



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE CHIMBOTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Título:

**RELACIÓN ENTRE CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS
CON VIH DEL HOSPITAL SANTA ROSA. PIURA 2015.**

Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología.

AUTORA:

Bach. Deyci Francisca Arrieta Pongo

ASESOR:

Mg. Sergio Enrique Valle Ríos

PIURA – PERÚ

2016

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mg. Kelly Yanet Munárriz Ramos

Presidenta

Mg. Susana Carolina Velásquez Temoche

Secretaria

Mg. Carmen Patricia Eras Vines

Miembro

AGRADECIMIENTO

A Dios y a la Virgen por darme salud e iluminar mi camino.

Al Padre Walter Malca Rodas por sus sabios consejos, los cuales me ayudaron a emprender este camino.

A mis profesores, en especial a la Mgtr. María Norma Monja Odar, por su apoyo y motivación que día a día me brindó para ser mejor profesional y su capacidad para guiar mis ideas, ha sido un aporte invaluable. Asimismo por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuesta a escucharme en cualquier momento.

DEDICATORIA

A mi madre Anita Teresa por darme la vida, por su esfuerzo y búsqueda de mejores horizontes para sus hijos.

A Walter Hugo mi hermano que aunque cesó a mis ojos, perdurará por siempre en mi corazón.

Con amor a mi hijo Billy Gustavo.

Con profundo amor a mi querido esposo Billy Gustavo Díaz LLontop, quien estuvo dispuesto a ayudarme en este hermoso sueño, con su aporte, dedicación, motivación aún en los momentos más tristes de mi vida; cuando el desaliento me agobiaba por las circunstancias, él siempre me demostraba, que había una solución y que era capaz de salir adelante.

Gracias por ser un pilar importante en mi vida junto a nuestro amado hijo Billy Gustavo.

RESUMEN

La investigación se realizó con la finalidad de determinar la Relación existente entre Clima Social Familiar y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa Piura 2015. Es de tipo Cuantitativo Básico de Nivel Descriptivo-Correlacional y de Diseño Transeccional, Transversal no Experimental. La muestra estuvo conformada por 100 Pacientes. El tipo de muestreo fue no probabilístico, utilizando el criterio de inclusión y exclusión. Se utilizó la escala del Clima Social Familiar de Moos y la escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes. Los datos fueron analizados mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Entre los resultados se encontró que si existe relación estadísticamente significativa entre las variables en mención. Los mismos resultados se encuentran al realizar el análisis entre las dimensiones de Relaciones y Estabilidad del Clima Social Familiar y la Calidad de Vida. Sin embargo, no se encuentra relación significativa con la dimensión de Desarrollo del Clima Social Familiar y Calidad de Vida.

Palabras Clave: Clima Social Familiar y Calidad de Vida.

ABSTRAC

The research was carried out with the purpose of determining the Relationship between Family Social Climate and Quality of Life in HIV-Diagnosed Patients of the Hospital Santa Rosa Piura 2015. It is of the Basic Quantitative Type of Descriptive-Correlational Level and of Non-Experimental Transversal Design . The sample consisted of 100 patients. The type of sampling was non-probabilistic, using the inclusion and exclusion criteria. The Moos Family Social Climate scale and the Olson & Barnes Quality of Life scale were used. Data were analyzed using the Spearman correlation coefficient. Among the results we found that if there is a statistically significant relationship between the variables mentioned. The same results can be found in the analysis between the dimensions of Relationships and Stability of the Family Social Climate and the Quality of Life. However, there is no significant relationship with the dimension of Development of the Family Social Climate and Quality of Life.

Keywords: Family Social Climate and Quality of Life.

INDICE

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	v
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1.1 Caracterización del problema	4
1.1.2 Enunciado del problema	6
1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.2.1 Objetivo General	7
1.2.2 Objetivos Específicos	7
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	8
II. REVISIÓN DE LITERATURA	9
2.1 ANTECEDENTES	10
2.1.1 Antecedentes Previos a nivel nacional	10
2.1.2 Estudios previos a nivel internacional	15
2.2 BASES TEÓRICAS	17
2.2.1 Clima Social Familiar	17
2.2.1.1Definiciones	17
2.2.1.2 Componentes del Clima Social Familiar	18
2.2.1.3 Funciones de la Familia	20
2.2.1.4 Tipos de Familia	21
2.2.1.5Modelos de Educación de los Hijos	22
2.2.1.6 Estilos de Educación Familiar y su Función Psicológica.....	25

2.2.1.7 Influencia del Clima Familiar	26
2.2.1.8 Interacción Familiar y Conducta Antisocial	27
2.2.1.9 Tipos de Familias, relaciones familiares y Delincuencia	28
2.2.1.10 Factores de Riesgo Familiares	29
2.2.2 Calidad de Vida	32
2.2.2.1 Definiciones	32
2.2.2.2 Componentes de Calidad de Vida	43
2.2.2.3 Enfoque de Calidad de Vida Cuantitativo	44
2.2.2.4 Enfoque de Calidad de Vida Cualitativo	44
2.2.2.5 Modelo de Calidad de Vida de Satisfacción	44
2.2.2.6 Aspectos de la Calidad de Vida Relacionados con la Salud	46
2.2.2.7 Soporte Social	46
2.2.2.8 Religiosidad y Espiritualidad	48
2.2.2.9 La Infección por VIH	49
2.2.2.10 Personas viviendo con VIH	51
2.2.2.11 Perfil del funcionamiento físico del paciente viviendo con el VIH	52
2.2.2.12 Evaluación de la Calidad de Vida en Salud	54
2.3 HIPÓTESIS	57
2.3.1 Hipótesis General	57
2.3.2 Hipótesis Específica	57
III. METODOLOGÍA	58
3.1 TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	59
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	59

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	60
3.3.1 Población	60
3.3.2 Muestra	60
3.4 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	61
3.4.1 Clima social familiar	61
3.4.2 Calidad de Vida	63
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	64
3.6 PLAN DE ANÁLISIS	69
3.7 PRINCIPIOS ÉTICOS	69
IV. RESULTADOS	70
4.1 RESULTADOS	71
4.2 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	77
4.2.1. Contrastación de Hipótesis Generales	77
4.2.2. Contrastación de Hipótesis Específicas	77
4.3 ANÁLISIS DE RESULTADOS	79
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	82
5.1 CONCLUSIONES	82
5.2 RECOMENDACIONES	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	90

Índice de tablas.

Tabla 1.	Relación entre Clima Social Familiar y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa. Piura 2015.....	71
Tabla 2.	Nivel del Clima Social Familiar en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa. Piura 2015.....	72
Tabla 3.	Nivel de Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa. Piura 2015.....	73
Tabla 4.	Relación de la dimensión Relaciones del Clima Social Familiar y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa. Piura 2015	74
Tabla 5.	Relación de la dimensión Desarrollo del Clima Social Familiar y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa Piura 2015	75
Tabla 6.	Relación de la dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa. Piura 2015	76

Índice de Figuras

Figura 1.	Nivel del Clima Social Familiar en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa. Piura 2015.....	72
Figura 2.	Nivel de Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa. Piura 2015.....	73

I. INTRODUCCIÓN

Hoy en día se evidencia en nuestra sociedad que el aumento de pacientes diagnosticados con VIH, conocidos como códigos blancos, provoca inseguridad, desempleo y temor, marcando la vida diaria de muchos peruanos debido al creciente índice de hogares desestructurados y la baja calidad de vida que en ellos se da. Piura no es ajena a este fenómeno de personas infectadas con VIH que por cierto es un flagelo psicosocial que se da a nivel mundial y en vista de que el incremento es alarmante; Según el Ministerio de Salud, hasta setiembre del año 2015 se diagnosticaron 2,348 nuevos casos de VIH y 791 de sida, con lo cual la cifra acumulada de VIH y sida, desde 1983, aumentó a 54,611 y 32,221, respectivamente es por ello que se ha creído conveniente realizar la presente investigación.

Por ello es que esta investigación está orientada a abordar, las variables del Clima Social Familiar y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015. Teniendo como metodología de tipo cuantitativo, nivel descriptivo correlacional y un diseño transeccional transversal no experimental.

Es conveniente afirmar que gran parte del conocimiento que se tiene de las variables psicológicas de clima social familiar y calidad de vida provienen de estudios realizados en el extranjero, esta realidad nos impulsa a generar estudios en nuestro país que apunten a su conocimiento.

La preocupación que existe en la actualidad por el incremento de disfunción familiar de casos de calidad de vida pésimo, ha despertado el interés en tratar de conocer la Relación entre Clima Social Familiar y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015, y ver de qué manera está influenciando la familia en la Calidad de Vida de estas personas.

El trabajo se presenta estructurado y ordenado en: Capítulo I, que contiene Introducción, Caracterización del Problema, Enunciado, Objetivos y Justificación, continuando con el Capítulo II en el cual se considera la Revisión de Literatura, que abarca: los Antecedentes, Bases Teóricas, Marco Conceptual e Hipótesis de las variables de Clima Social Familiar y Calidad de Vida. De igual manera en el Capítulo III, se encuentra la Metodología que concierne a lo que es Tipo, Nivel y Diseño de la investigación, Población, Muestra, Operacionalización de las Variables y las Técnicas e Instrumentos utilizados; asimismo se puede apreciar que en el Capítulo IV, se ha considerado Resultados y Análisis y en el Capítulo V, Conclusiones y Recomendaciones. Por último, las Referencias y Anexos que han sido materia de ayuda para la presente investigación.

1.1 Planteamiento del Problema

1.1.1 Características del Problema

Una atmósfera de aumento de pacientes diagnosticados con VIH, conocidos como códigos blancos, provoca inseguridad, desempleo y temor, marcando la vida diaria de muchos peruanos debido al creciente índice de hogares desestructurados y la baja calidad de vida que en ellos se da.

Nuestra ciudad no es ajena a este fenómeno de personas infectadas con el VIH que por cierto es un flagelo psicosocial que se da a nivel mundial y en vista de que el incremento es alarmante es que creo conveniente realizar la presente investigación.

Garófalo (2009) “Explicar las razones del por qué un individuo se contagia con este virus y toma la determinación de llegar al suicidio es una constante inquietud que la sociedad en su conjunto se plantea resolver, por tal motivo este estudio aborda las variables Clima Social Familiar y Calidad de Vida de estos pacientes como un factor predisponente de conductas de pensamiento autodestructivo cuando dentro de ella existe carencia de una adecuada atmósfera psicológica que tiene un efecto notable sobre su adaptación en lo personal y social”. Se sabe que el estilo de vida de una familia define de manera decisiva los patrones que siguen una persona para su estilo de vivir, vestir, hablar, beber y otras variadas formas de actuar diario de una persona la cual debe tener una mejor calidad de vida para sobreponerse a su problema.

Por lo tanto; surge la necesidad de conocer cuál es el Clima Social Familiar y la Calidad de Vida característico de las personas que están infectadas con el virus de VIH. Este conocimiento comprometería a establecer programas educativos serios que apunten a fortalecer el matrimonio y la familia entre nosotros, porque ahí está la fuerza más segura para una vida digna de todas las personas.

Sin embargo los infectados son individuos de diferente condición académica y estrato social. Ello ha tenido un profundo impacto en la ciudadanía. según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI (2012) el 27,8% de la población del país se encuentra en situación de pobreza y el 6,3% en situación de pobreza extrema; es decir, aproximadamente 9 millones 500 mil peruanos existen con un nivel de bienestar inferior al mínimo socialmente aceptado y esto podría ser uno de los factores que conlleven a no tener una orientación adecuada dentro de lo que es el plano sexual y por ende a iniciarse a temprana edad en sus relaciones íntimas sin protección las cuales las realizan a veces con personas de su mismo sexo, trabajadoras sexuales o son promiscuos y esto conduce a infectarse con el flagelo psicosocial llamado VIH que es “sinónimo de muerte”. Di Iorio, Urrutia y Rodrigo (2000), Musso (2010), Sameroff, Bartko, Baldwin, Baldwin y Seifer (1998), Fan y Eaton (2001). El estar infectado con el virus de VIH es una condición de vida que afecta el potencial humano. Así mismo el pertenecer a una familia desestructurada y más aún pobre es, muy a menudo, seguir siéndolo

toda la vida. Numerosas investigaciones señalan que las personas que nacen en condiciones de pobreza material crónica presentan bajo cociente intelectual, presentan más problemas de comportamiento, viven más situaciones de estrés y su desarrollo cognitivo y socioemocional se ven afectados. Es en esta vicisitud, de carencias de recursos materiales de vida, donde las personas van configurando un conjunto de características psicológicas típicas con las que convive gran parte de su existencia; desvalorización de sí mismo, alienación, miedo y rechazo al cambio, fatalismo, desesperanza, bajo nivel de aspiraciones, falta de perseverancia, etc. Estas características psicológicas instaladas en el sistema cognitivo de las personas actúan muchas veces de por vida, perpetuando la pobreza material que configura una personalidad inestable emocionalmente. Es conveniente afirmar que gran parte del conocimiento que se tiene de las variables psicológicas de Clima Social Familiar y Calidad de Vida provienen de estudios realizados en el extranjero, esta realidad nos impulsa a generar estudios en nuestro país que apunten a su conocimiento.

1.1.2 Enunciado del Problema

Debido a la situación descrita anteriormente, se planteó la siguiente pregunta:

¿Cuál es la Relación entre Clima Social Familiar y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa. Piura 2015?

1.2 Objetivos de la Investigación

1.2.1 Objetivo General:

Determinar la relación entre Clima Social Familiar y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa. Piura 2015.

