



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Tesis

Autoestima y estrategias de afrontamiento de pacientes con VIH/SIDA. Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) - Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022

Para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería

Autora:

Gianela Rojas Sánchez

<https://orcid.org/0009-0006-0479-0179>

Asesor:

Lic. Enf. M.Sc. Lucy Amelia Villena Campos

<https://orcid.org/0000-0003-4790-6654>

Tarapoto, Perú

2023



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución - 4.0 Internacional \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Vea una copia de esta licencia en <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>





FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Tesis

**Autoestima y estrategias de afrontamiento de
pacientes con VIH/SIDA. Programa tratamiento
antirretroviral de gran actividad (TARGA) -
Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022**

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Autora:

Gianela Rojas Sánchez

<https://orcid.org/0009-0006-0479-0179>

Asesor:

Lic. Enf. M.Sc. Lucy Amelia Villena Campos

<https://orcid.org/0000-0003-4790-6654>

Tarapoto, Perú

2023



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Tesis

**Autoestima y estrategias de afrontamiento de
pacientes con VIH/SIDA. Programa tratamiento
antirretroviral de gran actividad (TARGA) -
Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año,2022**

Para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería

Autora:

Gianela Rojas Sánchez

Sustentado y aprobado el 02 de marzo de 2023, por los jurados:

Presidenta:
Obsta. Dra. Rosa Ríos López

Secretario de Jurado
Lic. Enf. Mg. Nerida Gonzalez
Gonzalez

Vocal de Jurado:
Lic. Enf. Dra. Nora Nieto Penadillo

Tarapoto, Perú

2023



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Siendo las 11:00 del día 02 de marzo del 2023 en la ciudad de Tarapoto, se reunieron el JURADO EVALUADOR, en mérito a la Resolución N° 110-2022-UNSM-FCS/CF de fecha 23 de mayo del 2022 integrado por los señores docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud:

OBSTA. DRA. ROSA RÍOS LÓPEZ : PRESIDENTE
LIC. ENF. MG. NERIDA IDELSA GONZÁLEZ GONZÁLEZ : SECRETARIA
LIC. ENF. DRA. NORA NIETO PENADILLO : VOCAL


Asesorada por la Lic. Enf. Mg, LUCY AMELIA VILLENA CAMPOS, para atender a la sustentación de la tesis denominada: AUTOESTIMA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA DEL PROGRAMA TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD (TARGA), DEL HOSPITAL SANTA GEMA - YURIMAGUAS. AÑO 2022 presentado por la Bachiller en Enfermería GIANELA ROJAS SÁNCHEZ aprobada con Resolución N° 053-2023-UNSM-FCS/D de fecha 23 de enero del 2023 para la obtención del TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA


Visto y escuchada la sustentación de la tesis y las respuestas a las preguntas formuladas y, teniendo en cuenta los méritos al referido trabajo de investigación, así como el conocimiento demostrado por la sustentante, el jurado en pleno, lo declara: APROBADO con el calificativo de: MUY BUENO con la nota: Diecisiete (17)

Siendo las 12:00 del día 02 de marzo del 2023, el/la Presidente de Jurado declara públicamente APROBADO la sustentación con el calificativo de MUY BUENO y procedió a dar por finalizado el Acto de Sustentación. En consecuencia, queda en condición de realizar el trámite para la obtención del Título Profesional de Licenciado en Enfermería.

Tarapoto 02 de marzo del 2023.


OBSTA. DRA. ROSA RÍOS LOPEZ
PRESIDENTE


LIC. ENF. MG. NERIDA IDELSA GONZÁLEZ GONZÁLEZ
SECRETARIA


LIC. ENF. DRA. NORA NIETO PENADILLO
VOCAL

Constancia de asesoramiento

LA QUE SUSCRIBE EL PRESENTE DOCUMENTO, HACE CONSTAR:

Que, he revisado y corregido el informe final de Tesis: **“Autoestima y estrategias de afrontamiento de pacientes con VIH/SIDA. Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) - Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022”**, Escuela Profesional de Enfermería – Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto.


