

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Enfermería
Segunda Especialidad en Cuidado Enfermero
en Paciente Crítico: Adulto



FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y GRADO DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES DE LA PERSONA HOSPITALIZADA EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA - 2018.

Tesis presentada por la licenciada:

Machacca Huacarpuma, Elia

para optar el Título Profesional de
Segunda Especialidad: En Cuidado
Enfermero en Paciente Crítico: Adulto.

Asesor:

Lic. Rivas Ceballos, Eddy María

Arequipa-Perú

2019



DEDICATORIA

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A Dios, mi familia, amigos, compañeros de trabajo y docentes de estudio.

AGRADECIMIENTO

Dedico esta tesis a mis padres Felipe M.M y Estefa H.L quienes me apoyaron siempre en mi formación académica y a mis hermanos, Gladys M.H, a la razón de seguir adelante mi hija Sheleste G, T.M, que me alentaron y apoyaron para seguir siempre adelante y sortear las dificultades que se me presentaron. Gracias por estar siempre a mi lado, este logro también es de ustedes.

Gracias por tu apoyo desinteresado, por tus enseñanzas, consejos y echarme una mano siempre que la necesite amigo Yvan J, P.C.

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A: **Dra. Sonia Núñez Chávez**
Decana de la Facultad de Enfermería

De: **Mgter. Carla cuya Zevallos**
Lic. Eddy Rivas Ceballos
Lic. Silvia Zegarra Lima
Miembros del Jurado Dictaminador

Asunto: **Tesis: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y GRADO DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES DE LA PERSONA HOSPITALIZADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL III GOYENECHE, AREQUIPA-2018.**

Autor: **Lic. Elia Machacca Huacarpuma**

Fecha: **28 de Diciembre del 2018.**

Reunidos los miembros del jurado dictaminador se realizan las siguientes observaciones:

1. Realizar las conclusiones de acuerdo a objetivos.
2. Realizar correcciones al resumen de acuerdo a ejemplar.
3. Integrar las correcciones realizadas al índice.
4. Modificar las tablas N°1, 2, 3,4, agregar tablas de acuerdo a ejemplar corregido.
5. Corregir el resultado de P valor que indica relación de las variables.
6. Conclusiones: Modificar de acuerdo al resultado estadístico de relación de las variables.
7. Añadir recomendaciones.

Atentamente,


Mgter. Carla Cuya Zevallos
Jurado Dictaminador


Lic. Eddy Rivas Ceballos
Jurado Dictaminador


Lic. Silvia Zegarra Lima
Jurado Dictaminador

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A: **Dra. Sonia Núñez Chávez**
Decana de la Facultad de Enfermería

De: **Mgter. Carla Cuya Zevallos**
Lic. Eddy Rivas Ceballos
Lic. Silvia Zegarra Lima
Miembros del jurado dictaminador


Asunto: **tesis: FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y GRADO DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES DE LA PERSONA HOSPITALIZADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.**

Autor: **Lic. Elia Machacca Huacarpuma**


Fecha: **28 de Diciembre del 2018.**

Reunidos los miembros del Jurado Dictaminador, y subsanadas las observaciones del borrador de tesis, se acuerda dar pase a la fase de sustentación.

Atentamente,



Mgter. Carla Cuya Zevallos
Jurado Dictaminador



Lic. Eddy Rivas Ceballos
Jurado Dictaminador



Lic. Silvia Zegarra Lima
Jurado Dictaminador

INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : Dra. Sonia Nuñez Chavez
Decana de la Facultad de Enfermería

De : Lic. Eddy Rivas Ceballos
Asesora del Estudio de Investigación

Asunto : Asesoría de Tesis titulada
"FUNCIONAMIENTO FAMILIAR, GRADO DE AFRONTAMIENTO
EN FAMILIARES EN LA PERSONA HOSPITALIZADA EN UNIDAD
DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL III GOYENECHÉ,
AREQUIPA - 2018"

Autora : Elia Machacca Huacarpuma

Fecha : Arequipa, 7 de diciembre del 2018

Antecedentes: La Asesoría del estudio de investigación al se llevó a cabo en una primera reunión en el mes de marzo del 2018. Se revisa en forma conjunta el proyecto de tesis, realizando algunas modificaciones en vez enunciado, objetivos, variables, justificación, hipótesis, marco teórico y el contenido operacional, realizando algunas modificaciones tanto de la teoría como de la investigación propiamente dicha. En lo que se ha considerado tablas estadísticas.

Apreciación Personal : La Srta. Licenciada ha demostrado durante el tiempo de la asesoría responsabilidad e interés.

Los resultados de la investigación permitirán fortalecer los conocimientos de la profesión de Enfermería en la especialidad de Cuidado Crítico.

Atentamente,



Lic. Eddy Rivas Ceballos



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA

VICERECTORADO DE INVESTIGACIÓN

DECLARACIÓN DE COMPROMISO DE ASESORÍA DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, TRABAJOS ACADÉMICOS Y/O TESIS

Mediante el presente documento doy conformidad y soy responsable de la asesoría de tesis y/o trabajo de investigación /o trabajo académico cumpliendo las normas vigentes establecidas por la universidad Católica de Santa María

Título

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y GRADO DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES
DE LA PERSONA HOSPITALIZADA EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL III
GOYENECHE AREQUIPA - 2018

Autor:

Código: 2013970522 D.N.I. 43515244

Apellidos y nombres: ELITA MACITACA HUACARDUMA

Email: elita.11.11@hotmail.com

Autor:

Código: _____ D.N.I. _____

Apellidos y nombres: _____

Email: _____

Facultad

FACULTAD DE ENFERMERIA

Escuela Profesional, Segunda Especialidad, Maestría o Doctorado

SEGUNDA ESPECIALIDAD DE CUIDADO ENFERMERO EN
PACIENTE CRÍTICO MENCIÓN: ADULTO

Datos del Asesor

Código: _____

Apellidos y nombres: RIVAS CEBALLOS EDDY MARIN D.N.I. 24005600


Firma



INTRODUCCIÓN

Las familias de los pacientes hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo requieren cuidados, atención e información oportuna; con frecuencia se les observa en las salas de espera con manifestaciones de diferente índole de acuerdo con el contexto de sus vivencias y necesidades.

Es conocido por cualquiera, aun por aquellos no familiarizados con las unidades de cuidado intensivo, que las primeras visitas pueden ser alarmantes; crean angustia, expectativas con relación a la cantidad de dispositivos de monitoreo, equipos de mantenimiento de la vida y controles ambientales necesarios para garantizar un cuidado con calidad(1).

Para la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización tales como: roles, jerarquía y demarcación de los límites, adaptabilidad como: flexibilidad versus rigidez, cohesión como: proximidad versus distancia y estilos de comunicación. La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad(2).

El afrontamiento de los familiares al impacto de la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos como un fenómeno no predecible genera desorganización y caos inicial (es un cambio brusco y desequilibrante) en el que el asesoramiento de los profesionales de enfermería y su actuación son primordiales. Esto ha demostrado ser útil para la evolución del paciente, y contribuye al mantenimiento de la salud del núcleo familiar en unos momentos donde su permanente equilibrio es crucial(1).

El afrontamiento es un concepto muy importante para la calidad de vida de un individuo porque son fenómenos dinámicos en los cuales se realizan procesos de integración entre este y el entorno, que generan estilos y estrategias para afrontar una situación. El fenómeno de afrontamiento presenta diversas conceptualizaciones debido a su enfoque en varias disciplinas, pero los mayores desarrollos conceptuales se han abordado fundamentalmente desde la perspectiva de enfermería a partir del Modelo de Adaptación de Callista Roy(1).

Roy redefine el proceso de afrontamiento y adaptación como los patrones innatos y adquiridos de las formas de manejar y responder al ambiente cambiante en las situaciones de la vida diaria y los periodos críticos mediante comportamientos directamente enfocados a alcanzar el dominio, la supervivencia, el crecimiento y la trascendencia(1).

Dado lo expuesto y al haber un vacío de información sobre el tema, se tiene como propósito alcanzar al personal de salud, en especial de enfermería, información actualizada para un abordaje holístico del cuidado de la persona hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos, contribuyendo de esta forma a fomentar el afrontamiento y la adaptación familiar(2).

El objetivo del presente estudio será determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el grado de afrontamiento en familiares de la persona hospitalizada en unidad cuidados intensivos.



RESUMEN

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el grado de afrontamiento en familiares de las personas hospitalizadas en Unidad Cuidados intensivos, Hospital III Goyeneche, Arequipa-2018; Se utilizó el método Descriptivo, con Diseño Correlacional de Corte Transversal. Como instrumento se aplicó el Test De Funcionamiento Familiar FF-SIL y el tercero la Escala De Medición Del Proceso De Afrontamiento Y Adaptación de Callista Roy, Versión En Español CAPs.

El estudio tuvo una población de 76 familiares de las personas hospitalizadas en Unidad Cuidados intensivos. Seleccionadas según criterios de inclusión, a quienes se les aplicó los respectivos instrumentos obteniéndose las siguientes conclusiones: PRIMERA: Datos sociodemográfico de la población de estudio se ha encontrado el 30.3%, sus edades oscilaban entre 40-49 años, predominando el sexo femenino con 57.9 %, tuvieron con estado civil casado 32.9%, provienen ciudad Arequipa 44.7% de grado de instrucción secundaria de 40.8%, predominando parentesco de hijos con 32.9% con empleo independiente de 40.8%, profesan religión católica 46.1% finalmente encontrado que el 57.9% provienen de familia extendida. SEGUNDA: Referente al funcionamiento familiar. Siete Componentes: referente a las dimensiones del funcionamiento familiar se observó en Cohesión 64.5% a veces toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia y 52.6% opinan que a veces reciben ayuda de los demás miembros cuando tienen un problema; Armonía el 65.8% opina que a veces en su casa predomina la armonía, el 61.8% cree que a veces los intereses y necesidades son respetadas por el núcleo familiar; Rol el 51.3% veces en su familia cada uno cumple con sus responsabilidades, el 59.2%, a veces las tareas se distribuyen de forma que nadie este sobrecargado, Afectividad el 64.5% piensa que a veces las manifestaciones de cariño forman parte de sus vidas, 59.2% a veces se demuestran el cariño que nos tenemos, Comunicación se observa que el 53.9% a veces se expresan sin insinuaciones, de forma clara y directa, el 59.2% opina que a veces puede conversar diversos temas sin temor, Adaptabilidad el 73.7% a veces puede aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos, el 60.5% a veces las costumbres familiares se pueden modificar ante determinadas situaciones; permeabilidad, el 55.3% a veces se toma en consideración las experiencias de otras familias ante

situaciones difíciles, por último el 50.0%, a veces ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas, el 64.5% de los familiares presenta un funcionamiento familiar de tipo moderadamente funcional, seguido por 19.7% con un funcionamiento familiar disfuncional, así mismo, el 13.2% presenta un funcionamiento familiar funcional, y finalmente el 2.6% un funcionamiento familiar severamente disfuncional. TERCERO: Referente al Afrontamiento familiar donde observamos que el 67.1% de los familiares presenta afrontamiento familiar de alta capacidad, seguido por 27.6% con un afrontamiento familiar de mediada capacidad, y finalmente el 5.3% con un afrontamiento familiar de muy alta capacidad. CUARTO: observamos que el 64.5% de los familiares presenta un funcionamiento familiar de tipo moderadamente funcional y el 67.1% presenta afrontamiento familiar de alta capacidad, Aplicando la prueba Chi cuadrado a la prueba estadística al 5% de error y 95% de confianza, se tuvo una $X^2_c=16.89$ mayor al $X^2_t=12.5916$, para 6 grado de libertad se tuvo una P estadística de 0.010; por lo que se concluye que el funcionamiento familiar no tiene relación con el grado de afrontamiento en familiares de la persona hospitalizada en unidad cuidados intensivos. Hospital III Goyeneche, Arequipa 2018.

Palabras clave: Funcionamiento familiar, Afrontamiento.

ABSTRACT

The objective of this research study was to determine the relationship between family functioning and degree of coping in relatives of people hospitalized in Intensive Care Unit, Hospital III Goyeneche, Arequipa-2018; The Descriptive method was used, with Correlational Design of Transverse Cut. As an instrument, the Family Function Test FF-SIL was applied and the third was the Measurement Scale of the Coping and Adaptation Process of Callista Roy, Spanish Version CAPs. The study had a population of 76 relatives of people hospitalized in the Intensive Care Unit. Selected according to inclusion criteria, to whom the respective instruments were applied, obtaining the following conclusions: **FIRST:** Sociodemographic data of the study population has been found in 30.3%, their ages ranged between 40-49 years, with the female sex predominating with 57.9 %, had a marital status of 32.9%, come from Arequipa city, 44.7% secondary intrusion degree of 40.8%, kinship of children predominate with 32.9% with independent employment of 40.8%, profess Catholic religion, 46.1% finally found that 57.9% come from of extended family. **SECOND:** Regarding family functioning. Seven Components: regarding the dimensions of family functioning was observed in Cohesion 64.5% sometimes make decisions among all for important things of the family and 52.6% think that sometimes they receive help from other members when they have a problem; Harmony 65.8% say times in their house harmony predominates, 61.8% believe that sometimes the interests and needs are respected by the family nucleus; Role 51.3% times in his family each one fulfills his responsibilities, 59.2%, sometimes the tasks are distributed so that nobody is overloaded, Affectivity 64.5% think that sometimes the expressions of affection are part of their lives, 59.2% Sometimes the affection we have is shown, Communication notes that 53.9% sometimes express themselves without hints, clearly and directly, 59.2% think that sometimes they can talk about various topics without fear, Adaptability 73.7% sometimes it can accept the defects of others and cope with them, 60.5% sometimes family customs can be modified in certain situations; permeability, 55.3% sometimes takes into account the experiences of other families in difficult situations, finally 50.0%, sometimes in a difficult family situation they are able to seek help from other people, 64.5% of family members present a Moderately functional type family functioning, followed by 19.7% with a dysfunctional family

functioning, likewise, 13.2% have functional family functioning, and finally 2.6% a severely dysfunctional family functioning. THIRD: Regarding family coping, we observed that 67.1% of family members have high-capacity family coping, followed by 27.6% with a family coping of medium capacity, and finally 5.3% with a family coping of very high capacity. FOURTH: we observe that 64.5% of family members have a moderately functional family functioning and 67.1% have high capacity family coping, Applying the Chi square test to the statistical test at 5% error and 95% confidence, had an $X^2c = 16.89$ greater than $X^2t = 12.5916$, for a 6 degree of freedom we had a statistical P of 0.010; so it is concluded that family functioning is not related to the degree of coping in family members of the person hospitalized in the intensive care unit. Hospital III Goyeneche, Arequipa 2018.

