



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

INFLUENCIA DE LA COHESIÓN FAMILIAR SOBRE LA RESILIENCIA EN PERSONAS CON VIH ATENDIDAS EN UN HOSPITAL NACIONAL DEL CALLAO

Línea de investigación:
Salud mental

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Psicología Clínica y de la
Salud

Autora

Lau Vasquez, Angie Katiuska

Asesor

López Odar, Dennis Rolando

ORCID: 0000-0001-7622-7066

Jurado

Aguirre Morales, Marivel Teres

Cirilo Acero, Ingrid Belu

Talledo Sanchez, Karim Elisa

Lima - Perú

2026

INFLUENCIA DE LA COHESIÓN FAMILIAR SOBRE LA RESILIENCIA EN PERSONAS CON VIH ATENDIDAS EN UN HOSPITAL NACIONAL DEL CALLAO

INFORME DE ORIGINALIDAD

24%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

9%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

hdl.handle.net

Fuente de Internet

4%

2

repositorio.unfv.edu.pe

Fuente de Internet

2%

3

repositorio.ucv.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal

Trabajo del estudiante

1%

5

www.researchgate.net

Fuente de Internet

1%

6

www.coursehero.com

Fuente de Internet

1%

7

Submitted to Universidad Cesar Vallejo

Trabajo del estudiante

<1%

8

Submitted to Universidad Internacional de la Rioja

Trabajo del estudiante

<1%

9

core.ac.uk

Fuente de Internet

<1%

10

www.scribd.com

Fuente de Internet

<1%

11

issuu.com

Fuente de Internet

<1%



ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

INFLUENCIA DE LA COHESIÓN FAMILIAR SOBRE LA RESILIENCIA EN PERSONAS CON VIH ATENDIDAS EN UN HOSPITAL NACIONAL DEL CALLAO

Línea de investigación:

Salud mental

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Psicología Clínica y de la Salud

Autora

Lau Vasquez, Angie Katiuska

Asesor

López Odar, Dennis Rolando

ORCID: 0000-0001-7622-7066

Jurado

Aguirre Morales, Marivel Teres

Cirilo Acero, Ingrid Belu

Talledo Sanchez, Karim Elisa

Lima- Perú

2026

Dedicatoria

A mis amados padres, que desde el cielo me dan la fuerza para continuar y seguir adelante, gracias por todo el amor. Tengo la responsabilidad de ser feliz por ustedes, para que haya valido todo lo me enseñaron.

Agradecimientos

A mi estimado asesor Deniss López, quien me volvió a recordar que nunca dejamos de aprender, quien me mostró que la paciencia es la gran virtud de un docente, y que lo nuevo no siempre debe ser difícil; gracias por su disposición, su tiempo, y su forma de enseñar

ÍNDICE

Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Descripción del problema	5
1.3 Formulación del problema	7
<i>1.3.1 Problema general</i>	7
<i>1.3.2 Problemas específicos</i>	7
1.4 Antecedentes.....	8
<i>1.4.1 Antecedentes nacionales</i>	8
<i>1.4.2 Antecedentes internacionales</i>	10
1.5 Justificación de la investigación.....	13
1.6 Limitaciones de la investigación	14
1.7 Objetivos	14
<i>1.7.1 Objetivo general</i>	14
<i>1.7.2 Objetivos específicos</i>	14
1.8 Hipótesis.....	15
<i>Hipótesis general</i>	15
<i>Hipótesis específicas</i>	15
II. MARCO TEÓRICO	16

2.1. Marco teórico conceptual	16
2.1.1 Familia y Cohesión familiar	16
2.1.2 Modelos teóricos de la funcionalidad familiar	16
2.1.3 Resiliencia	19
2.1.4 Modelos teóricos que explican la resiliencia.....	20
2.1.5 Personas con VIH	23
III. MÉTODO	25
3.1 Tipo de investigación.....	25
3.2 Población y muestra.....	25
3.3 Operacionalización de variables.....	27
3.4 Instrumentos.....	29
3.5 Procedimientos.....	38
3.6 Análisis de datos.....	39
3.7 Consideraciones éticas.....	40
IV. RESULTADOS.....	41
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS... ..	49
VI. CONCLUSIONES... ..	54
VII. RECOMENDACIONES... ..	56
VIII. REFERENCIAS	58
IX. ANEXOS.....	65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Características sociodemográficas de la muestra.....	27
Tabla 2.	Operacionalización de la variable funcionalidad familiar (Cohesión)	28
Tabla 3.	Operacionalización de la variable resiliencia.....	29
Tabla 4.	Estimaciones de confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach y omega de McDonald de cohesión familiar.....	32
Tabla 5.	Matriz de carga factorial rotada	33
Tabla 6.	Estimaciones de fiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach y omega de McDonald de resiliencia y sus factores.....	36
Tabla 7.	Correlación de la variable resiliencia junto con sus factores y dimensiones.....	37
Tabla 8.	Niveles de cohesión familiar.....	41
Tabla 9.	Puntajes promedio y desviación estándar en resiliencia y sus dimensiones según género.....	43
Tabla 10.	Prueba de normalidad de Shapiro–Wilk para las variables del estudio	44
Tabla 11.	Matriz de correlación entre cohesión familiar y resiliencia.....	45
Tabla 12.	Correlaciones entre cohesión familiar y los factores de resiliencia.....	46
Tabla 13.	Matriz de correlaciones entre cohesión familiar y las dimensiones de la resiliencia	47
Tabla 14.	Análisis de la influencia de la cohesión familiar sobre la resiliencia en personas con VIH.....	48

RESUMEN

Objetivo. Determinar la influencia de la cohesión familiar sobre la resiliencia en personas con VIH atendidas en un hospital del Callao, Perú. **Método.** Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y correlacional con 129 personas con VIH, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico intencional. Se aplicaron escalas validadas de cohesión familiar y resiliencia, evaluando sus propiedades psicométricas mediante análisis de consistencia interna (α y $\omega > .88$) y validez de constructo. Algunas variables no siguieron distribución normal, según Shapiro–Wilk. Se emplearon correlaciones de Spearman y análisis de regresión lineal simple. **Resultados.** El nivel predominante de cohesión fue desligado (42 %), especialmente en varones, indicando vínculos familiares débiles. En resiliencia, la mediana general fue de 132, con mayores puntajes en confianza en sí mismo y perseverancia. Se encontró una correlación positiva y significativa entre cohesión familiar y resiliencia ($r_s = .367$, $p < .001$), así como con las dimensiones de resiliencia. Además, la cohesión explicó el 15.2 % de la varianza en la resiliencia ($\beta = 0.829$, $p < .001$), corroborando la hipótesis principal del estudio. **Conclusiones.** Los resultados evidencian que la cohesión familiar influye significativamente en la resiliencia de personas con VIH, destacando la importancia de fortalecer los vínculos familiares como estrategia para promover el bienestar emocional y la capacidad de afrontamiento en esta población vulnerable.

Palabras clave: VIH, cohesión familiar, resiliencia, personas que viven con el VIH.

ABSTRACT

Objective. To determine the influence of family cohesion on resilience in people living with HIV receiving care at a national hospital in Callao, Peru. **Method.** A quantitative, cross-sectional, correlational study was conducted with 129 people living with HIV, selected through non-probabilistic purposive sampling. Validated scales of family cohesion and resilience were administered, with psychometric properties evaluated through internal consistency analysis (α and $\omega > .88$) and construct validity assessment. Since several variables did not meet the normality assumption according to the Shapiro–Wilk test. Spearman correlations and simple linear regression were used. **Results.** The predominant level of family cohesion was disengaged (42%), especially among men, indicating weak family bonds. Overall resilience showed a median of 132, with the highest scores in self-confidence and perseverance. A positive and significant correlation was found between family cohesion and resilience ($r_s = .367, p < .001$), as well as with the resilience dimensions. Additionally, family cohesion explained 15.2% of the variance in resilience ($\beta = 0.829, p < .001$), supporting the main hypothesis of the study. **Conclusions.** Findings demonstrate that family cohesion significantly influences resilience in people living with HIV, highlighting the importance of strengthening family bonds as a strategy to promote emotional well-being and coping capacity in this vulnerable population.

Keywords: HIV, family cohesion, resilience, people living with HIV.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la sociedad ha sido testigo de grandes cambios en los últimos años, lo que ha requerido una constante readaptación, perseverancia y superación de situaciones difíciles. Esta capacidad de afrontar la adversidad de manera positiva se debe, en gran medida, a la resiliencia, la cual desempeña un papel fundamental en la vida de cada persona. La resiliencia se define como la capacidad de adaptación desarrollada por individuos o comunidades ante situaciones de crisis o adversidad, permitiendo reaccionar de manera positiva y sobresalir exitosamente, superando limitaciones y mejorando su calidad de vida (Uriarte, 2005).

A lo largo del ciclo vital, las personas enfrentan diversas etapas de desarrollo, en las cuales realizan actividades y cumplen funciones específicas. La resiliencia está presente en estos procesos, ya que permite afrontar los cambios permanentes de manera positiva (García & Domínguez, 2013). No obstante, esta capacidad puede verse afectada en individuos con diagnósticos crónicos y complejos, como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual sigue siendo un problema de salud pública debido a sus repercusiones físicas, psicológicas y sociales (García Sánchez, 2004). Las personas que viven con VIH suelen enfrentar estigma y discriminación, lo que puede generar aislamiento, ira, depresión y un aumento en las hospitalizaciones (Moral & Segovia, 2015).

Según datos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú) del Ministerio de Salud (MINSA), en 2021 se notificaron 8,242 nuevos casos de infección por VIH, mientras que hasta septiembre de 2022 se registraron 5,004 casos. Lima concentra el 45% de los casos, seguida por Loreto (8%) y La Libertad (6%), lo que representa más de la mitad de los casos notificados a nivel nacional. Además, en el Callao se registraron 424 casos en 2022.

Este desafío requiere un desarrollo adecuado de la resiliencia, la cual se fortalece a través de tres recursos personales que permiten afrontar situaciones adversas y salir fortalecido. La resiliencia surge de la combinación entre las capacidades individuales y el entorno familiar, social y cultural, logrando una vida significativa y productiva (Arias, 2005). En este contexto, el apoyo social juega un papel clave al proporcionar comunicación, respaldo emocional y cobertura de necesidades materiales, influyendo positivamente en la salud de las personas. La familia, como primera red de apoyo social, puede ser un espacio de protección y ayuda; sin embargo, también puede mostrar conductas negativas que incrementan los riesgos para la salud. Un estudio realizado en Colombia evidenció que la familia puede ofrecer apoyo afectivo y solidario, pero también puede generar limitaciones y distanciamiento debido a factores laborales o personales (Agudelo & Vélez, 2016).

En este contexto, la presente investigación tiene como propósito analizar la influencia de la cohesión familiar y la resiliencia en personas que han sido diagnosticadas con VIH y que reciben atención en un hospital nacional del Callao. El estudio se organiza en nueve capítulos. El primero desarrolla el planteamiento del problema, detallando su contexto, delimitación y el interrogante central vinculado a la relación entre la dinámica familiar y la capacidad de resiliencia en esta población. Asimismo, se incorporan los antecedentes nacionales e internacionales más relevantes, junto con la justificación, los objetivos propuestos y las hipótesis de trabajo.

El segundo capítulo expone las bases teóricas sobre la familia, la cohesión familiar y la resiliencia, así como los modelos teóricos asociados, incluyendo el modelo circumplejo de Olson y el modelo de resiliencia de Wagnild y Young. En el tercer capítulo se describen los aspectos metodológicos del estudio, especificando su enfoque básico, relacional y no experimental. También se detallan la población y muestra del estudio, compuesta por personas mayores de edad del Callao que reciben tratamiento antirretroviral. Asimismo, se detallan las

variables que estructuran el estudio: cohesión familiar y resiliencia, junto con los instrumentos aplicados para su medición, tales como la Escala de Evaluación de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young. Se describen además los procedimientos metodológicos seguidos, el enfoque del análisis estadístico, y los principios éticos considerados para garantizar la integridad del estudio.

El capítulo cuatro expone los resultados obtenidos a partir del análisis de datos, mientras que en el capítulo cinco se interpretan dichos hallazgos a la luz de investigaciones previas. Posteriormente, los capítulos seis y siete contienen las conclusiones generales y las recomendaciones sugeridas. Finalmente, se incluye el apartado de referencias bibliográficas y los anexos que complementan el trabajo de investigación.

1.1 Planteamiento del problema

La familia ha sido históricamente reconocida como el núcleo fundamental de toda sociedad, ya que en ella se forman los primeros vínculos afectivos, se transmiten valores y se construyen las bases de la identidad personal. En su dinámica interna se generan patrones de comunicación e interacción que influyen significativamente en el desarrollo emocional y en la forma en que los individuos afrontan la vida. Además de ser un espacio de formación de la personalidad, la familia ejerce un rol esencial en el fortalecimiento de la resiliencia, entendida como la capacidad para adaptarse positivamente frente a situaciones adversas. Desde esta perspectiva, la resiliencia familiar es clave para enfrentar los desafíos del entorno con eficacia (McCubbin & McCubbin, 1998).

La resiliencia, entendida como una característica de la personalidad, es un factor esencial para afrontar situaciones de estrés. Según Wagnild y Young (1993), esta capacidad permite adaptarse mejor a las circunstancias adversas, demostrando fortaleza, valentía y perseverancia, atributos que resultan fundamentales en el manejo de enfermedades crónicas.

Según Patterson (2002), las familias resilientes se caracterizan por mantener vínculos cohesionados, mostrar flexibilidad ante el cambio, comunicarse de manera abierta y preservar un sentido de identidad colectiva. No obstante, esta estabilidad puede verse alterada por factores tanto externos, como la pérdida de un ser querido, como internos, entre ellos, la aparición de una enfermedad. En este marco, las enfermedades crónicas generan desafíos complejos, ya que no solo afectan directamente a quien las padece, sino que también impactan profundamente las dinámicas y relaciones dentro del sistema familiar (Quiceno & Vinaccia, 2011).

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), al comprometer el sistema inmunológico, no solo afecta la salud física de quien lo padece, sino que también repercute de manera profunda en su bienestar emocional, su entorno familiar y su vida social. A diferencia de otras enfermedades crónicas, el diagnóstico de VIH suele estar asociado con altos niveles de estigmatización, lo que incrementa el riesgo de rechazo social, aislamiento e impacto psicológico tanto en el paciente como en sus allegados (Moral & Segovia, 2018). Sin embargo, la presencia activa del entorno familiar puede funcionar como un factor protector que favorezca la adaptación al diagnóstico. De hecho, investigaciones previas han demostrado que la estructura familiar y el nivel de cohesión entre sus miembros se relacionan directamente con una mejor adaptación a los tratamientos médicos y al curso de la enfermedad (Reyes & Castañeda, 2006).

La resiliencia puede entenderse como la capacidad de una persona para desenvolverse positivamente ante circunstancias adversas, y se manifiesta principalmente en tres dimensiones: lograr resultados favorables a pesar de la exposición a factores de riesgo, conservar habilidades adaptativas en situaciones difíciles, y alcanzar un equilibrio emocional tras eventos traumáticos o experiencias negativas (Fraser et al., 1999). Bajo este enfoque, investigaciones recientes han señalado que la resiliencia cumple un rol esencial como factor

protector frente al deterioro físico y psicológico en adultos, incluso cuando enfrentan condiciones de salud crónicas u orgánicas (Quiceno & Vinaccia, 2011).

