

APROBACIÓN DE LA TESIS

La Asesora y los miembros del Jurado Evaluador asignados, **APRUEBAN** la tesis desarrollada por la Bachiller **Greta Soraya Aldave Marini**, denominada:

**“RESILIENCIA Y APOYO SOCIAL FAMILIAR Y DE AMIGOS EN PACIENTES
CON INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN UN
HOSPITAL DE TRUJILLO”**

Mg. Lorena Frias Saavedra
ASESOR

Cesar Vásquez Olcese
JURADO
PRESIDENTE

Yrina Roldán Lopes
JURADO

Karla Azabache
JURADO

DEDICATORIA

*Dedico esta tesis, en primer lugar, a **Dios** ya que sin él nada sería posible; sé que siempre está escuchando mis oraciones y esto no es más que comenzar una etapa nueva en mi vida, y haber llegado hasta donde estoy ahora es un gran logro.*

*De manera muy especial agradezco a mis **padres y hermano** que siempre me han apoyado en todo, sé de su esfuerzo y su dedicación día a día, tengo la mejor familia y los amo infinitamente.*

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a mi familia por estar junto a mí siempre, acompañándome y apoyándome en cada paso que doy, estoy feliz de haber llegado hasta aquí y sé que nada ha terminado porque en definitiva esto recién comienza.

Asimismo, le doy gracias a mis maestros por sus enseñanzas, más allá de lo académico sus consejos fueron importantes y lo son aún, siempre me llevaré un gran recuerdo de ellos.

Finalmente, a mi lucha de ser constante, perseverante, y trazarme metas desde ya, el querer ser amante de muchas cosas me ha ayudado a dirigirme hasta donde estoy y empezar una nueva etapa me ayudará a lograr mis futuros objetivos.

ÍNDICE DE CONTENIDO

APROBACIÓN DE LA TESIS.....	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vii
ABSTRACT.....	viii
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	17
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.....	43
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	58
CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN.....	61
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES.....	67
REFERENCIAS.....	68
ANEXO N° 01.....	77
ANEXO N° 02.....	81
ANEXO N° 05.....	83
ANEXO N° 03.....	84
ANEXO N° 04.....	87
ANEXO N° 06.....	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Características demográficas de los participantes (n=130)</i>	47
Tabla 2. <i>Correlación entre Resiliencia y Apoyo Social y sus dimensiones en pacientes con VIH en la ciudad de Trujillo</i>	58
Tabla 3. <i>Análisis descriptivo de la resiliencia</i>	60
Tabla 4. <i>Análisis descriptivo de las dimensiones del Apoyo social</i>	59
Tabla 5. <i>Índices de ajuste y medidas de pertinencia de la Escala de Resiliencia</i>	84
Tabla 6. <i>Factores y cargas factoriales de la Escala de Resiliencia</i>	85
Tabla 7. <i>Índices de ajuste y medidas de pertinencia de la Escala de Apoyo Social Percibido</i>	87
Tabla 8. <i>Factores y cargas factoriales de la Escala de Apoyo Social Percibido</i>	88
Tabla 9. <i>Análisis descriptivo y de normalidad de la resiliencia y del apoyo social</i>	89

RESUMEN

El estudio se propuso investigar la relación entre la resiliencia y el apoyo social familiar y de amigos en pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en un Hospital de Trujillo. La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico circunstancial o sin normas, y fue constituida por 130 participantes de un hospital del Ministerio de Salud con diagnóstico de VIH que acuden para una atención ambulatoria, registrados en el servicio de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), a quienes se les aplicó el Cuestionario de Resiliencia en Adultos (SV – RES) de Saavedra y Villalta (2008) y la Escala de Apoyo Social de Familia y Amigos (AFA-r) de González y Landero (2008), instrumentos que evidencian validez por constructo de manera satisfactoria. En los resultados, se halló una relación estadísticamente significativa entre la resiliencia y apoyo social percibido ($r_s=.471, p^{**}<.01$); así mismo entre la resiliencia y el apoyo social familiar ($r_s=.481, p^{**}<.01$) y con apoyo social de amigos ($r_s=.442, p^{**}<.01$), implicando una relación directa de magnitud mediana. Además, se halló niveles descriptivos del apoyo social percibido, teniendo el 48.5% de los participantes un nivel medio; en el caso de resiliencia, el 49.2% se encuentran en el nivel medio.

Palabras clave: Resiliencia, Apoyo social percibido, VIH, TARGA

ABSTRACT

The study was aimed to investigate the relationship between resilience and social family and friends support in patients with Human Immunodeficiency Virus infection (HIV) in a hospital in Trujillo City. The sample was selected by means of a non-probabilistic circumstantial sampling or without norms and was constituted by 130 participants of a hospital of the Ministry of Health with HIV diagnosis who come for an outpatient care, registered in the High Activity Antiretroviral Treatment service (TARGA) to whom the Adult Resilience Questionnaire (SV – RES) of Saavedra y Villalta (2008) and the family and friends social support scale (AFA - r) of González y Landero (2008) were applied. They show validity by construct in a satisfactory way. In the results, a statistically significant relationship was found between perceived resilience and social support ($r_s = .471, p^{**} < .01$); likewise between resilience and family social support ($r_s = .481, p^{**} < .01$) and with social support from friends ($r_s = .442, p^{**} < .01$), implying a direct relation of medium magnitude. In addition, descriptive levels of perceived social support were found, with 48.5% of participants having a medium level; In the case of resilience, 49.2% are in the middle level.

Key words: resilience, social perceived support, HIV, TARGA.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

Los estilos de vida poco saludables, el estrés y el envejecimiento poblacional son algunos de los factores presentes entre los males que producen la mayor cantidad de muertes en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), de las 56,4 millones de muertes registradas en el 2015, el 54% fueron causadas por enfermedades como las cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares, infecciones en las vías respiratorias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cáncer de pulmón, tráquea y de bronquios, diabetes Mellitus, alzheimer y otras demencias, diarrea, tuberculosis y accidentes de tránsito.

A la vez, la OMS (2017), refiere que así como en el mundo vive una gigantesca epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles, por otro el VIH/sida sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, especialmente en los países de ingresos bajos o medianos.

Es así que el Virus de Inmunodeficiencia Humana – por sus siglas VIH – ha tomado gran relevancia en los cuerpos epidemiológicos a nivel mundial, se estima que cerca de 38,8 millones de personas están infectadas y que cada año la población asciende a 2,5 millones y de la cual, en el año 2015, habría cobrado la vida de 1,2 millones de personas; cifra que ha disminuido desde el año 2000 en la que se calculaba de 1,8 millones y en la que era la séptima causa muerte a nivel mundial (GBD 2015 HIV Collaborators, 2016, Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Así mismo, la causa de la lentitud con la que se combate esta enfermedad, entre sus primeras causas, es el estancamiento de financiamientos por organizaciones y de los gobiernos (Perú²¹, 2016a), a pesar de que son parte de los planes de intervención de salud pública.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017, 2018) calcula que el número de enfermos con VIH SIDA en el mundo es más de 37 millones, de los que 30 millones son adultos, y 3.4 millones son menores de 15 años. La OMS estima que anualmente mueren 1.8 millones de personas por la enfermedad. Siendo África el continente más afectado con 22 millones de enfermos y en América se considera que hay tres millones de afectados (OMS, 2018)

Debido a los adelantos recientes en el acceso al tratamiento con antirretrovíricos, las personas seropositivas pueden ahora vivir más tiempo y en mejor estado de salud. Además,

se ha confirmado que el tratamiento con antirretrovíricos evita la transmisión del VIH. A mediados de 2017, 20,9 millones de personas estaban recibiendo terapia antirretrovírica en todo el mundo. Sin embargo, solo el 53% de los 36,7 millones de personas que vivían con el VIH estaba recibiendo el tratamiento en 2016 a nivel mundial (OMS, 2017). También se ha avanzado en la prevención y la eliminación de la transmisión de la madre al niño, y en la supervivencia de las madres. En 2016, aproximadamente 8 de cada 10 embarazadas con VIH –1,1 millones de mujeres– recibieron antirretrovíricos.

La OMS ha publicado una serie de directrices normativas y ayuda a los países a formular y aplicar políticas y programas destinados a mejorar y ampliar los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH para todas las personas que los necesitan.

En el Perú, en el año 2014, el Ministerio de Salud y los organismos de salubridad particular determinaron que 65,000 peruanos son portadores del VIH, que, a comparación de 1983 la cifra aumento en 54,611 personas. El Ministerio contempló que solo la mitad de las personas estimadas (32,500) son las que tiene un diagnóstico, mientras que otras no contemplan la gravedad de la enfermedad por el letargo que esta conlleva, por lo tanto, la ignoran (Sausa, 2014). Fuentes oficiales, en el 2015, afirmaron que la media de edad para la aparición de síntomas es de 31 años, mientras que las personas diagnosticadas y tratadas rondan entre los 15 y 35 años; por ello, se deduce que la exposición es antes de los 20 años ya sea por desuso de preservativo o uso compartido de jeringuillas (Sausa, 2014). Por otro lado, durante el 2015, solo en Lima se contabilizó un total de 20,608 personas contagiadas, seguidas por el Callao con 2113, Loreto con 1552 y La Libertad con 808 personas formalmente diagnosticadas y que siguen un tratamiento de antirretrovirales (Pun, 2015).

A pesar de la gravedad de la enfermedad, en nuestro país, el VIH se ha convertido en una infección crónica que tiene control, pero no cura. Guardando las proporciones de gravedad y sensibilidad social la enfermedad que provoca, el sida, es equivalente a la hipertensión o a la diabetes, que son males crónicos que no tienen cura, pero pueden tratarse. El sida ya no se considera una enfermedad mortal, porque la sobrevida en pacientes es mayor en años; solo es mortal si no se diagnostica y trata a tiempo. (MINSa, 2015).

Por otro lado, en el 2016, se estimó que 72,000 personas padecen de VIH en el Perú componiendo el 3% de la población general, así mismo, el grupo de personas infectadas crece en 12,000 anualmente, siendo las mujeres transgéneros un grupo vulnerable quienes se estima que crecen en un 20% seguida por el grupo de varones – teniendo en cuenta que

son hombres que tienen sexo con hombres - (12%) (Perú21, 2016b) a comparación de las estadísticas del 2015 que entre varones y transgéneros se obtuvo el 12% de crecimiento (Pun, 2015). Este aumento vertiginoso ha generado que los sistemas de salud pongan una alerta para el tratamiento y seguimiento de pacientes; sin embargo, cerca del 40% de las personas abandonan el tratamiento. Del mismo modo el MINSA sugiere que al menos las 40,000 personas desconocen el diagnóstico, y 25,000 tienen conocimiento, pero por *tabús* no acceden de inmediato al tratamiento o lo abandonan (Pun, 2015).

A finales del 2017, Lima y Callao concentran el 75% de personas con VIH asumiendo que no se ha logrado disminuir la cantidad de personas con esta enfermedad, manteniéndose al menos 70,000 peruanos con esta infección, además se pronostica que para el año siguiente seguirá aumentando a 5.800 casos por año (Narváez, 2017).

Así tenemos que, cifras de deserción del tratamiento no son nada despreciables pues los estigmas alrededor del VIH son muy fuertes (Perú21, 2016b), tanto para las personas que lo padecen como de los observadores, ya que a partir del mero hecho de observar a una persona infectada lo vuelve un desfile de prejuicios que terminan por denigrar y violar la dignidad y los derechos fundamentales de la persona afectada (Villanueva, 2013).

En cuanto al proceso de la enfermedad, o del paso de la salud a la enfermedad, se ven inmersos factores psicológicos, biológicos, y hasta contextuales en las personas (Baca, 2013). Es así que el VIH, al ser diagnosticado causa un desajuste emocional en las personas y en su manera de funcionar en la sociedad, generando una carga emocional que afecta la regularidad de sus actividades diarias y sus estilos de vida, lo que supone la aparición de un shock emocional, un proceso de resentimiento, frustración, de cólera, entre otros (Avelar, Cornejo y Torres, 2011).

Como se ha de entender, esto conlleva al deterioro constante del aparato psíquico de la persona afectada, acentuándose el miedo al contacto social, primeros indicios de aislamiento social y familiar y generándose miedo constante de infectar a la pareja; produciéndose a la vez, rechazo de la sociedad hacia estas personas las cuales se refugian en el sufrimiento y resentimiento. Al respecto se conoce que un 58% de la población con VIH padecen de resentimiento medio mientras que el 15% asevera sentirse resentido consigo mismo y con el mundo que lo rodea (Delgado, Pérez, Julca, Obregón y Julca, 2017),

lo último se traduce a una desvalorización de sí mismo lo que implicaría una inadecuada forma de afrontar el problema.

Del mismo modo, los síntomas de la depresión se manifiestan. Se cuantifica que entre el 29% y 17% tienen una depresión entre leve y moderada mientras que el 14% tienen una depresión severa (Delgado, et. al., 2017), lo que, en términos técnicos, el paciente focaliza y centraliza su atención y esfuerzos en el problema lo que le impide orientarse a nuevas alternativas de solución enfascándolo en un callejón sin salida.

Es así como, una manera de responder a una enfermedad crónica como lo es el VIH es múltiple, dependiendo de varios factores, como la estructura de la personalidad, mecanismos de adaptación, redes de soporte familiar, la historia del individuo y su historia personal (Avelar, Cornejo y Torres, 2011). Sin embargo, en ocasiones dichas formas de afrontar la enfermedad, no son adecuadas, o en su defecto, sobrepasa los recursos de las personas, se ven tan abrumados y surge dificultades relacionadas a trastornos de ansiedad, de humor, manía, psicosis, suicidio y depresión mayor (Sánchez y Tomateo, 2014).

Ante este contexto del VIH, una de las cualidades que influye en la estabilización emocional y psicológica es la resiliencia, la cual hace referencia a la identificación de mecanismos dinámicos y procesos que el sujeto construye como una forma de adaptación viable ante un contexto adverso y la idea de proyectarse a partir de dicha adversidad. (Saavedra, 2011).

La resiliencia en diversas ocasiones ha probado ser un factor protector en los pacientes con VIH (Bedón, 2013), al aceptar y afrontar adecuadamente su enfermedad están más dispuestos a seguir un tratamiento constante impidiendo que los prejuicios sociales les puedan afectar.

Caso contrario es en Granada, España, donde la visión de sociedad es liberal y las políticas sociales han fomentado la inclusión de personas con VIH, lo que implica que la resiliencia entre personas portadoras ($M=62,98$; $DE=14,38$) y no portadoras ($M=63,37$; $DE=18,54$) no tengan diferencias estadísticas ($p>.05$) y ambas se mantengan en niveles altos, esto en un efecto dominó, ha generado que el rechazo social y familiar vaya en decremento (Fernández de Araújo, 2014).

Para el caso de América Latina en Ibarra, Ecuador se han hallado niveles bajos en indicadores de la resiliencia, por ejemplo: sentirse bien solo. Los pacientes con VIH manifestaron que preferían no estar solos durante el proceso de tratamiento, esto debido a que sienten que no pueden depender de sí mismo, es decir, debido a la experiencia de contagio (según los estudios manifiestan que un gran porcentaje de pacientes adquirieron la enfermedad por descuido) no se consideran lo suficientemente aptos para tomar decisiones sobre sí mismo, es como desconfiaran de su propia capacidad. En suma, se ha demostrado que estas personas tienen un índice bajo de ecuanimidad propio del impacto de la noticia de saber que son portadores y además de generalizar su accionar como errado solo por no tener cuidado en protegerse (Espín, 2017).

En el caso de Perú, se observó que, en Pucallpa en el Programa de la Estrategia Sanitaria de ITS-VIH/SIDA del hospital de la localidad, personas de entre 16 y 45 años mantienen indicadores de resiliencia en niveles medio con tendencia a alto, sin desmerecer que al menos el 20% de personas manifiestan deficiencias en mantener el humor, introspección, independencia y creatividad – *componentes de la resiliencia* - en niveles bajos. Por el contrario, se demostró en el estudio que un importante grupo de personas (23%) carecen de un adecuado juicio crítico, lo que implicaría de igual manera, una falta de ecuanimidad (Mestanza y Tantaleán, 2017).

En la ciudad de Lima en un hospital especializado en el tratamiento de pacientes portadores de VIH se encontró, mediante un estudio, que estas personas tienen un nivel promedio de resiliencia y que ésta correlaciona inversamente proporcional con la agresividad (Gonzales, 2016). Se demuestra que en reiteradas ocasiones en casos de Latinoamérica la resiliencia en pacientes con VIH suele tener falencias especialmente en su capacidad de autodirigirse en su toma de decisiones y en el miedo a quedarse solos, como se mencionó, al verse en un momento crítico de su vida necesitan de un soporte, no solo interno sino de un grupo de apoyo como amistades y familiares (Espín, 2017).

Empero, el impacto de la persona con VIH se ve reflejada en su contexto familiar, por tal motivo es necesario que, para su proceso de enfermedad, se vea acompañado y con un soporte emocional. Al respecto, se puede evidenciar en algunos alcances de una investigación en México que el percibir el apoyo familiar puede influir en el afrontamiento y adherencia de las personas con VIH, mientras que, si estigmatiza a dichas personas, el nivel de adherencia puede reducirse, esto queda demostrado por la relación inversa entre

estigmatización familiar y adherencia al tratamiento (-,623) lo que sugiere la importancia del apoyo familiar para la superación de la enfermedad, el hecho del soporte emocional para brindar acompañamiento y seguridad en los pacientes (Bautista y García, 2011).

Al respecto, un grupo de bachilleres en enfermería evaluaron el nivel de apoyo familiar en adultos portadores del VIH en el Servicio de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad – TARGA en la ciudad de Trujillo en la que hallaron niveles moderados (52.6%) y con un grupo significativo en nivel bajo (19.2%) de apoyo de los familiares (Rodríguez y Gastañadui, 2013), entre sus conclusiones mencionan que el apoyo familiar bajo deteriora sus recursos psíquicos y además sería un predictor para el abandono del tratamiento; es decir que al ser la resiliencia un componente psicológico importante en el afrontamiento y desarrollo del paciente se podría suponer que un factor protector de este recurso sería el apoyo tanto social como familiar.

Así como el apoyo familiar es un componente importante en la resiliencia, la red social y de amigos suele ser un factor equivalente, se puede observar cómo el apoyo social puede influir en la capacidad de resiliencia en enfermedades crónicas, como queda demostrado en una investigación en Trujillo donde la resiliencia y apoyo social tiene una relación moderada; de esto se deduce la gran importancia que tiene el apoyo familiar y red social para prolongar la vida de las personas que tiene una enfermedad crónica (Baca, 2013). Lo lamentable sería aquellos porcentajes en donde no hay un soporte familiar adecuado, pues esto influiría en empeorar el impacto emocional o psicológico que tiene una enfermedad terminal en las personas.

Por todo lo expuesto, se concluye en la importancia de evidenciar la relación entre ambas variables, resiliencia y apoyo social familiar y de amigos, en pacientes que padecen de VIH en un hospital de la ciudad de Trujillo.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación que existe entre resiliencia y apoyo social familiar y de amigos en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana en un hospital de Trujillo?

1.3. Justificación

Esta investigación brinda un apoyo teórico generando un impacto en el conocimiento en pacientes con VIH ante el afrontamiento de la enfermedad y sus implicancias psicológicas desde un enfoque constructivista (resiliencia) y funcional (apoyo social percibido). Por tanto, se ampliará en el conocimiento de la teoría de las variables psicológicas en la población, y validará los supuestos que se tenían hasta el momento en una población de diferentes características clínicas, por ende, facilita la recopilación y verosimilitud para otros autores en futuras investigaciones.

Asimismo, tiene una importancia en el aspecto social pues esta investigación generará nuevas formas de intervención tanto médica como psicológica, un mayor conocimiento en el mundo académico para su continuo estudio propiciando nuevas formas de mediar con pacientes o mitigar la sintomatología psicológica alrededor de pacientes con VIH.

Metodológicamente la investigación aporta al conocimiento de las variables enriqueciendo los indicadores mediante instrumentos que dan muestra de la evidencia de validez y estructura interna del constructo, al definirse baremos adecuados para la población. Así mismo, la investigación dará una aproximación de la resiliencia y apoyo social percibido en pacientes con VIH mediante un método de muestreo que se adecua a la necesidad de una población poco accesible y de cual no se puede determinar de manera probabilística.

En referencia a las implicancias prácticas, la investigación sustenta su justificación aplicativa, ya que los resultados constituyen una contribución importante para complementar la creación de estrategias de prevención e intervención en los pacientes con VIH en tratamiento, respaldando la intervención y abordaje para prevenir desajustes, haciendo referencia en sus competencias de resiliencia necesarios para un funcionamiento positivo.

1.4. Limitaciones

Entre las limitaciones que se presentaron en esta investigación son:

- Al realizarse la investigación, el sistema de disponibilidad horaria de la población y del centro de salud afectó con el tiempo necesario para la realización de la aplicación de los instrumentos a la toda la población del servicio de TARGA, debido a un programa establecido de actividades.