Keywords: Family functioning, Coping.



ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
ÍNDICE DE TABLAS	
CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	1
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	4
2. OBJETIVOS	5
3. MARCO TEÓRICO	6
3.1. LA FAMILIA	6
3.2. TIPOS DE FAMILIA	6
3.3. IMPORTANCIA DE LA FAMILIA	7
3.4. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	8
3.4.1. DEFINICIÓN	9
3.4.2. DIMENSIONES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	9
3.4.3. TIPOS DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	10
3.4.3. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SALUDABLE	11
3.4.4. DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR	11
3.4.5. ROL DE LA ENFERMERA EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	13
3.5. AFRONTAMIENTO	14
3.5.1. DEFINICIÓN	14
3.5.2. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	15
3.5.3. ETAPAS DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO	17
3.5.4. RELACIÓN ENFERMERÍA-FAMILIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	19
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	23
4.1. ANTECEDENTES LOCALES:	23
4.2. ANTECEDENTES NACIONALES:	23
4.3. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:	24
5. HIPÓTESIS	25
CAPITULO II PLANEAMIENTO OPERACIONAL	26
1. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN	26
1.1. TÉCNICA	26
1.2. INSTRUMENTO	26

2.	CAMPO DE VERIFICACIÓN	29
2.1.	UBICACIÓN ESPACIAL	29
2.2.	UBICACIÓN TEMPORAL.....	29
2.3.	UNIDADES DE ESTUDIO.....	29
2.3.1.	UNIVERSO	29
2.3.2.	MUESTRA	30
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	30
4.	RECURSOS	31
4.1.	RECURSOS HUMANOS:	31
4.2.	RECURSOS MATERIALES:	31
4.3.	RECURSOS INSTITUCIONALES:	32
5.	PROCESAMIENTO DE DATOS	31
	CAPÍTULO III RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	32
1.	DATOS SOCIODEMOGRÁFICO	33
2.	FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.....	46
3.	AFRONTAMIENTO FAMILIAR.....	48
4.	RELACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y GRADO DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR.	48
	CONCLUSIONES.....	50
	RECOMENDACIONES	52
	BIBLIOGRAFÍA	53
	ANEXOS	59
	ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	60
	ANEXO 2 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	61
	ANEXO 3 TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL.....	62
	ANEXO 4 ESCALA DE MEDICIÓN DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE ROY, VERSIÓN EN ESPAÑOL (CAPS).....	63
	ANEXO 5 GRADOS DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN	65

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA Nº1 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO A LOS DATOS SOCIODEMOGRAFICO DE ACUERDO EDAD Y SEXO DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.....	33
TABLA Nº2 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO A LOS DATOS SOCIODEMOGRAFICO DE ACUERDO ESTADO CIVIL, PROCEDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.	34
TABLA Nº3 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO A LOS DATOS SOCIODEMOGRAFICO DE ACUERDO PARENTESCO, OCUPACIÓN Y RELIGIÓN DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.	36
TABLA Nº4 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO A LOS DATOS SOCIODEMOGRAFICO DE ACUERDO TIPO DE FAMILIA DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.....	38
TABLA Nº5 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR COMPONENTES COHESIÓN DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.	39
TABLA Nº6 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR COMPONENTES ARMONÍA DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.	40
TABLA Nº7 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR COMPONENTES ROL DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.	41
TABLA Nº8 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR COMPONENTES AFECTIVIDAD DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.	42
TABLA Nº9 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR COMPONENTES COMUNICACIÓN	

DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.	43
TABLA Nº10 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR COMPONENTES ADAPTACIÓN DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.	44
TABLA Nº11 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIO DE ACUERDO AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR COMPONENTES PERMIABILIDAD DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.	45
TABLA Nº12 FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN GENERAL DE LOS FAMILIARES DE LA PERSONA HOSPITALIZADA EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.	46
TABLA Nº13 AFRONTAMIENTO FAMILIAR DE LOS FAMILIARES DE LA PERSONA HOSPITALIZADA EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.	47
TABLA Nº14 RELACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y GRADO DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR EN FAMILIARES DE LA PERSONA HOSPITALIZADA EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.	48



CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y GRADO DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES DE LA PERSONA HOSPITALIZADA EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.

1.2. Descripción del problema

A. CAMPO, AREA Y LÍNEA

- CAMPO : Ciencias de la Salud.
- ÁREA : Enfermería en Cuidados Intensivos.
- LÍNEA : Dinámica familiar y Afrontamiento.

B. ANÁLISIS U OPERACIÓN DE LAS VARIABLES

- VARIABLE INDEPENDIENTE: Funcionamiento Familiar
- VARIABLE DEPENDIENTE : Afrontamiento

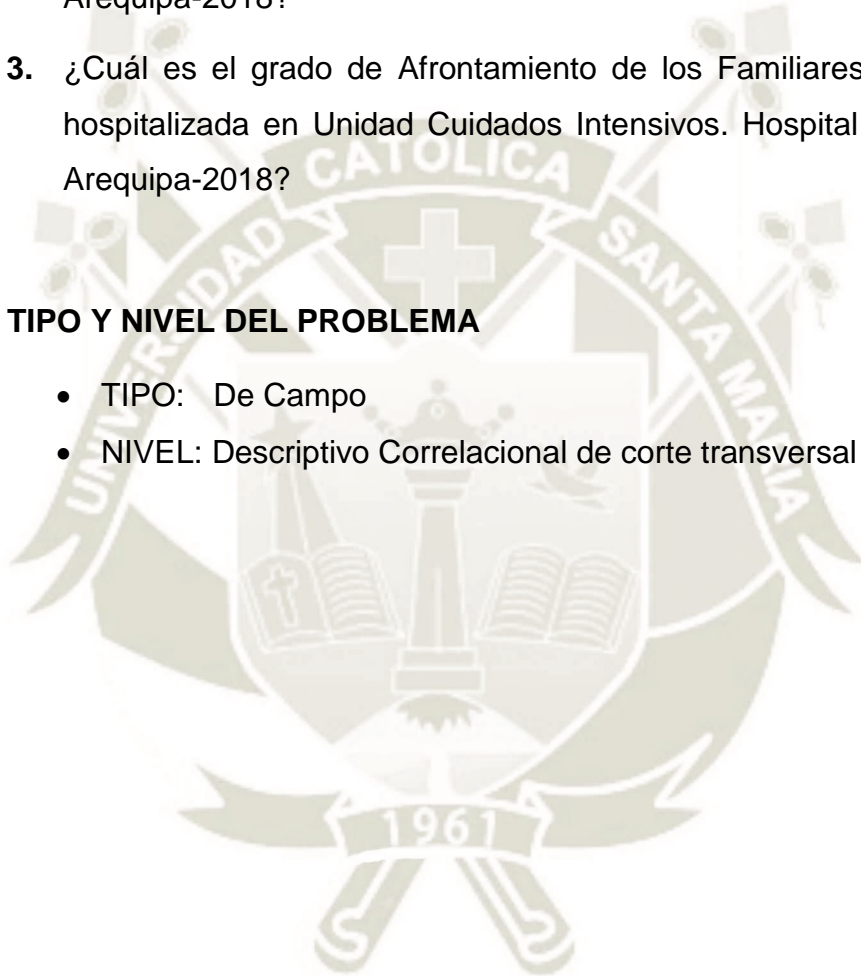
VARIABLES	INDICADORES	SUD INDICADORES
<p style="text-align: center;">Datos Sociodemográficas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Estado civil • Procedencia • Nivel educativo • Parentesco • Ocupación • Creencia religiosa • Tipo de familia 		
<p>Variable Independiente: Funcionamiento Familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cohesión • Armonía • Comunicación • Permeabilidad • Afectividad • Roles • Adaptabilidad 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Familia Funcional ➤ Familia Moderadamente Funcional ➤ Familia Disfuncional ➤ Familia Severamente Disfuncional
<p>Variable Dependiente: Afrontamiento</p>	<p>Grado de capacidad de afrontamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Muy alta capacidad ➤ Alta capacidad ➤ Mediana capacidad ➤ Baja capacidad

C. INTERROGANTES DE INVESTIGACION

1. ¿Cuál es la Relación entre el Funcionamiento Familiar y el Grado de Afrontamiento en familiares de la persona hospitalizada en Unidad Cuidados Intensivos. Hospital III Goyeneche, Arequipa-2018?
2. ¿Cuál es el Funcionamiento Familiar de los familiares de la persona hospitalizada en Unidad Cuidados Intensivos. Hospital III Goyeneche, Arequipa-2018?
3. ¿Cuál es el grado de Afrontamiento de los Familiares de la persona hospitalizada en Unidad Cuidados Intensivos. Hospital III Goyeneche, Arequipa-2018?

D. TIPO Y NIVEL DEL PROBLEMA

- TIPO: De Campo
- NIVEL: Descriptivo Correlacional de corte transversal



1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El presente estudio tiene como objetivo identificar el grado de afrontamiento familiar, siendo la unidad, como un sistema con estrechos vínculos irreducibles en donde cualquier modificación que ocurre en alguno de sus miembros repercute en los otros, razón fundamental para comprender que, cuando la familia enfrenta el proceso de salud - enfermedad de alguno de sus integrantes se constituye en una entidad que necesita atención.

El problema a investigar es relevante socialmente porque nos permitirá implementar estrategias de solución, a la problemática de las familias de riesgo detectadas en la Unidad Cuidados Intensivos del Hospital III Goyeneche.

La investigación es pertinente porque el profesional de enfermería, aborda en el cuidado la salud de la persona, familia, promoviendo un entorno saludable para sus miembros, permite realizar un diagnóstico familiar de enfermería.

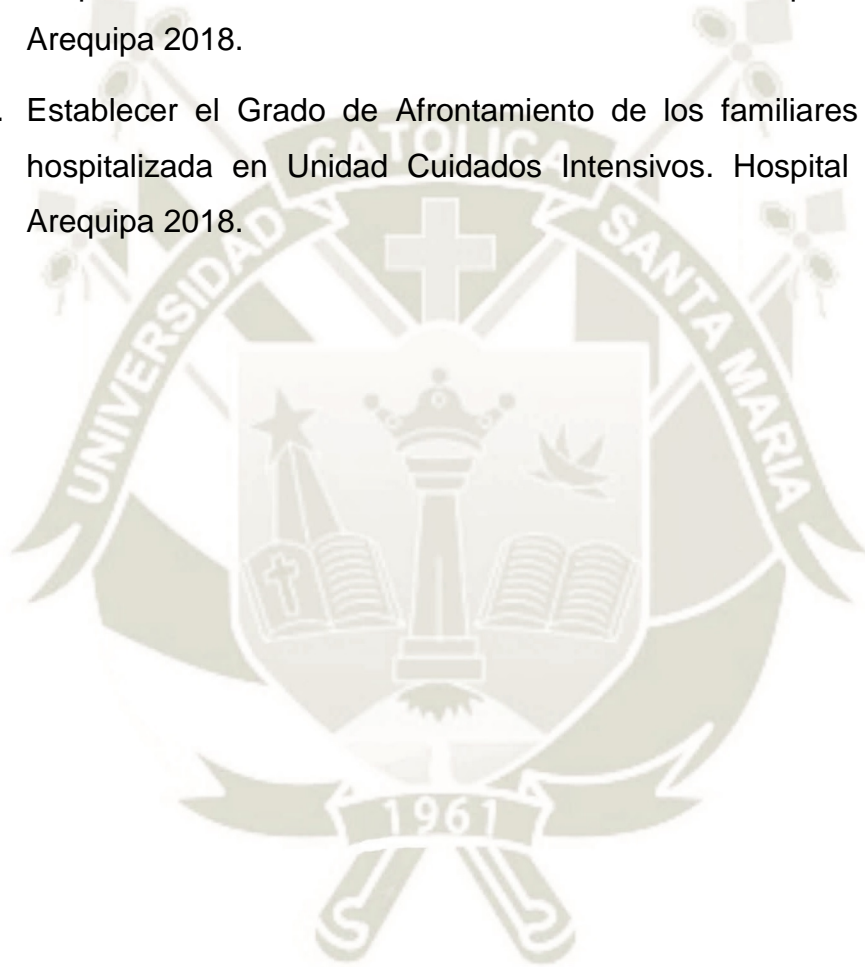
Su relevancia científica se da porque los resultados obtenidos, servirán de base para posteriores investigaciones sobre el funcionamiento familiar y grado de afrontamiento en los familiares, la forma de afrontamiento a los acontecimientos y conflictos internos y externos, y el acceso a la ayuda que se puede brindar.

En la contribución académica se aportará nuevos conocimientos a la profesión de enfermería sobre funcionamiento familiar y grado de afrontamiento en los familiares de la persona hospitalizada en la Unidad Cuidados Intensivos del Hospital III Goyeneche.

Su realización es factible de llevarse a cabo, ya que no se han encontrado limitaciones ni obstáculos en las unidades de estudio seleccionadas.

2. OBJETIVOS

- 2.1. Determinar la Relación entre el Funcionamiento Familiar y el Grado de Afrontamiento en familiares de la persona hospitalizada En Unidad Cuidados Intensivos. Hospital III Goyeneche, Arequipa 2018.
- 2.2. Identificar el Funcionamiento Familiar de los familiares de la persona hospitalizada en Unidad Cuidados Intensivos. Hospital III Goyeneche, Arequipa 2018.
- 2.3. Establecer el Grado de Afrontamiento de los familiares de la persona hospitalizada en Unidad Cuidados Intensivos. Hospital III Goyeneche, Arequipa 2018.



3. MARCO TEÓRICO

3.1. LA FAMILIA

A. DEFINICIÓN

La familia es la primera estructura social y en las sociedades más primitivas se puede decir que la única(3). Tanto la familia como la clase social son los elementos básicos que van configurando la cultura y determinando el comportamiento de las personas a lo largo de la vida y ellos influyen de manera especial en la salud. Dentro de la familia se lleva a cabo la mayoría de las actividades de la vida cotidiana; es decir, en la convivencia familiar se aprenden y se encuentran los apoyos para satisfacer y solucionar los problemas en todas las etapas de la vida(3).

La familia es la unidad básica de las sociedades (urbanas y rurales), está integrada por individuos que se encuentran bajo la responsabilidad de una cabeza familiar(4). Las familias tienen un profundo impacto en las creencias, comportamientos y desarrollo del individuo(5).

Se puede conceptualizar a la familia como el conjunto de personas que viven juntas, relacionadas unas con otras, que comparten sentimientos, responsabilidades, informaciones, costumbres, valores, mitos y creencias; cada miembro asume roles que permiten el mantenimiento del equilibrio familiar(6). Es una unidad activa, flexible y creadora, es una institución que resiste y actúa cuando lo considera necesario(6). La familia como institución social es un sistema de fuerzas que constituyen un núcleo de apoyo para sus miembros y la comunidad(7).