Elaborado por la Bachiller de Enfermería:

- Gianela Rojas Sánchez

Para constancia, firmo en la ciudad de Tarapoto.

Tarapoto, 02 de marzo de 2023.

Universidad Nacional de San Martín
Tarapoto, 02 de marzo de 2023



.....

Asesora
Lic. Enf. M.Sc. Lucy Amelia Villena Campos

Declaratoria de autenticidad

Gianela Rojas Sánchez, con DNI N° 71102356, egresada de la Escuela Profesional de Enfermería Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Martín, autor de la tesis titulada “**Autoestima y estrategias de afrontamiento de pacientes con VIH/SIDA. Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) - Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año,2022**”

Declaro bajo juramento que:

1. La tesis presentada es de mi autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencia de las fuentes bibliográficas consultadas
3. Toda información que contiene la tesis no ha sido plagiada;
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido alterados ni copiados, por tanto, la información de esta investigación debe considerarse como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, asumo bajo responsabilidad las consecuencias que deriven de mi accionar, sometiéndome a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín.

Tarapoto, 02 de marzo de 2023.





Gianela Rojas Sánchez
DNI N° 71102356

Ficha de identificación

<p>Título del proyecto “Autoestima y estrategias de afrontamiento de pacientes con VIH/SIDA. Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año 2022”</p>	<p>Área de investigación: Hospital Santa Gema - Ciudad de Yurimaguas, Provincia de Alto Amazonas - Departamento de Loreto. Línea de investigación: Ciencias De La Salud Sublínea de investigación: Salud Pública Grupo de investigación: No Tipo de investigación: Básica <input checked="" type="checkbox"/>, Aplicada <input type="checkbox"/>, Desarrollo experimental <input type="checkbox"/></p>
<p>Autor: Rojas Sánchez Gianela</p>	<p>Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Enfermería https://orcid.org/0009-0006-0479-0179</p>
<p>Asesor: Lic. Enf. Mg. Villena Campos Lucy Amelia</p>	<p>Dependencia local de soporte: Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Enfermería Unidad o Laboratorio Enfermería https://orcid.org/0000-0003-4790-6654</p>

Dedicatoria

A mi madre, que supo inculcarme emociones, hábitos y valores positivos a través de su lucha por sacarme adelante y educarme para no rendirme ante la adversidad.

A mi padre por el buen ejemplo y sacrificio por formar a una profesional hecha y derecha, y por darme la motivación de seguir adelante con mis proyectos.

También se lo dedico a mi hija Luana Isabella, que ha sido mi mayor inspiración para perseverar y ser un modelo de dificultades, amor y tenacidad.

A mis amigos y familiares por estar presente en cada logro obtenido durante mi carrera como profesional.

Agradecimiento

Dios, que me ha dirigido y me ha dado fuerzas para seguir adelante, merece la mayor alabanza.

A mi Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, a mi facultad por ser parte de mi vida universitaria.

A mis docentes que formaron parte de mi, durante 5 años, donde me inculcaron, valores, aprendizajes y a dar mucho amor a mi carrera de enfermería.

A mi familia, por su continuo aliento y comprensión, así como por su inquebrantable apoyo durante mis estudios.

Índice general

Ficha de identificación.....	6
Dedicatoria	7
Índice general.....	9
Índice de tablas	11
Índice de figuras.....	12
RESUMEN	13
ABSTRACT	14
CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN	15
1.1. Marco general del problema	15
1.2. Formulación del problema de investigación	19
1.3. Hipótesis de investigación	19
1.4. Objetivos	20
1.4.1 Objetivo general.....	20
1.4.2 Objetivos específicos.....	20
1.5. Justificación de la investigación.....	20
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	24
2.1. Antecedentes de la investigación	24
2.2. Fundamentos teóricos	27
CAPÍTULO III MATERIALES Y MÉTODOS	49
3.1. Ámbito de la investigación	49
3.2. Sistema de variables.....	49
3.2.1 Operacionalización de variables	49
3.3. Diseño de la investigación	50
3.3.1. Tipo de investigación:.....	50
3.3.2. Diseño de Investigación:	50
3.3.3. Población y muestra	51
3.4. Procedimientos de la investigación	51
3.5. Aplicación de principios éticos internacionales	55

