las hospitalizaciones, la incidencia de infecciones oportunistas, el uso de servicios de salud y mejora en la calidad de vida” (Ministerio de Salud, 2020).

En el Perú, los Centros de referencias que operativiza la Estrategia Sanitaria TARGA, dirigida a las personas afectadas con VIH/SIDA funcionan en los Hospitales del país, según la última Norma técnica de salud N° 169-MINSA2020DGIESP del Ministerio de Salud, (2020) denominada “Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú”, que expone los beneficios del tratamiento antirretroviral con una evaluación médica por enfermería, psicología y servicio social, además de exámenes auxiliares de linfocitos CD4 y carga viral, adherencia al tratamiento, entrega de medicamentos, charlas informativas, controles médicos, entre otros beneficios.

El boletín informativo de setiembre del 2021 del MINSA, detallo que desde la década del 80 del siglo pasado se reportó del primer caso de SIDA en el territorio nacional, a Setiembre 2021 el órgano oficial preciso que existe 143,732 caso de infectado por este mal de los que existen 46,641 se encuentra en la etapa del SIDA entre enero 2020 y setiembre 2021. Sumado a ello la tendencia de casos nuevos en donde el número de casos de infección por VIH/SIDA representa el 84% (120 950) respecto al histórico, y de estadio SIDA el 71% (33 266) (Centro Nacional de Epidemiología prevención y control de enfermedades, 2021, pág.2).

HUACHO

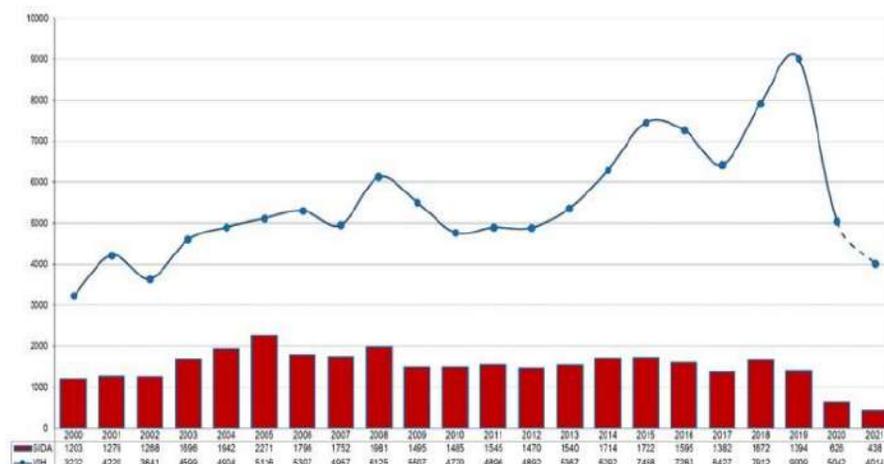


Figura 3. Casos de infección por VIH y casos de SIDA notificados según año de diagnóstico. Perú, 2000-2021

Nota: Centro Nacional de Epidemiología prevención y control de enfermedades, Boletín Setiembre (2021, pág. 2)

El documento normativo último aprobado en el 2020 del Ministerio de Salud enfatiza el objetivo de “Estandarizar los procedimientos para la atención integral del adulto con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en los establecimientos de salud del territorio nacional” (Ministerio de Salud, 2020, pág. 3), se explica además definiciones operativas que sirven en la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, sobre la confiabilidad y protección de los datos personales en salud, atención y seguimiento de la persona con infección por VIH/SIDA a cargo del equipo multidisciplinario y de las responsabilidades de cada integrante del equipo multidisciplinario (médico infectólogo, enfermería, obstetricia, químico farmacéutico y tecnólogo médico o biólogo), donde se cuente con recursos humanos se incluirá un Trabajador Social. Por último, especifica las actividades conducentes a la promoción de la salud, prevención, tamizaje y pruebas confirmatorias, de la recuperación entre otros.

El hospital de Chancay ha venido atendiendo a dicha población hace dos años atrás, pero su oficialización se da a través de la Resolución Directoral N°045-2022-GRL-GRDS-

DIRESA LIMA-DG que aprueba “la apertura en el establecimiento de salud del Centro de Referencia de Infecciones de Trasmisión Sexual (CERITS y Centro de Tratamiento Antirretroviral para VIH/SIDA con eficacia anticipada al 01 de setiembre del 2021” 2021” (Gobierno Regional de Lima, 2022, pág. 3). Normativa que da lugar a brindar la oportunidad de contar con los beneficios asumidos por la política de salud para población contagiada por esta enfermedad. Se tiene actualmente 45 pacientes atendidos en el TARGA que se detalla en la tabla siguiente:

Tabla 2. Características socio demográficas de la población de estudio

EDAD	f	%
Jóvenes de 20 a 30	17	37.8
Adultos tempranos de 31 a 45	14	31.1
Adultos intermedios de 46 a 59	7	15.6
Adultos mayores de 60 a 84	7	15.6
SEXO	f	%
Masculino	35	77.8
Femenino	10	22.2
NACIONALIDAD	f	%
Peruana	35	77.8
Venezolana	10	22.2
TIPO DE SEGURO	f	%
SIS	28	62.2
EsSalud	6	13.3
Naval	1	2.2
Ninguno	10	22.2
TOTAL	45	100%

Nota: Registro Clínico del centro de referencias Hospital de Chancay. 2022

En su mayoría son jóvenes de 20 a 30 años de edad y adultos tempranos hasta 45 años (68.2%), quienes tienen carga familiar y responsabilidades importantes que se ven disminuidas por su situación clínica de adquirir esta enfermedad; por otro lado, un gran grupo son varones con 77.3% y solo 22.7% son de sexo femenino. Tienen nacionalidad peruana el 77.3% y un 22.7% son venezolanos debido a la situación de migración realizada los últimos años en nuestro país. Por último el 61.4% tienen seguro integral de salud y el otro porcentaje tienen seguro social y naval; cabe indicar que hay un 22,7% que no cuenta con seguro de salud

2.3 Bases filosóficas

Immanuel Kant es el filósofo que colocó el concepto de la dignidad humana en el mapa del discurso moral moderno. Pocos pensadores, se inhiben en rendirle tributo. Kant argumenta que “el hombre, y todo ser racional en general, [...]” existe “como fin en sí mismo”, cuyo pensamiento es reforzado por el filósofo alemán Speamann citado en (González, 2005) que señala que “una dignidad, es decir, un valor incondicionado e incomparable” y puede por ello pretender “respeto” (pág. 64). Los vínculos entre el derecho a la salud (o al tratamiento de las enfermedades) y los derechos humanos son múltiples. La discriminación por padecer SIDA es una actitud decimonónica que atenta contra la dignidad. La dignidad es uno de los pilares de los derechos humanos que se vincula con la libertad y con la capacidad de ser un ente moral. La discriminación por padecer VIH/sida es un profundo atentado contra los derechos humanos.

En el presente estudio se tomará en cuenta la rama de la filosofía denominada Ontología que trata ver la esencia de los fenómenos en este caso de las condiciones de bienestar denominada ⁴⁵ calidad de vida en las familias de las personas con discapacidad la cual permitirá detectar las característica de satisfacción y de importancia de su entorno familiar, los recursos familiares que poseen el contexto donde viven y concluir en la identificación de sus relaciones existentes entre sus dimensiones y campos de estudio de una población que habita en una realidad contextualizada como son las personas con VIH/SIDA.

Así mismo, se ha asumido la postura ⁴² epistemológica empírica analítica (Investigación cuantitativa) considerando que se puede medir la calidad de vida familiar en niveles y sus dimensiones como interacción familiar, rol parental, salud y seguridad, recursos familiares y apoyo para personas con esta enfermedad y el uso del método hipotético-deductivo que se conduce a través de la lectura y aplicación del marco teórico, se produce los supuestos teóricos y se utiliza el método deductivo como método específico que parte de lo general a los particular para hallar el verdadero conocimiento.

Por ultimo las investigaciones cuantitativas están signadas por el positivismo que es una corriente filosófica que plantea que el único conocimiento auténtico es el que se extrae de la observación para que luego sea procesado y finalmente se obtenga un conocimiento científico, y tal conocimiento sólo puede surgir de la aplicación del método científico de la investigación.

2.4 Definición de términos básicos

Funcionalidad Familiar

“Es considerada como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo a un ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo (Hernández-Castillo, Cargill-Foster, & Gutiérrez-Hernández, 2012).

Adaptación

“Es la capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis” (Suarez & Alcalá, 2014, pág. 54)

Participación:

“Es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar” (Suarez & Alcalá, 2014, pág. 55)

Gradiente de recurso personal (Crecimiento):

“Es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo” (Suarez & Alcalá, 2014, pág. 55).

Afectividad:

“Es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia” (Suarez & Alcalá, 2014, pág. 55)

Recursos:

“Es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios” (Suarez & Alcalá, 2014, pág. 55)

Calidad de Vida

“Es la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o políticas de salud” (Patrick & Erickson, 1993, como se citó en Botero & Pico (2007, pág. 17)

Calidad de vida relacionada a la salud

Melguizo (2002) señaló que “La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una faceta subjetiva de la morbilidad, entendida como gravedad percibida por el paciente. Su evaluación debe suponer un objetivo de atención en sí mismo” (Citado en (Remor, 2002)

Salud general percibida:

“Valoración netamente personal del estado de salud percibido por el propio individuo, que incluye, entre otras cosas la percepción del sentimiento de salud intrapersonal actual” (Vallejos, 2016), como se citó en Guzmán (2021, pág. 33)

Dolor

“Medida de la magnitud del dolor que se padece y el impacto que causa en el trabajo común y ocupaciones cotidianas” (Vallejos, 2016), como se citó en Guzmán (2021, pág. 33)

Funcionamiento físico

“Hace hincapié prácticamente en la existencia de inconvenientes a la ejecución de las ocupaciones sociales del día a día que la persona quiera realizar” (Vallejos, 2016, como se citó en Guzmán (2021, pág. 33)

Funcionamiento social:

Vallejos (2016) "Se apoya en el nivel en el cual la salud se delimita a la ejecución de las ocupaciones diarias en relación con nuestra autonomía, y competencia para las actividades extenuantes físicamente" (Guzmán S. , 2019, pág. 32)

Salud mental

"Valoración de la salud psicológica general tomando en cuenta la depresión, ansiedad, control del comportamiento y confort general" (Vallejos, 2016, como se citó en Guzmán (2021, p" Sensación, percibida a partir de la energía y vitalidad del individuo frente a las actividades del día a día" (Vallejos, 2016), como se citó en Guzmán (2021, pág. 33)

Energía/ fatiga:

"Sensación, percibida a partir de la energía y vitalidad del individuo frente a las actividades del día a día" (Vallejos, 2016), como se citó en Guzmán (2021, pág. 33)

Actividad diaria:

"Nivel en que la salud física interfiere en el trabajo y otras ocupaciones cotidianas, produciendo como resultados un rendimiento menor del esperado o limitando el tipo de ocupaciones llevadas a cabo" (Vallejos, 2016), como se citó en Guzmán (2021, pág. 33)

41

Malestar respecto a la salud:

"Conocer cuánto perjudica a la salud de cada persona la vivencia y experiencia con respecto a su diagnóstico o tratamiento en particular" (Vallejos, 2016), como se citó en Guzmán (2021, pág. 33).

Funcionamiento cognitivo:

"Nivel en el cual la patología dificulta la función de atención o argumento" (Vallejos, 2016, cómo se citó en Guzmán (2021, pág. 33)

Calidad de vida percibida:

"Percepción del grado de bienestar del paciente a raíz de su diagnóstico" (Cantillo, 2017, pág. 96).

Transición de salud:

“Se define como magnitud gradual que oscila entre la salud positiva y el irreversible estado de muerte; entre los dos extremos hay diversos estados, que integran la patología no complicada y las discapacidades temporales o permanente” (Vallejos, 2016, como se citó en Guzmán (2021, pág. 33)

³ 2.5 Hipótesis de investigación

2.5.1 Hipótesis general

Existe relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López" -2022.

2.5.2 Hipótesis específicas

Existe relación entre adaptación familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López" -2022.

² Existe relación entre la participación familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López" -2022.

⁴² Existe relación entre el gradiente recurso personal y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López" -2022.

¹⁶ Existe relación entre el afecto familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López" -2022.

⁴ Existe relación entre los recursos familiares y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López" -2022.

1 2.6 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
Funcionalidad familiar “Es considerada como la capacidad para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional es aquella capaz de cumplir con las tareas encomendadas, de acuerdo a un ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe del medio ambiente externo (Hernández-Castillo, Cargill-Foster, & Gutiérrez-Hernández, 2012).”	Adaptación	Organización	1
	Participación	Implicación	2
Calidad de vida Melguizo (2002) señaló que “La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una faceta subjetiva de la morbilidad, entendida como gravedad percibida por el paciente. Su evaluación debe suponer un objetivo de atención en sí mismo” (Citado en Remor, 2002)	Gradiente recurso personal (Crecimiento)	Rendimiento	3
	Afectividad	Apego	4 52
	Recursos	Requerimiento	5
	Salud general percibida	Equilibrio Físico Mental	1
	Dolor	Dolencia	2
Funcionamiento físico	Actividad física diaria	3, 4, 5, 6, 7, 8	
Funcionamiento social	Relaciones Sociales	11	
Salud mental	Tranquilidad, tristeza, decaimiento	12, 13, 14, 15, 16	
Energía/fatiga	Voluntad, agotamiento	17, 18, 19, 20	
Actividad diaria	Labores domésticas o de estudio	9 y 10	
Malestar respecto a la salud	Desánimo por la salud	21, 22, 23, 24	
Funcionamiento cognitivo	Dificultades en el racionamiento/atención	25, 26, 27, 28	
Calidad de vida percibida	Modo de ver la vida	29	
Transición de salud	Evolución de su estado físico y emocional	30	

3 Capítulo III METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

3.1.1 Tipo de investigación

La investigación es básica porque se guía de un marco teórico y permanece en él, tal como lo señala el CONCYTEC en el diario El Peruano, donde se señala que es aquella “está dirigida a un conocimiento más completo a través de la comprensión de los aspectos fundamentales de los fenómenos, de los hechos observables o de las relaciones que establecen los entes”. (Congreso de la República, 2018, pág. 7)

3.1.2 Nivel de investigación

El nivel de investigación es relacional porque permite conocer la relación o grado de asociación entre las variables, tal como lo indica (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2010) “únicamente vinculan conceptos, permiten predicciones, cuantifican relaciones entre conceptos o variables y determinan relaciones de causa-efecto o el impacto de un concepto sobre otro” (p.50).

3.1.3 Diseño de investigación

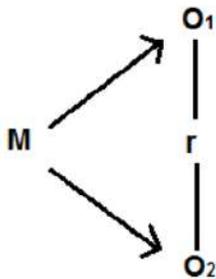
El diseño de investigación es no experimental y transversal porque las variables no son manipulables solo observables, tal como lo señala (Liu, 2008 y Tucker, 2004 citado en Hernández, Fernández, & Baptista (2014, pág. 154) “recolectan dato en un solo momento, en un tiempo único, por lo cual su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”.

M = muestra

r = relación

O1 = variable 1: Funcionalidad familiar

O2 = variable 2: Calidad de vida



3.1.4 Enfoque de investigación

El enfoque de investigación es cuantitativo porque los fenómenos estudiados son medibles y visibles, tal como lo indica “es un conjunto de procesos, secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no se puede omitir pasos. Además, parte de una idea que va acotándose y una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación” (Hernandez, Fernandez, & Baptista, 2010, pág. 4).

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

La población estuvo conformada por 45 pacientes con VIH/SIDA que asisten al programa TARGA del Hospital Chancay y SBS, “Dr. Hidalgo Atoche López” durante los primeros tres meses del año 2022.

3.2.2 Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico decisional; es decir se incluyó a todas unidades de la población en el estudio, siendo el tamaño de la muestra 45 personas.

3.3 Técnicas de recolección de datos

Se utilizó la técnica de la encuesta con sus correspondientes cuestionarios como son:

El Test APGAR Familiar (Family APGAR) diseñado en 1978 por Smilkstein para explorar la funcionalidad familiar. El APGAR familiar es un instrumento que mide la percepción de los integrantes de la familia en términos de su funcionalidad de la unidad familiar de forma global. Las preguntas abiertas valoran la dinámica familiar en las áreas de adaptación, ganancia o crecimiento, afecto y resolución.

