

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**RELACION ENTRE CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y
DESESPERANZA EN PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON VIH/SIDA DEL GRUPO
DE AYUDA MUTUA (GAM) – DISTRITO 26 DE
OCTUBRE - PROVINCIA DE PIURA – PIURA, 2016.**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

Autor

Bachiller Jesús Moisés Monja Avalo.

Asesor:

Mgtr. Sergio Enrique Valle Ríos.

Piura - Perú

2018

JURADO EVALUADOR DE TESIS Y ASESOR

Mgtr. Carmen Patricia Eras Vínces

Presidente

Mgtr. Susana Carolina Velásquez Temoche

Miembro

Mgtr. Kelly Yanet Munárriz Ramos

Miembro

Mgtr. Sergio Enrique Valle Ríos

Asesor

Agradecimiento:

Agradezco a Dios todo poderoso por darme la salud y la sabiduría necesaria en el trayecto de mi vida; así poder lograr culminar una meta más, por poner en mi camino a las personas idóneas que me ayudaron a lograr hacer realidad mi sueño, tales como mis correctos docentes de la casa de estudios Uladech Católica que me cobijó durante mi formación profesional, a mi asesor el Mgtr Sergio Enrique Valle Ríos

Dedicatoria:

Dedico esta investigación a mis adorados padres quienes supieron brindarme en todo momento el ánimo necesario para continuar mi camino, por estar siempre a mi lado, y que su fortaleza y valentía me han servido de ejemplo a seguir.

RESUMEN

La presente investigación titulada como relación entre clima social familiar y desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016. Tuvo como principal objetivo desencadenante en la investigación Determinar la relación del clima social familiar y desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016, para determinar dicho objetivo se trabajó en base a una investigación de Tipo Cuantitativo, con nivel Descriptivo – Correlacional, la población estuvo constituida por todos los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA del grupo de ayuda mutua (GAM) cuya muestra estuvo conformada por 98 pacientes que en aquel momento asistían al grupo de ayuda mutua (GAM), considerándose así como una muestra no probabilística elegida de manera intencional, trabajado con la prueba estadística de Rho de Spearman. Para lograr el alcance del resultado al objetivo, se utilizó como instrumentos, bases en la investigación Escala de Clima Social Familiar (FES) de Rudolph Moos, y el Escala de Desesperanza de Beck (BHS), estos instrumentos determinan el nivel de cada estudiante en ambas variables. Los resultados han permitido determinar la no existencia de una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, por ende, se llegó a la conclusión principal de que existe relación entre Clima Social Familiar y Desesperanza.

Palabras Claves: Clima Social Familiar y Desesperanza.

ABSTRAC

The present research titled as relation of the family social climate and hopelessness in patients diagnosed with HIV / AIDS of the group of mutual aid (district) - district 26 of October - Piura, 2016. It had as main triggering objective in the investigation To determine the relation of the climate social and family despair in patients diagnosed with HIV / AIDS of the mutual aid group (gam) - district October 26 - Piura, 2016, to determine this objective was worked on the basis of a quantitative type research, with Descriptive - the population was composed of all patients diagnosed with HIV / AIDS of the mutual aid group (GAM), whose sample consisted of 98 patients who were currently in the mutual aid group (GAM), considered as a non-probabilistic sample chosen intentionally, worked with the statistical test of Spearman's Rho. In order to reach the objective goal, the instruments used were the Rudolph Moos Family Social Climate Scale (FES) and the Beck Despair Scale (BHS). These instruments determine the level of each student in both variables. The results have allowed to determine the non existence of a statistically significant relationship between both variables, therefore, it was reached the main conclusion that there is a relationship between Family Social Climate and Hopelessness.

Key Words: Family Social Climate and Hopelessness.

ÍNDICE DE CONTENIDO

HOJA DE JURADO EVALUADOR Y ASERSOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRAC	vi
INDICE DE CONTENIDO	vii
INDICE DE TABLAS	viii
INDICE DE FIGURAS	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	10
III. HIPOTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	48
IV. METODOLOGIA	49
4.1. Diseño de la investigación	49
4.2. Población y Muestra	50
4.3. Definición y Operacionalizacion de la variable	52
4.4. Técnicas e instrumentos	54
4.5. Plan de análisis	57
4.6. Matriz de Consistencia	59
4.7. Principios Éticos	60
V. RESULTADOS	61
4.1 Resultados	61
4.2 Análisis de Resultados	69
VI CONCLUSIONES	73
ASPECTOS COMPLEMENTARIOS	74
REFERENCIAS	75
ANEXOS	78

Índice de Tablas

Pág.

TABLA I

Relación entre clima social familiar y desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016.....61

TABLA II

Nivel de clima social familiar y desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016... ..62

TABLA III

Nivel de desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016.....64

TABLA IV

Relación entre la Dimensión Relaciones del clima social familiar y desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016.....66

TABLA V

Relación entre la Dimensión Desarrollo del clima social familiar y desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016.....67

TABLA VI

Relación entre la Dimensión Estabilidad del clima social familiar y desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016.....68

Índice de Figuras

Pág

Figura N° 01

Nivel de clima social familiar y desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016.....62

Figura N° 02

Nivel de desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016.....64

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad llamada la pandemia del siglo, el VIH/SIDA es considerada una de las enfermedades que más estragos ha provocado en pleno siglo XX, más aun en la actualidad constituye uno de los grandes problemas sobre salud mundial. De acuerdo a estimaciones de la OMS (organización mundial de la salud), en los primeros diez años de epidemia se concluyó que existen alrededor de un millón de casos y al menos diez millones de personas infectadas a nivel mundial.

Desde los orígenes, el fenómeno refleja los comportamientos negativos hacia los sujetos que viven con esta enfermedad, y su posterior discriminación dentro del ámbito de interacciones sociales que son propias de la cultura, extendiéndose hasta la actualidad sin cambio alguno, y reduciendo al portador viral de la persona normal y completa que era, a un sujeto cuestionado y discriminado en su valor social. (Licea, 2010)

Desde el momento en que se conoce su diagnóstico médico o durante el proceso de evolución que se padece, se carece de habilidades de afrontamiento, depresión, rabia, y el mismo temor a la muerte que se presentan frecuentemente, que los llevan a tomar comportamientos negativos frente a su padecimiento. (Licea, 2010)

La infección por el virus, traspasa lo privado para incluirse en aspectos de la vida social que impactan en las relaciones tanto familiares, laborales, económicas e inclusive sexuales, que implicaría el desajuste psicológico, que repercute en su autoestima tanto como persona y como familia.

Es por ende que se considera a esta infección la patología más compleja y multifactorial, que es mejor entendida dentro del modelo biopsicosocial.

Los sujetos que viven con la enfermedad no solo deben lidiar con el conjunto de alteraciones tanto fisiológicas, socioculturales, económicas y psicológicas, que unidas constituyen la amenaza potencial a la salud física y mental, además que enfrentan distintos procesos como la falta del acceso a servicios médicos, condiciones no favorables en lo laboral, y el deterioro de las relaciones interpersonales tanto en el empleo como grupo social en el que convive diariamente. (Licea, 2010)

En otro ámbito como el familiar se altera el control de síntomas, interferencia con actividades rutinarias y cotidianas, interacción con profesionales de la salud y hospitalario, aumento del deterioro de la autoestima, estrés, ansiedad, relaciones de discriminación social, sometimiento que vivencia una vez conocido a los portadores del virus.

Los sujetos que encuentran en un marco donde prevalece tanto la incertidumbre como la desesperanza, una muestra de ello, es que los pacientes evidencian mayor deterioro de la autoestima, en comparación a muestras de población sana. Sobre todo aquellos que el virus se contagiaron a través de la vía sexual, quienes enfrentan se enfrentan no solo a complicaciones infecciosas, sino emocional, reaccionando inmediatamente con niveles elevados de inestabilidad, coraje y hostilidad hacia el resto, consecuencia del impacto que sufren.

El temor a un contagio aparece también en la experiencia familiar manifestada a través de conductas obsesivas de aseo, con el aislamiento del paciente y evitamiento al contacto físico (Kendall et al., 2004). Existen otras fuentes de estrés para un paciente en base a relación familiar, el sentimiento de culpabilidad por padecer la

enfermedad, sensación de vergüenza, evitamiento de expresiones emocionales e inclusive sobreprotección del paciente. (Owens, 2003)

El rechazo y ambivalencia hacia el paciente dentro de la familia, la reorganización para brindar apoyo emocional, instrumental y financiero, en muchas ocasiones la enfermedad origina una mayor cercanía y unión con el paciente, (Stieglitz, 1997; Díaz, 2002).

A través de este proceso, la familia aprende la experiencia, mediante rituales diarios y cuidados sobre la salud del paciente, en medida de prevención de experiencias disruptivas como las hospitalizaciones. (Oumtane, 2001).

Grupo de ayuda mutua (GAM), es una ONG reconocida y validada tanto socialmente a nivel regional, nacional e internacional que contribuye a la mejora del nivel de organización de las personas que viven con la enfermedad, e implementan estrategias como prevención adecuada en base al contexto de la región.

Cuenta también con un albergue transitorio para sujetos con VIH/SIDA, en situaciones de extrema pobreza, abandono y se ha consolidado como la red de voluntariado y profesionales de la salud a nivel regional, que brindan ayuda a lograr los objetivos de la institución.

En la actualidad cuenta con una población diagnosticada y tratada con retrovirales de gran actividad (TARGA), un promedio de 170 personas, de los cuales, en el curso de la enfermedad, han intentado suicidarse, que inclusive algunos han llegado a obtener la muerte. Tanto los sujetos que han sido diagnosticados con VIH e inclusive en la fase de SIDA, han mantenido la idea de suicidio, tal vez por falta de

información sobre la enfermedad, y sobre toda la cura, recurren a su única salida, creyendo que es el suicidio, antes de recibir la discriminación familiar y social.

Es por tal que la idea del suicidio es un síntoma que se origina de manera frecuente en pacientes con la infección, incluso en algunos estudios epidemiológicos demostraron que los sujetos con VIH, tienen mayor tendencia de suicidio que los demás (McKegney 1993).

A nivel mundial, como Africa cuenta solo con el 11% de la población, cuenta con las dos terceras partes del total de casos a nivel mundial, con cerca de 23 millones de personas viviendo con VIH y el 75% de los casos mundiales de VIH en mujeres.

En el 2012, 800 mil personas se suicidaron en todo el mundo, sin contar aquellos que lo intentaron y no lograron su cometido. Cuatro países de América del sur: Uruguay, Chile, Bolivia y Argentina son los únicos que superan el promedio mundial de 11,4%. Situando a Perú como el segundo País de América del sur con menor porcentaje suicida.