1.2.2 Objetivos Específicos:

Identificar el nivel de Clima Social Familiar en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa. Piura 2015.

Identificar el nivel de Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa. Piura 2015.

Identificar la relación entre la dimensión Relaciones del Clima Social Familiar y Calidad de Vida en pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa. Piura 2015.

Identificar la relación entre la dimensión Desarrollo de Clima Social Familiar y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa. Piura 2015.

Identificar la relación entre la dimensión Estabilidad de Clima Social Familiar y Calidad de Vida en pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa. Piura 2015.

1.3 Justificación de la Investigación:

Este estudio cobra significado porque posibilita conocer un aspecto del Clima Social Familiar y su relación directa con la Calidad de Vida de uno de los problemas psicosociales que está ocupando un lugar preponderante a nivel mundial y más específicamente en nuestro país y en nuestra sociedad el cual se sigue incrementando con el pasar del tiempo y que aún debe seguir abordándose con mayor profundidad como es el VIH que es “sinónimo de muerte” .Las políticas sociales que se establezcan tendrán en cuenta la particular visión de las personas que conforman la comunidad a desarrollar. Así, las estrategias que se dispongan estarán basadas en este conocimiento.

Las personas cuya existencia se caracteriza por presentar alteraciones psicológicas derivadas de vivir en un Clima Social familiar en desarmonía y más aún su calidad de vida en la pobreza, tomarán consciencia que sus emociones, ideas y percepciones que tienen origen en sus vivencias llenas de dificultades para acceder a los recursos materiales y culturales y eso les conlleva a tomar decisiones apresuradas como la autodestrucción para acabar con su problema porque creen que son marginados y aislados.

Este estudio posibilitará llegar a tener un conocimiento más profundo acerca de esta problemática y poder elaborar estrategias de contrarresto que permita mermer este flagelo psicosocial que nos afecta.

Asimismo esta investigación es un aporte informativo a la comunidad investigativa en el campo de la salud.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes

2.1.1 Estudios previos a nivel Nacional

Sánchez, C. y Tam, R. (2014) investigaron la Relación entre Afrontamiento y Calidad de Vida de la Persona con Cáncer - Trujillo. La presente investigación, de tipo cuantitativo básico de nivel descriptivo correlacional de diseño de corte transversal se realizó con el propósito de determinar la relación que existe entre el nivel de afrontamiento y el nivel de calidad de vida de la persona con cáncer en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo 2014. El universo muestral estuvo constituido por 160 personas con cáncer de 20 a 59 años. La recolección de los datos se realizó mediante la aplicación de dos instrumentos: Afrontamiento del estrés y Calidad de Vida SF-36. Los resultados fueron, el 77.5% de las personas con cáncer presentaron un nivel de afrontamiento adecuado y el 53.8% de las personas con cáncer presentan una calidad de vida media. Si existe relación significativa entre el nivel de calidad de vida y el nivel de afrontamiento de la persona con cáncer.

Rivas, J.; Cavero, R. (2011) estudiaron la Relación entre la adherencia del tratamiento antirretroviral de gran actividad y calidad de vida de pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo. Con el objetivo de determinar la relación entre adherencia al Targa y Calidad de Vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM). Material y métodos: estudio fue de tipo cuantitativo de nivel descriptivo correlacional y

diseño transversal, muestreo probabilístico consecutivo; muestra de 80 pacientes, obtenida mediante epidat versión 3.1, con nivel de confianza de 95%, precisión de 5% y prevalencia esperada de 50% . Se usaron los instrumentos: Medical Outcomes Study HIV Health survey 8MOS-HIV) y el cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH). Se calcularon razones de prevalencia, intervalos de confianza y valores p. Se usó la prueba estadística de Chi²; se utilizó SPSS versión 15. Se firmó un consentimiento informado. Resultados: se encontró una tasa de rechazo de 3,75%. La media de edad fue de 34 +/-10,6 años; 50 (63%) fueron varones y 30 (37%) mujeres; el 13 (16%) tuvieron estudios superiores, 36 (45%) secundaria completa y 30 (38%) sólo primaria. La adherencia al Targa fue estricta en 30 % e insuficiente en 25 %; la calidad de vida predominantemente fue buena, en la dimensión física y mental, 80% y 77,5 % respectivamente; la dimensión más afectada fue la del dolor; se halló asociación entre calidad de vida física y mental y adherencia al Targa: p: 0,03 y 0,04, respectivamente con IC95%. Conclusiones: existe relación, entre adherencia al Targa y calidad de vida en los pacientes del HRDLM, predominando el grado de adherencia adecuado, y buena calidad de vida, tanto en su dimensión mental como física.

Grimaldo M. (2010) estudió la Relación entre Calidad de Vida y Estilo de Vida Saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. Con el objetivo de determinar la relación entre los dominios de bienestar económico, amigos, vecindario y comunidad, pareja, vida

familiar, ocio, medios de comunicación, religión y calidad de vida y tres factores del estilo de vida saludable (actividad deportiva, consumo de alimentos y sueño y reposo) en estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud de la ciudad de Lima, Perú. Método: Tipo cuantitativa, de nivel descriptivo-correlacional y de diseño no experimental, conducido con 198 profesionales de la salud, estudiantes de maestría y doctorado. Los instrumentos aplicados fueron una escala de calidad de vida y un cuestionario de estilo de vida saludable. Concluyo que. No se encontró correlación entre calidad de vida y actividad deportiva. Se halló correlación entre calidad de vida del dominio salud y consumo de alimentos en el grupo de edad más joven. Se observaron correlaciones moderadas entre algunos dominios de la calidad de vida (amigos, vida familiar, ocio y religión) y sueño y reposo, principalmente en el grupo que recibe entre USD719 y USD1436. Respecto al dominio vecindario, las correlaciones moderadas se hallaron en el grupo de los que ganan hasta USD 718 y en los profesionales no médicos. Conclusión. Los hallazgos del estudio muestran que existe una estrecha relación entre sueño y calidad de vida, aunque hay necesidad de continuar investigando en otros grupos muestrales.

Díaz G. y Yaringaño J. (2010). Relación entre el clima familiar y el afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos del Hospital Edgardo Nacional Rebagliati Martins (HNERM). Se empleó el método cuantitativo, descriptivo correlacional, no experimental, para describir y relacionar las dimensiones del clima familiar y los modos de

afrontamiento de los pacientes oncológicos. La muestra estuvo conformada por 287 sujetos (hombres y mujeres), con promedio de 54 años, la mayoría casados, de instrucción técnica y superior. Se utilizó la Escala de Clima Social Familiar – FES de Moos (1982) y el Cuestionario de Afrontamiento al estrés en pacientes oncológicos – CAEPO de González (2004) los resultados indican que la dimensión familiar desarrollo se ve afectada significativamente debido a disminución de actividades sociales por la dedicación al cuidado del paciente. Además de relación significativa entre un Adecuado clima social familiar y el Afrontamiento Positivo, y entre Relaciones y Enfrentamiento y Lucha Activa, Autocontrol y Control Emocional. Por otro lado las mujeres tienden a usar estrategias activas cognitivas de reinterpretación positiva en mayor medida que los hombres, y las pacientes con Cáncer de Mama, usan estrategias Positivas de Afrontamiento al estrés en relación con otros tipos de cáncer, y los que padecen cáncer de tiroides, linfoma No Hodking y cáncer de próstata muestran más sentimientos de incertidumbre con respecto a la evolución y futuro de su enfermedad. Palabras clave: Pacientes oncológicos, clima social familiar, modos de afrontamiento al estrés.

Baldeón, N. (2006). Relación entre el Clima Social Familiar y nivel de Autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al Centro Materno Infantil Tablado de Lurín – Villa María del Triunfo. La presente investigación es de tipo cuantitativo básico con un nivel descriptivo correlacional y de diseño no experimental. La Tuberculosis

constituye aun un gran problema de salud pública para la población a nivel nacional y mundial, con lo que desmejora la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad. Considerada como una enfermedad que no solo afecta la salud física sino la esfera psicosocial ya que en sus bases biológicas se ha construido la estigmación social considerándolos como “objetos indeseables” quien como fuente de contagio debe ser rehuido. Sobre estos aspectos se concretiza el presente estudio: “Relación entre el Clima Social Familiar y Nivel de Autoestima de los pacientes con tuberculosis que asisten al Centro Materno Infantil Tablada de Lurín”; con el objetivo de determinar la relación entre el clima social familiar y el nivel de autoestima, además de identificar las características del clima social familiar y determinar el nivel de autoestima. Teniendo como propósito brindar información valedera y confiable al profesional de Enfermería a fin de que se ejecuten las estrategias pertinentes en los temas de estudio. La hipótesis planteada es si existe relación entre el clima social familiar y el nivel de autoestima de los pacientes con tuberculosis. Los resultados que se obtuvieron demuestran que la mayoría de pacientes con tuberculosis presentan un nivel de autoestima de medio a bajo, lo cual conducirá a una incapacidad de afronte a las situaciones adversas ejerciendo efectos negativos sobre su salud; asimismo se evidenció que la mayoría de pacientes tienen un clima social familiar en los rangos de medianamente favorable a desfavorable, y que si se relaciona con la

autoestima, lo cual indica que los pacientes no cuentan con un adecuado soporte familiar para el afronte de su enfermedad.

2.1.2 Estudios previos a nivel Internacional:

Suarez, E. (2013). Esta investigación se centró en determinar la Relación entre las dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud y el estilo de funcionamiento familiar en adolescentes entre 15 a 18 años con diagnóstico de depresión atendidos en centro de salud pública. Se empleó una metodología cuantitativa, de nivel descriptivo correlacional y de diseño no experimental de corte transversal. Se utilizó una muestra de 40 adolescentes de la región metropolitana y región de Atacama Chile. Se aplicó el cuestionario de KIDSCREEN – 52 y la Escala de Funcionamiento Familiar de Dunst, Trivette y Deal. Los hallazgos señalan que los adolescentes de esta muestra indican niveles bajos de calidad de vida relacionados con la salud, con una significativa relación con la percepción que estos tienen con la funcionalidad familiar. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en las dimensiones autonomía, amigos y apoyo social del constructo CVRS. En conclusión, se aprecia que los adolescentes con depresión autoreportan bajo niveles en su calidad de vida relacionados con la salud y perciben que su familia posee aspectos debilitados en su funcionamiento familiar contando con escasos recursos intra y extra familiares, estos resultados aportan evidencias sobre la importancia de obtener un tratamiento integral que no apunte únicamente a los sintomático, sino también a la funcionalidad familiar, otorgando una noción esencial en el quehacer clínico infanto juvenil.

Romero, E.; Amador, A. y Alvis, L. (2010). La presente investigación tiene por objetivo determinar la Asociación entre Apoyo Social y Calidad de Vida de los pacientes con VIH que reciben tratamiento antirretroviral. En cuanto a su metodología es de tipo cuantitativo analítico, descriptivo correlacional de corte transversal no experimental. La población estuvo conformada por los pacientes de VIH que reciben terapia retroviral en Montería, Colombia, muestra de 77 pacientes, mediante un muestreo aleatorio simple. Se evaluó la calidad de vida mediante el instrumento QLI-SP y la Escala de Apoyo Social percibido para determinar el grado de asociación se utilizó el coeficiente de Spearman. Resultados el promedio de edad fue 33.3 años (I. C. 95% (31 – 38)). El 62% (48) de los pacientes son hombres. Entre las dimensiones de la calidad de vida quienes reportan promedios más altos son el bienestar físico y el funcionamiento ocupacional, mientras los de menor promedio son las dimensiones de apoyo comunitario, apoyo social y plenitud personal. Ninguno de los promedios de las dimensiones superó los 7 puntos en una escala de 1 – 10. El apoyo comunitario fue la dimensión que contó con mayor variabilidad. La correlación más alta fue la reportada por la plenitud personal y el apoyo de la familia. Conclusión el funcionamiento interpersonal, e apoyo social, e apoyo comunitario, la plenitud personal, la plenitud espiritual y la percepción global de la calidad de vida se encuentran medianamente correlacionados con el apoyo de la familia, los amigos y otros significativos.

Caqueo y Lemos (2009). Niveles de calidad de vida y funcionamiento familiar en pacientes con esquizofrenia. Participaron 49 pacientes y 70 familiares de pacientes atendidos por los servicios de salud mental de Arica, Chile. Realizan

una investigación de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional y de diseño no experimental. Se utilizó el cuestionario Sevilla de Calidad de Vida, el cuestionario de Salud General y el cuestionario de Función Familiar. Los pacientes de esta muestra indican niveles adecuados de calidad de vida con una fuerte relación con la percepción que estos tienen de la funcionalidad familiar. Se observó que la percepción del funcionamiento familiar presenta una correlación significativa con la escala de calidad de vida, esto indica que a mayor funcionalidad familiar percibida mayor es la calidad de vida de estos pacientes.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Clima Social Familiar

2.2.1.1 Definiciones

R.H. Moos (1996) citado por Calderón y De la Torre (2006) define el Clima Social Familiar como aquella situación social en la familia que define tres dimensiones fundamentales y cada una constituida por elementos que lo componen como: Cohesión, Expresividad, Conflicto, Autonomía, Intelectual- Cultural, Social-Recreativo, Moralidad-Religiosidad, Control y Organización. Perot (1989) y Ponce (2003) consideran que el Clima Familiar constituye una estructura natural en la cual se elabora pautas de interacción psicosociales en el rige el funcionamiento de

los miembros definiendo una gama de conducta que facilita una interacción recíproca.