Luego se obtiene información de cada una de las dimensiones que conforman la dinámica funcional de la familia. El encuestado anota una de las tres posibilidades, puntuándose de la siguiente manera: nunca: (0 puntos); casi nunca: (1 punto); algunas veces: (2 puntos); Casi siempre: (3 puntos); Siempre (4 puntos). Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente. Puntuación de 17 a 20 sugiere una función familiar normal, puntuación de 16 a 13 sugiere una difusión familiar leve. Puntuación de 12 a 10 sugiere una difusión familiar moderada y la puntuación de menor o igual a 9 sugiere una difusión familiar severa. (Suarez & Alcalá, 2014)

El cuestionario de calidad de vida relacionada a la salud MOS-SF-30 propuesto por la Organización Mundial de la Salud en el 2001, es un instrumento útil desde el punto de vista estadístico para poder medir la Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH, este consiste en 30 ítems que se subdividen en 11 sub-escalas que permite medir la salud general percibida, así como el dolor, funcionamiento físico, funcionamiento social, salud mental, energía/fatiga, actividad diaria, malestar respecto a la salud, funcionamiento cognitivo, calidad de vida percibida y transición de salud.

Por otro lado, el rango de puntuación oscila de 0 a 100, donde el 0 indica el grado más bajo de calidad de vida y 100 el grado más alto. De la misma manera, la interpretación de cada subescala se obtiene mediante puntuación directa, señalando una mayor puntuación para una calidad de vida más elevada, a excepción de la sub-escala de dolor y malestar. La versión final de 30 ítems ha sido resultado de los constantes análisis psicométricos llevados

a cabo por los autores de la versión original del cuestionario aversión adaptada al español. Este tipo de instrumento adquiere una gran importancia para toda persona que se encuentra luchando contra el SIDA, lo cual se refleja en **tratamientos más efectivos y eficaces**, permitiendo **que las personas afectadas por esta enfermedad tengan unos años más de vida**. Para ello, es indispensable **contar con indicadores globales del impacto de la enfermedad y el tratamiento** dirigido hacia los pacientes. Esto también puede ayudar a que el personal de salud tome mejores decisiones, priorizando y valorando el bienestar del paciente.

Ficha técnica del instrumento 1

Nombre	: Test de funcionalidad familiar APGAR- Familiar
Autor y año	: Gabriel Smilkstein (1978)
Adaptación al español	: Díaz, Tirado & Simancas (2017)
Actualizado	: Caldera-Guzmán & Pacheco-Zavala (2020)
Objetivo	: Evaluar la percepción de la funcionalidad familiar de las personas infectadas por el VIH/SIDA.
Administración	: Presencial
Tiempo	: 5 minutos
Sujetos de aplicación	: Personas infectadas por el VIH/SIDA de 20 a 84 años
Descripción	: Es un instrumento cuantitativo que consta de cinco preguntas que investiga el estado de la funcionalidad familiar en familias con integrantes afectadas por el VIH/SIDA. En la versión original en inglés, la escala ofrecía tres opciones de respuesta en formato likert (casi siempre=2, algunas veces=1 y casi nunca=0). Sin embargo, en las últimas investigaciones concluyeron con mayor número de categorías (nunca=0, casi nunca= 1, algunas veces=2, casi siempre=3 y siempre=4) lo cual mejoraba el desempeño

psicométrico ($\alpha = 0.86$) y a la vez la capacidad de medición del constructo.

Calificación : Escala de respuesta tipo Likert, que a continuación se detalla:

Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4

Interpretación : Los ítems son sumados previamente, para luego obtener una puntuación directa en relación a la funcionalidad familiar, que varía en un rango de puntuación:

De 17 a 20 indica una Función Familiar Normal.

De 16 a 13 indica una Difusión Familiar Leve.

De 12 a 10 indica una Difusión Familiar Moderada.

Menor o igual 9, indica Difusión Familiar Severa

(Suarez & Alcalá, 2014, pág. 55)

Propiedades métricas:

Validez: La validación inicial del APGAR familiar mostró un índice de correlación de 0.80 entre este test y el instrumento previamente utilizado (Pless- Satterwhite Family Function Index).

Para la evaluación de la validez de constructo inicialmente se determinó la factorización de la matriz con la prueba de esfericidad de Barlett y la prueba de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). La prueba de Barlett es un estadístico de alta sensibilidad al tamaño de la muestra y es apropiada si muestra χ^2 alto y p-valor 0,70. Posteriormente, se realizó AFE con la técnica de máxima verosimilitud para conocer la dimensionalidad del constructo (número de factores,

dimensiones o dominios) (Díaz- Cárdenas, Tirado-Amador, & Simancas-Pallares, 2017, pág. 544).

Confiabilidad:

La consistencia interna del instrumento original se estimó con la fórmula KR-20 de Kuder-Richardson y se evaluó de acuerdo a los criterios propuestos por Kline como sigue: aceptable (0,60 -0,70), buena (0,70 - 0,90) y excelente (>0,90). La fórmula 20 de Kuder-Richardson estimada a través del coeficiente alfa de Cronbach fue 0,90, mientras que en la prueba de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin 0,86. (Díaz-Cárdenas, Tirado-Amador, & Simancas-Pallares, 2017, págs. 544-545). Para la presente investigación se desarrolló el análisis de fiabilidad a partir de una prueba piloto, obteniendo un alfa de Cronbach de 0,911 que significa alta confiabilidad.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,911	5

Ficha técnica del instrumento 2

Nombre : Cuestionario de calidad de vida relacionada a la salud MOS-SF-30

Autor y año : Medical Outcomes Study-short form Organización Mundial de la Salud (2001)

Adaptación al español : Remor (2003)

Actualizado : Cabrera, Arteta, Meré, & Cavalleri (2018)

- Objetivo** : Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de personas infectadas por el VIH
- Administración** : Presencial
- Tiempo** : 15 minutos
- Sujetos de aplicación** : Personas infectadas por el VIH/SIDA de 20 a 84 años de edad
- Descripción** : Es un cuestionario que mide la calidad de vida relacionada al estado de salud en personas con infección por el VIH, donde se valora los aspectos del estado funcional y el bienestar contiene 30 ítems, de los cuales 22 ítems con escala ordinal de 5 puntos (0 a 4) y ocho con 3 puntos (0 a 2).
Los ítems se subdividen en 11 sub-escalas que miden salud general percibida, dolor, funcionamiento físico, funcionamiento social, salud mental, energía/fatiga, actividad diaria, malestar respecto a la salud, funcionamiento cognitivo, calidad de vida percibida y transición de salud.
- Calificación** : Escala de respuesta tipo Likert es variada, que a continuación se detalla:

Preguntas	Excelente	Muy	Buena	Regular	Mala
1	4	3	2	1	0
2	Ninguno	Muy	Moderado	Agudo	Muy
	0	1	2	3	4

3, 4, 5, 6, 7, 8	Sí, me limita	Si me limita	No, no me limita		
	2	1	0		
9,10	Sí, me limita mucho	Si me limita un poco	No, no me limita nada		
	2	1	0		
11 al 28	Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
	4	3	2	1	0
29	Muy bien, no podían haberme ido mejor	Bastante bien	Ni bien ni mal, casi igual	Bastante mal	Muy mal, no podía haberme ido peor
	4	3	2	1	0
30	Mucho	Algo	Casi igual	Algo	Mucho
	4	3	2	1	0

Interpretación

: Los 30 ítems son sumados, previa inversión de los ítems 13, 15, 17 y 20, menos el último ítem (30) y se obtiene una puntuación directa de CVRS global, que varía en un rango de puntuación de 0 a 100, en el que el 0 indica el grado más bajo de calidad de vida y 100, el más alto. De acuerdo a lo obtenido se tiene una puntuación directa donde 74 es 100% y el estadístico que parte en dos la información (mediana= 27)

De la misma forma, la interpretación de cada subescala se obtiene a través de puntuación directa, indicando una mayor puntuación obtiene a través de puntuación directa, indicando una mayor puntuación para una calidad de vida más elevada en cada sub-escala (excepto para las sub-escalas de dolor y

malestar respecto a la salud, donde mayor puntuación indica menores dolor y malestar. (Remor, 2002, pág. 3)

Propiedades métricas:

Validez: La versión final del cuestionario original de 30 ítems ha sido resultado de sucesivos análisis psicométricos llevados a cabo por los autores de la versión original del cuestionario.

Confiabilidad: La versión en español del cuestionario MOS-SF-30 presenta una consistencia interna buena (entre 0,84 y 0,91 para las distintas sub-escalas), con un alfa de Cronbach para los 30 ítems de 0,93. (Remor, 2003). Se ha obtenido a través de una prueba piloto aplicado a un porcentaje a la población de estudio un alfa de Cronbach de ,878, tenido una buena confiabilidad.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,878	30

3.4 Técnicas para el procesamiento de la información

Los datos se ingresaron a Microsoft Excel y se exportarán al software SPSS versión 26 para su análisis. Se elaboró la matriz de vista de variables y datos en el software Spss.

Se organizaron las tablas y figuras, según la estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes para las variables cuantitativas y cualitativas presentadas en tablas y figuras según normas APA.

Se realizó el análisis descriptivo de ambas variables y sus dimensiones: Funcionalidad familiar y calidad de vida.

Para el cálculo y correlación de las variables funcionamiento familiar y calidad de vida:

1° paso. Se calculó la sumatoria total de ambas variables en la base de datos de acuerdo a la calificación señaladas en la ficha técnica de los instrumentos (suma del ítem 1 al ítem 29).

2° paso. En cuanto al proceso estadístico de ambas variables a nivel descriptivo.

a). Para la primera variable: funcionalidad familiar, se organizó en relación a la calificación e interpretación del instrumento APGAR.

b). Para la segunda variable: calidad de vida, se realizó la calificación respectiva según las indicaciones de la ficha técnica del instrumento y la interpretación de las que se agrupo las respuestas a través del uso del estadístico descriptivo MEDIANA (27). Se identificó la baja calidad de vida y la alta calidad de vida; 26 pacientes (57.8%) y alta calidad de vida en 19 pacientes (42.2%) a nivel del total de la población. Igual procedimiento se realizó con las dimensiones.

3° paso. Para la contratación de la hipótesis general y específicas, se usó el coeficiente de correlación Rho de Spearman para obtener los resultados que demostraron las hipótesis.

Estadísticos		
N	Válido	45
	Perdidos	0
Media		30,27
Mediana		27,00
Mínimo		10
Máximo		74



3

Capítulo IV

RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

Características sociodemográficas de la población de estudio

Tabla 3. Características de sexo y convivencia de la población de estudio

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	12	26.7
Masculino	33	73.3
Vivencia	Frecuencia	Porcentaje
Solo	15	33.3
Con 1 persona	10	22.2
Con 2 personas	11	24.4
Con 3 o más personas	9	20.0
Total	45	100

Nota: Base de datos de la aplicación de los instrumentos de medición de la investigación

Se observa en la tabla 3. Sobre las características socio-demográficas, con respecto al género el 73.3% son de sexo masculino y el 26.7% son de sexo femenino, por ello se puede ver que tenemos una población con mayor presencia de padecer la enfermedad VIH/Sida en los varones que en las mujeres.

Sobre el tiempo de convivencia que tienen con integrantes de su familia u otros, predomina un 33.3% que viven solos y el 24.4% la vivencia la realizan con dos personas, seguido al anterior grupo el 22.2% indican que conviven solo con una persona. Finalmente, un 20.0% respondieron que viven con más de tres personas, dando indicios o suposiciones de que puede tener convivencia familiar o de un gran grupo de amigos o familias de amigos.

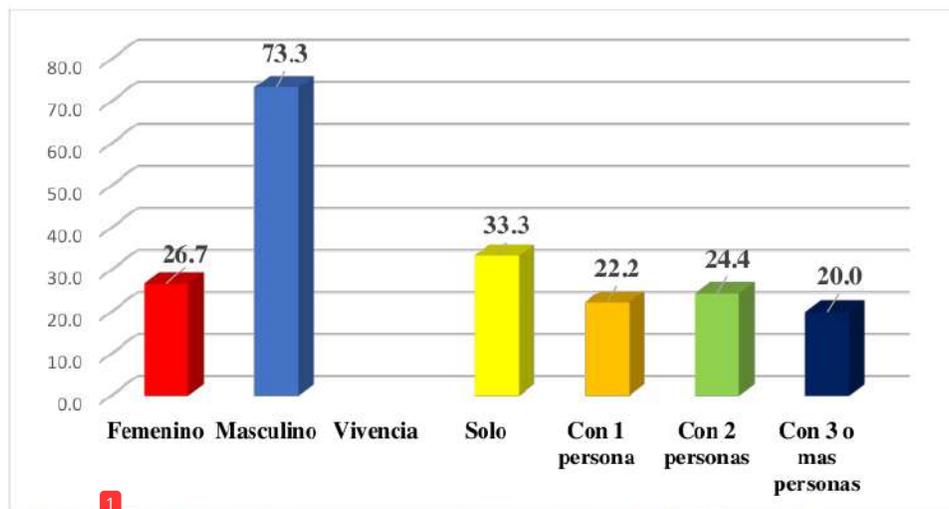


Figura 4. Características de sexo y convivencia de la población de estudio

Nota: Base de datos de la aplicación de los instrumentos de medición de la investigación.

1 Análisis descriptivo de las variables de estudio

Se realizó el análisis estadístico descriptivo de ambas variables por separado, recurriendo a las frecuencias y porcentajes arrojadas como resultados, a continuación, se presenta:

Resultados de la variable 1: Funcionalidad familiar

Se presenta los resultados obtenidos del análisis descriptivo de las respuestas de la población de estudio, a continuación, se detalla en la tabla 4.

Tabla 4. Distribución de frecuencias y porcentaje de los niveles de funcionalidad familiar

	Frecuencia	Porcentaje
Disfuncionalidad familiar	31	68,9
Funcionalidad familiar	14	31,1
Total	45	100,0

Nota: Base de datos de la aplicación de los instrumentos de medición de la investigación.

En la tabla 4, se observa el resultado relevante es la disfuncionalidad familiar con el 68,9%; es decir, señalan que su funcionalidad familiar respecto a su adaptación, participación,

gradiente de recurso personal (crecimiento), afectividad y recursos, no se encuentra en un promedio aceptable, y por la tanto en este grupo familiar no ayuda a que el paciente logre satisfacer sus necesidades respecto a su bienestar físico y psicológico. A diferencia de ello se señala funcionalidad familiar en un 34.3%, es decir que perciben que contar con un soporte familiar durante el tiempo que lleva contrarrestando su enfermedad a través de su tratamiento. Para una mejor ilustración se presenta la figura siguiente:

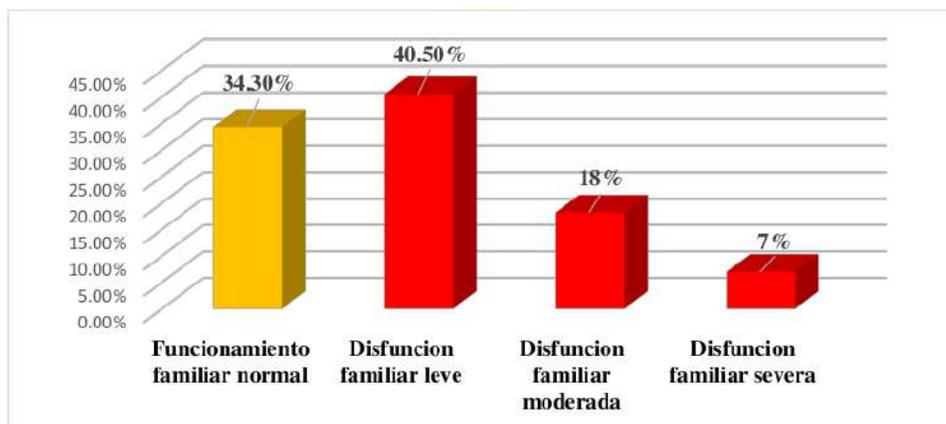


Figura 5. Distribución porcentual de niveles de la funcionalidad familiar de la población de estudio.

Nota: Base de datos de la aplicación de los instrumentos de medición de la investigación.

1 Resultados de las dimensiones de la variable **FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

Como parte del análisis descriptivo se realizó el análisis de cada una de las dimensiones de la variable Factores socioeconómicos, obteniendo los siguientes resultados agrupados:

11 **Tabla 5.** Distribución de frecuencias y porcentajes de las dimensiones de la funcionalidad familiar

Funcionalidad familiar	34 Adaptación		Participación		Gradiente de recurso personal		Afectividad		Recursos	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Satisfacción familiar	15	33.4	7	15.6	10	22.3	5	11.2	12	26.7
Insatisfacción familiar	30	66.6	38	84.4	35	77.7	40	88.8	33	73.3
TOTAL	45	100.0	45	100.0	45	100.0	45	100.0	45	100.0

Nota: Base de datos de la aplicación de los instrumentos de medición de la investigación.

Se observa en la tabla 5, respecto a la **dimensión adaptación** que corresponde a que la organización familiar según el estilo de vida, es decir cómo se recibe ayuda de parte de la familia cuando se tiene algún problema o necesidad, es así que el 66.6% responde que tienen insatisfacción en la organización dentro de su familia, en su adaptación a nuevos horarios y rutinas para la inclusión del paciente. En contraste a ello encontramos el 33.4% de pacientes que responden y afirman tener una adecuada adaptación familiar.