En el PERU, los casos de diagnóstico se dieron en 1983, que hasta el 2016, se han reportado 50,199 casos de infección por VIH, y 30,416 casos de SIDA, se desconoce cuáles son las características tanto clínicas como epidemiológicas de los pacientes fallecidos por VIH/SIDA en nuestra localidad (MINSa, 2015).

De hecho, la ideación suicida es un síntoma que aparece con relativa frecuencia entre los pacientes con infección por VIH. A las personas infectadas y diagnosticadas con el VIH se les aislaba debido a que no existía cura ni tratamiento para dicha enfermedad y por lo tanto aquellas personas que padecían la enfermedad eran satanizadas y muchas veces marginadas, discriminadas, por la sociedad en sí

y lo que es más doloroso aun, que, por sus propios familiares, ayudando a que la persona llegue a una Ideación suicida. Ayuso, (1997).

La ideación de suicidio es uno de los síntomas que emerge con frecuencia relativa en pacientes con la infección, a estos sujetos infectados y diagnosticados con la enfermedad antiguamente les aislaba por motivo que no existía tratamiento ni cura, muchas siendo marginados y satanizados, discriminados tanto por la sociedad y la familia, ayudando al proceso de ideas suicidas. (Ayuso, 1997)

En el ámbito tanto social como familiar, no existe comprensión para los sujetos infectados por el virus, tal vez por desconocimiento e inclusive por prejuicios, estigmatizados y discriminados, generando como consecuencias devastadoras en la persona, y su predisposición a la cooperación de toma de medidas necesarias para protegerse ellos mismos, aumentado el contagio en otras personas (Gerardo Soler, 2005).

Existen familias que desconocen la manera de como es el trato a los sujetos diagnosticados con VIH, padeciendo miedos y actuando de manera errónea en cuanto al trato y área que se le proporciona a la persona infectada.

En la actualidad los sujetos infectados por VIH, tienen la esperanza de sobrevivir con la enfermedad y mantener un estado de conservación de la salud, en la actualidad es posible encontrar una mejor atención para las personas, no solo por instituciones públicas sino por la propia familia y sujetos de su entorno.

En esta investigación se trató de determinar o establecer aquella relación que podría existir entre clima social familia y desesperanza en sujetos infectados por VIH/SIDA, para esto es importante conocer las posibles causas que originarían este

tipo de conductas para así buscar solucionar o brindar soluciones coherentes y la mejora del trato familiar y la convivencia del sujeto infectado dentro del seno familiar.

Debido a la situación problemática descrita anteriormente, se planteó la siguiente interrogante, ¿Cuál la relación entre el Clima Social Familiar y desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016?

Al determinar el enunciado, se plasmó un objetivo general el Determinar la relación del clima social familiar y desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016.

Desde el objetivo general se desglosaron objetivos específicos, Describir el Clima Social Familiar en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016

Describir los niveles de desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016

Identificar la relación entre la dimensión relaciones del clima social familiar y desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016

Identificar la relación entre la dimensión desarrollo de clima social familiar y desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016

Identificar la relación entre la dimensión estabilidad del clima social familiar y desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016

VIH/SIDA es una pandemia de continuo crecimiento igual al número de casos que se estiman por personas que viven con la enfermedad, la distribución de casos en el mundo es muy marcada las diferencias a nivel regional, en América Latina, la epidemia aumento en un constante progreso, con 1.6 millones de sujetos infectados, actualmente 100,000 nuevos casos, y 58,000 de muertes en el transcurso del año 2017, el tercio de los casos se concentran en Brasil siendo las prevalencias más altas observadas en ciertos países como Centroamérica y el Caribe, en nuestra localidad la tasa de mortandad es alta, los sujetos van falleciendo por el diagnóstico y por la falta de seguimiento del tratamiento adecuado, las personas infectadas no se les brinda la información suficiente sobre la enfermedad, y a esta manera va asomándose las ideas suicidas, dentro de los ámbitos de las áreas del diagnóstico y el proceso que pasa la persona infectada.

La investigación se centró en un aspecto importante en cuanto a la desesperanza de las personas que presentan la infección por VIH, ya que cada 40 segundos, un sujeto se quita la vida a nivel mundial, y el suicidio pasa a ser considerado la segunda causa en sujeto que oscilan entre los 15 y 29 años, (OMS, 2016).

De esta manera permitió brindar mejores luces a nivel de conocimiento del problema que se evidenció, que fue conocer la relación que existía entre el clima social familia o características familiares de las personas infectadas, la relación

familiar servirá de modelo para favorecer y mejorar su salud, así de esta manera buscó mejorar el clima familiar de los pacientes con VIH.

De tal manera se buscó la sensibilización y brindar información a la familia con su importancia del trato que se le brinda al sujeto infectado.

La presente investigación se hizo evidente frente a la magnitud de la problemática existente en el país, y la ciudad de Piura, teniendo como único fin la toma de conciencia a los resultados que provocaría el inadecuado nivel de clima familiar y su importancia en el estado emocional y personal de los sujetos que presentan el diagnóstico.

Lo que se esperó en esta investigación es la utilidad para indagar más a fondo y ampliamente en la población.

La presente investigación se encontró estructurada en una perspectiva cuantitativa, la exploración es de tipo descriptivo - correlacional, llegando a la conclusión que existe relación entre clima social familiar y desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016

El trabajo se presenta estructurado y ordenado en: El capítulo I contiene la introducción de la Investigación, el planteamiento donde se expone la realidad problemática, la formulación de problema, los objetivos y la justificación.

El capítulo II contiene la Revisión Literaria, los antecedentes encontrados en base a la materia de estudio, las bases teóricas de ambas variables a estudiar. El capítulo III contiene las hipótesis de las cual se generan una hipótesis general y específicas.

El capítulo IV contiene la metodología la cual indicara el tipo y nivel de la investigación, el diseño, población, muestra, criterios de inclusión y exclusión, definición y operacionalización de las variables, la ficha técnica de los instrumentos, el procedimiento que vamos a seguir en la investigación y el plan de análisis.

El capítulo V contiene los Resultados de las variables aplicadas, el análisis de los resultados y contrastación de hipótesis. El capítulo VI Presenta las conclusiones a las que se arribaron a partir del análisis de resultados, además de los aspectos complementarios, referencias bibliográficas y los anexos.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes Internacionales

BELALCÁZAR, P (2017) Estudio de las relaciones entre autocontrol y desesperanza en adolescentes entre 12 y 18 años víctimas de trata de personas por fines de explotación sexual comercial infantil y violencia, acogidas en la “fundación nuestros jóvenes”. El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la correlación que existe entre las dos variables en estudio: Autocontrol y Desesperanza, realizado a un grupo de nueve participantes protegidas en el Hogar de Acogida de la Fundación Nuestros Jóvenes. Se procura desarrollar teóricamente cada una de las variables. Se utilizaron encuestas Ad- Hoc diseñadas por la autora para evaluar desesperanza aprendida, explotación sexual comercial infantil, trata de personas y convivencia inadecuada, además del Cuestionario de evaluación de Autocontrol para niños y adolescentes (CACIA). Se presentan los resultados obtenidos en cada uno de los test y encuestas que se realizaron a las participantes y sus debidas conclusiones con respecto a los mismos.

Quintanilla et. al. (2016) realizaron una investigación sobre desesperanza y tentativa suicida. El trabajo contó con la participación de 78 pacientes del Hospital Civil de Guadalajara y a su vez con un grupo de referencia que lo conformaban 89 15 personas que no exhibían tentativa suicida de ningún tipo; a los dos conjuntos se les designó la Escala de Desesperanza

de Beck, más un cuestionario sociodemográfico sólo al grupo experimental para establecer elementos ligados a la conducta suicida. De los pacientes con tentativa suicida, el 78% presentó niveles de desesperanza frente al 38% del grupo de referencia; siendo ampliamente significativas las diferencias encontradas. También, se analizó los factores de desesperanza encuadrándolos por porcentajes, siendo en el grupo de tentativa suicida 52% cognitivo, 41% motivacional y 6.5% afectivo; en tanto al grupo de referencia, 47.1% cognitivo 29.4% motivacional y 23.5% fue cognitivo – afectivo.

Kuo, Gallo y Eaton (2015) en su trabajo titulado “Desesperanza, depresión, trastorno de sustancias y tendencias suicidas” descubrieron que la desesperanza predijo apropiadamente al suicidio, intento e ideación suicida. En un estudio basado en el seguimiento a más de 3000 personas durante 13 años, tomando en cuenta también otros criterios importantes; los implicados que evidenciaron desesperanza al comienzo del estudio poseyeron un riesgo de 11,2 veces mayor de presentar un suicidio netamente consumado en los 13 años de seguimiento. De la misma forma, la desesperanza asociada con la ideación suicida se reveló más firme y constante que entre ésta y la depresión o abuso de sustancias psicoactivas

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Díaz G. y Yaringaño J. (2017). 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.

Baldeón, N. (2016). 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 estigmatización 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.

Conde, P. (2016) “Desesperanza e ideación suicida en pacientes del área de psiquiatría de un hospital de la ciudad de Chimbote.” El presente estudio

tiene como fin identificar la relación entre las variables de desesperanza e ideación suicida en pacientes derivados al servicio de psiquiatría de un hospital de Chimbote. La investigación fue de diseño no experimental, de tipo correlacional, de corte transversal, orientada a determinar el grado de relación entre las variables, donde se tuvo como muestra a 97 pacientes de un hospital de Chimbote; el instrumento utilizado para el trabajo descrito fue la Escala de Desesperanza de Beck (EDB), adaptada por Aliaga et. al. (2006), y la Escala de Ideación Suicida de Beck (EIS), adaptada por Eugenio y Zelada (2011). Para la obtención de los resultados se utilizó frecuencias, porcentajes para describir las características de la variable y el coeficiente de fiabilidad de Cronbach para obtener la validez interna de la escala aplicada. Para el análisis de la relación entre ambas variables se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, donde se encontró una relación de 0,44 evidenciando que no existe relación entre ambas variables pero se resaltó la correlación entre algunas de las dimensiones de ambas pruebas; presentando así el 74.2% de la población estudiada un nivel alto de desesperanza y el 75.3%, ideación suicida.

2.1.3 Antecedentes Locales

Arrieta, D. (2016) RELACIÓN ENTRE CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VIH DEL HOSPITAL SANTA ROSA DE LA CIUDAD DE PIURA 2015. La presente 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. El estudio 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.