3.2. TIPOS DE FAMILIA

Según el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad la familia se clasifica en:

- FAMILIA NUCLEAR: Está constituida por el esposo (padre), la esposa (madre) e hijos de la pareja, unidos por vínculos de consanguinidad que conviven bajo un mismo techo(8).
- FAMILIA EXTENDIDA: Se extiende a más de dos generaciones, es decir se compone de padres, hijos y abuelos, basada en los vínculos de sangre siempre y cuando coexistan bajo un mismo techo(8).

- **FAMILIA AMPLIADA:** Se compone de más de una unidad nuclear, que puede incluir a los padres, hijos, abuelos, tíos, sobrinos, primos y demás; basada en vínculos de consanguinidad y afinidad siempre y cuando coexistan bajo un mismo techo. Ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos(8).
- **FAMILIAS MONOPARENTAL:** Es aquella donde los hijos quedan al cuidado de uno de los padres y puede tener diversos orígenes; ya sea porque los padres se han separado o por el fallecimiento de uno de los cónyuges, por lo general es la madre quien la mayoría de las veces asume la crianza de sus hijos/as, excepcionalmente, se encuentran casos en donde es el hombre el que cumple con esta función(8).
- **FAMILIAS RECONSTITUIDA:** Es aquella en la cual dos adultos forman una nueva familia, a la cual ambos o uno de ellos trae un hijo de una relación anterior. Estas familias pueden formarse a partir de un progenitor(a) no casado(a), de personas divorciadas, separadas definitivamente de una relación anterior, o como consecuencia de una viudez. De éstas proviene la figura de los padrastros y madrastras(8).

3.3. IMPORTANCIA DE LA FAMILIA

Su importancia radica en el cumplimiento de sus funciones; una de las funciones que desempeña la familia es la económica, que comprende actividades de abastecimiento, consumo y protección, tendientes a la satisfacción de las necesidades básicas individuales(9). Otra función es la biológica, que se expresa a través de la reproducción, la necesidad de procrear hijos, que condicionará la composición de la familia(9).

No menos importante es la función educativa y de satisfacción de las necesidades afectivas y espirituales, a través de la cual la familia contribuye a la formación de valores, educación y socialización de sus miembros(9). Esta función adquiere un carácter específico ya que depende del sistema de regularidades propio de cada familia, y de las condiciones socioeconómicas en las que se desarrolle(9).

La familia tiene la tarea de preparar a los miembros para enfrentar cambios (crisis) que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y

que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales, e inciden en el bienestar de la salud familiar(9).

La familia es tanto más saludable en la medida que facilite el crecimiento y el desarrollo de cada uno de sus integrantes, y contribuya a la satisfacción de las necesidades materiales y afectivas según las exigencias de cada etapa de la vida(10).

3.4. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

3.4.1. DEFINICIÓN

El funcionamiento familiar ha sido definido como aquel conjunto de atributos que caracterizan a la familia como sistema y que explican las regularidades encontradas en la forma cómo el sistema familiar opera, evalúa o se comporta(11).

El funcionamiento familiar es entendido como la capacidad que la familia tiene para enfrentar y superar cada etapa del ciclo vital, incluyendo las crisis; asimismo debe responder a las necesidades y demandas tanto de dependencia como de autonomía de sus miembros(12). A menudo el enfoque médico considera a la familia funcional en términos de familia sana, adecuada o normal. A través de esto Offer y Sabshin establecen que todas las familias asintomáticas y que por ende no manifiestan problemas graves, son consideradas normales o sanas(12).

El funcionamiento familiar es aquel que posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los cuales se puede citar los siguientes: La satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros, la transmisión de valores éticos y culturales, la promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros., el establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital, el establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social), y la creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal(13).

3.4.2. DIMENSIONES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Según el cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL, creado por la magister en Psicología de salud Isabel Louro, las dimensiones que componen el funcionamiento familiar son(14):

- **Cohesión:** Es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar y puede ser definida a partir de los vínculos emocionales que los miembros de una familia establecen entre sí. Es la unión familiar, física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas. Cuando la cohesión es estrecha favorece la identificación física y emocional y el establecimiento de sólidos vínculos y un fuerte sentimiento de pertenencia con el grupo familiar en su conjunto(14).
- **Armonía:** Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo(14).
- **Comunicación:** refleja los patrones de interacción a través de los cuales los miembros de una familia interactúan, intercambian mensajes con contenidos afectivos, informativos o normativos(14).

La adecuación o inadecuación de los patrones comunicativos familiares juega un rol principal en la funcionalidad o disfuncionalidad de la misma; la funcionalidad o no de la comunicación familiar, en última instancia, expresa el grado o la medida en que sus miembros han aprendido a manifestar adecuadamente o no, sus sentimientos en relación con los otros, y también cuánto la familia ha avanzado en la elaboración de sus límites y espacios individuales(14).

En las familias funcionales y saludables predominan patrones comunicativos directos y claros. Sus miembros suelen expresar de manera espontánea tantos sentimientos como negativos, sus iras y temores angustias, ternuras y afectos, sin negarle a nadie la posibilidad de expresar libre y plenamente su afectividad(14).

- **Permeabilidad:** Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones(14).

- **Afectividad:** Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros(14).
- **Roles:** Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar(14).
- **Adaptabilidad:** La adaptabilidad familiar se refiere en primer lugar a la flexibilidad o capacidad de la familia para adoptar o cambiar sus reglas o normas de funcionamiento, roles, etc., ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, dificultades, crisis o conflictos por los que puede atravesar la misma en un momento dado(14).

La no presencia de esta flexibilidad impide a la familia hacer un uso adecuado de sus recursos, lo que provoca un aferramiento a esquemas, normas, roles, actitudes, que resultan poco funcionales y dificultan encontrar una solución viable a la situación familiar problemática(14).

3.4.3. TIPOS DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Según Isabel Louro, Master en Psicología de Salud; quien diseñó el cuestionario de funcionamiento familiar FF-SIL, son los siguientes(15):

- **Familia funcional:** Es aquella donde las interrelaciones como grupo humano favorece el desarrollo sano y el crecimiento personal de cada uno de sus miembros, en la medida que existe un equilibrio en el cumplimiento de sus funciones y a su vez disponga de recursos adaptativos para enfrenar los cambios(15).
- **Familia moderadamente funcional:** Es una expresión intermedia entre la familia funcional y la familia disfuncional, de las categorías de que define el funcionamiento familiar(15).
- **Familia disfuncional:** Es la expresión negativa de las que definen el funcionamiento familiar. Las disfunciones familiares se generan debido a perturbaciones, creencias, mitos familiares problemáticos, sintomatología individual, estresores del ciclo de vida e incapacidad de la familia para realizar las tareas familiares, así como la falta de afinidad(15).
- **Familia severamente disfuncional:** Es una expresión negativa de extremo de las categorías que define el funcionamiento familiar(15).

3.4.3. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SALUDABLE

Es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que están histórica y socialmente asignados, entre los cuales se puede citar los siguientes; la satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros; la transmisión de valores éticos y culturales; el establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital; el establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social); la promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros; la creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual(13).

Un funcionamiento familiar saludable implica el desarrollo de una dinámica adecuada en la familia(12). Al hablar de dinámica familiar, se está refiriendo al establecimiento de determinadas pautas de interrelación entre los miembros del grupo familiar, las cuales se encuentran mediadas o matizadas por la expresión de sentimientos, afectos y emociones de los miembros entre sí y en relación con el grupo en su conjunto(12).

3.4.4. DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

Es aquella en la que no existe una resolución adecuada de la crisis del ciclo vital, lo cual incluso puede llegar a heredarse de generación en generación, provocando una inestabilidad en todo el sistema; habiendo así un mal funcionamiento familiar en todas las áreas(12). Entonces se dice que una familia funcional es lo suficientemente flexible para adaptarse cuando las demandas internas o ambientales así lo exigen de manera que pueda conservar la homeostasis sin que ninguno de sus miembros desarrolle síntomas(16). En cambio, la disfuncionalidad, la rigidez y la resistencia al cambio favorece la aparición de las crisis que amenazan con romper ese equilibrio(16).

Las características de una familia disfuncional es que no son:

- **Dialécticas:** Es decir que no evolucionan en un constante devenir. En ellas no surgen circunstancias que promuevan su crecimiento individual y grupal, aparecen muchos momentos de crisis y contradicciones(17). Lo normal es la presencia de dos aspectos el crecimiento y la crisis, pero en esta predomina la crisis, sus integrantes no movilizan sus recursos para que su membrecía se afirme y pueda movilizarse hacia un continuo desarrollo, ninguna familia permanece estática dado que su historia es un permanente devenir(17). Depende como una familia se organiza, moviliza para enfrentar sus problemas, crisis y posibilitar su crecimiento(17).
- **Dinámicas:** La acción o conducta de cada uno de sus integrantes no influye en los comportamientos, sentimientos y pensamientos de sus demás integrantes y viceversa(18). No hay una conjunción, la interacción entre ellos no permite su integración ante sucesos familiares, por lo tanto, cada uno de sus integrantes no puede definir ni pronosticar la posición, el comportamiento, las alianzas estratégicas, los sentimientos, las conductas reactivas, de los demás miembros en base a la historia que los une y por el rol que les ha tocado desempeñar en el interior de la propia familia(18). Si la relación que establece determinado miembro hacia otro de su sistema es saludable, esto va a reflejar en los demás integrantes y viceversa, pero sino es saludable la repercusión tampoco lo será(18).
- **Relativas:** Toda familia surge en un determinado momento histórico y les brinda a sus integrantes protección, seguridad, afecto, expectativas para su desarrollo, como también de manera contradictoria puede iniciar, desarrollar e implementar una serie de mecanismos psicológicos que hacen que se mantengan una serie de comportamientos no funcionales y que pueden perjudicar a sus integrantes y que convierten a la familia Funcional en disfuncional, es decir nociva para el desarrollo saludable de sus integrantes(16).
- **No estar en una situación relacional y compatible:** Las características psicoculturales de la comunidad donde el sistema familiar se inserta,

influyen en su estructura y funcionabilidad(19). Se puede decir entonces, que la particularidad de una familia en un determinado momento histórico de su ciclo vital puede desempeñar un rol saludable y positivo, propiciando el crecimiento y desarrollo de sus integrantes(19). Pero que con el transcurrir del tiempo, de mantenerse éstas mismas características particulares pueden convertirse en no saludables y tomarse anacrónicas, divergentes y reaccionarías a la evolución funcional de la familia y por lo tanto resistenciales y disfuncionales para el desarrollo de la salud mental de sus integrantes(19).

3.4.5. Rol de la enfermera en el funcionamiento familiar

Cuando el funcionamiento familiar se ve afectado, es necesario restaurar el equilibrio; la familia debe utilizar una serie de mecanismos de defensa, constituidos por los conocimientos, las experiencias y los recursos con los que dispone y adoptar las estrategias de afrontamiento necesarias(20).

Cuando el sistema familiar mantiene un buen estado de salud, promueve el desarrollo integral de sus miembros y satisface sus necesidades(20). Por el contrario, cuando la familia ve alterada su salud, puede convertirse en un factor de riesgo, capaz de dificultar el crecimiento y desarrollo de sus miembros y de generar en estos problemas de salud(20).

Según la guía básica “Valoración, enfermera de la familia”, de la Universidad de Sevilla, las enfermeras disponen de elementos metodológicos: diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones, que permiten identificar problemas que afectan a la unidad familiar e intervenir para ayudar a las familias a resolverlos(14).

Las intervenciones de enfermería que se pueden aplicar a la familia son las siguientes: apoyo a la familia, estimulación de la integridad familiar, mantenimiento de los procesos familiares, potenciación de roles, asistencia en el mantenimiento del hogar, apoyo al cuidador principal, finalmente la terapia familiar(14).

Cabe resaltar la intervención educativa que, va dirigida a proveer información y orientación, propicia la reflexión y el análisis de diversos aspectos del cursar de la vida del adolescente, tanto en la vida familiar como en otros ámbitos de la vida cotidiana(9). Este tipo de Intervención puede realizarse en diferentes espacios comunitarios tales como, centros de trabajo, escuelas, organizaciones femeninas, el barrio, etcétera(9).

3.5. AFRONTAMIENTO

3.5.1. DEFINICIÓN

El afrontamiento se especifica como un conjunto de respuestas ante un contexto estresante, realizadas para manejarla y/o neutralizarla. Es decir, se habla de afrontamiento en relación a un proceso que incluye los intentos del sujeto para resistir y superar demandas enormes que se le plantean en su acontecer vital y reestablecer el equilibrio, es decir, para adecuar a la nueva situación(21).

“Las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectiva”(22). Al afrontamiento como “un conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales que realiza una persona para controlar (minimizar, dominar, tolerar) las demandas (externas, internas y su posible conflicto) generadoras de estrés, que se auto perciben como superando los recursos propios de los que se dispone”(23).

El afrontamiento cognitivo se relaciona con la habilidad para afrontar las situaciones adversas, la cual es muy amplia en los seres humanos; cada persona interpreta y reacciona ante una situación en forma diferente, y de acuerdo con esto responde a los estímulos ambientales, teniendo en cuenta que la capacidad de afrontamiento es el resultado de la interacción entre demanda sobre el individuo, los recursos personales disponibles y los recursos ambientales entre los cuales se incluyen los sociales. Los problemas de afrontamiento surgen cuando se altera la estabilidad en la relación entre la persona y el ambiente(24).

El afrontamiento según Roy son los esfuerzos comportamentales y cognitivos que realizan las personas para atender las demandas del ambiente, que actúan como un todo para mantener sus procesos vitales y su integridad(25).

3.5.2. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Siguientes estilos:

Dirigido a la resolución de problemas:

- Buscar diversiones relajantes (Dr), describe actividades relajantes: oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, etc(26).
- Esforzarse y tener éxito (Es), supone compromiso, ambición y dedicación para estar mejor(26).
- Distracción física (Fi), elementos que se refieren a hacer deporte, mantenerse en forma, etc (26).
- Fijarse en lo positivo (Po), busca el aspecto positivo de la situación y considerarse afortunado(26).
- Concentrarse en resolver el problema (Rp), acciones dirigidas a analizar los diferentes puntos de vista de la situación(26).