En relación a la **dimensión participación** esto significa la satisfacción en el compromiso de su familia quienes le ayuden a continuar con su tratamiento, vida personal y profesional, respondiendo lo satisfecho se siente por su familia que permite un espacio participativo. Se reconoce así que el 84.4% de personas responden un nivel de insatisfacción en la participación de los miembros de la familia, impidiendo ello entonces la comprensión de su familia en la recuperación de su salud y prevención de enfermedades que agraven más del que ya tiene. En contraste a ello encontramos al 15.6% de personas que mencionan tener satisfacción en la participación familiar de su tratamiento, herramienta útil para mejorar la labor de Trabajo Social.

Sobre la dimensión **gradiente de recurso personal** que tienen, se evalúa en cada persona su rendimiento en diferentes actividades de la vida diaria, referentes por ejemplo a lo académico, laboral, de ocio y tiempo libre; tomando en cuenta como estas se pueden desarrollar con normalidad, ser mejorada e involucrar en ellas aceptándolas y apoyándolas en el emprendimiento de nuevas actividades. Se determinó la predominancia en un 77.7% que perciben un nivel de insatisfacción de esta dimensión. En contraste a ello el 22.3% de personas responden que se sienten muy satisfechos del conjunto de recursos personales requeridos.

En relación a la dimensión **afectividad** se puede identificar en la familia en el apego y cariño que se reciba y emita por ambas partes. Esta dimensión alberga los sentimientos, expresiones, acciones y reacciones que expresen afecto o también en otros casos situaciones complejas y de discusión o discordancia pero que se logren resolver a través del diálogo, la comunicación y el respeto mutuo respondiendo así a las emociones del paciente como la rabia, tristeza, amor, etc. Se reconoce así que el 88.8% de personas respondieron que tienen muy poca satisfacción en cuanto a afectividad familiar que se percibe en sus hogares, siendo una dimensión importante para abarcar la salud mental. En contraste a ello el 11.2%, siendo

un porcentaje considerablemente bajo encuentra afecto y sentimientos a favor de ellos en su entorno.

Finalmente, de acuerdo a su **dimensión recursos**, que responde al requerimiento que tiene el paciente, ósea lo que requiere el paciente en compartir tiempo, espacios, actividades en común; que permitan disfrutar en conjunto con la familia, tomando en cuenta tanto los recursos materiales como los espacios de la casa y el dinero; así como el acompañamiento de médicos y demás. Se obtuvo con mayor relevancia la respuesta “siempre” de las personas con 73.3%, que responde su insatisfacción por la disposición familiar que tienen actualmente, y solo un 26.7% señala que se encuentra satisfecho con la función familiar.

Es importante sintetizar el análisis de estos componentes, pues existe relevancia en las respuestas donde se percibe la insatisfacción en los componentes del funcionamiento familiar y el bajo nivel de calidad de vida en relación a sus salud a los pacientes con VIH/SIDA. Ello indicaría que estamos con un grupo humano que necesita contar con las posibilidades de presentar una positiva funcionalidad familiar como necesidad, ya que la familia desempeña un papel importante que ayudaría a disminuir notablemente la morbilidad y el número de pacientes que se encuentran hospitalizados o inactivos en actividades de ocio y tiempo libre para el disfrute de la vida que limita notablemente el crecimiento personal y la respuesta favorable al tratamiento.

Resultados de la variable 2: Calidad de vida relacionada con la salud

Se presenta los resultados obtenidos del análisis descriptivo de las respuestas de la población de estudio, a continuación, se detalla en la tabla 6.

Tabla 6. Distribución de frecuencias y porcentaje según niveles de calidad de vida relacionada con la salud

	Frecuencia	Porcentaje
Baja calidad	38	84,4
Alta calidad	7	15,6
Total	45	100,0

Nota: Base de datos de la aplicación de los instrumentos de medición de la investigación.

En la tabla 6, se observa el resultado relevante es el 84,4% consideran que tiene un nivel bajo es decir; señalan que su salud general percibida integrada por el sentimiento de

dolor, su funcionamiento tanto físico como social, su salud mental, sus consecuencias a través de la pérdida de energía y fatiga, sus normalidad o dificultad para realizar actividades diarias, malestar respecto a la salud, su funcionamiento cognitivo, su calidad de vida percibida y la transición de su salud, estarían en un nivel bajo según el promedio teniendo graves consecuencias directamente en su salud a nivel recuperación y tratamiento. En contraste a ello se da el nivel alto de calidad de vida en un 15.6% de la población. Para una mejor ilustración se presenta la figura siguiente:

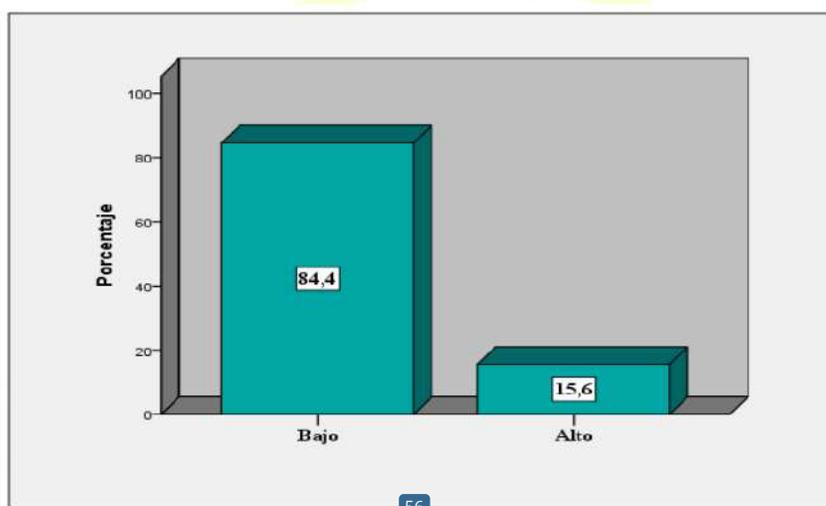


Figura 6. Distribución de porcentajes de la calidad de vida relacionada con la salud.
Nota: Base de datos de la aplicación de los instrumentos de medición de la investigación.

Resultados de las dimensiones de la variable Calidad de vida relacionada con la salud

Como parte del análisis descriptivo se obtuvo los resultados siguientes:

Tabla 7. Distribución de frecuencias y porcentajes de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud

Calidad de vida relacionada con la salud	Salud general percibida		Dolor		Funcionamiento físico		Funcionamiento social	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Baja calidad de vida	39	86.7	26	57.8	23	51.1	27	60.0
Alta calidad de vida	6	13.3	19	42.2	22	48.9	18	40.0
TOTAL	45	100.0	45	100.0	45	100.0	45	100.0

Nota: Base de datos de la aplicación de los instrumentos de medición de la investigación.

Se observa en la tabla 7, respecto a la primera dimensión **salud general percibida**, que refiere a mantener en el paciente con ayuda de la familia, amigos o demás redes de apoyo el equilibrio tanto físico como mental. Se encontró que el 86.7% se encuentra en el grupo de nivel de baja calidad de vida respecto a su salud general percibida en sí mismo y de su entorno para uno mismo, lo que se tendría como conclusión principal que las dificultades que se presenten según el tratamiento de VIH/Sida no solo estarían referentes a agentes externos como la atención médica o percepción de terceros ajenos y con desconocimiento sobre la enfermedad, sino también en su principal entorno. En consecuencia, encontramos con un 13.3% el grupo de personas correspondientes a un nivel bajo de calidad de vida que requiere intervención para todas las condiciones para un nivel óptimo para el paciente con VIH/Sida, ya que son más propensos a sufrir consecuencias propias de la enfermedad por encontrarse en un nivel malo.

En relación a la dimensión **dolor** se entiende que se refiere a la dolencia que ha sufrido últimamente como esta es compartida con su familia a través de la empatía, el entendimiento y acompañamiento que le puedan brindar. Se halló que el 57.8% de personas pertenecen al grupo de baja calidad de vida según manifestación del dolor, lo que indica un deficiente tratamiento para mantener su salud y el avance de la enfermedad. Por otro lado, se encuentra en un 42.2% al grupo de personas que refirieron un nivel regular, de buena calidad de vida, tomando mucho énfasis en este grupo ya que tendría un número significativo de pacientes.

En relación a la dimensión **funcionamiento físico**, hace referencia a los ejercicios y actividad física que realizan los pacientes en su día a día, se toma en cuenta que actividades realizan de acuerdo a sus condiciones físicas y recursos, salir de casa, parques cercanos o gimnasios, haciendo énfasis en como ayuda ello a despejar su mente o en otros casos sentirse acompañado. Se halló que el 51.1% de personas pertenecen al grupo de baja calidad de vida según su funcionamiento físico, lo que indica que la enfermedad ha logrado avances que han debilitado el sistema corporal como la fuerza, agilidad en los ejercicios físicos. Así como, un 48.9% refirieron un nivel adecuado de buena calidad de vida, tomando mucho énfasis en este grupo ya que tendría un número significativo de pacientes que serían un recurso favorable para acompañar y lograr avances con el grupo menos favorecido.

Finalmente, la dimensión **funcionamiento social** se refiere a las relaciones sociales que mantiene el paciente, ello incluye su grupo de amigos, grupos de afines por religión,

deporte, arte, baile y demás; estos identificándose como redes de apoyo que tienen influencia positiva para una mayor motivación del paciente, sentido de permanencia y funcionalidad. Se halló que el 60.0% de personas pertenecen al grupo de bajo funcionamiento social, lo que indica que la gran mayoría de ellos no permanecen a grupos diferentes de la familia en donde pueda participar, relajarse, aprender otras habilidades o capacidades que le ayuden a valorarse a sí mismo, recuperar muchas veces el sentido de su vida, permitirse tener proyectos o metas o convivir y no sentirse extraño o diferente ante los demás. Por otro lado, se encuentra en un 40.0% al grupo de personas que refirieron un nivel regular, de buena calidad de vida, quienes pueden tener mayor solvencia o soporte ante las adversidades de la enfermedad.

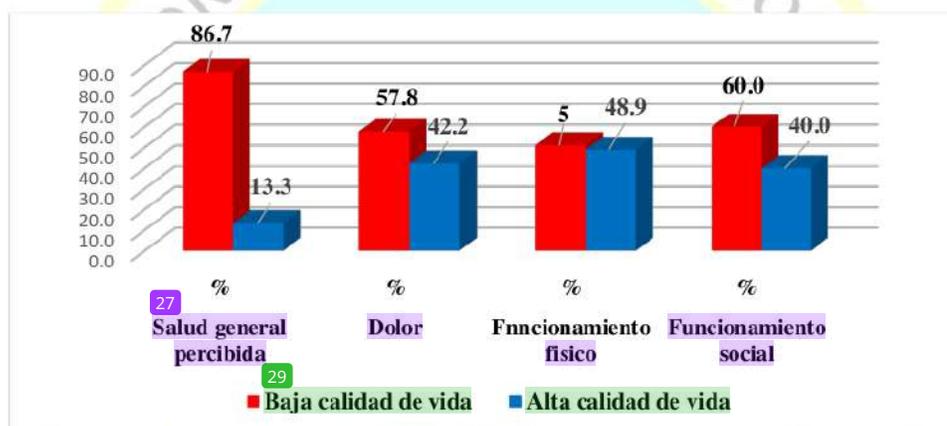


Figura 7. Distribución de porcentajes de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud según salud general percibida, dolor, físico y social.

Nota: Base de datos de la aplicación de los instrumentos de medición de la investigación.

Tabla 7. Distribución de frecuencias y porcentajes de las dimensiones de calidad de vida, según salud mental, energía/fatiga, actividad diaria, malestar respecto a la salud.

Calidad de vida relacionada con salud	Salud mental		Energía/Fatiga		Actividad diaria		Malestar respecto a la salud	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Baja calidad de vida	24	53.3	24	53.3	34	75.6	24	53.3
Alta calidad de vida	21	46.7	21	46.7	11	24.4	21	46.7
TOTAL	45	100.0	45	100.0	45	100.0	45	100.0

Nota: Base de datos de la aplicación de los instrumentos de medición de la investigación.

En relación a la dimensión **salud mental** refiere a identificar el nivel de afrontamiento psicológico que ha tenido el paciente, y si el mismo ha presentado consecuencias negativas en sí mismo como la presencia de sentimientos de tristeza, si ha sabido afrontarlo personalmente o con apoyo familiar con tranquilidad, o si se ha observado en si mismo un decaimiento, todo identificado en sus actividades diarias laborales, académicas o de ocio. Se halló que el 53.3% de personas señalan una baja salud mental como parte de su calidad de vida lo que indica que gran mayoría de ellos ha tenido un shock psicológico entendiendo que no sanaran, lo que permite construir pensamientos negativos (miedo, ansiedad, angustia y depresión) sobre su situación y lo incapacitan mentalmente para seguir con su vida y las actividades diarias que cumplía teniendo la enfermedad, pero desconociendo que la poseía. Por otro lado, se encuentra en un 46.7% al grupo de personas que refirieron un nivel regular en salud mental.

En relación a la dimensión **energía/fatiga** se refiere a la voluntad o el agotamiento del paciente, respecto a sus actividades diaria y principalmente con su tratamiento, ya que muchas veces por las medicinas que se toma donde el cuerpo sufre reacciones negativas y que se va regulando con el paso del tiempo o también se va asimilando y cambiando de ritmo en el día a día. Se halló que el 53.3% de personas pertenecen al grupo con baja energía/fatiga, lo que indica que son un grupo de pacientes cansados, no motivados y por lo tanto no tan dispuestos a realizar actividades que favorezcan a su recuperación de capacidad física. Por otro lado, se encuentra en un 46.7% al grupo de personas que refirieron un nivel regular, de buena calidad de vida, quienes pueden tener mayor energía para sus actividades diarias teniendo por lo tanto mayor fortalecimiento mental para creer en sí mismos.

En relación a la dimensión **actividad diaria** se refiere a las labores domésticas, laborales o de estudio que cumple en casa o fuera de ella, con el fin de aumentar su nivel de productividad y sentirse útiles según las tareas que cumplen, muchas de ellas porque principalmente no son para sí mismos, sino para personas a las cuales prestan sus servicios o que los apoyan en casa. Se halló que el 75.6% de personas pertenecen al grupo de baja actividad diaria, lo que indica que gran mayoría de ellos tienen dificultades para encontrar un ritmo nuevo de vida que les permita cumplir con sus actividades diarias específicas, desde el apoyar en casa hasta demostrar sus habilidades y capacidades en su trabajo. Por otro lado, se encuentra en un 24.4% al grupo de personas que refirieron un nivel regular, de actividad diaria.

En relación a la dimensión **malestar respecto a la salud** refiere al desanimo de la salud, como la presencia de la enfermedad logra el desanimar a las personas, nublar su visión y proyectos de vida, no permite generar reflexión sobre replantearlas o buscar nuevas rutas o métodos para cumplir sus actividades diarias, sino provocar incremento de indiferencia hacia la salud e incluso la vida. Se halló que el 53.3% de personas pertenecen al grupo de sentir malestar respecto a la salud, lo que indica que gran mayoría de nuestra población no ha sabido afrontar con calma la desazón que provoca la enfermedad y los cambios que también recibe su cuerpo propio del tratamiento que recibe, porque influye directamente en su bienestar psicológico. Por otro lado, se encuentra en un 46.7% al grupo de personas que refirieron un nivel regular, de no sentir malestar en relación a su salud.

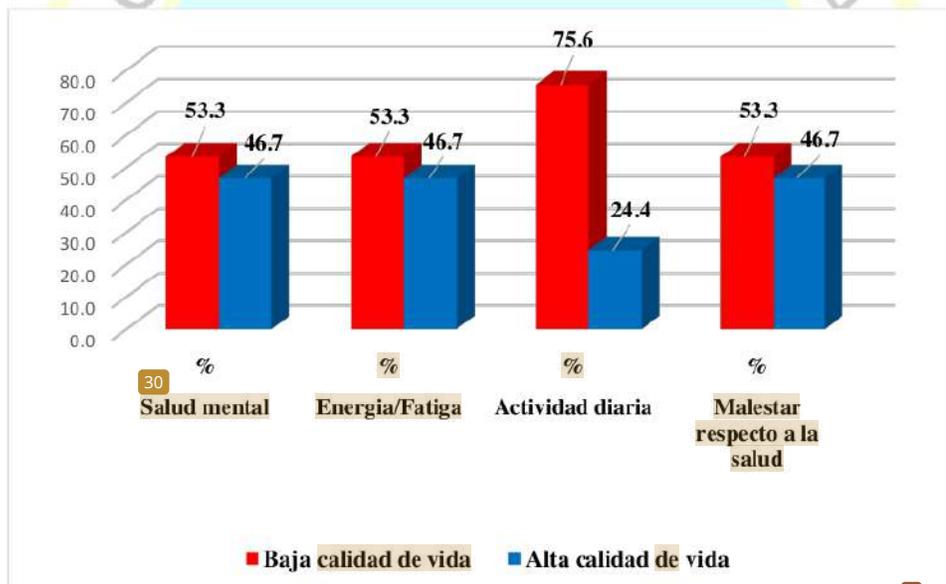


Figura 8. Distribución de porcentajes de las dimensiones de calidad de vida según salud mental, energía/fatiga, actividad diaria, malestar respecto a la salud.