Palacios, M. (2015) Relación del clima social familiar e ideación suicida en las personas con VIH del centro de ASPOV - Piura - 2014. La presente investigación se realizó con la finalidad de determinar la relación entre el clima social familiar e ideación suicida en las personas con VIH del Centro Aspov- Piura, 2014. La metodología de estudio fue de tipo descriptivo – Correlacional, con una muestra de 73 personas pertenecientes al centro. Los instrumentos utilizados en dicha investigación fueron: cuestionario de R.H MOOS (clima social familiar), la cual está conformada por 90 ítems, las cuales se agrupan en 10 subescalas que definen 3 dimensiones fundamentales: Relación, Desarrollo y estabilidad, relacionándose con la escala de Ideación Suicida de Aarón Beck, la cual está conformada por 4 componentes: Actitud hacia la vida o muerte, pensamiento deseos de suicidio, proyecto de intento

suicidio y desesperanza. Los datos fueron procesados estadísticamente con la escala de correlación de Pearson. Llegando a la conclusión que sí existe relación significativa entre ambas variables, Que el nivel del clima social familiar se encuentra en una categoría “Promedio” en una en las personas con VIH del centro de Aspov, el nivel de ideación suicida es “Bajo” en las personas con VIH del centro de Aspov, Que sí existe relación significativa entre las dimensiones: Relación, desarrollo y estabilidad de clima social familiar y la ideación suicida.

Campoverde, M. (2016) RELACIÓN ENTRE CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES. CAM – PIURA, 2015. El presente estudio tiene como finalidad determinar si existe o no relación entre el clima social familiar y depresión en adultos mayores en el CAM – Piura año 2015. Para su realización se contó con una población total de 100 adultos mayores inscritos formalmente en el CAM-Piura; utilizando un diseño de tipo descriptivo correlacional. Los instrumentos que se utilizaron fueron la Escala del Clima Social Familiar de R.H Moss y la Escala de la Auto medición de la Depresión de Zung y Zung. Los resultados generales de esta investigación revelan que Existe una correlación muy significativa entre el clima social familiar y la depresión en los adultos mayores del CAM. Así mismo se evidenció un nivel bajo de clima social familiar 54%, los resultados en la variable depresión evidencian que existe depresión situacional en un 45%, del mismo modo existe correlación en la dimensión relación y desarrollo , en la dimensión estabilidad no existe relación debido al nivel de significación menor.

2.1 Bases Teóricas

2.1.1 Clima Social Familiar

2.1.1.1 Definiciones

Moos, (1996), definió al clima social familiar como la situación social en la familia constituida por tres dimensiones fundamentales y cada una por elementos que se componen por:

Cohesión, expresividad, conflicto, autonomía, intelectual-cultural, social recreativo, moralidad-religiosidad, control y organización. (Calderón y De la Torre, 2006)

Perot (1989) y Ponce (2003) consideraron 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) considero que la manera en que los padres educan a sus hijos dentro del ámbito familiar crean un clima 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. (Calderón y De la Torre, 2006)

Para Rodríguez, R. y Vera, V. (1998), asumieron que la definición de clima social familiar es el resultado de sentimientos, actitudes, normas y formas de Comunicarse que lo caracterizan cuando los

componentes de la familia se encuentran reunidos.

Según Minuchin (1986), la familia es un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que es regulado por reglas y funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior.

Para Palacios y Rodrigo (2003), la familia es la unión de personas que comparten un proyecto de vida existente en común, que se quiere duradero, en el que generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicha unión, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad e independencia.

Bubolz y Sontang (1993), definieron a la familia como la única que se centra en los seres humanos como organismos tanto biológicos como sociales en interacción con su ambiente.

A lo que las familias son conjuntos interdependientes que están orientadas por un contexto y a la vez influyen en el ecosistema. Un ecosistema familiar está formado por la familia, escuela, barrio, iglesia, área de trabajo, entre otros.

2.1.1.2 Características del Clima Social Familiar

Rodríguez y Torrente (2003), refirieron que el clima social familiar tiene las siguientes características:

- Para que exista un buen clima social familiar los padres debe estar siempre en comunicación con los demás miembros de la familia.
- Los padres deben mostrar tranquilidad y estabilidad con su comportamiento hacia el niño.
- Los hijos deben siempre respetar a sus padres.
- La madre debe tener una autoridad bastante marcadas. No debe mostrarse ansiosa.
- No proteger a los hijos de manera excesiva, no deben darse el lujo de permitir la crisis económica aguda que recaiga en la familia.

2.1.1.3 Componentes del Clima Social Familiar

Moos y Trickett (1993), consideraron al clima social familiar como el conjunto de tres dimensiones denominadas como relaciones, desarrollo y estabilidad, que están definidas a su vez por diez sub dimensiones que se están demostradas a continuación:

Relaciones: es la dimensión que mide el grado de comunicación, la libertad de expresión que tienen dentro del ámbito familiar y el grado que interactúan conflictivamente que lo caracteriza, que a su vez se encuentra conformado por:

Cohesión: grado de compenetración y apoyo que tienen entre si los miembros del grupo familiar.

Expresividad: libertad de expresión de los sentimientos, opiniones y valoraciones de los miembros de la familia.

Conflicto: expresión abierta de la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros familiares.

Desarrollo: evaluación de la importancia que tienen dentro del ámbito familiar los procesos de desarrollo personal que son fomentados o no por la vida en común, integrado por las siguientes áreas:

Autonomía: grado de seguridad de si mismos, independencia y la toma de decisiones propias de los miembros de la familia.

Area de Actuacion: grado de definición de las tareas que enmarcan la estructura de acción y competición.

Intelectual – Cultural: intereses políticos intelectuales, culturales y sociales.

Social Recreativo: participación en las distintas actividades de esparcimiento.

Moralidad – Religiosidad: grado de participación en las distintas tareas de esparcimiento.

Estabilidad: brindan información sobre la estructura y organización familiar y control que ejercen los miembros de familia sobre otros.

Organización: importancia en el hogar con una clara organización y planificación de tareas y responsabilidades.

2.1.1.4 Funciones de la Familia

Dugui y otros (1995) consideraron las funciones que la familia cumple son las siguientes:

- El aseguramiento de la satisfacción de la necesidad biológica del infante y su completar la inmadurez de la capacidad del modo apropiado en cada etapa de su evolutivo desarrollo.
- Enmarcar, dirigir y analizar el impulso del infante con el objetivo de que llegue a ser un sujeto integrado, estable y maduro.
- Enseñar el rol básico, valor de la institución social, manera de comportamiento propio ante la sociedad en la que vive.
- Transmitir habilidades adaptativas de cultura, donde incluye el lenguaje.

2.1.1.5 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.

2.1.1.6 Influencia del Clima Familiar

De la Cruz Romero (1998), sostuvo que el clima social familiar influye de modo decisivo en la personalidad, las relaciones entre miembros de la familia se determina valores, actitudes, afectos y la manera de ser que el hijo va asimilando desde que nace, así, un clima social familiar positivo y constructivo propicia el desarrollo adecuado y feliz de sus miembros y un clima negativo con modelos inadecuados, favorece comportamientos desadaptados que evidencian carencias afectivas importantes.

La familia es la principal influencia socializadora sobre los adolescentes, por ser el más importante transmisor de conocimientos, valores, comportamientos, roles y hábitos, que la generación pasa a otra, sin embargo, lo que los adolescentes aprenden de los padres depende en parte del tipo de personas que sean los padres (Alarcón y Urbina, 2001).

La contribución más importante que los padres pueden hacer a sus hijos es formar un hogar feliz en el que pueden 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.

2.1.1.7 Interacción Familiar y Conducta Antisocial

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 (Hirschi, 1969), una relación estrecha entre los progenitores y sus hijos explicaría que las actitudes y opiniones de los padres fuese tenidas en consideración por los hijos en sus actuaciones y favorecería su identificación emocional con ellos.

En aquellas familias, en la que estos lazos no son afectivos 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 (Vazsonyi, 1996).

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 de en qué se favorece el correcto desarrollo de los hijos; (fomentando su autonomía, el interés por actividades intelectuales, culturales, sociales, recreativas y su desarrollo moral) (Torrente, 2003).

2.1.2 Desesperanza

Es un constructo de creciente difusión que cuenta con un limitado número de definiciones, considerada como el estado de actitud y percepción que la persona tiene sobre acontecimientos venideros, de manera que condicionan y orientan el comportamiento del sujeto sobre el quehacer, planteando como desesperanza aprendida el resultado de un proceso valorado en el momento bajo situaciones determinadas de cambio positivo y negativo (Quintanilla y otros, 2003).

La desesperanza es considerada como el estado psicológico que se origina por las situaciones percibidas como incontrolables y no pueden ser cambiadas, incontrolable ya que genera desesperanza.

Este estado produce un rápido deterioro que impide la respuesta de una forma adaptativa en una simulación traumática o inicio de respuestas voluntarias en el ejercicio del control de la situación incluso dificulta el aprendizaje de la persona en una respuesta eficaz, cuando lo haya sido. (Vinaccia y otros, 2004)

Para Cabrera (2004), se basa en la necesidad de controlar nuestro entorno o por lo menos considerar que tenemos dominadas nuestras acciones, la pérdida de creencias de dominación de nuestro entorno, nos origina indefensión o deestructuración tanto de orden cognitivo y emocional; el ser humano, sea hombre o mujer, tiene la necesidad de percibir su realidad en términos de control de las situación de su alrededor dentro de la percepción de control que estaría situada la necesidad de orden, el orden cognitivo surge por la necesidad de control sobre su medio.

Un evento es controlable por un comportamiento cuando la probabilidad de aparición o cese puede ser modificada con la emisión u omisión del comportamiento, en resultado, una persona se enfrenta a una situación que es independiente a sus respuestas, aprende a que esa situación no se encuentra bajo su dirección, apreciación tan obvia, base de toda teoría.

De esta manera el aprendizaje de las situaciones provocaría la generalización de dichos comportamientos en la conducta cotidiana con la disminución de la capacidad cognitiva, motivacional y emocional, lo cual se traduce en la tendencia de no poder mejorar las cosas, en el ámbito cognitivo una vez que el hombre experimenta la incontrolabilidad, es difícil aprender que la respuesta ha sido eficaz, cuando realmente aun lo haya sido, en cambio la desesperanza distorsiona la percepción de control o el poder sobre las situaciones.

Seligman, definió a la desesperanza como la intensa frustración originada por el déficit motivacional, cognitivo y emocional, que el sujeto reacciona por debajo de lo que se espera. La condición aprendida del alrededor, se origina en el pasado y se generaliza en el futuro, donde altera el sentido de previsión y planificación, agudiza la resignación y el fatalismo.

2.2.2.1 Teorías del Aprendizaje asociadas a la adquisición de la Desesperanza

a. Teoría Conductista

El conductismo percibe el conocimiento a través del comportamiento, como la manifestación de los procesos mentales internos, aunque estos son manifestaciones desconocidas.