Galli (1989) citado por Calderón y De la Torre (2006) considera que la manera cómo los padres educan a sus hijos, crean el Clima Familiar dependiendo del tono del ambiente familiar penetrado de gravedad y cordura, la armonía conyugal, el cuadro de valores que los cónyuges aceptan, la serenidad del hogar doméstico y la fijación de actitudes que declaran después relativamente estables durante la vida.

Moos (1996) Una familia va a ser saludable en la medida en que funcione como un sistema abierto, con reglas y roles apropiado a cada situación, donde sus integrantes se comuniquen, tolerando las diferencias individuales, lo que favorece la cohesión y promueve el crecimiento de sus miembros.

2.2.1.2 Componentes del Clima Social Familiar

Moos y Trickett, (1993) citado por Calderón y De la Torre (2006) consideran que el Clima Social Familiar está conformado por tres dimensiones: Relaciones, Desarrollo y Estabilidad, las que se definen en diez áreas que se muestran a continuación:

- Relaciones: Mide el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y grado de interacción

conflictiva que la caracteriza. Conformado por las siguientes áreas:

- Cohesión: Es el grado en que los miembros del grupo familiar están compenetrados y se apoyan entre sí.
Expresividad: Es el grado en que se permite expresarse con libertad a los miembros de familia comunicando sus sentimientos, opiniones y valoraciones respecto a esto.
Conflicto: Se define como el grado en que se expresa abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.
- Desarrollo: Evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados o no, por la vida en común. Conformado por las siguientes áreas:
 - Autonomía: Es el grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son independientes y toman sus propias decisiones.
 - Actuación: Se define como el grado en el que las actividades (tal como el colegio o el trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competición. Área Intelectual - Cultural: Es el grado de interés en las actividades de tipo político-intelectuales, culturales y sociales.

- Social - Recreativo: Mide el grado de participación en diversas actividades de esparcimiento. Área de Moralidad - Religiosidad: Mide la importancia que se le da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.
- Estabilidad: Proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. Conformado por las siguientes áreas:
- Organización: Mide la importancia que se le da en el hogar a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.
- Control: Se define como la forma en el que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

2.2.1.3 Funciones de la Familia

Dugui y otros (1995) consideran entre las funciones que cumple la familia a las siguientes:

- Asegurar la satisfacción de las necesidades biológicas del niño y complementar sus inmaduras capacidades de un modo apropiado en cada fase de su desarrollo evolutivo.
- Enmarcar, dirigir y analizar los impulsos del niño con miras a que se llegue a ser individuo integrado, maduro y estable.

- Enseñarle los roles básicos, así como el valor de las instituciones sociales y los modos de comportarse propios de la sociedad en que vive, constituyéndose en el sistema social primario.
- Transmitirle las técnicas adaptativas de la cultura, incluido el lenguaje.

2.2.1.4 Tipos de Familia

Saavedra (2006), existen varias formas de organización familiar y de parentesco, entre ellas se han distinguido los siguientes tipos de familias:

La familia nuclear o elemental: Es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

La familia extensa o consanguínea: Se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

La familia monoparental: Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los

hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

La familia de madre soltera: Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

La familia de padres separados: Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad.

2.2.1.5 Modelos de Educación de los Hijos

Gonzales (2006) refiere la existencia de 6 modelos de educación de los hijos, los cuáles se muestran a continuación:

a) Modelo Hiper protector: Los padres le resuelven la vida a los hijos evitándoles convertirse en adultos responsables, para superar esta situación disfuncional es

necesario dar responsabilidades y enfatizar la cooperación, así como reconocer los logros.

b) Modelo Democrático-Permisivo: no priva la razón, sino la argumentación, los hijos no consiguen tener madurez, se vuelven demandantes y agresivos. La salida a esta situación es imponer reglas y seguirlas, ser congruente entre lo que se dice y se hace, que todos respeten el orden y si hay modificaciones que hacer, será de acuerdo a los logros y no a las argucias argumentativas.

c) Modelo Sacrificante: hay un miembro que se dice altruista y el otro egoísta y sacrificado. Ser altruista es ser explotado y se cree merecedor del reconocimiento, entonces se exagera en el sacrificio, la solución es insistir en los tratos arriba de la mesa y en que cada quien consiga con trabajo lo que necesite, que las relaciones sean recíprocas e independientes.

d) Modelo Intermitente: se actúa con hiperprotección y luego democráticamente, permisividad y luego con sacrificio por inseguridad en las acciones y posiciones. Revalorizar y descalificar la posibilidad de cambiar, se percibe y se construye como un caos. Cualquier intento de solución no da frutos porque se abandona antes de tiempo, por dudar de ella. La respuesta es ser firme y creer en la alternativa que se eligió para tener paz en la familia. Poner límites claros y

reglas, acatar los acuerdos por un tiempo para evaluar los resultados.

e) Modelo Delegante: no hay un sistema autónomo de vida, se cohabita con padres o familia de origen de los cónyuges o se intercambia frecuentemente comida o ayuda en tareas domésticas, crianza de hijos. Hay problemas económicos constantemente, de salud, trabajo, padres ausentes, no se les da la emancipación y consiguiente responsabilidad, chocan estilos de comunicación y crianza, valores, educación, es una guerra sin cuartel que produce desorientación general. Los hijos se adaptan a elegir lo más cómodo que les ofrezcan los padres, abuelos, tíos.

Las reglas las imponen los dueños de la casa, los mayores, aunque resulten injustas, anacrónicas o insatisfactorias; por comodidad o porque no hay otra opción, los padres de los niños se convierten en hermanos mayores, los hijos gozan de mayor autonomía y más impunidad en sus acciones. La solución radica en que cada quien se responsabilice de sus acciones y viva lejos y respetuosamente sin depender de favores.

f) Modelo autoritario: los padres o uno de ellos, ejercen todo el poder sobre los hijos, que aceptan los dictámenes, se controlan los deseos, hasta los pensamientos, son intrusos en las necesidades, se condena el derroche, se exalta

la parsimonia y la sencillez, altas expectativas del padre, la madre se alía con los hijos: esposa-hija, hermana de sufrimiento, se confabula, pero se someten finalmente, se exige gran esfuerzo, pero no bastan los resultados.

Los hijos temen y no se desarrollan, mienten para ser aceptados y corren peligro al buscar salidas a su situación.

2.2.1.6 Estilos de Educación Familiar y su Función Psicológica

Buendía (1999) establece que la familia desempeña un papel protagonista porque moldea las características del individuo y en función de los estilos educativos sociales se diferencian cuatro dimensiones.

Grado de Control: Es ejercido para influir sobre su comportamiento inculcándoles determinados estándares, los padres pueden establecer dos tipos de control: el extremo o heterocontrol y el interno o autocontrol y que además este puede manifestarse de forma consistente o congruente donde las normas son estables, e inconsistentes o incongruentes en el que los padres hacen uso arbitrario del poder.

Comunicación Padres – Hijos: Los padres altamente comunicativos son aquellos que utilizan el razonamiento para explicar las razones de su acción y animan al niño a expresar su argumento y así modificar su comportamiento y los padres con bajo nivel de comunicación no acostumbran a consultar a sus hijos en la toma de decisiones que los afecta.

Exigencia de Madurez: Los padres que exigen altos niveles de madurez a sus hijos son aquellos que los presionan y animan a desempeñar al máximo sus potencialidades y además fomentan su autonomía y la toma de decisiones, en el otro extremo se encuentran los padres que no plantean metas o exigencias a sus hijos, subestimando las competencias de estos.

Afecto en la Relación: Los padres afectuosos son los que expresan interés y afecto explícito hacia sus hijos y todo lo que implica su bienestar físico y emocional, están pendientes de sus estados emocionales y son sensibles a sus necesidades.

2.2.1.7 Influencia del Clima Familiar

La Cruz Romero (1998) y Alarcón y Urbina (2001) sostiene que el clima familiar influye de manera decisiva en nuestra personalidad. Las relaciones entre los miembros de la familia determinan valores, afectos, actitudes y modos de ser que el hijo va asimilando desde que nace, así un clima familiar positivo y constructivo propicia el desarrollo adecuado y feliz de sus miembros y un clima negativo con modelos inadecuados favorece conductas desadaptadas que muestran carencias afectivas importantes.

La familia es la principal influencia socializadora sobre los adolescentes, por ser el más importante transmisor de conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos que una

generación pasa a la otra, sin embargo lo que los adolescentes aprenden de los padres depende en parte del tipo de personas que sean los padres.

La contribución más importante que los padres pueden hacer a sus hijos es formar un hogar feliz en el que puedan crecer, las familias que viven en un clima familiar de ira desdicha y hostilidad tienen un efecto negativo sobre toda la familia y especialmente en los hijos adolescentes.

2.2.1.8 Interacción Familiar y Conducta Antisocial

Hirschi (1969) “Unos lazos débiles con la familia parecen estar en la base de muchos de los comportamientos inadaptados, pues como postula la teoría del control social informal”.

Una relación estrecha entre los progenitores y sus hijos explicaría que las actitudes y opiniones de los padres fuesen tenidas en consideración por los hijos en sus actuaciones y favorecería su identificación emocional con ellos.

Vazsonyi (1996) “En aquellas familias en las que estos lazos no son efectivos es difícil que se internalicen las normas y se desarrolle la conciencia social, lo cual permite predecir el desarrollo de lazos débiles con la comunidad y la sociedad en su conjunto”.

Rodríguez y Torrente (2003) “Entre las dimensiones del clima familiar que más directamente se relacionan con la conducta antisocial se encuentra el grado de cohesión y el de

conflictividad, que determinan, en gran medida, el resto del clima familiar, como las relaciones que se dan en el seno de la familia, la estabilidad de normas y criterios de conducta, o el grado en que se favorece el correcto desarrollo de los hijos; (fomentando su autonomía, el interés por actividades intelectuales, culturales, sociales, recreativas y su desarrollo moral”.

2.2.1.9 Tipos de Familias, relaciones familiares y delincuencia

Blatier, (20029; Shaw (2001); Jensen y Rojek (1980) Fernández (2008) “Los investigadores han tratado de poner en evidencia diferentes modos de funcionamiento de las familias de los hijos delincuentes. Y han identificado cuatro grandes tipos de familias”.

La familia con un mayor índice de delincuencia es la familia autoritaria y punitiva. En esta modalidad familiar, los padres son poco sensibles a los niños, imponen un control muy severo, aplican múltiples sanciones y castigos y no suelen establecer unos vínculos muy profundos con sus hijos.

La familia torpe y permisiva se caracteriza por mostrar un gran interés por sus hijos, pero no desean tener control sobre ellos.

La familia no comprometida o negligente. Suelen ser familias conflictivas, en las que los comportamientos desviados de los padres o sus conflictos predominan. Así, los niños se educan como pueden, con poca relación y poco control.

La familia con un menor índice de delincuencia es el modelo de familia democrática. Los padres de estas familias están más

próximos a sus hijos, van a participar activamente en su educación y van a conceder una mayor importancia a la supervisión que a las sanciones.

2.2.1.10 Factores de Riesgo Familiares:

A lo largo de las cinco últimas décadas se ha investigado mucho acerca de la influencia que tiene la familia en el desarrollo del comportamiento delictivo. Las características familiares pueden influir en la generación del comportamiento delictivo de varias formas:

Estrés familiar:

El que los tutores responsables de los menores tengan dificultades (por ejemplo, estrés económico) genera en los padres conductas de hostilidad, evitación, depresión, etc. Esto también puede provocar el aislamiento del menor, al suspenderse las funciones de cuidado y monitoreo de su comportamiento.

Estructura familiar:

El crecer en el seno de familias monoparentales, ser hijo de madre soltera y formar parte de una familia numerosa (actualmente, se considera familia numerosa aquella que tiene tres hijos o más), son variables que han sido descritas como antecedentes del desarrollo de conductas de riesgo.

Por sí mismas, estas variables no parecen ser un factor de riesgo y, en mayor medida se suelen asociar al deterioro del estilo parental y al predominio de un monitoreo inadecuado.

Abuso y negligencia familiar:

El ser objeto de abuso y de negligencia parece predisponer al menor en mayor medida al desarrollo de una personalidad sociópata que al desarrollo de un comportamiento delictivo porque el comportamiento delictivo es un componente que forma parte del cuadro de la personalidad sociópata. Sin embargo, no todas las personas que infringen la ley tienen una personalidad sociópata. Por ello, el efecto puede ser más indirecto que directo.

Estilo parental hostil, crítico y punitivo:

Rutter, Giller y Hagell (1998) sostienen que esta variable tiene una influencia importante en la generación y en la permanencia, a lo largo del tiempo, del comportamiento delictivo.

Existen diferentes explicaciones de la forma en que la coacción y la hostilidad parental pueden llevar al desarrollo del comportamiento delictivo:

- La hostilidad en las relaciones parentales provoca que el niño se vaya alejando de las personas, ya que disminuye la intensidad de los lazos afectivos que el niño establece con los individuos y con la sociedad, contribuyendo al

debilitamiento del compromiso con los valores prosociales. En este sentido, según Sampson y Laub (1993), el maltrato por parte de los padres, hacia el niño provoca que éste desarrolle un sentimiento de apego muy pobre y débil hacia sus progenitores. De acuerdo con la teoría del control social de Hirschi (1994), todas las personas tendrían una tendencia hacia la desviación social, ya que ésta provee los medios más expeditos para satisfacer los deseos personales. La desviación es inhibida por los lazos afectivos que los individuos establecen con diversas instituciones, como la familia y la escuela. El comportamiento desviado puede arriesgar las relaciones sociales que son apreciadas por las personas. En este contexto, en opinión de Brezina (1998), aquellos individuos que no tienen unos fuertes lazos van a tener una mayor libertad para emprender este tipo de comportamientos delictivos, ya que tienen menos que perder. Además, la exposición crónica a patrones violentos de comportamiento puede fomentar la aceptación, imitación y refuerzo de estos patrones de comportamiento.