Nota: Base de datos de la aplicación de los instrumentos de medición de la investigación.

Por ultimo las tres dimensiones ultimas que a continuación se detalla:

Tabla 9. Distribución de frecuencias y porcentajes de las dimensiones de la calidad de vida según funcionamiento cognitivo, calidad de vida percibida, transición de salud.

Calidad de vida relacionada con la salud	Funcionamiento cognitivo		Calidad de vida percibida		Transición de salud	
	f	%	f	%	f	%
Baja calidad de vida	24	53.3	32	71.1	23	51.1
Alta calidad de vida	21	46.7	13	28.9	22	48.9
TOTAL	45	100.0	45	100.0	45	100.0

Nota: Base de datos de la aplicación de los instrumentos de medición de la investigación.

En relación a la dimensión **funcionamiento cognitivo** se refiere a las dificultades de razonamiento o atención, la alteración de funciones neurocognitivas es una complicación frecuente en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH). A pesar de esto, las dificultades pragmáticas y, en especial, en habilidades de comunicación verbal han sido poco abordadas en esta población de pacientes. Se halló que el 53.3% de personas pertenecen al grupo de baja calidad de vida según su funcionamiento cognitivo, lo que indica que gran mayoría de ellos tienen dificultades asociados con trastornos cognitivos – expresión de enfermedad neurodegenerativa – cuyas manifestaciones incluyen disminución de la atención, concentración, memoria, lenguaje, aprendizaje y funciones ejecutivas. Por otro lado, se encuentra en un 46.7% al grupo de personas que refirieron un nivel regular, de buena calidad de vida.

En relación a la dimensión **calidad de vida percibida** se refiere al modo de ver la vida, muchos de los pacientes son extremistas, llegan a pensar que como es una enfermedad que no tiene cura son propensos a morir en cualquier momento, se preocupan por su familia o amigos a quienes dejarán, o en otros casos si va a poder llevar con normalidad su vida como era antes. En base a ello se encontró que el 71.1% de la población de estudio tienen una baja calidad de vida, pues probablemente no conocen, no participan del tratamiento de manera mucho más efectiva o no toman responsabilidad sobre el cómo cuidarse, hacerse pruebas para detectar otras enfermedades de transmisión sexual para prevenir las infecciones y las enfermedades, tomar los medicamentos según indicación médica y comer alimentos sanos y balanceados. Por otro lado, se encuentra en un 28.9% al grupo de personas que refirieron un nivel regular, de buena calidad de vida percibida.

En relación a la dimensión **transición de la salud** se refiere a la evolución de su estado físico y emocional, como la enfermedad se ha hecho más presente ante los demás a través de la pérdida de fuerza, debilitamiento muscular o demás, y en otros casos como se ha demostrado a través de su inactiva participación social, sus mensajes o pensamientos negativos que comparte sobre sí mismo y demás. Se halló que el 51.1% de personas pertenecen al grupo de baja calidad de vida según su transición de salud, lo que indica que gran mayoría de ellos tienen dificultades para encontrarse de nuevo a sí mismos. Por otro lado, se encuentra en un 48.9% al grupo de personas que refirieron un nivel regular en la evolución de su enfermedad o transición de la salud.

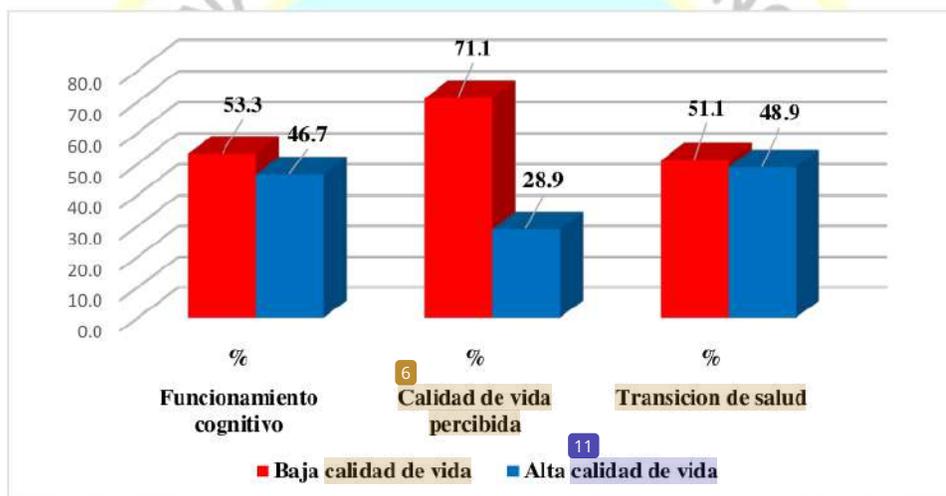


Figura 9. Distribución de porcentajes de las dimensiones de calidad de vida, según funcionamiento cognitivo, calidad de vida percibida y transición de salud.

Nota: Base de datos de la aplicación de los instrumentos de medición de la investigación.

4.2 Contratación de hipótesis

Formulación de la Hipótesis general

Ha: Existe relación significativa entre funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López" -2022.

Ho: No existe relación significativa entre funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López" -2022.

1 Establecer nivel de significancia

Se tiene como nivel de significancia un α de 5% lo cual corresponde al 0,05.

Para contrastar las hipótesis correspondientes se ha empleado como valor al α de 5% tomando en cuenta las siguientes definiciones:

Un $p \geq 0.05$, corresponde a la aceptación de la H_0

Un $p < 0.05$, corresponde a la aceptación de la H_a

Aplicando la prueba Rho de Spearman, se tiene:

Tabla 10. Correlación de Rho de Spearman de las variables funcionalidad familiar y calidad de vida

		Funcionalidad familiar	Calidad de vida
Rho de Spearman	Funcionalidad familiar	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,034
	Calidad de vida	N	45
		Coefficiente de correlación	,478
		Sig. (bilateral)	,034
		N	45

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

24 Nota: Base de datos de la aplicación de los instrumentos de medición de la investigación.

1 Interpretación de los resultados

Considerando la tabla anterior, en donde el valor-p es de 0,034, el cual es menor que el valor de α el cual es 0,05, se puede determinar que se tiene la evidencia estadística necesaria, mediante una probabilidad de error de 0,0%, que hay relación significativa entre la variable Funcionalidad familiar y la variable Calidad de vida en 45 pacientes con VIH/SIDA que asisten al programa TARGA, quienes reciben tratamiento en el Hospital "Dr. Hidalgo Atoche López" del distrito de Chancay, 2022. La intensidad de la relación obtenida es de 0,478 considerada una correlación positiva moderada; por lo que se puede decir que si existe relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López" -2022, quedando demostrada la hipótesis general.

Hipótesis específicas

Prueba de hipótesis específica 1

Formulación de la hipótesis específica 1

H_{a1}: Existe relación significativa entre adaptación familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López -2022.

H₀: No existe relación significativa entre adaptación familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López -2022.

Establecer nivel de significancia

Se tiene como nivel de significancia un α de 5% lo cual corresponde al 0,05.

Para contrastar las hipótesis correspondientes se ha empleado como valor al α de 5% tomando en cuenta las siguientes definiciones:

Un $p \geq 0.05$, corresponde a la aceptación de la H₀

Un $p < 0.05$, corresponde a la aceptación de la H_a

Aplicando la prueba Rho de Spearman, se tiene:

Tabla 11. Correlación de Rho de Spearman de la dimensión adaptación familiar y la variable calidad de vida

		Adaptación familiar	Calidad de vida
Adaptación familiar	Coefficiente de correlación	1,000	,493**
	Sig. (bilateral)	.	,001
	N	45	45
Calidad de vida	Coefficiente de correlación	,493**	1,000
	Sig. (bilateral)	,001	.
	N	45	45

*. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Nota: Base de datos de la aplicación de los instrumentos de medición de la investigación.

Interpretación de los resultados

Considerando la tabla anterior, en donde el valor-p es de 0,001, el cual es menor que el valor de α el cual es 0,05, se puede determinar que se tiene la evidencia estadística necesaria, mediante una probabilidad de error de 0,0%, que hay relación significativa entre

la dimensión 1 (Adaptación familiar) y la variable 2 (Calidad de vida) correspondientes a los 45 pacientes con VIH/SIDA que asisten al programa TARGA, quienes reciben tratamiento en el Hospital "Dr. Hidalgo Atoche López" del distrito de Chancay, 2022. La intensidad de la relación obtenida es de 0,493 es una correlación positiva moderada; por lo que se puede decir que, existe relación significativa entre adaptación familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López"-2022, quedando demostrada la hipótesis específica 1.

Prueba de hipótesis específica 2

Formulación de la hipótesis específica 2

Ha: Existe relación significativa entre la participación familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López"-2022.

Ho: No existe relación significativa entre la participación familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López"-2022.

Establecer nivel de significancia

Se tiene como nivel de significancia un α de 5% lo cual corresponde al 0,05.

Para contrastar las hipótesis correspondientes se ha empleado como valor al α de 5% tomando en cuenta las siguientes definiciones:

Un $p \geq 0,05$, corresponde a la aceptación de la Ho

Un $p < 0,05$, corresponde a la aceptación de la Ha

Aplicando la prueba Rho de Spearman, se tiene:

Tabla 12. Correlación de Rho de Spearman de la dimensión participación familiar y la variable calidad de vida

		Participación familiar	Calidad de vida
Rho de Spearman	Participación familiar	1,000	,483
		Sig. (bilateral)	,023
		N	45
	Calidad de vida	,483	1,000
	Sig. (bilateral)	,023	,
	N	45	45

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Nota: Base de datos de la aplicación de los instrumentos de medición de la investigación.

Interpretación de los resultados

1 Considerando la tabla anterior, en donde el valor-p es de 0,023, el cual es menor que el valor de α el cual es 0,05, se puede determinar que se tiene la evidencia estadística necesaria, mediante una probabilidad de error de 0,0%, que hay relación significativa entre la dimensión 2 (Participación familiar) y la variable 2 (Calidad de vida) correspondientes a los 45 pacientes con VIH/SIDA que asisten al programa TARGA, que se encuentra recibiendo tratamiento en el Hospital "Dr. Hidalgo Atoche López" del distrito de Chancay, 2022. La intensidad de la relación obtenida es de 0,483 es una correlación positiva moderada; por lo que se puede decir que, existe relación significativa entre la participación familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López"-2022, quedando demostrada la hipótesis específica 2

1 Prueba de hipótesis específica 3

Formulación de la hipótesis 3

16 **Ha:** Existe relación significativa entre el gradiente recurso personal y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López"- 2022.

16 **Ho:** No existe relación significativa entre el gradiente recurso personal y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López"- 2022.

Establecer nivel de significancia

1 Se tiene como nivel de significancia un α de 5% lo cual corresponde al 0,05.

Para contrastar las hipótesis correspondientes se ha empleado como valor al α de 5% tomando en cuenta las siguientes definiciones:

Un $p \geq 0.05$, corresponde a la aceptación de la H_0

Un $p < 0.05$, corresponde a la aceptación de la H_a

Aplicando la prueba Rho de Spearman, se tiene:

Tabla 13. Correlación de Rho de Spearman de la dimensión gradiente recurso personal y la variable calidad de vida

		Gradiente de recurso personal	Calidad de vida
Gradiente de recurso personal	Coefficiente de correlación	1,000	,331
	Sig. (bilateral)	.	,039
Rho de Spearman	N	45	45
	Coefficiente de correlación	,131	1,000
Calidad de vida	Sig. (bilateral)	,039	.
	N	45	45

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Nota: Base de datos de la aplicación de los instrumentos de medición de la investigación.

Interpretación de los resultados

Considerando la tabla anterior, en donde el valor $p = 0,039$, el cual es menor que el valor de α es igual a $0,05$, se puede determinar que se tiene la evidencia estadística necesaria, mediante una probabilidad de error de $0,0\%$, que hay relación significativa entre la dimensión 3 (Gradiente de recurso personal) y la variable 2 (Calidad de vida) correspondientes a los 45 pacientes con VIH/SIDA que asisten al programa TARGA, que se encuentra recibiendo tratamiento en el Hospital "Dr. Hidalgo Atoche López" del distrito de Chancay, 2022. La intensidad de la relación obtenida es de $0,331$; que es una correlación positiva baja, concluyendo que existe relación significativa entre el crecimiento familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López" - 2022, quedando demostrada la hipótesis específica 3.

Prueba de hipótesis específica 4

Formulación de la hipótesis específica 4

Ha: Existe relación significativa entre el afecto y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López" -2022.

Ho: No existe relación significativa entre el afecto y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López" -2022.

1 Establecer nivel de significancia

Se tiene como nivel de significancia un α de 5% lo cual corresponde al 0,05.

Para contrastar las hipótesis correspondientes se ha empleado como valor al α de 5% tomando en cuenta las siguientes definiciones:

Un $p \geq 0.05$, corresponde a la aceptación de la H_0

Un $p < 0.05$, corresponde a la aceptación de la H_a

Aplicando la prueba Rho de Spearman, se tiene:

4 **Tabla 14. Correlación de Rho de Spearman de la dimensión afecto y la variable calidad de vida**

		Afecto	Calidad de vida
Rho de Spearman	Afecto		
	Coefficiente de correlación	1,000	,480
	Sig. (bilateral)	.	,026
	N	45	45
Calidad de vida	Coefficiente de correlación	,480	1,000
	Sig. (bilateral)	,026	
	N	45	45

11 *. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Nota: Base de datos de la aplicación de los instrumentos de medición de la investigación.

Interpretación de los resultados

Considerando la tabla anterior, en donde el valor- $p = 0,026$, el cual es menor que el valor de α el cual es 0,05, se puede determinar que se tiene la evidencia estadística necesaria, mediante una probabilidad de error de 0,0%, que hay relación significativa entre la dimensión 4 (Afecto) y la variable 2 (Calidad de vida) correspondientes a los 45 pacientes con VIH/SIDA que asisten al programa TARGA, que se encuentra recibiendo tratamiento en el Hospital "Dr. Hidalgo Atoche López" del distrito de Chancay, 2022. La intensidad de la relación obtenida es de 0,480 una correlación positiva moderada; por lo que existe relación significativa entre el afecto y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López" -2022, quedando demostrada la hipótesis específica 4.

¹ Prueba de hipótesis específica 5

Formulación de la hipótesis 5

² **Has:** Existe relación significativa entre los recursos familiares y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López" -2022.

⁴ **Ho:** No existe relación significativa entre los recursos familiares y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López" -2022.

¹ Establecer nivel de significancia

Se tiene como nivel de significancia un α de 5% lo cual corresponde al 0,05.

Para contrastar las hipótesis correspondientes se ha empleado como valor al α de 5% tomando en cuenta las siguientes definiciones:

Un $p \geq 0.05$, corresponde a la aceptación de la H_0

Un $p < 0.05$, corresponde a la aceptación de la H_a

Aplicando la prueba Rho de Spearman, se tiene:

⁴ **Tabla 15.** Correlación de Rho de Spearman de la dimensión recursos familiares y la variable calidad de vida

		Recursos familiares	Calidad de vida
Rho de Spearman	Recursos familiares	1,000	.436
		Sig. (bilateral)	.017
		N	45
	Calidad de vida	.436	1,000
	Sig. (bilateral)	.017	.
	N	45	45

²⁶ *. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Nota: Base de datos de la aplicación de los instrumentos de medición de la investigación.

Interpretación de los resultados

¹ Considerando la tabla anterior, en donde el valor p es de 0,017, el cual es menor que el valor de α el cual es 0,05, se puede determinar que se tiene la evidencia estadística necesaria, mediante una probabilidad de error de 0,0%, que hay relación significativa entre la dimensión 5 (Recursos familiares) y la variable 2 (Calidad de vida) ²¹

correspondientes a los 45 pacientes con VIH/SIDA que asisten al programa TARGA, que se encuentra recibiendo tratamiento en el Hospital "Dr. Hidalgo Atoche López" del distrito de Chancay, 2022. La intensidad de la relación obtenida es de 0,436 siendo una correlación positiva moderada.; por lo que se puede decir que, existe relación significativa entre los recursos familiares y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López" -2022, quedando demostrada la hipótesis específica 5.