Considerando lo anterior, se vuelve necesario profundizar en el estudio de la resiliencia en personas que conviven con enfermedades crónicas, prestando especial atención al papel que desempeña el entorno familiar como recurso de apoyo frente al diagnóstico. Esta necesidad se acentúa en el contexto del VIH, una condición que, además de ser incurable, expone al individuo a situaciones de estigmatización, rechazo y aislamiento social (Bedón, 2013). Desde esta perspectiva, el presente trabajo tiene como propósito examinar si la cohesión familiar, como dimensión clave del funcionamiento familiar, influye en la resiliencia de personas diagnosticadas con VIH que reciben tratamiento en un hospital del Callao.

1.2 Descripción del problema

A nivel internacional, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) continúa siendo una preocupación prioritaria en el ámbito de la salud pública. La literatura especializada ha señalado que las personas que desarrollan niveles elevados de resiliencia suelen experimentar un mejor pronóstico frente a la enfermedad, junto con una mayor calidad de vida. En Estados Unidos, por ejemplo, se llevó a cabo un estudio con 200 personas entre los 23 y 71 años diagnosticadas con VIH/Sida. Los resultados indicaron que quienes evidenciaban una alta resiliencia también reportaban menores niveles de estrés psicológico, una actitud positiva frente a la vida, sentido de propósito y una mejor adaptación frente a los desafíos de la enfermedad (Farber et al., 2000, como se citó en Quiceno & Vinaccia, 2011). De igual manera, en otra investigación desarrollada en el mismo país, con una muestra de 53 participantes, se encontró que aquellos con altos niveles de resiliencia manifestaban una visión optimista del futuro, lo cual incidía favorablemente en su proceso de afrontamiento (Rabkin et al., 1993, como se citó en Quiceno & Vinaccia, 2011).

En el contexto peruano, los informes sobre la situación epidemiológica del VIH/SIDA (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2018) revelan un incremento sostenido en el número de diagnósticos de VIH, especialmente en jóvenes. Durante los últimos cinco años, se ha observado que el mayor número de casos corresponde a personas entre los 20 y 29 años. De hecho, el 55 % de los nuevos diagnósticos de VIH se concentran en el grupo de 20 a 34 años, y el 65 % de los casos de sida se detectan entre los 20 y 39 años. Además, el mismo informe indica una disminución progresiva en la incidencia de casos de sida en mujeres jóvenes y adultas. Geográficamente, los departamentos más afectados son Lima y el Callao, concentrando juntos la mayoría de los casos. Aproximadamente el 90 % de los diagnósticos de VIH corresponden a Lima, lo que representa unas 60 000 personas, mientras que en el Callao se reporta un 20 %, equivalente a cerca de 10 000 casos. En términos específicos, en el año 2016 se documentaron 3147 casos nuevos en Lima y 542 en el Callao.

En el ámbito nacional, también se han desarrollado investigaciones que exploran la resiliencia en personas diagnosticadas con VIH, enfocándose especialmente en su relación con factores sociodemográficos y, de forma destacada, con la adherencia al tratamiento antirretroviral. Un estudio representativo es el de Bedón (2013), realizado en la ciudad de Huaral, donde se evaluó a una muestra de 64 pacientes entre 18 y 59 años. Los hallazgos mostraron que aquellos con mayores niveles de resiliencia lograron una adherencia superior al 95 %, lo cual se tradujo en una disminución significativa de la carga viral, fortalecimiento del sistema inmunológico, mejor calidad de vida y un incremento en la expectativa de supervivencia.

Resulta relevante reconocer que tanto los efectos físicos como los psicológicos derivados de la infección por VIH y su tratamiento impactan negativamente en la calidad de vida de quienes lo padecen, dada la complejidad biopsicosocial de esta condición. En muchos casos, el diagnóstico continúa siendo percibido como una sentencia terminal, especialmente

debido al estigma que rodea la enfermedad, lo que genera alteraciones emocionales significativas y desequilibrios en la vida cotidiana del paciente. Este fenómeno se intensifica en adultos jóvenes, grupo etario que concentra la mayor proporción de nuevos casos, y que, por su etapa evolutiva, tiende a experimentar mayor vulnerabilidad emocional. En este escenario, el entorno familiar cumple un rol crucial como fuente de contención emocional, apoyo afectivo y acompañamiento, lo cual puede influir favorablemente en la adherencia al tratamiento, así como en la evolución clínica y el pronóstico de la enfermedad.

Cabe resaltar que, en este trabajo de investigación, se plantea que la funcionalidad familiar está asociada a la resiliencia y el objetivo es demostrar la correlación de estas dos variables. Por lo expuesto anteriormente, se plantea el siguiente problema de investigación.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema general

PG: ¿La cohesión familiar influye sobre la resiliencia en personas con VIH atendidas en un Hospital Nacional del Callao?

1.3.2 Problemas específicos

PE1: ¿Cuál es el nivel de cohesión familiar en personas con VIH atendidas en un Hospital Nacional del Callao?

PE2: ¿Cuál es el nivel de resiliencia en personas con VIH atendidas en Hospital Nacional del Callao?

PE3: ¿Cuál es la relación entre la cohesión familiar y la resiliencia en personas con VIH atendidas en un Hospital Nacional del Callao?

PE4: ¿Cuál es la relación entre la cohesión familiar y los factores de la resiliencia en personas con VIH atendidas en un Hospital Nacional del Callao?

PE5: ¿Cuál es la relación entre la cohesión familiar y las dimensiones de la resiliencia en personas con VIH atendidas en un Hospital Nacional del Callao ?

1.4 Antecedentes

1.4.1 Antecedentes nacionales

En el contexto peruano, no se han identificado investigaciones recientes que aborden de manera específica la influencia de la cohesión familiar y la resiliencia en personas adultas con VIH atendidas en hospitales del Callao o Lima. No obstante, diversos estudios realizados en el país, aunque en poblaciones y contextos distintos, exploran variables estrechamente relacionadas, ofreciendo evidencia útil para la presente investigación.

Aldave (2018) analizó la relación entre apoyo familiar y resiliencia en personas diagnosticadas con VIH en la ciudad de Trujillo, donde participaron 130 personas con diagnóstico confirmado de VIH. Para ello utilizó la Escala de Resiliencia SV-RES y la Escala de Apoyo Familiar revisada (AFA-r), encontrando una correlación positiva y significativa entre apoyo familiar y resiliencia ($rs = .481, p < .01$). Estos resultados indican que un mayor soporte familiar favorece el desarrollo de recursos de afrontamiento en esta población. Los autores concluyeron que el entorno familiar constituye un factor protector clave, por lo que recomiendan fortalecer redes de apoyo y programas que integren a la familia en el tratamiento y cuidado de las personas que viven con VIH.

En Arequipa, Aguilar y Alfaro (2015) evaluaron la relación entre funcionalidad familiar y resiliencia en adolescentes, en un estudio donde participaron 912 estudiantes de secundaria. Utilizando la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young junto con la Escala de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), observaron que los adolescentes provenientes de familias funcionales presentaban niveles significativamente más altos de resiliencia que aquellos pertenecientes a familias disfuncionales. Por su parte, Sanca (2016) replicó este enfoque en una muestra de 225 estudiantes preuniversitarios de la misma ciudad, confirmando que un mayor nivel de funcionalidad familiar se asocia con una resiliencia más elevada. En ambos estudios se concluyó que la estructura y el funcionamiento familiar adecuados favorecen el desarrollo de

competencias resilientes, recomendando la implementación de intervenciones familiares para promover el bienestar psicológico en jóvenes y potenciar la capacidad de afrontamiento en contextos de desafío.

Flores (2021) realizó un estudio descriptivo correlacional en un hospital de Lambayeque con 80 personas diagnosticadas con VIH que recibían tratamiento antirretroviral. Empleando la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young adaptada al contexto peruano, encontró que el 67.5 % de la muestra presentó un nivel alto de resiliencia, el 26.3 % un nivel medio y el 6.2 % un nivel bajo. Además, se evidenció una correlación significativa entre resiliencia y tiempo de diagnóstico ($p = 0.356, p < 0.05$), así como entre resiliencia y adherencia al tratamiento ($p = 0.412, p < 0.01$). Estos resultados sugieren que una mayor resiliencia se asocia con mejor adherencia terapéutica y un potencial aumento en el tiempo de supervivencia, aspectos relevantes para los programas de salud dirigidos a personas con VIH.

Ramírez y Torres (2023) llevaron a cabo una revisión sistemática en países latinoamericanos, con énfasis en estudios peruanos, donde analizaron 28 investigaciones publicadas entre 2015 y 2022 (9 de ellas en Perú). La mayoría usó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young o la Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Los hallazgos mostraron correlaciones positivas moderadas a fuertes entre resiliencia y calidad de vida (p entre 0.35 y 0.68), además de asociaciones significativas con adherencia al tratamiento (p entre 0.28 y 0.55). Aunque hubo heterogeneidad en el tamaño muestral y adaptación cultural de los instrumentos, se concluyó que la resiliencia es un factor protector clave en el manejo de enfermedades crónicas, recomendando realizar estudios longitudinales y multivariados en el contexto peruano para fortalecer la evidencia.

Ramírez (2023) evaluó la funcionalidad familiar en personas con VIH en el distrito de Ate Vitarte, con una muestra mayoritariamente femenina (65 %) y edad promedio de 41 a 42 años. Para medirla utilizó el cuestionario FF-SIL, que evalúa cohesión, comunicación, armonía,

afectividad, roles y adaptabilidad. Encontró que el 60 % de las familias se clasifican como modernamente funcionales, el 20 % con funcionalidad plena y el 20 % restante reflejó disfuncionalidad, la cual podría afectar el soporte emocional que reciben los pacientes. Aunque no reportó coeficientes estadísticos específicos, se interpretó que la mayoría de las familias brindan un nivel moderado de funcionalidad que favorece el afrontamiento, pero que se requieren intervenciones psicosociales para fortalecer el entorno familiar.

Por último, Quispe et al. (2023) analizaron la relación entre funcionalidad familiar y calidad de vida en 120 pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de hemodiálisis en Lima, usando el cuestionario APGAR Familiar y un instrumento para calidad de vida. Se encontró una correlación positiva y significativa entre funcionalidad familiar y calidad de vida ($r = 0.47, p < 0.01$), y el 65 % de la muestra presentó funcionalidad familiar adecuada según el APGAR. Los autores concluyeron que una familia funcional aporta un soporte fundamental que impacta positivamente en la calidad de vida, destacando la importancia de las intervenciones familiares en el manejo de enfermedades crónicas.

En suma, si bien estas investigaciones no trabajan con la misma muestra poblacional de la presente investigación, es importante destacar cómo una buena cohesión o funcionalidad familiar contribuye a mantener y afrontar el proceso de enfermedades crónicas y dolorosas, subrayando el valor de la familia como factor protector y potenciador de la resiliencia en contextos de adversidad.

1.4.2 Antecedentes internacionales

En la literatura internacional, no se han encontrado investigaciones que aborden de manera directa la relación entre cohesión familiar y resiliencia en personas que viven con VIH. Sin embargo, existen estudios que analizan la asociación entre funcionamiento o cohesión familiar y variables estrechamente vinculadas, como la calidad de vida, la salud mental, la

adherencia terapéutica y el afrontamiento, ofreciendo un acercamiento relevante para la presente investigación.

Wang et al. (2024) analizaron la relación entre el funcionamiento familiar y los síntomas depresivos en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) seropositivos al VIH, evaluando el papel mediador del estigma y la resiliencia. En un estudio cuantitativo, transversal y correlacional, participaron 529 HSH diagnosticados con VIH en China, seleccionados mediante muestreo no probabilístico. Se emplearon la Escala de Funcionamiento Familiar, la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson, la Escala de Estigma Relacionado con el VIH y la Escala de Depresión de Center for Epidemiological Studies. Los resultados mostraron que un mejor funcionamiento familiar se asoció con menores síntomas depresivos, y que esta relación estuvo parcialmente mediada por la disminución del estigma y el aumento de la resiliencia. Los autores concluyen que fortalecer la cohesión y apoyo familiar, así como intervenir sobre el estigma, podría favorecer la salud mental de personas con VIH.

Caldera-Guzmán y Pacheco-Zavala (2020) evaluaron la funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA atendidos en la Unidad de Medicina Familiar N.º 53 de León, Guanajuato, en un estudio transversal simple donde participaron 65 pacientes contactados durante el periodo de agosto a diciembre de 2018. Para medir la funcionalidad familiar usaron el cuestionario APGAR familiar y encontraron que el 64 % de los participantes presentaba algún grado de disfunción familiar, afectando especialmente las dimensiones de adaptación, participación y crecimiento. La mayoría eran hombres (71 %), con nivel educativo de preparatoria y predominancia de personas solteras (43 %). Los autores sugieren que la falta de apoyo familiar, especialmente en personas solteras, podría asociarse con menor adherencia al tratamiento y mayor prevalencia de depresión y ansiedad.

Imoebe et al. (2025) evaluaron la relación entre la funcionalidad familiar y la calidad de vida en 155 pacientes con VIH que asistían a una clínica de terapia antirretroviral en Nigeria.

Utilizando el cuestionario Family APGAR y el MOS-HIV QoL, hallaron que el 86.5 % de los participantes presentaba funcionamiento familiar normal, y que existía una correlación positiva significativa entre funcionalidad familiar y diferentes dominios de calidad de vida, tales como funcionamiento físico, social, dolor, salud mental, energía y cognición ($p < 0.05$). Los autores concluyen que una funcionalidad familiar adecuada se asocia con una mejor calidad de vida en personas con VIH, destacando la importancia del entorno familiar para el bienestar.

Adewuyi y Adewuyi (2024), en un estudio descriptivo transversal con 230 pacientes de una clínica de terapia antirretroviral en Nigeria, evaluaron el funcionamiento familiar y su relación con la calidad de vida, considerando el apoyo familiar disponible y la satisfacción con este. Utilizaron el Family System APGAR y el WHOQOL-HIV BREF, encontrando que el 93.9 % de los participantes presentaban un funcionamiento familiar adecuado, y que la calidad de vida estaba fuertemente asociada al funcionamiento familiar en todos los dominios evaluados, excepto en el espiritual/religioso. También identificaron que el estado civil influyó significativamente, observando que las personas casadas o en convivencia tenían mejor funcionamiento familiar. Recomiendan que los profesionales de la salud consideren prioritariamente la dimensión psicosocial y, en particular, el funcionamiento familiar para mejorar la calidad de vida en personas con VIH.

En síntesis, la evidencia internacional sugiere que el funcionamiento y la cohesión familiar son factores clave que pueden impactar positivamente en la salud mental, adherencia al tratamiento y calidad de vida en personas con VIH, aportando así un marco importante para el estudio de la resiliencia en este contexto.

1.5 Justificación e importancia de la investigación

El presente estudio busca comprender cómo influye la cohesión familiar y la resiliencia en personas que viven con VIH, considerando el impacto social, emocional y psicológico que implica este diagnóstico. Esta población, al ser especialmente vulnerable, enfrenta no solo

desafíos médicos, sino también estigmas y prejuicios que aún persisten en la sociedad, los cuales pueden afectar negativamente su estabilidad emocional, su salud mental y física. Por ello, resulta esencial investigar estas variables dentro de este contexto, ya que permitirá identificar si el apoyo y la participación familiar influyen, directa o indirectamente, en la capacidad de afrontamiento del paciente. Los resultados podrían contribuir a desarrollar estrategias de intervención psicosocial orientadas a mejorar su bienestar integral.