Skinner busco reflejar el aprendizaje en términos de resultados, es decir, comportamiento observable. Se encuentra directamente relacionado a la presentación del estímulo agradable o dañino facilita o impide el origen la acción a futuro. Estos estímulos son conocidos como refuerzos y castigos, en la actualidad son vinculados a la vida académica y formativa de los sujetos, en todo caso su influencia está más que demostrada.

Las críticas al conductismo se basan en el hecho que determinados tipos de aprendizaje solo proporcionan la descripción cuantitativa del comportamiento y no permiten el conocimiento del estado interno en el que el sujeto se encuentra ni los procesos mentales facilitan o mejoran el aprendizaje (Puente, 1995).

b. Teoría Social Cognitiva

Teoría planteada por Albert Bandura, en su inicio se llamó teoría del aprendizaje social, para ser denominada en los años 80' como

cognitivo social. Sustenta la importancia de la observación y su imitación, como los factores cognitivos subyacen a estos, donde orientan al sujeto hacia la adquisición de la conducta.

La expresión de los factores cognitivos refiere la capacidad de reflexión y simbolización, prevención de consecuencias que se basan en procesos de comparación, generalización y auto evaluación, donde el comportamiento depende al ambiente, así como también de los factores personales.

Se puede delimitar el requisito principal para alcanzar el aprendizaje que el sujeto observe a otro, mientras este lleva a cabo un comportamiento determinado, más adelante el modelo recibió la recompensa visible por la ejecución, el que observa manifiesta el comportamiento nuevo cuando se le proporcione la oportunidad para hacerlo, por lo tanto la conducta no se desarrolla gracias a lo que aprende el sujeto por medio de condicionamiento operante y clásico sino lo hace a través de la observación y la representación simbólica de los sujetos y situaciones, gracias al aprendizaje vicario (Feldman, 1995)

Otra investigación plantea la influencia de conceptos planteados tanto del conductismo como del aprendizaje social, ambos dentro del entorno familiar, es decir, la percepción negativa de las situaciones y de las capacidades propias son transmitidas, reforzadas y asumidas en el seno familiar.

2.2.2.2. Modelo Teórico de la Desesperanza y su aplicación al comportamiento humano

La Desesperanza, constituye una concepción teórica centrada en la percepción negativa de las propias capacidades en relación a las situaciones del entorno. El modelo, fortalece la idea de que la interacción con el medio, muchas veces aversivo, es el origen del aprendizaje de cogniciones y actitudes desadaptativas que sin embargo no determinan por si solos la condición de desesperanza.

Dicha condición requiere de la aceptación cognitiva – volitiva del individuo, de su tendencia a considerar los sucesos como dañinos y permanentes, influyentes sobre los diversos aspectos de la vida y por lo general de responsabilidad absolutamente personal.

La aplicación de este modelo, cobra mayor vigencia a partir de los estudios de Donald Hiroto, quien en 1971 desarrollo un experimento siguiendo los parámetros de los utilizados en animales. Primero llevó a un grupo de personas a una habitación, hizo funcionar un artefacto que producía un fuerte ruido y les encomendó como tarea descubrir que debían hacer para que el sonido cesara. Los sujetos probaron una serie de combinaciones factibles de realizar con un teclado que se encontraba en el ambiente, pero a pesar del esfuerzo no dieron con la clave. El panel

estaba dispuesto de tal manera que ninguna combinación resultara efectiva. Se llevó a un segundo grupo el cual, si tuvo la posibilidad de acallar el ruido, si obtenían la clave. El tercer grupo dirigido al ambiente nunca oyó ningún tipo de sonido. Después Hiroto llevó a la gente a otro ambiente en el que tras una sencilla combinación las personas podían interrumpir el ruido. Los resultados denotaron que la mayor parte del grupo que anteriormente no tuvo oportunidad de silenciar el ruido, frente a esta situación simplemente opto por evitar la búsqueda de soluciones. Aparentemente habían asumido una actitud desvalida frente al evento.

Adicionalmente se descubrió que el diez por ciento de las personas que no estuvieron sometidas a ningún ruido también mostraban una actitud pasiva, contrapuesto esto al hecho de que unas de cada tres personas seguían buscando soluciones a pesar de que inicialmente no las hallaron. (Seligman, 2004).

2.2.2.3. Dimensiones de la Desesperanza

Las personas que tienden a rendirse con facilidad ante eventos valorados como adversos, suelen referirse a dicha situación en términos de culpa personal, imposibilidad de superación y limitación en la mayor parte de acciones que comprenden el accionar diario. Estas palabras suelen ser algo más que una mera explicación del hecho o una expresión específica del malestar emocional, por lo general representan una forma de pensar, un

modelo de creencias interiorizado durante la infancia y adolescencia. Su explicación de los hechos deriva de la opinión que tienen respecto a su posición en el mundo, indican un grado de minusvalía y dependencia frente a su entorno. Son tres las dimensiones que comprende la Desesperanza, las cuales coexisten en mayor o menor grado, estas son la permanencia, la amplitud y la personalización.

a. La Permanencia

Aquellas personas que se dan por vencidas desde el inicio tienden a estar convencidas de que los contratiempos que les ocurren persistirán en el tiempo. Los que resisten al desamparo creen que las causas de los contratiempos son temporales. Si se considera las cosas en términos de siempre y de nunca, y además se les confiere características duraderas, se puede afirmar que el pesimismo es valorado como permanente. Por el contrario, si se piensa en términos de algunas veces y de últimamente, se hace factible situar a los malos momentos bajo condiciones transitorias (Seligman, 2004).

b. La Amplitud

Mientras que la permanencia hace referencia al tiempo, la amplitud se centra en el alcance. Es evidente que algunas personas pueden superar problemas y seguir con su vida, incluso cuando un aspecto muy importante de ella, como sería el caso

del trabajo o la vida amorosa este en situación precaria. Sin embargo, otras se estancan en las dificultades, para ellas todo suele ser catastrófico. Las personas que formulan explicaciones universales para sus fracasos se rinden ante cualquier contratiempo que tengan que enfrentar. Las que tienen explicaciones específicas pueden sentirse desvalidas en esa parte de sus vidas, sin dejar de tener ánimo para afrontar todas las demás (Seligman, 2004).

c. La Personalización

Cuando nos ocurre algo, con cierta frecuencia tendemos a centrar la responsabilidad de forma absoluta en nosotros mismos o solo en los demás. Los que se ubican como únicos responsables de los hechos, negando con esto la injerencia de elemento externos, tienden a tener la Autoestima baja. Los que son capaces de asumir responsabilidades, sin que esto los convierta en los únicos causantes de manera recurrente, tienden a asumir conductas más adecuadas y un mejor estado anímico. En líneas generales, son capaces de aceptar las consecuencias de sus actos sin que esto signifique una visión totalmente negativa de sus capacidades y desempeño (Seligman, 2004).

2.2.2.4 Terapia Cognitiva de Beck

Formuló que la desesperanza, se muestra como el canal entre la variable depresión y la conducta suicida, que se explica el primer

indicio para que la desesperanza conlleve a un comportamiento suicida.

La desesperanza se origina en conclusión como una constante que une a la depresión y la intención suicida, ya que la desesperanza se muestra como el mejor predictor del suicidio que la depresión en sí, pues probablemente los sujetos son más propensos a suicidarse que cuando no ven la manera de escape de la agonía psicológica.

La llamada teoría de desesperanza de la depresión o depresión por desesperanza, que fue planteada por Abramson y Metalsky (1998), concluyeron que los sujetos que desarrollan estilos diferenciales negativos tienen un grado elevado al desarrollo de la sintomatología depresiva (depresión por desesperanza), cuando pasan por situaciones negativas trascendentales frente a sujetos que no poseen ningún estilo mencionado.

Beck (1987), refirió basándose en la triada cognitiva que la percepción del mundo, futuro y a si mismo de forma perjudicial, la teoría sacaría a flote los pensamientos negativos que forman uno de los eslabones principales en su inicio y la subsistencia de la desesperanza y depresión. Los rasgos que formula es el aplanamiento emocional, tendencia a establecer la semejanza o prolongación entre el hoy y el mañana, donde caería en la monotonía, sin encontrar el antes y el después, un autoconcepto negativo, donde la percepción negativa es más intensa al lograr

algo bueno, esperando no conseguir nada en la siguiente situación o creyendo que su buena suerte es casualidad o no, como recompensa del esfuerzo, que imposibilita la aceptación de situaciones exitosas.

El modelo de Beck, engloba variables como desesperanza y depresión, ahondando tres esquemas responsables de las interpretaciones de los momentos diarios que incluyen tanto creencias y emociones adquiridas en la infancia, y que se activan a sobre manera cuando la persona afronta momentos de estrés parecidos o que se relacionan a aquellas que influenciaron en la formación. Los esquemas denominados en el conjunto como Triada Cognitiva, son:

- Visión negativa de sí mismo.
- Visión negativa del mundo.
- Visión negativa del futuro.

El procesamiento de la información incluye a las tres alteraciones que se transforman en el paradigma personal hasta lo negativo.

2.1.3 El riesgo de la desesperanza

Como refiere Josef Pieper, la esperanza se pierde por la falta de grandeza ánimo y humildad, la grandeza de ánimo origina en los hombres decidirse por la mejor posibilidad entre las posibles, impulsándolos a las demás virtudes. La humildad coloca a la esperanza antes sus propias posibilidades, previene la realización falsa y ayuda a la auténtica realización.

La desesperanza es como una senilidad del espíritu y la presunción es lo contrario, como una especie de infantilismo espiritual.

No se refiere a la desesperanza como estado de ánimo en que se cae, sino como un acto voluntario por el que el hombre desdeña algo a lo que podría aspirar. Porque quien tiene esperanza, lo mismo que quien tiene dudas, puede adherirse o no a la esperanza o a la duda que de modo natural se les presenta, y eso es lo que hace que las personas podamos construir nuestro carácter de acuerdo con lo que nos parece que debemos ser, y no nos limitemos a abandonarnos a nuestras reacciones espontáneas.

El origen de la desesperanza está en la pereza, no se llega de manera repentina sino paulatinamente con la dejadez, con origina tristeza y paraliza, descorazona y refuerza la dejadez en el círculo vicioso.

Quizá tal vez no es en vano cuando se dice que la ociosidad es la madre de todos los vicios, superar la pereza no solo basta con labora y diligenciar, sino el fomento de la grandeza de ánimo y optimismo.

2.1.4 Impotencia y desesperanza.

Conocer al paciente que buscamos apoyar, dentro de nuestra profesión ayudara a comprender la necesidad en salud, conocer al paciente, se convierte es una frase hecha dentro de la psicología contemporánea, para así entender el estado del paciente en términos de salud, valores, creencias y comportamientos junto con los determinantes de salud e influencias externas, forman el punto de partida en la valoración de las necesidades de salud.

a) Desesperanza

NANDA, define la desesperanza como el estado subjetivo en que el paciente percibe poca o ninguna alternativa, o elecciones personales, y se es incapaz de movilizar la energía en su provecho.