1 Capítulo V DISCUSIÓN

5.1 Discusión

Se conoce que la funcionalidad familiar “Es el conjunto de relaciones interpersonales dentro de una familia que satisfacen las necesidades de sus miembros y la hacen capaz de enfrentar y superar las crisis por las que atraviesan” (Condori & Cruz, 2018, pág. 51), esta se refiere a la interacción que mantienen los miembros de la familia, en la cual es muy importante que cada uno de ellos se sienta cómodo y pueda satisfacer sus necesidades básicas y enfrentar los desafíos, crisis o problemas que de alguna u otra forma afecta la relaciones familiares, que juega un rol importante en la vida de los pacientes con VIH/SIDA, ya que una familia funcional fortalece los vínculos psico-afectivos, disminuye la percepción de estigma y discriminación, factores determinantes en la calidad de vida de los afectados y si es lo contrario, cohabitan en familias disfuncionales su situación será desfavorable para la continuación del tratamiento y se suscitara el fallecimiento. Castellón y Ledesma (2012) señalan que la funcionalidad familiar de cada familia es única, porque posee sus propias relaciones interpersonales, permitiendo que los miembros se diferencien de otros mediante sus actitudes, acciones o valores que disponen, (Minuchin, 2003) señala con claridad que interesa la evaluación de la funcionalidad familiar (adaptación, participación, gradiente de recurso personal, afectividad y recursos) con este objetivo confía en algunas propiedades del sistema.

En el presente estudio realizado en respuesta al objetivo general planteado, se halló cantidades predominantes como que el 65.7%, de los pacientes de VIH/SIDA señalan que viven en familias con disfuncionalidad leve y el 84.4% percibe una baja calidad de vida en relación a su salud. Así mismo, se encontró una correlación positiva moderada (0,478) entre las variables de estudio. Ello indicaría que estamos con un grupo humano en condiciones desfavorables en la funcionalidad de sus hogares que incide en su inadecuada calidad de vida en relación a su salud; es entonces como trabajadores

sociales se debe intervenir en la mejora de dicha situación y contribuir como parte del equipo multidisciplinario en la atención, tratamiento y recuperación del VIH/SIDA, aprovechando recursos de su entorno más cercano y donde se desenvuelve, a partir de una labor sostenida con la familia y medio social que integra. En concordancia con esto, los autores Manzano-Rosas et al. (2020) encontraron en su estudio realizado con pacientes con el virus del VIH/SIDA del Hospital General de Zona No.1 de Oaxaca de Juárez-México, que mayoritariamente son de sexo masculino con un 85.2% de las personas encuestadas, con una edad promedio de 39 ± 14.3 años. El tiempo de evolución del diagnóstico fue de 7 ± 2.6 años. Por último, datos relevantes como la percepción de la calidad de vida respecto a la salud en las PVV fue del 83%, el grado de disfuncionalidad familiar fue del 32.2% en las PVV; concluyendo una relación directamente proporcional entre la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) y la funcionalidad familiar ($p \geq 0.05$).

En relación a los resultados obtenidos del **objetivo específico 1**, adaptación familiar se logró identificar la relación que existe entre adaptación familiar y calidad de vida en los pacientes. Se obtuvo una correlación positiva moderada de 0,493 y un p-valor igual a 0,001, encontrando que, si existe relación entre la adaptación familiar y calidad de vida, es decir existe insatisfacción en la organización, distribución de tareas y plena aceptación de la convivencia del paciente con esta enfermedad en casa y el bajo nivel de calidad de vida en relación a la salud de los pacientes. Es así que el 66.6% respondieron que tienen insatisfacción en su adaptación familiar, que se entiende como una desorganización dentro de su familia, adaptando nuevos horarios y rutinas para la inclusión del paciente. Es así, se está ante un grupo potencial para trabajar, con quienes deben desarrollarse técnicas para el manejo del estrés, entrenamiento en relajación, habilidades de afrontamiento de estresores ambientales, valoración del estrés, afrontamiento activo, incremento de la autoeficacia y aumento de las relaciones sociales. En concordancia con esto, Ramírez (2021) investigó sobre “*Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Centro de Salud Collique III Zona, Comas-2021*” Lima, en donde se determinó que el 46.8% tuvo una buena funcionalidad, mientras el 8.1% tuvo una disfunción familiar severa. Por lo tanto, hallaron la asociación entre funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento terapéutico en pacientes que presentan tuberculosis pulmonar y acuden al Centro de Salud Collique III Zona.

En relación a los resultados obtenidos en respuesta al **objetivo específico 2**, logrando

¹² identificar la relación que existe entre participación familiar y calidad de vida. Se obtuvo una correlación moderada de 0,483 y un p-valor igual a 0,023, encontrando que existe relación entre la insatisfacción en la participación familiar como parte ¹⁸ de la funcionalidad familiar y su calidad de vida. Asimismo, el 84,4% de pacientes perciben insatisfacción en la intervención familiar en su tratamiento, demostrada en hogares con miembros despreocupadas en la estabilización de la enfermedad y prevención de otras enfermedades que agraven más su situación delicada de salud; por consiguiente, una baja calidad de vida. Esto indicaría ²⁵ que integran familias que son víctimas de procesos de estigmatización social, que se asocia directamente a la forma en que se maneja este problema de salud, por lo que los miembros se ven enfrentados a un doble proceso: por un lado, un esfuerzo de adaptación (del que se tiene aún poco conocimiento) que incluye la negociación de la ⁴³ identidad familiar con el exterior (por la discriminación); y por otro lado, la delimitación de responsabilidades en la atención del paciente con SIDA entre la familia y los servicios de salud.

Discordante con esto, el autor Quesquén (2019) investigó sobre “Apoyo social y funcionalidad familiar en los pacientes con tuberculosis sensible del distrito el Agustino, Lima-2019”, en los pacientes con tuberculosis del distrito El Agustino, Lima. En base a ello identificó que el 70,2% de los pacientes con tuberculosis presentaron apoyo social alto, mientras que el 4,8% de los pacientes con tuberculosis presentaron apoyo social bajo, demostrando ² que existe una relación significativa directamente proporcional entre ambas variables, apoyo social y funcionalidad familiar en los pacientes con tuberculosis del distrito El Agustino. El apoyo social hace referencia a la participación familiar, puesto que el apoyo social es un factor protector de la salud. La familia es el contexto natural para crecer y recibir apoyo, que a lo largo del tiempo va elaborando sus propias pautas de interacción, las cuales constituyen la estructura familiar.

En referencia al **objetivo específico 3** ²⁸ sobre la dimensión gradiente de recurso personal, que permite evaluar los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento en tres situaciones: acciones con la presencia del riesgo físico, otras que necesitan afrontarlas y manifiestan requerimientos psicológicos, biológicos e instintivos y por último las que están relacionadas con la socialización entre los integrantes familiares y con los otros que se encuentran en su medio social. ¹³ La estructura familiar para Minuchin (2003) es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que ⁵⁹ interactúan los miembros de una familia. Las pautas transaccionales regulan la conducta de

los miembros de la familia, entonces aparecen entonces requerimientos de lealtad familiar y maniobras de inducción de culpabilidad. (Minuchin, 2003) refiere la existencia continua de la familia como sistema depende de una gama suficiente de pautas, la disponibilidad de pautas transaccionales alternativas, y la flexibilidad para movilizarlas cuando es necesario hacerlo. Esta debe responder a cambios internos y externos y, por lo tanto, debe ser capaz de transformarse de modo tal que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros.

En relación a los resultados obtenidos del **objetivo específico 3**, gradiente de recurso personal, se logró identificar la relación que existe entre la dimensión gradiente de recurso personal y la variable calidad de vida relacionada a la salud y se obtuvo una correlación moderada de 0,331 y un p-valor igual a 0,039, encontrando que si existe una correlación positiva entre la gradiente de recurso personal como parte del funcionamiento personal del paciente y su calidad de vida. Asimismo, el 77.7% señalaron que tienen disfuncionalidad familiar, interpretando que su familia no se involucra ni interviene en la organización de diferentes actividades de la vida diaria como en el ámbito académico, laboral, de ocio y tiempo libre.

La afectividad corresponde al **objetivo específico 4**, se define como la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia. "... habilidad de la familia para responder con sentimientos adecuados a un estímulo. La calidad de respuestas afectivas se refiere a la habilidad de la familia para responder con una amplia gama de emociones" (Avena & Rivera, 2013, pág. 21). Es decir, es el grado en que la familia, muestra interés y valora las actividades e intereses de cada miembro de la familia. El efecto emocional negativo del conocer la existencia del VIH/SIDA, incrementa el malestar psicológico y la vulnerabilidad de los sujetos diagnosticados a padecer trastornos emocionales y del estado de ánimo propiamente dichos. La relevancia de esto radica en que los síntomas depresivos han sido reconocidos como predictores de consecuencias negativas para la salud y el bienestar de las personas seropositivas.

En este sentido, se asocian a menor adherencia al tratamiento antirretroviral (Mayston, Kinyanda, Chishinga, Prince & Patel, 2012) y a eventos clínicos negativos, como incremento de síntomas, carga viral detectable y progreso más acelerado de la enfermedad (Brandt, Bakhshai. Zvolensky, Grover & Gonzalez, 2015; Norcini Pala & Stecca, 2011; Sumari-de Boer, Sprangers, Prins & Nieuwkerk, 2012). Las creencias, actitudes y

prejuicios de los pacientes respecto a la medicación, la enfermedad y el equipo médico-asistencial son factores categóricos a la hora de aceptar el tratamiento y seguirlo de forma correcta. En relación a los resultados obtenidos sobre esta dimensión: afectividad familiar, se logró identificar la relación que existe entre la afectividad y la calidad de vida en los pacientes que reciben tratamiento. Se obtuvo una correlación moderada de 0,480 y un p-valor igual a 0,026. Asimismo, se encontró que el 88.8% de pacientes señalaron insatisfacción de en su apego, demostraciones de afecto y cariño, práctica de valores, empatía y comprensión durante el proceso de tratamiento y replanteamiento del modo de vida dentro de su familia; está es una dimensión importante principalmente para abarcar la salud mental, pues alberga los sentimientos, expresiones, acciones y reacciones que expresen afecto o también en otros casos situaciones complejas y de discusión o discordancia pero que se logren resolver a través del dialogo, la comunicación y el respeto mutuo resolviendo así a las emociones del paciente como la rabia, tristeza, amor, etc. Discordante a estos resultado, el autor Acosta-Zapata, López-Ramón, Martínez-Cortés, & Zapata-Vázquez (2017) investigaron sobre “Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama” México en donde se obtuvieron resultados que mencionan que el 41.3% de los pacientes con cáncer de mama se ubicaron dentro de familias funcionales. En cuanto a las estrategias de afrontamiento, el 68% de los pacientes presentaron afrontamiento activo.

Los recursos o capacidad resolutoria responden al objetivo específico 5, donde se entiende que es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios. Se define este aspecto “...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 & Rivera, 2013, pág. 21). Identificar los recursos con los que cuenta la familia, tanto dentro como fuera de ella (Walker, 1991). Esto resulta importante para las personas con VIH porque permite que se pongan en contacto con otras personas que también padecen la enfermedad se generen redes de apoyo y lazos de solidaridad. Cuando las familias entran en contacto con la enfermedad, suelen tener poca o nula información, lo que se traduce en un incremento en los niveles de ansiedad y temor. Las personas y sus familias necesitan aprender el lenguaje propio del VIH/SIDA, que incluye no sólo terminología médica, sino palabras que se han ido desarrollando con

el paso del tiempo y que conllevan un significado más respetuoso como personas viviendo con VIH en vez de infectado.

En relación a los resultados obtenidos del **objetivo específico 5**, se logró identificar la relación que existe entre los recursos familiares y la calidad de vida que tienen los pacientes. Se obtuvo una correlación moderada de 0,436 y un p valor igual a 0,017, encontrando que si existe una correlación entre la insatisfacción de los pacientes VIH/SIDA que son recursos como parte de funcionalidad familiar del paciente y su calidad de vida relacionada a la salud que tienen nivel baja. Asimismo, el 73.3% respondieron su insatisfacción en compartir tiempo, espacios, actividades en común que permitirían disfrutar en conjunto con la familia, tomando en cuenta tanto los recursos materiales como los espacios de la casa y el dinero, los recursos humanos como la familia, acompañamiento de médicos. En concordancia con esto, el autor Manzano-Rosas, Cruz-López, Elizarrarás-Cruz, Herrera-Lugo, & Elizarrarás-Rivas (2020) investigaron sobre “Asociación de la funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en un hospital del IMSS Oaxaca” México, en donde se encontró que: un 67.8% de las personas con VIH tienen una buena funcionalidad familiar y solo el 10% refirieron una disfunción familiar moderada/severa. En cuanto a calidad de vida el 66% señalaron que el área más afectada fue la percepción de su salud; hallaron la asociación directamente proporcional entre calidad de vida y la funcionalidad familiar, aunque no se presentó una significancia estadística, sin embargo, permitió analizar las variables posibles a mejorar sus condiciones al interior de las familias.

Por último, la investigación demuestra la relación de una inadecuada funcionalidad familiar denominada por los teóricos como disfuncionalidad familiar y el nivel bajo de calidad de vida relacionado a su salud que percibe esta población de estudio, que coloca como desafíos a los trabajadores sociales y al equipo multidisciplinario en revertir tal situación donde la familia juegue su rol protagónico en la continuación de su tratamiento y disminuir los efectos de dicha enfermedad que los llevan a la culminación de sus vidas.

Capítulo VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

12

6.1 Conclusiones

Se determinó que existe relación directa y significativa entre los factores funcionalidad familiar y calidad de vida en los pacientes con VIH/SIDA que asisten al programa TARGA, que se encuentra recibiendo tratamiento en el Hospital “Dr. Hidalgo Atoche López” del distrito de Chancay, 2022, con un coeficiente de $Rho = 0,478$ y un $p=0,036$, encontrando predominancia que la población percibe mala funcionalidad familiar y un bajo nivel de calidad de vida relacionada a la salud.

Se identificó la relación entre adaptación familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA que asisten al programa TARGA, que se encuentra recibiendo tratamiento en el Hospital “Dr. Hidalgo Atoche López” del distrito de Chancay, 2022, con un coeficiente de $Rho = 0,493$ y un $p=0,001$, confirmándose que mientras menor sea la adaptación familiar, referido a su organización, distribución de tareas y plena aceptación de la convivencia del paciente con esta enfermedad, se relaciona con una baja calidad de vida relacionada a la salud.

Se identificó la relación entre participación familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/ SIDA que asisten al programa TARGA, y se encuentra recibiendo tratamiento en el Hospital “Dr. Hidalgo Atoche López” del distrito de Chancay, 2022; con un coeficiente de $Rho = 0,483$ y un $p=,023$, confirmándose que la insatisfacción en participación familiar referido a su implicación, acompañamiento durante el tratamiento y sentimiento de responsabilidad para la mejora de la enfermedad se relaciona con un nivel bajo de calidad de vida relacionado a su salud.

Se identificó la relación entre la gradiente de recurso personal y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA que asisten al programa TARGA, que se encuentra recibiendo tratamiento en el Hospital “Dr. Hidalgo Atoche López” del distrito de Chancay, 2022, con

un coeficiente de Rho =0,039 y un p=331,0 confirmándose la insatisfacción en el gradiente de recurso personal, referido al crecimiento y rendimiento de la familia con la paciente y su relación con el nivel bajo de calidad de vida en relación a su salud.

Se identificó la relación entre **afectividad y calidad de vida** en pacientes con VIH/SIDA que asisten al programa TARGA, que se encuentra recibiendo tratamiento en el Hospital "Dr. Hidalgo Atoche López" del distrito de Chancay, 2022, con un coeficiente de Rho =0,480 y un p=0,026, confirmándose que existe insatisfacción en cuanto a la afectividad familiar referido a su apego, demostraciones de afecto y cariño, puesta en práctica de valores, empatía y comprensión durante el proceso de tratamiento y replanteamiento del modo de vida y su asociación con una baja calidad de vida relacionada a la salud.

Se identificó la relación entre **recursos familiares y calidad de vida** en pacientes con VIH/SIDA que asisten al programa TARGA, que se encuentra recibiendo tratamiento en el Hospital "Dr. Hidalgo Atoche López" del distrito de Chancay, 2022; con un coeficiente de Rho = 0,436 y un p= valor , confirmándose la insatisfacción de los recursos familiares, referido a las nuevas necesidades que requiere el paciente para afrontar la enfermedad solventándolo por si mismos o con ayuda de la familia y su relación con un nivel bajo de calidad de vida relacionada a la salud.