Afrontamiento en relación con los demás:

- Buscar apoyo espiritual (Ae), supone recurrir a la ayuda de un ser superior para solucionar los conflictos. Emplean la oración y la creencia en la ayuda de un líder espiritual(27).
- Buscar ayuda profesional (Ap), consiste en buscar la opinión de profesionales, como maestros, terapeutas o a una persona competente(27).
- Invertir en amigos íntimos (Ai), se refiere búsqueda de relaciones personales íntimas(27).
- Buscar apoyo social (As), consiste en una estrategia de compartir los problemas con otros y buscar apoyo en su resolución(27).
- Buscar pertenencia (Pe), implica preocupación e interés por sus relaciones con los demás y por lo que los otros piensan(27).
- Acción social (So), supone dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda a través de grupos(27).

Afrontamiento improductivo:

- Autoinculparse (Cu), ciertos sujetos se ven como responsables de los problemas o preocupaciones que tienen(28).
- Hacerse ilusiones (Hi), estrategia expresada por elementos basados en la esperanza y en la anticipación de una salida positiva(28).
- Ignorar el problema (Ip), rechazar conscientemente la existencia del problema(28).
- Falta de afrontamiento (Na), incapacidad personal para tratar el problema y desarrollo de síntomas psicósomáticos (28).
- Preocuparse (Pr), indica preocupación por el futuro y la felicidad futura(28).
- Reservarlo para sí (Re), expresa que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas(28).
- Reducción de la Tensión (Rt), utilización de elementos que reflejan un intento de sentirse mejor y relajar la tensión (Fumar, beber, drogarse)(28).

Estrategias de Afrontamiento

En relación con las estrategias de afrontamiento, su delimitación conceptual es poco precisa, ya que su definición y clasificación ha estado unida al desarrollo de instrumentos de medida de las mismas(29).

Entre las diferentes clasificaciones del afrontamiento se encuentra:

- Disfuncional (en este tipo de afrontamiento no hay un adecuado manejo y expresión de sentimientos. Incluye también aquellas situaciones en que la acción es inhibida)(30).
- Funcional (en este tipo de afrontamiento se generan soluciones alternativas y se realizan acciones concretas para resolver el problema)(30).
- Según el tipo de estrategia se puede clasificar como:
- Estrategias activo comportamentales (aluden a los intentos comportamentales para resolver el problema planteado)(30).
- Estrategias activo cognitivas (hacen referencia a los esfuerzos por manejar la percepción del nivel de estrés producido)(30).

- Estrategias de evitación (son los intentos por evitar el problema, o reducir la tensión indirectamente a través de comportamientos como comer o fumar más)(30).

Otros autores identificaron dos tipos de estrategias:

- Estrategias enfocadas en el problema (Son las acciones concretas y directas que el sujeto realiza para cambiar la situación amenazadora)(30).
- Estrategias enfocadas en la emoción (Son aquellas que tienden a controlar los sentimientos para aminorar el impacto sobre el sujeto)(30).
- Según los estilos de afrontamiento, los que representan aspectos funcionales y disfuncionales. Estos son:
 - Estilo dirigido a solucionar el problema (consiste en trabajar para resolver la situación problemática, manteniéndose optimista y relajado durante el proceso. Abarca las siguientes estrategias: concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, fijarse en lo positivo, diversiones relajantes y distracción física)(31).
 - Estilo de afrontamiento en relación con los demás (consiste en acercarse a otros para obtener apoyo. Abarca las siguientes estrategias: apoyo social, amigos íntimos, buscar pertenencia, acción social, apoyo espiritual y buscar apoyo profesional)(31).
 - Estilo improductivo (se trata de una combinación de estrategias improductivas de evitación que muestra una incapacidad empírica para afrontar los problemas. Abarca las siguientes estrategias: preocuparse, hacerse ilusiones, no afrontamiento, reducción de tensión, ignorar el problema, autoinculparse y reservarlo para sí)(31).

3.5.3. Etapas del proceso de afrontamiento

El subsistema de afrontamiento cognitivo tiene relación con la conciencia(24). La conciencia monitorea y regula el comportamiento humano gracias a los procesos cognitivos en donde, mediante el desarrollo del proceso de información, la persona otorga un significado a los estímulos del ambiente, interactúa con este y alcanza los niveles más altos de integración consigo mismo y con la sociedad. Este

procesamiento de la información se da en tres etapas secuenciales, las cuales están íntimamente relacionadas entre sí; Roy las ha denominado como entradas, procesos centrales y salidas(24).

- Entradas: Son los estímulos que puedan llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales (afectan a la persona inmediatamente), contextuales (todos los demás estímulos que están presentes) y residuales (inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la enfermedad)(24).
- Procesos centrales: Hace uso de los procesos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el auto concepto y la función de rol incluidos en la adaptación)(24).
- Salidas: Se refiere a las conductas de las personas, se dividen en respuestas adaptativa (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema(24).
- Dentro de los mecanismos de afrontamiento que utilizaron estos pacientes se describe la preocupación, observación del problema de forma objetiva, aceptación de su condición, mantenimiento del control, esperar, rezar y confiar en Dios(24).

Aunque es normal que las personas utilicen mecanismos de afrontamiento, también es claro que en algunos pacientes estos mecanismos no sean eficientes y como resultado se presenten problemas de adaptación como ansiedad, baja autoestima, disfunción sexual, aflicción y culpabilidad; estos problemas se convierten en estímulos importantes que no permitirán la adaptación en los otros modos adaptativos sobre todo en el fisiológico, ya que influirá en la realización de actividades y apego al tratamiento lo que puede complicar o dificultar la adaptación de estos pacientes(32).

Para establecer dichas intervenciones es necesario que el personal de enfermería elabore planes de cuidado y el proceso de afrontamiento es

complejo, multidimensional, por lo que hay que tener en cuenta que las estrategias son cambiantes en el tiempo y sensibles tanto a las características personales como a factores externos o del entorno(24).

3.5.4. Relación Enfermería-familia en la unidad de cuidados intensivos

La enfermera es la profesional que brinda atención a las pacientes en estado crítico debe tener una formación y preparación de especialidad y mantenerse constantemente actualizada, de tal manera que se garantice la calidad y la oportunidad en la atención, que muchas veces es la diferencia entre la vida y la muerte; la enfermera está relacionada de manera específica y directa con la respuesta humana a los problemas que amenazan la vida del paciente y el equilibrio emocional de la familia(28).

Pautas de actuación que forman parte de la respuesta profesional en la relación enfermera- familia:

- En una etapa inicial conceder el tiempo necesario para que acepten la nueva situación y reajusten los roles familiares(30).
- Mantener una actitud positiva hacia ellos para favorecer su confianza(30).
- Establecer una relación de empatía, respetándolos y comprendiendo su situación de malestar(30).
- Saber escuchar y prestar atención al lenguaje verbal, y en especial al lenguaje no verbal(30).
- Hablarles claramente, con palabras asequibles. Utilizar preguntas abiertas para que se expresen libremente(30).
- Acompañar las malas noticias, de recursos y salidas positivas, que no es crear falsas expectativas(30).

La familiar debe adaptarse al escenario hospitalario, es decir comprender y acomodarse a las particularidades que tiene este servicio como lo son: las restricciones, limitaciones en visitas, el uso de los equipos y dispositivos, los tratamientos tan invasivos para el ser querido, y la percepción de este como un entorno de riesgo y posible muerte (33).

Molter, a través de una revisión de la literatura de Enfermería, desarrollo un estudio donde identifiqué 45 necesidades específicas de los familiares del enfermo crítico después de un proceso de enfermedad de uno de sus miembros, necesidades que hacen referencia a aspectos de información, ayuda, seguridad de que su familiar este bien atendido, bienestar, horarios flexibles de visita, aspectos de entorno, etc. llegando a la conclusión que es enfermería quien cubre mejor la mayoría de estas necesidades(34).

Paciente Crítico y su Impacto en la Familia

El Impacto en la familia del paciente crítico se describe como una vivencia que genera gran impresión, en la que se exponen variedad de estados afectivos del ánimo tales como: sentimientos de pérdida, amenaza de muerte y duelo, angustia, depresión, dolor, sufrimiento, desesperanza, impotencia, preocupación, tranquilidad e intranquilidad y frustración; enmarcados dentro de una ambivalencia permanente(33).

El familiar experimenta estos sentimientos por falta de contacto o separación de la persona hospitalizada, la falta de información detallada sobre las condiciones del paciente, percepción de sufrimiento de la persona hospitalizada, de las restricciones y normas hospitalarias, así como el impacto que genera este ambiente, dado por la imagen corporal y exposición de fluidos corporales como la sangre(33).

Así mismo se identifica que el vínculo o parentesco puede incidir en el sufrimiento durante la experiencia, sumado a enfrentarse a una situación para la que no se estaba preparado. La gravedad de la enfermedad se convierte en generador de impotencia donde el familiar identifica que no puede participar activamente en la recuperación del ser querido, sumado a la imposibilidad de satisfacer la necesidad de compañía del familiar relacionada con las limitaciones de la visita(35).

El familiar siente por momentos tranquilidad porque el paciente se encuentra hospitalizado donde será atendido por personal profesional calificado, sin embargo, a la vez experimenta intranquilidad y sufrimiento por la gravedad de la enfermedad, por las posibles secuelas y el

pronóstico del paciente, donde se resalta el temor por la amenaza de muerte del ser querido(35). Pero todos los sentimientos que experimenta no evitan que el familiar tenga la esperanza de recuperación y regreso a casa del ser querido apoyándose en la ayuda de un ser superior y la confianza en el cuidado que le brinden(35).

Durante el tiempo de la hospitalización, el familiar se ve obligado a realizar modificaciones relevantes de sus hábitos, las cuales son movidas por un sentimiento donde quien importa es el paciente y por lo tanto prevalecen las necesidades de él sobre las del familiar. La experiencia le implica al familiar asumir cambios en los hábitos de alimentación, de descanso y sueño, y en las tareas de la vida diaria, dados por la demanda de tiempo ante la permanencia en la institución hospitalaria y, por la carga e impacto emocional que les genera la situación(35).

Por otro lado, el familiar cambia su rutina laboral, presentándose en algunos casos el retiro o suspensión del trabajo, llevando con ello a una reorganización económica, que se presenta además por los costos que genera la situación. Así mismo, se presenta una reorganización o reestructuración del grupo familiar, por el impacto que genera la ausencia de la persona enferma, donde en algunos casos se requiere desplazamiento de la ciudad de residencia para hospedarse temporalmente en la ciudad en la que se encuentra su familiar hospitalizado(33).

El familiar, experimenta además una modificación de sus hábitos, al identificar y asumir nuevos roles para los que no se está preparado, tales como de protector de los otros familiares, cuidador de la persona enferma, líder del grupo familiar para la toma de decisiones; y de informante clave tanto para el equipo de salud como para las redes de apoyo primario. La modificación de hábitos, se enmarca además dentro de una gran percepción de carga, que el familiar describe como parte de su día a día, y que lo condiciona a cambiar sus rutinas de manera significativa(33).

Se experimenta carga por la presencia de múltiples sentimientos a la vez, por la percepción de limitación y sufrimiento de la persona enferma, por las tareas y roles que se deben asumir en tan poco tiempo, por el entorno y preocupaciones relacionadas con los riesgos que genera la hospitalización; por las implicaciones económicas que trae la hospitalización, y por las manifestaciones de sufrimiento de otros familiares(33).

Así mismo, experimentan gran carga al convertirse en los informantes del grupo familiar y amigos, al tener que reportar diariamente los cambios en el estado del ser querido y los pormenores de la hospitalización(35). Finalmente, esta percepción de carga, se traduce en desgaste físico y emocional del familiar(35). Esta vivencia le implica al familiar un proceso de afrontamiento, que se caracteriza por una crisis dada por una situación para la que no se está preparado; por la utilización de una serie de estrategias condicionadas por las creencias, la personalidad, las experiencias anteriores; por la adaptación a un escenario tan complejo y desconocido; y finalmente, a la aceptación de la situación(35).

La crisis que experimenta el familiar es emocional y espiritual, que describe como una vivencia difícil y compleja que se presenta de forma inesperada y no se sabe cómo actuar. Esta crisis se da por múltiples aspectos como(35):

- El impacto que le genera el aspecto físico del ser querido, se resalta la presencia de la conexión a tantos equipos y dispositivos(35).
- El impacto que experimenta por las implicaciones que tiene para el ser querido hospitalizado: evento agudo de gravedad, riesgos, complicaciones, percepción de muerte, información médica compleja(35).
- El impacto por el temor y sufrimiento de recibir noticias sobre posibles complicaciones y recaídas(35).

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. ANTECEDENTES LOCALES:

CHAMBI G, CHAMBILLA A. Arequipa, (2016). “Factores socioculturales y afrontamiento en familiares de pacientes críticos, HRHD, Arequipa, 2016”; **conclusiones:** Referencia al afrontamiento los familiares de pacientes críticos tuvieron alto grado de afrontamiento mostrando estilos activos con estrategias centradas en el problema; Con la aplicación de la prueba chi cuadrado con un nivel de confianza del 95% se encontró relación entre los factores socioculturales edad, sexo, estado civil, nivel educativo, parentesco, tipo de familia e ingresos económicos en relación en afrontamiento.

AVALOS DE P A; FOLLANO D. Arequipa, (2018). “Afrontamiento Y Adaptación De Los Familiares Del Paciente Hospitalizado En La UCI Y UCIM Del H.N.C.A.S.E. Arequipa - 2018” **conclusiones:** La población de estudio estuvo conformada por 30 familiares de pacientes hospitalizados en UCI y UCIM del HNCASE. “Afronta, Adáptate y Supera”, se encontró que el 26.67% de la población tuvo baja capacidad de afrontamiento y adaptación; y el 73.33% tuvo alta capacidad de afrontamiento; Con la aplicación de la prueba estadística de Mc Nemar se concluye que la aplicación del Programa educativo “Afronta, Adáptate y Supera” aplicado a la población de estudio mostro eficacia mejorando así la capacidad de afrontamiento y adaptación en familiares de pacientes hospitalizados en UCI y UCIM.

4.2. ANTECEDENTES NACIONALES:

ESPINOZA T. Lima-Perú, (2016). “Nivel de uso de estrategias de afrontamiento por la familia ante el estrés, por la hospitalización de un pariente adulto en la Unidad de Cuidados Intensivos del HNGAI”. **Conclusiones:** En una muestra de 40 familias, mediante enfoque cuantitativo, método descriptivo y corte transversal. Se aplicó mediante técnica de encuesta un cuestionario, encontrándose que el 35% tienen un nivel de afrontamiento familiar medio, 35% tienen un nivel de afrontamiento familiar bajo y 30% tienen un nivel de afrontamiento familiar alto.

REAÑO K; LA TORRE T. Chiclayo Perú, (2015), “Afrontamiento de los padres frente a la retinopatía del prematuro en un hospital local. Chiclayo-2014”, **conclusiones:** los padres al recibir la noticia sobre la enfermedad de Retinopatía del prematuro (ROP) en su menor hijo, experimentaron reacciones fisiológicas y emociones negativas ocasionadas por el estrés, siendo Dios y la familia las principales fuentes de apoyo para ellos.