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	57
4.1. Resultados	57
4.2. Discusión.....	61
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS.....	81

Índice de tablas

Tabla 1	<i>Tabla cruzada Autoestima y Estrategias de Afrontamiento de pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.</i>	57
Tabla 2	<i>Correlación entre Autoestima y Afrontamiento de pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.</i>	58
Tabla 3	<i>Nivel de autoestima del paciente con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.</i>	59
Tabla 4	<i>Nivel de autoestima según dimensiones del paciente con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.</i>	59
Tabla 5	<i>Nivel de afrontamiento del paciente con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)</i>	60
Tabla 6	<i>Nivel de afrontamiento según dimensiones del paciente con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.</i>	61
Tabla 7	<i>Rangos etarios de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)</i>	91
Tabla 8	<i>Sexo de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)</i>	92
Tabla 9	<i>Procedencia de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)</i>	93
Tabla 10	<i>Grado de instrucción de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)</i>	94
Tabla 11	<i>Estado civil de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)</i>	95

Índice de figuras

Figura 1. Rangos etarios de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA).....	92
Figura 2. Sexo de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA).....	93
Figura 3. Procedencia de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA).....	94
Figura 4. Grado de instrucción de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)	95
Figura 5. Estado civil de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA).....	96

RESUMEN

La presente investigación se ha desarrollado con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de autoestima y afrontamiento de pacientes con VIH/SIDA del Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022. Para ello, se trabajó una investigación sustantiva básica, de diseño no experimental, descriptivo, correlacional y con un corte transversal. La muestra se encontró conformada por un total de 50 pacientes con VIH/SIDA del Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Los instrumentos empleados para la recolección de los datos fueron los cuestionarios. Como principal resultado se tiene que, un 66% pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas presenta un nivel medio alto de autoestima, de los cuales, el 64% presenta un nivel medio de afrontamiento y un 2% un nivel alto, en tanto que, de un 16% de pacientes que presenta un nivel medio bajo de autoestima, la totalidad de estos presenta un bajo nivel de afrontamiento. Se concluye que: con un p valor de 0,000 y un valor r de 0,696 se determinó que existe una relación entre el nivel de autoestima y el afrontamiento de pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.

Palabras clave: Autoestima, afrontamiento, VIH/SIDA, tratamiento, antirretroviral

ABSTRACT

The objective of the present research was to determine the relationship between the level of self-esteem and coping in patients with HIV/AIDS of the highly active antiretroviral treatment program (HAART) of the Santa Gema-Yurimaguas Hospital. Year, 2022. For this purpose, a basic substantive research was carried out, with a non-experimental, descriptive, correlational and cross-sectional design. The sample consisted of a total of 50 patients with HIV/AIDS in the highly active antiretroviral treatment program (HAART) of the Santa Gema-Yurimaguas Hospital. The instruments used for data collection were questionnaires. The main result is that 66% of patients with HIV/AIDS of the Highly Active Antiretroviral Treatment Program (HAART) of the Santa Gema-Yurimaguas Hospital have a medium-high level of self-esteem, of which 64% have a medium level of coping and 2% a high level, while 16% of patients who have a medium-low level of self-esteem, all of them have a low level of coping. It is concluded that, with a p value of 0.000 and an r value of 0.696, there is a relationship between the level of self-esteem and coping in patients with HIV/AIDS of the Highly Active Antiretroviral Treatment Program (HAART) of the Santa Gema-Yurimaguas Hospital. Year, 2022.

Keywords: self-esteem, coping, HIV/AIDS, treatment, antiretroviral.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN

1.1. Marco general del problema

En 1983 se identificó un virus que causa inmunodeficiencia en los seres humanos y se le dio el acrónimo de VIH. Al ser un retrovirus trópico para los macrófagos, este virus es responsable de la disfunción del sistema inmunitario (1).