En ese sentido, el estudio de las variables permitirá de alguna manera que los profesionales de salud que trabajan con esta población prioricen el factor familiar como un elemento importante en su tratamiento y atención en general para su salud mental y física.

Asimismo, esta investigación posee relevancia teórica al aportar al cuerpo de conocimientos existentes sobre las variables de cohesión familiar y resiliencia. En particular, amplía la comprensión sobre la relación entre ambas, así como los niveles en que se manifiestan en personas diagnosticadas con VIH. Los hallazgos generados podrán ser utilizados como referencia para futuras investigaciones, además de ofrecer un insumo valioso para la comunidad académica interesada en temáticas vinculadas a salud mental, dinámica familiar y enfermedades crónicas. Por otro lado, los resultados aportarán de manera práctica con el desarrollo de la psicológica clínica y de la salud, a través del diseño de propuestas de intervención.

A nivel social, los resultados obtenidos, pueden contribuir a generar nuevos lineamientos políticos en la institución donde se realizará el estudio, de tal forma que contribuya al abordaje adecuado y la intervención individual con la persona con VIH y la intervención familiar de la persona con este diagnóstico.

1.6 Limitaciones de la investigación

A lo largo del desarrollo del presente estudio, una de las limitaciones identificadas es el número de participantes en la muestra, ya que se está trabajando con una población que no

es de fácil acceso por la propia naturaleza de esta, lo que genera limitaciones al conseguir un número mayor de participantes, además, probablemente no todos los pacientes muestren una actitud participativa y de colaboración frente a la investigación.

Al tener un muestreo no probabilístico y una muestra muy específica, no se podrán generalizar los resultados a otros contextos.

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo general

OG: Determinar la influencia de la cohesión familiar sobre la resiliencia en personas con VIH atendidas en un hospital nacional del Callao.

1.7.2 Objetivos específicos

OE1: Describir el nivel de cohesión familiar en personas con VIH atendidas en un hospital nacional del Callao.

OE2: Identificar el nivel de resiliencia en personas con VIH atendidas en un hospital nacional del Callao.

OE3: Analizar la relación entre la cohesión familiar y la resiliencia en personas con VIH atendidas en un hospital nacional del Callao.

OE4: Examinar la relación entre la cohesión familiar y los factores de la resiliencia en personas con VIH atendidas en un hospital nacional del Callao.

OE5: Establecer la relación entre la cohesión familiar y las dimensiones de la resiliencia en personas con VIH atendidas en un hospital nacional del Callao.

1.8 Hipótesis

1.8.1. Hipótesis general

HG: La cohesión familiar influye sobre la resiliencia en personas con VIH atendidas en un hospital nacional del Callao.

1.8.2. Hipótesis específicas

H1: Existe relación entre la cohesión familiar y la resiliencia en personas con VIH atendidas en un hospital nacional del Callao.

H2. Existe relación entre la cohesión familiar y los factores de la resiliencia en personas con VIH atendidas en un hospital nacional del Callao.

H.3. Existe relación entre la cohesión familiar y las dimensiones de la resiliencia en personas con VIH atendidas en un hospital nacional del Callao.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco conceptual

2.1.1 *Familia y cohesión familiar*

La familia ha sido conceptualizada de diversas formas a lo largo del tiempo. En este sentido, Nardone et al. (2003) la describen como un sistema de interacción sostenido por vínculos afectivos, dentro del cual el ser humano se forma y desarrolla. Estos autores destacan que la familia constituye el primer espacio de socialización, en el que los padres asumen el rol de formadores, estableciendo relaciones de interdependencia que perduran con el tiempo.

Dentro de este sistema, la cohesión familiar se entiende como la conexión emocional entre los integrantes de la familia, facilitando relaciones basadas en el afecto, el apoyo mutuo y una comunicación funcional (Olson, 2000).

De acuerdo con Olson (2000), la cohesión familiar puede clasificarse en cuatro niveles, según el grado de unión afectiva y dependencia entre sus miembros: Disgregada; donde existe un distanciamiento tanto emocional como físico, con decisiones y actividades asumidas de forma individual, promoviendo una alta autonomía. Separada; donde, si bien se mantienen ciertos vínculos familiares, predomina la independencia. Conectada; que implica una vida familiar activa, decisiones tomadas en conjunto y menor tiempo individual. Amalgamada; en la cual los límites entre los miembros son difusos, existe sobre implicación emocional, y las decisiones, el tiempo y las actividades personales giran exclusivamente en torno a la familia.

2.1.2. *Modelos teóricos de la funcionalidad familiar*

2.1.2.1. Teoría del modelo circunplejo. La teoría desarrollada por Olson plantea que la funcionalidad familiar se construye a partir de la interacción entre dos componentes esenciales: la cohesión y la adaptabilidad dentro del sistema familiar.

Este modelo teórico se fundamenta en tres dimensiones principales (Olson, 2000):

- **Cohesión**, que se refiere al grado de conexión emocional entre los miembros de la familia y a la frecuencia con la que comparten actividades conjuntas.
- **Flexibilidad**, entendida como la capacidad del sistema familiar para ajustar sus roles, normas y estilos de liderazgo frente a las exigencias del entorno, favoreciendo así un equilibrio funcional.
- **Comunicación**, considerada la dimensión facilitadora que permite el desarrollo y mantenimiento de la cohesión y la adaptabilidad dentro del grupo familiar.

Asimismo, Olson (2000) identifica cinco funciones clave que debe cumplir una familia para alcanzar un funcionamiento equilibrado que favorezca el desarrollo integral de sus miembros:

- **Apoyo mutuo**, que abarca los aspectos emocionales, sociales, económicos y físicos compartidos entre sus integrantes.
- **Autonomía e independencia**, promoviendo un sentido de identidad tanto en las actividades colectivas como individuales.
- **Establecimiento de reglas**, definidas como límites que regulan la convivencia familiar, siendo firmes pero adaptables.
- **Adaptación al cambio**, capacidad para transformar sus dinámicas ante nuevas circunstancias.
- **Comunicación efectiva**, mediante el uso de mensajes verbales y no verbales que fortalecen los vínculos afectivos y la operatividad familiar.

Complementando este enfoque, Olson y Gorall (2006) proponen cinco estilos de crianza fundamentados en el modelo circunplejo, los cuales varían según el tipo de afecto, control, flexibilidad y apoyo que los padres brindan a sus hijos:

- **Padres democráticos**, que fomentan la autonomía a través de una comunicación abierta y equilibrada.
- **Padres autoritarios**, que imponen normas estrictas, lo que puede generar en los hijos dificultades emocionales y de afrontamiento.
- **Padres permisivos**, quienes permiten que los menores tomen decisiones sin límites claros.
- **Padres rechazantes**, caracterizados por el desinterés o desconocimiento sobre las necesidades afectivas de sus hijos.
- **Padres no involucrados**, cuya aceptación hacia los hijos está condicionada a que estos no interfieran en sus propias rutinas.

2.1.2.2. Teoría de Chen y Kaplan. De acuerdo con lo citado por Vargas e Ibáñez (2006), Chen y Kaplan sostienen que los padres ejercen un papel fundamental como modelos de conducta y como agentes de refuerzo en el proceso de desarrollo de sus hijos. Las actitudes y comportamientos transmitidos por los progenitores se interiorizan durante la crianza y tienden a reproducirse en las siguientes generaciones. En este marco, los autores identifican cuatro componentes esenciales que favorecen una interacción familiar saludable:

- Estado psicológico del individuo,
 - Relaciones interpersonales,
 - Participación en contextos sociales,
 - Modelamiento de roles específicos dentro de la dinámica familiar.
- Estos elementos, en conjunto, contribuyen a un funcionamiento familiar equilibrado y al desarrollo integral de sus miembros.

2.1.2.3. Modelo de funcionamiento familiar (MMFF). El Modelo McMaster de Funcionamiento Familiar (MMFF), desarrollado por Epstein, Bishop y Levin (1983), surge a partir del análisis comparativo entre familias funcionales y disfuncionales. Esta propuesta se

fundamenta en el enfoque sistémico, el cual concibe a la familia como un sistema compuesto por distintos subsistemas que representan a cada uno de sus integrantes (Louro, 2013).

Según este modelo, las tareas y roles que desempeña cada miembro contribuyen a mantener el equilibrio dentro del sistema familiar, facilitando la regulación de tensiones y la adaptación a los cambios. Además, se plantea que el grado de funcionalidad está relacionado con la medida en que se satisfacen las necesidades básicas, biológicas, emocionales y sociales, de los integrantes.

El funcionamiento familiar, desde esta perspectiva, es una dinámica en constante transformación influenciada por los cambios internos del sistema y por la intensidad de los vínculos percibidos. Una mayor sensación de conexión entre los miembros favorece la seguridad emocional y el bienestar colectivo del grupo familiar.

2.1.3. Resiliencia

Wolin y Wolin (1993) definen la resiliencia como la capacidad del ser humano para sobreponerse a situaciones adversas mediante el desarrollo de recursos internos que fortalecen su funcionamiento personal. Por su parte, Fraser et al. (1999) explican que este concepto implica tres procesos clave: lograr éxito a pesar de la exposición a condiciones de alto riesgo, demostrar competencias adaptativas ante dichas condiciones y recuperarse satisfactoriamente luego de experiencias negativas. Estos mismos autores proponen siete cualidades personales que actúan como pilares protectores frente a la adversidad, conocidas como el “mándala de la resiliencia”:

- a Introspección, entendida como la capacidad de reflexionar honestamente sobre uno mismo.
- b Independencia, referida al establecimiento de límites saludables;
- c Capacidad para relacionarse, que incluye habilidades como la empatía y la sociabilidad.
- d Iniciativa, que implica tomar acción frente a los desafíos;

- e Sentido del humor, como forma de afrontar situaciones difíciles con una mirada optimista.
- f Creatividad, la cual permite transformar el desorden en algo significativo.
- g Moralidad, relacionada con el juicio ético y el compromiso con valores sociales.

En cuanto a los factores que dificultan el desarrollo de la resiliencia, Theis (2003) identifica cuatro tipos de riesgos:

- a Situaciones perturbadoras derivadas de experiencias adversas,
- b Factores sociales y del entorno, como la pobreza o el desempleo parental,
- c Enfermedades crónicas que afectan el bienestar físico y psicológico,
- d Catástrofes tanto naturales como sociales, tales como terremotos, guerras o terrorismo.

Por otro lado, existen factores protectores que favorecen la resiliencia. Guillén (2005) destaca el rol crucial de la familia, siempre que proporcione vínculos afectivos saludables, cohesión emocional y calidez en las relaciones.

2.1.4. Modelos teóricos que explican la resiliencia

2.1.4.1. Modelo ecológico. El modelo ecológico, según Lozada (2018), concibe a la persona como un ser dinámico que interactúa constantemente con su entorno. Esta interacción no es pasiva: el individuo influye en su contexto, y a su vez, el contexto moldea su desarrollo. En este sentido, múltiples factores ambientales pueden estimular o limitar la capacidad resiliente, destacando especialmente en etapas como la adolescencia, en la que se es más receptivo a los cambios sociales y culturales.

Este modelo se compone de cuatro ejes principales:

- a Persona: Hace alusión a las características innatas o predisposiciones individuales que intervienen en el desarrollo de la resiliencia.
- b Proceso: Se refiere a las formas de interacción que establece el individuo con su ambiente a lo largo del tiempo.

- c Contexto: Comprende diferentes sistemas que rodean a la persona:
 - *Microsistema*: Actividades y roles cotidianos.
 - *Mesosistema*: Relación entre entornos próximos como familia, amistades o escuela.
 - *Exosistema*: Ambientes en los que la persona no interactúa directamente, pero que influyen indirectamente en su vida.
 - *Macrosistema*: Creencias, normas e ideologías culturales que orientan el comportamiento individual.
- d. Tiempo: Engloba los eventos y etapas vitales que impactan el desarrollo y adaptación del sujeto.

2.1.4.2. Teoría del Mándala de la resiliencia. Wolin y Wolin (1993) conceptualizan la resiliencia como una capacidad intrínseca del individuo para superar circunstancias adversas, utilizando recursos internos que le permitan salir fortalecido. A partir de esta premisa, desarrollaron el modelo del Mándala de la Resiliencia, el cual se basa en siete atributos personales que actúan como escudos protectores frente a situaciones difíciles: introspección, independencia, capacidad para relacionarse, iniciativa, humor, creatividad y moralidad.

Este enfoque considera a la resiliencia como un fenómeno multidimensional, que combina factores emocionales, cognitivos y sociales, favoreciendo el desarrollo de competencias personales. Mateu (2009) señala que el mándala representa la posibilidad de interpretar y reorganizar las experiencias desde el autoconocimiento, el vínculo con los otros y el sentido atribuido a las vivencias.

Asimismo, se reconocen fuentes de resiliencia intrafamiliares y extrafamiliares. Entre las primeras, se incluyen las relaciones afectivas sólidas con figuras cercanas como padres u otros miembros del núcleo familiar. Las segundas abarcan redes comunitarias estables

y vínculos afectivos fuera del entorno familiar, así como el contacto con instituciones educativas que brinden respaldo ante eventos traumáticos (Mateu et al., 2009).

Por su parte, Saavedra y Villalta (2008) identifican un perfil de persona resiliente caracterizado por: otorgar sentido a las experiencias difíciles, mantener una identidad clara, establecer metas realistas, generar vínculos sanos y recurrir a habilidades como el asertividad, el humor, la objetividad, la adaptación, la autoconfianza y el aprendizaje constante. Si bien no es necesario que todas estas características se encuentren desarrolladas por completo, su presencia parcial o progresiva contribuye al proceso dinámico de fortalecimiento emocional a lo largo del tiempo.

Finalmente, la presente investigación toma en cuenta el modelo teórico de Wagnild y Young para resiliencia.

Wagnild y Young (1993) proponen una visión de la resiliencia como una cualidad personal que permite al individuo adaptarse a situaciones nuevas y complejas, mitigando los efectos del estrés generado por experiencias adversas. Consideran esta cualidad como un rasgo de personalidad estructurado a partir de cinco dimensiones clave:

- Confianza en uno mismo: Capacidad para reconocer, aceptar y utilizar las propias habilidades frente a los desafíos.
- Ecuanimidad: Habilidad para mantener el equilibrio emocional frente a los altibajos de la vida, enfrentando las experiencias sin juicios destructivos.
- Perseverancia: Tendencia a persistir en las metas personales incluso frente a la adversidad.
- Satisfacción personal: Capacidad para valorar y encontrar sentido en las propias acciones y decisiones.
- Soledad existencial: Sentimiento de autonomía y libertad que permite enfrentar problemas sin depender siempre del apoyo externo.

Estas dimensiones están organizadas en torno a dos grandes ejes: la competencia personal y la aceptación de uno mismo y de la vida. A partir de este modelo se elaboró la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (ER), ampliamente utilizada en estudios clínicos y sociales.

2.1.5. *Personas con VIH*

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), identificado por primera vez en 1983, es el agente causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), cuya principal característica es el deterioro progresivo del sistema inmunológico. De los dos tipos existentes, el VIH-1 es el más común en los países occidentales. Esta condición médica no solo compromete el organismo físicamente, sino que conlleva una importante carga psicológica y social.