- El uso de un estilo parental inadecuado (duro e inconsistente) en el manejo del comportamiento oposicionista temprano del niño moldea la ocurrencia de conductas agresivas posteriores, ya que la frecuencia de las

interacciones coercitivas entre niños y padres aumenta progresivamente. Los padres se vuelven cada vez más inconscientes en sus estilos disciplinarios, lo que contribuye al desarrollo de un comportamiento agresivo persistente que se extiende a la escuela, generando fracaso escolar y el rechazo del grupo de iguales.

- La vivencia de situaciones repetidas de maltrato genera sentimientos negativos que hace más probable que se responda con agresión al estrés. Sentimientos como la ira se asocian con una tendencia a percibirse a sí mismo como víctima, lo que energiza la acción del individuo, disminuyendo sus inhibiciones. Esto es lo que se conoce como la Teoría del estrés sociopsicológico.

2.2.2 Calidad de Vida

2.2.2.1 Definiciones

La calidad de vida constituye un tema de gran importancia dada su influencia en diversas esferas de la vida, de allí que existan muchas disciplinas y materias que se relacionen con su estudio, la Psicología social, Antropología Cultural, Sociología, Política, Economía, entre otras. Esta diversidad de abordajes hace que estudiar esta variable sea un tanto polémica.

Ramírez (2000) , establece que la calidad de vida de los pacientes con VIH , está determinada como producto de una

enfermedad que no tiene cura que repercute en el estado social, económico, familiar, en la evolución familiar y en un futuro desconocido para él y para su familia.

Guillén et. Al. (1997) “Cada ciencia afirma distintos valores y defienden variados y contrapuestos intereses. Aunque en concreto la calidad de vida puede ser entendida como el procurar y llevar una vida satisfactoria, implicando principalmente una mayor esperanza de vida, y sobretodo vivir en mejores condiciones físicas y mentales”.

En tal sentido el concepto calidad de vida es un concepto complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones. No se incorpora en el diccionario de las ciencias sociales hasta bien entrada la década de los años setenta. Szalai (1980), citado por Rodríguez (1995) comenta que en una exploración llevada a cabo a lo largo de veinte grandes enciclopedias y diccionarios publicados en cinco idiomas entre 1968 y 1978, entre los que se encuentra la Enciclopedia Internacional de las ciencias sociales, la Enciclopedia Británica y la Enciclopedia La Rouse, no encontró ninguna referencia directa ni indirecta al concepto de calidad de vida. Diener (1984), citado por Rodríguez (1995) define a la calidad de vida como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también, este juicio

subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con determinados indicadores objetivos, biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales.

Por otro lado, Ramírez (2000) define a la calidad de vida como un proceso dinámico, complejo e individual; es decir es la percepción física, psicológica, social y espiritual que tiene la persona o paciente frente a un evento de salud y el grado de satisfacción o insatisfacción que va a influir en el bienestar del paciente.

Asimismo, Pérez de Cabral (1992) expresa que la calidad de vida es una situación social y persona que permite satisfacer los requerimientos humanos tanto en el plano de las necesidades básicas y sociales, como en el de las necesidades espirituales. La calidad de vida es más que la calidad del ambiente; tiene que ver también con la estabilidad personal, emocional intelectual y volitiva y con la dinámica cultural en general.

De acuerdo con los supuestos antedichos e fenómeno calidad de vida viene a ser el fruto de las relaciones entre las condiciones objetivas de vida y variables más subjetivas y personales. En una relación da como resultado un mayor o menor índice de satisfacción y de felicidad de los individuos. De allí la complejidad en la definición de este concepto.

La calidad de vida puede ser entendida como una medida compuesta por el bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo; y de la felicidad, satisfacción y recompensa, lo cual significa comprender y analizar las experiencias subjetivas que los individuos que la integran tienen de su existencia en dicha sociedad.

El concepto de calidad de vida cubre todos los aspectos de la vida tal y cómo son experimentados por los individuos; aspectos tales como: salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas y sentido de pertenecer a ciertas instituciones.

Se puede señalar también, que este concepto incluye un conjunto de aspectos en los que se interviene la autorrealización del sujeto. Es así, que la calidad de vida en una sociedad sería el grado en que las condiciones de dicha sociedad permiten a sus miembros realizarse de acuerdo con los valores ideológicos establecidos, proporcionándoles una experiencia subjetiva satisfactoria de su existencia. Morales, Blanco Huie & Fernández (1985).

Acercas de la medida subjetiva, también existen diversas maneras de identificar los indicadores de la calidad de vida.

Algunos hacen referencia a la calidad de la Salud física, así como a la práctica de ciertas actividades y en otros casos se enfatizan la calidad de las relaciones sociales.

En el campo de la salud, se establece la relación entre el médico y el paciente, considerando la posibilidad de humanizar el medio hospitalario. Los responsables se preguntan acerca del tipo de calidad de vida que sería el más adecuado para nuestras sociedades. En este medio existe una noción técnica de calidad de vida que encuentra variadas aplicaciones y gradaciones.

El médico se preocupa aquí, no sólo de la supervivencia del paciente, sino también de su mejor nivel de autonomía personal, laboral y social. Además de ello, surge el problema del desarrollo de la medicina de los deseos.

Pérez de Cabral (1992) “Aquí no se trata solo de curar o prevenir las enfermedades o asegurar un buen nivel de salud, sino también de satisfacer unos deseos de tipo hedonístico que tienen tal vez poco o nada que ver con la salud”.

Dentro de lo que podría llamar las “condiciones externas objetivas” puede considerarse el estado de salud. Sin embargo aquí nos encontramos con un indicador mixto puesto que si bien existen indicadores objetivos de una situación de salud; tan importantes como ellos, son los indicadores subjetivos que se manifiestan mediante el

autoinforme de las propias personas. Por otro lado no podemos dejar de considerar la fuerte interacción que se da entre salud y calidad de vida. Si el estado de salud es un factor determinante de la calidad de vida, la calidad de vida de la persona determina igualmente su estado de salud. Quizás esto es parte del significado de la definición de la OMS, quienes nos presentan un concepto de salud muy similar al de calidad de vida: estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad. Hay un número importante de estudios que han demostrado una relación relativamente grande entre los autoinformes de salud y el bienestar subjetivo. Rodríguez (1995) “Otros han considerado que la salud es para las personas el factor más importante de felicidad en ellos la satisfacción respecto a la salud es uno de los predictores más fuertes de la satisfacción vital: parece que la valoración subjetiva de la salud tiene una relación más fuerte con el bienestar subjetivo que la valoración objetiva”.

Por otro lado, algunos estudios apuntan a señalar a las actividades físicas como predictores de la calidad de vida. Es así como se señala que la calidad de vida viene dada por el estilo de vida que llevan las personas; y en este sentido, los estilos de vida sedentarios tan comunes en la sociedad actual resultan claramente perjudiciales.

Desde la medicina, la gran mayoría de los estudios han tenido un corte epidemiológico y han estado dedicados a estudiar los efectos del ejercicio sobre la salud física. Por su parte desde la Psicología de la salud se han incidido en estudiar los efectos beneficiosos el ejercicio físico, en este caso sobre la salud mental. Guillen et. Al (1997) “Por último desde la psicología del ejercicio se han centrado básicamente en estudiar los factores que dan lugar a estilos de vida más activos, así como la creación de programas que fomenten y mantengan esa participación”.

En cuanto a considerar a las relaciones sociales como indicadores de la calidad de vida, se conoce que una de las necesidades elementales del ser humano es la filiación, como red disponible de interacciones en diferentes campos tales como: recreativo, laboral, político, religioso, afectivo, entre otras. Zimmerman (1998) “Así cuanto más compleja y variada la red disponible de interacciones dentro de un ambiente determinado, más calidad de vida para el individuo”.

La interacción social es un componente importante del concepto más amplio de bienestar social ya que las interacciones sociales se producen en varios dominios: familia, amigos, comunidad y trabajo.

Naturalmente es posible distinguir entre cantidad de contactos sociales y la calidad de esta interacción, pero, en general los trabajos sobre el tema han preferido considerar que cuanta más interacción haya, mejor será la calidad de vida.

La calidad de vida es una situación social y personal que permite satisfacer los requerimientos humanos, tanto en el plano de las necesidades básicas y sociales, como en el de las necesidades espirituales. Es así, como los deberes y derechos del hombre no implican una adecuada respuesta a los requerimientos de calidad que apuntan las expectativas del individuo en nuestras sociedades hoy en día.

Pérez de Cabral (1992) “En este sentido la formación es condición necesaria en el contexto de calidad de vida, entendida esta formación como un proceso realizable en diferentes planos: a) como adquisición de capacidades y desarrollo de destrezas que entrenan para la vida, b) como preparación para una tarea específica, c) como adquisición de experiencia que enriquece la conducta y permite la realización personal y profesional y d) como activación de las disposiciones y capacidades. Estos diferentes planos confluyen en la persona”.

En cuanto a la familia y su influencia en la percepción de la calidad de vida de la persona, encontramos que en el caso del

niño, tiene interrelación con el ambiente, pero no puede totalizar directamente la sociedad en su conjunto, viviendo un proceso con dos espacios claramente diferenciados: uno exógeno en el cual vive las interrelaciones con el ambiente y otro endógeno en el que procesa su ser social. En el procesamiento endógeno de estas interrelaciones, el niño tiene que vivir las consecuencias de las interrelaciones que cada uno de los que conforman su grupo familiar establece con la sociedad. En este sentido, la familia cumple un rol de mediador o catalizador social de los factores exógenos que determinan la vida del grupo humano, lo que se expresa en la atención de las necesidades de cada uno de sus miembros, así estos factores determinan cuál es la calidad de vida y el grado de bienestar que pueden gozar los integrantes de cada familia. Ferrans (1990), Calidad de vida, la define como “el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con área que son importantes para él o para ella”

No existe calidad de vida absoluta. Ella es fruto de un proceso de desarrollo y se dispone también a lo largo de una escala continua entre valores extremos de alta y bajo calidad de vida, la búsqueda de la calidad de vida es inherente a la vida humana. Uno de los mitos actuales sobre la calidad de vida es que se le asocia a la tecnología.

Por otra parte se considera que la riqueza ambiental es uno de los factores determinantes de calidad de vida, por la cual se pueden definir índices de una apreciación cuantitativa como por ejemplo, acceso a los productos y servicios, densidad de los servicios escasos, el mercado de productos y también a fuentes de trabajo, de formación, etc. Para el individuo moderno la idea de recibir solución rápida ante los incidentes de los diferentes elementos materiales del ambiente se vuelve importante en la formación de apreciaciones sobre la calidad de vida; es decir, el considerable costo psicológico que presentan, los minutos y horas de interrupción del fluido eléctrico, las fallas y suspensiones del servicio telefónico, la falta de recolección de basura, la interrupción prolongada de diferentes servicios público por huelgas gremiales, la calidad de los transportes públicos, de los servicios postales, de los electrodomésticos y productos vendidos en el mercado; todos estos elementos contribuyen material y cuantitativamente, en la formación de apreciaciones sobre la calidad de vida del ser humano la complejidad de la sociedad tecnológica actual.

Otra acepción de la calidad de vida es la de tipo ecológico, considerada desde este punto de vista, la calidad de vida significa una vida que sea propensa a encontrar su equilibrio y la garantía de su salud a través de la preservación del ambiente natural, no sólo de la problemática de la

contaminación, si no también ante los peligros que amenazan la armonía entre las varias formas de vida. Es precisamente, a partir de la búsqueda de un mejoramiento del ecosistema que se esperan unos resultados concernientes a la calidad de vida.

Existen estudios que enfatizan el estado general de bienestar como medida de la calidad de vida. Campbell, Converse & Rodgers (1976), otros subrayan la importancia de la adaptación como el ajuste entre un individuo y la percepción de su ambiente. French, Rodgers y Cbb (1974). En ambos casos las percepciones subjetivas son consideradas importantes, como medida de la calidad de vida.

Olson & Barnes (1982) plantean que una característica común de los estudios de la calidad de vida, constituye la elevación de la satisfacción como dominios de la experiencias vitales de los individuos. Cada dominio se enfoca sobre una faceta particular de la experiencia vital, como por ejemplo vida marital y familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, etc.

OMS Grupo Whoqol (1994); concepto genérico “Es la percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, en relación con sus metas, objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Se puede considerar como uno de los determinantes del nivel de salud.”

La Revista Peruana de Epistemología, la calidad de vida Relacionada a la Salud en personas viviendo con VIH se toma relevante en un contexto donde se considera a dicha enfermedad como crónica, aumentando los años de vida en personas que lo sufren.

2.2.2.2 Componentes de Calidad de Vida

- Confort material
- Salud y seguridad personal
- Relaciones familiares
- Hijos/ Nietos
- Relación marital
- Amistades
- Aprendizaje
- Comprensión de uno mismo
- Trabajo
- Autoexpresión creativa
- Ayuda a los demás
- Participación en asuntos públicos
- Socialización
- Actividades de descanso
- Actividades recreativas

2.2.2.3 Enfoques de Calidad de Vida Cuantitativo

En este sentido, una educación de calidad es aquella cuya cantidad de contenidos responden adecuadamente a lo que el individuo necesita para desarrollarse como persona intelectual, afectiva, moral y físicamente y para desempeñarse adecuadamente en los diversos ámbitos de la sociedad: el político, el económico, el social. Esta dimensión del concepto pone en primer plano los fines atribuidos a la acción educativa y su concreción en los diseños y contenidos curriculares.