Según Gallo (1991), se sabe que los linfocitos T-CD4, que forman parte de un subconjunto de células cruciales para coordinar y regular la respuesta inmunitaria, disminuyen gradualmente en número en los pacientes con esta enfermedad (2). El tiempo que una infección puede permanecer latente dentro de un huésped será de acuerdo a la dosis de virus consumida y la resistencia del sistema inmune de la persona. La infección permanece latente durante un breve periodo de tiempo. Cuando el número de virus en el cuerpo rebasa las capacidades del mecanismo inmunitario, comienza la fase sintomática. Por ello, el individuo está expuesto a un riesgo mucho mayor de adquirir enfermedades oportunistas, que suelen estar protegidas por el sistema que acabamos de explicar (3).

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018) afirma que, cuando el virus entra al cuerpo humano se le denomina “virus de la inmunodeficiencia humana”, más conocido como VIH, una especie de retrovirus, además de reducir la eficacia general del sistema inmunitario, interfiere en su funcionamiento regular. Además, hace que el sistema inmunitario se vea comprometido, lo que, de no tratarse, puede dar lugar al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (4).

El VIH es una enfermedad persistente que ha alcanzado proporciones epidémicas entre la población mundial (5). Se distingue por ser una infección contagiosa y se puede contraer por el virus (VIH), incide en la población de linfocitos CD4+ y deja a la persona predispuesta a una inmunodeficiencia lo cual implica sufrir importantes enfermedades cánceres que son poco frecuentes (6).

El VIH podría generar SIDA, es un importante motivo de preocupación por el estado de la salud pública a nivel mundial (7). Desde la década de 1980, se conoce como una nueva entidad clínica. Los modos más comunes de transmisión viral incluyen el contagio por contacto sexual, la transmisión perinatal y la exposición parenteral mediante la sangre y hemoderivados (8,9).

Según la OMS (2019), se refiere al hecho de que, en el año 2018, hubo 770000 personas que murieron como consecuencia de las enfermedades vinculadas al VIH, el 1,7 millón

de personas adquirieron la enfermedad debido a la falta de asistencia adecuada asociado al VIH. Por primera vez a lo largo de la historia, en 2018 a nivel mundial la mayoría de casos de VIH se debieron a personas que pertenecían a grupos significativos y a sus parejas sexuales. Esta cifra se situó en torno al 54%. Estas poblaciones fueron responsables de aproximadamente el 95% de todas las nuevas infecciones que se produjeron en las zonas de Europa del Este, Asia Central, Oriente Medio y el norte de África. Las personas que se inyectan drogas, las que están encarceladas o en otros entornos restringidos, las que se dedican al comercio sexual y con clientes transexuales.

En Estados Unidos, en 2018, se prevé que haya más de 1,21 millones de niños y adolescentes inferiores a 13 años adquieran el VIH, esto puede pasar desapercibido en aproximadamente el 14% de esas personas. En 2018, hubo un 22% menos de casos que en 2008, y en 2018, hubo un 7% menos de casos que en 2014. En 2018, hubo 37.000 casos confirmados de la enfermedad. Más de dos tercios de las nuevas infecciones, o 23.100, se produjeron entre varones. El 71% de infecciones nuevas se produjeron entre varones homosexuales y bisexuales. Asimismo, las nuevas infecciones fueron mayores entre los varones que se identificaban como homosexuales o bisexuales y eran de ascendencia africana o afroamericana (9.400), seguidos de los varones hispanos y latinos (8.000) y los varones blancos (5.700) (10).

En el año 2020, las primeras estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA preveían que habría 37,6 millones de personas seropositivas a nivel mundial (las estimaciones oscilaban entre 30,2 y 45,0 millones), 1,5 millones de personas se infectaron con VIH (las estimaciones oscilaban en 1,1 y 2,1 millones), 690 000 personas murieron a causa de las enfermedades de sida, el 27,4 millón de personas pudieron obtener medicación antirretrovírica (las estimaciones oscilaban entre 26,5 y 27,7 millones). Al mismo tiempo, el número de personas seropositivas con acceso a medicación antirretrovírica aumentó a 27,4 millones a finales de diciembre de 2020, lo que supone un incremento respecto a los 7,8 millones de 2010. Comparativamente, ese año se registraron 1,5 millones de casos nuevos de infección con VIH, en 1998 se produjeron 2,8 millones de casos nuevos de infección por el VIH.