- Con respecto a los recursos, solo se contó con la presencia de una evaluadora especializada, lo que afectó indirectamente, también, al tiempo de aplicación de toda la muestra.
- Por motivos de practicidad, la investigación se ha desarrollado en un solo distrito con una población objetivo-reducida, no solo por la deserción (mortalidad) de los participantes, sino por la afluencia al centro hospitalario, por lo que los resultados se limitan al estudio, siendo necesario ampliar las investigaciones en poblaciones similares a mayor escala.
- Asimismo, factores como el tiempo en que se aplicó la prueba, el estado emocional y la historia personal de cada participante puede intervenir en las respuestas hacia las variables estudiadas.
- Finalmente, para el presente estudio se consideraron características básicas de la muestra de estudio: sexo, edad, grado de instrucción, estado civil y ser parte del grupo de TARGA, no considerando criterios o factores relacionados a las variables de estudios como por ejemplo: tipo de familia o accesibilidad a grupos amicales, nivel de sociabilidad, etc.; factores, que se sugiere considerar en próximas investigaciones.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general.

Establecer la relación entre la resiliencia y apoyo social familiar y de amigos en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana en un hospital de Trujillo.

1.5.2. Objetivos específicos

- Determinar la relación entre la resiliencia y la dimensión de apoyo social familiar en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana en un hospital de Trujillo.
- Determinar la relación entre la resiliencia y la dimensión de apoyo social de amigos en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana en un hospital de Trujillo.
- Hallar los niveles de resiliencia en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana en un hospital del de Trujillo.
- Hallar los niveles de apoyo social familiar y amigo en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana en un hospital de Trujillo.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

a. Antecedentes

Vicioso (2017), estudió el afrontamiento al VIH, apoyo social y adherencia como factores mediadores en la calidad de vida en 68 personas infectadas (67.6% son varones y el 86.8% tienen más de 40 años) con VIH en la ciudad de Bizkaia, País Vasco. El estudio de corte transversal exploratorio utilizó un Cuestionario Sociodemográfico y Clínico, el Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (MOS-SF 30), Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiviral, (CEAT - VIH), Cuestionario de Afrontamiento de Font y Cardoso, el Cuestionario MOS de Apoyo Social de Sherbourne y Stewart, y la Escala Autoaplicada de Adaptación Social de Bosc. Para el apoyo social estructural se obtuvo una puntuación mínima de 0 y máxima de 10, $M=5.8$, $DE=4.8$; en el caso de apoyo social el rango de puntuaciones fue de 0 a 100 ($M=65.9$, $DE=18.4$, $\alpha=.95$); Apoyo instrumental tuvo el rango de 4 a 20 ($M=13.7$, $DE=5.4$, $\alpha=.45$); en apoyo emocional el rango es de 8 a 40 ($M=27.5$, $DE=8$, $\alpha=.68$); Interacción social positiva, rango de 4 a 20 ($M=13.9$, $DE=4.4$, $\alpha=.63$); y apoyo afectivo de 3 a 15 ($M=10.2$, $DE=4.1$, $\alpha=.61$). En el caso de la calidad de vida referida a la salud los rangos han ido de 25 a 100 ($M=58.6$, $DE=15.4$, $\alpha=.78$); con respecto a la adherencia al tratamiento, fueron de 17 a 89 ($M=71.4$, $DE=14.4$, $\alpha=.92$); con afrontamiento al estrés el rango va de 24 a 106 ($M=61.4$, $DE=8$, $\alpha=.65$); y ajuste social es de 0 a 60 ($M=33.4$, $DE=8.5$, $\alpha=.86$). En el análisis de correlación se determinó que el apoyo social logró correlacional con exclusión social ($r_s=-.246$; $p^* < .05$), con afrontamiento emocional ($r=.300$; $p^* < .05$); con afrontamiento conductual ($r=.349$; $p^{**} < .01$); con adherencia al tratamiento ($r=.260$; $p^* < .05$); y ajuste social ($r_s=.523$; $p^{**} < .01$).

Espín (2017), estudió a Pacientes con diagnóstico de VIH y su capacidad de resiliencia entre los niveles de ansiedad y depresión provocados por la enfermedad en el hospital San Vicente de Paúl en el periodo 2016 – 2017. Se evaluó a 25 pacientes de la ciudad de Ibarra, Ecuador con el Cuestionario de Resiliencia de Wagnild y Young y la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG). El estudio demostró que existe un 55% de pacientes que padecen de ansiedad; en el caso de la resiliencia, el 50.7% de pacientes logran una buena perseverancia; el 46.7% se sienten bien estando solos; 59% siente confianza en sí mismo; en caso de ecuanimidad el porcentaje se distribuye entre los niveles bajos; el 46% de pacientes consideran que tiene buena satisfacción personal.

Pacheco (2017), realizó una investigación relacionando la *resiliencia* y las *relaciones intrafamiliares* en 50 pacientes infectados con VIH/SIDA mayores de 18 años ($M=34.4$ años) entre

hombres (74%) y mujeres (26%) en el estado de Toluca, México en el periodo 2015. Para fines de la investigación descriptiva se utilizó el Cuestionario de Resiliencia de Wagnild y Young y la Escala de Relaciones Intrafamiliares (ERI). Se halló que el 68% de pacientes tiene una *resiliencia* alta mientras que el 14% y el 18% están en baja y media, en el caso de las *relaciones intrafamiliares* el 62% están en un nivel alto, el 20% en el nivel medio alto y el 10% en el nivel medio bajo.

Escobar (2015), efectuó una investigación titulada *La resiliencia y su relación con la adherencia al tratamiento en usuarios con VIH de la Unidad de Atención Integral PVV del hospital Enrique Garcés de la ciudad de Quito, Ecuador*. El estudio de diseño correlacional evaluó mediante la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young y la Escala Bio-Psico-Social de valoración de factores de riesgo para la adherencia al tratamiento ARV a una muestra de 50 pacientes entre hombres (60%) y mujeres (40%) de 18 a 60 años. De acuerdo con los resultados obtenidos, el 62% de pacientes se encuentran en una resiliencia alta, el 34% está en baja. El 40% tiene una ecuanimidad alta; el 84% se siente bien solo, 80% tiene confianza en sí mismo; el 60% suele ser perseverante; el 64% se siente satisfecho consigo mismo. Con respecto a la adherencia al tratamiento el 62% revela que la mayoría de las personas se adecuan al tratamiento. Mediante la prueba de χ^2 se comprueba la asociación entre la adherencia y la resiliencia.

Vilató, Martín y Pérez (2015), ejecutaron la investigación titulada *Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/SIDA de la ciudad de Guantánamo, Cuba*. Se trabajó con 21 pacientes (64.2% fueron varones) mayores de los 20 años ($M=34$ años) diagnosticados en un periodo no menor de un año. Para el estudio descriptivo se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada, la aplicación del Cuestionario MBG para la evaluación de la Adherencia, el Cuestionario de apoyo social (CAS) – consta de 10 ítems con escala Likert de 5 anclas – y el análisis documental, como las revisiones clínicas. Se halló que el 23.8% de pacientes no se encuentran adheridos y que el 71.4% están parcialmente adheridos; por otro lado, el 66.7% de pacientes refirió la necesidad de apoyo social, el 81% de apoyo emocional, y el 76.2% de compañía de otras personas. El 90.5% refirió a la familia como principal fuente de apoyo y el 47.5% consideraron a los profesionales de la salud.

Fernández de Araujo (2014), realizó un conjunto de 5 estudios referidos a la *Autoeficacia, conocimiento, resiliencia y preocupación por el VIH/SIDA, diferencias entre infectados y no infectados por el VIH* de la ciudad de Granada, España. El primer estudio estuvo referido a una búsqueda sistemática de información teórica y actualizada. En su segundo estudio se centró en el *análisis de la resiliencia en pacientes con VIH y su relación con variables sociodemográficas* en el

cual, por medio de un análisis *ex post facto*, evaluó a 159 pacientes comprendidos entre los 19 y 55 años ($M=40.09$; $DE=9.05$) de ambos sexos (77% varones) y de ambas orientaciones sexuales (59% homosexuales), por medio de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (*CD-RISC*) y el Cuestionario sobre datos sociodemográficos y conducta sexual. Se evidenció que a nivel general el 28% de pacientes tiene una resiliencia alta, el 49% de media, y el 23% baja; según sexo, los varones han alcanzado la $M=62.8$, $DE=14.36$ y las féminas $M=63.59$, $DE=14.63$. En el caso de heterosexuales la media fue de 64.07 (14.21) y en homosexuales $M=62.21$, $DE=14.21$. En caso de la edad, las personas de entre los 30 y 42 años son los que tienen mayor promedio de resiliencia ($M=64.46$; $DE=14.37$), a comparación de los de edades comprendidas entre los 17 y 29 ($M=61.26$; $DE=12.39$). En referencia al estado civil, los separados o divorciados han evidenciado menor promedio de resiliencia ($M=60$; $DE=15.36$) a diferencia de los viudos ($M=66.15$; $DE=13.06$). Según el nivel académico alcanzado, se observa que los que no tienen estudios alguno mantiene una resiliencia menor ($M=60$; $DE=5.72$) a comparación de los que sí lo tienen; los que alcanzaron estudio secundarios y universitarios son los mayores.

El tercer estudio de Fernández de Araujo (2014), estuvo referida a la *preocupación por las infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH y embarazo, conocimiento sobre las ITS/VIH, autoeficacia para rechazar las relaciones sexuales, resiliencia y conductas sexuales de riesgo entre pacientes con VIH y población general*. Para ello se contó con la participación de 318 personas (entre los 19 y 55 años), 159 portadores de VIH (Edad: $M=40.09$, $DE=9.07$; Sexo masculino: 77%; Heterosexuales: 41%) y 159 personas de población general (Edad: $M=39.91$, $DE=5.21$; Sexo masculino: 77%; Heterosexuales: 41%). El estudio tiene el corte transversal descriptivo en cual se aplicó el cuestionario sobre datos sociodemográficos y de conducta sexual, Cuestionario de conocimiento sobre las ITS y el VIH/SIDA de Sikkema, Instrumento de preocupación por las ITS/VIH y el embarazo de Crosby, Escala de Autoeficacia para rechazar relaciones sexuales de Seth y la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (*CD-RISC*). En la población general se halló $M=63.37$; $DE=18.54$ y en pacientes VIH $M=62.98$; $DE=14.38$, implicando la ausencia de diferencia estadística ($p>.05$); del mismo modo, la autoeficacia para rechazar el sexo en ambas poblaciones no fue distinta ($p>.05$); por el contrario, en la preocupación por el VIH/SIDA tuvo diferencias estadísticas ($p^{**}<.05$).

León (2013), ejecutó un estudio titulado: La resiliencia y su correlación con la impulsividad y la adherencia terapéutica en pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana en el municipio de Netzahualcóyol, México. El estudio descriptivo observacional, estuvo compuesto por 233 pacientes, el 80.3% eran varones y la edad media fue de 38.6 años de la ciudad de Netzahualcóyol a los cuales se les administró el Cuestionario de Resiliencia modificado de Peralta, la Escala de Impulsividad de Barrat y la Evaluación de Carga Viral en Virus de Inmunodeficiencia

Humana. Se halló que el 15% de los pacientes era resilientes de los cuales el 9.9% tiene conducta impulsiva; los pacientes no resilientes (85%) que tuvieron conducta impulsiva fueron el 57.5%. En referencia a la adherencia terapéutica el 28.3% no fueron adherentes al tratamiento, los que fueron adherentes constituyen el 71.7%, de los cuales son resilientes el 9.9% y no resilientes el 61.8%. Del mismo modo se detectó que el 61% de pacientes varones son no resilientes, mientras que las féminas componen el 24%. Mediante el procedimiento de regresión logística binaria (Odds Ratio) para los componentes asociados a la resiliencia, se determinó que el factor que influye es el género ($p^* < .05$).

Romero, Amador y Alvis (2010), realizaron una investigación en la que relacionan el apoyo social y la calidad de vida en 77 pacientes; 48 de ellos son hombres con una edad promedio de 33 años que residen en la ciudad de Montería, Colombia. El estudio de corte correlacional midió la calidad de vida con el Índice de Calidad de Vida (QLI-SP) y para apoyo social la Escala de Apoyo Social (MSPSS de Zimet y Farley) que consta de 11 ítems de escala Likert de 4 anclas. Se halló un índice promedio de 9.69 (2.541) para el *apoyo familiar*, mientras que en *apoyo de amigos* la media fue de 9.99 (2.736) y en *apoyo otros significativos* de 9.74 (2.908); en el caso de calidad de vida, entre sus dimensiones el *bienestar físico* es el que mayor promedio logra alcanzar ($M=6.79$; $DE=1.321$) mientras que el *apoyo comunitario* fue el de menor proporción ($M=5.88$; $DE=1.849$); la relación entre *bienestar psicológico* y *apoyo familiar* fue de nivel medio ($p^* < .05$), mientras que no se correlaciona con el *apoyo de amigos* no se correlaciona ($p > .05$). Entre *cuidado* y *apoyo de la familia, amigos y otros significativos* es una correlación positiva pero débil ($p^* < .05$), entre la percepción de la *calidad de vida global* y *apoyo social de familia y amigos* la correlación logró una magnitud media positiva ($p^* < .05$). La correlación más alta detectada fue de *plenitud personal* y *apoyo de la familia* ($r=.56$; $p^{**} < .01$).

González (2016), realizó una investigación sobre la relación entre la resiliencia y agresividad en pacientes con VIH/SIDA de una clínica especializada en la ciudad de Lima, Perú. La muestra estuvo constituida por 280 pacientes de ambos sexos a los cuales se les administró el Cuestionario de Resiliencia de Wagnild y Young y el Cuestionario de Agresión de Buss y Perry. El estudio de nivel descriptivo correlacional demostró la relación inversa ($p^{**} < .01$) entre variables. Del mismo, entre las dimensiones de la resiliencia, competencia personal y aceptación de uno mismo con agresión física e ira, lograron una magnitud de correlación inversa ($p^{**} < .01$).

Bedón (2013), en su investigación Resiliencia y adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA del Hospital San Juan Bautista de Huaral, Perú, tuvo como objetivo determinar la relación

entre la resiliencia y adherencia al TARGA. La muestra se conformó por 64 pacientes, cuyas edades estaban entre 18 y 59 años. Su diseño de estudio fue no experimental, de tipo correlacional. Los instrumentos aplicados fueron el Cuestionario de Resiliencia (RS) y el Cuestionario de Valoración de la Adherencia. Los principales resultados manifiestan que los niveles de resiliencia están entre 32,8% en un nivel medio y el 34,4% en un nivel alto. Respecto a los niveles de adherencia, se muestra que el 43,8% se encuentra en un nivel medio, y el otro 31,4% en un nivel alto. El estadístico de correlación muestra que existe una relación positiva entre la resiliencia y la adherencia al TARGA ($r=453^{**}$), dado que la relación es positiva, a mayor resiliencia mayor será la adherencia al TARGA.

Baca (2013), realizó una investigación de nominada, Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un hospital de Trujillo; ésta se realizó en la ciudad de Trujillo en Perú con 100 pacientes oncológicos mayores de 18 años (Hombres=78% y mujeres=22%) del hospital de EsSalud de la ciudad. El estudio de tipo correlacional utilizó el Cuestionario de Resiliencia de Wagnild y Young adaptado por Novella, y el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (MOS-A) de Sherbourne y Stewart. Se halló una puntuación mínima en resiliencia de 78 y máxima de 184 ($M=136.55$; $DE=16.951$) y en apoyo social percibido de 48 y 95 ($M=80.63$; $DE=11.132$); entre los resultados correlacionales se determinó una relación de magnitud media entre resiliencia y apoyo social percibido de $r_s=.354$; $p^{**}<.01$. También se obtuvo resultados a nivel comparativo entre hombres y mujeres en resiliencia denotando $U=721.5$; $p>.05$, y en el caso de apoyo social percibido $U=764$; $p>.05$. Se concluye la existencia de relación teórica como práctica entre la resiliencia y el apoyo social percibido.

Rodríguez y Gastañadui (2013), realizaron un estudio titulado: *Apoyo familia y nivel de autocuidado del adulto con VIH*, en 78 pacientes del Servicio de Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) del Hospital Regional Docente De Trujillo. Para el estudio de diseño correlacional transversal se utilizó un Cuestionario de apoyo familiar – creado por los autores – que consta de 14 ítems y el Cuestionario de Autocuidado. Se ha determinado que el 51.3% de los evaluados tiene un regular autocuidado, seguido por el 26.9% que tiene un autocuidado eficiente. En el caso de apoyo familiar, el 52% de pacientes tiene un moderado apoyo familiar, mientras que un 19% de ellos están en niveles bajos.

b. Bases teóricas

1. Resiliencia.

1.1. Delimitación conceptual

En la vida de todo ser humano existen periodos difíciles, los problemas forman parte de la vida, es inevitable una vida sin ellos, es más, ellos ayudan a formar ciertas habilidades para hacer frente a los mismos, sin ellos no podría haber una madurez emocional y psicológica, por otro lado, las condiciones que se generan en una sociedad, en realidad no suelen favorecer el desarrollo adecuado de la salud mental, tampoco se podría predecir situaciones que afecten la misma, por lo tanto la resiliencia suele ser una forma de afrontar las situaciones del futuro, lo que procede con espontaneidad y seguridad integral (Vera, 2004).

La resiliencia bajo el enfoque constructivista ha sido estudiada en los últimos años con más detenimiento, es común encontrar literatura que sugieran que la resiliencia está asociada a factores internos y externos, que se combinan a manera de proceso, para generar un tipo de protección del ser humano. Por lo que, el interés se centra en conocer y analizar aquellos comportamientos, que, en interacción operan como mecanismos de proyección en un determinado contexto, por otro lado, la resiliencia no se puede reducir a ciertos atributos del ser humano, como rasgos de personalidad, pero puede ser producto de factores intrínsecos que se desarrolló a lo largo de la historia de este y hasta se puede relacionar con las personas que tuvieron el primer contacto (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000).

Al momento de conceptualizar la resiliencia, se viene a la mente desacuerdos que aún existen para generar un conocimiento amplio de la misma. Sin embargo, muchas de las definiciones concuerdan en que la resiliencia suele ser un concepto que asume una competencia de afrontamiento al riesgo a la diversidad (Ospina, 2007). Por otro lado, se dice que la resiliencia es un rasgo psicológico, que genera una capacitación individual que conlleva al éxito de una persona en situaciones adversas (Uriarte, 2005).

En la literatura especializada en salud mental es que aparece el termino resiliencia, como una manera de explicar la conducta saludable frente a la adversidad o riesgo, por lo tanto, dicho termino se relacionó con otro, como condiciones de riesgo y vulnerabilidad lo que puede predisponer a las personas a comportamientos saludables como a comportamientos que pueden ser desadaptativas (Uriarte, 2005).

Muchos autores suelen compartir la resiliencia con una base interaccional o constructivista, dado que como es un rasgo propiamente humano, en tanto se constituye como una manera de interacción social, como una combinación de factores personales y contextuales (Kotliarenco y Pardo, 2003).

La resiliencia no suele presentarse en seres superdotados o excepcionales, sino en aquellas personas normales, y en todo el cambio que se generan alrededor de la persona, dado esto, se concibe como una cualidad universal, que puede aparecer en cualquier situación difícil, transformando la experiencia en algo más agradable y saludable (Grotberg, 1995). Por otro lado, suele presentarse durante el desarrollo del ser humano, en el ciclo vital o en el proceso evolutivo, pero con esto no se quiere decir que sea innata, sino que se constituye a partir de la interacción del organismo con su medio, en donde se ven inmersos aspectos intrapsíquicos, y contextuales (Grotberg, 1995).

La interacción que se tiene con las demás personas sirve como un factor constructivo de la resiliencia, lo que puede resultar en una conducta adaptativa o en su defecto, desadaptativas (Cyrulnick et al, 2004). Asimismo, la resiliencia consta de dos niveles, la primera hace referencia a la resistencia frente a las situaciones adversas, y de desarrollarse penamente pese a las dificultades (Ospina, 2007). Lo mencionado anteriormente, incluye la capacidad de las personas para poder enfrentar las adversidades de forma correcta, esto hace que una persona pueda actuar de una forma excepcional cuando las situaciones son excepcionales.

Se puede diferenciar cuatro ámbitos de la resiliencia, el primero hace referencia al ámbito biológico, es decir a que cuando existen enfermedades, las personas son capaces de superar arlas. En el ámbito familiar, puede observarse en el éxito de las personas a pesar de que sus familias pueden ser desestructuradas y conflictivas. Por otro lado, se tiene el ámbito microsocioal, cuando a pesar de la miseria o de los problemas que existan dentro de una comunidad, como violencia, peligro social, ausencia de servicios, las personas puedan sobrevivir o salir adelante en esas condiciones. Finalmente se tiene el ámbito macrosocioal, el que tiene que ver con la supervivencia y afrontamiento en condiciones de desastres naturales, guerras, etc. (Tomkiewicz, 2004).

En la misma línea, se encuentra relacionado a procesos de afrontamiento respecto a eventos vitales que han sido muy desgarradores, estresantes o desafiantes, lo que trata de proporcionar a las personas alguna protección y habilidad para el afrontamiento, las que poseía antes que se genere el evento (Saavedra & Varas, 2014).