4.3. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

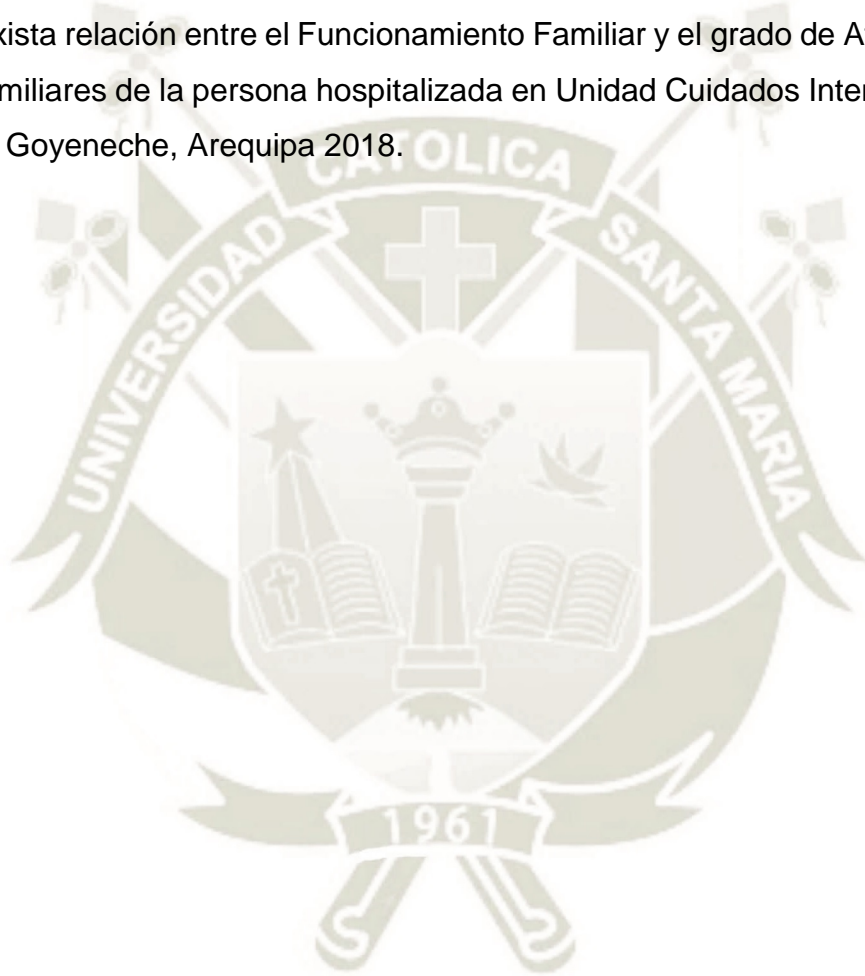
ALEMÁN C. Colombia, (2015). “Efectos de una intervención educativa sobre la capacidad de afrontamiento y adaptación en familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo” **conclusiones:** los cuidadores tuvieron un alto nivel de afrontamiento antes de la intervención educativa, después de la intervención educativa todos los cuidadores mantuvieron y optimizaron el nivel alto de afrontamiento, recomendando continuar con el diseño de nuevas intervenciones educativas dirigidas a familias de pacientes en estado crítico.


ELÍAS, S. España, (2013). “Participación de Enfermería ante las necesidades de los familiares de pacientes ingresados en la UCI”. **Conclusiones:** los cuidados de enfermería contribuyen de manera importante en la satisfacción general de los familiares con el cuidado del paciente. El abordaje de las necesidades de los familiares de pacientes ingresados además de aumentar su satisfacción y la propia del profesional, aumenta la confianza en el equipo sanitario y promueve la participación de la familia en la toma de decisiones.

5. HIPÓTESIS

Dado que, el Funcionamiento Familiar es entendido como la capacidad que la familia tiene para enfrentar y superar cada etapa del ciclo vital, incluyendo las crisis; asimismo debe reconocer a las necesidades y demandas tanto de sumisión como de autonomía de sus miembros; y es el familiar del paciente hospitalizado en la Unidad Cuidados Intensivos quien en ese momento se enfrenta a una angustia y temor por la enfermedad de su familiar.

Exista relación entre el Funcionamiento Familiar y el grado de Afrontamiento en familiares de la persona hospitalizada en Unidad Cuidados Intensivos. Hospital III Goyeneche, Arequipa 2018.





CAPITULO II PLANEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN

1.1. TÉCNICA

Para la variable independiente y dependiente, se utiliza la encuesta.

1.2. INSTRUMENTO

Como instrumentos se utilizará los siguientes:

- Para la recolección de datos de los indicadores sociodemográficos se utilizó la **Ficha de recolección de datos sociodemográficos** que consta de preguntas abiertas y cerradas de alternativas múltiples; que presenta las siguientes partes:
Introducción (presentación, confidencialidad), datos sociodemográficos con un total de 9 ítems cerrados para marcar según el familiar de la persona hospitalizada en unidad de cuidados intensivos.
- Para la Variable Independiente se utilizó el **Test De Funcionamiento Familiar FF-SIL**. El test fue construido en el año 1994 por Ms. Teresa Ortega Veitia y colaboradores en Cuba y fue sometido en el año 2000 a

varios procedimientos que evidenciaron su confiabilidad y validez (alfa de Crombach =0.94) este test fue construido para evaluar la funcionalidad familiar en siete componentes que son: cohesión (1,8); armonía (2,13); rol (3,9); afectividad (4,14); comunicación (5,11); adaptabilidad (6, 10); permeabilidad (7, 12). El test está conformado por 14 ítems, cada ítem se califica de 1 a 5 puntos. Los valores finales son los siguientes:

- ✓ Familia funcional : 70 a 57 pts.
- ✓ Familia moderadamente funcional : 56 a 43 pts.
- ✓ Familia disfuncional : 42 a 28 pts.
- ✓ Familia severamente disfuncional : 27 a 14 pts.

- Para la Variable Dependiente se utilizó la **Escala De Medición Del Proceso De Afrontamiento Y Adaptación De Roy, Versión En Español CAPs**. La validez de la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) de Roy se fundamenta en diversos estudios que han determinado la confiabilidad de la misma en sus versiones en inglés, tailandés y español, siendo la versión en español validada por la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana en el año 2007, en donde se determinó la validez y la confiabilidad (consistencia interna y estabilidad, presentando un alfa de Cron Bach de 0,088); La escala está conformada por 47 ítems agrupados en cinco factores, con una calificación Likert de cuatro puntos, que varía desde 1 = nunca, hasta 4 = siempre; cada ítem es una frase corta acerca de cómo una persona responde cuando experimenta una crisis o un evento difícil. El puntaje total puede oscilar entre 47 a 188 puntos. Los valores finales son los siguientes:

Grado de capacidad de afrontamiento y adaptación

- ✓ Baja capacidad : 47-82
 - ✓ Mediana capacidad : 83-118
 - ✓ Alta capacidad : 119-153
 - ✓ Muy alta capacidad : 154-188
- **Afrontamiento:** Es conjunto de esfuerzos cognitivos y comportamentales que realiza una persona para controlar (minimizar, dominar, tolerar) las demandas (externas, internas y su posible conflicto)

generadoras de estrés, que se auto perciben como superando los recursos propios de los que se dispone. Son las formas en que el familiar de la persona hospitalizada en unidad coronaria hace frente a experiencias percibidas como estresantes que están orientados a reducir o resolver un problema. Variable cualitativa medida en escala ordinal, utilizando como instrumento la escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Roy versión en español (CAPS), que considera como categorías:

- ✓ **Bajo grado de afrontamiento:** Refleja un estilo pasivo o evitativo, que consiste en la ausencia o en la reducción de los esfuerzos para enfrentar directamente el suceso conflictivo, con estrategias centradas en la emoción y con conductas de evasión y negación, percibiendo la situación como no controlable. cuando el puntaje es de 47 a 82 puntos.
- ✓ **Mediano grado de afrontamiento:** La persona refleja un estilo de afrontamiento pasivo o activo, con estrategias de uso variadas y limitadas; es decir, puede tener un estilo pasivo y emplear moderadamente estrategias de estilo activo o tener un estilo activo, pero con uso moderado de estrategias de estilo pasivo. Su nivel de capacidad de afrontamiento y adaptación será muy limitado, porque no genera respuestas tan efectivas que le permitan a la persona adaptarse y confrontar la situación de forma óptima, por lo cual requiere reforzar cada una de las estrategias y recursos que está utilizando. cuando el puntaje es de 83 a 118 puntos.
- ✓ **Alto grado de afrontamiento:** La persona refleja un estilo de afrontamiento activo con estrategias centradas en el problema tanto cognitivas como comportamentales, percibiendo la situación como controlable. cuando el puntaje es de 119 a 154 puntos.
- ✓ **Muy alto grado de afrontamiento:** La persona refleja un estilo de afrontamiento activo con estrategias resolutivas, centradas en el problema y con control de la situación. cuando el puntaje es de 154 a 188 puntos.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL

El presente estudio se llevará a cabo en la Unidad Cuidados Intensivos del Hospital III Goyeneche. Se encuentra ubicada en la Av. Goyeneche s/n, en el Distrito de Arequipa en la Provincia y Departamento de Arequipa.

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL

El estudio se ejecutara entre los meses de julio a septiembre del año 2018.

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO

Las unidades de estudio la conformaran los familiares directos de la persona hospitalizada en Unidad Cuidados Intensivos, Hospital III Goyeneche, Arequipa 2018

2.3.1. UNIVERSO

Todos los familiares directos de la persona hospitalizada en Unidad Cuidados Intensivos, Hospital III Goyeneche, la población accesible se determina a través de los criterios de inclusión y exclusión.

2.3.2. MUESTRA

No existe muestra porque se trabaja con el universo

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Familiares directos (padres, pareja, hermanos, hijos) de la persona hospitalizada en Unidad Cuidados Intensivos, Hospital III Goyeneche, que deseen participar voluntariamente.
- ✓ Familiares de pacientes que son reingreso a la Unidad Cuidados Intensivos del, Hospital III Goyeneche.
- ✓ Personas de ambos sexos mayores de 18 años.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Familiares que no firmen el consentimiento informado.
- ✓ Familiares no directos de la persona hospitalizada en Unidad Cuidados Intensivos, Hospital III Goyeneche.

- ✓ Familiares de pacientes que tuvieron trastornos psíquicos, retraso mental o cualquier alteración psíquica u orgánica que afecte el juicio o contacto con la realidad al simple contacto.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La presente investigación se llevara a cabo durante los meses de julio a mediados de septiembre del 2018 para lo cual se realizó lo siguiente:

Aprobación del proyecto de investigación.

- Selección del área de estudio, se considerara a la Unidad Cuidados Intensivos. Hospital III Goyeneche Arequipa-2018.
- Determinación de la población: se considera a los familiares de la persona hospitalizada en Unidad Cuidados Intensivos. Hospital III Goyeneche Arequipa.
- Autorización y coordinación con las autoridades de la Unidad Cuidados Intensivos. Hospital III Goyeneche Arequipa-2018.
- Identificación de la población de estudio que cumplan los criterios de inclusión.
- Se aplicara el consentimiento informado a la población de estudio. (ver anexo 1).
- Se aplicara los instrumentos a la población de estudio.
- Se utilizara los siguientes instrumentos
 - Ficha de recolección de datos sociodemográficos.(ver anexo 2)
 - Test de funcionamiento familiar FF-SIL. (ver anexo 3)
 - Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Roy, versión en español CAPs. (ver anexo 4)
- Se tabulara los datos obtenidos para su interpretación.
- Se obtendrán y procesaran los datos, utilizando el programa SPSS. Y EXCELL.
- Se analizará e interpretará los resultados mediante pruebas estadísticas.
- Se elaborara el informe final.

4. RECURSOS

4.1. RECURSOS HUMANOS:

Investigadores:

- Lic. Elia Machacca Huacarpuma.

Asesoras:

- Mg. Carla Cuya
- Esp. Eddy Rivas

4.2. RECURSOS MATERIALES:

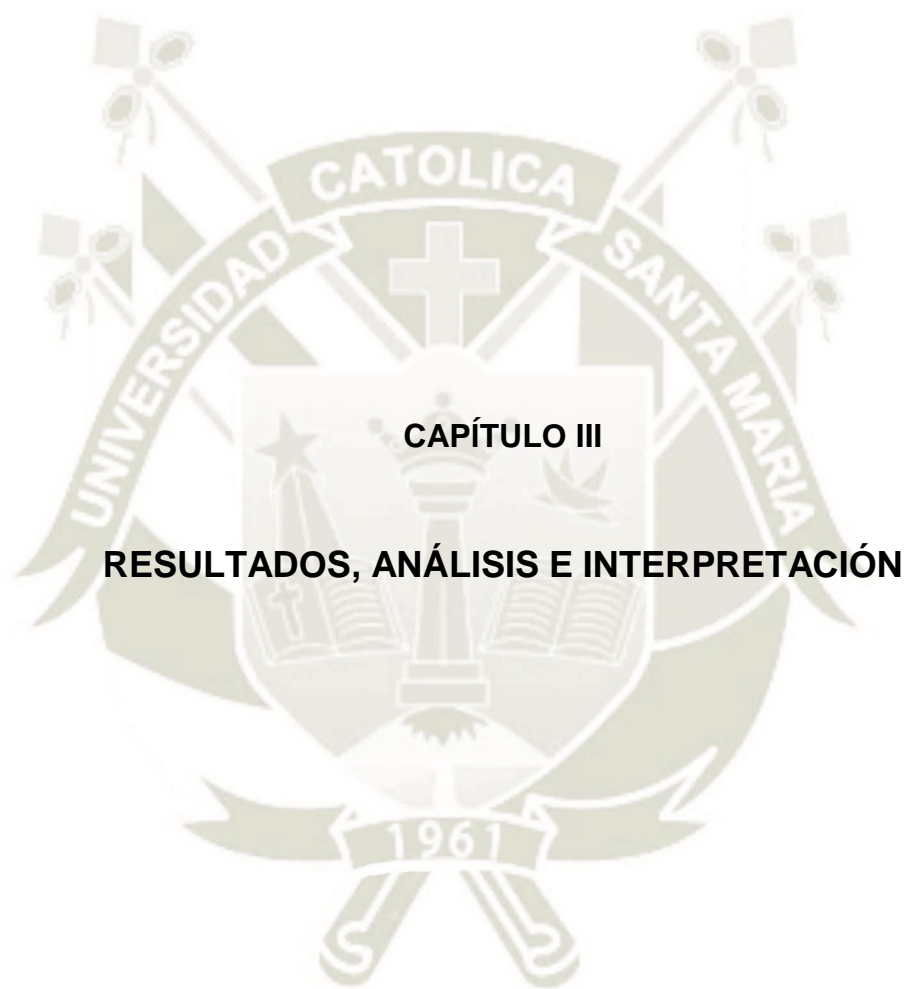
El estudiante se autofinanciado.