Desde el año 2004, cuando el número de muertes atribuibles al sida estaba en su punto álgido, el número de muertes atribuibles al sida ha disminuido en más de un 61%. En el año 2020 se produjeron en todo el mundo unas 690 000 [480 000-1 millón] muertes causadas por enfermedades asociadas al sida. Esto refleja un aumento con respecto a las 1.800.000 [1,2 millones-2,6 millones] muertes por sida en 2004 y las 1.200.000

muerres por sida en 2010. Desde 2010, la tasa de mortalidad atribuible al sida ha disminuido un 42% (11).

El Ministerio de Salud Pública (MSP, 2017) en Ecuador revela que: el 0,3% de la población estaba infectada con el virus en el año 2016; Según los datos, el número de enfermos en Ecuador ha aumentado de forma constante entre los años 1984 y 2016, siendo el año 2008-2010 el de mayor incidencia de la infección (12).

El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades afirma que: en Perú, en promedio de 149.814 personas contagiadas viven con el VIH/SIDA. Este centro también indica que hubo un aumento en los casos de infección por VIH y SIDA, registrados por diagnóstico, desde 1983, cuando se descubrió la primera persona infectada, hasta 2017, cuando se recopilaron los datos más recientes. El estudio también reveló que hay tres mujeres seropositivas por cada nueve varones que tienen el virus. En el 55% de los casos, el VIH se detectó en pacientes cuyas edades oscilaban entre los 20 y los 34 años, mientras que el SIDA se diagnosticó en adultos de 20 y los 39 años.

Hay unos 6.683 jóvenes entre 10 y 19 años que padecen de VIH, y 1.444 adolescentes de esas mismas edades viven con el SIDA. Estas cifras no incluyen a los adolescentes que no han sido diagnosticados con VIH. Según datos del Ministerio de Salud (MINS), se producen 4.168 nuevos signos de contagio en adolescentes varones y 2.515 en mujeres. Entre los 10 y los 19 años, se han detectado 1.020 casos de SIDA en adolescentes varones y 424 casos de SIDA en adolescentes mujeres (13).

En junio del 2018, se han confirmado 115.797 signos de VIH y 41.684 signos de SIDA. En 2017, había 72.000 personas padecen de VIH/SIDA, y la epidemia era más prevalente entre los HSH (prevalencia del 12,4%*) en comparación a la población (prevalencia del 0,23%). El número entre hombres y mujeres oscila de cuatro a uno, y la mayor parte de los casos (70%) se concentra en las ciudades de Lima y Callao. El contagio en su mayoría es por contacto sexual (97,6%). Los casos de VIH Registrados en Lima y Callao, Loreto, La Libertad, Arequipa, Ica y Lambayeque constituyen el 80,7% del total de contagios que se reportaron desde el año 2000 hasta el 2018. Se ha comprobado que las ciudades de Lima, Callao, Loreto, Ica y Arequipa son responsables del 80,2% de todos los casos de SIDA registrados en Perú (14).

A principios de 2021, el sistema de vigilancia había recopilado datos de 137.839 signos de VIH de ello, 45.703 forman parte de la fase avanzada. De aquí a 2021, El asesoramiento y la asesoría posterior a los pacientes, la vigilancia epidemiológica, seguirán planteando una serie de problemas singulares. Esto se debe a que, Aparte de

las acciones de prevención y control adoptadas en relación con la pandemia de COVID-19, está produciendo un aumento significativo del número de pacientes que solicitan tratamiento (15).

Lima y Callao, provincias constitucionales de Perú, son responsables del 58% del total de infecciones por VIH del país. Esta cifra muestra que la distribución desigual de los casos de VIH en el país. Les siguen Loreto, La Libertad, Arequipa, Ucayali e Ica, que en conjunto suman el 21%, las principales ciudades costeras y selváticas del país son responsables del 79% de VIH reportados a nivel nacional. Hasta el 2 de octubre del año 2020, en Perú se han diagnosticado 1494 personas con VIH por primera vez. Esta cifra representa el 18,2% del total de casos que se han registrado en 2019 (16).