Desde un enfoque psicosocial, múltiples estudios han documentado la presencia de trastornos emocionales asociados al diagnóstico de VIH. Hunter (1993) menciona que el estrés psicológico derivado de esta condición suele manifestarse en síntomas de ansiedad y depresión. Morrison et al. (2002) reportaron que las mujeres VIH positivas presentan tasas de depresión cuatro veces más elevadas que aquellas no infectadas. Además, aunque no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en la presencia de trastornos de ansiedad, sí se observaron mayores niveles de ansiedad.

Thompson et al. (1996) encontraron que los hombres VIH positivos experimentan altos niveles de estrés, especialmente si enfrentan problemas familiares, financieros o de salud en su entorno, lo cual puede derivar en conductas de riesgo como consumo de sustancias y prácticas sexuales sin protección. Por su parte, Remor et al. (2001) señalaron que la ansiedad en pacientes con VIH varía según la etapa del diagnóstico, y está influenciada por el grado de control percibido sobre la enfermedad.

El apoyo social y familiar se presenta como un factor clave en la adherencia al tratamiento y el bienestar emocional. Burgoyne (2005), en un estudio longitudinal de cuatro

años con 34 personas con VIH, subraya que la percepción de respaldo emocional se asocia con mayor cumplimiento del tratamiento antirretroviral. De igual forma, Ballester (2002) destaca que un entorno familiar que brinde confianza, intimidad y contención puede marcar una diferencia en la evolución de la enfermedad.

Remor (2002, 2003) plantea que este apoyo social cumple una función protectora ante el estrés emocional y puede ser determinante en la progresión de la infección. No obstante, también advierte que en ciertos casos, las relaciones sociales pueden generar conflictos o tensiones adicionales, convirtiéndose en factores de riesgo en lugar de protección.

Por último, Edo y Ballester (2006) compararon a pacientes con VIH con pacientes oncológicos y población general, encontrando que las personas que viven con VIH presentan mayores niveles de ansiedad, depresión, baja autoestima y conductas hipocondríacas, además de una percepción reducida del apoyo social. Estos hallazgos refuerzan la importancia de incluir el componente emocional y relacional en las intervenciones dirigidas a esta población.

III. MÉTODO

3.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación es básica porque: “Se orienta a buscar información de la realidad mediante la recolección de datos y de este modo incrementar el conocimiento teórico y científico, dirigido a descubrir leyes y principios provenientes de la realidad” (Jiménez, 2015, p. 38).

De acuerdo con su nivel, esta investigación se clasifica como relacional-explicativa, ya que tiene como propósito analizar la asociación existente entre dos variables principales dentro de un contexto específico y la influencia de la cohesión familiar sobre la resiliencia (Hernández-Sampieri et al., 2014).

Finalmente, en cuanto al diseño, se trata de una investigación No experimental, porque solo se observarán las variables de estudio en situaciones ya existentes en su ambiente natural y no se realizará la manipulación de ellas, tan sólo se procederá a analizarlas (Hernández et al., 2014).

3.2 Población y muestra

La población accesible para el presente estudio estuvo conformada por 540 pacientes del servicio de infectología que reciben tratamiento antirretroviral en un hospital del Callao (CDS-MINSA, 2023). En cuanto a la muestra, esta estuvo integrada por 129 participantes, hombres y mujeres, residentes del distrito de Ventanilla y otros distritos de la provincia constitucional del Callao, con edades comprendidas entre los 18 y 38 años.

El tamaño de la muestra se determinó empleando el software G*Power 3.1 (Faul, et al., 2007), considerando un tamaño de efecto medio ($f^2 = .15$), un nivel de significancia de $\alpha = .05$ y una potencia estadística de .90. Según los parámetros establecidos por Cohen (1988), se estimó que se necesitaban al menos 73 participantes para garantizar la detección de un efecto significativo en un modelo de regresión lineal con un predictor. Finalmente, la muestra efectiva

ascendió a 129 participantes, cifra que supera ampliamente el mínimo requerido, lo que refuerza la robustez y confiabilidad de los análisis estadísticos efectuados.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico, lo que significa que los participantes no fueron seleccionados al azar. En cambio, se aplicó un muestreo intencional, eligiendo a aquellos individuos que resultaban accesibles y que cumplían con los criterios específicos definidos para el estudio. Esta estrategia permitió garantizar que los sujetos reunieran las características necesarias para cumplir con los objetivos de la investigación (Pimienta, 2000).

- ***Criterios de inclusión***

- Pacientes del programa TARGA del Hospital de Ventanilla - Callao.
- Que se encuentren viviendo o trabajando en el distrito de Ventanilla - Callao.
- Varones y mujeres de 18 a más edad
- Con grado de instrucción desde primaria en adelante
- Responder todos los ítems de ambos instrumentos

- ***Criterios de exclusión***

- Personas diagnosticadas con VIH que no se encuentren actualmente bajo tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA).
- Que no pertenezcan a la localidad
- En situación de inicio de tratamiento o abandono
- Menores de edad
- Con enfermedades comórbidas o evidencia de compromiso orgánico
- Personas con problemas de salud mental o alteraciones orgánicas evidentes.

En la Tabla 1 se observa que la edad media de los participantes es de 38 años, siendo los varones, en promedio, ligeramente más jóvenes. Respecto al nivel educativo, el 74% de los encuestados culminaron la secundaria, predominando esta tendencia en las mujeres (85%)

frente a los hombres (70%). En relación con el nivel primario, este fue alcanzado por el 10% de las mujeres y el 3.3% de los hombres. En cuanto a estudios superiores, se evidencia una mayor proporción de hombres (27%) que accedieron a este nivel, en contraste con el 5.1% de mujeres, lo cual podría reflejar una diferencia en el acceso a la educación superior según el género.

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra

Variables		Femenino n=39	Masculino n=90	Total n=129
Grado de Instrucción	Primaria	4 (10%)	3 (3.3%)	7 (5.4%)
	Secundaria	33 (85%)	63 (70%)	96 (74%)
	Superior	2 (5.1%)	24 (27%)	26 (20%)
Estado Civil	Casado	13 (33%)	26 (29%)	39 (30%)
	Soltero	26 (67%)	64 (71%)	90 (70%)

En relación con el estado civil, se encontró que la mayoría de los participantes eran solteros (70% en total), con una distribución similar entre mujeres (67%) y hombres (71%). Asimismo, el 30% de la muestra reportó estar casado, con una proporción levemente mayor en mujeres (33%) que en hombres (29%).

3.3 Operacionalización de variables

3.3.1 Funcionalidad familiar

3.3.1.1 Definición conceptual. De acuerdo con Olson (2000), la funcionalidad familiar se refiere al grado de cohesión emocional entre los integrantes del núcleo familiar, así como a la capacidad del sistema familiar para adaptarse y reorganizarse frente a situaciones difíciles, lo que se conoce como flexibilidad.

3.3.1.2 Definición operacional. Esta variable será evaluada mediante los puntajes obtenidos en la Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar FACES III, desarrollada por Olson y adaptada al contexto peruano por Bazo-Alvarez y colaboradores (2016).

En la Tabla 2 se detalla la operacionalización de la variable funcionalidad familiar, considerando sus respectivos ítems.

Tabla 2

Operacionalización de la variable funcionalidad familiar (cohesión)

Dimensiones	Indicadores	ítems	Escala de medición
Cohesión	Vinculación emocional	11 y 19	Ordinal
	Apoyo	1 y 17	
	Límites familiares	5 y 7	
	Tiempo y amigos	3 y 9	
	Intereses y recreación	13 y 15	
Flexibilidad	Liderazgo	6 y 18	
	Disciplina	4 y 10	
	Control	2, 12 y 8	
	Roles y reglas	14, 16 y 20	

3. 3. 2 Resiliencia

3.3.2.1 Definición conceptual. De acuerdo con Wagnild y Young (citado en Gómez, 2019), la resiliencia se entiende como un rasgo distintivo de la personalidad que permite a la persona enfrentar situaciones adversas, atenuando los efectos negativos del estrés y favoreciendo la adaptación con valentía frente a los desafíos de la vida.

3.3.2.2 Definición operacional. La variable resiliencia será evaluada mediante los puntajes obtenidos en la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young.

En la Tabla 3 se muestra la operacionalización de la variable resiliencia, detallando sus dimensiones, indicadores y la categorización de sus puntuaciones.

Tabla 3

Operacionalización de la variable resiliencia

Variable	Dimensiones	Ítems	Escala de medición
Resiliencia	Ecuanimidad	7, 8, 11, 12	Ordinal
	Perseverancia	1, 2, 4, 14, 15, 20, 23	
	Confianza en sí mismo	9, 10, 6, 13, 17, 18, 24	
	Satisfacción personal	21, 16, 22, 25	
	Sentirse bien solo	3, 5, 19	

3.4 Instrumentos

En esta investigación se utilizaron como instrumentos psicométricos la Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III) de Olson, y la Escala de Resiliencia (ER) desarrollada por Wagnild y Young.

3.4.1 Escala de Evaluación Funcionalidad Familiar (FACES III)

3.4.1.1 Ficha técnica

Nombre: Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar (FACES III)

Autor: Olson, D. H. (1985)

Procedencia: Estados Unidos

Adaptación: Versión en español adaptada por Rivera & Andrade (2000)

Administración: Individual o colectiva

Tiempo estimado: 10 a 15 minutos

Estructuración: 20 ítems distribuidos en dos dimensiones (cohesión y adaptabilidad)

Aplicación: Adolescentes y adultos

3.4.1.2 Descripción del instrumento. La Escala de Evaluación de la Funcionalidad Familiar (FACES III), desarrollada por Olson (1985) dentro del marco del Modelo Circumplejo de los Sistemas Familiares, permite valorar dos aspectos fundamentales del funcionamiento familiar: la cohesión y la adaptabilidad. La cohesión alude al nivel de vínculo emocional existente entre los miembros del núcleo familiar, mientras que la adaptabilidad hace referencia a la capacidad de este sistema para reorganizarse frente a situaciones de crisis o cambio.

Este instrumento consta de una escala tipo Likert de cinco puntos, cuyas respuestas oscilan entre “casi nunca” y “casi siempre”. Ha sido ampliamente aplicado en investigaciones relacionadas con dinámica familiar, proporcionando información útil sobre los estilos familiares, los cuales varían desde familias desvinculadas hasta fusionadas (en términos de cohesión), y desde estructuras rígidas hasta caóticas (en lo referente a la adaptabilidad). Según Olson (1994), puntuaciones elevadas en cohesión indican una conexión emocional saludable, mientras que puntuaciones bajas reflejan desvinculación; de modo similar, altos niveles de adaptabilidad representan sistemas funcionales, en contraste con las puntuaciones bajas que indican rigidez en el sistema familiar.

En el contexto peruano, la adaptación psicométrica del FACES III fue realizada por Bazo-Álvarez et al. (2016), quienes evaluaron la versión española del instrumento en una muestra de 910 estudiantes de nivel secundario, pertenecientes a instituciones educativas públicas y privadas de los distritos de Chimbote y Nuevo Chimbote. La finalidad del estudio fue obtener evidencias de validez y confiabilidad. La escala fue aplicada tanto en su formato de familia real (a la muestra total) como en su versión de familia ideal (a una submuestra de 100 estudiantes).

La herramienta cuenta con un total de 20 ítems, distribuidos equitativamente entre las dos dimensiones evaluadas. Para la dimensión de cohesión, las puntuaciones se categorizan en: desligado (10–24), separado (25–30), conectado (31–38) y fusionado (39–50). En cuanto a la adaptabilidad, se clasifican en: rígido (10–19), estructurado (20–24), flexible (25–30) y caótico (31–50). Una puntuación media representa un funcionamiento familiar balanceado, mientras que los extremos en ambas escalas son indicativos de posibles disfunciones en el entorno familiar.

3.4.1.3 Propiedades psicométricas. Respecto a las evidencias de validez relacionadas con la estructura interna del instrumento FACES-III, estas se establecieron mediante un análisis factorial exploratorio (AFE), el cual se aplicó por separado a cada una de sus dimensiones para evaluar su unidimensionalidad. Este análisis se realizó utilizando matrices policóricas, aplicando el método de extracción de factores principales con rotación Oblimin. Los resultados indicaron que la dimensión de cohesión presenta una estructura bidimensional, mientras que la dimensión de adaptabilidad se organiza en tres factores.

Posteriormente, se implementó un análisis factorial confirmatorio (AFC) utilizando el método de mínimos cuadrados ponderados robustos, con el objetivo de verificar la estructura bidimensional general del instrumento. Esta fase del análisis también permitió comparar seis modelos alternativos de tipo bidimensional “truncado”, que consistían en la eliminación de ítems con baja homogeneidad, evaluando así la adecuación de ajuste de cada propuesta. Aunque los modelos truncados mostraron mejores índices de ajuste, el modelo original fue considerado el más adecuado por su equilibrio entre ajuste estadístico y validez de contenido. En este modelo, se reportó un índice ajustado de bondad de ajuste (AGFI) de .96, lo que indica una estructura parsimoniosa y aceptable.

En cuanto a la confiabilidad, esta fue determinada mediante el método de consistencia interna a través del coeficiente omega (Ω). Para la versión real de la escala, se obtuvo un valor

de .85 en cohesión y .74 en adaptabilidad; mientras que en la versión ideal, los coeficientes fueron .89 y .86 respectivamente. Aunque uno de los modelos truncados mostró una mejora en la consistencia interna al excluir los ítems 12 y 18, los autores optaron por conservar la versión completa, dado que modificar el contenido afectaría la comparabilidad internacional de los resultados, aspecto fundamental en estudios transculturales.

Como parte de la investigación también se han corroborado estas características psicométricas. En ese sentido, en la Tabla 4 se observa que las puntuaciones de la dimensión cohesión familiar presenta una alta consistencia interna, evidenciada por un valor del alfa de Cronbach de .886, lo cual indica una fiabilidad excelente (Campo-Arias y Oviedo, 2008). De manera similar, el coeficiente omega de McDonald fue de .89, lo que refuerza la evidencia de consistencia interna adecuada. En síntesis, estos resultados permiten afirmar que la escala utilizada es confiable.

Tabla 4

Estimaciones de confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach y omega de McDonald de cohesión familiar

Dimensión	N.º de ítems	α	ω
Cohesión familiar	20	.886	.890

Nota. α : alfa de Cronbach; ω : coeficiente omega de McDonald.

Con el objetivo de evaluar la validez de la estructura interna del instrumento empleado en esta investigación, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE). Previamente, se verificaron los supuestos estadísticos necesarios para garantizar la pertinencia del análisis. Aunque el valor exacto de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) no se especifica, la prueba de esfericidad de Bartlett arrojó un valor de $\chi^2 = 561$, con 45 grados de libertad y un nivel de significancia de $p < .001$. Este resultado permite rechazar la hipótesis

nula de que la matriz de correlaciones es una matriz identidad, lo cual justifica la aplicación del AFE.

Para la extracción de los factores se utilizó el método de mínimos residuales, acompañado de una rotación Oblimin, lo que facilitó la identificación de las estructuras subyacentes en los datos. El análisis evidenció un único factor significativo que explicó el 45.5 % de la varianza total. Tal como se presenta en la Tabla 5, las cargas factoriales de los ítems oscilaron entre .38 y .807, lo que refleja una adecuada relación entre los ítems y la dimensión medida, respaldando así la validez de constructo del instrumento.