2.2.2.4 Enfoque de Calidad de Vida Cualitativo

En este sentido la calidad es entendida como “eficacia”: una educación de calidad es aquella que logra que los estudiantes realmente aprendan lo que se supone deben aprender, aquello que está establecido en los planes y programas curriculares, al cabo de determinados ciclos o niveles. En esta perspectiva el énfasis está puesto en que, además de asistir a la escuela, los niños y adolescentes aprendan en su paso por el sistema. Esta dimensión del concepto pone en primer plano los resultados de aprendizaje efectivamente alcanzados por la acción educativa.

2.2.2.5 Modelos de Satisfacción

Características personales, condiciones de vida objetivas en varios dominios y la satisfacción con la vida en estos distintos dominios”. (LEHMAN e cols. 1982; BAKER e INTAGLIATA (1982).

Críticas: No pondera la “importancia” Adaptación a las oportunidades ofrecidas: resignación.

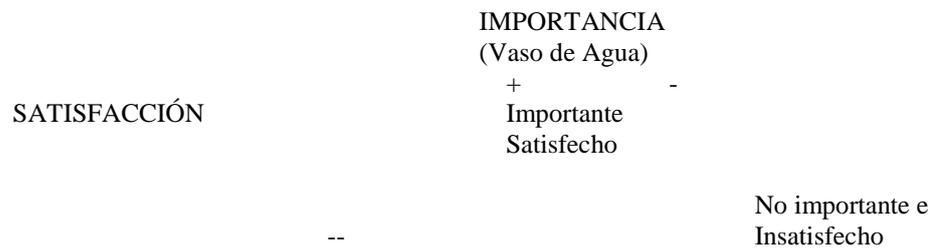
a) Modelo Satisfacción de Necesidades (Maslow 1954)

AUTOREALIZACIÓN	Moralidad, Creatividad, Espontaneidad, Falta de Prejuicios, Aceptación de Hechos, Resolución de Problemas.
RECONOCIMIENTO	Autoreconocimiento, Confianza, Respeto, éxito.
AFILIACIÓN	Amistad, Afecto, Intimidad Sexual.
SEGURIDAD	Seguridad física, de empleo, de recurso, moral, familiar, de salud, de propiedad privada.
FISIOLÓGICAS	Respiración, alimentación, descanso, sexo, homeostasis.

b) Modelo Dinámico de Agermeyer e Lilian (1996)

Mantenimiento del nivel de satisfacción constante, a pesar de los cambios ambientales (proceso de adaptación). A través de actividades cognitivas y conativas. Satisfacción como medio y no como fin.

c) Modelo Combinado Importancia Satisfacción



2.2.2.6 Aspectos de la Calidad de Vida relacionados con la salud

Función física: actividades físicas (bañarse o vestirse).

Rol físico: dificultades en el trabajo o actividades diarias por problemas físicos.

Rol emocional: problemas en el trabajo o actividades diarias por problemas emocionales.

Salud mental: nerviosismo y depresión.

Dolor corporal: presencia o interferencia por el dolor.

Salud general: percepción subjetiva de la salud personal.

Vitalidad: cansancio o falta de energía.

Función social: interferencia en actividades sociales normales a causa de problemas físicos o emocionales.

2.2.2.7 Soporte Social

Diversas investigaciones registran asociaciones fuertes y consistentes entre los niveles de soporte social y los niveles de calidad de vida relacionada a la salud. En primer lugar, Bastardo y Kimberlin (2000) encuentran que los mayores niveles de soporte social se relacionaban de manera directa con los dominios de la calidad de vida relacionada a la salud, salvo en las dimensiones de funcionamiento físico y dolor

corporal. Au et al (2004) encontraron que el soporte social funcionaba como el principal amortiguador de los efectos sociales del VIH, aunque la misma infección podía causar dificultades en los individuos para conseguir y mantener redes de soporte social mientras que el aislamiento social representaba la principal fuente de estrés en una población VIH en Hong Kong. Por otro lado, Hansen et al (2009) encontraron una relación inversa entre el soporte social y los síntomas del VIH y una relación directa con la CVRS en personas con algún desorden de personalidad viviendo con VIH. Zea et al (2005) encontraron que el soporte social actuaba de mediador entre la variable de develamiento de la seropositividad y la autoestima y depresión, es decir que la cantidad y cualidad de soporte social que posee un individuo viviendo con VIH se encargaría de brindarle mayor autoestima y menores niveles de depresión al develar frente a sus otros significativos su situación de seropositividad. Fasce (1999) en el Perú encontró que los heterosexuales mantenían mayores redes de soporte social y que éste último se relacionaba de manera inversa con la depresión. Finalmente, Rivas (2008) encontró en pacientes VIH evaluados en una ONG, que la distancia entre el soporte social percibido y el efectivo no es muy amplia, cabe resaltar que se trata de una institución que brinda sostenimiento psicológico, grupos de ayuda mutua y acceso a tratamiento antirretroviral. En síntesis, pareciera que el soporte social jugaría un papel fundamental en el mejoramiento de la calidad de vida relacionada a la salud, al ser predictor independiente

en muchas de las investigaciones revisadas, abasteciendo a la persona viviendo con VIH, aceptación, fuente de afecto y soporte instrumental.

Cabe mencionar además que dado que el VIH aún es una enfermedad fuertemente estigmatizada en general, es posible que el soporte social y la presencia de otros significativos reduzca el efecto de la estigmatización y discriminación.

2.2.2.8 Religiosidad y Espiritualidad

Bosworth (2006) señala la importancia de la espiritualidad como factor mediador de las consecuencias psicosociales del VIH y como manera de afrontar y reenmarcar el sentido de la vida con la enfermedad. Aparentemente la espiritualidad resulta siendo un factor protector y de afrontamiento en la vida de los pacientes viviendo con VIH, tal como sucede en el afrontamiento con otras enfermedades crónicas como el cáncer.

En líneas generales, algunos estudios identifican algunas prioridades o factores relacionados con el bienestar y la calidad de vida. En un estudio de Hunt de 1998 (citado en Schwartzmann, 2003) se encontraron distintas prioridades de salud en pacientes VIH como: necesidad de amar y ser amado, capacidad de disfrutar una broma, vivir libre de discriminación, arreglos financieros, emocionales y espirituales en relación a la propia muerte, tener suficiente dinero, disfrutar de cosas cotidianas. Por otro lado, en un estudio realizado por O'Cleiringh y Sfren (2006) se identificaron 4 dominios importantes de la satisfacción con la vida en pacientes VIH

estadounidenses que fueron: Logros personales, autoexpresión, ambiente y relaciones interpersonales

En este sentido, se observa que el grupo de pacientes VIH presentan necesidades de afecto distintas, donde el tema interactivo se torna relevante.

2.2.2.9 La infección por VIH

La infección por VIH hoy en día es considerada una enfermedad crónica que puede brindar a las personas viviendo en esta condición un período de vida cada vez más largo. Según el Programa de Naciones Unidas de lucha contra el Sida (ONUSIDA) en promedio existen 65 millones de casos de Sida en el mundo. En el Perú, hasta el año 2005, según señala Cabello (2005 citado en Alcántara) se estiman 80 000 personas viviendo con ésta condición. Según el Ministerio de Salud, hasta setiembre del año 2015 se diagnosticaron 2,348 nuevos casos de VIH y 791 de sida, con lo cual la cifra acumulada de VIH y sida, desde 1983, aumentó a 54,611 y 32,221, respectivamente es por ello que se ha creído conveniente realizar la presente investigación. El primer caso de SIDA reconocido en el Perú fue en el año 1983 y la llegada del tratamiento antirretroviral se dio hacia el año 1996. Es decir, una proporción importante de la población mundial y nacional vive en ésta condición y si bien la mortalidad y morbilidad se han reducido de manera importante, las repercusiones psicosociales de la enfermedad como la culpa, vergüenza y el miedo generan consecuencias en el individuo más dolorosas que la propia

enfermedad que podrían interferir con los objetivos de vida propuestos.

La calidad de vida relacionada a la salud surge como una manera de evaluar las repercusiones de las enfermedades y sus tratamientos en la vida natural del individuo, evaluándose de manera subjetiva. En ese sentido, la importancia brindada no sólo a los indicadores objetivos de mejora o empeoramiento de la condición física sino también a la vivencia subjetiva de la vida con una enfermedad empieza a ser fuente de evidencias que ponen de manifiesto la relevancia de los factores sociales y psicológicos sobre el desarrollo de la enfermedad y la satisfacción y bienestar en la vida del individuo. El interés de llevar a cabo la presente revisión temática radica en el impacto social que conlleva el VIH, no sólo en relación a las repercusiones económicas y políticas para el tratamiento y prevención del mismo, sino también en relación a los mitos, sesgos y estigmatizaciones que aún se mantienen en relación a la enfermedad que podrían estar jugando como factores de riesgo, de discriminación en la población general y en los servicios de salud.

Por otro lado, la identificación de variables relacionadas con el mejoramiento de la calidad de vida de las personas viviendo con VIH, permitiría considerarlas en las decisiones de salud a tomar y en intervenciones que fomenten factores protectores y de bienestar.

2.2.2.10 Personas viviendo con VIH

La infección por VIH se define como una enfermedad de afección al sistema inmune que afecta de manera directa a los linfocitos CD, es así que la baja respuesta inmune puede tener como consecuencia la presencia de infecciones intercurrentes o el desarrollo de células cancerígenas. Briongos et al (2007), la define como enfermedad inmune depresiva, de impacto sociosanitario, debido al fuerte impacto y costo social que genera en las sociedades.

El MINSA (2006), citado por Alcántara (2008) reporta que el gasto mensual por un sujeto viviendo con VIH puede fluctuar entre 1000 a 10 000 dólares al mes, debido a que usualmente afecta a población económicamente activa.

En cuanto al panorama de investigaciones en VIH, la mayoría de investigaciones estudian a población adulta a partir de los 25 años de edad, cuya vía de contagio prioritariamente fue la sexual y en menor medida intravenosa. Las grandes líneas de investigación se dirigen hacia investigación médica en relación al desarrollo de la enfermedad, enfermedades intercurrentes y efectos del tratamiento antirretroviral en la salud física. Otro gran grupo de investigaciones se dirige a investigaciones sobre el comportamiento sexual y la prevención de la infección, debido a la gran proporción de contagios vía sexual. Otro rubro de investigaciones se dirige al estudio del VIH en la salud pública, esto debido al fuerte impacto social y sanitario que el virus ha generado en casi todas las sociedades. Finalmente, un gran número de

investigaciones, sobretodo de los últimos 10 años refieren a los factores psicosociales que afectan la salud y calidad de vida de las personas viviendo con VIH, consignando tanto variables sociodemográficas como el sexo, nivel socioeconómico, nivel de estudios y condición de trabajo y variables psicológicas y sociales como el soporte social, la comorbilidad psiquiátrica o la religiosidad. Existe algunas investigaciones en población VIH infantil, sobretodo en relación con la vía de transmisión vertical (materno perinatal), sin embargo, no se encuentra investigaciones en relación a población VIH adolescente, posiblemente porque el contagio suele ser en la adultez joven y las manifestaciones se evidencian a partir de los 25 años. Por otro lado, son pocas las investigaciones referidas a la población adulta mayor con VIH, puesto que el período de sobrevivencia en ésta población va mejorando hace poco más de diez años, teniendo en nuestro país un promedio de cinco años.

2.2.2.11 Perfil del funcionamiento físico del paciente con el virus del VIH

El virus del VIH ataca los glóbulos blancos conocidos como Linfocitos o T4 y no discrimina edad, raza, sexo o cultura cualquier persona está expuesta a poder contraer el virus.

Este se contagia por tres vías que son transmisión Sexual, de la madre al feto o por algún tipo de transfusión.

UNAM (2010) Dice que la persona con esta enfermedad no puede expresar libremente su situación muchas veces lo oculta completamente o solo informa de ella a la persona más allegada.

A nivel psicológico esto supone un obstáculo y una importante fuente de trastornos mentales, ya que en estos momentos la persona necesita expresar y ventilar emocionalmente para así superar y asimilar el diagnóstico de su enfermedad. Por tanto los problemas objeto de intervención en este caso abarcan los trastornos de ansiedad y/o estado de ánimo.

Se dan en tres etapas y cada una con su respectiva sintomatología que son:

Primera Etapa

Es conocida como la Infección Aguda por el VIH, es la fase inicial de la infección; período de incubación y suele manifestarse de 2 a 4 semanas después de que una persona ha contraído la infección por ese virus.

Durante esta fase, la sintomatología es similar a los de la influenza como son la gripe, fiebre, dolor de cabeza y erupción cutánea. En esta fase, el VIH se reproduce rápidamente y se propaga por todo el organismo. El virus ataca y destruye una clase de glóbulos blancos (linfocitos CD4) del sistema inmunitario que luchan contra la infección.

El VIH se puede transmitir durante cualquier fase de infección, pero el riesgo es mayor durante la fase aguda. Aquí en esta fase el riesgo de contagio es mayor.

Segunda Etapa

Conocida como infección crónica por el VIH. Es la infección también llamada asintomática o fase de latencia clínica. Durante esta fase de la enfermedad, el VIH sigue reproduciéndose en el cuerpo pero en concentraciones muy bajas, aunque muchas personas no tienen ningún síntoma relacionado con la misma, puede propagar el virus a otras. Con tratamiento de medicamento antirretrovirales, la infección crónica evoluciona al SIDA en un lapso de 7 a 10 años.