Para el año 2018, hubo mil pacientes en el área de San Martín que han sido diagnosticados con VIH/SIDA y participan del programa TARGA en el Hospital del MINSA (17).

En 2011 La provincia de San Martín tuvo el mayor porcentaje de personas que compartieron sus narrativas personales, con 419 (42,4%), seguida de Mariscal Cáceres (9,8%), y Rioja (67,2%). El grupo demográfico más perjudicado fue de adultos y jóvenes con edades entre 20 y 29 años: 481 casos (48,7%), de 15 a 19 años: 237 casos (24%), Esto indica que las personas de entre 15 y 29 años constituyeron el sesenta por ciento de los casos registrados. Lo más probable es que adquirieran la enfermedad entre 5 y 10 años antes, lo que situaría el rango de edad de 10 a 19 años. En 2018, el Programa de Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad (TARGA) del Hospital del Ministerio de Salud trató a mil personas diagnosticadas con VIH/SIDA. Estos pacientes son tratados en el hospital (MINSA). En 2020 en la misma zona, se registraron 79 signos de VIH y 2 de SIDA; sin embargo, en 2021, solo 2 casos de VIH y no se ha reportado ningún caso de SIDA desde inicios de este mismo año (15).

Entre los años 1989 y 2021, el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) registró un incremento de 8,176 (5.7%) en la población de Loreto, En lo que respecta a asuntos de índole nacional. En la zona de Loreto, la pandemia tiene mayor prevalencia en la provincia de Maynas, que concentra el 73,3% del total de casos, seguida de la provincia de Alto Amazonas, que concentra el 13,8% del total de casos, y finalmente la provincia de Putumayo, que concentra el 0,7% del total de afectados. El método de contagio más frecuente es el sexual, con un 96,6%, mientras que la transferencia de madre a hijo supone un 0,9% y la transmisión por la sangre (transmisión parental) sólo un 0,2%. En una línea similar, El porcentaje de

personas seropositivas entre 25 y 34 años es superior al de cualquier otro grupo de edad (18).

El VIH es considerado como amenaza importante en la salud, gracias a la pandemia mundial y local las personas tienen a cuidar su salud asimismo están propensos a ser contagiados por el VIH. Asimismo, Tiene un impacto perjudicial sobre la biología, la psicología, social y economía del enfermo, así como sobre su familia y la sociedad. A nivel corporal, pueden manifestarse infecciones oportunistas, y a nivel psicológico y social, pueden surgir respuestas de temor y culpabilidad. Las personas estigmatizadas y discriminadas corren el riesgo de que sus familiares y amigos les den la espalda, así como de ser rechazadas y juzgadas por otras personas de la sociedad. Tiene una influencia significativa en la economía como consecuencia del impacto y el carácter de la enfermedad, así como de los gastos sanitarios y familiares, la pérdida de trabajo, el cese en actividades productivas y la regresión poblacional con respecto a la edad. El coste de la asistencia médica, de familia, el desempleo y el abandono de las actividades económicas también contribuyen al impacto (19, 20).

Estos factores repercuten sobre la salud corporal y la mejora de vida general, sobre todo en relación con su capacidad para hacer realidad sus ambiciones vitales. Tanto el individuo que vive con el VIH como la sociedad en la que está inmerso experimentan cambios en la dinámica familiar como consecuencia del virus.

1.2. Formulación del problema de investigación

¿Cuál es el nivel de autoestima y estrategias de afrontamiento de pacientes con VIH/SIDA del Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), del Hospital Santa Gema-Yurimaguas, Año 2022?

1.3. Hipótesis de investigación

1.3.1. Hipótesis General.

El nivel de autoestima tiene relación significativa con las estrategias de afrontamiento en el paciente con VIH/SIDA del Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año 2022.

1.3.2. Hipótesis Específicas:

- El nivel de autoestima se relaciona significativamente en las dimensiones personal, social y familiar, del paciente con VIH/SIDA del Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.