6.2 Recomendaciones

Proponer a los directivos del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López" trabajar más en equipo con profesionales de salud, familiares y paciente; estableciendo políticas operativas de trabajo multidisciplinario sostenible con los pacientes y sus familias donde se sienten queridos y apoyados por su familia, respaldados y protegidos en el afrontamiento de sus necesidades vitales.

Fortalecer los equipos de trabajo en salud constituidos por profesionales y pacientes con el propósito de mejorar su adaptación familiar en su organización, distribución de tareas y plena convivencia del paciente y sociedad con esta enfermedad, trabajar en la aceptación de ser portador del virus para evitar conductas estigmatizantes

Sensibilizar desde la profesión la participación de la familia en cuanto compromiso, acompañamiento durante el tratamiento y sentimiento de responsabilidad en el proceso de la enfermedad VIH/SIDA, temas que se podrían trabajar desde la organización de sus redes sociales para afrontar las situaciones difíciles que van apareciendo en la evolución de la enfermedad a lo largo de su vida.

Plantear al equipo multidisciplinario la mejora del gradiente de recurso personal que se exterioriza a través crecimiento y rendimiento de la familia con él o la paciente y sus consecuencias que atravesará como parte de la evolución de la enfermedad, promoviendo la implementación de grupos de auto-apoyo y la oportunidad de relacionarse con otras personas que viven con VIH/SIDA que permita enfrentar la enfermedad de forma menos solitaria, de acceder a información veraz, a mejores condiciones de vida y de atención en salud.

Propiciar a través de los profesionales del equipo multidisciplinario una mayor afectividad familiar con el paciente, es decir estrategias para desarrollar el apego a su familia, demostraciones de afecto y cariño, la práctica de valores como la solidaridad y colaboración, desarrollo de empatía y comprensión durante el proceso de tratamiento y replanteamiento de la dinámica familiar ante tal situación.

Establecer programas sociales sobre recursos familiares, a cargo del trabajador social referido a las necesidades que requiere el paciente para afrontar la enfermedad solventándolo por si mismos o con ayuda de la familia, evitando la presencia de enfermedades psiquiátricas como depresión y ansiedad, que conlleven a una mayor inmunodepresión y a la presencia de enfermedades oportunistas.

REFERENCIAS

7.1 Fuentes documentales

- Acosta-Zapata, E., López-Ramón, C., Martínez-Cortés, M., & Zapata-Vázquez, R. (2017). Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Horizonte sanitario*. Recuperado el 29 de Enero de 2022, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v16n2/2007-7459-hs-16-02-00139.pdf>
- Avena, I., & Rivera, D. (2013). *Fucionamiento familiar y motivación escolar en alumnos de nivel medio superior*. Sonora: Institución Tecnológico de Sonora. Recuperado el 12 de Febrero de 2022, de http://biblioteca.itson.mx/dac_new/tesis/607_avena_ivonne.pdf
- Bar, Y., & Silva, M. (2017). *Calidad de vida de los beneficiarios del programa pensión 65 Municipalidad Distrital, Hualmay 2017*. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. Recuperado el 10 de Febrero de 2022, de http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/1909/TFCS_BAR%20IBARRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Botero, B., & Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 11-24. ● Recuperado el 30 de Enero de 2022, de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
- Cabrera, S., Arteta, Z., Meré, J., & Cavalleri, F. (2018). Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados. (U. d. República, Ed.) *Revista Médica*. Recuperado el 03 de Febrero de 2022, de http://www.rmu.org.uy/revista/proximo/rmu34-1_879_cabrera-vih4.pdf
- Caldera-Guzmán, D., & Pacheco-Zavala, M. (2020). Funcionalidad familiar del paciente con VIH-SIDA en una Unidad de Medicina Familiar de León, Guanajuato. *El*

Residente, 48-53. Recuperado el 28 de Enero de 2022, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2020/rr202b.pdf>

Carrillo, G. (2021). "*Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con Hipertensión Arterial*". Ambato: Universidad Técnica de Ambato. Recuperado el 28 de Enero de 2022, de http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32813/3/6._carrillo_vayas_gabriela_patricia%281%29.pdf

Castellón, S., & Ledesma, E. (2012). El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spiritus. CUBA. *Contribuciones a las Ciencias Sociales (On line)*. Recuperado el 29 de Enero de 2022, de <https://www.eumed.net/rev/cccss/21/ccla.html#:~:text=El%20funcionamiento%20familiar%20es%2C%20por,que%20le%20confieren%20identidad%20propia.>

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades MINSA. (2021). *COVID-19 y el Impacto en la tuberculosis en el mundo*. Obtenido de Boletín Epidemiológico del Perú 2021: [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.dge.gob.pe%2Fepublic%2Fuploads%2Fboletin%2Fboletin_20214.pdf&clen=10051728&chunk=true](https://efaidnbmnnnibpcajpcglefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.dge.gob.pe%2Fepublic%2Fuploads%2Fboletin%2Fboletin_20214.pdf&clen=10051728&chunk=true)

Centro Nacional de Epidemiología prevención y control de enfermedades. (Setiembre de 2021). Situación Epidemiológica del VIH-Sida en el Perú. *Boletín VIH*. Obtenido de [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.dge.gob.pe%2Fepublic%2Fuploads%2Fvih-sida%2Fvih-sida_20219_30_081256.pdf&clen=1115452&chunk=true](https://efaidnbmnnnibpcajpcglefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.dge.gob.pe%2Fepublic%2Fuploads%2Fvih-sida%2Fvih-sida_20219_30_081256.pdf&clen=1115452&chunk=true)

Chira, F. (2017). *Percepción del apoyo social y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar del Centro Médico Naval, 2016*. Lima: Universidad César Vallejo. Recuperado el 01 de Febrero de 2022, de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/8791/Chira_CFR.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Condori, S., & Cruz, G. (2018). *Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, pacientes Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa-2017*. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Recuperado el 29 de Enero de 2022, de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5780/ENcofus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Crisologo, A. (2020). *Estudio comparativo del funcionamiento familiar en estudiantes del nivel secundaria de la zona urbana y rural de Supe Pueblo, 2020*. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. Recuperado el 10 de Febrero de 2022, de <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/4661/ANDREA%20MIRELLA%20CRISOLOGO%20OCAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Delfín-Ruiz, C., Cano-Guzmán, R., & Peña-Valencia, E. (2020). Funcionalidad familiar como política de asistencia social en México. *Revista de Ciencias Sociales*, 42-47. Recuperado el 30 de Enero de 2022, de <https://www.redalyc.org/journal/280/28063431006/28063431006.pdf>

Ferrer-Honores, P., Miscán-Reyes, A., Pino-Jesús, M., & Pérez-Saavedra, V. (2013). Funcionamiento familiar según el modelo Circumplejo de Olson en familias con un niño que presenta retardo mental. *Revista enfermería Herediana.*, 6(2), 51-58. Recuperado el 29 de Enero de 2022, de <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2013/febrero/funcionamientofamiliarsegunelmodelocircumplejodeolson.pdf>

Flores, F., Almanza, M., & Gomez, A. (2008). Analisis del impacto del VIH/SIDA en la familia. Una aproximación a su representación social. *Psicología Iberoamericana*, 16(2), 6-13.

Gobierno Regional de Lima. (28 de Enero de 2022). Resolución Directoral N°045-2022-GRL-GRDS-DIRESA LIMA-DG. *Aprobación del Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS)*. Huacho.

González, M. (2005). El hombre como fin en sí mismo en el pensamiento de Robert Spaemann. *Humanidades*, 11, 59-70. Obtenido de https://repositorio.unab.cl/xmlui/bitstream/handle/ria/2179/Gonzalez_EL%20HOM

BRE%20COMO%20FIN%20EN%20S%C3%8D%20MISMO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Guzmán, M. (2021). *Calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA en ESNITSS del Hospital Carrión-Huancayo 2019*. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes. Recuperado el 09 de Febrero de 2022, de <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/3054/TESIS.GUZMAN%20DELGADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Guzmán, S. (2019). *Conocimiento sobre hipertensión arterial y funcionalidad familiar en pacientes del Centro de Salud de Suscal 2017-2018*. Cuenca: Universidad de Cuenca. Recuperado el 29 de Enero de 2022, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32269/1/Tesis.pdf>

Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación* (Quinta ed.). Mexico: McGraw-Hill.

Hernández-Castillo, L., Cargill-Foster, N., & Gutiérrez-Hernández, G. (2012). Funcionalidad familiar y conducta de riesgo en estudiantes de nivel medio superior Jonuta, Tabasco 2011. *Salud en Tabasco*, 18(1). Recuperado el 27 de Enero de 2022, de <https://www.redalyc.org/pdf/487/48724427004.pdf>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales . (2011). *Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado el 12 de Febrero de 2022, de https://infoautismo.usal.es/wp-content/uploads/2015/10/04_Libro.pdf

Jimenez, D. (2017). *Percepción del funcionamiento familiar en pacientes diagnosticados con VIH/sida atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa*. Lima, Perú: Universidad Inca Garcilazo de la Vega.

Luque, G., & Villanueva, J. (2020). *Autocuidado y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. servicio de endocrinología, Hospital María Auxiliadora, 2020*. Lima: Universidad César Vallejo. Recuperado el 28 de Enero de 2022, de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60103/Luque_CGC-Villanueva_AJM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Manzano-Rosas, R., Cruz-López, G., Elizarrarás-Cruz, J., Herrera-Lugo, K., & Elizarrarás-Rivas, J. (2020). Asociación de la funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en un hospital del IMSS Oaxaca. *Avances en Ciencia, Salud y Medicina*, 7(4). Recuperado el 27 de Enero de 2022, de https://www.oaxaca.gob.mx/salud/wp-content/uploads/sites/32/2021/05/Articulo_Asociacion-de-la-funcionalidad-familiar.pdf
- MMinisterio de Salud, Perú. (30 de Enero de 2021). *Boletín Epidemiológico del Perú 2021*. Obtenido de https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_20214.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1996). La gente y la salud ¿Qué calidad de vida? *Foro Mundial de la Salud*, 17, 385-387. Obtenido de Foro Mundial de la Salud: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Padovan, I. (2020). *Teorías de la motivación. Aplicación práctica*. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo. Recuperado el 12 de Febrero de 2022, de https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/15664/teorias-de-la-motivacin-aplicacin-prctica.pdf
- Peña, G., & Tapullima, M. (2019). "*Funcionalidad familiar y calidad de vida en madres de niños con anemia que acuden a un centro de salud del primer nivel de atención Lima-2018*". Lima: Universidad Norbert Wiener. Recuperado el 27 de Enero de 2022, de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2870/TESIS%20Pe%C3%B1a%20Gladys%20-%20Tapullima%20Mar%C3%ADa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Quesquén, K. (2019). "*Apoyo social y funcionalidad familiar en los pacientes con tuberculosis sensible del distrito El Agustino, Lima - 2019*". Lima: Universidad Norbert Wiener. Recuperado el 01 de Febrero de 2022, de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3113/TESIS%20Que%20squ%C3%A9n%20Karla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ramirez, J. (2021). "*Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar que acuden al Centro de Salud Collique III Zona, Comas-*

- 2021". Lima: Universidad María Auxiliadora. Recuperado el 28 de Enero de 2022, de <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/657/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Originales*, 30(3), 143-149. Recuperado el 30 de Enero de 2022, de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13035258>
- Salas, C., & Garzón, M. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *Revista CES Salud Pública*, 4(1), 36-46. Recuperado el 29 de Enero de 2022, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4549356>
- Schalock, R., & Verdugo, M. (2007). el concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *SIGLO CERO. Revista Española de discapacidad intelectual*, 38(4), 21-36. Obtenido de https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/224_articulos2.pdf
- Suarez, M., & Alcalá, M. (2014). Apgar familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista médica: La paz*. Recuperado el 06 de Febrero de 2022, de http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmpl/v20n1/v20n1_a10.pdf
- Tavara, M. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con VIH. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(3), 170-176. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203119676002>
- Vera, V., & Estrada, A. (2004). Influencia Social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y tratamiento. *Hospital Juarez de Mexico*, 71(1), 29-35. Obtenido de <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.medigraphic.com%2Fpdfs%2Fjuarez%2Fju-2004%2Fju041e.pdf&clen=468743&chunk=true>
- Zelada, D. (2019). *Funcionalidad familiar y personalidad eficaz en estudiantes de quinto año de secundaria de dos instituciones educativas del distrito de Surco*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado el 12 de Febrero de 2022, de

https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/6386/Funcionalidad_ZeladaCastro_Diana.pdf?sequence=3&isAllowed=y

7.2 Fuentes bibliográficas

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. México D.F: Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana. Recuperado el 12 de febrero de 2022, de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2011). Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recuperado el 12 de febrero de 2022, de https://infoautismo.usal.es/wp-content/uploads/2015/10/04_Libro.pdf

Minuchin, S. (2003). Familias y terapia familiar. Guanajuato: Gedisa Mexicana. Recuperado el 12 de Febrero de 2022, de <https://www.cphbidean.net/wp-content/uploads/2017/11/Salvador-Minuchin-Familias-y-terapia-familiar.pdf>

7.3 Fuentes hemerográficas

Diario El Peruano. (05 de Julio de 2018). Ley que modifica diversos artículos de la 28303, ley marco de ciencia, tecnología e innovación tecnológica; y de la ley 28613, ley del Consejo Nacional de Ciencia, tecnología e innovación tecnológica (CONCYTEC). Recuperado el 12 de febrero de 2022, de <https://portal.concytec.gob.pe/index.php/ley-marco-de-cte-it-ley-concytec>

Gobierno Regional de Lima. (28 de enero de 2022). Resolución Directoral N°045-2022-GRL-GRDS-DIRESA LIMA-DG. Aprobación del Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual (CERITS). Huacho.

Ministerio de Salud. (1 de diciembre de 2020). Minsa: En el Perú, el VIH/sida se redujo en 15.4% durante los últimos diez años. El peruano, pág. 2. Obtenido de <https://elperuano.pe/noticia/110004-minsa-vihsida-en-el-peru-se-redujo-en-15-en-los-ultimos-diez-anos>

Ministerio de Salud. (10 de diciembre de 2020). Resolución Ministerial sobre NTS N°169-MINSA/2020-DGIESP. Norma Técnicas de salud de Atención Integral del adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Lima.

7.4 Fuentes electrónicas

Centro Nacional de Epidemiología prevención y control de enfermedades. (Setiembre de 2021). Situación Epidemiológica del VIH-Sida en el Perú. *Boletín VIH*. Obtenido de chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.dge.gob.pe%2Fepublic%2Fuploads%2Fvih-sida%2Fvih-sida_20219_30_081256.pdf&clen=1115452&chunk=true

González, C., & González, S. (12 de febrero de 2008). *Un enfoque para la Evaluación del Funcionamiento Familiar*. Recuperado el 2022, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/remo/v6n15/v6n15a02.pdf>

Ministerio de Salud. (23 de Setiembre de 2006). Tratamientos gratuitos para personas con VIH-SIDA en 61 establecimientos de salud del Minsa. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/41404-tratamientos-gratuitos-para-personas-con-vih-sida-en-61-establecimientos-de-salud-del-minsa>

OPS/OMS. (30 de noviembre de 2021). La OPS/OMS y ONUSIDA instan a poner fin a las desigualdades para eliminar el sida. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/30-11-2021-opsoms-onusida-istan-poner-fin-desigualdades-para-eliminar-sida>

Organización de las Naciones Unidas. (2017). Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Organización Mundial de la Salud. (30 de noviembre de 2021). Datos y cifras. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.) Terapia Antirretroviral. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/terapia-antirretroviral#:~:text=El%20tratamiento%20consiste%20en%20una,la%20probabilidad%20de%20desarrollar%20resistencia.>

ANEXOS



01 MATRIZ DE CONSISTENCIA

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH/SIDA DEL HOSPITAL CHANCAY"DR. HIDALGO ATOCHE LÓPEZ" 2022.					
PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES E INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>Problema general: ¿Qué relación existe entre la funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López"-2022.?</p> <p>Problemas específicos: ¿Qué relación existe entre adaptación familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López" - 2022.?</p>	<p>Objetivo general: Establecer la relación que existe entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López"-2022.</p> <p>Objetivos Específicos: Determinar la relación que existe entre adaptación familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López" - 2022.</p> <p>Determinar la relación que existe entre la participación familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López"-2022?</p>	<p>Hipótesis general: Existe relación significativa entre funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López"-2022.</p> <p>Hipótesis específicas: Existe adaptación significativa entre adaptación familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López" - 2022.</p> <p>Existe relación significativa entre la participación familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López"-2022.</p>	<p>Funcionalidad Familiar.</p>	<p>Adaptación Organización</p> <p>Participación Implicación</p> <p>Gradiente de recurso personal (Crecimiento) Rendimiento</p> <p>Afectividad Apego</p> <p>Recursos Requerimiento</p> <p>Salud general percibida</p>	<p>Tipo: Básica Nivel: Descriptivo-relacional Diseño: No experimental-transversal. Enfoque: Cuantitativo.</p> <p>Población y muestra: 45 pacientes integrantes del programa TARGA del Hospital "Dr. Hidalgo Atoche López" y SBS Chancay 2022.</p> <p>Instrumentos: Nombre: Test de funcionalidad familiar. Apgar-Familiar. Autor y año: Gabriel Smilkstein</p>