Las características que la definen se señalan para el diagnóstico como:

Pasividad.

Disminución de la verbalización: disminución de las emociones como desesperanzado, “no puedo”, suspiros, cerrar los ojos, anorexia, disminución de los estímulos como respuesta, aumento o disminución del sueño, poca iniciativa, falta de cuidados o aceptación pasiva.

disminución de las emociones; claves verbales (contenido desesperanzado,

Los factores más frecuentes serían:

Abandono; restricción prolongada que origina un aislamiento, pérdida de la fe y valoración trascendental, larga duración del estrés, estado físico y psicológico deteriorado, negatividad de la vida.

Calidad de vida, equilibrio emocional, esperanza, estado nutricional, ingestión alimenticia, sueño y toma de decisiones.

b) Impotencia

Percepción donde las acciones propias no varían en significancia el resultado, falta de control en la situación actual o inmediato acontecimiento.

Una baja expresión de incertidumbre en los niveles de energía (pasividad).

Una moderada falta participación tanto en cuidados como toma de decisiones cuando se de la oportunidad de hacerlo, resentimiento, cólera,

culpa, rechazo, manifestación de verdaderos sentimientos, dependencia de otros que podría resultar en irritabilidad, temor a la alineación de los cuidadores, expresión de insatisfacción y frustración en la incapacidad de realización de tareas o actividades previas.

2.1.5 Factores psicosociales relacionados a la Desesperanza

Para Lee y Jung (2012), la explicación de la desesperanza existe un debate continuo acerca de la importancia relativa de los factores de riesgo socio-ambiental a diferencia de los factores de diagnóstico psicológico, no obstante las posturas mencionadas, son de importancia vital para el profesional de salud que entienda cada factor posible que se relacione al comportamiento desesperanzado, sobre todo a los que permiten una mayor predicción de la conducta.

Los factores relacionados se identifican a la desesperanza que responde a una necesidad de prevención, implementa la detección temprana y oportuna de los pacientes con la enfermedad.

a) Funcionamiento Familiar

Se define de acuerdo a las distintas pautas de interrelación que se establecen los miembros de un grupo familiar, esto se encuentra mediado o matizado por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí, y su relación con el grupo en conjunto. De acuerdo a ello, la familia es funcional cuando contiene la adaptabilidad a determinados cambios, crisis y conflictos y adecuar los roles, actitudes y normas para hallar soluciones viables a la situación problemática.

La familia que es funcional se caracteriza por tener la capacidad de afrontar los distintos cambios que se originan por un lado en la etapa del ciclo vital y otro por las situaciones determinadas que son capaces de producir tensión.

Para las familias de los pacientes con VIH/SIDA, exhiben menor afecto y cohesión familiar, describiéndolo como una desorganización y conflictos familiares como el factor importante para el desarrollo del sujeto con comportamientos autodestructivo. Por ejemplo, la falta de una figura paterna, separación conyugal, asociadas a la conducta desesperanzada, los pacientes con VIH/SIDA, que presentan dificultades en el ambiente familiar tienen tendencia a interiorizar los problemas, manifestándolos a través de comportamientos agresivos.

b) Afrontamiento

Distintos autores consideran la importancia de los factores de la personalidad que pueden ser usados para evaluar la desesperanza, y ciertas variables de la personalidad fueron objeto de amplia investigación.

Existen estudios que señalan que los hombres poseerían una respuesta al estrés menos saludable que el de las mujeres, ellos tienen mayor probabilidad de usar estrategias de afrontamiento, de rechazo, como negación, distracción y aumento del consumo de alcohol, y menos probabilidad de emplear estrategias de afrontamiento sano, de prevención y reconocimiento de la necesidad de ayuda.

Pues es así que los hombres niegan su estrés físico o emocional, e intentan ocultar las enfermedades o incapacidades, entre las personas con

desesperanza, por ejemplo, el varón es más probable confiar en el mismo, retraerse socialmente e intenta una solución por sí mismo. (Leal, R. y Vásquez, L. 2012)

Por otra parte, no existe un consenso suficiente para decidir cuál es la estrategia más eficaz, aunque se sugiere que el afrontamiento orientado al problema es más efectivo que el centrado en sus emociones.

c) Autoestima

Su importancia radica en que concierne a nuestro ser, a nuestra manera de ser, al sentido de nuestra manera de estar y actuar en el mundo y de relacionarnos con los demás. Nada escapa al influjo de nuestra autoestima, es decir está presente en el pensar, sentir, decidir y actuar. Si no nos valoramos en lo que realmente valemos, si no reconocemos y apreciamos las cualidades y talentos que realmente poseemos, si no apreciamos con serenidad nuestras limitaciones, entonces seremos presa fácil de la inseguridad y la desconfianza en nosotros mismos; no nos será fácil afrontar y superar los problemas de nuestra vida cotidiana, nos resultará casi imposible emprender proyectos arriesgados, pero accesibles a nuestras posibilidades.

Por otro lado, podríamos fácilmente caer en la tentación de intentar condenados al fracaso, de ahí la importancia del autoconocimiento que es la base para conocer y reconocer los rasgos de nuestro carácter y de nuestras conductas, tanto positivas y negativas, base desde la que nos será posible modificar actitudes irreales, prejuicios y fortalecer nuestros recursos. Es posible señalar, también, que la importancia de la autoestima es que nos

permite dirigirnos hacia objetivos que podamos alcanzar, haciendo uso de nuestras potencialidades, previamente reconocidas y aceptadas dentro de sus limitaciones.

La autoestima es importante en todos los estadios de la vida, de manera esencial en la infancia y adolescencia, ahí juega un papel fundamental en el conocimiento del adolescente como persona.

Pero, lo nuclear de la autoestima es que va más allá de, la aceptación y el aprecio, es el respeto incondicional de la dignidad del ser humano.

Según Palladino, 1992, presenta una guía en su libro titulado “Como desarrollar la autoestima”, guía que sirve y describe una serie de aspectos y condiciones que se sugieren para el desarrollo y mejora de la autoestima en el adolescente, describiendo 10 claves que hacen posible el desarrollo de la autoestima:

- ✓ El amor que es la tarea de suma importancia para amar e interesarse por los hijos, brindando sensaciones de seguridad, pertenencia y apoyo.
- ✓ Hacerles más llevadera las situaciones difíciles de la sociedad.
- ✓ Una disciplina constructiva, otorgando directivas que sean claras e imponiendo límites a los hijos, eligiendo indicaciones positivas.
- ✓ Pasar tiempo con los hijos, jugando, hablando y enseñando a desarrollar el espíritu y un sentido de pertenencia familiar.
- ✓ Priorizar las necesidades de la pareja, estas tienen más éxito de labor como padres cuando se pone en primer lugar el matrimonio, no preocupándose por los hijos estando ocupados, los hogares que en

donde su vida gire alrededor de los hijos no desarrollaran matrimonios ni hijos felices.

- ✓ Enseñar a los hijos las diferencias entre lo que es bueno y lo que es malo, necesitan enseñarse valores y maneras básicas con amabilidad, respeto y honestidad, siendo un modelo personal con valores morales e íntegros.
- ✓ Desarrollar un respeto mutuo, actuando de manera respetuosa hacia los hijos diciéndoles “por favor y gracias”, ofreciendo disculpas cuando se hayan cometido errores, los adolescentes que perciben un buen trato actuaran de la misma manera con los demás.
- ✓ Escucharlos manera en que se les dedique tiempo y una atención completa, dejando de lado las creencias y los sentimientos, entendiéndolos desde el punto de vista de los hijos.
- ✓ Ofrecer una guía, breve y pronunciando discursos sin obligar a los hijos a brindar sus opiniones.
- ✓ Promover la independencia, permitiendo que los adolescentes puedan gozar de libertad y un control en sus vidas.

Se realista esperando a cometer errores, siendo conscientemente de la existencia de influencias externas, como por ejemplo la presión de los pares, aumentando conforme vaya madurando el adolescente, esperando que las cosas vaya siempre bien ya que siempre se ha sabido que la educación de un hijo nunca es fácil.

Los aspectos positivos que refuerzan las posibilidades del adolescente de cara a la vida adulta son:

- Saber con claridad con qué fuerzas, recursos, intereses y objetivos se cuenta.
- Relaciones personales efectivas y satisfactorias. Claridad de objetivos.
- Productividad personal: en casa, en el colegio y en el trabajo.
- Ayudando a los adolescentes a acrecentar su autoestima se pueden inducir situaciones beneficiosas y reforzar así los recursos del adolescente para la vida adulta. Para él es una auténtica necesidad fraguar su identidad y sentirse bien consigo mismo. Si puede satisfacer tal necesidad a su debido tiempo podrá seguir adelante y estar listo para asumir la responsabilidad de satisfacer sus necesidades en la vida adulta. Los cuatro aspectos de la autoestima

La autoestima puede desarrollarse convenientemente cuando los adolescentes experimentan positivamente cuatro aspectos o condiciones bien definidas:

Vinculación: resultado de la satisfacción que obtiene el adolescente al establecer vínculos que son importantes para él y que los demás también reconocen como importantes.

Singularidad: resultado del conocimiento y respeto que el adolescente siente por aquellas cualidades o atributos que le hacen especial o diferente, apoyado por el respeto y la aprobación que recibe de los demás por esas cualidades.

Poder: consecuencia de la disponibilidad de medios, de oportunidades y de capacidad en el adolescente para modificar las circunstancias de su vida de manera significativa.

Modelos o pautas: puntos de referencia que dotan al adolescente de los ejemplos adecuados, humanos, filosóficos y prácticos, que le sirven para establecer su escala de valores, sus objetivos, ideales y modales propios. Pueden descubrirse problemas de vinculación si se presenta alguno de los siguientes comportamientos:

No puede comunicarse con facilidad, es incapaz de escuchar a los demás y comprender sus puntos de vista.

Es tímido, tiene pocos o ningún amigo y elude de forma activa las situaciones sociales; es poco consciente de los intereses o necesidades de los demás.

Habla negativamente de la familia, de su raza o grupo étnico. Rara vez o nunca se ofrece para ayudar a los demás.

No cae bien a sus compañeros.

Resulta incómodo a los adultos o, por el contrario, intenta captar su atención continuamente.

Quiere ser siempre el centro de todo y/o constantemente intenta atraer hacia sí la atención de los demás.

Suele relacionarse más con cosas y animales que con gente; lleva un montón de "porquerías" en el bolsillo y las valora excesivamente.

Tiene dificultades para expresar sus ideas y sentimientos de manera directa y para pedir lo que necesita.