- Las estrategias de afrontamiento de los pacientes con VIH/SIDA participantes en el Programa de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas se relacionan significativamente entre sí en sus dimensiones recursiva y centrada, reacciones físicas y enfocadas, proceso de alerta, procesamiento sistemático, conocer y relacionar. Año, 2022.

1.4. Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel de autoestima y las estrategias de afrontamiento en el paciente con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de autoestima en sus dimensiones personal, social y familiar, del paciente con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.
- Identificar el nivel de las estrategias de afrontamiento en sus dimensiones recursiva y centrada, reacciones físicas y enfocadas, proceso de alerta, procesamiento sistemático, conocer y relacionar, del paciente con VIH/SIDA del Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.

1.5. Justificación de la investigación

El SIDA (síndrome de inmunodeficiencia Adquirida) es una enfermedad provocada por el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) constituye uno de los principales motivos en la regresión de la pérdida de vida que experimentan los afectados, sus familiares, los cuidadores y en general toda la red social. El afrontamiento de una circunstancia difícil y aterradora por parte de estas personas viene determinado por diversos fenómenos que influyen en su vida. Además, dichas personas atraviesan una situación que es a la vez difícil y aterradora (21).

La autoestima es un constructo mental que se entiende como una evaluación de valores y se refleja en las ideas, los comportamientos, los sentimientos y el cuidado que una persona tiene de sí misma. Según Maslow, la autoestima es la evaluación de uno

mismo, se realiza a partir del nacimiento y dependerá de la seguridad del entorno del individuo. (1956). El contagio de VIH es uno factor mental que pueden afectar a la condición de vida general de una persona seropositiva.

Tras recibir un diagnóstico de VIH, el grado de autoestima está estrechamente relacionado a cómo piensa y se considera a sí misma tras recibir la noticia de su enfermedad. Éste es el factor más importante a tener en cuenta cuando se intenta comprender la relación entre el VIH y un escaso sentido de la autoestima. Una persona puede culparse a sí misma y hacer una autocrítica improductiva sobre lo ocurrido, o puede optar por aceptar la responsabilidad y asumirla tomando medidas proactivas sobre la situación, como buscar atención médica y empezar un tratamiento si es necesario. Esta última opción es una forma de autoprotección (22).

Las personas que padecen de VIH/SIDA y que actualmente están recibiendo tratamiento en el Programa de TARGA del Hospital Santa Gema - Yurimaguas, así como los demás pacientes que actualmente están recibiendo tratamiento en el Programa de TARGA en las diferentes instituciones ubicadas dentro de la provincia de San Martín, otros profesionales sanitarios interesados en el tema, familiares de las personas sometidas a terapia y cualquier otra persona.

Por ello, es fundamental investigar y discutir un poco más la perspectiva que tienen los pacientes con VIH sobre cómo afrontar la circunstancia por la que están pasando, los cambios producidos por la enfermedad, ya que conocer más sobre esta faceta nos proporcionará una perspectiva que podría ayudar a conseguir en estos pacientes una buena calidad de vida.

Este estudio pretende elevar el grado de información sobre el vínculo entre autoestima y afrontamiento para crear y ejecutar medidas preventivas que reduzcan su efecto, permitiendo así un diagnóstico preciso y rápido y un buen y adecuado tratamiento integral. En concreto, el propósito de este estudio es profundizar en nuestra comprensión de la naturaleza del vínculo entre autoestima y resiliencia. Comprender la relación entre autoestima y afrontamiento es el propósito de este estudio desde un punto de vista teórico. A su vez, el cuidado del paciente es parte intrínseca del trabajo cotidiano del profesional de enfermería, por lo que es necesario el aporte de nuevas informaciones para lograr acciones y estrategias que redunden en la condición de vida digna del paciente. Una de las profesiones encargadas de examinar los procesos humanos de los pacientes seropositivos sin perder su humanidad es la de enfermero. Esto se debe a que la enfermera considera al paciente como un individuo con una constitución bio, psicológica y social.