<p>¿Que relación existe entre el crecimiento familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López"-2022?</p>	<p>Hidalgo Atoche López" - 2022. Determinar la relación que existe entre el crecimiento familiar y la calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López" - 2022.</p>	<p>Existe relación significativa entre el crecimiento familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López"-2022.</p>		<p>Dolor Funcionamiento físico Funcionamiento social Salud mental Energía/fatiga Actividad diaria Malestar respecto a la salud Funcionamiento cognitivo Calidad de vida percibida Transición de salud</p>	<p>(1978) Adaptación al español: Díaz, Tirado & Simancas (2017) Actualizado: Caldera-Guzmán & Pacheco- Zavala (2020) Nombre: Cuestionario de calidad de vida relacionada a la salud MOS-SF-30. Autor y año: Medical Outcomes Study- short form Organización Mundial de la Salud (2001) Adaptación al español: Remor (2003) Actualizado: Cabrera, Arteta, Meré, & Cavalleri (2018)</p>
<p>¿Qué relación existe entre el afecto familiar y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López" - 2022?</p>	<p>Determinar la relación que existe entre el afecto y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López"-2022.</p>	<p>Existe relación significativa entre el afecto y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López" -2022.</p>	<p>Calidad de Vida relacionada con la salud</p>		
<p>¿Qué relación existe entre los recursos familiares y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López"-2022?</p>	<p>Determinar la relación que existe entre los recursos familiares y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche"-2022.</p>	<p>Existe relación significativa entre los recursos familiares y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Chancay y SBS, "Dr. Hidalgo Atoche López"-2022.</p>			

02 INSTRUMENTOS PARA LA TOMA DE DATOS

Test de Funcionalidad Familiar APGAR Adultos

Autor y año: Smilkstein (1978) Adaptación al español: Díaz, Tirado & Simancas (2017)
 Actualizado: Caldera-Guzmán & Pacheco-Zavala (2020)

Nombre del profesional:	
Persona entrevistada:	
Fecha:	

Función	Nunca (0 Puntos)	Casi Nunca (1 punto)	Algunas veces (2)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios de la casa, c) el dinero.					
PUNTAJE PARCIAL					
PUNTAJE TOTAL					

Puntuación de 17-20: Sugiere una Función Familiar Normal

Puntuación de 16-13: Sugiere una Difusión Familiar Leve

Puntuación de 12-10: Sugiere una Difusión Familiar Moderada

Puntuación de 9 o menos: Sugiere una Difusión Familiar Severa

Cuestionario de calidad de vida relacionada a la salud MOS-SF-30

Autor y año: Medical Outcomes Study-short form Organización Mundial de la Salud (2001)
 Adaptación al español: Remor (2003) Actualizado: Cabrera, Arteta, Meré, & Cavalleri (2018)

1. En general, diría que su salud es: (Señale en el cuadro)

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

2. ¿Cuánto dolor corporal ha tenido en general en el último mes? (Señale en el cuadro)

Ninguno	Muy poco	Moderado	Agudo	Muy agudo

3. Durante el último mes ¿cuánto han limitado su salud las siguientes actividades?
 Si las ha limitado de alguna forma.

	PREGUNTAS	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
3	El tipo o la cantidad de actividades intensas que puedes hacer, como levantar objetos pesados, correr o participar en deportes fatigantes.			
4	El tipo o la cantidad de actividades moderadas que puedes hacer, como mover una mesa o llevar el carro de la compra.			
5	Subir una cuesta o subir escaleras.			
6	Girarse, levantarse o inclinarse.			
7	Caminar 100 metros.			
8	Comer, vestirse, ducharse o utilizar el servicio.			

4. Durante el último mes, ¿cuánto han limitado su salud las siguientes actividades? Si las han limitado de alguna forma.

	PREGUNTAS	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
9	Mi trabajo; el trabajo en cosas de la casa; las tareas escolares o de estudio.			
10	El tipo o la cantidad de trabajo, las tareas domésticas o las tareas escolares que puedes hacer debido a tu salud.			

En cada una de las siguientes preguntas, señale, por favor, en la casilla correspondiente la respuesta que mejor se adecue al modo en que se ha sentido durante el último mes.

	PREGUNTAS	Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
11	¿Han limitado su salud sus actividades sociales:					
12	¿Has estado muy nervioso/a?					
13	¿Se ha sentido tranquilo, en calma y en					
14	¿Se ha sentido triste y decaído?					
15	¿Ha sido feliz?					
16	¿Se ha sentido tan profundamente decaído que nada le ha podido animar?					
17	¿Se ha sentido lleno de energía?					
18	¿Se ha sentido agotado?					
19	¿Se ha sentido cansado?					
20	¿Se ha sentido con energía como para hacer las					
21	¿Se ha sentido abrumado por su problema de					
22	¿Se ha sentido desanimado por su problema de					
23	¿Se ha sentido desesperado por su problema de					
24	¿Ha sentido miedo por su problema de					
25	¿Ha tenido dificultades para razonar y resolver problemas, como hacer planes, tomar decisiones y aprender cosas nuevas,					
26	¿Se le han olvidado cosas que han sucedido recientemente, como dónde puso cosas, citas, etc.?					
27	¿Ha tenido dificultad para mantener la atención					
28	¿Ha tenido problemas para realizar actividades					

29. ¿Cómo ha sido su calidad de vida durante el último mes?, esto es ¿cómo le han ido las cosas en general?

Muy bien, no podía haberme ido mejor	Bastante bien	Ni bien ni mal, casi igual	Bastante mal	Muy mal, no podía haberme ido peor

30. ¿Cómo calificaría su estado físico y emocional actual en comparación con el último mes?

Mucho mejor	Algo mejor	Casi igual	Algo peor	Mucho peor

03. BASE DE DATOS EN SPSS Y EXCELL

BASE DE DATOS FINAL - Vista de [Conjunto de datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Diagramas de datos Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Vista de datos Vista de variables

	CODIGO	EDAD	SEXO	CONJUGUE	X1	X2	X3	X4	X5	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Y6	Y7	Y8	Y9	Y10	Y11	Y12	Y13	Y14	Y15	Y16	Y17	Y18	Y19	Y20	Y21	Y22		
1	1	24	1	2	3	4	4	4	4	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	1	0	2	2	0	2	1	
2	2	32	1	2	4	4	4	4	4	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	1	0	2	2	0	2	1	
3	3	28	2	4	4	4	4	4	4	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	1	0	2	2	0	2	1		
4	4	51	2	3	4	4	4	4	4	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	4	2	4	3	2	2	0	2	0	
5	5	28	2	3	4	4	4	4	4	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	0	2	2	0	2	0	
6	6	43	2	2	4	4	4	4	4	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	0	2	2	0	2	0	
7	7	22	2	1	4	4	4	4	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1	0	1	2	2	0	1	2	
8	8	37	2	2	4	4	4	4	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	1	1	1	2	2	0	1	2	
9	9	47	1	2	4	4	4	4	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	0	2	4	2	2	0	2	4	
10	10	24	1	3	4	4	4	4	4	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	2	0	0	0	1	1	0	
11	11	71	1	2	4	4	4	4	4	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1	0	1	2	2	2	0	1	0	
12	12	71	2	2	4	4	4	4	4	2	0	0	1	2	1	0	0	1	1	2	0	1	1	0	0	2	1	2	2	0	2	1	
13	13	35	1	3	4	4	4	4	4	2	2	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	4	1	0	3	1	3	1	3	3	
14	14	55	1	1	4	4	4	4	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	15	25	2	4	3	3	3	3	3	3	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2
16	16	28	2	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	1	1	3	3	2	2	0	3	2	2	2	1	3	3	3
17	17	27	2	3	2	4	4	1	4	1	1	2	2	2	1	2	2	0	1	2	4	3	2	2	4	2	1	2	3	4	4	4	4
18	18	27	2	1	4	4	3	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	1	0	2	0	2	1	1	0	0	0	0
19	19	22	2	3	4	3	3	2	4	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	1	3	3	1	1	1
20	20	41	2	4	4	4	4	3	3	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2
21	21	21	2	4	3	4	3	3	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
22	22	36	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	4	1	0	0	2	0	0	0
23	23	91	1	4	4	4	4	4	4	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	1	4	0	1	4	1	4	1	4	1	4	4	4	4
24	24	46	2	3	4	4	4	4	4	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	25	60	2	1	4	4	4	4	4	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
26	26	25	2	4	4	4	4	3	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	2	2	0	1	1	1

IBM SPSS Statistics Processor está listo

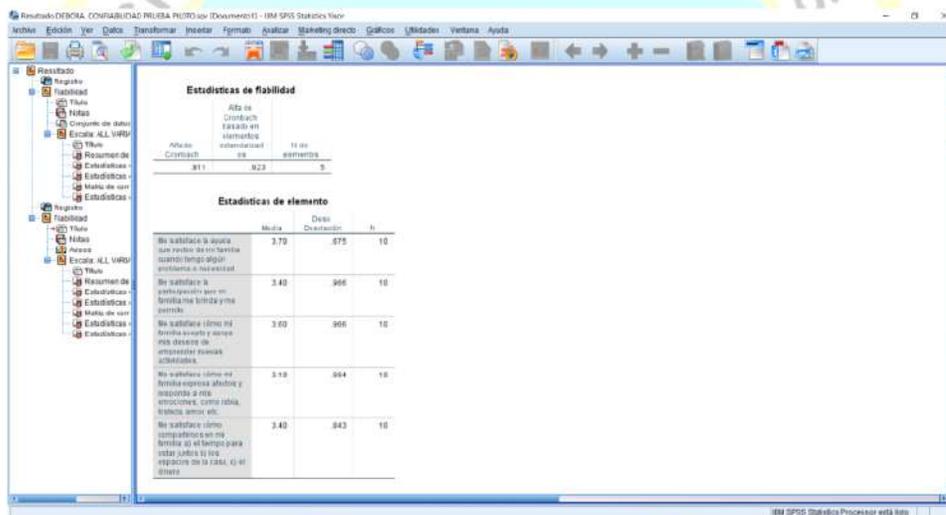
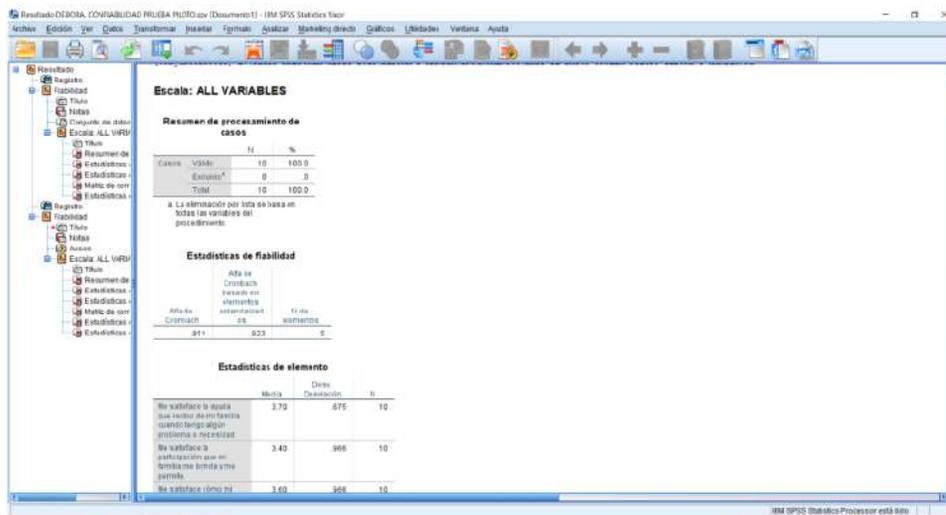
BASE DE DATOS FINAL - Vista de [Conjunto de datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Diagramas de datos Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

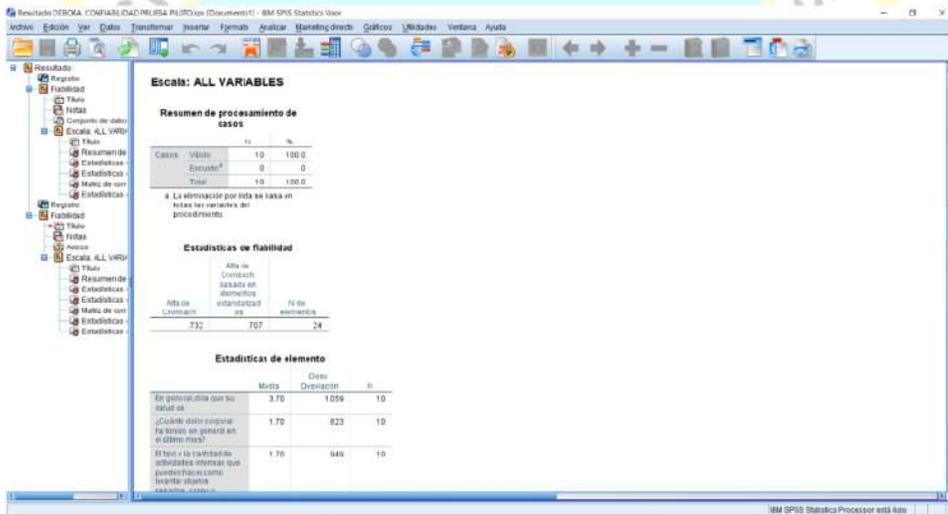
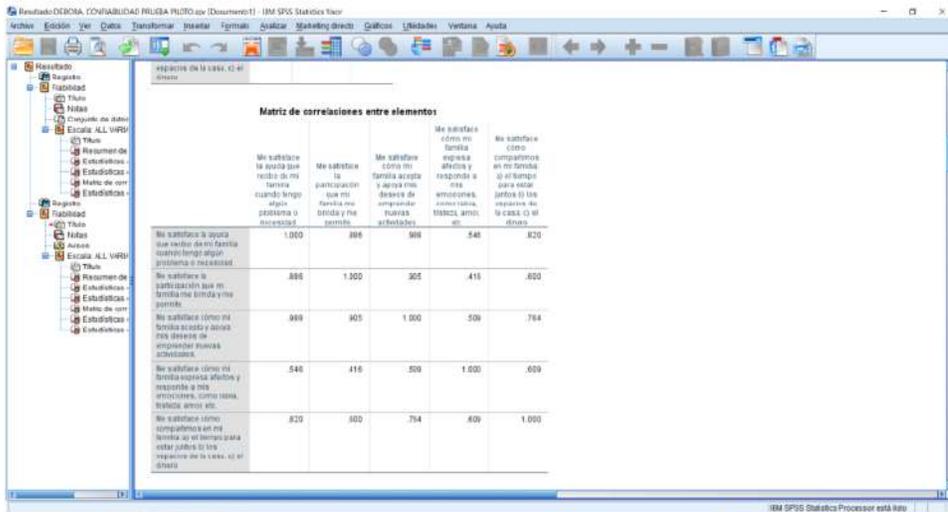
Vista de datos Vista de variables

Número	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perfiles	Columnas	Alineación	Medida	Rótulo
1	CODIGO	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Escala	Entrada
2	EDAD	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Escala	Entrada
3	SEXO	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Nominal	Entrada
4	CONJUGUE	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Nominal	Entrada
5	X1	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Ordinal	Entrada
6	X2	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Ordinal	Entrada
7	X3	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Ordinal	Entrada
8	X4	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Ordinal	Entrada
9	X5	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Ordinal	Entrada
10	Y1	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Nominal	Entrada
11	Y2	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Nominal	Entrada
12	Y3	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Nominal	Entrada
13	Y4	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Nominal	Entrada
14	Y5	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Nominal	Entrada
15	Y6	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	3	Dercha	Nominal	Entrada
16	Y7	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Nominal	Entrada
17	Y8	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Nominal	Entrada
18	Y9	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Nominal	Entrada
19	Y10	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Nominal	Entrada
20	Y11	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Nominal	Entrada
21	Y12	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Nominal	Entrada
22	Y13	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Nominal	Entrada
23	Y14	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Nominal	Entrada
24	Y15	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Nominal	Entrada
25	Y16	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Nominal	Entrada
26	Y17	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Nominal	Entrada
27	Y18	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Nominal	Entrada
28	Y19	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Nominal	Entrada
29	Y20	Número	4	0		Ninguna	Ninguna	4	Dercha	Nominal	Entrada