Tercera Etapa

El SIDA es la fase final o crisis de la infección por el VIH. Puesto que el virus ha destruido el sistema inmunitario, el cuerpo no puede luchar contra las infecciones oportunistas y el cáncer. La neumonía y la tuberculosis, diarreas, dolores de las articulaciones, anorexia, vómitos, aumento de tamaño de hígado, Sarcoma de Kaposi. Degeneración neurológica son ejemplos de infecciones oportunistas. Se diagnostica el SIDA cuando una persona con el VIH tiene un recuento de linfocitos CD4 inferior a $200/\text{mm}^3$ o una o más infecciones oportunistas o ambas cosas. Sin tratamiento, por lo general, las personas con SIDA sobreviven unos 3 años.

2.2.2.12 Evaluación de la calidad de vida en salud

La calidad de vida relacionada a la salud es un concepto que parte de la calidad de vida. Ésta se define como “la percepción adecuada y correcta que tiene una persona de sí misma en su contexto cultural, sobre la sensación de su bienestar físico, mental y social en relación

con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. Depende en gran medida de los valores y creencias propios. Tiene indicadores objetivos (indicadores sociales) y subjetivos (percepciones o estimaciones). Inicialmente el concepto fue creado para realizar mediciones de corte económico y social. De manera posterior, se introduce el concepto de, como una manera de evaluar la percepción subjetivo del individuo de la influencia que tiene la condición de su salud en su vida.

Algunos de los conceptos que se le ha dado a este amplio constructo se plantean a continuación. Patrick y Erickson (1993) citado en Schwartzmann, (2003) lo definen como una “medida en la que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función a la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, secuelas, tratamiento y políticas de salud”. Por su parte Schumaker y Naughton (1996) citado en Schwartzmann, (2003) la definen como la “percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”. Badía y Lizán la definen como la “percepción y vivencia que tiene el paciente frente a los efectos generados por una enfermedad determinada”. Shumaker y Naughton la definen como la “evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud y el nivel de función física, psicológica y social sobre la posibilidad de alcanzar los objetivos de la vida”. Finalmente,

Shipper y Col la definen como el “efecto funcional de una enfermedad y su consiguiente terapia sobre un paciente, tal como es percibido por el paciente”. Como se puede apreciar en las definiciones, éstas comparten en primer lugar la idea de que la calidad de vida relacionada a la salud es una percepción, vivencia o evaluación subjetiva, en segundo lugar que se encuentra influenciada por el estado de salud y en tercer lugar que dicha percepción, vivencia o evaluación afecta la capacidad funcional o la realización de actividades u objetivos relevantes en la vida de un individuo. Vinaccia (2007) citado en Quiceno y Vinaccia (2007) “En relación a las diferencias entre ambos conceptos, en primera instancia la calidad de vida relacionada a la salud se formula en base al impacto de la enfermedad, evaluando la posibilidad de en presencia de la satisfacción con la vida de la persona de manera subjetiva mientras que la calidad de vida hace énfasis en la evaluación de aspectos psicosociales y de bienestar subjetivo, abarcando aspecto objetivos y subjetivos”. Una de las maneras más utilizadas para evaluar la calidad de vida relacionada a la salud se ha llevado a cabo con el Cuestionario sobre Calidad de Vida Relacionada a la Salud SF-36, adaptado y validado en diversos países de Europa y Latinoamérica como el Perú. Este cuestionario contiene ocho dominios que evalúan la afección de la enfermedad en los diferentes aspectos de la vida del individuo.

2.3 HIPÓTESIS

2.3.1 Hipótesis General:

H°: Existe Relación significativa entre Clima Social Familiar y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015.

2.3.2 Hipótesis Específicas:

H₁: El nivel de Clima Social Familiar que predomina en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015 es Malo.

H₂: El nivel de Calidad de Vida que predomina en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015 es Óptimo.

H₃: Existe relación significativa entre la dimensión Relaciones de Clima Social Familiar y la Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015.

H₄: Existe relación significativa entre la dimensión Desarrollo del Clima Social Familiar y la Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015.

H₅: Existe relación significativa entre la dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar y la Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015.

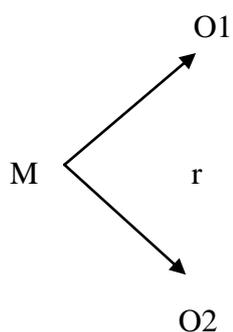
III. METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio pertenece al tipo cuantitativo. En cuanto al nivel descriptivo correlacional. Descriptivo; ya que buscó describir el Clima Social Familiar (o1) y Calidad de Vida (o2), de los Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015. Correlacional, ya que buscó establecer la asociación entre las dos variables en estudio que son clima social familiar y calidad de vida.

3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es no experimental, porque las variables de estudios no son manipuladas, pertenecen a la categoría transeccional transversal, ya que se recolectaron los datos en un solo momento y tiempo único, teniendo como propósito describir las variables y analizar su incidencia en interrelación en un momento dado Hernández (2006). Para esta investigación se tomó en cuenta el diseño Correlacional debido a que la medición de las variables se hará con una misma muestra. El diseño se esquematiza de la siguiente manera:



Dónde:

01: medición del Clima Social familiar

02: medición de la Calidad de Vida

r: relación entre las dos variables: CSF y Calidad de Vida

M: muestra de Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 Población:

La población estuvo conformada por los Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015.

3.3.2 Muestra:

Para determinar el tamaño de muestra se utilizó la técnica de muestreo no probabilístico por conveniencia, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error permisible del 5%, utilizando el criterio de inclusión y exclusión. La muestra consta de 100 pacientes diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la ciudad de Piura 2015.

Criterio de Inclusión:

Todos los Pacientes que asistieron al llamado para la aplicación de los instrumentos.

Todos los Pacientes que contestaron correctamente las pruebas.

Criterio de Exclusión:

Todos los pacientes que no asistieron al llamado para la aplicación de los instrumentos.

Todos los Pacientes que no contestaron toda la prueba o no contestaron correctamente las pruebas aplicadas, las cuales fueron invalidadas.

3.4 Definición y Operacionalización de la Variables

3.4.1 Clima Social Familiar

Definición Conceptual (D.C): Entendido como la percepción que se tiene del ambiente familiar, producto de las interacciones entre los miembros del grupo familiar, en el que se considera la comunicación, la libre expresión, la interacción conflictiva que la caracteriza, la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, la organización familiar y el control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. Moos,R. (1996)

Definición Operacional (D. O): El Clima Social Familiar fue evaluado a través de una escala que considera las siguientes dimensiones: Relaciones, Desarrollo y Estabilidad.

VARIABLE	DIMENSIONES	SUB DIMENSIONES	ÍTEMS
CLIMA SOCIAL FAMILIAR	RELACIONES	Cohesión	1,11,21,31,41,51,61,71,81
		Expresividad	2,12,22,32,42,52,62,72,82
		Conflicto	3,13,23,33,43,53,63,73,83
	DESARROLLO	Autonomía	4,14,24,34,44,54,64,74,84
		Área de Actuación	5,15,25,35,45,55,65,75,85
		Área Social Recreativo	7,17,27,37,47,57,67,77,87
		Área Intelectual Cultural	6,16,26,36,46,56,66,76,86.
		Área de Moralidad Religiosidad.	8,18,28,38,48,58,68,78,88.
	ESTABILIDAD	Área de Organización	9,19,29,39,49,59,69,79,89.
		Área de Control	10,20,30,40,50,60,70,80,90 .

De acuerdo a los puntajes alcanzados en el instrumento, se establecieron las siguientes categorías:

Puntajes

Muy buena	:	59 a +
Buena	:	55 a 58
Tendencia buena	:	53 a 54
Media	:	48 a 52
Tendencia mala	:	46 a 47
Mala	:	41 a 45
Muy mala	:	40 a -

3.4.2 CALIDAD DE VIDA

Definición Conceptual (D.C): La calidad de vida es la percepción que la persona tiene de las posibilidades que el ambiente le brinda para lograr la satisfacción de sus necesidades y el logro de sus intereses en relación a los siguientes factores: Factor 1 (Hogar-Bienestar Económico), Factor 2 (Amigos, vecindario y comunidad), Factor 3 (Vida familiar y familia extensa), Factor 4 (Educación y Ocio), Factor 5 (Medios de comunicación), Factor 6 (Religión) y Factor 7 (Salud). Olson,D; Barnes,H. (1982)

Definición Operacional (D.O): Se define como el grado de bienestar a nivel físico, mental y social que le permite al individuo la satisfacción de sus necesidades individuales y sociales en los siguientes dominios de la vida de una persona. La misma que es evaluada mediante los siguientes indicadores:

- Hogar y Bienestar Económico.
- Amigos, Vecindario y Comunidad.
- Vida Familiar y Familia Extensa.
- Educación y Ocio.
- Medios de Comunicación.
- Religión.
- Salud.

CATEGORIAS:

PUNTAJES	CATEGORÍA
86 a más	Calidad de Vida óptima
54 a 85	Tendencia a Calidad de Vida Buena
16 a 53	Tendencia a Baja Calidad de Vida
Menos de 16	Mala Calidad de Vida.

3.5 Técnicas e Instrumentos

- **Técnicas:** Para el estudio se utilizó de la técnica del cuestionario.
- **Instrumentos:** Los instrumentos que se utilizaron fueron: la Escala de Clima Social Familiar (FES) de R.H. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickeet; la Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes, adaptado por Grimaldo Muchotrigo, Miriam Pilar.

Instrumento: Escala de Clima Social Familiar FES

Nombre Original	: Escala de Clima Social Familiar (FES).
Autores	: RH. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickeet.
Adaptación	: TEA Ediciones S.A., Madrid, España, 1984
Estandarización para Lima:	César Ruíz Alva y Eva Guerra Turín.
Administración	: Individual y Colectiva
Duración	: Variable (20 minutos Aproximadamente)
Significación	: Evalúa las características socioambientales y las relaciones personales en familia.
Tipificación	: Baremos para la forma individual o grupal, elaborado con muestras para Lima Metropolitana.
Dimensiones que mide	: Relaciones (Áreas: Cohesión, Expresividad, Conflicto), Desarrollo (Áreas: Autonomía, Actuación, Intelectual- cultural, Social- Recreativo y Moralidad- Religiosidad), Estabilidad (Áreas: Control y Organización).

Validez y confiabilidad de los instrumentos:

Validez:

Validez externa: Se asegurará la validez externa presentando el instrumento a 3 expertos en el área a investigar, quienes con sus sugerencias brindarán mayor calidad y especificidad al instrumento.

Validez interna: Para la validez interna, se obtendrá a través del análisis de correlación ítem-test, utilizando para ello el estadístico de Correlación de Pearson.

Confiabilidad:

Para medir la confiabilidad del instrumento se utilizara el índice de confiabilidad Alfa de Cronbach.

La validez y confiabilidad se realizará en cada sub proyecto que se derive del proyecto línea de investigación.

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA DE OLSON & BARNES

- **Autor** : Olson & Barnes.
- **Adaptación** : Grimaldo Muchotrigo, Mirian Pilar
- **Ámbito de Aplicación** : de 13 años a más.
- **Forma de Administración:** Individual y Colectiva.

La misma que es evaluada mediante los siguientes indicadores:

- Hogar y Bienestar Económico.
 - Amigos, Vecindario y Comunidad.
 - Vida Familiar y Familia Extensa.
 - Educación y Ocio.
 - Medios de Comunicación.
 - Religión.
 - Salud
- **Confiabilidad:** La escala de calidad de vida demuestra índices de confiabilidad aceptables en lo que respecta a su consistencia interna, lo cual constituye un indicador positivo en torno a su precisión para evaluar

la calidad de vida. Se obtuvo 86 para la muestra total ,83 para la muestra de colegios estatales.

Olson & Barnes (1982) determinaron la confiabilidad del presente instrumento mediante el test retest , aplicando el coeficiente de Pearson, obteniendo valores aceptables para cada uno de los 11 factores y la escala total. También se trabajó la consistencia interna a partir del coeficiente Alpha de Cronbach para cada mitad de la muestra y para la muestra combinada.(86)

- **Validez:** El análisis de la validez divergente. Un instrumento de evaluación con validez de constructo debe tener correlaciones altas con otras medidas (o métodos para medir del mismo constructo (validez convergente) y correlaciones bajas con las medidas de constructo diferentes (validez discriminante) aunque algunos autores como Muñiz (1996) la denomina validez divergente. Algunas evidencias con respecto a la validez convergente – discriminante o divergente de un instrumento pueden obtenerse de manera convincente al comparar las correlaciones entre las medidas del mismo constructo utilizando el mismo método y distintos constructos.

De esta manera al aplicar el coeficiente r de Pearson, para establecer el análisis correlacional entre la escala de calidad de vida de Olson & Barnes, la prueba de autoeficacia general y el inventario de emociones positivas y negativas (SPANAS). Se obtuvo una baja correlación entre la prueba de autoeficacia y la escala de calidad, lo cual indica que estos constructos mantienen su independencia, De manera similar, con el inventario de

emociones positivas y negativas (SPANAS) , en donde se observa una baja correlación.

De esta manera se prueba la validez divergente de la escala de calidad de vida con los otros instrumentos aplicados o con los otros constructores medidos.

3.6 Plan de Análisis

De acuerdo a la naturaleza de la investigación, para el análisis de los datos e se utilizó las técnicas de análisis estadístico descriptivo. Como son uso de tablas de distribución de frecuencias, porcentuales y gráficos. Así como el uso de pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas, con sus respectiva prueba de significancia dependiendo el comportamiento de las variables en estudio.