Por otro lado, una definición algo más clara, es la que hace referencia a la toda capacidad que tiene el ser humano para poder recuperarse luego de un evento adverso, y mantener un comportamiento adaptativo, al abandonar el evento inicial estresante (Garmezy, 1991).

1.2. Precedente de la resiliencia.

La resiliencia es una facultad del ser humano que quizá apareció junto a él en épocas antiguas, en la que toda persona tenía que sobrevivir por su propia cuenta en un mundo lleno de peligros, adversidades; desde la edad de piedra hasta la actualidad (Cano, 2009). Por otro lado, suele realzar su presencia como un principio de la mecánica, en el que se sugiere que toda materia que se emplea en la construcción puede volver a recobrar su forma original, luego de que ha sido expuesta a un cambio continuo (Cano, 2009) he ahí la analogía de la conceptualización del término. Asimismo, aparece en varias disciplinas, que sustentan ciertas bases para su conceptualización.

Con respecto a las ciencias sociales, la resiliencia aparece a partir de los años setenta, gracias a las investigaciones de Emy Werner (citado en Uriarte, 2005), quien observó que ciertas personas en riesgo podrían llegar a consecuencias graves en edades adulta, sin embargo, se dio con la sorpresa de que fue, al contrario, lograron ser personas exitosas y lograron contribuir con la sociedad (Puerta, 2002). Entonces, es así como el termino resiliencia fue adoptando un espacio dentro de las ciencias sociales, lo que pretendía explicar que, a pesar de las situaciones difíciles, las personas se desarrollaban con una salud mental y socialmente exitosos (Uriarte, 2005).

En los últimos años, se ha suscitado mucho interés de profesionales por estudiar la resiliencia dentro del ámbito educativo y salud, por la manifestación de la capacidad del ser humano para recuperarse luego de situaciones que suelen ser difíciles. Se toma la idea de resiliencia para poder explicar por qué a pesar de la niñez difícil, precaria e infeliz no son factores que puedan llevar inevitablemente a desarrollar conductas desadaptativas, y trastornos psicológicos (Bustos, 2013). La idea que subyace lo antes mencionado, es que el ser humano por su naturaleza es complejo, por lo tanto, sus capacidades suelen sobrepasar el pensamiento de sí y de los demás, destacando la constitución de su personalidad y de su psique (Uriarte, 2005).

1.3. Implicancias de la resiliencia

La resiliencia, puede ser vista como un fenómeno, que posee ciertas características, tales como que es un proceso dinámico, dentro de la cual se ve inmersa una adaptación positiva, se da dentro de un determinado contexto, e intenta brindar al individuo herramientas para superar la adversidad

(Masten, 2001; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000). Esta connotación sobre la resiliencia tiene ciertas implicancias, que tiene que ver, por un lado, en que el sujeto se ve expuestos a situaciones que pueden generar estrés, lo que se da en un tiempo determinado, lo cual impulsa al organismo a actuar para aminorar los daños en el proceso de desarrollo (Grotberg, 1995; Henderson y Milstein, 2003; Masten y Tellegen, 2012).

Dentro de la resiliencia se pueden adoptar ciertos patrones de conducta, los cuales son aprendidos en el desarrollo del ser humano, desde su nacimiento, lo que genera una adaptación adecuada, positiva en un contexto que manifieste situaciones desagradables, las cuales pretendan, de alguna manera, causar un desequilibrio en el organismo del individuo (Luthar, 2001).

Es decir, se manifestaba que la resiliencia suele ser un rasgo presente en el ser humano, sin embargo, Fergus y Zimmerman (2005) sugieren que no forma parte de un rasgo distintivo del ser humano, dado que puede variar a lo largo del tiempo, y se manifiesta de diferente manera en todas las etapas de la vida, y en los diferentes patrones de conducta.

Para que la resiliencia pueda hacer su aparición, tiene que tener como precedente tanto factores de riesgo como factores de protección, los cuales son evaluados para poder conseguir un fin positivo, por otro lado, trata de considerar los déficits de los individuos, para tener en cuenta en que situaciones se actual de manera negativa y en que situaciones de manera positiva, para organizar nuevos comportamientos de afrontamiento adecuado (Saavedra, 2005).

Asimismo, la resiliencia suele considerarse como una capacidad, de naturaleza universal y dinámica, la que influye varios factores que en su conjunto dan como resultado una adaptación al medio, el sobreponerse, transformando las experiencias de adversidad en recursos, lo que, de alguna manera, aumenta la competencia personal, y el éxito frente a las amenazas, además, podría significar el vencer las pruebas y las crisis de la vida (Saavedra y Villalta, 2008).

Dentro de las características psicológicas asociadas a la resiliencia se puede apreciar los procesos de autorregulación, la conducta adaptativa, un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos, los que favorecen desarrollar una vida sana, en un medio insano, dichos factores se desarrollan en el tiempo, durante la interacción que tiene el sujeto con su medio (Rutter, 1993).

Existe una combinación de diversos factores para que pueda presentarse la resiliencia, estos factores son ambientales como de habilidad cognitivas y estructuras de la personalidad, lo que

permite luchar para madurar dentro de un contexto cuando se presenten ciertos obstáculos, de los cuales se debe salir librado y aprendiendo nuevos recursos de afrontamiento (Suárez, 1993).

Por otro lado, se puede distinguir factores personales en toda actividad del ser humano resiliente, dichos factores se relacionan con un contexto e interactúan entre los mismos, lo que puede dar como resultado expresiones individuales que se manifiestan desde los primeros años de vida, los cuales, al ser reforzados se convierten en hábitos conductuales para el futuro (Ospina, 2007).

1.4. Componentes de la resiliencia

La resiliencia cuenta con ciertos componentes, los que se describen a continuación (Artuch, 2014):

- Situarse en una situación adversa, que genere estrés.
- Contar con factores que sirvan de protección.
- Poder lograr una adaptación positiva a pesar de la adversidad. La que es producto de la resiliencia.

Ya se ha explicado que la resiliencia supone, en primera instancia, una crisis o adversidad, a la cual el sujeto tiene que responder, y en donde se ponen en juego todos aquellos recursos y capacidades de esta para generar un equilibrio psicológico. Los eventos adversos implican todo conflicto que se presenta en cualquier etapa del ser humano, al superar estos eventos adversos supone la habilidad de comprensión, aceptación y habilidad para crear alternativas de solución, en este sentido, la resiliencia tiene que ver con las capacidades para resolver problemas, manejar emociones y desarrollar habilidades para la vida (Grotberg, 2006).

Como segundo componente, los factores de protección pueden ser múltiples, desde factores de tipo individual, familiar y contextual, los que actúan como una base que protege a todo individuo de situaciones que son estresantes (Cardozo y Alderete, 2009), además, es necesario que toda persona pueda tener redes en las que apoyarse, dichas redes deben ser significativas, lo que influye de alguna manera para afrontar las situaciones difíciles, las redes de resiliencia, dan una mirada positiva de las personas, las que favorecen la adaptación de la misma (Saavedra, 2004).

Finalmente, el tercer componente, que hace referencia a la adaptación, cuando se hace frente a la situación, no solo se supera, sino que se intenta asumir una experiencia de cambio, de la cual se aprenda nuevos recursos para poner en práctica en situaciones posteriores. El hecho de adaptarse

significa que los resultados que se obtienen en una situación adversa son positivos, lo que es producto de las capacidades de cada persona y de la utilización de sus recursos internos y externos (Artuch, 2014).

1.5. Perfil de la persona resiliente

La persona resiliente es considerada como aquella persona que tiene la facultad para establecer relaciones interpersonales adecuadas, suele percibirse como alguien positivo, evalúa sus problemas, suele confiar en el futuro, tiene iniciativa y se fija metas para poder alcanzarlas (Saavedra, 2004). Dichas personas poseen factores internos que le ayuda a interactuar con los demás, estos factores son: sirve a los demás, suele ser asertivo y controlar sus impulsos, suele ser altamente sociable y tener un sentido del humor, suele tener un control interno, suele ser autónomo y ver positivamente el futuro, suele ser flexible, suele aprender de sus experiencias, se auto-motiva y tiene confianza en sí mismo. Por otro lado, suele poseer algunas características contextuales, tales como: vínculos estrechos, se promueve la educación, ambientes adecuados, límites claros y relaciones de apoyo, el ambiente satisface necesidades y promueve logros de metas (Saavedra, 2004).

Al igual que la resiliencia posee componentes, también posee ciertas características que es importante señalarlas:

- La resiliencia se describe como una cualidad elástica, la cual se puede moldear o modificar, este es un factor importante que ayuda a la adaptación exitosa en un ambiente dinámico, sobre todo posee una propiedad dinámica, por lo que implica una interacción entre procesos de protección, de riesgo y de actitudes internas.
- Asimismo, la resiliencia no implica que haya una invulnerabilidad al estrés, sino que se ponga en práctica varias actitudes y estrategias que ayuden a recuperarse de eventos adversos (Garmezy, 1991). Además, se considera como un fenómeno que aparece dentro de los procesos de adaptación en un contexto dinámico (Masten, 2001), aunque se tiene en debate el hecho de que si se refiere al proceso de adaptación (Olsson et al., 2003).
- Otra de las características es que se presenta un factor conductual, que de alguna manera es funcional en el contexto que se presenta una dificultad, e influye en la protección integral del ser humano, favoreciendo en desarrollo de la autoestima y la autonomía, además, se puede ver favorecido por atributos de los propios seres humanos, red familiar y apoyo social.

En principio, la resiliencia partía de la conceptualización de la fuerza del ego, lo que explicaba la capacidad del ser humano para sobrevivir, partiendo de un principio de elasticidad, dado que también se consideraba dinámica de un individuo para poder modificar su control del ego, en una o

varias direcciones y sobre la demanda del medio ambiente (Becoña, 2006). La persona con ego resiliencia se espera que pueda funcionar de manera adecuada en situaciones irresolubles, lo que significaría la adaptación correcta a ambientes cambiantes.

Por otro lado, también suele caracterizarse como un conjunto de recursos, de fuerza del ego, intimidad social y generosidad., que funciona como mecanismos de protección contra factores ambientales (Becoña, 2006). A esto se suma aquellas habilidades que posee el ser humano, las cuales generan un equilibrio, una confianza, una autodisciplina y control del ambiente, un conjunto de atributos disposicionales, uniones afectivas y apoyo externo.

Además, Polk (1997), redujo sus estudios a seis características principales de la resiliencia:

- Atributos psicosociales,
- Atributos físicos,
- Roles,
- Relaciones,
- Solución de problemas y
- Creencias filosóficas.

A su vez, se realizó una fusión de los tributos psicosociales y físicos, roles y relaciones, creando una clasificación de cuatro factores para la resiliencia:

- Patrón disposicional,
- Patrón relacional,
- Patrón situacional y
- Patrón filosófico.

El primero hace referencia a todos aquellos atributos físicos y psicológicos que se relacionan con el ego. El segundo, tiene que ver con las competencias sociales y personales, las interacciones y relaciones que influyen en la resiliencia y el valor de la cercanía de confianza con las redes sociales más cercanas. El tercero, se refiere a la cercanía de las situaciones y estresores que se manifiestan como habilidades cognitivas, habilidades de solución de problemas, y capacidades para hacer frente a una situación, además incluye aquellas habilidades de evaluación para actuar de manera correcta, evaluar lo que se puede y lo que no se puede lograr y para establecer metas que se puedan alcanzar. Por último, el patrón filosófico se manifiesta a través de las creencias de autoconocimiento, reflexión de uno mismo, y eventos importantes, la convicción de que los buenos tiempos vendrán y la percepción de mantener una vida equilibrada.

Asimismo, Garmezy (1993) considera la resiliencia posee características tales como el temperamento, lo que influye en la personalidad del individuo, lo que incluye la capacidad reflexiva para afrontar nuevas situaciones, por otro lado, factores familiares que también influyen en la resiliencia, y la disponibilidad de apoyo de las redes sociales. Finalmente, se considera que la resiliencia posee ciertos atributos como el optimismo, la competencia intelectual, autoestima, empatía, determinismo y perseverancia (Kumpfer y Hopkins, 1993).

1.6. Resiliencia en pacientes con VIH

Los pacientes con VIH suelen presentar factores de riesgo tales como enfermedades asociadas, rechazo social, poco apoyo familiar, enfermedades mentales, ideas suicidas, entre otros. Por lo que es aceptable pensar que su nivel de resiliencia se encuentra reducida, y su estrés o malestar emocional se encuentra marcado en gran medida. Sin embargo, se encuentran sujetos que a pesar del riesgo en el que se encuentran logran superar y manejar los riesgos, por lo tanto, aprenden a desarrollar la resiliencia. Se considera que las personas con VIH cuando se aferran a propósitos en su vida mejoran notablemente, asociando la resiliencia a la mejor calidad de vida, creencias positivas, y aceptación de la enfermedad (Farber, Schwartz, Schaper y Moone, 2000).

En personas con sintomatología de VIH, las emociones positivas, como el alto sentido de humor y optimismo, facilitan la disminución de actividad autonómica, por lo tanto, los circuitos de recompensa (es decir, las áreas del sistema nervioso central que se asocia a las sensaciones de satisfacción y bienestar) son activados provocando sensaciones de bienestar (Bedón, 2013).

Asimismo, en estas personas el afrontamiento permanente, el control de las emociones y la búsqueda de soluciones, actúan como factores de resiliencia los cuales tiene como fin disminuir la amenaza emocional negativa, desarrollando pensamientos positivos y enfocándose en factores protectores. En efecto, los sentimientos de bienestar, de autoestima, de superación facilitan la aminoración del miedo y de desesperanza en un momento determinado (Escobar, 2014).

Se encontró que las personas con VIH que tienen rasgos resilientes presentan flexibilidad cognitiva, aceptación, sentimientos de superación e interpretación positiva de las situaciones que experimentan, lo que influye en encontrar soluciones y oportunidades para manejar la sintomatología asociada a su enfermedad y para enfrentar el rechazo social (Fernández de Araujo, 2014).

Por otro lado, los factores que se asocian al desarrollo de la resiliencia en personas con VIH son: la aceptación con el fin de cambiar la percepción que se tiene sobre la enfermedad para dirigirse al control emocional, el apoyo social, caracterizado por el soporte de las personas cercanas, del círculo social y amical. Además, el apoyo familiar y el soporte socioemocional son aspectos que en mayor medida influyen en el desarrollo de la resiliencia, y a la superación de la enfermedad. En este caso, actúan como factores protectores, los que ayudan a la reducción de la ansiedad y estrés, aumentando el bienestar y la capacidad de afrontamiento (Escobar, 2014).

2. Apoyo Social Percibido

2.1. Delimitación conceptual

Es la apreciación que realiza cada persona de su red social, la cual está conformada por aquellos vínculos interpersonales que unen a las personas con su familia, sus amigos y toda persona que brinda un soporte (Landerero y González, 2006; Gracia, 1997), dicho soporte se relaciona con la percepción que tiene el sujeto de su propia salud, y sobre todo que pueda asegurar una vida saludable para prevenir posibles enfermedades psicológicas (González y Landerero, 2008).

2.2. Apoyo Social Percibido Familiar y de Amigos

Apoyo familiar: Se puede considerar como relaciones primarias de las cuales sobre todo al inicio el individuo depende de ellas para satisfacer sus necesidades y retroalimentarse, y son más duraderas en el tiempo, las cuales proporcionan o pueden proporcionar distintos tipos de apoyo a sus integrantes (González y Landerero, 2014)

Apoyo de amigos: representan una relación secundaria que forma parte del proceso de socialización de las personas, que puede a veces pasar a ser más importantes o más influyentes en las personas sobre todo en ciertas etapas de la vida, pero en general tienden a ser relaciones menos duraderas. (González y Landerero, 2014)

2.3. Precedentes del apoyo social familiar y de amigos.

Caseel, Cobb y Caplan (como se citó en Uribe y Orcasita, 2010), fueron los pioneros que formularon los principios de apoyo social durante los años 70, enfatizaron sus trabajos en conceptualizar la investigación sobre todos aquellos factores que podrían proteger la salud del ser humano, dentro de estos factores se encontraban el grupo social, el grupo primario y la comunidad, todo esto protege de una manera integral al ser humano, dado que puede considerarse como una función básica, que tiende a conservar el estado psicológico y físico del ser humano. Desde estos señalamientos, el apoyo social ha tomado una importancia relevante, sobre todo en una sociedad en la cual hay

muchos cambios sociales que de alguna manera inciden en el deterioro de las relaciones sociales, lo que puede desembocar en otros problemas de salud y calidad de vida (Uribe y Orcasita, 2010).

Vale considerar que el apoyo social suele estar asociado a la salud mental, ya que los factores psicosociales pueden ser determinantes para los individuos dentro de la sociedad (Barrón, 1996; Méndez & Barra, 2008). Asimismo, cuando existe una desorganización y desintegración de las redes sociales y del apoyo social, podría surgir problemas de orden psicosocial (García y Herrero, 2006).

2.4. Diferencias entre apoyo social y red social

Por otro lado, al hablar de apoyo social se hace necesario establecer las diferencias entre los términos de apoyo social y red social. Las redes sociales son todo el conjunto de relaciones entre los seres humanos que pueden durar a lo largo de la vida de este (Abello y Madariaga, 1999), por este término pasan características de las relaciones sociales, y el contexto social en el que se desarrollan, cada red social puede ser valorada en relación con sus propiedades estructurales, funciones y vínculos (González, 2001). Las redes sociales, poseen ciertos elementos, tales como la familia nuclear, los amigos, compañeros de trabajo y las demás personas que viven dentro de la comunidad, estos vínculos que se forman pueden influir en el bienestar emocional y la salud del sujeto, dicho esto, tiene que existir una relación significativa para potenciar el apoyo social (Gracia, 1997).

Por otro lado, el apoyo social es un factor importante para la salud del ser humano, dado que puede satisfacer las necesidades dentro del desarrollo de cada sujeto. Esto es **producto** de las interacciones sociales y la facultad para buscar compañía de las demás personas, las que pueden ayudar en situaciones que suelen ser adversas (Uribe y Orcasita, 2010). El deseo de buscar compañía, muchas veces se da por el hecho de obtener información para validar las propias reacciones dentro de un contexto estresante, ya que gracias a ello las consecuencias de ciertos eventos pueden ser manejables, y mejorar las condiciones psicológicas y físicas (Gómez, Pérez & Vila, 2001).

2.5. Conceptualización del apoyo social familiar y de amigos

Respecto a la definición, se ha tratado de ampliar desde diversos puntos de vista, Cobb definía el apoyo social como toda aquella información que le daría a entender que las demás personas se preocupan por ellos, dado que son queridos, estimados y que forman una red de comunicación. Suele apreciarse el aspecto afectivo, sin embargo, deja de lado varios factores importantes, como la interacción que da entre las personas con el fin de recibir un apoyo mutuo. Dado esto, es que se

plantea que al apoyo social es el intercambio continuo de recursos que se da entre la interacción de las personas (Aron, Nitsche & Rosenbluth, 1995).

Por otro lado, lo mencionado anteriormente pone énfasis en relación con el intercambio de recursos, sin embargo, se tiene que tener en cuenta que la interacción también sirve como un fin, para obtener algún beneficio, e influir en el bienestar psicosocial de las personas (Uribe y Orcasita, 2010).

Si bien es cierto, las relaciones sociales de apoyo proveen ciertos recursos, pero hay algunas diferencias con las funciones, dado que se puede tener una relación social amplia pero no se puede interactuar, por lo que dichas relaciones serían vanas, y no ayudarían como un soporte psicosocial. Para considerarse como una red de apoyo, debería existir un beneficio dentro de un determinado contexto (Landeró y González, 2006) y puede referirse desde la calidad de esta, la percepción subjetiva y de ciertos comportamientos que brindan un apoyo social.

Es difícil poder medir el apoyo social, por lo que es necesario basarse desde la percepción que tiene el ser humano de sus relaciones sociales, por eso es que se podría considerar como una apreciación que realiza cada persona de su red social, la cual está conformada por aquellos vínculos interpersonales que unen a las personas con su familia, sus amigos y toda persona que brinda un soporte (Landeró y González, 2006; Gracia, 1997), dicho soporte se relaciona con la percepción que tiene el sujeto de su propia salud, y sobre todo que pueda asegurar una vida saludable para prevenir posibles enfermedades psicológicas (Gracia & Herrero, 2006).

En la misma línea, se piensa que para que exista un apoyo social, debe haber funciones que fundamenten las interacciones para el receptor de apoyo, (Sánchez, 1998), este aspecto funcional, es muy importante dado que brinda los beneficios que se debería adquirir por recibir dicho apoyo. A nivel funcional, los vínculos sociales son una manera de acceder a ciertos beneficios, los que pueden ser usados como recursos para afrontar situaciones adversas (Gómez, Pérez & Vila., 2001).

2.6. Implicancias del apoyo social familiar y de amigos

El apoyo social se fundamenta en los siguientes aspectos: se centra en el estudio de los aspectos sociales, posee un importante interés preventivo, sostiene una concepción de salud positiva, se interesa de manera fundamental por las problemáticas de personas en situación de fragilidad, se enfoca en el trabajo con los recursos y potencialidades, persigue el logro de cambios a partir de la

implicación activa de los involucrados en el problema y apunta al potenciamiento y desarrollo tanto a nivel individual como grupal, institucional y comunitario (Amaya, 2013).