Le molesta tocar a los demás o que le toquen.

Con un adolescente que presenta escasa vinculación debe relacionarse del siguiente modo:

Preste atención a su hijo cuando le necesite. Demuestre afecto en lo que usted diga o haga. Elógiele de manera concreta.

Demuéstrele su aprobación cuando se relacione bien con los demás. Respete sus amistades dándole la oportunidad de que las reciba en casa y demuéstrele que usted las aprueba.

Comparta sus sentimientos con él, que vea cómo le afectan las cosas. Comparta intereses, aficiones y algunas de sus preocupaciones con el adolescente.

Haga de cuando en cuando algo especial que satisfaga sus intereses o necesidades particulares.

Pase algún tiempo solo con él, sin que las necesidades de otros miembros de la familia le sirvan de distracción.

El adolescente con escaso sentido de singularidad se expresará de alguna de las siguientes formas:

Hablará negativamente de sí mismo y de sus logros.

Se enorgullecerá poco o nada de su apariencia.

Demostrará poca imaginación y rara vez propondrá ideas originales.

Hará cosas como se le diga, sin apenas aportar nada de su propia cosecha.

Se sentirá incómodo cuando se le destaque o se le pregunte en clase.

Buscará con frecuencia el elogio, pero cuando lo consiga se sentirá confuso y lo negará.

Hará alardes cuando no sea el momento.

Se adaptará a las ideas de otros. Sigue pero raramente guía.

Tenderá a clasificar a los demás de un modo simple, y es probable que sea crítico con sus características personales.

Cómo relacionarse con un adolescente que tiene problemas de singularidad.

Resalte y reafirme sus dotes y características especiales. Acepte que su hijo adolescente exprese sus propias ideas, anímele a ello, aunque sean diferentes que las que usted tenga.

Transmita su aceptación, incluso cuando haya que censurar su comportamiento.

Descubra aspectos positivos en las ideas o en las conductas no habituales que manifieste, y alábeselos.

Acepte la experimentación por parte de él con distintos trabajos actividades o ideas.

Respete sus puntos de vista, su singularidad, intimidad y sus pertenencias.

Déjele llevar a cabo tareas que supongan responsabilidad, de forma que vaya adquiriendo conocimiento de sus habilidades singulares. Cómo desarrollar la sensación de poder: problemas y soluciones

El adolescente podrá obtener una sensación de poder cuando disponga de las oportunidades, recursos y la capacidad de influir sobre su vida de una forma positiva. Cuando esta sensación esté firmemente desarrollada, se acrecentará su autoestima, pero si no dispone de oportunidades para ejercitar este poder y se le niega sistemáticamente, su autoestima se verá disminuida.

d) Apoyo social percibido

Según Groholt, Ekeberg y Haldorsen, (2008), también se le conoce como soporte social, ya que expresa un sentimiento de pertenencia, especialmente entre iguales, con la sociedad o miembros de la familia.

Avendaño y Barra (2008), los resultados del apoyo social sobre el bienestar y la salud, se conceptualizan desde dos modelos distintos, el primero desde los efectos principales, que sostiene que el apoyo social favorece al bienestar y la salud indistinto al nivel de estrés presentado por el paciente. Por otra parte, el modelo de amortiguación, que sirve como fuente de protección del efecto patógeno de las situaciones estresantes intensos y

prolongados. Indistintamente del modelo adherido la conclusión es que el nivel de apoyo social influye en la calidad de vida del paciente.

Se piensa que los pacientes con VIH/SIDA, fracasan a menudo en la comunicación de la vulnerabilidad emocional hacia otros, inclusive las situaciones de terapia, no les permite obtener un apoyo o soporte social acorde a lo que necesitan (Leal, R. y Vásquez, L. 2012)

2.1.6 La Familia y la desesperanza.

Cuando se es padre de familia la felicidad es grande, más aún cuando se esfuerzan por enseñarles el buen camino para tener una vida feliz.

A través de los años se ha dicho que la familia es lo más importante en la sociedad, pero realmente es otra realidad, realmente esto no es fijo. Las consecuencias ha sido que la familia enfrenta una de las crisis más graves de la historia.

Una crisis que se origina en la pérdida total de valores, el desprecio por la ley, la pérdida de respeto por la vida humana, el menosprecio a la mujer, la indiferencia ante el sufrimiento de los niños, la falta de oportunidades laborales para los hombres, la falta de oportunidades de estudio para los jóvenes, la falta de apoyo para discapacitados y personas de la tercera edad, el hambre de muchos hogares, la delincuencia, la drogadicción, la desesperanza.

III. Hipótesis de la Investigación

3.3.1 Hipótesis General

Existe relación entre el Clima Social Familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016.

3.3.2 Hipótesis Específicas

El nivel de Clima Social Familiar en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016, es Alto.

El nivel de Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016, es Bajo.

Existe relación entre la Dimensión Relación del Clima Social Familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016.

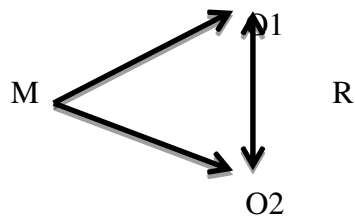
Existe relación entre la Dimensión Desarrollo del Clima Social Familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016.

Existe relación entre la Dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016.

IV. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de la Investigación

La presente investigación se desarrolla por medio de un diseño no experimental, de corte transversal. Según Hernández, et al (2010), estos son estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de las variables y en los cuales no se pretende saber acerca de la relación causa y efecto entre las variables estudiadas, ya que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Igualmente, el autor antes indicado, señala que el diseño, de corte transversal, es aquel donde se “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único” (p.151).



Dónde:

M = Muestra, que en este caso pacientes diagnosticados con

VIH/SIDA del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de
octubre - Piura, 2016

O1 = Clima Social Familiar (CSF)

O2 = Desesperanza

r = Relación

4.2.Población y Muestra

4.2.1. Población

La población según Balestrini (2002) es “cualquier conjunto de elementos de los que se quiere conocer o investigar alguna o algunas de sus características”. Para efectos de este estudio la población estuvo constituida por todos los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre - Piura, 2016.

De esta manera se conforma una población de tipo finita, debido a que se tiene el conocimiento de la cantidad de mediciones que se van a tomar en cuenta para determinar si existe relación entre Clima Social Familiar y Desesperanza, según León (1997) la población finita “indica que es posible alcanzarse o sobrepasarse al contar. Es aquella que posee o incluye un número limitado de las medidas y observaciones” (p.125)

4.2.2. Muestra

Se define como “una proporción de la población seleccionada para un estudio de investigación” (Pope, 2002; p. 386), que en este estudio está representada por 125 a quienes se les aplicaron los instrumentos de recolección de datos, tomando como referencia las variables extrañas presentes en la investigación. Para efectos del presente estudio se considera el muestreo no probabilístico que según Peña (2005) “la persona que

selecciona la muestra la que procura que está sea representativa, por consiguiente, depende de su intención u opinión y la evaluación es subjetiva” (p.56)

La muestra ha sido considerada 98 pacientes, tomando como base los siguientes criterios:

Inclusión:

- pacientes diagnosticados con VIH/SIDA del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre - Piura, 2016
- pacientes diagnosticados con VIH/SIDA del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre - Piura, 2016que asistieron el día de la aplicación.

Exclusión:

- pacientes diagnosticados con VIH/SIDA del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre - Piura, 2016que no asistieron el día de la aplicación.
- pacientes diagnosticados con VIH/SIDA del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre - Piura, 2016que no completaron los test correctamente.

4.3. Definición y Operacionalización de las Variables.

4.3.1. Clima Social Familiar.

Definición Conceptual (D.C):

Clima social familiar es aquella situación social en la familia que se define con 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. (Moos, 1974).

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
		Autonomía	4,14,24,34,44,54,64,74,84
		Área de Actuación	5,15,25,35,45,55,65,75,85
	Desarrollo	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

Media : 48 a 52

Mala : 41 a 45

Muy mala: 40 a –

4.3.2. Desesperanza

Definición Conceptual (D.C)

Sistema de esquemas cognitivos en los cuales la expectativa negativa sobre el futuro a mediano y largo plazo es el denominador común. (Stotland, 1969).

Definición operacional (D. O)

Se considerará la definición conceptual sumando las dos características que, de acuerdo con Beck (1975 citado en Córdova, Rosales y Eguiluz, 2005), tiene la desesperanza: aplanamiento emocional (tendencia a establecer una similitud o continuidad entre el presente y el futuro, por lo cual la vida se vuelve monótona y no hay un antes y un después) y autoconcepto negativo.

Variable	Definición Conceptual	Aspectos Dimensiones.	Niveles
	Sistema de esquemas cognitivos en los	Sentimientos acerca del Futuro	0-3 Rango normal o asintomático

Desesperanza	cuales la expectativa negativa sobre el futuro a mediano y largo plazo es el denominador común. (Stotland,1969).	Falta de motivación	4-8, Leve
		Falta de expectativas	9-14 Moderado 15-20 Severo

4.4. Técnicas e Instrumentos

4.4.1. Técnicas

La técnica de recolección de información a emplear será de encuesta, utilizando para ello como instrumento un cuestionario con escalas de opinión y de actitudes tipo Likert.

4.4.2. Instrumentos

Se utilizan los siguientes instrumentos:

Ficha Técnica Escala de Clima Social Familiar

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 socio ambientales 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

Inventario de Desesperanza

Nombre : Escala de Desesperanza de Beck (BHS)

Autor: Aaron Beck

Edición original : Beck, A., Steer R. Psychological Corporation (1988)

Adaptación peruana : Aliaga, J., Rodriguez, L., Ponce, C., Frisancho A., y Enriquez, J. (2005)

Forma de aplicación : Individual y colectiva
Tiempo de aplicación: 10 minutos en promedio
Edad de aplicación: A partir de 16 años

Significación : Evaluación de la desesperanza (pesimismo) uno de los componentes de la triada cognitiva del modelo de la depresión

de Beck.

Para establecer los criterios de calidad; en cuanto a fiabilidad presenta una consistencia interna aceptable, que puede ser evidenciada con coeficientes alfa de Cronbach de 0,82 a 0,84. El análisis de su estructura factorial refleja como más adecuada una solución unifactorial (Aguilar et al., 1995). Además es un instrumento estable, probablemente gracias a sus características de rasgo, con una buena sensibilidad (85,7%) y una adecuada especificidad (76,2%). En lo referente a validez de constructo, existen correlaciones significativas entre la desesperanza y la ideación suicida ($r = 0,37-0,70$), así como entre la desesperanza y los síntomas depresivos ($r = 0,35-0,54$).