El procesamiento de la información se realizó utilizando el Software estadístico SPSS versión 19 para Windows, con el estadístico probatorio de Spearman y Programa informático Microsoft Office Excel 2015.

3.7 Principios Éticos

Se contó con la previa autorización de las autoridades del Hospital Santa Rosa de la ciudad de Piura. Previo a la aplicación de los cuestionarios, se les explicó a los pacientes, los objetivos de la investigación; asegurándoles que se mantendrá de manera anónima la información obtenida de los mismos.

IV. RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Tabla 1.

Relacion del clima social familiar y calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa. Piura, 2015.

		CLIMA SOCIAL FAMILIAR	CALIDAD DE VIDA
	Correlación de Spearman	1	,302**
CLIMA SOCIAL FAMILIAR	Sig. (bilateral)		,002
	N	100	100
	Correlación de Spearman	,302**	1
CALIDAD DE VIDA	Sig. (bilateral)	,002	
	N	100	100

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

Fuente: Escala de Clima Social Familiar y Escala de Calidad de Vida.

DESCRPCIÓN: En el presente cuadro se evidencia que existe alta correlación estadísticamente significativa entre las variables Clima Social Familiar y Calidad de Vida al nivel de significancia ($p < 0,01$). Lo que se concluye que ambas variables son dependientes.

Tabla 2.

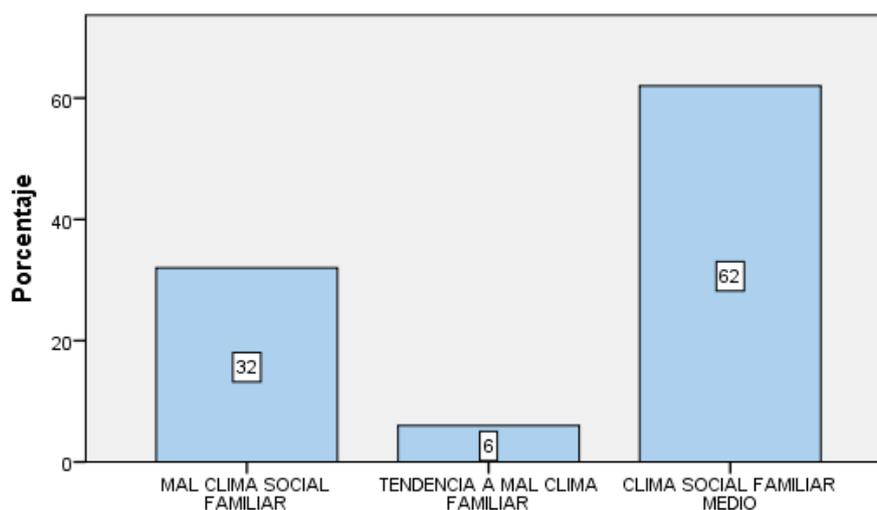
Nivel de clima social familiar en pacientes diagnosticados con VIH del hospital Santa Rosa. Piura 2015.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
MAL CLIMA SOCIAL FAMILIAR	32	32,0	32,0	32,0
TENDENCIA A MAL CLIMA FAMILIAR	6	6,0	6,0	38,0
CLIMA SOCIAL FAMILIAR MEDIO	62	62,0	62,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Escala de Clima Social Familiar

Figura 1.

Distribucion porcentual del clima social familiar en pacientes diagnosticados con VIH del hospital Santa Rosa. Piura 2015.



Fuente: Escala de Clima Social Familiar.

DESCRIPCIÓN TABLA II Y GRAFICO 01: En el presente cuadro se aprecia que el 62% obtiene un Clima Social Familiar Medio, el 32% Mal Clima Social Familiar y el 6% Tendencia a Mal Clima Familiar.

Tabla 3.

Nivel de calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH del hospital

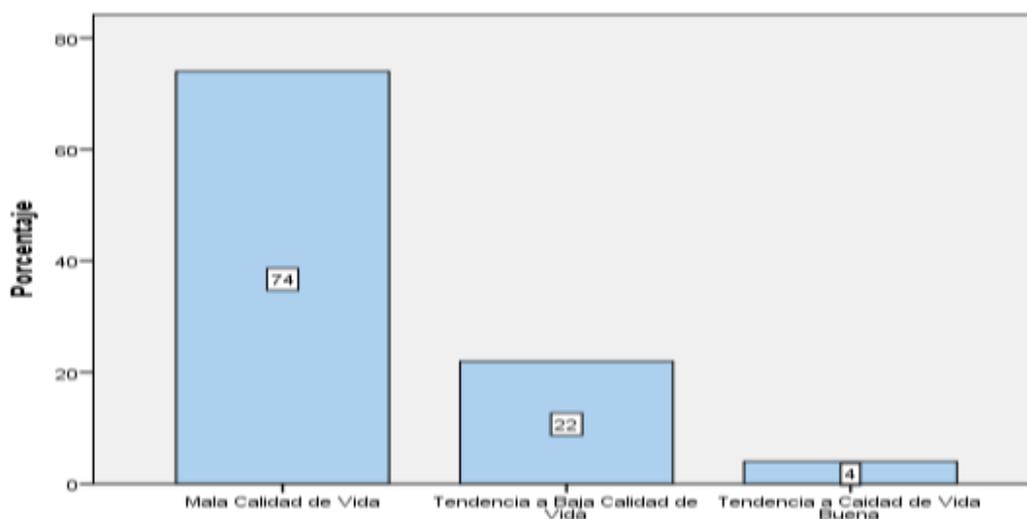
Santa Rosa. Piura 2015.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mala Calidad de Vida	74	74,0	74,0	74,0
Tendencia a Baja Calidad de Vida	22	22,0	22,0	96,0
Tendencia a Calidad de Vida Buena	4	4,0	4,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Fuente: Escala de Calidad de Vida.

Figura 2.

Distribución porcentual de calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH del hospital Santa Rosa. Piura 2015.



Fuente: Escala de Calidad de Vida.

DESCRIPCIÓN TABLA III Y GRAFICO 02: En el presente cuadro se aprecia que el 74% obtiene Mala Calidad de Vida, el 22% Tendencia a Baja Calidad de Vida y el 4% Tendencia a Calidad de Vida Buena.

Tabla 4.

Relación entre la dimensión relaciones del clima social familiar y calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH del hospital Santa Rosa. Piura 2015.

		DIMENSIÓN RELACIONES	CALIDAD DE VIDA
DIMENSIÓN RELACIONES	Correlación de Spearman	1	,302**
	Sig. (bilateral)		,002
	N	100	100
CALIDAD DE VIDA	Correlación de Spearman	,302**	1
	Sig. (bilateral)	,002	
	N	100	100

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

Fuente: Escala de Clima Social Familiar y Escala de Calidad de Vida.

DESCRIPCIÓN: En el presente cuadro se evidencia que existe alta correlación estadísticamente significativa entre las variables dimensión Relaciones de Clima Social Familiar y Calidad de Vida al nivel de significancia ($p < 0,01$). Lo que se concluye que son variables dependientes.

Tabla 5.

Relación entre la dimensión desarrollo de clima social familiar y calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH del hospital Santa Rosa. Piura, 2015.

		DIMENSION DESARROLLO	CALIDAD DE VIDA
DIMENSIÓN DESARROLLO	Correlación de Spearman	1	,012
	Sig. (bilateral)		,904
	N	100	100
CALIDAD DE VIDA	Correlación de Spearman	,012	1
	Sig. (bilateral)	,904	
	N	100	100

Fuente: Escala de Clima Social Familiar y Escala de Calidad de Vida.

DESCRIPCIÓN: En el presente cuadro se evidencia que No Existe correlación estadísticamente significativa entre las variables dimensión Desarrollo de Clima Social Familiar y Calidad de Vida. Lo que se concluye que son variables independientes.

Tabla 6.

Relación entre la dimensión estabilidad de clima social familiar y calidad de vida en pacientes diagnosticados con VIH del hospital Santa Rosa. Piura, 2015.

		DIMENSIÓN ESTABILIDAD	CALIDAD DE VIDA
DIMENSIÓN ESTABILIDAD	Correlación de Spearman	1	,302**
	Sig. (bilateral)		,002
	N	100	100
CALIDAD DE VIDA	Correlación de Spearman	,302**	1
	Sig. (bilateral)	,002	
	N	100	100

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

Fuente: Escala de Clima Social Familiar y Escala de Calidad de Vida.

DESCRIPCIÓN: En el presente cuadro se evidencia que existe alta correlación estadísticamente significativa entre las variables dimensión Estabilidad de Clima Social Familiar y Calidad de Vida al nivel de significancia ($p < 0,01$). Lo que se concluye que son variables dependientes.

4.2 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

De acuerdo a los resultados obtenidos estadísticamente podemos afirmar lo siguiente.

4.2.1 Contrastación de Hipótesis General:

HG: Se acepta la hipótesis, debido a que existe alta relación estadísticamente significativa entre Clima Social Familiar y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015.

4.2.2 Contrastación de Hipótesis Específicas:

H1: No se acepta la hipótesis del nivel de Clima Social Familiar que predomina de los Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015 es Malo.

H2: No se acepta la hipótesis del nivel de Calidad de Vida que predomina en los de los Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015 es Óptimo.

H3: Se acepta la hipótesis debido a que existe alta relación estadísticamente significativa entre la dimensión Relaciones de Clima Social Familiar y calidad de vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015

H4: No se acepta la hipótesis existe relación significativa entre la dimensión Desarrollo de Clima Social Familiar y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015.

H5: Se acepta la hipótesis ya que se evidencia alta relación estadísticamente significativa entre la dimensión Estabilidad de Clima Social Familiar y la Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015.

4.3 Análisis de Resultados

El objetivo general del presente trabajo de investigación tuvo como finalidad determinar La Relación entre Clima Social Familiar y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015, encontrándose que existe alta relación significativa en las variables de estudio por tanto se acepta la hipótesis de investigación. Concluyendo que las variables estudiadas son importantes en la vida del ser humano, específicamente de las personas sujetas de estudio, debido a que mejor clima social familiar, mayor calidad de vida que repercutiría en el equilibrio biopsicosocial del paciente. Así como lo plantea, Ramírez (2000) quien define a calidad de vida como un proceso dinámico, complejo e individual; es decir es la percepción física, psicológica, social y espiritual que tiene la persona o paciente frente a un evento de salud y el grado de satisfacción o insatisfacción que va a influir en el bienestar del paciente.

Por ende el Clima Social Familiar debe ser un factor protector para el paciente, así como emocional y psicológico, como lo afirma.

La Cruz Romero (1998) y Alarcón y Urbina (2001) quienes sostienen que el clima familiar influye de manera decisiva en nuestra personalidad y las relaciones entre los miembros de la familia.

En cuanto al segundo objetivo se plantea lo siguiente: Nivel de clima Social Familiar en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015, es aquí donde se aprecia que el mayor porcentaje obtiene un Clima Social Familiar Medio, por lo que se infiere que el clima social familiar se encuentra en un estado promedio, por ende tiende a ser saludable, por tanto las dimensiones Relaciones, Desarrollo y Estabilidad del clima social familiar en los pacientes estudiados se dan de manera adecuada, sin embargo es considerable que el clima social familiar debería potencializarse para lograr un buen clima social familiar, como lo manifiesta: Moos (1996) Una familia va a ser saludable en la

medida en que funcione como un sistema abierto, con reglas y roles apropiado a cada situación, donde sus integrantes se comuniquen, tolerando las diferencias individuales, lo que favorece la cohesión y promueve el crecimiento de sus miembros.

Continuando con el análisis del tercer objetivo de la presente investigación Nivel de Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015, en la cual encontramos que un alto porcentaje obtiene mala calidad de vida por tanto podemos inferir que el mayor porcentaje no logra de manera adecuada la satisfacción de sus necesidades individuales y sociales.

Como lo plantea Ramírez (2000) , establece que la calidad de vida de los pacientes con VIH , está determinada como producto de una enfermedad que no tiene cura que repercute en el estado social, económico, familiar, en la evolución familiar y en un futuro desconocido para él y para su familia.

En cuanto al cuarto objetivo se planteó La Relación entre la Dimensión Relaciones del Clima Social Familiar y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015, teniendo como resultado que existe alta relación significativa entre las variables dimensión Relaciones de Clima Social Familiar y Calidad de Vida al nivel de significancia ($p < 0,01$). Concluyendo que a medida que la comunicación, la libre expresión de sentimientos, opiniones y valoraciones, y la manera como los miembros del grupo familiar estén compenetrados y se apoyen entre sí, la calidad de vida será favorable más aún en la población objeto de estudio.

Perot (1989) y Ponce (2003) consideran que el Clima Familiar constituye una estructura natural en la cual se elabora pautas de interacción psicosociales en el que rige el funcionamiento de los miembros definiendo una gama de conducta que facilita una interacción recíproca así mismo, Pérez de Cabral (1992) expresa que la calidad de vida es una situación social y personal que permite satisfacer los requerimientos

humanos tanto en el plano de las necesidades básicas y sociales, como en el de las necesidades espirituales.