Dentro de los teóricos de otras disciplinas que ha trabajado en el tema de apoyo social, plantean que el apoyo social se traduce en todos los vínculos que perduran en el tiempo, los que ayudan a generar un bienestar psicológico y físico de una persona, donde se diferencian tres aspectos: el primero hace referencia a poder estimular recursos psicológicos, el segundo tiene que ver con influir para el dominio de dichos recursos y el tercero, incluirse en las actividades de la persona con tal de brindarle un soporte para que guie su comportamiento (Amaya, 2013). Por otro lado, el apoyo social se concibe como un intercambio verbal o no verbal, entre dos o más personas, una ayuda explícita e implícita, que intenta tener efectos conductuales en otras personas, para generar emociones que beneficien al receptor.

Por otro lado, el apoyo social se puede valorar desde dos perspectivas, la primera es la cuantitativa-estructural, que trata de establecer la cantidad de relaciones que construyen las personas con su red social. Y la segunda, cualitativa-funcional que tiene que ver con la presencia de relaciones significativas y la valoración que se realiza de estas, de acuerdo con el apoyo que se ha recibido (Barra, 2004).

El apoyo social y las redes sociales poseen ciertas propiedades que han sido fruto de algunas investigaciones, estas propiedades son: el rango, es decir el tamaño de las redes de apoyo, o el número de personas que se vinculan para generar un tipo de apoyo social. Por otro lado, se tiene la densidad que tiene que ver con el grado de interrelación entre los miembros, las personas con escasa densidad no suelen relacionarse de manera adecuada, se muestran lejanos y sin compromiso. Además, se tiene la intermediación, que tiene que ver con la posibilidad de que se puede ejercer un control sobre la red social y los actores inmersas en ella. Por otro lado, se tiene el agrupamiento, que tiene que ver con el conglomerado de personas que pueden funcionar de tal manera que generen un apoyo para los demás, y finalmente se tiene la dispersión, que hace referencia al espacio que hay entre los miembros de una red social (Bravo & Fernández, 2003).

La referencia que se tiene sobre el apoyo social es sobre los recursos que puede brindar todo el medio, que pueden favorecer las relaciones con las demás personas, lo que también puede generar una adecuada adaptación, bienestar del individuo que se desarrolla dentro de un determinado contexto. De manera escueta, las fuentes de apoyo se relacionan con los amigos, la familia y todas las personas que son más cercanas al sujeto. Uno de los objetivos del apoyo social es lograr que las necesidades sociales básicas sean cubiertas (estima, aprobación, seguridad), a través de la

interacción con los demás. Al hablar de interacción se entiende que es un proceso, en la cual se obtiene algún beneficio, o en su defecto, una transacción interpersonal en la que se ven inmersos factores de preocupación emocional, ayuda instrumental, información y valoración, todo lo antes mencionado contribuye para que la salud del ser humano cada vez mejore, y se vea menos probabilidad de que pueda existir algún riesgo físico o psicosocial, dado que su naturaleza atenuante le permita contrarrestar ciertos males de orden psicológico (Arze, 2016).

A la vez, puede ser considerado como un metaconstructo, el cual posee como elementos ciertos subconstructos, los cuales hacen referencia a los recursos de las redes de apoyo, actos de apoyo específicos, evaluación subjetiva de apoyo (Gómez, Pérez & Vila., 2001). Esto puede marcar la diferencia entre el apoyo social percibido y recibido. El primero hace referencia a un aspecto más subjetivo, teniendo en cuenta las creencias, la cognición, la evaluación que el sujeto en relación con las fuentes de apoyo, mientras que el segundo trata de mostrar de una manera cuantitativa todo el apoyo que se ha recibido.

De alguna manera, los dos tipos de apoyo deben ser valorados por separado, pues puede pasar que las personas sientan que son apoyados, pero no reciben apoyo, o viceversa, no perciben apoyo a pesar de que son apoyados (Barrón, 1996).

Para poder definir de una manera implícita el apoyo social, es necesario que se tomen en cuenta los componentes estructurales, los cuales tiene que ver con las relaciones sociales en las que se encuentra involucrada el sujeto, dado esto implica ciertos beneficios que pueden ser percibidos o recibidos, los cuales son aportados desde la comunidad, amigos, etc. Asimismo, el apoyo social se considera como un constructo que posee varias dimensiones, con distintas clasificaciones, y que posee características de apoyo emocional, apoyo material y apoyo de información (Castellano, 2014), dicho apoyo emocional se refiere a aspectos como el apego, el vínculo, el confort, el cuidado, el apoyo material es toda ayuda de asistencia material finalmente el apoyo informacional tiene que ver con guías, información o consejos en una determinada situación (Fernández, 2005).

Las conductas problemáticas que se pueden presentar en la vida del ser humano, puede ser aminoradas por las relaciones humanas que se establezcan, además, influye en la salud y bienestar de los seres humanos (Colvin, Cullen y Vander, 2002). De igual manera, todo el apoyo social que se brinda a las personas puede ser considerado necesario para establecer conductas adaptativas dentro de un contexto o ambiente (Palomar & Cienfuegos, 2007), este apoyo se convierte en un punto clave para poder realizar intervenciones a nivel de comunidades.

El apoyo social cimienta efectos positivos en personas que sufren alguna enfermedad, ya sea a nivel emocional, instrumental o material, por lo que influyen para el ajuste, la salud y bienestar de dichas personas (Palomar & Cienfuegos, 2007).

De acuerdo con Gómez, Pérez y Vila (2001), entre los efectos positivos del apoyo social se encuentra aquel que se brinda a las personas enfermas, ya sea a nivel emocional, instrumental, o material. En este sentido, se han encontrado diversos estudios que describen y explican cómo este apoyo resulta ser de gran beneficio para el ajuste, salud y bienestar de personas con enfermedades crónicas, permitiendo una mayor adaptación a la situación y brindando recursos efectivos para su afrontamiento (Gracia, 1999; Musitu & Cava, 2002; Avendaño & Barra, 2008). El apoyo que se da a una persona que está en proceso de enfermedad por parte de la familia o amigos, puede ser determinante para el bienestar emocional, y el sentimiento de ser valorado y cuidado (De Dios, Avedillo, Palao, Ortiz & Agud, 2003).

Desde las comunidades, se puede hacer un esfuerzo importante que se enfoque en trabajos desde escuelas, familias y grupos para generar redes de apoyo en diferentes momentos de adversidad. En suma, el apoyo social es muy importante para poder comprender ciertos problemas que se dan a lo largo de la vida, de forma dinámica, lo que puede afectar las relaciones de apoyo, lo cual requiere de integración de diferentes funciones para poder desarrollar interacciones sanas, familiares, y sociales que favorezca la salud de las personas. Se dice que la calidad de las redes de apoyo de las personas, pueden ser fuentes y predictores de ajustes psicosocial, de ajuste psicológico y conductual (Gracia & Herrero, 2006; Palomar & Lanzagorta, 2005).

Finalmente, la formación de relaciones humanas positivas ayuda a lograr estados de bienestar para superar eventos adversos (Galván et al., 2006) y permite lograr una mayor estabilidad y control de procesos, que pueden reforzar la autoestima y los recursos personales dentro de un ambiente estable (Barra, 2004).

2.7. Apoyo familiar.

Con respecto a la familia, es considerada como la unidad básica que brinda salud a los seres humanos, por lo tanto, su apoyo es esencial para el desarrollo autónomo de los mismos (Castellano, 2005), dado que aporta cuidados físicos, psicológicos y se evidencia un apoyo mutuo, y su apoyo

es esencial para eliminar conductas negativas o no aceptadas por la sociedad en la que se desenvuelve.

El apoyo de la familia, permite que los integrantes puedan desarrollar habilidades, recursos y actitudes que permitan construir un comportamiento adecuado de acuerdo a la etapa en la que se encuentra, lo que le permitirá afrontar situaciones que se generen a su alrededor de connotación negativa (Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004), además, la percepción que se tenga de los padres podrá influir en una baja autoestima, retraimiento y problemas de conducta en edades adultas como en adolescentes y niños (Musitu, Martínez y Murgui, 2006).

La familia asume un papel muy importante para la aparición de conductas negativas de los demás miembros, por lo que también se les debe incluir en procesos preventivos, por lo que el vínculo y el apoyo entre los mismos se verá reflejado en el bienestar global de los integrantes (Landeró y Villareal, 2007).

El hecho de estimular las adecuadas relaciones familiares, puede brindar una adecuada calidad de vida, y en procesos de enfermedad, podría significar un factor de mucha importancia para mejorar el estado emocional. El grado de intimidad, el afecto y la comunicación no se deben perder, dado que son importantes para satisfacer las necesidades de los miembros, y para mantener el grado de complicidad y compromiso, para generar comportamientos de cuidado y autocuidado, y además de enseñar pautas de conductas funcionales de acuerdo a las normas que rigen la sociedad, las personas que crezcan en estas condiciones podrán disfrutar de una vida plena, de conductas sanas, de un ajuste emocional, adecuada autoestima, adecuada competencia personal y desarrollar recursos para afrontar situaciones adversas (González, 2001).

2.8. Apoyo social.

El apoyo social, presenta dos tipos de efectos importantes en el ser humano (López y Chacón, 1992): el primero hace referencia a efectos directos, este hace referencia a cuando el nivel de apoyo social es alto, los malestares en general que presente el sujeto serán menores, en su defecto, cuando haya menos apoyo, habrá mayor presencia de malestar psicosocial, el apoyo social cimienta su influencia de manera independiente. Por otro lado, el efecto indirecto, hace referencia a que cuando la presencia de malestares psicosociales en el sujeto sea alta, solo se presentará en los que tengan un nivel bajo de apoyo social. Se debe tener en cuenta que el apoyo social, en mayor magnitud, se va a evidenciar cuando existan factores psicosociales que generen algún tipo de estrés, de lo contrario, quizá su actuación no sea tan explícita.

En el apoyo social existen fuentes que brindan el soporte, dentro de estas fuentes se encuentran las formales y las informales. Las fuentes formales hacen referencia a organizaciones ya formadas, con cierta estructura, son profesionales o voluntarios que brindan apoyo social, el cual suele ser muy importante para el equilibrio del ser humano (Sánchez, 1998). Por otro lado, se tienen las fuentes informales, que tiene que ver con las mismas personas que pertenecen a la familia, o el círculo social. Se consideran informales por el hecho de que, en ocasiones, son ellos mismos los que se oponen al desarrollo autónomo de sus miembros (Sánchez, 1998). El apoyo de los amigos o los vecinos también suele ser muy importante, dado que se comparten actividades satisfactorias, e influye en el cuidado integral que se puede dar fuera del hogar.

2.9. Apoyo social familiar en pacientes con VIH.

El VIH es una enfermedad que trae efectos en el ser humano, tanto a nivel biológico como a nivel psicosocial. Respecto al impacto social, las personas presentan dificultades para la adaptación a la sociedad en la que se desenvuelven, por temores y por la segregación y rechazo que, probablemente, sientan en algún momento. Asimismo, el estigma hace que tengan sentimientos de desesperanza e ideas suicidas. Al igual que otras patologías terminales, el VIH trae consigo carga emocional negativa, que en ocasiones desemboca en el acto suicida para evitar los efectos psicológicos y biológicos de la misma (Libertad, 2015). En efecto, la sintomatología del VIH afecta a la calidad de vida de las personas, a un nivel individual, social y familiar, por lo que el hecho de que el clima social y familiar brinde un soporte va a actuar como factor preventivo, curativo y de rehabilitación. Por esto, el apoyo social, al satisfacer las necesidades básicas, brinda sentimientos de protección de apoyo y soporte, ayudando a disminuir sentimientos y emociones negativas.

Un diagnóstico tal como el VIH, tiene un gran impacto en la familia, todos los miembros de una u otra manera se van a ver afectados. El cambio que se puede dar en un integrante, por la enfermedad, repercute en la familia de una manera negativa, por lo tanto, esto a su vez puede tener un efecto negativo en el mismo paciente. Dentro del impacto en la familia, se tiene que presentan sentimientos de tristeza, angustia, desesperación, incertidumbre, ira y en ocasiones pueden rechazar al integrante con la enfermedad (Ahumada, 2010).

Ante la desesperación, el sistema familiar se ve obligado a reaccionar, sin embargo, cuando los recursos no son suficientes para efectuar una adaptación al medio, se ve afectado en un nivel más grave, es decir, es posible que se presenten emociones y sentimientos negativos, lo que probablemente agravará el sistema emocional del paciente (Ahumada, 2010).

El apoyo familiar influye en la salud de los sujetos, como también puede influir en la enfermedad, por lo que cuando las respuestas ante la enfermedad son positivas, el comportamiento del paciente será adaptativo, con sentimientos de ser apoyado, querido y valorado. Por esto, es que los pacientes pueden pasar desde una fase sintomática a una con menores síntomas, lo que también ayudará al estado emocional de la familia. Por el contrario, cuando los sentimientos que se experimentan son basados en la tristeza y el dolor, la calidad de vida de los pacientes se notará deteriorada (Aguilera, 2004).

De igual manera, los roles que se comparten en la familia también cambian, es decir, se brinda responsabilidades a los demás miembros de la familia para que puedan realizar cuidados adecuados para el paciente, de tal manera que se modifica las actividades de cada uno de los integrantes, acomodándose a los tratamientos y cuidados del enfermo. En ocasiones, esto puede traer sentimientos de incomodidad por parte de algunos integrantes, mostrándose desatentos y evitando dichas responsabilidades (Aguilera, 2004).

Se aprecia, por ejemplo, que las personas que tiene niveles bajos de apoyo social y familiar experimentan en mayor intensidad los síntomas físicos, desesperanza y depresión a diferencia de los que presentan mayor soporte social y familiar. En efecto, queda en evidencia que el apoyo social y familiar puede ser determinante para la superación de la enfermedad, y sobre todo de los síntomas que están asociados a ella (Beltrán, 2009).

Por otro lado, se encontró que el apoyo social se relaciona con el mayor uso de las estrategias de afrontamiento, y la disminución de síntomas asociados a los síntomas emocionales de pacientes con VIH, de igual manera, se relaciona con la salud física y mental. Lo importante es contar con las personas que son significativas, dado que son estas quienes brindan el soporte emocional más efectivo (Jiménez, 2010).

3. Pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

3.1. Características

En la década de los 80 el virus se hace popular entre las minorías homosexuales, lo que conlleva a relación inminentemente la enfermedad a la condición de homosexualidad, para tiempo más tarde conocer que la enfermedad se remonta sus orígenes en chimpancés en África del sur. Entre los medios de comunicación la enfermedad, por sus características, es bautizada como la *peste rosa*:

en un inicio la comunidad científica la nombra Inmunodeficiencia Relacionada a los Gays (GRID) para luego ser cambiada por Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA) (Sánchez y Tomateo, 2014). En la actualidad se han reportado una serie de componentes físicos, orgánicos, y comportamentales que son afectados gracias al virus; la resistencia del virus ante los antirretrovirales ha hecho que logre mutar en cepas más resilientes, lo que ha logrado que además de mermar el sistema inmunológico pueda afectar al sistema nervioso central (SNC), repercutiendo directamente en el cerebro general problemas como demencia prematura o manías, entre otros.

Problemas biopsicosociales

El SIDA, al tener como primeras víctimas a la comunidad gay, se creó un aura en la que se señala a las personas de esta orientación como portador, casi seguro, del VIH siendo esto una dificultad en el medio social debido al rechazo tanto laboral, amical y sentimental, peor aún siendo considerados una minoría social. Diversos factores sociodemográficos mostraron que los homosexuales son una población en riesgo, y aunque en la actualidad se ha logrado controlar los efectos o el contagio, no se trata de una condición para ser portador, también formas de contagio se proceden por inyectables, alumbramiento y transfusiones, siendo las más frecuentes. La discriminación social tiene tal magnitud que ha generado la creación de una nosofobia: la sidafobia – análoga a la sifilofobia (Sánchez y Tomateo, 2014).

VIH y problemas psicossomáticos

Se ha hallado correlaciones altas entre problemas psico neurológicos y la condición de infección, entre ellas el estrés. Es generado por la comorbilidad de la enfermedad, en décadas pasadas ser portador del VIH era casi una sentencia de muerte, por lo que actualmente, gracias a la poca educación sobre la enfermedad, aun se piensa que tener VIH es sinónimo de una muerte segura; la angustia y desesperación de los pacientes suelen conjugar hasta un estrés crónico, lo que, por motivos de las bajas defensas inmunológicas, puede atraer a más enfermedades (Sánchez y Tomateo, 2014).

Reacciones vivenciales y trastorno adaptativo

La constante pérdida de peso, pérdida de independencia física, disminución del funcionamiento motor, y ansiedad suelen generar ideas como: “morir antes de tiempo”; puede tener como resultado una etapa de duelo, tristeza, insomnio, hiporexia. El bienestar psicológico y social son afectados por estos factores que hacen a la persona percibirse vulnerable, del mismo modo suelen sentirse completamente fuera de lugar (Sánchez y Tomateo, 2014).

Delirium

La afección llega hasta los ganglios basales, lo que conlleva a la generar síntomas extrapiramidales, entre ellos el delirium, caracterizándose por la inatención, pensamiento desorganizado, fluctuaciones en el nivel de conciencia, labilidad emocional y alucinaciones (Sánchez y Tomateo, 2014).

Trastorno cognitivo motor menor y deterioro motor avanzado

En etapas iniciales o prodrómicas, se hacen evidentes sutiles cambios en la coordinación visoespacial, lentitud en la lectura o pequeñas disfunciones en realizar actos motrices fines. La desregulación emocional puede generar labilidad emocional, espontaneidad afectiva anormal, cambios en la personalidad. En etapas tardías de la enfermedad se hacen presentes la reducción de velocidad para realizar movimientos, hipomimia, temblores en las extremidades; y en etapas avanzadas, hallazgos positivos del test de Babinski, enlentecimiento motor, respuesta anormal en el test de nistagmus optocinético, tetraplejía espástica e incontinencia esfinteriana (Sánchez y Tomateo, 2014).

Trastornos psiquiátricos severos.

La condición infecciosa genera declives en el funcionamiento hormonal trayendo como consecuencia la depresión mayor, manías secundarias, psicosis e ideación suicida (Sánchez y Tomateo, 2014).

3.2. Reacciones psicológicas de los pacientes con VIH.

Las reacciones psicológicas de los pacientes que son diagnosticados con VIH son diversas, entre ellas se tiene que puede aumentar el estrés por la percepción y experiencia de los síntomas del VIH. Por otro lado, se presentan reacciones tales como desesperanza, ansiedad, abatimiento y depresión en las diferentes etapas que atraviesa por la enfermedad, así como también al comienzo de un tratamiento, al comunicar el diagnóstico a los familiares o personas cercanas (Tobón & Vinaccia, 2003). Estos problemas aumentan debido a las dificultades que experimentan en su entorno social, es decir, a la estigmatización, la segregación, lo que laucamente no contribuye a la rehabilitación del paciente tanto en lo físico como en lo psicológico.

Por otro lado, otro de los síntomas de estas personas son el rechazo y aislamiento social, ellas mismas son las que empiezan a alejarse de los demás, con el fin de no ser estigmatizados y para mantener guardado su verdadera situación. Asimismo, aparece una preocupación y cuidado por no contagiar a las demás personas, esto influye en el distanciamiento de las demás personas, a la soledad, y aumenta el miedo a ser rechazado (Tobón & Vinaccia, 2003).

Luego de que se le brinda el diagnóstico a una persona, sus emociones cambian considerablemente, y depende de la preparación que haya tenido para poder aceptar la noticia. En efecto, las áreas de su vida cambian, es decir, áreas tales como su vida sexual, su futuro, su vida familiar, las relaciones amicales y amorosas, lo que influye en los sentimientos de desesperanza y depresión (Avelar, Cornejo, & Torres, 2011).

Estrada, Martínez y Abadía (2008) concluyeron que el principal motor para la adherencia al tratamiento era el estado de ánimo. Propusieron un esquema de factores biopsicosociales que promueven o frenan la adherencia al tratamiento en personas con VIH.

El paciente mientras más joven es, tiene más posibilidades de que siga el tratamiento ya que en ellos otro factor subyacente se ve favorecido y es que, el entendimiento de las instrucciones. Según estudios de Estrada, Martínez y Abadía (2008) manifiestan que el entendimiento y la comprensión del tratamiento es pieza clave para que los pacientes no desistan, el desconocimiento y la inseguridad sobre cuáles serán los efectos secundarios de las dosis generan situaciones de ansiedad; del mismo modo, tener expectativas altas con respecto a los resultados componente parte de desconocimiento del tratamiento, hace que se formen la ilusión de bienestar.

Convivir con otras personas que padecen de VIH los hacen inmunes a la soledad y aislamiento, además de generarles experiencia y estar atentos a cuáles serán los efectos verdaderos. El desarrollo de la heteropercepción puede ser un factor favorable al tratamiento. Este desarrollo trae consigo nuevas variables que soportan al paciente, el apoyo social y la red de amigos generan estabilidad y seguridad para consecución del tratamiento. Los pacientes de VIH suelen entrar en un estado de soledad y aislamiento, tener personas que compartan la experiencia y halla apoyo de la red social puede evitar un cuadro de depresión, por tanto, una adherencia al tratamiento.