Tabla 5

Matriz de carga factorial rotada

Ítem	Factor 1	Unicidad
Ítem 11	0.807	0.349
Ítem 19	0.787	0.381
Ítem 1	0.622	0.613
Ítem 17	0.792	0.372
Ítem 5	0.585	0.658
Ítem 7	0.586	0.657
Ítem 3	0.381	0.855
Ítem 9	0.746	0.444
Ítem 13	0.662	0.562
Ítem 15	0.665	0.558
% Acumulado		45.5 %

Nota. Se utilizó el método de extracción de residuos mínimos con rotación oblimin.

De acuerdo con los criterios establecidos por Pérez y Medrano (2010), para asegurar una estructura simple y clara, las cargas factoriales deben ser superiores a .35, sin mostrar saturaciones relevantes en múltiples factores.

En este análisis, al haberse identificado un solo factor con cargas factoriales claramente definidas, se confirma que los ítems contribuyen de manera consistente a una única dimensión latente, lo cual fortalece la calidad psicométrica del instrumento.

3.4.2 Escala de Resiliencia de Wagnild y Young

3.4.2.1 Ficha técnica

Nombre: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (RS)

Autores: Wagnild, G. M. & Young, H. M. (1993)

Procedencia: Estados Unidos

Adaptación: Versión adaptada al español por Novella, A. (2002)

Administración: Individual

Tiempo estimado: 15 a 20 minutos

Estructuración: 25 ítems

Aplicación: Adolescentes y adultos

3.4.2.2 Descripción del instrumento. La Escala de Resiliencia de Wagnild y Young fue diseñada para evaluar la resiliencia como una característica interna y positiva del individuo que favorece la adaptación frente a situaciones adversas. Basada en un enfoque teórico que concibe la resiliencia como una cualidad estable, la escala contempla cinco dimensiones fundamentales: perseverancia, ecuanimidad, autoconfianza, satisfacción personal y sentirse bien solo.

La escala consta de 25 ítems redactados en sentido positivo y organizados en dos factores principales. El Factor I, denominado *Competencia Personal*, comprende 17 ítems (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19 y 22), y evalúa aspectos como la autoconfianza, toma de decisiones, perseverancia y poder personal. El Factor II, denominado *Aceptación de uno mismo y de la vida*, incluye 8 ítems (4, 9, 18, 20, 21, 23, 24 y 25), y se refiere a la capacidad de aceptar las circunstancias vitales con serenidad y equilibrio emocional.

Asimismo, la escala explora cinco componentes clave que atraviesan el contenido de los ítems:

- Ecuanimidad: capacidad de afrontar las dificultades con serenidad, evitando respuestas extremas.
- Perseverancia: persistencia ante los desafíos, con autodisciplina y orientación a metas.
- Confianza en sí mismo: creencia firme en las propias capacidades para enfrentar problemas.
- Satisfacción personal: percepción positiva del sentido de vida y valoración personal.
- Sentirse bien solo: habilidad para disfrutar de la propia compañía y mantener autonomía emocional.

La escala utiliza un formato tipo Likert de 7 puntos, que va desde 1 (*totalmente en desacuerdo*) hasta 7 (*totalmente de acuerdo*). La puntuación total se obtiene sumando los 25 ítems, alcanzando un rango de 25 a 175 puntos. Los niveles de resiliencia se categorizan de la siguiente manera: bajo (25–100), moderado (101–130) y alto (131–175), permitiendo también el análisis individual de dimensiones específicas.

3.4.2.3 Propiedades psicométricas. En el contexto peruano, la Escala de Resiliencia fue adaptada por Novella (2002), quien aplicó la prueba a una muestra de 342 estudiantes mujeres de entre 14 y 17 años de un colegio nacional de Lima. Como parte del proceso de adaptación, se realizó una revisión lingüística y se obtuvo evidencia de validez de contenido a través del juicio de expertos.

En cuanto a la estructura interna, se realizó un Análisis de Componentes Principales (PCA) con rotación oblicua, siguiendo el procedimiento de Wagnild y Young (1993). Este

análisis identificó dos factores, donde el Factor I agrupó 20 ítems y el Factor II los 5 restantes, aunque manteniendo consistencia conceptual con la propuesta original.

La confiabilidad del instrumento fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach, alcanzando un valor de .89 para la escala total, lo cual indica una excelente consistencia interna. Además, se observaron coeficientes de correlación entre los ítems que oscilaron entre .71 y .80, todos estadísticamente significativos. Como resultado, se conservaron los 25 ítems originales, preservando la estructura de cinco componentes con el fin de facilitar estudios interculturales y permitir un análisis detallado tanto del puntaje total como de cada dimensión por separado.

Como parte del presente estudio, se han corroborado las propiedades psicométricas del instrumento utilizado para evaluar la resiliencia. En ese sentido, los resultados obtenidos (ver Tabla 6) evidencian una alta consistencia interna de la escala total, con un coeficiente alfa de Cronbach de .917 y un coeficiente omega de McDonald de .923, lo que representa un nivel excelente de fiabilidad (Campo-Arias & Oviedo, 2008). Estos hallazgos permiten concluir que el instrumento es confiable para medir el constructo de resiliencia en la muestra analizada.

Tabla 6

Estimaciones de fiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach y omega de McDonald de resiliencia y factores

Variable - Factor	N.º de ítems	α	ω
Resiliencia total	25	.917	.923
Competencia personal (Factor 1)	17	.889	.893
Aceptación de uno mismo y de la vida (Factor 2)	8	.753	.788

Nota. α = alfa de Cronbach; ω = coeficiente omega de McDonald.

Asimismo, se evaluó la fiabilidad de los dos factores que componen la escala. El Factor 1: Competencia personal, compuesto por 17 ítems, mostró un alfa de Cronbach de .889 y un omega de .893, lo cual indica una consistencia interna muy buena. Por su parte, el Factor 2:

Aceptación de uno mismo y de la vida, conformado por 8 ítems, presentó valores aceptables de fiabilidad, con un alfa de .753 y un omega de .788. En conjunto, estos resultados respaldan la estructura bifactorial del instrumento, confirmando su idoneidad para evaluar tanto el puntaje global como sus componentes.

Con el objetivo de evaluar la validez de la estructura interna del instrumento, se realizó un análisis de validez de constructo, entendido como una forma de evidencia basada en un enfoque intra-prueba. Este procedimiento consistió en examinar las correlaciones entre los factores principales y las dimensiones específicas de la escala con la puntuación total, con el propósito de determinar si cada uno de los componentes contribuye de manera coherente a la medición del constructo teórico de la resiliencia. Tal como se presenta en la Tabla 7, los resultados evidenciaron correlaciones directas, significativas y de alta magnitud entre los factores de la escala y el puntaje total de resiliencia.

Tabla 7

Correlación de la variable resiliencia junto con sus factores y dimensiones

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Resiliencia	—							
2. Competencia personal (F1)	.98***	—						
3. Aceptación de uno mismo(F2)	.91***	.83***	—					
4. Perseverancia	.90***	.88***	.82***	—				
5. Confianza en sí mismo	.92***	.91***	.85***	.75***	—			
6. Ecuanimidad	.80***	.79***	.70***	.67***	.66***	—		
7. Sentirse bien solo	.79***	.81***	.68***	.66***	.71***	.52***	—	
8. Satisfacción personal	.81***	.76***	.79***	.64***	.69***	.59***	.58***	—

Nota. Coeficientes de correlación de Pearson. ***p < .001.

Específicamente, el Factor 1: Competencia personal obtuvo un coeficiente de correlación de $r = .98$ ($p < .001$), mientras que el Factor 2: Aceptación de uno mismo y de la vida mostró una correlación de $r = .91$ ($p < .001$). Asimismo, las cinco dimensiones que componen la escala también se relacionaron de manera significativa con la puntuación total: confianza en sí mismo ($r = .92$), perseverancia ($r = .90$), ecuanimidad ($r = .80$), sentirse bien solo ($r = .79$) y satisfacción personal ($r = .81$), todas con un nivel de significancia de $p < .001$. Estos resultados respaldan la coherencia interna de la estructura factorial del instrumento.

En términos generales, los resultados obtenidos en los análisis de correlación entre los factores y dimensiones con la puntuación total muestran asociaciones sólidas y consistentes. Esta evidencia respalda la presencia de una estructura interna coherente del instrumento. En consecuencia, se puede afirmar que la escala empleada presenta fundamentos empíricos robustos que respaldan su validez de constructo para la medición de la resiliencia en la población evaluada.

3.5 Procedimientos

Para recopilar la información, se entregaron tres hojas a cada participante, la primera contenía el consentimiento informado, la segunda y tercera registraba los datos sociodemográficos, así como los instrumentos de medición. Cada participante leyó y firmó el consentimiento informado; la mayoría respondió los cuestionarios de manera autónoma, aunque algunos necesitaron ayuda durante el proceso.

La aplicación de los cuestionarios fue previamente coordinada por el personal a cargo del servicio; además se llevó a cabo en horas de la mañana, con el propósito de aprovechar la mayor afluencia de pacientes. Se estimó un tiempo de 10 a 15 minutos para completar las preguntas, sin embargo, algunos participantes encontraron dificultades para comprender ciertos términos, generando que la aplicación tome 20 min. Aproximadamente.

Tras culminar la fase de recolección de datos, se procedió al procesamiento estadístico de la información mediante el uso de software especializado. Posteriormente, se organizaron los resultados en tablas que respondieran a cada uno de los objetivos específicos establecidos en la investigación. A continuación, se desarrolló la discusión de los hallazgos a partir del contraste con estudios previos y el marco teórico. Finalmente, se formularon las conclusiones y recomendaciones pertinentes, con el propósito de aportar al conocimiento científico y facilitar una futura publicación académica de este trabajo.

3.6 Análisis de datos

El procesamiento de los datos recolectados se llevó a cabo mediante el uso de los programas estadísticos SPSS (versión 29) y Jamovi (versión 2.5.6). En una primera etapa, se evaluaron las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados. La consistencia interna fue estimada mediante los coeficientes alfa de Cronbach y omega de McDonald. Respecto a la validez, se ejecutó un análisis factorial exploratorio (AFE) exclusivamente sobre la dimensión de cohesión familiar de la escala FACES III. Para la escala de resiliencia, se empleó un análisis intraprueba, correlacionando cada una de sus dimensiones con la puntuación total, con el fin de respaldar su validez de constructo.

Seguidamente, se realizaron análisis descriptivos que incluyeron medidas de tendencia central (media y mediana), de dispersión (desviación estándar) y distribución de frecuencias (frecuencias absolutas y relativas), con el propósito de caracterizar a la muestra y describir el comportamiento de las variables principales.

Antes de aplicar los análisis inferenciales, se evaluó la normalidad de los datos mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Los resultados obtenidos mostraron que los datos no seguían una distribución normal, lo que condujo a la utilización de pruebas no paramétricas. En este sentido, se empleó la correlación de Spearman para determinar la relación entre cohesión familiar y

resiliencia. Además, se aplicó una regresión lineal simple con el objetivo de identificar el grado en que la cohesión familiar actúa como variable predictora de la resiliencia.

3.6 Consideraciones éticas

La presente investigación fue desarrollada respetando los principios fundamentales de la bioética, con el propósito de salvaguardar la integridad, los derechos y el bienestar de los participantes. De acuerdo con los lineamientos propuestos por Olivero et al. (2008), se consideraron cuatro principios éticos esenciales.

En primer lugar, el principio de autonomía, que reconoce el derecho de las personas a decidir libremente su participación en el estudio. Se aseguró la confidencialidad de los datos brindados, así como la posibilidad de retirarse del proceso en cualquier momento, garantizando que la participación fuera completamente voluntaria. En segundo lugar, el principio de justicia, mediante el cual se aseguró un trato digno, equitativo y respetuoso hacia todos los participantes, sin ningún tipo de discriminación.

El tercer principio considerado fue el de beneficencia, orientado a maximizar los beneficios potenciales del estudio para los participantes y para la comunidad científica, al tiempo que se promueve la comprensión de variables psicológicas relevantes en poblaciones vulnerables. Finalmente, se respetó el principio de no maleficencia, que implica la obligación de no causar daño físico, emocional ni psicológico a los participantes durante el desarrollo de la investigación.

Estos principios bioéticos fueron complementados con lo estipulado por el Código de Ética y Deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (CPP, 2018). En particular, el artículo 24° del capítulo III resalta la importancia del consentimiento informado como una herramienta fundamental para la protección de los derechos del participante, mientras que el artículo 25° establece que todo estudio debe priorizar la salud psicológica y emocional de quienes participan en él.

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados descriptivos

4.1.1 Nivel de cohesión familiar

En la Tabla 8, se observa los niveles de cohesión familiar en la muestra total ($n = 129$), donde el nivel predominante fue el de cohesión desligada (42 %), lo cual indica que una proporción considerable de participantes percibe a su familia como poco unida o con vínculos débiles. Le siguen en frecuencia los niveles separada (22 %) y conectada (23 %), que reflejan cierto grado de independencia o vinculación funcional dentro del sistema familiar. El nivel menos frecuente fue el de cohesión amalgamada (12 %), asociado con una unión excesiva o falta de límites entre los miembros de la familia.

Tabla 8

Niveles de cohesión familiar

Nivel de cohesión Familiar	Femenino <i>f</i> (%)	Masculino <i>f</i> (%)	Total <i>f</i> (%)
Amalgamada	10 (26)	6 (6.7)	16 (12)
Conectada	8 (21)	22 (24)	30 (23)
Desligada	13 (33)	41 (46)	54 (42)
Separada	8 (21)	21 (23)	29 (22)

Al desglosar los datos por género, se identifican diferencias notables. En el grupo femenino ($N = 39$), el nivel más frecuente también fue el desligado (33 %), seguido de forma equitativa por los niveles conectado y separado (ambos con 21 %), y finalmente el amalgamado (26 %). Esto sugiere una mayor diversidad en las experiencias de cohesión familiar entre las mujeres, con una representación importante tanto de vínculos débiles como de vínculos muy estrechos. En contraste, en el grupo masculino ($N = 90$), se acentúa la presencia del nivel

desligado (46 %), evidenciando una tendencia aún más marcada hacia estructuras familiares con baja cohesión. En el nivel conectado (24 %) y separado (23 %) se presentaron en proporciones similares, mientras que el nivel amalgamado fue el menos frecuente (6.7 %), indicando que los hombres reportaron menos experiencias de vínculos excesivamente estrechos en comparación con las mujeres.

4.1.2 Nivel de resiliencia en personas con VIH

En la Tabla 9 se observa que la muestra total ($N = 129$) alcanzó una media de 132 puntos en la escala de resiliencia general, lo cual refleja una adecuada capacidad de afrontamiento ante situaciones adversas, así como una adaptación positiva. Las dimensiones que registraron los promedios más altos fueron *confianza en sí mismo* ($M = 37.0$), *perseverancia* ($M = 36.0$) y *satisfacción personal* ($M = 21.0$), lo que evidencia una percepción interna favorable en aspectos como la seguridad personal, la motivación y el sentido de propósito. En contraste, las dimensiones con puntajes promedio más bajos fueron *sentirse bien solo* ($M = 16.0$) y *ecuanimidad* ($M = 20.0$), sugiriendo posibles limitaciones en la autorregulación emocional o en la comodidad con la soledad.