4.5. Plan de análisis

De acuerdo a la naturaleza de la investigación para el análisis de los datos se utilizará 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 su respectiva prueba de significancia, dependiendo el comportamiento de la(s) variable(s) en estudio.

El procesamiento de la información se realizará utilizando el software estadístico SPSS versión 19 para Windows, con el

estadístico probatorio de Rho de Spearman y el programa informático Microsoft Office Excel 2007.

4.6. Matriz de Consistencia

PROBLEMA	VARIABLES	INDICADORES	OBJETIVOS	HIPOTESIS	METODOLOGÍA	TÉCNICAS
relación entre el Clima Social Familiar y desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016?	CLIMA SOCIAL FAMILIR	DIMENSIONES	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	Encuesta
		DIMENSIONES RELACIONES DESARROLLO ESTABILIDAD	Determinar la relación del clima social familiar y desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016.	Existe relación entre el Clima Social Familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016.	Tipo: Cuantitativo Nivel: Descriptivo – Correlacional	INSTRUMENTO
		OBJETIVOS ESPECIFICOS		HIPOTESIS ESPECIFICAS	Población La población estuvo conformada por todos los pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016.	Escala de Clima Social Familiar, RH MOOS (1974) Escala de Desesperanza
		Describir el Clima Social Familiar en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016 Describir los niveles de desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016 Identificar la relación entre la dimensión relaciones del clima social familiar y desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016 Identificar la relación entre la dimensión desarrollo de clima social familiar y desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016	El nivel de Clima Social Familiar en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016, es Alto. El nivel de Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016, es Bajo. Existe relación entre la Dimensión Relación del Clima Social Familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016. Existe relación entre la Dimensión Desarrollo del Clima Social Familiar y Desesperanza en	Muestra la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico intencionado, a criterio de los investigados, por lo tanto, la muestra quedó conformada por 98 pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016.		

			Identificar la relación entre la dimensión estabilidad del clima social familiar y desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/sida del grupo de ayuda mutua (gam) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016	pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016. Existe relación entre la Dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016.	
--	--	--	--	---	--

4.7.Principios Éticos

La sustentación ética para la realización de la presente investigación se fundamenta en el cumplimiento de las normas formales, es decir las leyes establecidas en la República Peruana para la realización de investigaciones, así como en el Código de Ética del Psicólogo (1981). Lo cual permite un óptimo desarrollo de la investigación, tratando de indagar adecuadamente las variables, guardando ante todo la integridad física, emocional y psicológica de cada uno de los trabajadores pertenecientes a la población estudiada.

V. RESULTADOS

5.1 Resultados

TABLA I

Relación entre Clima Social Familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016.

		DESESPERANZA	
Rho de Spearman	CLIMA SOCIAL FAMILIAR	Coefficiente de correlación	,366 **
		Sig. (bilateral)	,002
		N	98

Fuente: Clima Social Familiar de Moos y Desesperanza.
**. *La relación es significativa al nivel de 0,01 (bilateral)*

TABLA I

Se evidencia que el Rho de Spearman presenta una probabilidad menor a 0.01 por lo que se concluye que el clima social familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016., tienen relación, siendo esta muy significativa.

TABLA II

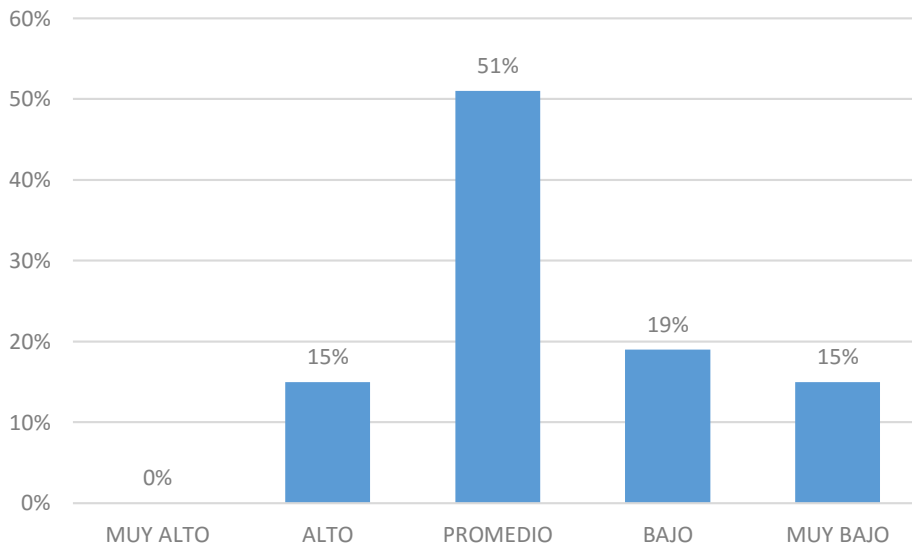
Nivel de Clima Social Familiar en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre - Piura, 2016

CLIMA SOCIAL FAMILIAR		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY ALTO	0	0%
ALTO	10	15%
PROMEDIO	45	51%
BAJO	33	19%
MUY BAJO	10	15%
TOTAL	98	100%

Fuente: Escala de Clima Social Familiar. de R.H. Moos, B.S. Moos y E. J. Trickett.

FIGURA 01

Nivel de Clima Social Familiar en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre - Piura, 2016



Fuente: Escala de Clima Social Familiar. de R.H. Moos, B.S. Moos y E. J. Trickett.

TABLA II y FIGURA 01

Con respecto al Clima Social Familiar en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016., se puede evidenciar que de un total de 98 (100%) pacientes, 51% presentan Clima Social Familiar Estable, seguido de 19% con un Clima Social Familiar Desfavorable, 15% un Clima Social Familiar favorable, y por ultimo 15% un Clima Social Familia Pésimo.

TABLA III

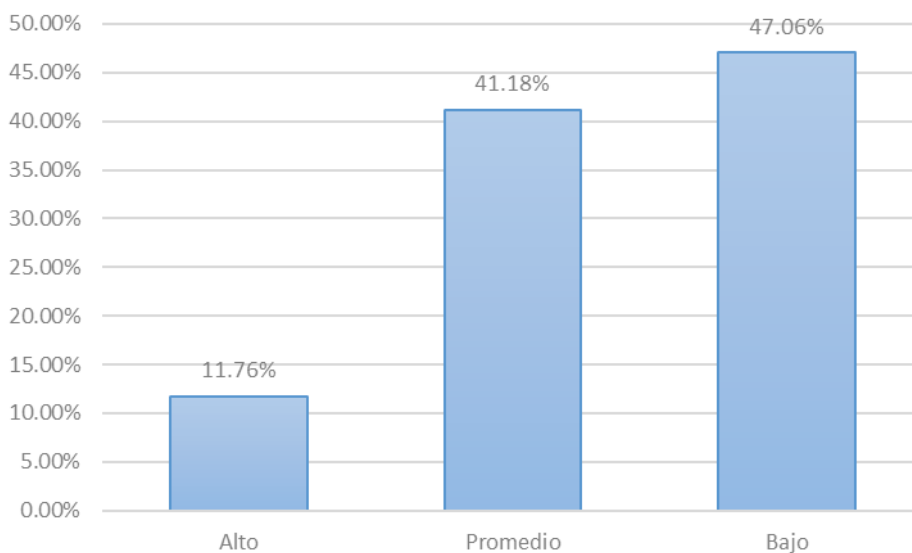
Nivel de Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Alto	8	11.76%
Promedio	38	41.18
Bajo	52	47.06
Total	98	100%

Fuente: desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016.

FIGURA 02

Nivel de Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016



Fuente: desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016.

Tabla III y Figura 02

Con respecto al Nivel de Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016, se puede evidenciar que de un total de 98 (100%) pacientes, 47% presentan un nivel Bajo de Desesperanza, seguido de 41% con un nivel Promedio de Desesperanza y 12% un nivel alto de Desesperanza.

TABLA IV

Relación entre la Dimensión Relaciones del Clima Social Familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016.

			DESESPERANZA
Rho de	DIMENSION	Coefficiente de correlación	,376 ^{**}
Spearman	RELACIONES	Sig. (bilateral)	,002
			N
			98

Fuente: Clima Social Familiar de Moos y Desesperanza.

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

TABLA IV

Se evidencia que el Rho de Spearman presenta una probabilidad menor a 0.01 por lo que se concluye que la Dimensión Relaciones del clima social familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016, tienen relación, siendo esta una relación muy significativa.

TABLA V

Relación entre la Dimensión Desarrollo del Clima Social Familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016.

		DESESPERANZA	
Rho de Spearman	Dimensión Desarrollo	Coefficiente de correlación	,293*
		Sig. (bilateral)	,015
		N	98

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

Fuente: Clima Social Familiar de Moos y Desesperanza.

TABLA V

Se evidencia que el Rho de Spearman presenta una probabilidad menor a 0.05 por lo que se concluye que la Dimensión Desarrollo del clima social familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016, si tienen relación, siendo esta relación significativa.

TABLA VI

Relación entre la Dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016.

		DESESPERANZA	
Rho de Spearman	Dimensión Estabilidad	Coefficiente de correlación	,143
		Sig. (bilateral)	,245
		N	98

Fuente: Clima Social Familiar de Moos y Desesperanza.

TABLA VI

Se evidencia que el Rho de Spearman presenta una probabilidad mayor a 0.05 por lo que se concluye que la dimensión Estabilidad del clima social familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016., no tienen relación, siendo estas variables independientes.

4.2 Análisis de Resultados

El propósito principal de esta investigación fue describir y correlacionar el grado de influencia del clima social familiar sobre y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016.; utilizando el estadístico Probabilístico de Rho de Spearman. Se evidencia que existe relación entre clima social familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016, lo cual pueden ser definidos en conjunto como la influencia de Clima Social Familiar Perot, (1989) citado en (Ponce, 2003), considera 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” influye en lo definido a la Desesperanza considerada como el estado de actitud y percepción que la persona tiene sobre acontecimientos venideros, de manera que condicionan y orientan el comportamiento del sujeto sobre el quehacer, planteando como desesperanza aprendida el resultado de un proceso valorado en el momento bajo situaciones determinadas de cambio positivo y negativo (Quintanilla y otros, 2003).

Con respecto al Clima Social Familiar en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre – Piura, 2016, se puede evidenciar que de un total de pacientes, presentan Clima Social Familiar Promedio, lo que se evidencia a lo que se refiere Para Valdés (2007), las reglas son acuerdos relacionales que prescriben o limitan los comportamientos

individuales de los integrantes de la familia en diferentes ámbitos, fomentando un sistema más estable en la familia.