El bienestar y la calidad de vida juegan un rol indispensable en la percepción del tratamiento. Mientras que la calidad de vida es vista desde las esferas medicas es una consecución del tratamiento, los pacientes consideran bienestar a la suspensión de este, clínicamente la suspensión o el tratamiento intermitente hace que el virus replique y tome genera anticuerpos, sin embargo, para el paciente es significado recuperación de capacidades perdidas.

Por otro lado, los factores que merman la consecución del tratamiento están referidos a tener condiciones de viviendas inestables o violencia familiar y soporte social ausente o no tener red de apoyo, consumo de sustancias psicoactivas, padecer de depresión o conocer personas que hayan fallecido en condiciones de tratamiento.

a) Hipótesis.

Hipótesis general.

H₁: Existe relación entre la resiliencia y apoyo social familiar y de amigos en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana en un hospital de Trujillo.

Hipótesis específicas.

H₂: Existe relación entre la resiliencia y la dimensión de apoyo social familiar en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana en un hospital de Trujillo.

H₃: Existe relación entre la resiliencia y la dimensión de apoyo social de amigos en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana en un hospital de Trujillo.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Cuadro 1: Operacionalización de la Variable: Resiliencia

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ÍTEMS
Resiliencia	La resiliencia es la capacidad, de naturaleza universal y dinámica, la que influye varios factores que en su conjunto dan como resultado una adaptación al medio, el sobreponerse, transformando las experiencias de adversidad en recursos, lo que, de alguna manera, aumenta la competencia personal, y el éxito frente a las amenazas, además, podría significar el vencer las pruebas y las crisis de la vida (Saavedra y Villalta, 2008).	Las puntuaciones se obtendrán por medio de la Escala de Resiliencia SV-RES, creada en por Saavedra y Villalta (2008). Puede administrarse de manera individual o colectiva, consta de 60 ítems distribuidos en 12 factores. Su puntaje es a través de la escala Likert de 5 puntos (5=muy de acuerdo; 4=de acuerdo; 3=ni de acuerdo ni desacuerdo; 2=en desacuerdo; 1=muy en desacuerdo). En lo que respecta a sus propiedades psicométricas, tiene una validez de $r=0,76$ por medio del coeficiente de Pearson y su confiabilidad es de $=0,96$ por medio del Alfa de Cronbach.	Identidad	1 Una persona con esperanza
				2 Una persona con buena autoestima
				3 Optimista respecto del futuro
				4 Seguro de mis creencias o principios
				5 Creciendo como persona
			Autonomía	6 Rodeado de personas que en general me ayudan en situaciones difíciles
				7 En contacto con personas que me aprecian
				8 Seguro de si mismo
				9 Seguro de mis proyectos y metas
				10 Seguro en el ambiente en el que vivo
			Satisfacción	11 Una persona que ha aprendido a salir adelante en la vida
				12 Un modelo positivo para otras personas
				13 Bien integrado en mi lugar de trabajo o estudio
				14 Satisfecho con mis relaciones de amistad
				15 Satisfecho con mis relaciones afectivas
			Pragmatismo	16 Una persona práctica
				17 Una persona con metas en la vida
				18 Activo frente a mis problemas
				19 Revisando constantemente el sentido de mi vida
				20 Generando soluciones a mis problemas
			Vínculos	21 Relaciones personales confiables
				22 Una familia bien estructurada

			23	Relaciones afectivas solidas
			24	Fortaleza interior
			25	Una vida con sentido
		Redes	26	Acceso a servicios sociales-públicos
			27	Personas que me apoyan
			28	A quien recurrir en caso de problemas
			29	Personas que estimulan mi autonomía e iniciativa
			30	Satisfacción con lo que he logrado en mi vida
		Modelos	31	Personas que me han orientado y aconsejado
			32	Personas que me ayudan a evitar peligros o problemas
			33	Personas en las cuales puedo confiar
			34	Personas que han confiado sus problemas en mi
			35	Personas que me han acompañado cuando he tenido problemas
		Metas	36	Metas a corto plazo
			37	Mis objetivos claros
			38	Personas con quien enfrentar los problemas
			39	Proyectos a futuro
			40	Problemas que puedo solucionar
		Afectividad	41	Hablar de mis emociones
			42	Expresar afecto
			43	Confiar en las personas
			44	Superar las dificultades que se me presenten en la vida
			45	Desarrollar vínculos afectivos
		Autoeficacia	46	Resolver problemas de manera efectiva
			47	Dar mi opinión
			48	Buscar ayuda cuando lo necesito
			49	Apoyar a otros que tienen dificultades
			50	Responsabilizarme por lo que hago
		Aprendizaje	51	Ser creativo

				52 Comunicarme adecuadamente
				53 Aprender de mis acciones y errores
				54 Colaborar con otros para mejorar la vida en comunidad
				55 Tomar decisiones
			Generatividad	56 Generar estrategias para solucionar mis problemas
				57 Fijarme metas realistas
				58 Esforzarme por lograr mis objetivos
				59 Asumir riesgos
				60 Proyectarme al futuro

Aplicación de la escala de Likert con 0: nunca; 1: pocas veces al año o menos; 2: una vez al mes o menos; 3: unas pocas veces al mes o menos; 4: una vez a la semana; 5: pocas veces a la semana; 6: todos los días

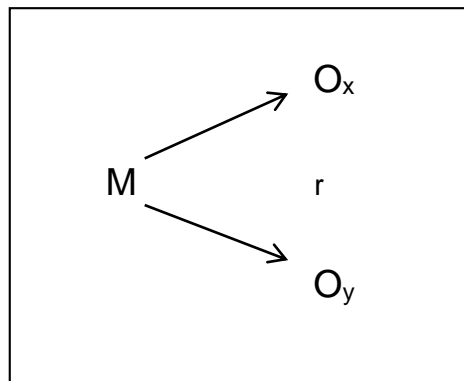
Cuadro 2: Operacionalización de la Variable: Apoyo Familiar y de Amigos.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ÍTEMS
Apoyo Social Familiar y de Amigos	Es la apreciación que realiza cada persona de su red social, la cual está conformada por aquellos vínculos interpersonales que unen a las personas con su familia, sus amigos y toda persona que brinda un soporte (Landero y González, 2006; Gracia, 1997), dicho soporte se relaciona con la percepción que tiene el sujeto de su propia salud, y sobre todo que pueda asegurar una vida saludable para prevenir posibles enfermedades psicológicas (González y Landero, 2008).	Los puntajes se obtendrán por medio de la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos, elaborada por Gonzáles y Lander, su aplicación puede ser individual o colectiva. Posee dos grandes dimensiones y consta de 15 reactivos. Se mide a través de la Escala Likert, de 5 puntos (1=nunca; 2=muy pocas veces; 3=algunas veces; 4=muchas veces; 5=siempre). Posee una Confiabilidad de .918 por medio del Alfa de Cronbach	Apoyo Social Familiar	1 Cuentas con alguien de tu familia para poder platicar cuando lo necesitas
				3 Cuentas con alguien de tu familia que te ayude a resolver algún problema
				5 Tus padres te demuestran cariño y/o afecto
				7 Confías en tu familia para hablar de las cosas que te preocupan
				9 Alguien en tu familia te ayuda en las tareas de la escuela o trabajo
				11 Alguien de tu familia te apoya cuando tienes problemas en la escuela
				13 En mi familia se habla de los problemas de todos y nos apoyamos todos (Papás, hijos, hermanos)
			Apoyo de Amigos	14 Estás satisfecho/a con el apoyo que recibes de tu familia
				2 Cuentas con algún amigo/a con quien puedas platicar cuando lo necesitas
				4 Cuentas con algún amigo/a que te ayude a resolver algún problema
				6 Cuentas con algún amigo/a que te demuestre su afecto
				8 Confías en algún amigo/a para hablar de las cosas que te preocupan
				10 Alguien de tus amigos/as te ayudan con las tareas de la escuela o trabajo
				12 Alguien de tus amigos/as te apoya cuando tienes problemas en la escuela
				15 Estás satisfecho/a con el apoyo que recibes de tus amigos/as

Aplicación de la escala de Likert con 0: nunca; 1: pocas veces al año o menos; 2: una vez al mes o menos; 3: unas pocas veces al mes o menos; 4: una vez a la semana; 5: pocas veces a la semana; 6: todos los días

3.2. Diseño de investigación

Según el diseño, la presente investigación es No experimental, transversal y correlacional, al describir la relación entre dos variables en un momento determinado. El diseño se diagrama de la siguiente manera (Hernández, Fernández, & Baptista 2014).



Dónde:

M = Es la muestra

O₁ = Es la variable de resiliencia

O₂ = Es la variable de apoyo social familiar y de amigos.

r = Es la relación entre resiliencia y apoyo social familiar y de amigos.

3.3. Unidad de estudio

Una persona con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en un hospital de Trujillo, a partir de los 18 años hasta los 65 años de edad, de ambos sexos.

3.4. Población

La población estará constituida por 450 pacientes de ambos sexos, a partir de los 18 años hasta los 65 años de edad, que padecen de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH que acuden a recibir tratamiento antirretrovírica de un Hospital, durante los meses de enero a marzo del 2017.

3.5. Muestra

La muestra se conformó por 130 pacientes a partir de los 18 años hasta los 65 años de edad, con una media de 36.8 (10.9) años, siendo el 64% varones, el 51% solteros, y el 25% de educación universitaria con infección por virus de inmunodeficiencia adquirida de un Hospital de la ciudad de Trujillo (Véase *tabla 1*).

Tabla 1

Características demográficas de los participantes (n=130)

Característica	f	%
<i>Edad (años)</i>		
M	36.8	-
DE	10.9	-
Mín.	20	-
Máx.	76	-
<i>Sexo</i>		
Hombres	83	64%
Mujeres	47	36%
<i>Estado Civil</i>		
Soltero	66	51%
Casado	43	33%
Divorciado	11	8%
Conviviente	5	4%
En una relación	5	4%
<i>Grado de instrucción</i>		
Inicial	0	0%
Primaria	14	11%
Primaria incompleta	4	3%
Secundaria	35	27%
Secundaria incompleta	15	12%
Técnica	11	8%
Universitaria	32	25%
Universitaria incompleta	6	5%
Post grado	13	10%

Nota: Elaboración propia

3.6. Muestreo

Respecto al muestreo, fue no probabilístico: circunstancial o sin normas. Dado que la cantidad de la muestra se ha tomado de manera práctica y acorde a las actuales condiciones que establece el Hospital. Por otra parte, se considera que es suficiente para obtener un porcentaje representativo

de sujetos que permita la predicción de conductas, además por la cantidad de recursos empleados y la facilidad de acceso y evaluación a la población.

Criterios de Inclusión

- Los sujetos deben residir en Trujillo.
- Pacientes a partir de los 18 años hasta los 65 años de edad.
- Los sujetos que estén registrados al Servicio de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad TARGA. Etapa inicial e intermedia de la enfermedad

Criterios de Exclusión

- Aquellos sujetos que en el día de la evaluación no estén presentes.
- Aquellos sujetos que nieguen su participación.

3.7. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

Técnicas

Para realizar la investigación se utilizó la técnica de la evaluación psicométrica ante lo cual se utilizaron dos instrumentos:

Instrumentos:

Instrumento 1: Escala de Resiliencia SV-RES

La escala fue desarrollada por Saavedra y Villalta (2008), siendo de administración tanto individual como colectiva. Respecto al tiempo de aplicación puede ser hasta en 20 minutos. El instrumento consta de 60 reactivos, con 5 alternativas de respuesta cada uno, los reactivos se distribuyen en 12 factores:

Factor 1: Identidad. (Yo soy- condiciones de base). Es la definición de modo estable del sujeto a partir de los juicios que se generan en la sociedad, los que son base para poder interpretar los hechos y acciones en la historia personal.

Factor 2: Autonomía. (Yo soy/yo estoy-visión de sí mismo). Vinculo que establece las personas consigo mismos, tiene que ver con el sentimiento de competencia personal frente a situaciones adversas y la independencia para actuar.

Factor 3: Satisfacción. (Yo soy/yo estoy-visión del problema). Se refiere a la satisfacción personal, sentimientos de logro y la valoración que se tiene de sí mismo.

Factor 4: Pragmatismo. (Yo soy/yo estoy-respuesta resiliente). Se refiere a la interpretación que la persona realiza de sus acciones y la orientación positiva hacia la acción.

Factor 5: Vínculos. (Yo tengo-condiciones de base). Se refiere a toda socialización que establecen las personas y a sus redes sociales, las relaciones vinculares que se establecen desde la infancia que definen las estructuras de apego.

Factor 6: Redes. (Yo tengo-visión de sí mismo). Se refiere al vínculo afectivo que establece toda persona con su entorno social y su entorno familiar.

Factor 7: Modelos. (Yo tengo-visión del problema). Se refiere a las personas, situaciones o experiencias que sirven de guía para enfrentar problemas.

Factor 8: Metas. (Yo tengo-respuesta resiliente). Toda acción que se toma para poder hacer frente a una problemática. Se traza objetivos y se genera acciones específicas para poder alcanzarlos.

Factor 9: Afectividad. (Yo puedo-condiciones de base). Valoración positiva que se tiene de la vida emocional, hábitos y preferencias, humor y empatía.

Factor 10: Autoeficacia. (Yo puedo-visión de sí mismo). Percepción de las posibilidades de éxito que la persona tiene de sí mismo, implica la percepción de la capacidad para establecer límites claros, controlar impulsos y manejar estrés.

Factor 11: Aprendizaje. (Yo puedo-visión del problema). Aprendizaje de las experiencias problemáticas, aprovechar experiencias y aprender de errores.

Factor 12: Generatividad. (Yo puedo-respuesta resiliente). Capacidad de pedir ayuda a otros para solucionar situaciones problemáticas, de crear alternativas de solución y promover la cooperación.

El puntaje máximo es de 300 puntos y el puntaje mínimo 60 puntos. Para poder interpretarlo la puntuación total y por cada factor, se ha categorizado en tres niveles; (a) bajo: puntaje percentil de 0-25; (b) promedio: puntaje percentil de 26-74; (c) alto: puntaje percentil de 75-100. Por otro lado, sus propiedades psicométricas sugieren una Validez: Coeficiente Pearson $r = .76$ y Confiabilidad: Alfa de Cronbach $= .96$.

El instrumento posee ciertas características: tiene un fundamento teórico sólido, articulado a partir de dos modelos (el de Edith Grotberg y Eugenio Saavedra), por otro lado, para su validez de constructo fue realizada por 10 jueces, y posee una alta confiabilidad. Suele ser un instrumento de fácil aplicación y con un número considerable de ítems cuya manera de responder también es simple. Su tiempo de aplicación es breve, el procesamiento de sus datos es simple, y es un instrumento fiable para poder utilizarlo en investigaciones e intervención psicoeducativa.

Adaptación de la Escala de Resiliencia (SV-RES)

Se procedió a realizar una aplicación piloto en 100 pacientes con VIH a partir de 18 años ($M=34.1$; $DE=12.9$) siendo el 53% varones del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad – TARGA del Hospital Regional Docente de Trujillo – HRDT. Fueron escogidos mediante un muestreo no probabilístico circunstancial. La adaptación surge como respuesta a la poca evidencia del funcionamiento de la estructura en nuestro medio local, se tiene noción de procedimientos de análisis factorial confirmatorio en otras realidades como en Brasil (Figueiredo & Callegaro 2011; Soler, Meseguer de Pedro, & García, 2016).

- *Análisis previo:* Con el fin de probar la pertinencia de hacer un análisis factorial del instrumento se analizó el supuesto de normalidad de las variables (ítems), por lo que se recurrió a la observación de los índices de asimetría y curtosis a fin de evitar el sesgo de sensibilidad de las pruebas estadísticas como Shapiro-Wilks o Kolmogorov-Smirnov (Pérez & Medrano, 2010), para lo cual se tomó como umbral máximo de -1.5 y 1.5 (Chavez, 2017; Domínguez & Medrano, 2015; Domínguez, 2012; Pérez & Medrano, 2010) para la asimetría y curtosis, sobre la base de ello se evidencia que ítems como el 1, 3, 8, 18, 20, 25, 26, 21, 32, 34, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 52, 57 y 60 sobrepasan el umbral lo se describiría como el efecto de piso y techo (Merino & Salas, 2017) y generarían un sesgo en la distribución de los ítems generando robustez y al hacer un análisis, desaprobando los demás supuestos, este sería ilícito (Pérez & Medrano, 2010). Con respecto a las multicolinealidad se aprueba el supuesto ya ninguno de las correlaciones entre ítems es mayor al .90 (Pérez & Medrano, 2010). Y como tercer supuesto de aprobación para el análisis factorial son los índices de KMO y de esfericidad de Bartlett en los que se hallaron índices de $KMO=.81910$ siendo suficiente y $d. f. = 1770$; $p=.000$ para el otro estadígrafo implicando que hay una suficiente correlación entre los ítems (Pérez & Medrano, 2010). Con esto se concluye que se el análisis factorial es aprobado sin embargo tener en cuenta en el análisis la robustez de los ítems.

- *Evidencia de Validez:* El análisis de base de datos se realizó con el programa estadístico Factor v. 10.4 en donde se realizó un primer análisis factorial para explorar la cantidad de factores subyacentes que están en la data por medio de la distinción de los autovalores de la matriz de datos aleatorios (Horn, 1965) así pues, la varianza real de la data en la primera variable fue de 45.3% lo que sugiere que solo hay un factor latente en común con todos los 60 ítems (Pérez & Medrano, 2010). Para el segundo análisis se obtuvo las cargas factoriales del factor manifiesto considerándose todos aquellos que estén por encima de .30 en carga factorial (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010), así mismo se obtuvo la varianza total explicada siendo de 43.44% contradiciendo a los mencionado por Pérez & Medrano (2010) quienes recomiendan que se debe tener al menos el 50% de varianza explicada en la solución factorial, sin embargo, este criterio no es decisivo.

En el estudio ha demostrado que se trata de una escala unidimensional con 60 ítem que tienen una carga factorial superior al .30 (Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010) y que logró una varianza acumulada de 43.44% contradiciendo completamente la estructura teórica propuesta inicialmente por Saavedra & Villalta, (2008) quienes asumen que la escala tiene 12 factores teóricos. Por otra parte, los autores originales no volvieron a realizar estudios sobre la prueba, ni a volver a validarla, así como tampoco se ha encontrado antecedentes que concuerden los datos de la prueba. Los datos obtenidos se podrían asemejar a los encontrados por Figueiredo y Callegaro (2011) quienes en su estudio en el noreste de Brasil determinaron una escala unidimensional mediante el análisis de componentes principales y de máxima verosimilitud para detectar los niveles de resiliencia empero la diferencia radica en que solo son 14 ítems que la componen, del mismo modo pasa con la versión española de la Escala de Resiliencia de 10 ítems de Connor Davidson (CD – RISC 10) (Soler, Meseguer de Pedro, & García, 2016) quienes demostraron por medio de análisis factorial exploratorio la unidimensionalidad de la variable, teniendo una varianza explicada del 55.8% y la saturación de sus ítems están entre el .58 y el .74. Al ser esta escala la versión abreviada del CD-RISC y haber sido a su vez el criterio externo de la Escala de Resiliencia SV – RES en el que se obtuvo buenos índices de correlación (.76**) (Saavedra & Villalta, 2008) entonces podría augurar que la estructura teórica corrió con la misma suerte, al encontrar niveles altos de correlación no solo implica la relación de interdependencia entre los instrumentos sino también de hallar la evidencia de validez de constructo por criterio externo., por otra parte el constructo teórico no se encuentra bien sustentado en datos empíricos (Saavedra & Villalta, 2008) como el análisis factorial ya que este es la mejor medida para evidenciar la validez (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014; Alarcón, 2008; Martínez, 2005). Por lo tanto, se recomienda suprimir los ítems que tienen cargas factoriales bajas a fin de abreviar la escala ya que no tendrá razón medir el mismo constructo unidimensional con una cantidad excesiva de ítems.

Por otro lado se ha obtenido los niveles de confiabilidad tanto desde el coeficiente Omega de McDonald de .977 (Ventura & Caycho, 2017) y en el caso del Alfa de Cronbach, igualmente el mismo índice de .977 siendo está sumamente elevada y óptima (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014) por otro lado se demostró la confiabilidad por medio del Coeficiente de alfa ordinal, .971 siendo el más adecuado para ítems de naturaleza ordinal con menos de 7 anclas tipo Likert (Elosua & Zumbo, 2008) como es el caso y el Theta Armor con un .98 (Domínguez, 2012) demostrando la suficiente consistencia interna y la ausencia de errores de medición derivados de la fiabilidad.

Instrumento 2: Escala de apoyo social familiar y de amigos (AFA-R)

Este instrumento fue construido por Landero y Gonzáles, su tipo es escala, puede ser administrado tanto de forma individual como colectiva, su administración puede durar unos 8 minutos. Por otro

lado, la escala consta de 15 reactivos, los cuales pueden ser respondidos en base a una escala tipo Likert de 5 puntos. Dicho instrumento evalúa dos grandes dimensiones:

1.- Apoyo familiar (ítems 1,3,5,7,9,11,13,14): Se puede considerar como relaciones primarias de las cuales sobre todo al inicio el individuo depende de ellas para satisfacer sus necesidades y retroalimentarse, y son mas duraderas en el tiempo, las cuales proporcionan o pueden proporcionar distinto tipos de apoyo a sus integrantes.