4.3. RECURSOS INSTITUCIONALES:

- Universidad Católica de Santa María.
- Hospital III Goyeneche.

5. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los instrumentos fueron codificados y aplicados. Se procedió a la tabulación de los datos y la presentación de forma sistemática de la información en tablas estadísticas, los datos se procesaron, analizaron en el programa Microsoft Office Excel 2013 y se utilizó la prueba estadística CHI cuadrado.



1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICO

TABLA N°1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIO DE ACUERDO A LOS DATOS SOCIODEMOGRAFICO DE ACUERDO EDAD Y SEXO DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.

		Frecuencia	%
EDAD	18-29 años	14	18.4
	30-39 años	18	23.7
	40-49 años	23	30.3
	50-59 años	16	21.1
	Mas 60 años	5	6.6
	TOTAL	76	100
SEXO	Masculino	32	42.1
	Femenino	44	57.9
	TOTAL	76	100

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N°1. Se presenta los datos sociodemográficos de los familiares de las personas hospitalizadas en unidad de cuidados intensivos; según

Edad: al respecto se ha encontrado que el 30.3%, tienen edades entre 40-49 seguido de 23.7%, tienen edades 30-39 con un 21.1% entre edades 50-59 años, un 18.4% entre edades 18-29 años y finalmente 6.6% entre edades más de 60 años. Predominando el sexo femenino con 57.9 % y masculino de 42.1%.

Se deduce que mayor población de estudio se encuentra comprendido en ciclo de vida adulta, siendo predominante el sexo femenino.

TABLA Nº2

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIO DE ACUERDO A LOS DATOS SOCIODEMOGRAFICO DE ACUERDO ESTADO CIVIL, PROCEDENCIA Y NIVEL EDUCATIVO DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.

		Frecuencia	%
ESTADO CIVIL	Soltero/a	22	28.9
	Casado/a	25	32.9
	Conviviente	18	5.3
	Divorciado/a	4	23.7
	Separado/a	4	5.80
	Viudo/a	3	8.70
TOTAL		76	100
PROCEDENCIA	Arequipa	34	44.7
	Puno	13	17.1
	Moquegua	13	17.1
	Tacna	6	7.9
	Cusco	10	13.2
TOTAL		76	100
NIVEL EDUCATIVO	Analfabeto	2	2.6
	Primaria	13	17.1
	Secundaria	31	40.8
	Superior	30	39.5
TOTAL		76	100

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla Nº2. Se presenta los dato sociodemográfico de los familiares de las personas hospitalizadas en Unidad Cuidados Intensivos; Estado civil: siendo con un 32.9% se encuentran casados, 28.9% son solteros, seguido de 23.7% divorciados, 8.70% viudos seguido de 5.80% son separados y finalmente con un 5.3% convivientes; Procedencia: el 44.7% son de Arequipa, continuando con

17.1% son de puno, al igual que 17.1% Moquegua, seguido 13.2% de cusco y finalmente de Tacna con 7.9%.

Nivel educativo: predominando 40.8% nivel secundaria, 39.5% grado superior, 17.1% nivel primario y finalmente 2.6% son analfabeto.

Se deduce que mayor población de estudio se encuentra casados y radican en ciudad de Arequipa teniendo un grado de intrusión secundaria.



TABLA N°3

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIO DE ACUERDO A LOS DATOS SOCIODEMOGRAFICO DE ACUERDO PARENTESCO, OCUPACIO Y RELIGIÓN DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENCHE, AREQUIPA-2018.

		Frecuencia	%
PARENTESCO	Padre	5	6.6
	Pareja	10	13.2
	Hermano/a	19	25.0
	Hijo/a	25	32.9
	Tío /a	17	22.4
TOTAL		76	100
OCUPACIÓN	Estudiante	7	9.2
	Ama de casa	12	15.8
	Desempleado	5	6.6
	Empleado dependiente	21	27.6
	Empleado independiente	31	40.8
	TOTAL	76	100
RELIGIÓN	Católica	32	42.11
	Evangelista	16	21.05
	Cristiano	15	19.74
	Testigo jehová	13	17.11
TOTAL		76	100

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla N°3. Se presenta los dato sociodemográfico de los familiares de las personas hospitalizadas en Unidad Cuidados Intensivos;

Parentesco: predominando los hijos con un 32.9%, seguido 25.0% los hermanos, 22.4% los tíos, 13.2% parejas y finalmente 6.6% los padres; Ocupación: predominando los empleados independiente con un 40.8%, empleado

dependiente 27.6%, ama de casa con un 15.8%, seguido de estudiantes 9.2% y finalmente desempleados con un 6.6%; Religión: predominando 42.11% católico, 21.05% son evangelista, 19.74% son cristianos, y finalmente 17.11% son testigos de jehová.

Se deduce que la población de estudio son los hijos quienes se encuentran más en el hospital, teniendo la facilidad por su empleo independiente y procesan la religión católico.



TABLA N°4

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIO DE ACUERDO A LOS DATOS SOCIODEMOGRAFICO DE ACUERDO TIPO DE FAMILIA DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.

Fuente: Elaboración propia.

		Frecuencia	%
TIPO DE FAMILIA	Nuclear	23	30.3
	Extendida	44	57.9
	Ampliada	3	3.9
	Monoparental	3	3.9
	Reconstituida	2	2.6
	Equivalente familiar	1	1.3
TOTAL		76	100

En la tabla N°4. Se presenta los dato sociodemográfico de los familiares de las personas hospitalizadas en Unidad Cuidados Intensivos, según Tipo de familia: predominando 57.9% de familia extendida, 30.3% familia nuclear, 3.9% familia ampliada al igual 3.9% familia monoparental, 2.6% familia reconstituida, y finalmente 1.3% familia equivalente.

Se deduce en la población de estudio que el tipo de familia extendida a más de dos generaciones, es decir se compone de padres, hijos y abuelos, basada en los vínculos de sangre siempre y cuando coexistan bajo un mismo techo.

TABLA N°5

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIO DE ACUERDO AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR COMPONENTES COHESION DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.

Cohesión	Casi Nunca		Pocas Veces		A veces		Muchas Veces		Casi Siempre		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	N	%	F	%
1 Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.	3	3.9	11	14.5	49	64.5	13	17.1	0	0.0	76	100
8 Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.	2	2.6	23	30.3	40	52.6	10	13.2	1	1.3	76	100

Fuente: Elaboración propia.

TABLA N° 5. Se analiza el componente de los dos ítems de los indicadores de cohesión; se observa que el 64.5% a veces toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia, 17.1% muchas veces, 14.5% pocas veces y 3.9% casi nunca.

Se observa en cuanto el 52.6% opina que Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan, 30.3% pocas veces, 13.2% muchas veces, 2.6% casi nunca y 1.3% casi siempre.

Se deduce que más de la mitad de la población de estudio a veces toman decisiones para cosas importantes de la familia, así mismo más de la mitad se ayudan en algún problema familiar. Lo cual demuestra que en cuanto a la cohesión de la población es regular.

TABLA N°6

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIO DE ACUERDO AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR COMPONENTES ARMONIA DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.

Armonía	Casi Nunca		Pocas Veces		A veces		Muchas Veces		Casi Siempre		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
2 En mi casa predomina la armonía.	3	3.9	9	11.8	50	65.8	12	15.8	2	2.6	76	100
13 Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.	5	6.6	11	14.5	47	61.8	13	17.1	0	0.0	76	100

Fuente: Elaboración propia.

TABLA N° 6 se analiza el componente de los dos ítems de los indicadores de armonía; se observa que el 65.8% cree que a veces en su casa predomina la armonía, 15.8% muchas veces, 11.8% pocas veces, 3.9% casi nunca y 2.6% casi siempre.

Se observa que el 61.8% cree que a veces sus intereses y necesidades son respetadas por el núcleo familiar; 17.1% muchas veces, 14.5% pocas veces y 6.6% casi nunca.

Se deduce que más de la mitad de la población de estudio considera que en mi casa predomina la armonía familiar. Así como los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar. Lo cual demuestra que en cuanto a la armonía de la población tiene un nivel medio

TABLA N°7

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIO DE ACUERDO AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR COMPONENTES ROL DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.

Rol	Casi Nunca		Pocas Veces		A veces		Muchas Veces		Casi Siempre		TOTAL		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
	3	En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.	8	10.5	15	19.7	39	51.3	14	18.4	0	0.0	76
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.	5	6.6	7	9.2	45	59.2	18	23.7	1	1.3	76	100

Fuente: Elaboración propia.

TABLA N° 7 se analiza el componente de los dos ítems de los indicadores de rol; se observa que el 51.3% indican que a veces en su familia cada uno cumple con sus responsabilidades, 19.7% pocas veces, 18.4% muchas veces y 10.5% casi nunca.

Así como el 59.2%, piensa que a veces las tareas se distribuyen de forma que nadie este sobrecargado, 23.7% muchas veces, 9.2% pocas veces, 6.6% casi nunca y 1.3% casi siempre.

Se deduce que más de la mitad de la población de estudio considera que en mi familia cada uno cumple sus responsabilidades, para adoptar o cambiar sus reglas ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, teniendo claro que todos tienen un rol familia; donde se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.

TABLA N°8

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIO DE ACUERDO AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR COMPONENTES AFECTIVIDAD DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.

Afectividad	Casi Nunca		Pocas Veces		A veces		Muchas Veces		Casi Siempre		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
4 Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.	6	7.9	15	19.7	49	64.5	6	7.9	0	0.0	76	100
14 Nos demostramos el cariño que nos tenemos.	7	9.2	11	14.5	45	59.2	11	4.5	2	2.6	76	100

Fuente: *Elaboración propia.*

TABLA N° 8 se analiza el componente del indicador Afectividad, cuenta con dos ítems; donde se aprecia que el 64.5% piensa que a veces las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana, 19.7% pocas veces, 7.9% muchas veces al igual que 7.9% casi nunca.

Se puede observar 59.2% opina que a veces nos demostramos el cariño que nos tenemos, 14.5% muchas veces, al igual que 14.5% pocas veces, 9.2% casi nunca y 2.6% casi siempre.

Se deduce que más de la mitad de la población de estudio considera que a veces Las manifestaciones de cariño forman parte de su vida cotidiana, donde se demuestran el cariño que se tienen; ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios, dificultades, crisis o conflictos por los que pueden atravesar la misma en un momento dado.

TABLA Nº 9

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIO DE ACUERDO AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR COMPONENTES COMUNICACIÓN DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.

Comunicación	Casi Nunca		Pocas Veces		A veces		Muchas Veces		Casi Siempre		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
5 Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	4	5.3	17	22.4	41	53.9	14	18.4	0	0.0	76	100
11 Podemos conversar diversos temas sin temor.	1	1.3	11	14.5	45	59.2	18	23.7	1	1.3	76	100

Fuente: *Elaboración propia.*

TABLA Nº9. Se analiza el componente del indicador Comunicación, cuenta con dos ítems; donde se aprecia que el 53.9% a veces se expresan sin insinuaciones, de forma clara y directa, 22.4% pocas veces, 17.4% muchas veces y 5.3% casi nunca.

Se observa que en el siguiente ítems el 59.2% opina que a veces puede conversar diversos temas sin temor, 23.7% muchas veces, 14.5% pocas veces, 1.3% casi nunca, al igual que 1.3% casi siempre.

Se deduce que más de la mitad de la población de estudio considera que a veces Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa y Podemos conversar diversos temas sin temor. Refleja los patrones de interacción a través de los cuales los miembros de una familia interactúan, intercambian mensajes con contenidos afectivos, informativos o normativos.

TABLA N°10

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIO DE ACUERDO AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR COMPONENTES ADAPTACION DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.

Adaptabilidad		Casi Nunca		Pocas Veces		A veces		Muchas Veces		Casi Siempre		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.	3	3.9	9	11.8	56	73.7	8	10.5	0	0.0	76	100
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	5	6.6	7	9.2	46	60.5	16	21.1	2	2.6	76	100

Fuente: *Elaboración propia.*

TABLA N° 10. Se analiza el componente del indicador Adaptabilidad, cuenta con dos ítems; donde se aprecia que el 73.7% cree que a veces puede aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos, 10.5% muchas veces, 11.89% pocas veces, y 3.9% casi nunca. Se observa el siguiente ítems que el 60.5% cree que a veces las costumbres familiares se pueden modificar ante determinadas situaciones, 21.1% muchas veces, 9.2% pocas veces, 6.6% casi nunca y 2.6% casi siempre.

Se deduce que más de la mitad de la población de estudio considera que a veces Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos al igual las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones. Ante la necesidad de tener que enfrentar determinados cambios y poder adaptarse.

TABLA Nº11

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIO DE ACUERDO AL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR POR COMPONENTES PERMIABILIDAD DE LOS FAMILIARES EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.

Permeabilidad	Casi Nunca		Pocas Veces		A veces		Muchas Veces		Casi Siempre		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
7 Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.	15	19.7	9	11.8	42	55.3	9	11.8	1	1.3	76	100
12 Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	3	3.9	14	18.4	38	50.0	18	23.7	3	3.9	76	100

Fuente: Elaboración propia.

TABLA Nº 11 se analiza el componente del indicador de permeabilidad, cuenta con dos ítems; donde se aprecia que el 55.3% opina que a veces se toma en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles, 19.7% casi nunca, 11.8% pocas veces, al igual que 11.8% muchas veces, y 1.3% casi siempre. Para el siguiente ítems el 50.0%, piensa que a veces ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas, 23.7% muchas veces, 18.4% pocas veces, 3.9% casi nunca, al igual que 3.9% casi siempre.

Se deduce que la mitad de la población de estudio considera que a veces Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles. A si como también ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas.

2. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

TABLA Nº 12

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN GENERAL DE LOS FAMILIARES DE LA PERSONA HOSPITALIZADA EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.

Funcionamiento Familiar		
	Frecuencia	%
Familia funcional	10	13.2
Familia moderadamente funcional	49	64.5
Familia disfuncional	15	19.7
Familia severamente disfuncional	2	2.6
Total	76	100

Fuente: Elaboración propia.

TABLA Nº 12 Aplicando el Test De Funcionamiento Familiar FF- Sil a los familiares de la persona hospitalizada en unidad cuidados intensivos, se ha encontrado que el 64.5% de los familiares presenta un funcionamiento familiar de tipo moderadamente funcional, seguido por 19.7% con un funcionamiento familiar disfuncional, así mismo, el 13.2% presenta un funcionamiento familiar funcional, y finalmente el 2.6% un funcionamiento familiar severamente disfuncional.