IBM SPSS Statistics Processor está listo



HUACHO • N

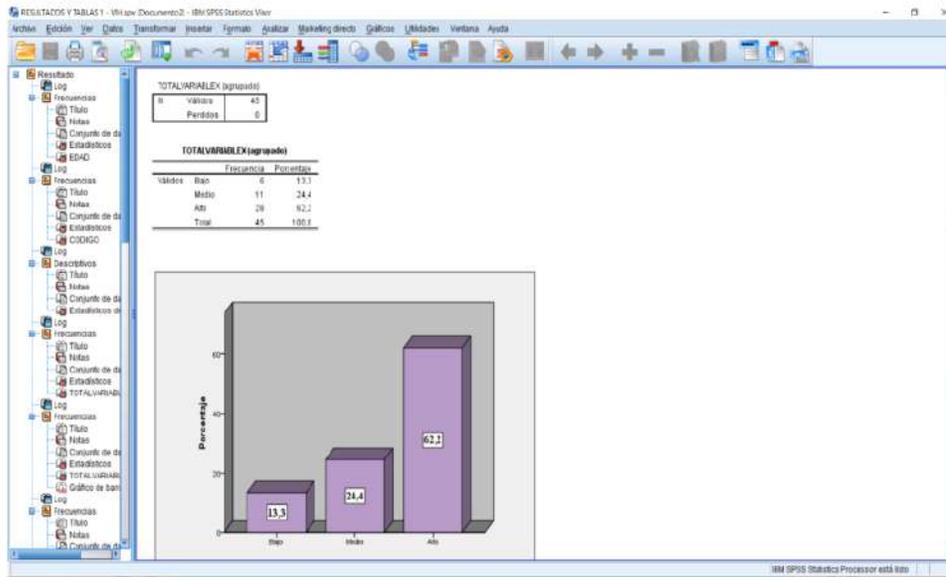


HUACHO • N

04. TRABAJO ESTADÍSTICO DESARROLLADO

Puntuaciones directas de la variable CVRS

Puntuación directa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
10	1	2,2	2,2
12	1	2,2	4,4
13	2	4,4	8,9
14	2	4,4	13,3
15	1	2,2	15,6
16	2	4,4	20,0
18	1	2,2	22,2
19	1	2,2	24,4
21	2	4,4	28,9
22	2	4,4	33,3
23	1	2,2	35,6
24	2	4,4	40,0
25	4	8,9	48,9
27	4	8,9	57,8
28	2	4,4	62,2
29	1	2,2	64,4
31	1	2,2	66,7
34	1	2,2	68,9
35	2	4,4	73,3
36	3	6,7	80,0
42	1	2,2	82,2
46	1	2,2	84,4
49	1	2,2	86,7
52	1	2,2	88,9
54	1	2,2	91,1
59	1	2,2	93,3
64	1	2,2	95,6
69	1	2,2	97,8
74	1	2,2	100,0
Total	45	100,0	



K3

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0	1	2.2	2.2	2.2
1	2	4.4	4.4	6.7
2	2	4.4	4.4	11.1
3	9	17.8	17.8	28.9
4	32	71.1	71.1	100.0
Total	45	100.0	100.0	

FRECUENCIAS VARIABLES=X3
/ORDER=ANALYTIC.

Frecuencias

[conjunto_de_datos] C:\Users\Juan Manuel\Downloads\BASE DE DATOS FINAL - YIB.rtf

Estadísticos

N	Válidos	45
	Pérdidos	0

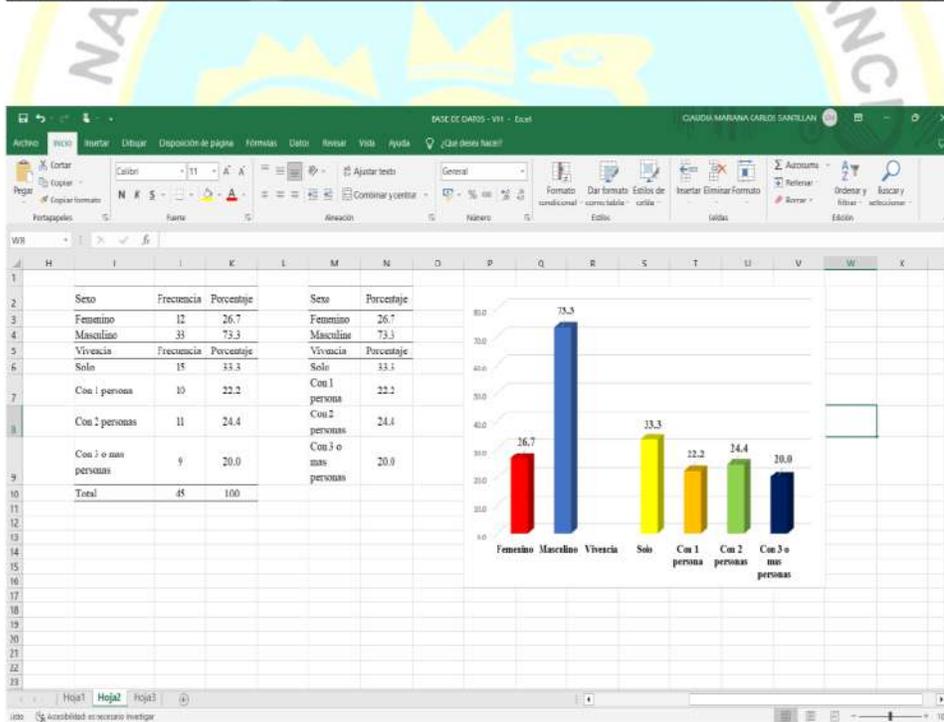
K4

Válidos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1	1	2.2	2.2	2.2
2	9	20.0	20.0	22.2
3	19	22.2	22.2	44.4
4	25	55.6	55.6	100.0
Total	45	100.0	100.0	

FRECUENCIAS VARIABLES=X4

BASE DE DATOS - VH - Excel

Edad	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q
1	34	1	2	3	4	4	4	4	4	2	2	0	0	0	0	0	0
2	32	1	2	4	4	4	4	4	4	2	2	0	0	0	0	0	0
3	28	2	4	4	4	4	4	4	4	2	2	1	0	0	0	0	0
4	51	2	3	4	4	4	4	4	4	3	4	0	0	0	0	0	0
5	28	2	3	4	4	4	4	4	4	3	2	0	0	0	0	0	0
6	45	2	2	4	4	4	4	4	4	3	2	0	0	0	0	0	0
7	22	2	1	4	4	4	4	4	4	3	1	0	0	0	0	0	0
8	37	2	2	4	4	4	4	4	4	3	1	0	0	0	0	0	0
9	42	1	2	4	4	4	4	4	4	3	1	0	0	0	0	0	0
10	24	1	3	4	4	4	4	4	4	3	0	0	0	0	0	0	0
11	71	1	2	4	4	4	4	4	4	3	2	1	1	1	1	1	0
12	75	2	2	4	4	4	4	4	4	2	2	0	1	2	1	3	0
13	35	1	3	4	4	4	4	4	4	2	3	2	0	0	0	0	2
14	35	1	1	4	4	4	4	4	4	3	0	0	0	0	0	0	0
15	35	2	4	3	3	3	3	3	3	1	0	0	1	0	0	0	0
16	28	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	1	0	0	0	1
17	27	2	3	2	4	4	4	4	4	1	1	2	2	1	2	2	0
18	37	2	1	4	4	4	4	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0
19	12	2	3	4	4	3	2	4	3	1	1	0	0	0	0	0	0
20	41	2	4	4	4	4	4	3	3	2	2	1	0	0	0	0	0
21	31	2	4	3	4	3	3	3	3	1	2	1	0	0	0	0	0
22	35	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
23	81	1	4	4	4	4	4	4	4	0	0	1	1	1	1	1	2
24	46	2	3	4	4	4	4	4	4	2	1	0	0	0	0	0	0
25	80	2	1	4	4	4	4	4	4	1	0	2	2	0	0	0	0
26	25	2	4	4	4	3	4	3	3	1	0	0	0	0	0	0	0
27	25	2	3	2	4	4	3	4	1	4	1	1	1	1	2	0	1
28	51	2	3	2	4	4	3	4	1	4	1	0	0	1	2	0	1
29	49	2	1	0	0	0	2	1	1	2	1	0	0	0	0	0	1



FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH/SIDA DEL HOSPITAL CHANCAY Y SBS, "DR. HIDALGO ATOCHE LOPEZ" - 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

14%

FUENTES DE INTERNET

10%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unjfsc.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad Nacional Jose Faustino Sanchez Carrion Trabajo del estudiante	1%
4	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
5	scielo.iics.una.py Fuente de Internet	1%
6	www.oaxaca.gob.mx Fuente de Internet	1%
7	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1%
8	Ismael Fernando Díaz Oropeza. "Terapia Familiar con personas afectadas por el	<1%

VIH/SIDA como parte de un modelo interdisciplinar", Revista Internacional de Psicología, 2003

Publicación

9

Montaño Almazán Francisco Javier. "Percepción del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2, de su funcionalidad familiar y su calidad de vida, en la Clínica de Consulta Externa Ecatepec Sur ISSEMYM, en un periodo de 4 meses", TESIUNAM, 2015

Publicación

<1 %

10

www.scribd.com

Fuente de Internet

<1 %

11

Submitted to Universidad Inca Garcilaso de la Vega

Trabajo del estudiante

<1 %

12

repositorio.unid.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

13

bdigital.uexternado.edu.co

Fuente de Internet

<1 %

14

Colin Hernández Nely Guadalupe. "Estructura familiar y niveles de depresión en estudiantes de bachillerato de la UNAM", TESIUNAM, 2021

Publicación

<1 %

15

repositorio.continental.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

16 Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo <1 %
Trabajo del estudiante

17 bdigital.unal.edu.co <1 %
Fuente de Internet

18 Balderas Grajales María del Carmen. "Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar del IMSS, número 16 Arriaga, Chiapas", TESIUNAM, 2018 <1 %
Publicación

19 Navarrete Duarte Raúl. "Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento en pacientes portadores de VIH del HGR/MF no. 1 en Cuernavaca, Morelos", TESIUNAM, 2018 <1 %
Publicación

20 Submitted to Universidad del Norte, Colombia <1 %
Trabajo del estudiante

21 repositorio.ucv.edu.pe <1 %
Fuente de Internet

22 Submitted to Universidad Católica de Santa María <1 %
Trabajo del estudiante

23 archive.org <1 %
Fuente de Internet

24 Arambula Sánchez Blanca Yadira. "Calidad de vida en pacientes quemados egresados de la Unidad de Quemados del Hospital de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narvaes" del IMSS", TESIUNAM, 2012
Publicación <1 %

25 Moedano Jiménez Bertha. "Comparación de la funcionalidad familiar y depresión en pacientes con SIDA, con dos grupos controles en el Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar No. 8 San Ángel", TESIUNAM, 2010
Publicación <1 %

26 Submitted to Universidad Continental
Trabajo del estudiante <1 %

27 eprints.ucm.es
Fuente de Internet <1 %

28 repositorio.uap.edu.pe
Fuente de Internet <1 %

29 ri.ues.edu.sv
Fuente de Internet <1 %

30 manglar.uninorte.edu.co
Fuente de Internet <1 %

31 www.repositorio.upla.edu.pe
Fuente de Internet <1 %

32

Y. Manrique-Anaya, Z. Cogollo Milanés, M. Simancas Pallares. "Adaptación transcultural y validez de un pictograma para evaluar necesidades de comunicación en adultos con vía aérea artificial en cuidados intensivos", *Enfermería Intensiva*, 2021

Publicación

<1 %

33

Submitted to Universidad Católica Los Angeles de Chimbote

Trabajo del estudiante

<1 %

34

Peña Hernández Jorge. "Calidad de vida y funcionalidad familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica de la UMF no. 63, Tierra Blanca, Veracruz", *TESIUNAM*, 2019

Publicación

<1 %

35

repositorio.unsa.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

36

docplayer.es

Fuente de Internet

<1 %

37

es.scribd.com

Fuente de Internet

<1 %

38

Pablo D. Radusky, Violeta J. Rodriguez, Mahendra Kumar, Deborah L. Jones. "Differential Item Functioning by HIV Status and Sexual Orientation of the Center for Epidemiological Studies–Depression Scale: An

<1 %

Item Response Theory Analysis", Assessment, 2019

Publicación

39

Juárez Ortiz Carlos. "Evaluacion de la calidad de vida en niños con ventilación domiciliaria atendidos en el Centro Medico Nacional La Raza IMSS", TESIUNAM, 2013

Publicación

<1 %

40

eprints.uanl.mx

Fuente de Internet

<1 %

41

repositorio.ual.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

42

bdigital.dgse.uaa.mx:8080

Fuente de Internet

<1 %

43

Cerna Ramirez Xochitil,Perez Guerrero Jacqueline. "Intervencion psicologica en pacientes con VIH SIDA por medio de un taller educativo terapeutico", TESIUNAM, 2005

Publicación

<1 %

44

www.scielo.cl

Fuente de Internet

<1 %

45

Enríquez Morales Oscar,Manterola Marcial Marcela. "Adherencia al tratamiento médico y calidad de vida en personas que viven con VIH", TESIUNAM, 2011

Publicación

<1 %

46

Submitted to Universidad Catolica De Cuenca

Trabajo del estudiante

<1 %

47

Rocha Rodríguez María Yolanda. "Calidad de vida en pacientes portadores de virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el Hospital General de Zona No. 8 San Ángel, aplicando MOS-HIV, MOS-SF-30", TESIUNAM, 2010

Publicación

<1 %

48

Rosa Olmos Leticia de la. "Funcionalidad familiar : nivel de conocimiento e instrumentos de funcionalidad familiar en médicos residentes de 2do, y 3er grado de la especialidad de medicina familiar del ISSSTE del DF", TESIUNAM, 2010

Publicación

<1 %

49

Ana Rita Russo de Sánchez, Liceth Paola Reales Silvera, Diana Paola Mayor Molinares. "Programa de educación emocional: "Aventurémonos en familia"", HUMAN REVIEW. International Humanities Review / Revista Internacional de Humanidades, 2022

Publicación

<1 %

50

Guzmán Campos Mónica Sheila. "Asociación de complicaciones médicas en el embarazo de adolescentes con la funcionalidad familiar de las pacientes que acuden al Hospital General "Dr. Raymundo Abarca Alarcón",

<1 %

durante el período de febrero a abril del 2020", TESIUNAM, 2020

Publicación

51

Moreno Méndez Elena del Pilar. "Cognición y calidad de vida relacionada con la salud en adultos con hemorragia subaracnoidea traumática", TESIUNAM, 2019

Publicación

<1 %

52

Osorno Paulino Mariela. "Percepción de salud oral en pacientes adultos mayores diabéticos de la Ciudad de México", TESIUNAM, 2017

Publicación

<1 %

53

Rojo Coca Alejandra. "Calidad de vida en pacientes portadores de VIH/SIDA mediante la aplicación de los cuestionarios MOS y APGAR familiar en el Hospital General Regional No 1 Gabriel Mancera", TESIUNAM, 2006

Publicación

<1 %

54

Salazar Plasencia Soraya del Refugio. "Funcionalidad familiar en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF no 31 Santa Cruz Luján, Durango", TESIUNAM, 2022

Publicación

<1 %

55

Submitted to Aliat Universidades

Trabajo del estudiante

<1 %

56

López Pacheco Isaac. "Relación entre depresión y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de VIH adscritos a la UMF 21 que acuden a consulta en el Servicio de CLISIDA en el HGZ # 30", TESIUNAM, 2015

Publicación

<1 %

57

Majluf Mendoza Fernando Huadi. "Los factores resilientes desarrollados en familias con consumidores de drogas en un Centro de Integración Juvenil", TESIUNAM, 2021

Publicación

<1 %

58

Saucedo López Jenniffer. "Calidad de vida en la menopausia", TESIUNAM, 2005

Publicación

<1 %

59

cybertesis.unmsm.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

60

Armas Castañeda Gabriela. "Calidad de vida en pacientes con trastorno bipolar en fase depresiva tratados con estimulación magnética transcraneal repetitiva sobre la corteza prefrontal dorsolateral derecha o izquierda vs fármaco antidepresivo", TESIUNAM, 2009

Publicación

<1 %

61

Buendia Magno Leticia, Cruz Silva Vicente. "El conflicto marital como factor contribuyente

<1 %

del sintoma en un miembro de la familia",
TESIUNAM, 1992

Publicación

62

repositorio.upt.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

63

Rascón Duarte Iveth Karina. "Asociación de funcionalidad familiar y calidad de vida con el control de la hipertensión arterial sistémica del adulto mayor en la Unidad de Medicina Familiar no. 11 Vicam Sonora", TESIUNAM, 2021

Publicación

<1 %

64

dspace.unitru.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

65

idoc.pub

Fuente de Internet

<1 %

66

repositorio.unc.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 10 words

Excluir bibliografía

Activo