2.- Apoyo de amigos (Ítems 2,4,6,8,10,12,15): representar una relación secundaria que forman parte del proceso de socialización de las personas, que puede a veces pasar a ser más importantes o más influyentes en las personas sobre todo en ciertas etapas de la vida, pero en general tienden a ser relaciones menos duraderas.

Su puntaje varía desde 1 = nunca a 5 = siempre. Por otro lado, el máximo puntaje que se puede obtener es de 75 puntos, y el mínimo de 15. Cuando mayor es el puntaje, mayor es el apoyo social percibido. Su confiabilidad por medio de Alfa de Cronbach = 0,92.

El instrumento fue validado en una muestra de 130 pacientes con diagnóstico de VIH en un hospital de Trujillo.

- *Análisis previo:* El análisis se realizó mediante el programa Factor 10.4 (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2007) con una muestra de 100 individuos. Se procedió a realizar el análisis de la asimetría y curtosis de los 15 ítems que componen la escala de Apoyo Social Familia y de Amigos (AFA - r), se comprobó que ninguno de ellos sobrepasa el límite de normalidad de -1.5 y 1.5 (Domínguez, 2014; Domínguez & Medrano, 2015) por lo que se presume que cumple con el primero de los supuestos para el análisis factorial (Pérez & Medrano, 2010) sin embargo se observa que el ítems 14 tiene una asimetría que esta próxima a umbral con -1.182. Como segundo supuesto se analiza la multicolinealidad en los datos de obtenidos de la matriz de correlaciones polocóricas de los 15 ítems correlacionados entre sí, con la finalidad de observar la estabilidad y la relación lineal entre las variables, sin embargo se pone en manifiesto que no pueden sobrepasar el límite de .90 ya que esto supondrá que una desestabilidad en el análisis (Pérez & Medrano, 2010) y que algunos ítems estarías midiendo los mismo exactamente (Domínguez, 2014), en la matriz se observa el mayor puntaje de .772 entre el ítem 3 y 5.

Como tercer y último punto del análisis previo, es importante evaluar la correlación entre las variables (en este caso ítems) y para ello demás de tener un instrumento adecuado es importante tener una muestra suficientemente extensa para suplir inestabilidad de las correlaciones, se entiende que la proporción es de 1 a 10, 10 evaluados por cada ítem (Pérez & Medrano, 2010), caso contrario al estudio donde solo se aplicó a 100 sujetos, sin embargo para certificar si es que la cantidad de sujetos evaluados no afecta la correlación se aplica la esfericidad de Bartlett que supone que los ítems están suficientemente correlacionados, en el análisis previsto se obtuvo una

significancia de $p = .000$, pero dado que los resultados pueden ser significativos pero la correlación es pobre (Pérez & Medrano, 2010; Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010) se aplica el estadístico de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO) que tiene la misma magnitud de calificación que la confiabilidad donde 0 es nulo y 1 es puntuación perfecta, siendo en para la Escala de Apoyo Social Familia y de Amigos de .914 lo que la hace muy óptima según los estándares de Pérez y Medrano, (2010) que proponen un mínimo de .70 y para Domínguez, (2014) y Ventura, (2017) del .80.

Adaptación de la Escala de Apoyo Social familiar y de amigos (AFA - r)

Se procedió a realizar una aplicación piloto en 100 pacientes con VIH a partir de 18 años ($M=34.1$; $DE=12.9$) siendo el 53% varones del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad – TARGA del Hospital Regional Docente de Trujillo – HRDT. Fueron escogidos mediante un muestreo no probabilístico circunstancial. La versión original fue realizada en México, luego de ellos las subsecuentes validaciones han arrojado resultados imprecisos como el de Torres, Vega, Vinaly, Arenas, & Rodríguez, (2015) en donde precisó la eliminación de un ítem y la manifestación de un tercer factor, mientras una nueva validación por González y Landero (2014) evidenciaron la misma estructura sin embargo se procedió mediante la extracción de componentes principales.

- *Evidencia de validez:* En el primer análisis que se ha realizado de la data se ha supuesto una matriz de correlación polocóricas ya que los ítems son de naturaleza ordinal, de tipo Likert de 5 anclas (Domínguez S. , 2014; Pérez & Medrano, 2010; Ventura, 2017; Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010), además en el análisis del Programa Factor se ha obtenido 2 componentes bien definidos con auto valores superiores a la unidad (factor 1: 8.264 y factor 2: 1.806) así mismo el porcentaje de varianza total entre ambos es de 67.14% lo que implicaría que ambos factores explican gran parte del constructo a medir (Martínez, 2005). Por otro lado, la correlación entre los factores es superior al .32, (Domínguez, 2014 y Pérez & Medrano, 2010) lo que implica que se debe escoger una rotación oblicua (Promin) ya que es la más adecuada para realizar la rotación de los ítems y que se acomoden a los factores extraídos (Pérez & Medrano, 2010).

El estudio encontró ítems que saturaron, en su mayoría, en las mismas dimensiones como en el estudio inicial de la Escala de Apoyo Social Familia y de Amigos (González & Landero, 2008) se determinó que los ítems 3, 5, 7, 9 y 11 pertenecían a la dimensión de apoyo social familiar (ASF) y en otros estudios se concluyó que estos se mantiene unidos en un solo factor (González & Landero, 2014; Torres, Vega, Vinaly, Arenas, & Rodríguez, 2015) a diferencia excepción del ítem 9 (¿Alguien en tu familia te ayuda en las tareas de la escuela o trabajo?) que cargó en un tercer factor con una saturación de .701 (Torres, Vega, Vinaly, Arenas, & Rodríguez, 2015) y en el estudio de González y Landero, (2014) de propiedades psicométricas cargó en 2 factores en su primer análisis factorial con .407, en el factor 1 con .761 en el factor 3 lo que originó que este fuese eliminado para el siguiente análisis, por el contrario, en el este análisis de Aldave (2017) se alcanzó una carga factorial

de .967; esto hace suponer que el ítem está siendo muy inestable según la realidad donde sea aplicado (Aiken, 2003) lo que puede llevar a la eliminación del ítem.

Con respecto a los ítems 13 y 14 han cambiado de posición con los ítems 12 y 15 en comparación con los estudios anteriores (González & Landero, 2008; González & Landero, 2014; Torres, Vega, Vinaly, Arenas, & Rodríguez, 2015) donde han obtenido una saturación de .797 (ítems 14) y .746 (ítem 13) en el estudio de González y Landero, (2014) y en el análisis de Aldave (2017) lograron un índice de .897 (Ítem 13) y .763 (ítem 14). Con respecto a los ítems 12 y 15 estos alcanzaron un .589 y .691 respectivamente a diferencias de los resultados de González y Landero, (2014) donde estos saturaron largamente en .749 y .714 aun así mejoró la saturación en los resultados de Torres, Vega, Vinaly, Arenas, y Rodríguez (2015) donde se hallaron .846 en el ítem 12 y .918 en el ítem 15.

Además, se determinó que el ítem 1 ha tenido una saturación de .363 en el factor 1 y de .509 en el factor 2 lo que hace impredecible, a comparación de otro estudio del 2014 el ítem presentó mejor carga (.827 en el primer análisis factorial y .836 en el segundo análisis con 2 factores definidos) (González & Landero, 2014) a diferencias en los estudios de Torres, Vega, Vinaly, Arenas, y Rodríguez (2015) donde no alcanzó la carga sugerida (<.30). Así esto se relaciona con los hallazgos actuales donde este mismo ítem a comparación de los demás es el que menor carga factorial ha obtenido.

Con respecto a la varianza explicada en los estudios de González y Landero (2014) se obtuvo un 66.10% de varianza acumulada mientras que el de Torres, Vega, Vinaly, Arenas, y Rodríguez (2015) fue de 74.18% de varianza, difiriendo de este estudio donde se alcanzó 67.14%, lo que implicará que mejor estructura mantiene el segundo estudio, con sus tres cargas factoriales, esto se debe a que a mayor cantidad de factores extraídos mayores podrá la varianza explicada (Pérez & Medrano, 2010). Por otra parte, la estructura teórica que concluyó Torres, Vega, Vinaly, Arenas, y Rodríguez (2015) es la más cercana a la actual ya que también tuvo salto de ítems equivalente al estudio de Aldave (2017) siendo el primer factor conceptualizado en el apoyo, confianza, conversación y afecto familiar, por el contrario, el segundo factor se relacionó con apoyo, afecto y satisfacción de amigos.

- *Evidencias de confiabilidad:* En el análisis de confiabilidad se obtuvo mediante alpha ordinal en el primer factor .917 mientras que en el segundo factor .923 siendo sumamente óptimos, por otra parte se tomó en cuenta este estadístico de fiabilidad debido a la naturaleza de los ítems ya que son ordinales de tipo Likert de 5 anclas, lo que es cuestionado por Elosua y Zumbo (2008) ya que considera que resulta ineficaz la utilización del alfa de Cronbach en ítems ordinales con menos de 7 anclas, así mismo Domínguez (2012) propone un modelo de resolución para obtener el coeficiente en el que se trabaja con los pesos factoriales derivados de la matriz polocóricas corrigiendo los sesgos por lo que se espera que obtengan coeficientes más altos que el alfa tradicional.

3.8. Procedimiento de Recolección de Datos

Para determinar la validez y confiabilidad de los instrumentos, se procedió a realizar una aplicación piloto en 100 pacientes con VIH a partir de 18 años, siendo el 53% varones del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad – TARGA del Hospital Regional Docente de Trujillo – HRDT. Fueron escogidos mediante un muestreo no probabilístico circunstancial. La adaptación surge como respuesta a la poca evidencia del funcionamiento de la estructura en nuestro medio local, se tiene noción de procedimientos de análisis factorial confirmatorio en otras realidades como en Brasil (Figueiredo & Callegaro 2011; Soler, Meseguer de Pedro, & García, 2016).

Posteriormente, hallado las evidencias de validez y confiabilidad, se procedió a solicitar el permiso al Hospital Regional Docente de Trujillo – HRDT, cumpliendo con el proceso formal de la documentación, como carta de presentación de parte de la Universidad Privada del Norte solicitando el permiso, así como los objetivos de la investigación, cláusulas de pro y contra del estudio. Teniendo en cuenta que la población que la población para esta investigación fue de 450 pacientes del TARGA, se obtuvo una muestra de 130 pacientes, los cuales fueron seleccionados con un tipo de muestreo no probabilístico: circunstancial o sin normas. Cabe recalcar, que la cantidad de la muestra se ha tomado de manera práctica y acorde a las actuales condiciones que establece el Hospital.

Asimismo, se presentó un consentimiento informado a los pacientes con VIH del TARGA y se recolectó los datos mediante la aplicación de los instrumentos realizándose la calificación y tabulación de los resultados de la recolección de datos. Es importante precisar que no se tuvo acceso a sujetos que se encontraban con SIDA.

3.9. Métodos, instrumentos y procedimientos de análisis de datos

Respecto al procedimiento y análisis de datos, se realizó teniendo en cuenta dos programas informáticos y estadísticos: MS Excel y SPSS IBM v. 24.0. Para procesar la base de datos se utilizó el programa MS Excel, en cual se hará un filtro de los datos sesgados, cada uno codificado según el instrumento, además, se pudo encontrar datos perdidos para luego ser remplazados por otras aplicaciones. Seguidamente, se procesó los datos en una hoja del programa SPSS IBM v. 24.0, en cual se efectuó el análisis estadístico, teniendo en cuenta la estadística descriptiva e inferencial, la que se describe de la siguiente manera:

- La estadística descriptiva, fue de utilidad para hallar las medidas de tendencia central como la media y la mediana, de igual manera, para efectuar el recuento o frecuencias porcentuales de los datos para su posterior ubicación categorial.

- La estadística inferencial, fue de útil para efectuar las medidas de correlación entre las variables y dimensiones en estudio. El primer paso fue hallar si la muestra ajusta a una curva normal, esto fue por medio de la prueba de Z de *Kolmogorov Smirnov*, además, esto ayudó a determinar el tipo de prueba estadística a utilizar para el análisis de las correlaciones, es decir, prueba paramétrica o no paramétrica. A partir de esto, se efectuó el uso de estadísticas de correlación de variables siendo la prueba estadística de Rho de Spearman con sus intervalos de confianza respectivos.

Por último, los resultados, previamente procesados, se presentan en tablas según las normas del Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (2010).

CAPÍTULO 4. RESULTADOS

Tabla 2.

Correlación entre Resiliencia y Apoyo Social y sus dimensiones en pacientes con VIH en un hospital ciudad de Trujillo

<i>Mediciones</i>	Apoyo Social Familia	Apoyo Social Amigos	Apoyo Social Percibido
Resiliencia	,471** [.337; .685]	,442** [.301; .648]	,481** [.350; .698]

Nota: $p^* < .05$; $p^{**} < .01$

En la tabla 2 se ha hallado la relación entre la resiliencia y el apoyo social en familia y amigos en pacientes que padecen del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). En ella se ha recurrido a la prueba estadística de Rho de Spearman – Véase anexos – en la que la evidencia una magnitud de relación media ($r_s = .47$; $p^{**} < .01$) entre resiliencia y apoyo social familiar; entre resiliencia y apoyo social de amigos, de la misma forma, es de magnitud media ($r_s = .44$; $p^{**} < .01$). Entre resiliencia y apoyo social percibido la relación resulta ser de una magnitud media ($r_s = .44$; $p^{**} < .01$).

Tabla 3.

Análisis descriptivo de la resiliencia en pacientes con VIH en un hospital ciudad de Trujillo

Mediciones	Alto		Medio		Bajo	
	f	%	f	%	f	%
Resiliencia	33	25%	64	49%	33	25%

En la tabla 3 se observa el recuento del desempeño de la muestra por niveles descriptivos, los cuales se han obtenido extrayendo los cuartiles de la variable. Con respecto a la *Resiliencia* el 49.2% de la muestra ha logrado un nivel medio, mientras que el 25.4% han logrado alcanzar el nivel bajo, y del mismo modo el nivel alto.

Tabla 4.

Análisis descriptivo de las dimensiones del Apoyo social en pacientes con VIH en un hospital ciudad de Trujillo

Mediciones	Alto		Medio		Bajo	
	f	%	f	%	f	%
Apoyo Social Familiar	37	28%	59	45%	34	26%
Apoyo Social de Amigos	36	28%	61	47%	33	25%
Apoyo Social Percibido	35	27%	63	48%	32	25%

En la tabla 4 se observa el recuento del desempeño de los evaluados por niveles descriptivos, los cuales se han obtenido extrayendo los cuartiles de cada dimensión. Se observa que del 100% de muestra el 45.4% se ubica en el nivel medio, del mismo modo con el apoyo social de amigos, el 46.9% se ubica en el nivel medio. Con respecto al apoyo social percibido la mayor parte de la muestra se acumula en el nivel medio con el 48.5%

CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

El objetivo principal del estudio fue hallar la relación entre la resiliencia y el apoyo social familiar y de amigos en 130 pacientes ambulatorios del servicio de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad – TARGA en el Hospital Regional Docente de Trujillo, La Libertad. Se contó con una población registrada en el área de 450 pacientes de la edad 16 años en adelante, entre hombres y mujeres; se contó con una muestra de 130 participantes, el 64% varones con una edad media de 36.8(10.9) años, la mayoría de nivel académico universitario (25%), seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia, adaptándose a posibilidad del servicio ya que no se contaba con una población cautiva y de la cual solo asistían para llevar control de su tratamiento antirretroviral.

La investigación de diseño descriptivo correlacional bivariado utilizó el estadístico Rho de Spearman entre la resiliencia y el apoyo social familiar y de amigos. La relación entre los factores generales arrojó una magnitud media ($r_s=.481$; $IC95\%$ [.350; .698]; $p^{**}<.01$). El resultado estadístico guarda relación por lo propuesto por Saavedra (2004) sobre la resiliencia, al hacer referencia a las redes sociales en las que el sujeto puede apoyarse como medio de salvaguardar su identidad, entendiéndose como la interdependencia entre la identidad y el medio social, cultural y político. Desde la construcción social, la identidad es una enmarañado de historias, experiencias y situaciones del cual el sujeto es participe y sin ella no podría explicarse, Saavedra (2004) atribuye, dentro del contexto social, el apoyo social que tenga el sujeto a partir de las relaciones significativas que tenga con su familia o amigos, siendo así un factor de apoyo sobresaliente en la resiliencia.

Un factor importante en la adaptación es la resiliencia, de tener algún desequilibrio en ella podría generar desestabilidad psíquica en el sujeto (Saavedra & Villalta, 2008; Saavedra, 2004; Luthar, 2001), dentro de las características psicológicas asociadas a la resiliencia destaca el conjunto de procesos sociales los cuales alimentan la psique (Rutter, 1993) y de la cual podrá generar una forma de participar en su entorno generando una suerte de ajuste constante lo que conllevará a situaciones de estrés (Saavedra, 2004).

Las personas resilientes tienen la facultad de establecer mejores relaciones interpersonales, a ser más sociables (Saavedra, 2004), esto forma un conjunto de recursos favorables a la fuerza del ego, intimidad social y generosidad (Becoña, 2006) lo que implicaría la relación íntima entre la resiliencia y el medio social, específicamente relaciones sociales que sean significativas para el sujeto

(Saavedra & Villalta, 2008), además se entendería una relación de *post hoc ergo propter hoc* de la resiliencia hacia el apoyo social.

Al respecto Gonzales y Landero (2008) manifiestan que el apoyo social esta compuesto de una dimensión estructural y funcional. La primera esta dirigida a la cantidad de amigos o familiares que tienen cercanía con la persona, mientras que la dimensión funcional esta referida a la calidad de relaciones, siendo esta una mejor predicción de el apoyo social percibido.

Las implicancias del apoyo social formulan un adecuado bienestar psicológico, dando al sujeto la capacidad de tener control sobre sus propios recursos psicológicos (Barrón, 1996; Méndez & Barra, 2008; Amaya, 2013) entre ellos estaría la resiliencia (Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick, & Sowyer, 2003).

En pacientes con VIH, la comorbilidad esta asociada a deterioro de relaciones sociales, rechazo social, ideaciones suicidas, baja autoestima, enfermedades mentales, etc. La resiliencia se ve mermada significativamente desde el momento en que las personas conocen el diagnostico de VIH, sin embargo, se ha probado en repetidas ocasiones que estos pacientes suelen superar y manejar los nuevos riesgos, consolidando la resiliencia (Farber, Schwartz, Schaper, & Moone, 2000). Escobar (2014) manifiesta que existe presencia de deterioro de todo el aparato psíquico en personas que obtienen un diagnostico de VIH, sin embargo, pone la distinción entre las personas que conocen de él tempranamente de los que se enteran cuando ya hay presencia de sintomatología de SIDA. Se debe a existe un impacto menos profundo en personas con diagnóstico temprano, dando la oportunidad de procesar la enfermedad con mayor calma. Es por ello que se puede detectar presencia de recursos que protejan la psique del paciente, entre estos está la resiliencia (Bedón, 2013; Escobar, 2014; Fernández de Araujo, 2014): los factores asociados a ella en pacientes con VIH son: la aceptación con el fin de cambiar la percepción que se tiene sobre la enfermedad y el apoyo social, caracterizado por el soporte de las personas cercanas, circulo social, amical y familiar (Escobar, 2014) de no haber un buen soporte se estima la presencia de emociones y sentimientos negativos que deterioran la visión de la enfermedad, metas de vida adecuadas, bajo rendimiento académico y laboral (Aguilera, 2004, Beltrán, 2009).

Por lo tanto, desde un aspecto teórico se concluye la relación entre la resiliencia y el apoyo social percibido, no solo como variables que pueden coexistir, sino que uno se explica por medio de la

otra. Además, se presume la relación causal entre ellas, siendo un factor de causa la resiliencia para generar un efecto, apoyo social percibido.

Los resultados de esta investigación concuerdan con los hallados por Baca (2013) quien realizó un estudio de correlación entre resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos mayores de 18 años en la ciudad de Trujillo. En él se detalla una relación de magnitud pequeña ($r_s=.354$; $p^{**}<.01$) y en comparación con los resultados obtenidos en este estudio, discrepa. La OMS (2017) considera en la actualidad al VIH/SIDA como una enfermedad crónica, donde el riesgo de morir a mermado desde el año 2000, debido a los constantes avances médicos el SIDA se ha catalogado como una enfermedad incurable pero que no conlleva a mortandad de quien la padece. Escobar (2014) justifica la presencia de resiliencia en pacientes con VIH debido a ausencia de riesgo a la mortalidad, lo define como la oportunidad que tiene el paciente en reorientar sus metas de vida o fijarla, lo que resulta un factor alentador de la resiliencia; caso contrario pasa en pacientes oncológicos en donde la tasa de mortalidad es superior y el tratamiento genera una calidad de vida inestable, ya que el deterioro físico que conlleva limita las capacidades.