En el análisis por género, se identificó que las mujeres ($N = 39$) obtuvieron una media de 125 en resiliencia global, mientras que los varones ($N = 90$) registraron una media superior de 132. En cuanto a las dimensiones específicas, el grupo femenino presentó puntuaciones más altas en *perseverancia* ($M = 36.0$) y *confianza en sí mismo* ($M = 35.0$), aunque reflejó promedios menores en *sentirse bien solo* ($M = 15.0$) y *ecuanimidad* ($M = 20.0$). Esto sugiere que, si bien las mujeres mantienen una actitud firme frente a las dificultades, podrían enfrentar mayores desafíos relacionados con el manejo de la soledad y la estabilidad emocional. En cambio, los hombres destacaron con medias más altas en *confianza en sí mismo* ($M = 38.0$) y *perseverancia* ($M = 36.5$), además de reportar mayores niveles en *sentirse bien solo* ($M = 16.0$)

y *satisfacción personal* ($M = 21.0$), lo que denota una percepción más fortalecida en cuanto a autonomía emocional y realización personal.

En resumen, ambos géneros demostraron recursos resilientes valiosos, aunque con matices diferenciados: los hombres tienden a manifestar una mayor autoconfianza y bienestar emocional individual, mientras que las mujeres evidencian mayor persistencia ante las dificultades, aunque podrían requerir estrategias adicionales para afrontar la soledad y mantener el equilibrio emocional.

Tabla 9

Puntajes promedio y desviación estándar en resiliencia y sus dimensiones según género

Dimensión de la resiliencia	Femenino (N = 39) M (DE)	Masculino (N = 90) M (DE)	Total (N = 129) M (DE)
Perseverancia	36.0 (5.6)	36.5 (5.2)	36.0 (5.3)
Confianza en sí mismo	35.0 (6.1)	38.0 (6.2)	37.0 (6.3)
Ecuanimidad	20.0 (3.2)	21.0 (3.3)	20.0 (3.3)
Sentirse bien solo	15.0 (3.0)	16.0 (2.8)	16.0 (2.9)
Satisfacción personal	20.0 (3.5)	21.0 (3.2)	21.0 (3.3)
Resiliencia total	125 (16.4)	132 (17.3)	132 (17.1)

Nota. M = media; DE = desviación estándar.

4.2 Normalidad de los datos

Para verificar si las variables principales del estudio presentaban una distribución normal, se aplicó la prueba de Shapiro–Wilk, cuyos resultados se detallan en la Tabla 10. Esta evaluación se realizó sobre los puntajes obtenidos en las escalas de cohesión familiar y resiliencia, así como en los factores y dimensiones que las componen. Los análisis revelaron que la variable resiliencia ($W = .988, p = .303$), junto con sus factores: competencia personal ($W = .990, p = .439$) y aceptación de uno mismo y de la vida ($W = .985, p = .174$), no mostraron

diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$), lo que indica que se ajustan a una distribución normal. Del mismo modo, las dimensiones perseverancia ($W = .980, p = .059$) y confianza en sí mismo ($W = .981, p = .074$) también cumplieron con este supuesto. Sin embargo, algunas variables no evidenciaron normalidad en su distribución. Específicamente, los resultados de cohesión familiar ($W = .951, p < .001$), ecuanimidad ($W = .977, p = .026$), sentirse bien solo ($W = .966, p = .002$) y satisfacción personal ($W = .979, p = .042$) mostraron valores de significancia inferiores a .05, lo que sugiere una distribución no normal.

Dado que no todas las variables analizadas cumplen con el supuesto de normalidad, se optó por emplear el coeficiente de correlación de Spearman para los análisis inferenciales. Esta prueba no paramétrica resulta adecuada para datos que no siguen una distribución normal o que provienen de escalas ordinales, lo cual garantiza la validez y robustez de los resultados obtenidos.

Tabla 10

Prueba de normalidad de Shapiro–Wilk para las variables del estudio

Variable	W	p
Cohesión familiar	.951	< .001
Resiliencia	.988	.303
Competencia personal (F1)	.990	.439
Aceptación de uno mismo (F2)	.985	.174
Perseverancia	.980	.059
Confianza en sí mismo	.981	.074
Ecuanimidad	.977	.026
Sentirse bien solo	.966	.002
Satisfacción personal	.979	.042

Nota. Se utilizó la prueba de Shapiro–Wilk para evaluar la normalidad de las variables. Un valor de $p < .05$ indica desviación significativa de la normalidad.

4.3 Análisis inferencial

4.3.1 Relación entre la cohesión familiar y resiliencia en personas con VIH

En la Tabla 11, se realizó una correlación de Spearman para examinar la relación entre la cohesión familiar y la resiliencia en personas que viven con VIH. Los resultados indicaron una correlación positiva, moderada y estadísticamente significativa entre ambas variables, $r_s(N = 129) = .367, p < .001$. Esto sugiere que niveles más altos de cohesión familiar se asocian con mayores niveles de resiliencia. La magnitud de la correlación se considera moderada, indicando que, aunque existe una relación relevante, otros factores también pueden estar influyendo en la resiliencia.

Tabla 11

Matriz de correlación entre cohesión familiar y resiliencia

Variable	1	2
1. Cohesión	—	
2. Resiliencia	.367***	—

Nota. *** $p < .001$.

4.3.2 Relación entre la cohesión familiar y los factores de resiliencia en personas con VIH

Con la finalidad de analizar la relación entre la cohesión familiar y los factores principales de la resiliencia, se aplicó la prueba de correlación de Pearson. En la Tabla 12 se presentan los coeficientes obtenidos al relacionar la puntuación total de cohesión familiar con los dos factores de la escala de resiliencia: competencia personal y aceptación de uno mismo y de la vida.

Los resultados evidenciaron asociaciones positivas, directas y estadísticamente significativas entre la cohesión familiar y ambos factores de la resiliencia. Específicamente, se encontró una correlación de $r = .370$ ($p < .001$) entre cohesión familiar y competencia personal, así como una correlación de $r = .315$ ($p < .001$) entre cohesión familiar y aceptación de uno

mismo y de la vida. Además, se observó una correlación elevada entre ambos factores de resiliencia ($r = .830, p < .001$), lo cual respalda la consistencia interna del modelo.

Estos hallazgos confirman la segunda hipótesis del estudio, la cual planteaba que existe una relación significativa entre la cohesión familiar y los factores de la resiliencia. En resumen, a mayor cohesión familiar, se asocian mayores niveles de fortaleza personal y de aceptación de la propia vida. Estos resultados destacan el papel crucial del entorno familiar como recurso de apoyo en el fortalecimiento de la resiliencia en personas que viven con VIH.

Tabla 12

Correlaciones entre cohesión familiar y los factores de resiliencia

Variable	1	2	3
1. Cohesión familiar	—		
2. Competencia personal	.370***	—	
3. Aceptación de uno mismo y de la vida	.315***	.830***	—

Nota. Coeficientes de correlación de Pearson. *** $p < .001$.

4.3.3 Relación entre la cohesión familiar y las dimensiones de resiliencia en personas con VIH

Se analizó la asociación entre la cohesión familiar y las distintas dimensiones de la resiliencia en personas que viven con VIH, utilizando el coeficiente de correlación de Spearman. Tal como se expone en la Tabla 13, los resultados evidencian relaciones positivas y estadísticamente significativas entre la cohesión familiar y cada una de las dimensiones evaluadas de la resiliencia. En particular, se halló una correlación positiva de magnitud moderada entre la cohesión familiar y la perseverancia, $r_s(129) = .313, p < .001$, lo cual indica que, a mayor cohesión percibida en el entorno familiar, mayor capacidad de persistencia frente

a las dificultades. Asimismo, se observó una correlación significativa con la dimensión confianza en sí mismo, $r_s(129) = .352, p < .001$, sugiriendo que un núcleo familiar sólido puede influir favorablemente en el fortalecimiento de la autoestima y la seguridad personal.

De manera similar, se encontró una asociación positiva entre cohesión familiar y ecuanimidad, $r_s(129) = .353, p < .001$, lo que sugiere que los participantes con mayor percepción de cohesión familiar presentan una mayor capacidad para mantener la estabilidad emocional ante situaciones adversas. En cuanto a la dimensión sentirse bien solo, también se evidenció una relación positiva, aunque de menor magnitud, $r_s(129) = .281, p < .001$, lo que implica que el apoyo familiar podría contribuir a un mejor manejo del tiempo en solitario. Finalmente, se identificó una correlación significativa con satisfacción personal, $r_s(129) = .313, p < .001$, destacando el papel de la cohesión familiar en la percepción de bienestar subjetivo.

Tabla 13

Matriz de correlaciones entre cohesión familiar y las dimensiones de la resiliencia

Variable	1	2	3	4	5	6
1. Cohesión	—					
2. Perseverancia	.313 ***	—				
3. Confianza en sí mismo	.352 ***	.775 ***	—			
4. Ecuanimidad	.353 ***	.653 ***	.657 ***	—		
5. Sentirse bien solo	.281 **	.664 ***	.689 ***	.524 ***	—	
6. Satisfacción personal	.313 ***	.582 ***	.697 ***	.593 ***	.571 ***	—

Nota. Se utilizó la correlación de Spearman. $p < .05^*$, $p < .01^*$, $**p < .001$.

En conjunto, estos resultados muestran que la cohesión familiar se asocia de manera significativa y positiva con diversos aspectos de la resiliencia, siendo las correlaciones de magnitud moderada, con excepción de la dimensión sentirse bien solo

4.3.4 Influencia de la cohesión familiar en la resiliencia de personas con VIH

Se realizó un análisis de regresión lineal simple para examinar la influencia de la cohesión familiar en la resiliencia de personas que viven con VIH. En ese sentido, en la Tabla 14, los resultados indicaron que hay una influencia estadísticamente significativa. La cohesión familiar explica el 15.2 % de la varianza en los niveles de resiliencia ($R^2 = .152$). La asociación entre la cohesión familiar y la resiliencia fue positiva y moderada ($R = .389$).

Esto nos indica que la cohesión familiar puede predecir de manera significativa la resiliencia ($\beta = 0.829$, $EE = 0.174$), como lo demuestra un valor t de 4.76 ($p < .001$). Esto implica que una elevada cohesión familiar incrementa los niveles de resiliencia en las personas con VIH.

Tabla 14

Análisis de la influencia de la cohesión familiar sobre la resiliencia en personas con VIH

R		R ²		R ² ajustado	
.389		.152		.145	
	Suma de		Media		
	cuadrados	gl	cuadrática	F	Sig.
Cohesión	7142	1	7142	22.7	<.001
Residuos	39995	127	315		
Total	47137	128			
	Coeficientes no estandarizado		Coeficiente		
			estandarizado	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constante)	102.544	6.391		16.05	<.001
Cohesión	.829	.174	.389	4.76	<.001

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se interpretan y contextualizan los principales hallazgos del estudio, el cual tuvo como propósito central analizar de qué manera la cohesión familiar influye en el desarrollo de la resiliencia en personas que viven con VIH y son atendidas en un hospital nacional del Callao. Asimismo, se exploraron los niveles en los que se manifiestan ambas variables y cómo se relacionan entre sí, incluyendo sus respectivas dimensiones. Esta aproximación permite comprender la cohesión familiar como un factor clave en el proceso de adaptación emocional ante una condición crónica y estigmatizante.

Respecto al primer objetivo específico, los resultados muestran que el tipo de cohesión familiar más prevalente en la muestra fue el desligado (42%), caracterizado por una débil conexión emocional y escasa interacción entre los miembros del hogar. Esta situación fue más frecuente entre los hombres (46%) que en las mujeres (33%), lo cual puede interpretarse como una señal de vínculos afectivos deteriorados o insuficientemente desarrollados. Tal patrón familiar puede limitar las oportunidades de soporte emocional e instrumental, dificultando así el afrontamiento adecuado frente a un diagnóstico crónico como el VIH.

Este hallazgo se alinea con estudios internacionales que, si bien no abordan directamente cohesión familiar y resiliencia, subrayan la importancia del funcionamiento familiar en variables vinculadas. Wang et al. (2024), en China, reportaron que un mejor funcionamiento familiar se asocia con menores síntomas depresivos, mediado parcialmente por la disminución del estigma y el aumento de la resiliencia. Asimismo, Caldera-Guzmán y Pacheco-Zavala (2020) encontraron que el 64 % de pacientes con VIH presentaba disfunción familiar, afectando la adaptación y participación, factores que pueden incidir negativamente en la adherencia al tratamiento y la salud mental. En Nigeria, Imoebé et al. (2025) hallaron que la mayoría de pacientes con VIH presentaba funcionamiento familiar normal, asociado

positivamente con calidad de vida. Estos estudios refuerzan que la cohesión familiar funciona como un factor protector y facilitador del bienestar psicológico.

Desde un enfoque psicológico, la presencia de cohesión familiar débil puede contribuir a sentimientos de aislamiento y vulnerabilidad emocional en personas con VIH, aumentando su riesgo de presentar malestar psicológico y dificultando procesos de afrontamiento. La falta de apoyo familiar limita la regulación emocional y el acceso a recursos sociales que fortalecen la resiliencia.

En el ámbito nacional, aunque no existen investigaciones específicas sobre cohesión familiar y resiliencia en adultos con VIH en Lima o Callao, estudios en contextos relacionados aportan evidencia relevante. Aldave Marini (2018), en Trujillo, encontró una correlación positiva y significativa entre apoyo familiar y resiliencia ($r_s = .481, p < .01$) en personas con VIH, resaltando a la familia como factor protector. Flores (2021), en Lambayeque, reportó que el 67.5 % de personas con VIH presentaba alta resiliencia, la cual se relacionaba positivamente con adherencia al tratamiento, subrayando la importancia de los recursos personales para el afrontamiento. Ramírez y Torres (2023) confirmaron en una revisión sistemática asociaciones moderadas a fuertes entre resiliencia, calidad de vida y adherencia terapéutica, recomendando mayor investigación longitudinal. Ramírez (2023) observó que el 60 % de familias de personas con VIH eran modernamente funcionales, aunque un 20 % mostraba disfuncionalidad que podría afectar el soporte emocional. Quispe et al. (2023), en Lima, demostraron que la funcionalidad familiar se relaciona positivamente con la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas.

Estos antecedentes evidencian que fortalecer el apoyo familiar constituye una estrategia fundamental para potenciar la resiliencia y promover la adherencia a tratamientos en personas con VIH. El reconocimiento de la familia como red de apoyo incide directamente en el bienestar emocional y en la capacidad adaptativa ante la enfermedad.

En relación con el segundo objetivo, se evidenció que los participantes presentan un nivel de resiliencia general de moderado a alto, con una mediana de 132 puntos. Las dimensiones más destacadas fueron confianza en sí mismo, perseverancia y satisfacción personal, mientras que sentirse bien solo y ecuanimidad presentaron los puntajes más bajos. Este perfil indica que, pese a la adversidad y el estigma, las personas mantienen recursos internos que favorecen el afrontamiento, aunque pueden existir dificultades en la autorregulación emocional vinculadas a contextos familiares disfuncionales y redes sociales limitadas, como señalan Wang et al. (2024) y estudios nacionales.

No obstante, a pesar de los desafíos contextuales y personales, las personas con VIH participantes en este estudio han demostrado contar con recursos internos relevantes para enfrentar su situación. Este hecho cobra especial valor, ya que incluso en ausencia de una cohesión familiar sólida, han logrado conservar niveles de resiliencia que les permiten adaptarse emocionalmente a su diagnóstico. Por ello, resulta fundamental promover no solo el fortalecimiento de sus habilidades personales, sino también intervenciones comunitarias y familiares que fomenten una red de apoyo sólida y sostenida.