Se deduce que hay una interrelación como grupo humano favorece un regular desarrollo y el crecimiento personal de cada uno de sus miembros, que puede existir un equilibrio en el cumplimiento de sus funciones como a su vez disponga de recursos adaptativos para enfrentar los cambios que se presenten en vida diaria.

TABLA N°13:

AFRONTAMIENTO FAMILIAR DE LOS FAMILIARES DE LA PERSONA HOSPITALIZADA EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.

Afrontamiento familiar		
	Frecuencia	%
Mediana capacidad	21	27.6
Alta capacidad	51	67.1
Muy alta capacidad	4	5.3
Total	76	100

Fuente: Elaboración propia.

TABLA N° 13 Aplicando la Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación de Roy, versión en Español (CAPS) a los familiares de la persona hospitalizada en unidad cuidados intensivos, al respecto se ha encontrado que el 67.1% de los familiares presenta afrontamiento familiar de alta capacidad, seguido por 27.6% con un afrontamiento familiar de mediada capacidad, y finalmente el 5.3% con un afrontamiento familiar de muy alta capacidad.

Se deduce que La persona Alta capacidad de afrontamiento refleja un estilo de afrontamiento activo con estrategias centradas en el problema tanto cognitivas como comportamentales, percibiendo la situación como controlable.

3. RELACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y GRADO DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR.

TABLA 14:

RELACIÓN ENTRE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y GRADO DE AFRONTAMIENTO FAMILIAR EN FAMILIARES DE LA PERSONA HOSPITALIZADA EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018.

Funcionamiento familiar	Afrontamiento familiar						Total	
	Mediana capacidad		Alta capacidad		Muy alta capacidad			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Familia funcional	3	3.9	4	5.3	3	3.9	10	13.2
Familia moderadamente funcional	12	15.8	36	47.4	1	1.3	49	64.5
Familia disfuncional	6	7.9	9	11.8	0	0.0	15	19.7
Familia severamente disfuncional	0	0.0	2	2.6	0	0.0	2	2.6
Total	21	27.6	51	67.1	4	5.3	76	100

Fuente: Elaboración propia.

$$X^2_c = 16.89$$

$$X^2_t = 12.5916$$

$$GL = 6$$

$$P = 0.010$$

TABLA N°14 al analizamos el objetivo principal de la investigación: la relación entre el funcionamiento familiar y grado de afrontamiento familiar de la persona hospitalizada en unidad cuidados intensivos, hospital Goyeneche III, Arequipa-2018, donde observamos que el 64.5% de los familiares presenta un funcionamiento familiar de tipo moderadamente funcional, seguido por 19.7% con un funcionamiento familiar disfuncional, así mismo, el 13.2% presenta un funcionamiento familiar funcional, y finalmente el 2.6% un funcionamiento familiar severamente disfuncional.

Por otro lado, se observa que el 67.1% de los familiares presenta afrontamiento familiar de alta capacidad, seguido por 27.6% con un afrontamiento familiar de

mediana capacidad, y finalmente el 5.3% con un afrontamiento familiar de muy alta capacidad.

Del grupo que presenta funcionamiento familiar moderadamente funcional, 47.4% presenta afrontamiento familiar de alta capacidad, seguido por 15.8% afrontamiento familiar de mediana capacidad y 1.3% afrontamiento familiar de muy alta capacidad.

Del grupo que presenta funcionamiento familiar disfuncional, 11.8% presenta afrontamiento familiar de alta capacidad, seguido por 7.9% afrontamiento familiar de mediana capacidad. Del grupo que presenta funcionamiento familiar funcional, 5.3% presenta afrontamiento familiar de alta capacidad, seguido por 3.9% afrontamiento familiar de mediana capacidad al igual que 3.9% afrontamiento familiar de muy alta capacidad. Finalmente, del grupo que presenta funcionamiento familiar severamente disfuncional, 2.6% presenta afrontamiento familiar de alta capacidad.

Composición de la hipótesis:

A la prueba estadística al 5% de error y 95% de confianza, se tuvo una $X^2_c=16.89$ mayor al $X^2_t=12.5916$, para 6 grado de libertad se tuvo una P estadística de 0.010; por lo que se concluye que el funcionamiento familiar no tiene relación con el grado de afrontamiento en familiares de la persona hospitalizada en unidad cuidados intensivos, hospital Goyeneche III, Arequipa-2018.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Datos sociodemográfico de la población de estudio se ha encontrado el 30.3%, sus edades oscilaban entre 40-49 años, predominando el sexo femenino con 57.9 %, tuvieron con estado civil casado 32.9%, provienen ciudad Arequipa 44.7% de grado de intrusión secundaria de 40.8%, predominando parentesco de hijos con 32.9% con empleo independiente de 40.8%, profesan religión católica 46.1% finalmente encontrado que el 57.9% provienen de familia extendida.

SEGUNDA: Referente al funcionamiento familiar cuenta Siete Componentes: referente a las dimensiones del funcionamiento familiar se observó en *Cohesión* 64.5% a veces toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia y 52.6% opinan que a veces reciben ayuda de los demás miembros cuando tienen un problema; *Armonía* el 65.8% opina veces en su casa predomina la armonía, el 61.8% cree que a veces los intereses y necesidades son respetadas por el núcleo familiar; *Rol* el 51.3% veces en su familia cada uno cumple con sus responsabilidades, el 59.2%, a veces las tareas se distribuyen de forma que nadie este sobrecargado, *Afectividad* el 64.5% piensa que a veces las manifestaciones de cariño forman parte de sus vidas, 59.2% a veces se demuestran el cariño que nos tenemos, *Comunicación* se observa que el 53.9% a veces se expresan sin insinuaciones, de forma clara y directa, el 59.2% opina que a veces puede conversar diversos temas sin temor, *Adaptabilidad* el 73.7% a veces puede aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos, el 60.5% a veces las costumbres familiares se pueden modificar ante determinadas situaciones; *permeabilidad*, el 55.3% a veces se toma en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles, por último el 50.0%, a veces ante una situación familiar difícil son capaces de buscar ayuda en otras personas.

Tiene el 64.5% de los familiares presenta un funcionamiento familiar de tipo moderadamente funcional, seguido por 19.7% con un funcionamiento familiar disfuncional, así mismo, el 13.2% presenta un funcionamiento familiar funcional, y finalmente el 2.6% un funcionamiento familiar severamente disfuncional.

TERCERO: Referente al Afrontamiento familiar donde observamos que el 67.1% de los familiares presenta afrontamiento familiar de alta capacidad, seguido por 27.6% con un afrontamiento familiar de mediada capacidad, y finalmente el 5.3% con un afrontamiento familiar de muy alta capacidad.

CUARTO: observamos que el 64.5% de los familiares presenta un funcionamiento familiar de tipo moderadamente funcional y el 67.1% presenta afrontamiento familiar de alta capacidad, Aplicando la prueba Chi cuadrado a la prueba estadística al 5% de error y 95% de confianza, se tuvo una $X^2c=16.89$ mayor al $X^2t=12.5916$, para 6 grado de libertad se tuvo una P estadística de 0.010; por lo que se concluye que el funcionamiento familiar no tiene relación con el grado de afrontamiento en familiares de la persona hospitalizada en unidad cuidados intensivos. Hospital III Goyeneche, Arequipa 2018.



RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Los miembros directivos deben implementar nuevas estrategias para poder sensibilizar al personal de enfermería sobre la importancia brindar consejería, información y orientación a los familiares en relación al afrontamiento de situaciones estresantes, del mismo modo establecer programas que ayuden a fortalecer el funcionamiento familiar, durante el ingreso y el alta del paciente; esto mediante un trabajo conjunto con un equipo multidisciplinario de salud especialmente con los profesionales de psicología.

SEGUNDA:

Realizar nuevos diseño de programas de intervención en funcionamiento familiar a fin de interponerse sobre aspectos que inciden de forma desfavorable en el funcionamiento familiar, encaminado para lograr un funcionamiento familiar más saludable.

TERCERA:

Los profesionales de la salud deberán elaborar y propiciar estrategias de afrontamiento familiar a fin de prevenir problemas derivados de un inadecuado afrontamiento familiar.

Realizar más estudios que analicen las estrategias de afrontamiento utilizadas por las familias en diferentes acontecimientos naturales, que surgen a lo largo del ciclo vital familiar.

CUARTA:

Que se realicen estudios de investigación referentes al tema, para profundizar los hallazgos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jimenez Ocampo VF, Zapata Gutiérrez LS, Díaz Suárez L. Capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente adulto hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. Aquichan [Internet]. el 21 de agosto de 2013 [citado el 13 de julio de 2018];13(2). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2407>
2. Ochoa Villacorta SG, Villaizan Paliza KM, Tam Phun E, Gutiérrez Montes PA. Relación entre el funcionamiento familiar y la capacidad de afrontamiento y adaptación de la familia con un niño con problema neurológico crónico del Servicio de Neuropediatría del Instituto Nacional de Salud del Niño. Lima - Perú. Rev Enfermería Hered. el 20 de febrero de 2017;9(2):109.
3. Gallego Izquierdo T. Bases teóricas y fundamentos de la fisioterapia. Madrid: Médica Panamericana; 2007.
4. Flores E. Atención a La Familia [Internet]. Scribd. [citado el 13 de julio de 2018]. Disponible en: <https://es.scribd.com/presentation/88142395/10-1-Atencion-a-La-Familia-final-cajamarca>
5. Larrarte Conde AC. Impacto del sistema familiar y grupo de pares en las conductas sexuales. Univ Sabana [Internet]. el 20 de febrero de 2015 [citado el 13 de julio de 2018]; Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/47068636.pdf>
6. Sizalima Cuenca SM, Encarnación Lanche FL. El clima familiar y las conductas agresivas de los adolescentes del décimo año de educación básica del instituto tecnológico nacional Huaquillas, sección vespertina del cantón Huaquillas, provincia de El Oro, 2013. 2016 [citado el 13 de julio de 2018]; Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec//handle/123456789/11343>
7. Matalinares M, Arenas C, Sotelo L, Díaz G, Dioses A, Yaringaño J, et al. Clima familiar y agresividad en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana. Rev Investig En Psicol. el 4 de marzo de 2014;13(1):109–28.

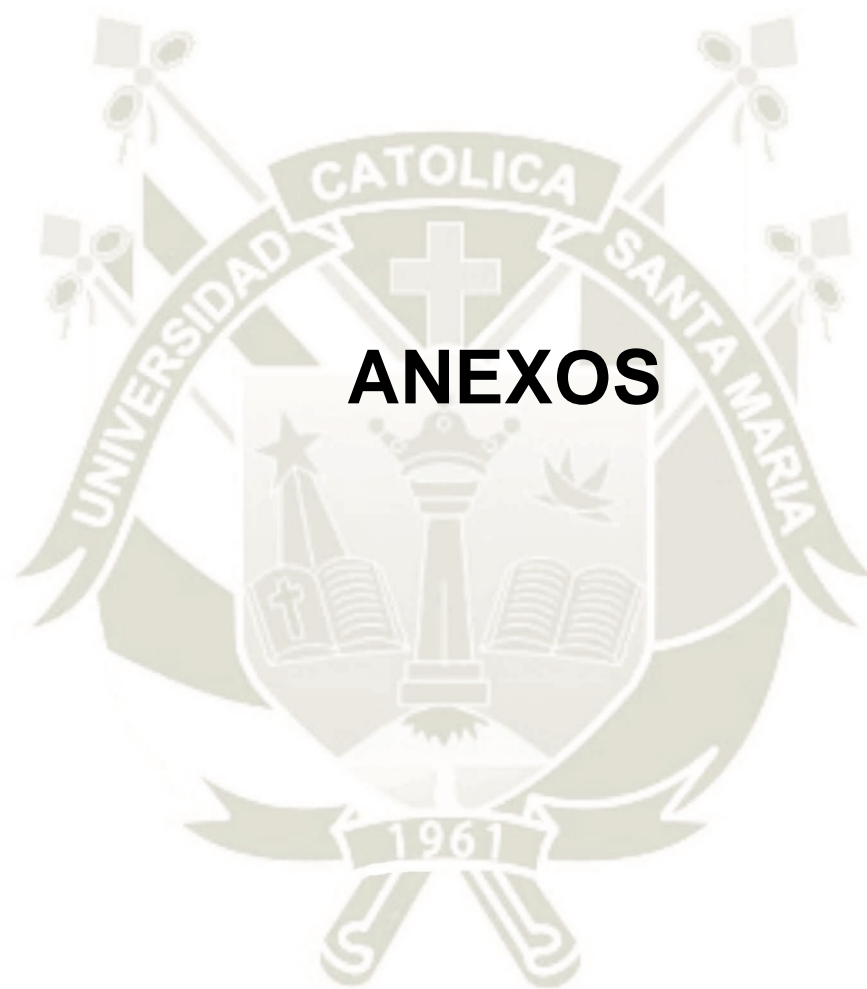
8. Oblitas Mendoza V, Ortiz Quevedo I, Gonzales Vargas E, Huamán Mayta N, Mujica Fernández J. La familia [Internet]. [citado el 13 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos99/sobre-la-familia/sobre-la-familia.shtml>
9. Ortiz Gómez MT. La Salud Familiar [Internet]. 1999 [citado el 13 de julio de 2018]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400017
10. Galbán Noa T, Pérez Valdés M, Hernández Morgado JM, Fonseca Casola A. Caracterización del estado de salud de las familias pertenecientes al consultorio No.37. MediCiego [Internet]. 2012 [citado el 13 de julio de 2018];9. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol9_supl2_03/articulos/a4_v9_supl203.htm
11. Rodríguez Delgado SP. Funcionalidad familiar y su relación con la autoestima en adolescentes de la I.E.P.”Jean Harzic” de Jacobo Hunter, Arequipa 2016. Univ Alas Peru [Internet]. 2016 [citado el 13 de julio de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/6299>
12. Turpo Pinto LM, Vásquez Paredes AI. “Funcionamiento familiar y consumo de alcohol en estudiantes de secundaria, Institución Educativa Inmaculada Concepción. Arequipa 2017”. Univ Nac San Agustín [Internet]. 2018 [citado el 13 de julio de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5160>
13. Escobar Zamora RDP, Vela Pairazaman JC. Funcionamiento Familiar y Proyecto de Vida en Adolescentes del Hogar San Jose Ciudad de Trujillo 2014. Univ Nac Trujillo [Internet]. 2014 [citado el 13 de julio de 2018]; Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/5822>
14. Santa Cruz Vega LM, Visaico Gómez LI. Funcionamiento familiar y actitud hacia la sexualidad en adolescentes de 4to y 5to grado de secundaria I.E. Gran Unidad Escolar Mariano Melgar, Arequipa 2015. Univ Nac San Agustín