Entre otros estudios realizados está el de González (2016) donde relacionó la resiliencia y la agresividad en pacientes con VIH/SIDA en la ciudad de Lima. Se halló una relación inversa ($p^{**}<.01$) siendo la agresividad un factor desfavorable a la resiliencia. Con relación al estudio, el apoyo social resulta ser una variable antagónica de la agresividad. González (2016) advierte que las personas con un nivel elevado de agresividad tienen problemas serios en formar lazos afectivos y formar una red de apoyo social, lo que dista de la conducta antisocial ya que este sí logra desarrollar una red social, sin embargo, una persona agresiva usualmente es evadida por sus semejantes.

Vicioso (2017) encontró relación entre apoyo social y adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en Bizkaia, País Vasco; la relación fue de magnitud pequeña ($r=.260$; $p^{*}<.05$) sin embargo aún explica que el apoyo social resulta un factor protector de la adherencia. Del mismo modo Vilató, Martín, Pérez (2015) determinaron la relación de apoyo social y adherencia terapéutica en pacientes con VIH/SIDA en la ciudad de Guantánamo, Cuba. Por otra parte, Escobar (2015) halló asociación entre adherencia al tratamiento y resiliencia; tan igual, Bedón (2013) en la ciudad de Huaral, Perú, relacionó las mismas variables hallaron un índice de magnitud media ($r=.453$; $p^{**}<.05$) entre ellas. Los resultados implican que el apoyo social y la resiliencia son factores comunes que favorecen la adherencia al tratamiento (Vicioso, 2017; Escobar 2015) por ende Vilató, Martín, Pérez (2015; Palomar & Cienfuegos, 2007; Gómez, Pérez y Vila, 2001) suponen que existe algún factor

latente entre la resiliencia, el apoyo social, autocuidado, etc. que explican la adherencia al tratamiento y que podrían explicarse entre ellos compartiendo covarianzas.

A partir de los hallazgos y de los estudios previos se concluye en la aprobación de la hipótesis general que versa: Existe relación entre la resiliencia y apoyo social familiar y de amigos en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana en un hospital de Trujillo. Asumiendo la relación entre resiliencia y apoyo social.

Los objetivos específicos de correlación están dirigidos a la relación entre la resiliencia y el apoyo social familiar y resiliencia y apoyo social de amigos. Con respecto al primero objetivo específico se halló una relación de magnitud media ($r_s=.471$; $IC95\%$ [.337; .685]; $p^{**}<.01$). El resultado guarda relación teórica con lo postulado por Pardo, Sandoval, Umbarila, (2004) quien manifiesta que el factor de apoyo social familiar tiene un impacto mayor en la resiliencia debido al significado que tiene la familia para el paciente. González (2001) considera que una adecuada relación familia puede generar bienestar emocional y empoderamiento en pacientes con enfermedades crónicas, al ser la resiliencia un factor latente del bienestar pues se entiende la relación que puedan tener ambos constructos.

El estudio de Pacheco (2017) ampara los resultados empíricos, relacionó la resiliencia y las relaciones intrafamiliares en 50 pacientes con VIH de la ciudad de Toluca, México en los que encontró una relación de magnitud media; del mismo modo el estudio de Rodríguez y Gastañadui (2013) determinaron una relación entre el apoyo familiar y el nivel de autocuidado en adultos con VIH del Hospital Regional Docente de Trujillo y en el cual encontraron que existe relación de nivel medio entre las variables. El nivel de autocuidado esta asociado a capacidad del sujeto en ser resiliente, a la toma de decisiones y al bienestar psicológico (Rodríguez y Gastañadui, 2013) por lo que se asume que hay evidencias de relaciones entre el apoyo social brindado por la familia y la capacidad de ser resiliente.

El segundo objetivo específico está orientado a la dedicado a la relación entre la resiliencia y el apoyo social de amigos. Se han hallado resultados de correlación con una magnitud media ($r_s=.442$; $IC95\%$ [.301; .648]; $p^{**}<.01$) que coinciden con la información teórica otorgada por Luthar (2001), Rutter (1993); Saavedra (2004) y Saavedra y Villalta (2008) quienes manifiestan que el apoyo social del grupo amical es imprescindible para el desarrollo de la resiliencia y por ende de bienestar

psicológico. Las evidencias empíricas concuerdan en la relación indirecta de la resiliencia y el apoyo social de amigos (Vicioso, 2017; Espín, 2017; Pacheco, 2017; Escobar, 2015; Vilató, Martín, Pérez, 2015; Fernández de Araujo, 2014; León, 2015; Romero, Amador, Alvis, 2010; González, 2016; Bedón, 2013 Baca, 2013; y Rodríguez & Gastañadui, 2013), debido a que el constructo de apoyo social percibido no especifica las mismas dimensiones de las que se han medido en esta investigación.

Los resultados de este estudio se han visto limitados por factores como el tiempo y la accesibilidad a la población; si bien es cierto el servicio de TARGA autorizó la evaluación a los pacientes que acudían a atención ambulatoria, hubo sujetos a los cuales no se tuvo acceso por grado de deterioro cognitivo que presentaban, y los cuales fueron atendidos directamente por el personal médico competente del servicio. Se estima una falencia en la validez externa del estudio (Ato, López, & Benavente, 2013) por lo que los resultados se pueden resumir en una aproximación al estudio de las variables en esta población como base a nuevos estudios más rigurosos y que contemplen datos sociodemográficos más amplios.

CONCLUSIONES

- Se halló relación entre resiliencia y apoyo social percibido en pacientes con VIH implicando el efecto que puede tener el apoyo social en el desarrollo de la resiliencia ($r_s=.481$; $p^{**}<.01$; $r^2=23\%$).
- Se evidenció una relación práctica y estadística entre resiliencia y apoyo social de amigos ($r_s=.442$; $p^{**}<.01$); del mismo modo con apoyo social familiar ($r_s=.471$; $p^{**}<.01$) determinando que el apoyo social en el entorno familiar y de amigos son beneficiosos para la resiliencia de los pacientes con VIH en tratamiento.
- Según niveles descriptivos se ha determinado que el 45% de los evaluados tienen un apoyo familiar medio, mientras que el 28% se encuentran en nivel bajo.
- Con respecto al apoyo social de amigos el 47% de los evaluados se encuentran en nivel medio, mientras que el 28% reportan un nivel bajo.
- En referencia al apoyo social percibido, el 48% están en nivel medio, y el 27% en nivel alto.
- En la resiliencia, el 49% de evaluados se encuentran en el nivel medio, mientras que el 25% se conglomeran tanto en el nivel alto como bajo.
- El VIH, es una enfermedad con esperanza de vida que requiere centrarse en el tratamiento clínico y más aún en las variables psicológicas que afectan el control y manejo de la enfermedad por parte de los pacientes y de su familia como entornos sociales cercanos.

RECOMENDACIONES

- La resiliencia y el apoyo social percibido son factores protectores muy relacionados que al vincularse generan una aceptación y progresiva adaptación positiva de la enfermedad; así como, el soporte a los eventos estresantes que experimenta el paciente con VIH. En tal sentido y considerando los resultados hallados, se torna propicio realizar y proponer dos actividades amplias: 1) un programa de terapias grupales y, de ser el caso, individuales durante la etapa de detección que permitan al paciente desarrollar habilidades que le faciliten enfrentar la enfermedad; 2) ante el rol vital de la participación de la familia y amigos cercanos se sugiere desarrollar grupos de ayuda mutua, permitiendo a los familiares y amigos contar con nuevas herramientas que fomenten, a su vez, un mejor apoyo emocional, informacional e instrumental al paciente con VIH.
- A los profesionales de la salud mental se les recomienda generar espacios psicoeducativos a nivel social e institucional, en el que se fortalezcan la capacidad de resiliencia, la regulación de las reacciones emocionales y los vínculos afectivos ante sus pares, amigos y familia; así como promover en el soporte social del paciente, el respeto y la tolerancia como portadores del virus de VIH, la verificación e insistencia en la toma de antiretrovirales y el acompañamiento que este grupo poblacional requiere, como factor de soporte y control de la enfermedad.
- Si bien, el VIH no es una enfermedad mortal, se requiere que las organizaciones de salud, apliquen una serie políticas y programas destinados a mejorar y ampliar los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH para todas las personas que los necesitan
- A partir de los resultados, se recomienda acoplar nuevas variables asociadas a la resiliencia y apoyo social percibido a fin de poder describir la conducta, con mayor detalle, en pacientes con infección de Virus de Inmunodeficiencia Humana, realizando un estudio cualitativo que profundice las características implicadas en el paciente.
- Con el fin de poder generalizar los resultados, se recomienda que los futuros estudios deben considerar factores, criterios y limitaciones intervinientes en la población en relación a las variables de estudios, lo que nos permitirá generalizar los resultados obtenidos con mayor precisión.

REFERENCIAS

- Aguilera, A. (2004). Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con vih/sida ante su diagnóstico y su manejo. *Rev. Hosp. México*, 71(1), 29-35.
- Ahumada, A. (2010). Apoyo social y calidad de vida en pacientes con vih/sida, residentes en montería. *Revista de Ciencias Biomédicas*, 1(2), 173-179.
- Aiken, L. (2003). *Test psicológicos y evaluación* (Vol. Undecima). México D. F., México: Pearson Educación.
- Amaya, M. (2013). *Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno*. Tesis para optar por el título de Magister en Enfermería, Universidad de Colombia, Colombia.
- Aron, S., Nitsche, R., & Rosenbluth, A. (1995). Redes Sociales de Adolescentes: un estudio descriptivo comparativo. *Psyckhe*, 4(1), 49-56.
- Artuch, R. (2014). *Resiliencia y autorregulación en jóvenes navarros en riesgo de exclusión social, que acuden a programas de cualificación profesional inicial*. Tesis para optar por el título de Doctor en Psicología, Universidad de Navarra, Pamplona.
- Arze, D. (2016). *Pacientes con vih/sida y sus redes de apoyo social y calidad de vida en el SSU*. Obtenido de http://www.ssucbba.org/_admin/pdf/Protocolo-RM-2015_VIH_.pdf
- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de la psicología*, 29(3), 1038-1059.
- Avelar, V., Cornejo, I., & Torres, J. (2011). *Efectos psicológicos en personas de ambos sexos entre las edades de 20 a 50 años diagnosticadas con VIH en el período de enero de 2006 a junio de 2010 pertenecientes a la Fundación Salvadoreña para la lucha contra el sida "María Lorena" (contrasida) del M*. Tesis de licenciatura en psicología, Universidad de El Salvador, Facultad de Ciencias y Humanidades, El Salvador. Obtenido de <http://ri.ues.edu.sv/572/1/10136869.pdf>
- Avendaño, M., & Barra, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia Psicológica*, 26(2), 165-172.

- Baca, D. (2013). *Resiliencia y apoyo social percibido en pacientes oncológicos que acuden a un Hospital de Trujillo*. Tesis para obtener el grado de Maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología. Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3575>
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Bautista, L., & García, M. (2011). Estigmatización y apoyo familiar: Coadyuvantes para la adherencia terapéutica del portador del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. *Atención Familiar*, 18(1), 4 - 8. Obtenido de http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/24672/23164
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11(3), 125-146.
- Bedón, Y. (2013). Resiliencia y adherencia al TARGA en pacientes con VIH/ SIDA del Hospital San Juan Bautista de Huaral. *PsiqueMag*, 2(1), 51 - 63. Obtenido de ojs.ucvlima.edu.pe/index.php/psiquemag/article/download/10/10
- Beltrán, E. (2009). *Apoyo social y calidad de vida en pacientes con vih de la ips de la costa en el periodo de 2009*. Tesis de Licenciatura, Universidad de Cartagena, Colombia.
- Bravo, A., & Fernández, J. (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residencias de protección. Un análisis comparativo con población normativa. *Psicothema*, 15(1), 136-142.
- Bustos, M. (2005). Factores de Resiliencia en Adolescentes Residentes en un Centro de Protección de Valparaíso. *Revista de Psicología - Universidad Viña del Mar*, 2(4), 85-108.
- Cano, A. (2009). *Desarrollo de una medida de resiliencia para establecer el perfil psicosocial de los adolescentes resilientes que permita poner a prueba el modelo explicativo de resiliencia basado en variables psicosociales*. Tesis para optar por el grado de Especialista en Psicología Clínica, Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Cardozo, G., & Alderete, A. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe*, 23(1), 148-182.
- Castellano, B. (2005). El adolescente y su entorno: sociedad, familia y amigos. *Pediatría Integral*, 9(1), 41-46.
- Castellano, L. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 365-377.
- Chavez, G. (2017). *Evidencias de validez de los instrumentos*. Diapositivas de clase, Universidad Privada del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud, Trujillo. Recuperado el 26 de mayo de 2017

- Colvin, M., Culler, F., & Vander, T. (2002). Coercion, social support, and crime: An emerging theoretical consensus. *Criminology*, 40(1), 19-42.
- Cyrułnick, B., & et. al. (2004). *El realismo de la esperanza*. Barcelona: Gedisa.
- De Dios, C., Avedillo, C., Palao, A., Ortíz, A., & Agud, J. (2003). Factores familiares y sociales asociados al bienestar emocional en adolescentes diabéticos. *The European Journal of Psychiatry*, 17(1), 171-182.
- Delgado, R., Pérez, M., Julca, N., Obregón, G., & Julca, J. (2017). Resentimiento y depresión en pacientes con VIH-SIDA. *Avances en psicología*, 25(1), 59 - 71. Obtenido de <http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2017/R.DELGADO.pdf>
- Domínguez-Lara, S. (2012). Propuestas para el cálculo del Alfa Ordinal y Theta de Armor. *Revista de Investigación en Psicología*, 15(1), 213-217.
- Domínguez-Lara, S. (2014). Análisis Factorial 1. (G. Chávez, Recopilador) Lima, Perú. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=f-oCUGfeZ-8>
- Domínguez-Lara, S., & Medrano, L. (2015). Invarianza factorial del Cognitive Emotional Regulation Questionnaire (CERQ) en universitarios liméños y cordobeses. *Universitas Psychologica*, 89-98. doi:10.11144/Javeriana.upsy15-1.ifce
- Elosua, P., & Zumbo, B. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuestas categóricas ordenadas. *Psicothema*, 20(4), 896 - 901.
- Escobar, J. (2015). *La resiliencia y su relación con la adherencia al tratamiento en usuarios con VIH de la Unidad de Atención Integral PVV del Hospital Enrique Garcés*. Tesis de licenciatura en psicología, Universidad Central de Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas, Quito.
- Espín, K. (2017). *Pacientes con diagnóstico de VIH positivo y su capacidad de resiliencia ante los niveles de ansiedad y depresión provocados por la enfermedad en el hospital San Vicente de Paul en el periodo 2016 - 2017*. Tesis de licenciatura, Universidad Técnica del Norte , Facultad de educación ciencia y tecnología , Ibarra. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/6804/1/05%20FECYT%203148%20TRA BAJO%20DE%20GRADO.pdf>
- Estrada, J., Martínez, A., & Abadía, C. (2008). Factores bisociales y perepción de una vida con calidad: Reto para la adherencia antirretroviral en pacientes con VIH. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 26(2), 134-142.
- Farber, E., Schwartz, J., Schaper, P., & Moone, D. (2000). Resilience factors associated with adaptation to HIV disease. *Psychosomatics*, 41(1), 140-146.
- Fergus, S., & Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu. Rev. Public Health*, 26(1), 399-419.

- Fernández de Araujo, L. (2014). *Autoeficacia, autoconocimiento, resiliencia y preocupación por el VIH/SIDA: Diferencias entre infectados y no infectados por el VIH*. Tesis doctoral, Universidad de Granada, Granada. Obtenido de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/35179/1/24460874.pdf>
- Fernández, R. (2005). Redes sociales, apoyo social y salud. *Revista de recerca i investigació en antropologia*, 3(1), 1-14.
- Ferrando, P., & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo*, 3(1), 18-33.
- Figueiredo, B., & Callegaro, J. (2011). 10 Ítem Resilience Scale (RS-14): Psychometric Properties of the Brazilian Version. *Journal of Nursing Measurement*, 131-145. doi:doi:dx.doi.org/10.1891/1061-3749.19.3.131
- Galván, J., & et. al. (2006). La importancia del apoyo social para el bienestar físico y mental de las mujeres reclusas. *Salud Mental*, 29(1), 68-74.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 31(4), 416-430.
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56(1), 127-137.
- GBS 2015 HIV Collaborators. (2016). Estimates of global, regional, and national incidence, prevalence, and mortality of HIV, 1980–2015: the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 3(8). doi:https://doi.org/10.1016/S2352-3018(16)30087-X
- Gómez, L., Pérez, M., & Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: una revisión. *Psicología conductual*, 9(1), 5-38.
- González, M., & Landero, R. (2008). *Apoyo social familiar y amigos, AFA*. Documento interno del Cuerpo Académico Psicología Social y de la Salud, Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Psicología, Nuevo León.
- González, M., & Landero, R. (2014). Propiedades psicométricas de la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-r) en una muestra de estudiantes. *Revista de Acta de Investigación Psicológica*, 4(2), 1469-1480.
- González, N. (2001). Acercamiento a la literatura sobre redes sociales y apoyo social. *Revista Cubana de Psicología*, 18(1), 134-141.
- Gonzalez, W. (2016). *Resiliencia y agresividad en pacientes con VIH-SIDA de una clínica especializada, Lima 2015*. Tesis de licenciatura en psicología, Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades, Lima. Obtenido de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/1159/Gonzales_SWE.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gracia, E. (1997). *El Apoyo Social en la Intervención Comunitaria*. Madrid: Paidós.

- Gracia, E. (1999). La importancia de las redes sociales de apoyo en la integración del enfermo mental en la comunidad. *Revista de psicología social*, 2(3), 317-329.
- Gracia, E., & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social. Evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), 327-342.
- Grotberg, E. (1995). A guide to promoting resilience in children: Strengthening the Human Spirit. *Early Childhood Development*.
- Grotberg, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy*. Barcelona: Gedisa.
- Henderson, N., & Milstein, M. (2003). *American Psychologist*. Buenos Aires: Paidós.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). México D. F.: Mc Graw Hill.
- Horn, J. (1965). A rationale and test for the number the factors in factor analysis. *Psychometryca*, 30, 179-185.
- Jiménez, C. (2010). Perfil de las familias de pacientes con vih/ sida de una unidad de medicina familiar de Xalapa, México. *Archivos de Medicina Familiar*, 12(2), 77-82.
- Kotilarenco, M., & Pardo, M. (2003). Algunos alcances acerca del sustento biológico de la resiliencia. *Psyhke*, 12(1), 119-124.
- Kumpfer, K., & Hopkins, R. (1993). Prevention: Current research and trends. *Recent Advances in Addictive Disorders*, 16(1), 11-20.
- Landero, R., & González, M. (2006). Apoyo social en mujeres de familias monoparentales y biparentales. *Psicología y Salud*, 16(2), 149-157.
- Landero, R., & Villareal, M. (2007). Consumo de alcohol en estudiantes en relación con el consumo familiar y de los amigos. *Psicología y Salud*, 17(1), 17-23.
- León, R. (2013). *LA resiliencia y su correlación con la impulsividad y la adherencia terapéutica en pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana, del centro ambulatorio para la prevención y atención del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual*. Tesis para obtener el diploma de especialidad en Salud Pública, Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Medicina, Netzahualcóyotl.
- Libertad, M. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(3), 620-630.
- López, A., & Chacón, F. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 41(3), 53-59.
- Lorenzo-Seva, U., & Ferrando, P. (2007). *FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model*. University Rovira y Virgili.

- Luthar, S. (2001). The construct of resilience: implications for interventions and social policy. *Development and psychopathology*, 7(1), 697-713.
- Luthar, S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience. A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Martínez, R. (2005). *Psicométria: teoría de los test psicológicos y educativos*. Madrid, España: Síntesis.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic. Resilience processes indevelopment. *American Psychologist*, 56(1), 227-238.
- Masten, A., & Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: contributions of the projet competence longitudinal study. *Development and psuchopathology*, 17(1), 345-361.
- Méndez, P., & Barra, E. (2008). Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores. *Psykhe*, 17(1), 59-64.
- Merino, C., & Salas, E. (2017). Escala breve de búsqueda de sensaciones (SBSS): estructura latente de las versiones de 4 y 8 ítems en adolescentes peruanos. *Adicciones*. doi:<https://doi.org/10.20882/adicciones.842>
- Mestanza, R., & Tantaleán, M. (2017). *Capacidad de resiliencia y autoconcepto en pacientes con VIH-SIDA, de la estrategia Sanitaria de ITS-VIH/SIDA y hepatitis B, Hospital Amazónico Yaninacocha - Pucallpa, Junio 2016 - Enero 2017*. Tesis de licenciatura en enfermería, Universidad Nacional de San Martín, Faculta de Ciencias de la Salud, Tarapoto. Obtenido de <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/UNSM/2406/MARIA%20SELENI%20TANTALEAN%20CHAVEZ%2c%20ROCIO%20DEL%20PILAR%20MESTANZA%20SANCHEZ%20-%20ENERMERIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Musito, G., & Cava, M. (2002). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(1), 179-192.
- Musito, G., Martínez, B., & Murgui, S. (2006). Conflicto marital, apoyo parental y ajuste escolar en adolescentes. *Anuario de Psicología*, 37(3), 249-261.
- Narváez, J. (2017). En Perú, Lima y Callao concentran el 75 % de casos de VIH. *La República*. Obtenido de <http://larepublica.pe/sociedad/1152477-lima-y-callao-concentran-el-75-de-casos-de-vih>
- Olsson, C., Bond, L., Burns, J., Vella-Brodrick, D., & Sowyer, S. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26(1), 1-11.