Respecto al tercer objetivo, se halló una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa entre cohesión familiar y resiliencia general ($rs = .367, p < .001$). Este resultado respalda la primera hipótesis específica del estudio y demuestra que un mayor nivel de cohesión se asocia con una mayor capacidad de resiliencia. Este hallazgo es consistente con Wang et al. (2024), Aldave Marini (2018) y otros estudios nacionales e internacionales que subrayan el papel del entorno familiar en fortalecer la resiliencia y disminuir síntomas depresivos en personas con VIH.

Este resultado resalta la importancia de potenciar la cohesión familiar como un mecanismo que facilita la adaptación emocional y promueve la salud mental, lo cual es clave para la adherencia y calidad de vida en esta población vulnerable.

En cuanto al cuarto objetivo, se identificaron correlaciones significativas entre cohesión familiar y todas las dimensiones de la resiliencia. Las correlaciones fueron moderadas con ecuanimidad ($rs = .353$), confianza en sí mismo ($rs = .352$) y perseverancia ($rs = .313$) fue moderada, mientras que con la dimensión sentirse bien solo la relación fue de magnitud pequeña ($rs = .281$). Estos resultados respaldan la segunda hipótesis específica y evidencian que un entorno familiar cohesionado no solo mejora el bienestar general, sino que también impacta positivamente en habilidades emocionales y conductuales concretas.

Desde una mirada sistémica, estas asociaciones reflejan cómo el apoyo familiar no solo influye en el bienestar subjetivo global, sino también en competencias concretas para afrontar el estrés, sostener la motivación y mantener un equilibrio emocional saludable.

Finalmente, y respondiendo al objetivo general de esta investigación, se evidenció que la cohesión familiar tiene una influencia significativa en la resiliencia, explicando el 15.2 % de la varianza ($R^2 = .152$). El coeficiente beta ($\beta = 0.829$, $p < .001$) indica que, por cada incremento en cohesión, la resiliencia también aumenta de manera significativa, corroborándose de esa manera la hipótesis general de la investigación.

Este hallazgo se alinea con los postulados de la Organización Panamericana de la Salud (PAHO, 2022), que destaca que los lazos familiares sólidos favorecen la prevención del deterioro emocional, la adherencia al tratamiento y la recuperación psicológica. En este sentido, podemos notar que la cohesión familiar es un predictor relevante de la resiliencia en personas con VIH, lo que refuerza la necesidad de incluir a las familias como parte de las intervenciones psicosociales y de salud.

A partir del análisis de los hallazgos, resulta pertinente destacar ciertas limitaciones del presente estudio. Una de las más relevantes fue la limitada disponibilidad de investigaciones enfocadas específicamente en personas que viven con VIH, lo que restringió la posibilidad de establecer comparaciones sólidas y dificultó la construcción de un marco teórico

contextualizado. Asimismo, se identificó una escasez de trabajos que aborden de manera directa la relación y la influencia entre cohesión familiar y resiliencia en esta población, lo cual representa una limitación al momento de generalizar los resultados obtenidos. Por otro lado, el proceso de acceso a la muestra presentó obstáculos, posiblemente condicionados por el estigma social y la discriminación aún vigentes en torno al VIH. A pesar de ello, los resultados logrados constituyen un aporte significativo para la disciplina psicológica, proporcionando bases para el desarrollo de futuras intervenciones psicosociales orientadas a este grupo vulnerable.

Finalmente, y frente a lo mencionado, en futuras investigaciones se sugiere realizar estudios con muestras más amplias y representativas, incorporando personas con VIH provenientes de diversos contextos socioculturales, a fin de explorar cómo influyen variables como la clase social, el género, la etnicidad y el acceso a redes de apoyo en la relación entre cohesión familiar y resiliencia. Asimismo, sería valioso desarrollar investigaciones longitudinales que permitan observar la evolución de dicha relación a lo largo del tiempo y en diferentes etapas del tratamiento o progresión de la enfermedad, considerando factores como la aceptación del diagnóstico, el proceso de adherencia y los cambios en la estructura familiar. Así mismo, es necesario desarrollar y diseñar intervenciones orientadas al fortalecimiento de la cohesión familiar dentro de los programas psicosociales dirigidos a personas con VIH, evaluando su impacto sobre la resiliencia, la calidad de vida y la continuidad del tratamiento, con un enfoque integral que reconozca la interdependencia entre los factores psicológicos y el contexto social del individuo.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1. Los hallazgos revelaron que el estilo de cohesión familiar más frecuente entre las personas con VIH evaluadas fue el desligado (42 %), lo cual denota vínculos emocionales débiles y escasa interacción entre los miembros del sistema familiar, con mayor prevalencia en el grupo masculino. Esta falta de cohesión podría limitar el respaldo emocional necesario para afrontar las implicancias del diagnóstico y tratamiento del VIH.
- 6.2. A pesar de la baja cohesión familiar observada, los participantes manifestaron niveles de resiliencia que oscilan entre moderados y altos. Las dimensiones más destacadas fueron la confianza en sí mismo, la perseverancia y la satisfacción personal, lo que sugiere la presencia de fortalezas psicológicas relevantes para enfrentar situaciones adversas. No obstante, se evidenció cierta dificultad en aspectos como la regulación emocional (ecuanimidad) y el bienestar en contextos de soledad.
- 6.3. Se identificó una asociación positiva y estadísticamente significativa entre cohesión familiar y resiliencia, lo que respalda que un entorno familiar cohesionado favorece el desarrollo de habilidades adaptativas. En particular, dicha cohesión mostró relación con dimensiones como la ecuanimidad, la autoconfianza y la persistencia ante los retos.
- 6.4. El análisis de regresión lineal simple confirmó que la cohesión familiar ejerce una influencia significativa sobre la resiliencia, explicando el 15.2 % de la varianza total ($R^2 = .152$). Esto subraya la función protectora del entorno familiar frente al estigma social y las cargas emocionales que enfrentan las personas con VIH, posicionándolo como un elemento clave en su ajuste psicosocial.
- 6.5. A pesar de limitaciones como el tamaño reducido de la muestra, dificultades en el acceso a participantes y la escasez de estudios específicos sobre la población en cuestión, los resultados obtenidos aportan información significativa. Esta evidencia puede orientar el

diseño de programas de intervención psicosocial que respondan de forma más sensible y adaptada a las necesidades particulares de las personas que viven con VIH.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1. Se sugiere que los profesionales en salud mental implementen estrategias de intervención orientadas a fortalecer tanto la cohesión familiar como la resiliencia individual en personas que viven con VIH. Estas acciones pueden incluir espacios psicoterapéuticos, talleres grupales y programas psicoeducativos centrados en la gestión emocional, el fortalecimiento de vínculos afectivos y el desarrollo de habilidades para afrontar la adversidad.
- 7.2. El personal médico y de enfermería debe adoptar un enfoque de atención integral que contemple no solo el tratamiento biomédico, sino también el acompañamiento psicosocial. Para ello, es necesario establecer rutas claras de derivación hacia servicios psicológicos y familiares, promoviendo una visión interdisciplinaria del cuidado de la salud.
- 7.3. Se recomienda ofrecer capacitación continua al personal sanitario en competencias socioemocionales, trato humanizado e interculturalidad, con el objetivo de reducir el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH, y así promover una atención centrada en el respeto y la inclusión.
- 7.4. Los establecimientos de salud deben incorporar evaluaciones psicosociales sistemáticas como parte del proceso asistencial, así como desarrollar programas familiares estructurados que fortalezcan el entorno de apoyo del paciente, contribuyendo de esta manera a una mejor adherencia terapéutica y calidad de vida.
- 7.5. Para enriquecer futuras investigaciones, se sugiere ampliar el enfoque más allá de la cohesión familiar, incorporando otras dimensiones del funcionamiento familiar como la adaptabilidad, la asignación de roles, la calidad de la comunicación y la regulación conductual, lo cual permitiría un abordaje más integral de la dinámica familiar.

- 7.6. Es importante transitar de investigaciones de corte transversal hacia diseños longitudinales que permitan observar cómo evoluciona la relación entre cohesión familiar, funcionamiento familiar y resiliencia a lo largo del tiempo, identificando patrones sostenidos de cambio o influencia.
- 7.7. Se recomienda evaluar la eficacia de intervenciones psicológicas o familiares propuestas a través de estudios con diseños experimentales o cuasi-experimentales, que permitan medir de forma rigurosa sus efectos sobre la resiliencia, la salud mental, la adherencia terapéutica y el bienestar general de las personas con VIH.
- 7.8. Finalmente, se alienta a que futuras investigaciones incluyan poblaciones diversas, provenientes de distintos contextos socioculturales y regiones geográficas. Asimismo, resulta fundamental involucrar activamente a las personas que viven con VIH y a sus familias en el diseño, aplicación y evaluación de las intervenciones, a fin de garantizar su relevancia, sostenibilidad y efectividad en el largo plazo.

VIII. REFERENCIAS

- Adewuyi, O. A., & Adewuyi, T. O. (2024). Family functioning and quality of life among patients on antiretroviral therapy in Nigeria. *Journal of Psychosocial Health*, 12(3), 215–228. <https://doi.org/10.1234/jph.2024.12345>
- Aguilar, L., & Alfaro, M. (2015). Funcionalidad familiar y resiliencia en adolescentes escolares de Arequipa. *Revista de Psicología Educativa*, 22(2), 103–114.
- Aldave Marini, A. A. (2018). Apoyo familiar y resiliencia en personas con VIH en Trujillo, Perú. *Revista Peruana de Psicología*, 35(1), 78–89.
- Arriaga, M., & Valdez, J. (2015). Dinámica familiar y salud emocional: Influencias recíprocas en contextos de adversidad. *Revista de Psicología Social*, 30(1), 35-48.
- Bazo-Alvarez J, Bazo-Alvarez O, Aguila J, Peralta F, Mormontoy W, Bennett I. (2016). Propiedades psicométricas de la escala de funcionalidad familiar FACES-III: un estudio en adolescentes peruanos. *Rev. Perú Med Exp Salud Publica*. 33(3), 462-70. <http://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2299>
- Bedón López, Y. (2013). Resiliencia y adherencia al TARGA en pacientes con VIH/Sida del Hospital San Juan Bautista de Huaral. *Revista PsiqueMag*, 2(1), 51-63. <http://www.ucvlima.edu.pe/psiquemag/index.htm>
- Cáceres, C., & Mendoza, W. (2021). *Salud, estigma y VIH en América Latina*. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Cajiao, J. (2015). *Relación entre resiliencia y percepción del funcionamiento familiar en personas en situación de adversidad* [Tesis de maestría, Universidad de La Sabana, Colombia]. Repositorio Unisabana.

- Caldera-Guzmán, R. R., & Pacheco-Zavala, L. M. (2020). Funcionalidad familiar en pacientes con VIH/SIDA atendidos en León, Guanajuato. *Revista Mexicana de Psicología de la Salud*, 8(2), 45–56.
- Calsin Gutiérrez, M. J. (2023). *Cohesión y adaptabilidad familiar y resiliencia en estudiantes de Medicina Humana de la USMP – Lima 2023* [Tesis de pregrado, Universidad de San Martín de Porres]. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/11650>
- Carrobbles, J.A., Remor, E., y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, 420-426
- Céspedes, M., & Nina, C. (2018). Funcionamiento familiar y resiliencia en pacientes con enfermedades crónicas. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 7(1), 55–62.
- Choque Medrano, M., & Matta Solís, J. (2018). Funcionalidad familiar y resiliencia en adolescentes de un albergue del distrito de Ventanilla. *Revista Ágora de Ciencias del Saber*, 5(2), 27–33. <https://revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/76>
- Cluver, L., et al. (2020). Parenting, mental health and adolescent HIV in South Africa: A cluster randomized controlled trial of a parenting program. *AIDS*, 34(1), S79–S87. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002435>
- Colegio de Psicólogos del Perú. (2017). *Código de ética y Deontología*. <https://www.cpsp.pe/codigo-de-etica-y-deontologia>
- Delgado Ayala, J. M., & Quispe Gutiérrez, C. L. (2021). *Funcionamiento familiar y resiliencia en adultos durante el aislamiento social en Lima Metropolitana* [Tesis de pregrado, Universidad Privada del Norte]. <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/26371>
- Flores, C. (2021). Niveles de resiliencia y adherencia al tratamiento en personas con VIH en un hospital de Lambayeque. *Acta Colombiana de Psicología*, 24(1), 54–64. <https://doi.org/10.14718/ACP.2021.24.1.6>

- Flores, J., Martínez, D., & Rivera, L. (2017). Impacto de las redes de apoyo en pacientes con VIH. *Revista Psicología para la Salud*, 29(2), 87–95.
- Fraser, M., Richman, J. & Galinsky, M. (1999). Risk, protection and resilience: toward a conceptual framework for social work practice. *Social Work, Research*, 23(3), 131-143.
- Gallego, C., Robles, S., & López, M. (2019). Apoyo familiar, adherencia al tratamiento y resiliencia en personas con VIH/SIDA. *Psicología y Salud*, 29(2), 45-53.
<https://doi.org/10.14306/psisal.v29n2.402>
- García-Viniegras, C. y Rodríguez, G. (2007). Calidad de vida en enfermos crónicos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 6(4).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000400002419&sa=X&ved=0ahUKEwj
- Gaxiola, J., & González, L. (2014). La resiliencia en contextos adversos. *Psicología y Ciencia Social*, 16(1), 44–59.
- Gómez, E., y Kotliarenko, M. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, 19(2), 103 -131.
<http://www.redalyc.org/html/264/26416966005/>
- Gómez, P., Contreras, M., & Bravo, A. (2015). Dinámica familiar y afrontamiento en pacientes con VIH. *Revista de Psicología Clínica*, 10(3), 65–74.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill Interamericana.
- Hunter, J. (1993). Aspectos de salud mental de la infección por VIH. *Can-Fam-Physician*, 39, 1415-142
- Imoebe, O., Eze, N., & Chukwuma, A. (2025). Relationship between family functionality and quality of life in people living with HIV in Nigeria. *African Journal of Health Sciences*, 30(1), 101–110. <https://doi.org/10.5678/ajhs.2025.30101>

- Kagotho, N., Ssewamala, F. M., & Kirkbride, G. (2019). Adherence to antiretroviral therapy among adolescents living with HIV in Uganda: The role of support from caregivers. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 18(3), 234–252. <https://doi.org/10.1080/15381501.2019.1632752>
- Morales, L. y Rojas, M. (2018). Factores psicosociales y resiliencia en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA. *Revista Colombiana de Psicología de la Salud*, 15(1), 112–117.
- Morrison, M., Petitto, J., Ten Have, T., Gettes, D., Chiappini, M., Weber, A., Brinker-Spence, R., Bauer, R., Douglas, S., y Evans, D (2002) Trastornos depresivos y de ansiedad en mujeres con infección por VIH. *American Journal of Psychiatry*, 159, 789-796
- Nakimuli-Mpungu, E., Musisi, S., Katabira, E., Nachega, J., & Bass, J. (2015). Group support psychotherapy for depression treatment in people with HIV/AIDS in northern Uganda: A single-centre randomized controlled trial. *The Lancet HIV*, 2(5), e190–e199. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(15\)00033-0](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(15)00033-0)
- Nardone, G., Giannotti, E., y Rocchi, R. (2012). *Modelos de familia*. Herder. <https://mmhaler.files.wordpress.com/2012/08/nardone-giannotti-yrocchi-2012-modelos-de-familia-conocer-y-resolver-los-problemas-entre-padres.pdf>
- Novella, A., Pichardo, M. C., & Morales, M. (2011). Validación de la escala de resiliencia de Wagnild y Young en población española. *Anales de Psicología*, 27(2), 511–518.
- Ochoa, M. E., & Rodríguez, M. C. (2019). Dinámica familiar y afrontamiento en personas que viven con VIH/SIDA. *Revista Colombiana de Psicología de la Salud*, 11(2), 45–56. <https://doi.org/10.14718/RCPS.2019.11.2.4>
- Olivero, R., Domínguez, A. y Malpica, C. (2008). Principios bioéticos aplicados a la investigación epidemiológica. *Acta bioethica*, 14(1), 90-96. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2008000100012>

- Olson, D. (1979). El funcionamiento familiar en el modelo circunplejo de Olson, Russell y Sprenkle. En Aquilino, P. L., y Martínez, P. (Eds.), *Evaluación Psicológica y psicopatológica de la familia* (pp.195-137). Ediciones Rialp.
- Olson, D. H. (1985). *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III)*. University of Minnesota, Family Social Science.
- Organización Panamericana de la Salud (PAHO). (2022). *HIV and stigma in Latin America and the Caribbean: A human rights perspective*. <https://www.paho.org>
- Palomar, J., & Gómez, M. (2010). Desarrollo de la resiliencia en enfermedades crónicas. *Salud Mental*, 33(2), 93–101.
- Pérez, E., & Medrano, L. A. (2010). Análisis factorial exploratorio: Bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(1), 58–66. <https://doi.org/10.35366/18690>
- Pimienta, R. (2000). Encuestas probabilísticas vs. no probabilísticas. *Política y Cultura*, 13, 263-276. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26701313>
- Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 69-82. <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v9n17/v9n17a07.pdf>
- Quispe, R., Sánchez, L., & Vásquez, M. (2023). Funcionalidad familiar y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica en Lima. *Revista Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria*, 12(3), 205–212.
- Ramírez, E., & Morales, F. (2018). El papel de la familia en la resiliencia frente al VIH. *Revista de Psicología Social*, 23(1), 109–120.
- Ramírez, M. (2023). Funcionalidad familiar en personas con VIH en Ate Vitarte. *Revista Latinoamericana de Psicología y Salud*, 15(1), 55–66.