En el quinto objetivo se planteó determinar La Relación entre la Dimensión Desarrollo de Clima Social Familiar y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015, obteniéndose como resultado el que No Existe relación estadísticamente significativa entre las variables Desarrollo de Clima Social Familiar y Calidad de Vida;

Cabe mencionar que en el proceso del desarrollo personal e integral de la persona dentro del ámbito familiar son importantes sin embargo no es determinante para lograr el bienestar deseado. Para ello se cita a Moos (1993) quien evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados o no, por la vida en común. Conformado por las siguientes áreas: Autonomía, Actuación, Área Intelectual – Cultural, Social – Recreativo, Religiosidad. Finalmente en el sexto objetivo se busca determinar la Relación entre la Dimensión Estabilidad de Clima Social Familiar y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la ciudad de Piura 2015; como resultado final se obtuvo lo siguiente: Que existe alta relación significativa entre las variables dimensión Estabilidad de Clima Social Familiar y Calidad de Vida al nivel de significancia ($p < 0,01$). Por lo tanto se concluye, que en la medida en que el grupo familiar desarrolle con responsabilidad, sus actividades planificadas con el debido control, este influirá en la mejora de la calidad de vida, así como lo afirma Moos (1996), implica proporcionar información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros, y que de alguna manera esto influye para poder lograr una buena calidad de vida.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

Ante los resultados de la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- Existe alta correlación significativa entre las variables clima social familiar y la Calidad de Vida de los de los Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015.
- Existe un Nivel Medio de Clima Social Familiar en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015.
- Existe un Nivel de Calidad de Vida bajo en los Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015.
- Existe alta correlación significativa entre la dimensión Relaciones de Clima Social Familiar y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015.
- No existe relación significativa entre la dimensión Desarrollo de Clima Social Familiar y la Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015.
- Existe alta correlación significativa entre la dimensión Estabilidad de Clima Social Familiar y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015.

5.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Hospital Santa Rosa de la ciudad de Piura, concientizar a los pacientes diagnosticados con VIH, a mantener el tratamiento Farmacológico y Psicológico que potencie en ellos una mejor calidad de vida, haciéndose participe en su desarrollo y que este fortalezca en ellos el desarrollo personal e integral como un factor protector en este proceso de enfermedad y puedan vivir inmersos en un clima social familiar saludable.
- Se recomienda al Hospital Santa Rosa de la ciudad de Piura, que los profesionales de Salud Mental planteen estrategias de fortalecimiento psicológico a los pacientes VIH, para una mejor toma de conciencia de enfermedad constituyéndose en factores protectores y lograr así un mejor clima social y una mejor calidad de vida.
- Se recomienda al Hospital Santa Rosa de la ciudad de Piura involucrar a las familias de pacientes diagnosticados con VIH para la toma de conciencia de enfermedad y se conviertan así en sistemas familiares saludables que ayuden a sus miembros a asumir la enfermedad y sean fuentes de soporte para una mejor calidad de vida y buen clima social familiar.

REFERENCIAS .

- Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Bases Epidemiológicas para la prevención y control. Lima: Ministerio de Salud del Perú (MINSA) 2006.
- Ardila R. Calidad de Vida: Una Definición Integradora. REV LAT PSICOL. 2003;35(2):161-4
- Benites, L. (1997). Tipos de familia, habilidades sociales y autoestima en un grupo de adolescentes en situación de riesgo. *Revista Cultura UPSMP*, 12.
- CEDRO (Cit. Villanueva 1994) Funciones de la Familia.
- Del Pardo M, Fuenzalida, Evaluación de la calidad de vida en mujeres de 40 a 59 años mediante la escala MRS Revista Médica Chilena 2008; 136:1511-17.
- Diane.F,Papalia (1999) Desarrollo psicológico a lo largo del ciclo de la vida. Págs.491- 501.
- Diane Papalia (1999) Desarrollo humano: D. Papalia. La vejez Recuperado el domingo s.f de diciembre del 2015, de <http://apuntamelatarea.blogspot.pe/2009/04/desarrollo-humano-d-papalia.html>
- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES Continua 2004-2006. INEI - Perú.
- Escala de Calidad de Vida de Olson & Barnes. Adaptado por Grimaldo Muchotrigo, Mirian Pilar. Universidad San Martín de Porres – Escuela Profesional de Psicología – Instituto de Investigación. 2003.

ENAHO (Encuesta Nacional de Hogares)

Enfoque estadístico – Adulto Mayor – Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadísticas

Envejecimiento y Vulnerabilidad. Tile://C:\Mis documentos\asamblea 3 edad\Asamblea E9.thm08/03/01

Gerontología Social, (2000) Cap.2, Socio demografía.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. *México.*

Hernández Sampieri, Roberto. 2003. Metodología de la Investigación. Colombia Mc Graw Hill.

L, M. (s.f de s.f de 2010). *Informe de Investigación Línea de Investigación de la Escuela Profesional de psicología*. Recuperado el s.f de noviembre de 2015, de <http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2012/01/23/000180/00018020130212054941.pdf>

MINDES (2002). Plan Nacional para las personas adultas mayores 2002 -2009. Lima.

Montanet A, Bravo C, Hernández E, La calidad de vida en los adultos mayores, extraído desde http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942009000100001&script=sci_arttext .

M, V. (s.f de s.f de 2011). Significado de la calidad de vida del adulto mayor. Recuperado el martes de noviembre de 2015, de SCielo: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>

Maldonado G, G., & Mendiola I, S. (s.f de s.f de 2010). *Contribuciones a las ciencias sociales* . recuperado el s.f de noviembre de 2015, de autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores: <http://www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.htm>

Montanet, A., & Bravo, C. (s.f de ene.-mar de 2011). *La calidad de vida en los adultos mayores*. Recuperado el martes de noviembre de 2015, de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942009000100001&script=sci_arttext

O, D. (s.f de s.f de 2012). *Tesis digitales universidad de cuenca*. Recuperado el martes de noviembre de 2015, de Percepción de los adultos y las adultas mayores: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/451/1/tesis.pdf>

Olortegui Miranda, F. (2005). *Diccionario De Psicología*. San Marcos. Lima..

Olson D. & Barnes, H. (1982) *Calidad de Vida*.

Programa para el Adulto Mayor, Centro de Geriatria y Gerontología Pontificia Universidad Católica (2005)

Psicología "Enciclopedia Microsoft® Encarta® en línea 2001 en www.galeon.com -
Psicología del Envejecimiento y la Vejez

Pintado, D. (S.F de S.F de 2012). *Biblioteca virtual Uladech*. Recuperado el S.F de noviembre de 2015, de “relación del clima social familiar y el nivel de calidad de vida del adulto mayor en el hogar de ancianos “luz, vida y amor” en la ciudad de piura: <http://erp.uladech.edu.pe/bibliotecavirtual/>

Ramírez, M. 2000 Significado de Calidad de Vida de los Pacientes con VIH SIDA que acuden al Servicio Ambulatorio. Tesis para Optar el Título Licenciado en Enfermería - Universidad Cayetano Heredia.

R.H. Moos, BS Moos y E.J. Tricheet. Escala de Clima Social Familiar (FES) (1984).

Moos, R., Moos, B. S., & Trickett, E. (1993). Escala de clima social familiar (FES).
Madrid España: TEA Ediciones SA.

Rodríguez F, N. (s.f de Septiembre de 2011). *Psicología y psicopedagogía*. recuperado el martes de noviembre de 2015, de factores que influyen sobre la calidad de vida de los ancianos que viven en geriátricos: http://www.usal.edu.ar/archivos/psico/otros/factores_que_influyen_sobre_la_calidad_de_vida.pdf

Siseles N, Pecci C, Gutiérrez P, Calidad de vida en la menopausia: construcción de un cuestionario para su evaluación en Argentina. Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina.2008,54(1):40-54.

Yanguas, J.J., Leturia, M. y Uriarte, A. (1998). Intervención psicosocial en gerontología. Manual práctico. Madrid: Cáritas Española.
www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=835

ANEXOS

Instrumento: Escala de Clima Social Familiar (FES)

INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta en este impreso, una serie de frases. Las mismas que Ud. Tiene que leer y decir si le parecen verdaderos o falsos en relación con su familia.

Si Ud. Cree que respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera marcará en la hoja de Respuesta una (X) en el espacio correspondiente a la V (Verdadero) si cree que es falsa o casi siempre falsa, marcará una (X) en el espacio correspondiente a la F (falso).

Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa marque la respuesta que corresponda a la mayoría.

Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí en la hoja de respuestas para evitar equivocaciones. La fecha le recordará que tiene que pasar a otra línea en la hoja de respuesta. Recuerde que se pretende conocer lo que piensa Ud. Sobre su familia, no intente reflejar la opinión de los demás miembros de esta.

(NO ESCRIBA NADA EN ESTE IMPRESO)

.....

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.
2. Los miembros de la familia guardan a menudo, sus sentimientos para sí mismos.
3. En nuestra familia peleamos mucho.
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales en familia.
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las diversas actividades de la iglesia.
9. Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado.
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.



11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos pasando el rato.
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos.
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.
16. Casi nunca asistimos a reuniones culturales (exposiciones, conferencias, etc)
17. Frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa.
18. En mi casa no rezamos en familia.
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.



21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.
22. En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todos.

23. En la casa a veces nos molestamos tanto que a veces golpeamos o rompemos algo.
24. En mi familia cada uno decide por sus propias cosas.
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.
27. Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte.
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Semana Santa, Rosa de Lima, etc.
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.



31. En mi familia estamos fuertemente unidos.
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.
33. Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestra cólera.
34. Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere.
35. Nosotros aceptamos que haya competencia y “que gane el mejor”
36. Nos interesan poco las actividades culturales.
37. Vamos con frecuencia al cine, excursiones, paseos.
38. No creemos en el cielo o en el infierno.
39. En mi familia la puntualidad es muy importante.
40. En la casa las cosas se hacen de una forma establecida.



41. Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.
42. En la casa, si alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.
43. Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez mejor un poco mejor.
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.
47. En mi casa casi todos tenemos una o dos aficiones.
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.
50. En mi casa se dan mucha importancia a cumplir las normas.

51. Las personas de mi familia nos apoyamos unas a otras.
52. En mi familia, cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado.
53. En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos a las manos.
54. Generalmente, en mi familia cada persona solo confía en si misma cuando surge un problema.
55. En la casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio.
56. Algunos de nosotros toca algún instrumento musical.
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera de trabajo o del colegio.
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.

59. En la casa nos aseguramos de que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados.
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.



61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.
63. Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.
64. Las personas de mi familia reaccionan firmemente unos a otros al defender sus propios derechos.
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a la biblioteca o leemos obras literarias.
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursillo o clases particulares por afición o por interés.
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo.
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.
70. En mi familia cada uno tiene libertad para lo que quiera.



71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.
74. En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás.
75. “Primero es el trabajo, luego es la diversión” es una norma en mi familia.
76. En mi casa ver televisión es más importante que leer.
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.
78. En mi casa, leer la Biblia es algo importante.
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.
80. En mi casa las normas son muy rígidas y tienen que cumplirse.



81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio.
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.
87. Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar radio.
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.
89. En mi casa generalmente la mesa se recoge inmediatamente después de comer.
90. En mi familia, uno no puede salirse con la suya.

(COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES)

ESCALA DE CLIMA SOCIAL EN LA FAMILIA (FES)

Nombre y Apellidos:.....

Edad:..... Sexo: Masculino () Femenino () Fecha de Hoy .../.../.....

Institución Educativa:·····Grado/ Nivel:.....

N° de hermanos:..... Lugar que ocupa entre hermanos: 1 2 3 4 5 6 ()

Vive: Con ambos padres () solo con uno de los padres () Otros:·····

La familia es natural de:.....

1	11	21	31	41	51	61	71	81
V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F
2	12	22	32	42	52	62	72	82
V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F
3	13	23	33	43	53	63	73	83
V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F
4	14	24	34	44	54	64	74	84
V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F
5	15	25	35	45	55	65	75	85
V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F
6	16	26	36	46	56	66	76	86
V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F
7	17	27	37	47	57	67	77	87
V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F
8	18	28	38	48	58	68	78	88
V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F
9	19	29	39	49	59	69	79	89
V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F
10	20	30	40	50	60	70	80	90
V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F	V F

Análisis: _____

			<p>Vida en pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de Piura 2015.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <p>El nivel de Clima Social Familiar que predomina en los Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015 es Malo.</p> <p>El nivel de Calidad de Vida que predomina en los Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015 es Óptimo.</p> <p>Existe relación significativa entre la dimensión Relaciones de Clima Social Familiar y la Calidad de Vida de los Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015.</p> <p>Existe relación significativa entre la dimensión Desarrollo del Clima Social Familiar y la Calidad de Vida de los Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015.</p> <p>Existe relación significativa entre la dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar y la Calidad de Vida de los Pacientes Diagnosticados con VIH del Hospital Santa Rosa de la Ciudad de Piura 2015.</p>	
--	--	--	--	--



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

Piura, 4 de Marzo del 2015

OFICIO N° 055-2015-Coord.Ps.-Filial Piura/ULADECH - CATOLICA

Señor:

Dr. Cristian Requena Palacios

DIRECTOR HOSPITAL SANTA ROSA - PIURA

Por medio del Presente tengo a bien dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente en nombre de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote – Piura y a la vez informarle que la alumna **Arrieta Pongo Deyci Francisca** del VIII ciclo de la Carrera Profesional de Psicología en su formación profesional deben realizar su proyecto de investigación.

Es por esta razón que solicitamos su apoyo y autorización para que en la prestigiosa Institución que usted dirige pueda realizar la aplicación de instrumentos psicométricos para su proyecto de tesis denominado "Relación del Clima Social familiar en pacientes diagnosticados con VIH del hospital Santa Rosa – 2015" La fecha será coordinada con usted de acuerdo a la disponibilidad de los pacientes.

Sin otro particular me suscribo de usted agradeciendo por anticipado la atención que sirva brindar al presente.

Atentamente,


Lic. Ps. Susana Quirque Tenorio
COORDINADORA ACADÉMICA