Con respecto al Nivel de Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016, se puede evidenciar que de un total de pacientes, presentan un nivel Bajo de Desesperanza. Lo que se concluye que el nivel de Desesperanza, para ellos es bajo, y como nos refiere a su vez Seligman, principal impulsor de esta temática, define a la Desesperanza como la intensa frustración originada por el déficit motivacional, cognitivo y emocional, que el sujeto reacciona por debajo de lo que se espera. La condición aprendida del alrededor, se origina en el pasado y se generaliza en el futuro, donde altera el sentido de previsión y planificación, agudiza la resignación y el fatalismo.

Se evidencia que la Dimensión Relaciones del clima social familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016, tienen relación, siendo esta una relación muy significativa. Para Cabrera (2004), está basada en la necesidad de controlar nuestro entorno o por lo menos considerar que tenemos dominadas nuestras acciones, la pérdida de creencia de dominación de nuestro entorno nos produce indefensión o desestructuración de orden cognitivo y emocional; el ser humano, sea hombre o mujer, tiene la necesidad de percibir su realidad en términos de controlabilidad de los acontecimientos de su entorno y dentro de la percepción de control estaría situada la necesidad de orden, el orden cognitivo surge por la necesidad de control sobre su medio.

Se evidencia que la Dimensión Desarrollo del clima social familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016, si tienen relación, siendo esta relación significativa. Pero el nivel de 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, lo que desencadenara un nivel de Desesperanza, alto o bajo para estos pacientes, ya que esa es la función de la familia. Dugui y otros (1995).

Se evidencia que la dimensión Estabilidad del clima social familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016, no tienen relación, siendo estas variables independientes. Lo que no quiere decir que la estructura y organización de la familia y sobre todo el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros, no ejercerá valor para poder desarrollar un alta o baja desesperanza a estas personas con VIH/SIDA, ya que son totalmente independientes una de la otra. Saavedra (2006) & Gonzales (2006, Educación en los Hijos).

Contrastación de Hipótesis

Se aceptan:

Existe relación entre el Clima Social Familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016.

El nivel de Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016, es Bajo.

Existe relación entre la Dimensión Relación del Clima Social Familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016.

Existe relación entre la Dimensión Desarrollo del Clima Social Familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016.

Se rechazan:

El nivel de Clima Social Familiar en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016, es Alto.

Existe relación entre la Dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016.

VI. CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones

Existe relación entre Clima Social Familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016.

El nivel de Clima Social Familiar en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016, es Promedio

El nivel de Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016, es Bajo

Existe relación entre la dimensión Relaciones del Clima Social Familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016.

Existe relación entre la dimensión Desarrollo del Clima Social Familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016.

No existe relación entre la dimensión Estabilidad del Clima Social Familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/Sida del grupo de ayuda mutua (GAM) – distrito 26 de octubre– Piura, 2016.

ASPECTOS COMPLEMENTARIOS

Realizar otras investigaciones con la población propuesta dentro de este estudio, tomando en cuenta otras variables como bienestar psicológico, para verificar el comportamiento con otras variables y la relación existente entre las mismas.

Para el psicólogo que labora tanto en el área como en otras instituciones, se plantea la necesidad de trabajar con dicha población la motivación tanto intrínseca como extrínseca. Por medio de charlas, talleres, y consultas privadas si se evalúa necesario, aumentando de esta manera el significado que la población le da a su vida.

Así mismo se sugiere a dichos profesionales incrementar en su intervención dirigida a dicha población el desarrollo de estrategias de afrontamiento funcionales y más adaptativas disminuyendo la utilización de estrategias que evitan la resolución directa y efectiva de los conflictos.

A la población en general, se propone colocar en práctica actividades donde el objetivo principal sea la introspección, obteniendo así el autoconocimiento de sus cualidades o de sus habilidades.

A los profesionales médicos, enfermeros y padres de familia que día a día trabajan interactuando en diferentes circunstancias de vida.

Referencias

Arauco, M (2013) Realizó su investigación titulada “Relación del Clima Social Familiar y la Adaptación de Conducta en estudiantes de 1er año de nivel secundaria de la I.E. Nuestra Señora de Fátima- Piura 2013”.

Brace. Polit,D. y Hungler, B. (1991). Investigación científica en Ciencias de la Salud. México: NUEVA EDITORIALINTERAMERICANA.

Castro y Morales (2013) realizaron su investigación titulada “ Clima Social Familiar y resiliencia en adolescentes de cuarto año de secundaria de una institución educativa estatal en Chiclayo, 2013”,

Díaz Aguado MJ (1986). El papel de la interacción entre iguales en la adaptación escolar y el desarrollo social. C.I.D.E.Madrid.

Díaz Aguado MJ, Martínez Arias R, Martínez B y Andrés MT (2000). El origen de la integración y la tolerancia en niños de dos a seis años. Madrid: Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid.

Galarza (2012) realizó su investigación titulada “Relación entre el nivel de habilidades sociales y el clima social familiar de los adolescentes de la I.E.N Fe y Alegría 11, Comas-2012” Universidad Mayor de San Marcos- Lima.

Hernández, P. y Jiménez, J. (1983) Intervención psicoeducativa y adaptación. Una alternativa de salud mental desde la escuela. Tenerife: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de La Laguna.

Lamadrid, (2012). En su tesis titulada “Clima social familiar y su relación con la conducta social en alumnas de tercer año de secundaria de una I.E. estatal Piura. Universidad Cesar Vallejo.

Lescano, A. (2016) investigó relación entre el clima social familiar y adaptación de conducta en los y las adolescentes de tercer y cuarto grado de secundaria de la I.E Josemaría Escrivá de Balaguer - castilla2014.

María Victoria de la Cruz y Agustín Cordero “Inventario de Adaptación de Conducta” I.A.CTEA Ediciones Madrid, España, 3era edición1990.

Martin, G y Pear, Modificación de conducta. Madrid: Prentice Hall. Trad.5ªEdi.1999
Martínez, Fernández de Haro y Membrilla (2012) realizó su investigación titulada “Importancia del Clima Social familiar en la adaptación personal y social de los adolescentes”- Universidad de Granada.

Mercado (2006): en su investigación; Relación entre la adaptación de la conducta y la Asertividaden alumnos de 12 a 17años.

Moos, R., y Trickett, E. (1993). Escala de clima social familiar (FES).Madrid: TEA EdicionesSA.

Quintana, A. & Sotill, A. (2000). Influencia del clima social familiar y estrés del padre de familiaen la salud mental de los niños. Revista de Investigación Psicológica. Vol. 3 N°2, 29 – 45.Segal, R. (1997)

Parmelee, D. (1998). *Psiquiatría del niño y el adolescente*. Madrid: Harcourt Ribes E. Técnicas de modificación de conducta. Trillas. México.1984:27-39.

Rodríguez A. y Torrente, G. (2003) *Interacción Familiar y Conducta Antisocial*. Boletín dePsicología, 78. 7 –21

Rodríguez y Torrente (2012) en su investigación titulada “Interacción familiar y conducta antisocial”- Murcia.

Rojas, E. (2015) investigó clima social familiar y conducta social en estudiantes del quinto año del nivel secundario de una institución educativa, Trujillo – 2014.

Verdugo, Barajas, Márquez, Montes y Uribe (2014) realizaron su investigación titulada “Influencia del Clima Familiar en el proceso de Adaptación Social del Adolescente”- El Caribe.

ANEXOS

APENDICE A

PROTOCOLO DEL INSTRUMENTO

1. Instrumento: Escala de Clima Social Familiar (FES)

INSTRUCCIONES:

A continuación, se presenta en este impreso, una serie de frases. Las mismas que usted 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 es 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. Alguno 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: _____

Nº de hermanos: _____ Lugar que ocupa entre hermanos: 1 2 3 4 5 6 (____)

Vive: Con ambos padres () s ol o con uno de los padres ()

Otros: _____

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

Escala de Desesperanza de Beck (BHS)

Fecha: _____

Nombre: _____

Ocupación: _____ Grado de instrucción: _____

Este cuestionario consiste de veinte declaraciones. Por favor lea las declaraciones cuidadosamente una por una. Si la declaración describe su actitud de la semana pasada incluyendo hoy día, tache la letra “V” indicando VERDADERO en la columna de respuestas que sigue a las declaraciones. Si la declaración no describe su actitud, tache la letra “F” indicando FALSO.

	DECLARACIONES	RESPUESTA	
01	Yo veo el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
02	Yo podría darme por vencido (a) ya que no puedo hacer las cosas por mí mismo	V	F
03	Cuando las cosas están yendo mal, me ayuda a saber que ellas no duran para siempre	V	F
04	Yo no puedo imaginar cómo sería mi vida dentro de 10 años	V	F
05	Tengo tiempo suficiente para lograr las cosas que quiero hacer	V	F
06	En el futuro, yo espero tener éxito en la mayoría de mis asuntos	V	F
07	Mi futuro me parece oscuro	V	F
08	Espero ser particularmente suertudo y obtener más de las cosas buenas de la vida, que la persona promedio	V	F
09	Yo no puedo acabar con la mala suerte, y no hay razón para que lo logre en el futuro	V	F
10	Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro	V	F
11		V	F
12		V	F

13	Todo lo que yo puedo ver delante de mí son cosas desagradables más que agradables	V	F
14	Yo no espero conseguir lo que realmente quiero	V	F
15	Cuando miro hacia el futuro espero ser más feliz de lo que soy ahora	V	F
16	Las cosas no resultan de la forma que yo las deseo	V	F
17	Yo tengo gran fe en el futuro	V	F
18	Yo nunca consigo lo que quiero, así que es tonto querer algo	V	F
19	Es casi imposible que yo consiga alguna satisfacción real en el futuro	V	F
20	El futuro me parece vago e incierto	V	F
	Yo puedo esperar más buenos momentos que malos momentos	V	F
	No merece la pena que intente conseguir algo que yo quiero porque es muy posible que no lo consiga		

Piura, 02 de agosto del 2016.

Solicitud: Permiso para poder realizar las aplicaciones de pruebas psicológicas.

Señor (a)

Directora del Grupo de Ayuda Mutua (GAM)

Felipa Cárcamo Zapata.

Yo, Jesús Moisés Monja Avalo alumno del X Ciclo de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote – Filial Piura, Identificado con DNI 72247555 y con código Universitario 0823120027 ante Ud., con el debido respeto me presento y expongo:

Que por motivo de mi Investigación Científica denominada Relación entre Clima Social Familiar y Desesperanza en pacientes diagnosticados con VIH/SIDA del Grupo de Ayuda Mutua (GAM) – Piura 2016. Que Ud. Dirige actualmente, pido permiso para aplicar las pruebas correspondientes a la investigación, con el fin de poder ejecutar mi investigación a presentar para mi titulación.

Por lo expuesto ruego a Ud. Proceder conforme a lo solicitado.

Atentamente



JESUS MOISES MONJA AVALO

DNI 72247555