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (24 de mayo de 2018). *Centro de prensa: Las 10 principales causas de defunción*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud Web site: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Organización Mundial de la Salud. (Noviembre de 2017). *10 datos sobre el VIH/SIDA*. Obtenido de <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>
- Ospina, D. (2007). La medición de la resiliencia. *Investigación y educación en Enfermería*, 15(1), 58-65.
- Pacheco, P. (2017). *Nivel de resiliencia y relaciones intrafamiliares en los pacientes con VIH de recién diagnóstico en el primer nivel de atención en el año 2015*. Tesis para obtener diploma de posgrado de la especialidad de Medicina Familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de medicina familiar N° 92 Ciudad Azteca, Toluca.
- Palomar, J., & Cienfuegos, Y. (2007). Pobreza y apoyo social: un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(2), 177-188.
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13(2), 13-28.
- Pérez, E., & Medrano, L. (2010). Análisis Factorial Exploratorio: Bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(1), 58-66.
- Perú21. (2016a). Sida: Cerca de 2,5 millones de personas se infectan cada año de VIH. *Perú21*. Obtenido de <https://peru21.pe/mundo/sida-cerca-2-5-millones-personas-infectan-ano-vih-223699>
- Perú21. (2016b). El 40% de personas diagnosticadas con el VIH abandona el tratamiento. *Perú21*. Obtenido de <https://peru21.pe/lima/40-personas-diagnosticadas-vih-abandona-tratamiento-234734>
- Polk, L. (1997). Toward a middle range theory of resilience. *Advances in Nursing Science*, 19(1), 1-13.
- Puerta, M. (2002). *Resiliencia: la estimulación del niño para enfrentar desafíos*. México: Grupo Editorial Lumen.
- Pun, M. (2015). Situación de la epidemia del VIH en el Perú. *Grupo temático TB-VIH*. Lima. Obtenido de <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/vih/matcom/Situacion-Epidemiologica-VIH-2015.pdf>
- Rodríguez, K., & Gastañadui, V. (2015). *Apoyo Familiar y nivel de autocuidado del adulto con VIH. Hospital Regional Docente de Trujillo 2013*. Tesis de licenciatura en enfermería, Trujillo. Obtenido de http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1674/1/RE_ENFER_NIVEL-AUTOUIDADO-ADULTO.VIH_TESIS.pdf

- Romero, E., Amador, C., & Alvis, L. (2010). Apoyo social y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA , residentes en Montería, Colombia. *Revista Ciencias Biomédicas*, 1(2), 173-179.
- Rutter, M. (1993). Resilience; some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14(8), 626-631.
- Saavedra, E. (2003). La Emoción como Construcción de Significados. *Patio, Revista Pedagógica*, 27(1), 58-61.
- Saavedra, E. (2005). Resiliencia: La historia de Ana y Luis. *Revista Liberabit*, 11(1), 91-101.
- Saavedra, E. (2011). *La resiliencia desde una mirada post racionalista*. Madrid: EAE.
- Saavedra, E., & Varas, C. (2014). Las redes como un factor relevante en el desarrollo de la Resiliencia y la Calidad de vida en los adultos mayores. *Cultura, hombre y sociedad*, 98 - 116. doi:<http://dx.doi.org/10.7770/cuhso-V24N2-art641>
- Saavedra, E., & Villalta, M. (2008). *Escala de Resiliencia para jóvenes y adultos - SV - RES*. Santiago: Ceamin.
- Sánchez, E. (1998). Apoyo Social, Integración Social y Salud Mental. *Revista de Psicología Social*, 13(1), 537-544.
- Sánchez, M., & Tomateo, D. (2014). Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Revista de Neuropsiquiatría*, 77(2), 70 - 77 . Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v77n2/v77n2ar2.pdf>
- Sánchez, M., & Tomateo, D. (2014). Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: una revisión breve. *Revista de Neuropsiquiatría*, 77(2), 70 - 77.
- Sausa, M. (2014). Perú: Hay 65,000 personas con VIH, pero solo la mitad tiene diagnóstico. *Perú21*. Obtenido de <https://peru21.pe/lima/peru-hay-65-000-personas-vih-mitad-diagnostico-197107>
- Soler, I., Meseguer de Pedro, M., & García, M. (2016). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Conner-Davidson (CD-RISC10) en una muestra multiocupacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48, 159-166. doi:dx.doi.org/10.1016/j.rlp.2015.09.002
- Suárez, N. (1993). Resiliencia o capacidad de sobreponerse a la adversidad. *Medicina y Sociedad*, 16(3), 5-20.
- Tobón, S., & Vinaccia, S. (2003). Modelo de intervención psicológica en el VIH/sida. *Psicología y salud*, 13(2), 161-174.
- Tomkiewicz, S. (2004). *El surgimiento del concepto*. Barcelona: Gedisa.
- Torres, M., Vega, E., Vinaly, I., Arenas, G., & Rodríguez, E. (2015). Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-r, HDRS, CES-d, EV en puerperas mexicanas con y sin preeclampsia.

Revista de Enfermería Universitaria, 12(3), 122-133.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.001>

- Uriarte, D. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, 10(2), 61-79.
- Uribe, A., & Orcasita, P. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psicología. Avances de la disciplina*, 4(2), 69-82.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., & Stewart, D. (1986). The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14(2), 195-218.
- Ventura, J., & Caycho, T. (2017). El coeficiente Omega: Un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15(1), 625 - 627.
- Vera, P. (2004). *Resistir y rehacerse: una reconceptualización de la experiencia traumática desde la Psicología Positiva*. Obtenido de <http://www.ugr.es/~javera/pdf/2-3-resiliencia%20Vera.pdf>
- Vicioso, C. (2017). *Afrontamiento al VIH, apoyo social y adherencia como factores mediadores en la calidad de vida en personas con VIH en tratamiento antirretroviral, con o sin diagnósticos múltiples por abuso de drogas o trastorno mental*. Tesis doctoral, Universidad del País Vasco, Bizkaia.
- Vilató, L., Martín, L., & Pérez, I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/SIDA. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 620-630.
- Villanueva, A. (2013). Soporte emocional al paciente con VIH/sida y a su entorno familiar. *RPP noticias*. Obtenido de <http://rpp.pe/lima/actualidad/soporte-emocional-al-paciente-con-vih-sida-y-a-su-entorno-familiar-noticia-651501>

ANEXO N° 01

Ficha técnica

Nombre original: Escala de Resiliencia SV – RES para jóvenes y adultos.

Autores: Eugenio Saavedra Guajardo y Marco Villalta Paucar

Año: 2008

Procedencia: Talca, Chile

Adaptación Trujillana: Aldave Marini, Greta; Universidad Privada del Norte.

Muestra de adaptación: Pacientes portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana, mayores de 18 años.

Ámbito de aplicación: 15 a 65 años

Duración: 20 a 30 minutos.

Finalidad: Medir la resiliencia

Cuestionario:

Escala de Resiliencia SV – RES

Instrucciones: Evalúe el grado en que estas afirmaciones lo/a describen. Marquen con una "X" su respuesta. Conteste todas las afirmaciones. **No se considerarán respuestas buenas ni malas**

YO SOY - YO ESTOY		Muy de Acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	Una persona con esperanza					
2	Una persona con buena autoestima					
3	Optimista respecto del futuro					
4	Seguro de mis creencias o principios					
5	Creciendo como persona					
6	Rodeado de personas que en general me ayudan en situaciones difíciles					
7	En contacto con personas que me aprecian					
8	Seguro de sí mismo					
9	Seguro de mis proyectos y metas					
10	Seguro en el ambiente en el que vivo					
11	Una persona que ha aprendido a salir adelante en la vida					
12	Un modelo positivo para otras personas					
13	Bien integrado en mi lugar de trabajo o estudio					
14	Satisfecho con mis relaciones de amistad					
15	Satisfecho con mis relaciones afectivas					
16	Una persona práctica					
17	Una persona con metas en la vida					
18	Activo frente a mis problemas					
19	Revisando constantemente el sentido de mi vida					
20	Generando soluciones a mis problemas					

YO TENGO		Muy de Acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
21	Relaciones personales confiables					
22	Una familia bien estructurada					
23	Relaciones afectivas solidas					
24	Fortaleza interior					
25	Una vida con sentido					
26	Acceso a servicios sociales-públicos					
27	Personas que me apoyan					
28	A quien recurrir en caso de problemas					
29	Personas que estimulan mi autonomía e iniciativa					
30	Satisfacción con lo que he logrado en mi vida					
31	Personas que me han orientado y aconsejado					
32	Personas que me ayudan a evitar peligros o problemas					
33	Personas en las cuales puedo confiar					
34	Personas que han confiado sus problemas en mi					
35	Personas que me han acompañado cuando he tenido problemas					
36	Metas a corto plazo					
37	Mis objetivos claros					
38	Personas con quien enfrentar los problemas					
39	Proyectos a futuro					
40	Problemas que puedo solucionar					

YO PUEDO		Muy de Acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
41	Hablar de mis emociones					
42	Expresar afecto					
43	Confiar en las personas					
44	Superar las dificultades que se me presenten en la vida					
45	Desarrollar vínculos afectivos					
46	Resolver problemas de manera efectiva					
47	Dar mi opinión					
48	Buscar ayuda cuando lo necesito					
49	Apoyar a otros que tienen dificultades					
50	Responsabilizarme por lo que hago					
51	Ser creativo					
52	Comunicarme adecuadamente					
53	Aprender de mis acciones y errores					
54	Colaborar con otros para mejorar la vida en comunidad					
55	Tomar decisiones					
56	Generar estrategias para solucionar mis problemas					
57	Fijarme metas realistas					
58	Esforzarme por lograr mis objetivos					
59	Asumir riesgos					
60	Proyectarme al futuro					

ANEXO N° 02

Ficha técnica

Nombre original: Escala de Apoyo Social de Familia y Amigos (AFA-r)

Autores: Mónica Teresa González y Rene Landero

Año: 2008; 2014

Procedencia: Nuevo León, México

Adaptación Trujillana: Aldave Marini, Greta; Universidad Privada del Norte.

Muestra de adaptación: Pacientes portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana, mayores de 18 años.

Ámbito de aplicación: 18 años a más

Duración: 10 a 15 minutos.

Finalidad: Medir el apoyo social percibido

Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos AFA - R

Marque una opción

Soltero	
Casado	
Viudo	
Divorciado	
Conviviente	
En una relación	

Sexo:	M	F
-------	---	---

Edad:	
-------	--

¿Con qué frecuencia cuentas con alguien cuando lo necesitas?		Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1	Cuentas con alguien de tu familia para poder platicar cuando lo necesitas					
2	Cuentas con algún amigo/a con quien puedas platicar cuando lo necesitas					
3	Cuentas con alguien de tu familia que te ayude a resolver algún problema					
4	Cuentas con algún amigo/a que te ayude a resolver algún problema					
5	Tus padres te demuestran cariño y/o afecto					
6	Cuentas con algún amigo/a que te demuestre su afecto					
7	Confías en tu familia para hablar de las cosas que te preocupan					
8	Confías en algún amigo/a para hablar de las cosas que te preocupan					
9	Alguien en tu familia te ayuda en las tareas de la escuela o trabajo					
10	Alguien de tus amigos/as te ayudan con las tareas de la escuela o trabajo					
11	Alguien de tu familia te apoya cuando tienes problemas en la escuela					
12	Alguien de tus amigos/as te apoya cuando tienes problemas en la escuela					
13	En mi familia se habla de los problemas de todos y nos apoyamos todos (Papás, hijos, hermanos)					
14	Estás satisfecho/a con el apoyo que recibes de tu familia					
15	Estás satisfecho/a con el apoyo que recibes de tus amigos/as					

ANEXO N° 05

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de este documento confirmo haber sido consultado(a) para autorizar y consentir mi participación voluntaria en el estudio de investigación: RESILIENCIA Y APOYO FAMILIAR EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN UN HOSPITAL DEL MINSA DE TRUJILLO; después de haber sido informada acerca del propósito del trabajo de investigación que desarrolla la Srta. Greta Soraya Aldave Marini, así como autorizo a que ella utilice la información para los fines académicos y de investigación mencionados. Asimismo, se me ha garantizado que la información será tratada con criterio de confidencialidad y anonimato.

Después de todo lo explicado, acepto participar voluntariamente en el presente trabajo de investigación.

Trujillo, ____ de ____ del 2017

Firma del entrevistado/a

Iniciales de Nombres y Apellidos:.....

ANEXO N° 03

Análisis factorial del Cuestionario de Resiliencia SV – RES

Tabla 5.

Índices de ajuste y medidas de pertinencia de la Escala de Resiliencia

<i>Análisis de asimetría y curtosis</i>	Índice	Sig.
Asimetría	2816.28	1.00
Curtosis	4015.07	.000**
<i>Adecuación de la matriz de correlación</i>		
Determinante		.000**
Esfericidad de Bartlett	5294.7	.001
KMO	.819	

Nota: KMO = Kaiser Mayer Olkin

$p^* < .05$; $p^{**} < .01$

En la tabla 5 se ha determinado los índices de asimetría y curtosis evidenciando en estos la normalidad de los ítems, por otra parte, se analizó la matriz de correlaciones y se logró una determinante altamente significativa, de la misma forma en la esfericidad de Bartlett, y el índice de Kaiser Mayer Olkin alcanzó un óptimo nivel.

Tabla 6.

Factores y cargas factoriales de la Escala de Resiliencia

Variables	F1	Comunalidades	Variables	F1	Comunalidades
Ítem 1	.578	.334	Ítem 31	.636	.405
Ítem 2	.657	.431	Ítem 32	.597	.357
Ítem 3	.664	.441	Ítem 33	.647	.418
Ítem 4	.654	.428	Ítem 34	.613	.375
Ítem 5	.649	.422	Ítem 35	.624	.389
Ítem 6	.558	.311	Ítem 36	.632	.400
Ítem 7	.612	.375	Ítem 37	.703	.494
Ítem 8	.676	.458	Ítem 38	.619	.383
Ítem 9	.692	.479	Ítem 39	.690	.476
Ítem 10	.633	.401	Ítem 40	.646	.417
Ítem 11	.623	.389	Ítem 41	.625	.390
Ítem 12	.623	.388	Ítem 42	.700	.491
Ítem 13	.622	.387	Ítem 43	.576	.332
Ítem 14	.613	.376	Ítem 44	.677	.459
Ítem 15	.663	.440	Ítem 45	.720	.519
Ítem 16	.523	.273	Ítem 46	.650	.423
Ítem 17	.691	.478	Ítem 47	.620	.384
Ítem 18	.716	.513	Ítem 48	.555	.308
Ítem 19	.590	.348	Ítem 49	.583	.340
Ítem 20	.707	.500	Ítem 50	.671	.450
Ítem 21	.668	.446	Ítem 51	.650	.422
Ítem 22	.629	.395	Ítem 52	.717	.515
Ítem 23	.658	.433	Ítem 53	.709	.503
Ítem 24	.732	.536	Ítem 54	.694	.482
Ítem 25	.761	.579	Ítem 55	.646	.417
Ítem 26	.570	.325	Ítem 56	.623	.388
Ítem 27	.645	.416	Ítem 57	.720	.519
Ítem 28	.617	.381	Ítem 58	.726	.527
Ítem 29	.679	.460	Ítem 59	.613	.376
Ítem 30	.694	.482	Ítem 60	.715	.512
Eigenvalue		26.06409			
Varianza %		.43440			
ω de Mc'Donald		.9777			

Fuente: Elaboración de Aldave (2017).

En la tabla 6 se ha desarrollado el análisis factorial a fin de determinar el funcionamiento de la estructura subyacente y evidenciar la validez de constructo. Se ha obtenido saturaciones por encima del .30 en todos los ítems, habiendo sido el de menor carga el ítem 6 con una saturación de .311. Según la estructura subyacente evaluada, se halló una sola dimensión con un autovalor propio de 26.064 y con una varianza de 43.4% que explica gran parte del constructo. Según el coeficiente Omega de McDonald se ha alcanzado un nivel excelente en confiabilidad ($\omega = .977$).

ANEXO N° 04

Análisis factorial de la Escala de Apoyo Social Percibido

Tabla 7.

Índices de ajuste y medidas de pertinencia de la Escala de Apoyo Social Percibido

<i>Análisis de asimetría y curtosis</i>	<i>Índice</i>	<i>Sig.</i>
Asimetría	78.167	1.000
Curtosis	310.454	.0000
<i>Adecuación de la matriz de correlación</i>		
Determinante	-	.0000
Esfericidad de Bartlett	1303.7	.0001
KMO	.915	

Nota: KMO = Kaiser Mayer Olkin

() p<.05; (**) p<.01*

En la tabla 7 se analiza la asimetría y curtosis de los ítems y se obtiene un índice general siendo estos satisfactorios y probando la normalidad de los datos, así mismo, se evidencia una buena adecuación de la matriz de correlaciones, siendo altamente significativa ($p^{**}<.01$) el valor de la determinante, en el mismo sentido, la prueba de Esfericidad de Bartlett fue altamente significativa, y la prueba de Kaiser Mayer Olkin obtuvo un nivel muy bueno.

Tabla 8.

Factores y cargas factoriales de la Escala de Apoyo Social Percibido

Ítems	F1	F2	Comunalidades
1	.92		.846
2		.786	.618
3	.84		.706
4		.857	.734
5	.92		.846
6		.824	.679
7	.879		.772
8		.837	.701
9	.814		.663
10		.795	.632
11	.684		.468
12		.816	.666
13	.597		.411
14	.677		.356
15		.641	.458
Eigenvalue	8.2645	1.8063	-
Varianza %	55.097	12.042	67.139
ω de Mc'Donald	.932	.9235	.9417
Factor	F1	F2	-
F1	1	-	-
F2	0.667	1	-

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 8 se ha realizado el análisis factorial para hallar evidencias de validez de la Escala de Apoyo Social Percibido. En él se ha comprobado los autovalores por dimensiones, siendo estos mayores a la unidad ($F1 = 8.26$; $F2 = 1.80$) mientras que la varianza explica el 67.139 del constructo a medir. Además, se ha logrado evidenciar la confiabilidad gracias al coeficiente Omega de McDonald el cual consiguió para el factor 1 el .932 y para el factor 2 de .923, lo que se concluye que son sumamente confiables, del mismo modo la escala total alcanzó a superar el .94. Con respecto a la correlación entre factores se halló un índice de .667.

ANEXO N° 06

Análisis de normalidad

Tabla 9.

Análisis descriptivo y de normalidad de la resiliencia y del apoyo social

Mediciones	M	IC 95%		Me	S	DE	Mín.	Máx.	K-S	
		LI	LS						Z	Sig.
Resiliencia	252.8	248.1	257.6	253	748.1	27.4	154	298	.069	.200*
Apoyo Social Familiar	29.3	28.1	30.6	30	49.1	7.0	10	40	.094	.007
Apoyo Social Amigos	25.7	24.5	26.8	26	43.4	6.6	9	35	.092	.009
Apoyo Social Percibido	55.0	52.7	57.3	56	171	13.1	19	75	.075	.069

Nota: K-S = Kolmogorov-Smirnov; M = media; IC = intervalo de confianza al 95% de la media; Me = mediana; S = varianza; DE = desviación estándar; Mín=mínimo; Máx=Máximo

$p^* < .05$; $p^{**} < .01$

En la tabla 9 se muestran los estadígrafos de tendencia central y de dispersión de las variables de estudio. Resiliencia tiene un promedio de 252.8 en su puntuación, un valor central de 253, el promedio de dispersión entre los valores es de 27.4 y una varianza de 748.12 con una puntuación máxima de 298 y mínima de 154; en el caso del Apoyo Social Familiar el promedio de puntuación es de 29.3, mientras que el valor central es de 30 teniendo como puntuación mínima 10 y máxima de 40, estos explicarían la dispersión de los datos alrededor de la media que es en promedio de 7 y la varianza es de 49.11. En el caso del Apoyo Social de Amigos se ha observado una media de 25.7, una mediana de 30, las puntuaciones mínimas y máximas son de 9 y 35 y la desviación estándar es de 6.6. La escala total de Apoyo Social Percibido mantuvo un promedio de 55, la mediana es de 56, la desviación estándar de 13.1 y su varianza de 171, los valores extremos son de 19 a 75. Del mismo modo en la tabla se agregan datos de la distribución muestral para observar si la distribución obtenida se asemeja a la esperada, es el caso de la variable resiliencia de distribución paramétrica, tan igual como la variable general de Apoyo Social Percibido que han logrado pasar el margen de error ($p > .05$), mientras que las escalas de Apoyo Social de Amigos y Apoyo Social Familia están en un margen de sesgo, siendo la distribución no paramétrica ($p^{**} < .01$).