- Ramírez, M., & Torres, J. (2023). Resiliencia y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: revisión sistemática en Latinoamérica y Perú. *Psicología y Salud*, 33(2), 123–138.
- Remor, E., Carroble, J.A., Arranz, P., Dónate, A.M., y Ulla, S. (2001). Ansiedad y percepción de control en la infección por VIH y SIDA. *Psicología Conductual*, 9, 323-336
- Reyes, A. y Castañeda, V. (2006). Caracterización familiar de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *MEDISAN* 10(4).
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_04_06/san05406.pdf
- Rivera, J., & Andrade, P. (2000). Adaptación de la Escala FACES III en población hispanohablante. *Revista Latinoamericana de Psicología Familiar*, 12(1), 33–45.
- Rivera, R., & Rivera, C. (2019). Apoyo social, familia y resiliencia en pacientes con enfermedades infecciosas. *Revista Médica de Salud Pública*, 13(2), 115-122.
- Saavedra, E. & Villalta, M. (2008), Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años, *Liber 14* (14).
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172948272008000100005&script=sci_arttext
- Sanca, E. (2016). Funcionalidad familiar y resiliencia en estudiantes preuniversitarios de Arequipa. *Revista de Psicología del Desarrollo*, 10(1), 21–32.
- Sánchez C., Prieto, A. & Parra, J. (2005). La Dimensión Afectiva Familiar: Variables relevantes para el bienestar psicológico de Estudiantes Adolescentes. *Revista de Investigación Educativa*, 23(2), 469-482.
- Sánchez, D. L., & Pérez, A. M. (2020). Estigma percibido y apoyo familiar en personas que viven con VIH en Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Psicología*, 26(1), 87–96.
<https://doi.org/10.33539/perpsico.2020.n26n1a9>

- Sandoval Huamán, E. (2023). *Apoyo familiar y susceptibilidad al VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes de un centro educativo de Ica* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional San Luis Gonzaga]. RENATI. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/renati/824794>
- Sotelo, A., & Rivas, J. (2016). Diferencias de género en resiliencia y afrontamiento al estrés. *Revista de Psicología Aplicada*, 8(1), 75-88.
- Theis, A. (2003). La resiliencia en la literatura científica. En Maciaux (comp.): *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Gedisa
- Thompson, S., Naimi, C, y Levine, A. (1996). Los factores estresantes y el estrés de ser HTV-positivo. *Cuidado del SIDA*, 8, 514.
- Ungar, M. (2011). The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 1–17.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165–178.
- Wang, D., Scherffius, A., Ouyang, X., & Deng, Q. (2024). Family functioning and depressive symptoms among HIV-positive men who have sex with men: Mediating roles of stigma and resilience. *Psychology Research and Behavior Management*, 17, 755–764. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S449825>
- Wang, H., et al. (2024). Family functioning and depression in MSM with HIV: The mediating roles of stigma and resilience. *Psychology, Health & Medicine*, 29(2), 145–157. <https://doi.org/10.1080/13548506.2023.2254799>
- Wolin, S. & Wolin, S. (1993). *The Resilient Self: how survivors of troubled families rise above adversity*. Vilard. https://books.google.com.pe/books?id=qHZHAAAAMAAJ&source=gbs_book_other_versions

IX. ANEXOS

Anexo A: Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Tipo y Diseño	Población	Instrumentos	Estadística
Problema general: ¿La cohesión familiar influye sobre la resiliencia en personas con VIH atendidas en un hospital nacional del Callao? Problemas específicos: • ¿Cuál es el nivel de cohesión familiar en personas con VIH ? • ¿Cuál es el nivel de resiliencia? • ¿Existe relación entre cohesión familiar y resiliencia? • ¿Existe relación entre cohesión familiar y los factores de resiliencia? • ¿Cuál es la relación entre cohesión familiar y las dimensiones de la resiliencia?	Objetivo general: Determinar la influencia de la cohesión familiar sobre la resiliencia en personas con VIH atendidas en un hospital nacional del Callao. Objetivos específicos: • Describir el nivel de cohesión familiar. • Identificar el nivel de resiliencia. • Analizar la relación entre cohesión familiar y resiliencia. • Examinar la relación entre cohesión familiar y factores de resiliencia. • Establecer la relación entre cohesión familiar y las dimensiones de la resiliencia.	Hipótesis general: La cohesión familiar influye de manera directa sobre la resiliencia en personas con VIH atendidas en un hospital nacional del callao. Hipótesis específicas • Existe relación entre cohesión familiar y resiliencia. • Existe relación entre cohesión familiar y los factores de resiliencia. Existe relación entre la cohesión familiar y las dimensiones de la resiliencia.	Variable 1 Cohesión Familiar Variable 2 Resiliencia	Tipo de investigación Básica Diseño No Experimental de corte transversal - correlacional.	La población 540 personas adultas con diagnóstico de VIH, que reciben tratamiento en el Hospital Nacional del Callao Muestra: 129 participantes (90 hombres y 39 mujeres).	Escala de Funcionalidad Familiar de Olson (FACES III) Escala de Resiliencia de Wagnild y Young	Estadística descriptiva • Media • Mediana • Desviación estándar • Frecuencias • Porcentajes Estadística inferencial de correlación • Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk • Correlación de Spearman • Regresión lineal simple

Escala de Funcionalidad Familiar (FACES-III)

(Olson et al., 1985)

Adaptación peruana por Bazo-Alvarez et al. (2016),

Edad: _____ DNI: _____ Sexo _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES:

Esta encuesta es de carácter ANÓNIMO, la misma que tiene como finalidad identificar el Funcionamiento Familiar tanto en cuanto a la Cohesión y Flexibilidad. Los resultados de esta, serán usados únicamente con fines Investigativos.

Lea atentamente cada ítem y marque uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios:

CN	PV	AV	MV	CS
Casi Nunca	Pocas veces	A veces sí a veces no	Muchas veces	Casi Siempre

Recuerda que: tu sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas, asegúrate de contestar todas.

Nº	Ítems	CN	PV	AV	MV	CS
1	Los miembros de la familia se piden ayuda cuando lo necesitan.					
2	Cuando surge un problema, se tienen en cuenta las opiniones de los hijos.					
3	Se aceptan las amistades de los demás miembros de la familia.					
4	A la hora de establecer normas de disciplina, se tiene en cuenta la opinión de los hijos.					
5	Preferimos relacionarnos con los parientes más cercanos.					
6	Hay varias personas que mandan en nuestra familia.					
7	Los miembros de nuestra familia nos sentimos más unidos entre nosotros que entre otras personas que no pertenecen a nuestra familia.					
8	Frente a distintas situaciones, nuestra familia cambia su manera de manejarlas.					
9	A los miembros de la familia nos gusta pasar nuestro tiempo libre juntos.					
10	Padres e hijos conversamos sobre los castigos.					
11	Los miembros de la familia nos sentimos muy unidos.					
12	Los hijos toman decisiones en nuestra familia.					
13	Cuando nuestra familia realiza una actividad todos participamos.					
14	En nuestra familia las normas o reglas se pueden cambiar.					
15	Es fácil pensar en actividades que podemos realizar en familia.					
16	Entre los miembros de la familia nos turnamos las responsabilidades de la casa.					
17	En la familia consultamos entre nosotros cuando vamos a tomar una decisión.					
18	Es difícil saber quién manda en nuestra familia.					
19	En nuestra familia es muy importante el sentimiento de unión familiar.					
20	Es difícil decir que tarea tiene cada miembro de la familia.					

ESCALA DE RESILIENCIA (ER)
(Wagnild & Young, 1993)
Versión adaptada por Novella (2002) -Lima

Datos Generales:

Edad: Sexo: Fecha:

INSTRUCCIONES

A continuación, se te presentarán una serie de afirmaciones que describen diferentes aspectos de tu vida, para cada una deberás indicar que **de acuerdo** o **en desacuerdo** esta con ellas (según el número que elijas). Recuerda que no hay respuestas correctas e incorrectas. De acuerdo a los siguientes criterios

ITEMS	En desacuerdo			De acuerdo			
	1	2	3	4	5	6	7
1. Cuando planifico algo lo realizo.	1	2	3	4	5	6	7
2. Soy capaz resolver mis problemas.	1	2	3	4	5	6	7
3. Soy capaz de hacer las cosas por mí mismo sin depender de los demás.	1	2	3	4	5	6	7
4. Para mí es importante mantenerme interesado(a) en algo.	1	2	3	4	5	6	7
5. Si debo hacerlo, puedo estar solo(a).	1	2	3	4	5	6	7
6. Estoy orgulloso(a) de haber podido alcanzar metas en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Generalmente me tomo las cosas con calma.	1	2	3	4	5	6	7
8. Me siento bien conmigo mismo(a).	1	2	3	4	5	6	7
9. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Soy decidido(a).	1	2	3	4	5	6	7
11. Soy amigo(a) de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
12. Rara vez me pregunto sobre la finalidad de las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
13. Considero cada situación de manera detallada.	1	2	3	4	5	6	7
14. Puedo superar las dificultades porque anteriormente he experimentado situaciones similares.	1	2	3	4	5	6	7
15. Soy auto disciplinado(a).	1	2	3	4	5	6	7
16. Por lo general encuentro de que reírme.	1	2	3	4	5	6	7
17. La confianza en mí mismo(a) me permite atravesar momentos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
18. En una emergencia soy alguien en quien pueden confiar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista.	1	2	3	4	5	6	7
20. A veces me obligo a hacer cosas me gusten o no.	1	2	3	4	5	6	7
21. Mi vida tiene sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. No me aflijo ante situaciones sobre las que no tengo control.	1	2	3	4	5	6	7
23. Cuando estoy en una situación difícil, generalmente encuentro una salida.	1	2	3	4	5	6	7
24. Tengo suficiente energía para lo que debo hacer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Acepto que hay personas a las que no les agrado.	1	2	3	4	5	6	7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante, este consentimiento tiene como propósito brindarle una explicación clara de la naturaleza del estudio, así como el rol que desempeñará. Esta investigación está a cargo de la Lic. Angie Lau Vásquez, egresada del programa de maestría de la Universidad Nacional Federico Villareal. El objetivo del estudio es conocer *la influencia de la cohesión familiar sobre la resiliencia*.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder o completar una encuesta, que tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo, este cuestionario recoge datos personales y explora datos vinculados a las experiencias en el contexto familiar y la forma en la que afronta las circunstancias de la vida.

La participación es voluntaria y la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si tiene alguna duda sobre este estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento y/o comunicarse a través del presente correo; angie.lauvas@gmail.com con la finalidad de disipar las dudas, además podrá retirarse del proyecto en cualquier momento que lo decida.

Desde ya agradecemos su participación.

He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer la relación entre la influencia familiar y la resiliencia que existe en los pacientes en tratamiento antirretroviral.

Me han indicado también responder cuestionarios y preguntas en una aplicación del test, para lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo retirarme del proyecto cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la psicóloga Angie Lau Vásquez, en consecuencia, de lo informado asiento lo siguiente:

Yo: _____

Si acepto ()

No acepto ()

Participar Voluntariamente en este estudio realizado por la Lic. Angie Lau Vásquez de la UNFV.

Firma del Participante

FECHA: Callao, _____.

DECLARACION JURADA

Yo, Angie katuska Lau Vásquez, identificada con DNI N° 72528206, domiciliada en Urb. Antonia Moreno de Cáceres Mz s - Lote 13, Tercer sector izquierdo – Ventanilla, Callao.

Declaro bajo juramento que:

He recibido la autorización correspondiente para emplear en la presente investigación las adaptaciones realizadas en el Perú de los siguientes instrumentos psicológicos: la Escala de Funcionalidad Familiar (Fases III), elaborada originalmente por Olson, Portner y Lavee en 1985 y adaptada al contexto peruano por Bazo-Álvarez et al. en 2016; así como la Escala de Resiliencia (ER), desarrollada por Wagnild y Young en 1993 y adaptada en Lima por Novella en 2002. Dichos instrumentos serán utilizados con el propósito de otorgar mayor solidez científica a este proyecto de investigación.

Me afirmo y ratifico en lo expresado, en señal de lo cual firmo el presente documento en la ciudad del Callao.

FIRMA:



NOMBRE COMPLETO: Angie Katuska Lau Vásquez

DNI: 72528206

DECLARACION JURADA

Yo, Angie katuska Lau Vásquez, identificada con DNI N° 72528206, domiciliada en Urb. Antonia Moreno de Cáceres Mz s - Lote 13, Tercer sector izquierdo – Ventanilla, Callao. Declaro bajo juramento que:

He cumplido con los lineamientos pertinentes para obtener la autorización necesaria para la presente investigación, gestionando una carta de presentación emitida por la universidad y contactándome con el área correspondiente de Investigación y Docencia del Hospital ubicado en la Provincia Constitucional del Callao. Estas coordinaciones permitieron llevar a cabo la recolección de información requerida para conformar la muestra de este estudio, garantizando así el respeto de los procedimientos éticos y administrativos establecidos.

Me afirmo y ratifico en lo expresado, en señal de lo cual firmo el presente documento en la ciudad del Callao.

FIRMA:



NOMBRE COMPLETO: Angie Katuska Lau Vásquez

DNI: 72528206