- [Internet]. 2016 [citado el 13 de julio de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/1809>
15. Louro Bernal I. Manual para la intervención en la salud familiar. ECIMED.; 2002.
 16. Condori Fuentes S, Cruz Quispe G. Funcionalidad familiar y adherencia al tratamiento de diabetes mellitus tipo 2, pacientes Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa - 2017. Univ Nac San Agustín [Internet]. 2018 [citado el 13 de julio de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5780>
 17. Guevara Argueta AY, Yanes Alfaro DV, Rodríguez Cruz BG. Perfil psicopedagógico de adolescentes miembros de familias funcionales y disfuncionales, inscritos en el Instituto Nacional Segundo Montes [Internet] [bachelor]. Universidad de El Salvador; 2013 [citado el 13 de julio de 2018]. Disponible en: <http://ri.ues.edu.sv/5463/>
 18. Ferraro M. Alcoholismo, familia y codependencia. el 18 de octubre de 2011 [citado el 13 de julio de 2018]; Disponible en: <https://dspace.palermo.edu:8443/xmlui/handle/10226/662>
 19. Thea Pauccara S, Pfoccori Pumacallahui G. Influencia de la familia en la personalidad de los estudiantes del quinto grado de educación primaria de la I.E. Independencia Americana. Univ Nac San Agustín [Internet]. 2017 [citado el 13 de julio de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5091>
 20. Pacheco Pérez TI. Caracterización de salud familiar en el área de influencia de unidad médica de ciudad Merliot. Agosto-octubre 2011 [Internet] [bachelor]. Universidad de El Salvador; 2012 [citado el 13 de julio de 2018]. Disponible en: http://www.medicina.ues.edu.sv/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=504&Itemid=85
 21. Vilchez Cubas NE, Villegas Azabache L. Afrontamiento y adaptación de los familiares desde el modelo de Callista Roy en pacientes que reciben tratamiento oncológico ambulatorio del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga

- Asenjo, 2016. Univ Señor Sipan [Internet]. 2016 [citado el 13 de julio de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/uss/2997/1/TESIS-VILCHEZ-VILLEGAS%20FINAL.pdf>
22. Figueroa MI, Contini N, Lacunza AB, Levín M, Suedan AE. Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *An Psicol.* 2005;21(1):66–72.
23. Fajardo Espinoza M del consuelo. El uso de estrategias de afrontamiento como factor resiliente favorece a la resolución de problemas ante la violencia entre pares en ambientes educativos por adolescentes. Univ Cuauhtémoc [Internet]. el 20 de febrero de 2015 [citado el 13 de julio de 2018]; Disponible en: http://servicios.ucuauhtemoc.edu.mx/biblioteca/tesis/tesis_mcepc/el%20uso%20de%20estrategias%20de%20afrontamiento%20como%20factor%20resiliente%20favorece%20a%20la%20resolucion%20de%20problemas%20ante%20la%20violencia%20entre%20pares%20en%20ambientes%20educativos.pdf
24. Barros Sánchez S, Cotes García S, Fernández Morelo N, González Martínez D. Capacidad de afrontamiento y adaptación de pacientes con VIH-SIDA según modelo “Callista Roy” en una IPS de II nivel, Cartagena 2012-2013. septiembre de 2013 [citado el 14 de julio de 2018]; Disponible en: <http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/handle/123456789/791>
25. Chumbes Campos EK, Meza Castañeda NA, Villegas Alcocer RN. Factores de afrontamiento y adaptación del paciente que será sometido a cirugía plástica -reconstructiva, en un Hospital de Lima. Univ Peru Cayetano Heredia [Internet]. 2016 [citado el 14 de julio de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/679>
26. Soto Puma MI, Yucra Atiquipa CJ. Estresores laborales y capacidad de afrontamiento en internas/os de enfermería Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa 2013. Univ Nac San Agustín [Internet]. 2013 [citado el 14 de julio de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2343>

27. Rodríguez Alarcon MJ. Estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes del Instituto Nacional de Educación Básica Telesecundaria, los Humitos, Amatitlán ante el alcoholismo de su padre. Univ Rafael Landívar [Internet]. 2014 [citado el 13 de julio de 2018]; Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Rodriguez-Maria.pdf>
28. Avalos de Poma AM, Follano Granada DN. Eficacia de un programa educativo sobre capacidad de afrontamiento y adaptación de los familiares del paciente hospitalizado en la UCI y UCIM del H.N.C.A.S.E. Arequipa - 2018. Univ Nac San Agustín [Internet]. 2018 [citado el 14 de julio de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5668>
29. Charry Domínguez A. Sobre la ansiedad y estrategias de afrontamiento en relación a la competencia deportiva en el atletismo: una revisión de temas primordiales [recurso electrónico] [Internet] [Thesis]. 2013 [citado el 15 de julio de 2018]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/4359>
30. Salotti P. Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires [Internet] [Thesis]. Universidad de Belgrano. Facultad de Humanidades.; 2006 [citado el 15 de julio de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/223>
31. Morales Rodríguez FM, Trianes MV, Blanca MJ, Miranda J, Escobar M, Fernández Baena FJ. Escala de Afrontamiento para Niños (EAN): propiedades psicométricas. An Psicol. 2012;28(2):475–83.
32. Maquera Mamani A. Afrontamiento y adaptación en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a diálisis peritoneal en EsSalud Puno - 2016. Univ Nac Altiplano [Internet]. el 5 de julio de 2017 [citado el 15 de julio de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/4793>
33. Chambi Neyra GV, Chambilla Huallpa AM. Factores socio-culturales y afrontamiento en familiares de pacientes críticos, HRHDE Arequipa 2016. Univ

- Nac San Agustín [Internet]. 2017 [citado el 15 de julio de 2018]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2430>
34. Torrents Ros R, Oliva Torras E, Saucedo Fernández J, Surroca Sales L, Jover Sancho C. Impacto de los familiares del paciente crítico Ante una acogida protocolizada. *Enferm Intensiva*. :49–61.
 35. Márquez Herrera M. La experiencia del familiar de la persona hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos. *Univ Nac Colomb [Internet]*. [citado el 15 de julio de 2018]; Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8923/1/539569.2012.pdf>
 36. Pérez Ccahua DJ. Nivel de uso de estrategias de afrontamiento por la familia ante el estrés, por la hospitalización de un pariente adulto en la Unidad de Cuidados Intensivos del HNGAI – 2015. *Repos Tesis - UNMSM [Internet]*. 2016 [citado el 17 de julio de 2018]; Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5319>
 37. Nuñez Odar AR. Repositorio de Tesis USAT: Afrontamiento de los padres frente a la retinopatía del prematuro en un hospital local, Chiclayo 2014. *Univ Católica St Toribio Mogrovejo [Internet]*. 2015 [citado el 17 de julio de 2018]; Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/usat/465>
 38. Aleman Parra CM. Efectos de una intervención educativa sobre la capacidad de afrontamiento y adaptación en familiares de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo. *Univ Sabana [Internet]*. el 20 de marzo de 2015 [citado el 17 de julio de 2018]; Disponible en: <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/15413>
 39. Elías Prior S. Participación de enfermería ante las necesidades de familiares de pacientes ingresados en UCI. mayo de 2013 [citado el 17 de julio de 2018]; Disponible en: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/17795>



ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....
con DNI....., manifiesto que he recibido información suficiente sobre la investigación: “FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y GRADO DE AFRONTAMIENTO EN FAMILIARES DE LA PERSONA HOSPITALIZADA EN UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL III GOYENECHÉ, AREQUIPA-2018”, cuyo objetivo es Determinar la relación entre el funcionamiento familiar con el afrontamiento en familiares de la persona hospitalizada en unidad cuidados intensivos. Hospital III Goyeneche, Arequipa 2018. De la información recibida he comprendido que esta investigación servirá para desarrollar en salud acciones para fortalecer el afrontamiento de los familiares, que mi participación consiste en brindar datos veraces, que tengo derecho a participar o no, que en caso de no participar no perjudicará de manera alguna ni a mi persona ni a mi familiar hospitalizado; además entiendo que la información que yo brinde será tratada en absoluta reserva.

Por lo manifestado es que acepto voluntariamente participar en esta investigación, en fe de lo cual firmo este documento.

Arequipa,..... De..... del 2018

.....
Firma del familiar

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Estimada/o, la presente investigación tiene por objetivo Determinar la relación entre el funcionamiento familiar y afrontamiento en familiares de la persona hospitalizada en unidad cuidados intensivos, por tanto, le rogamos responder con veracidad a las preguntas. Las respuestas son confidenciales.

Instrucciones: A continuación marca con una "X" en los paréntesis según sea el caso y completa los espacios en blanco con los datos que te pedimos.

A. DATOS GENERALES:

1. Edad en años:

- () 18-29 años () 30-39 años () 40-49 años
() 50-59 años () >= 60 años

2. **Sexo:** () Masculino () Femenino

3. Estado civil:

- () Soltero (a) () Casado(a) () Divorciado(a)
() Conviviente () Viudo(a) () Separado(a)

4. Procedencia:

- () Arequipa () Puno () Moquegua
() Tacna () Cusco

5. Nivel educativo:

- () Analfabeto () Primaria () Secundaria () Superior

6. Parentesco:

- () Padre () Pareja () Hermano(a) () Hijo(a) () tío (a)

7. Ocupación:

- () Estudiante () Ama de casa () Desempleado
() Empleado Dependiente () Empleado Independiente

8. Creencia religiosa:

- () Católica () evangelista () Agnóstico
() Cristiano () Testigo de Jehová

9. Tipo de familia:

- () Nuclear () Extendida () Ampliada
() Monoparental () Reconstituida () Equivalente familiar

ANEXO 3

TEST DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF-SIL

A continuación te presentamos una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en tu familia. Por favor responde a todos los enunciados formulados personalmente, marcando con una "X" según sea el caso.

SITUACIONES	CASI NUNCA	POCAS VECES	A VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1. Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.	1	2	3	4	5
2. En mi casa predomina la armonía.	1	2	3	4	5
3. En mi familia cada uno cumple sus responsabilidades.	1	2	3	4	5
4. Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.	1	2	3	4	5
5. Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.	1	2	3	4	5
6. Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.	1	2	3	4	5
7. Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.	1	2	3	4	5
8. Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.	1	2	3	4	5
9. Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.	1	2	3	4	5
10. Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.	1	2	3	4	5
11. Podemos conversar diversos temas sin temor.	1	2	3	4	5
12. Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.	1	2	3	4	5
13. Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.	1	2	3	4	5
14. Nos demostramos el cariño que nos tenemos.	1	2	3	4	5

ANEXO 4

ESCALA DE MEDICIÓN DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN DE ROY, VERSIÓN EN ESPAÑOL (CAPS)

Los familiares de los pacientes críticos hospitalizados suelen tener ciertas preocupaciones que deben de afrontar. En esta entrevista le mencionaremos una lista de afirmaciones de las distintas formas en que se suele hacer frente a los diferentes problemas o preocupaciones que se les presenten, para ello deberá indicar lo que usted cree que se ajuste mejor a su forma de actuar teniendo como alternativas:

- 1. Nunca : N
- 2. raras veces : RV
- 3. casi siempre : CS
- 4. siempre : S

ITEMS	N	RV	CS	S
1. Puedo hacer varias actividades al mismo tiempo	1	2	3	4
2. Propongo soluciones para problemas nuevos	1	2	3	4
3. Llamo al problema por su nombre y trato de verlo todo	1	2	3	4
4. Obtengo información para aumentar mis opciones	1	2	3	4
5. Cuando estoy preocupado tengo dificultad para realizar tareas	1	2	3	4
6. Trato de recordar soluciones que me han servido antes	1	2	3	4
7. Trato de que todo funcione a mi favor	1	2	3	4
8. Solo pienso en lo que me preocupa	1	2	3	4
9. Me siento bien de saber que estoy manejando el problema	1	2	3	4
10. Identifico cómo quiero que resulte la situación	1	2	3	4
11. Soy menos eficaz bajo estrés	1	2	3	4
12. No actúo hasta que tengo comprensión de la situación	1	2	3	4
13. Encuentro la crisis demasiado complicada	1	2	3	4
14. Pienso en el problema paso a paso	1	2	3	4
15. Parece que actuó con lentitud sin razón aparente	1	2	3	4
16. Trato de reorganizar mis sentimientos positivamente	1	2	3	4
17. Estoy activo durante el día cuando estoy en crisis	1	2	3	4
18. Soy realista con lo que sucede	1	2	3	4
19. Estoy atento a la situación	1	2	3	4
20. Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo	1	2	3	4

21. Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones	1	2	3	4
22. Miro la situación desde diferentes puntos de vista	1	2	3	4
23. Tiendo a quedarme quieto por un momento	1	2	3	4
24. Encuentro difícil explicar el verdadero problema	1	2	3	4
25. Obtengo buenos resultados con problemas complejos	1	2	3	4
26. Trato de usar mis habilidades para enfrentar la situación	1	2	3	4
27. Puedo desenvolverme mejor cuando tengo que ir a lugares desconocidos	1	2	3	4
28. Utilizo el humor para manejar la situación	1	2	3	4
29. Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar a modificar mi vida	1	2	3	4
30. Mantengo equilibrio entre la actividad y el descanso	1	2	3	4
31. Soy más eficaz bajo estrés	1	2	3	4
32. Puedo relacionar lo que sucede con experiencias pasadas	1	2	3	4
33. Tiendo a culparme por cualquier dificultad que tengo	1	2	3	4
34. trato de ser creativo y propongo soluciones	1	2	3	4
35. Por alguna razón no me beneficio de mis experiencias pasadas	1	2	3	4
36. Aprendo de las soluciones de otros	1	2	3	4
37. Miro la situación positivamente como un reto	1	2	3	4
38. Planteo soluciones aunque parezcan difíciles de alcanzar	1	2	3	4
39. Experimento cambios en la actividad física	1	2	3	4
40. Analizo los detalles tal como sucedieron	1	2	3	4
41. Trato de aclarar cualquier duda antes de actuar	1	2	3	4
42. Trato de hacer frente la crisis desde el principio	1	2	3	4
43. Me doy cuenta de que me estoy enfermando	1	2	3	4
44. Adopto una nueva destreza cuando resuelvo mi dificultad	1	2	3	4
45. Me rindo fácilmente	1	2	3	4
46. desarrollo un plan para enfrentar la situación	1	2	3	4
47. Al parecer me hago ilusiones de cómo resultarán las cosas	1	2	3	4

ANEXO 5
GRADOS DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN

Grado de capacidad de afrentamiento y adaptación	Puntaje
Baja capacidad	47-82
Mediana capacidad	83-118
Alta capacidad	119-153
Muy alta capacidad	154-188