La noción de que el proceso de afrontamiento y adaptación del individuo tiene que desarrollar nueva información a través de recuerdos y nuevas experiencias es la piedra angular conceptual de esta investigación, que se inspira en el trabajo de Calixta Roy, quien sostenía que esto era necesario. Gracias a ello, la persona es más capaz de desarrollar nuevas habilidades o capacidades para hacer frente a nuevos retos o realidades (23).

Los resultados de esta investigación se utilizarán como recurso en la formulación de protocolos y la ejecución de técnicas de atención humanizada orientadas a la recuperación psicológica del paciente, y lo más esencial, proporcionarán información relevante a los directivos del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, Para aumentar la calidad de los cuidados ofrecidos a estos pacientes, es necesario incluir también al profesional de enfermería. Esto es crucial en términos de su aplicabilidad a situaciones de la vida real. La conclusión obtenida, se prevé para los esfuerzos preventivos y de intervención para este problema de salud pública. Además, se prevé que esta investigación aporte una contribución sustancial a la comunidad científica y en personas con VIH/SIDA.

La justificación metodológica, este estudio pertenece al método cuantitativo no experimental conocido como descriptivo correlacional. El objetivo de esta prueba es medir la autoestima y las técnicas de afrontamiento. Para llevar a cabo estas medidas, se elaboraron dos instrumentos de medición basados en encuestas que incluían preguntas relativas a distintas dimensiones de la variable. A continuación, los datos recogidos se sometieron a pruebas estadísticas con ayuda del paquete SPSS de Windows 20 y los resultados obtenidos se presentan en tablas y gráficos.

Importancia:

El objetivo de este estudio no es sólo comprobar si existe una correlación entre el nivel de autoestima de las personas con VIH/SIDA y las estrategias de afrontamiento que emplean, sino también realizar una aportación a la comunidad científica, y más concretamente a la profesión enfermera, en el conocimiento y comprensión teórica de estas dos variables de estudio, así como en las aportaciones que se puedan derivar en los campos de la intervención y la prevención.

Dado que éstas surgirán como resultado del diagnóstico de la enfermedad y crearán comportamientos subsiguientes a este tipo de afrontamiento, es muy importante tener conocimiento de estas estrategias y una interpretación precisa de lo que significan para las personas que padecen esta enfermedad.

Habr  información fidedigna de que las técnicas de afrontamiento utilizadas por el paciente son suficientes y están enfocadas a lidiar con esta dificultad, y este conocimiento se derivar  de los resultados adquiridos. Los tipos de intervención relacionados con el afrontamiento mejorarán como resultado de este conocimiento cuando se apliquen a estos pacientes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Internacionales.

Rosales et al. (2021), en su investigación “Nivel de estigma, adherencia al tratamiento y resiliencia en pacientes con VIH del Hospital General Enrique Garcés. En el año 2021”, con la finalidad de identificar los niveles de resiliencia, estigma y cumplimiento al tratamiento que presentan en pacientes de VIH que están siendo tratados en el Hospital General Enrique Garcés. Trabajamos con 80 personas que fueron asistidos en la unidad de enfermedades infecciosas. De esos 80 pacientes, 80% son hombres y 49% tiene entre 18 y 29 años, el 41% son homosexuales y el 41% llevaban viviendo con el VIH entre tres y diez años. Según los resultados, los pacientes tienen un nivel moderadamente bajo de estigma respecto a su propio diagnóstico, el 52,50% de los pacientes muestran una resiliencia muy alta, frente al 42,50% que se adhieren a la terapia en un porcentaje relativamente bajo. Así pues, se determinó la existencia de un bajo grado de VIH/SIDA, así como un nivel muy alto de resiliencia. Por otro lado, hay poco cumplimiento del tratamiento, especialmente entre los que tienen un alto grado de estigma. En consecuencia, es deseable investigar estrategias para reducir el estigma del VIH, así como averiguar si el momento del diagnóstico puede influir en el cumplimiento del tratamiento (24).

Costa de Oliveira et al. (2018), en su tesis “Evaluación de la autoestima en personas que viven con VIH / SIDA”. Brasil. Tiene como Objetivo: Evaluar la autoestima de las PVVIH. Metodología: investigación con diseño transversal realizada en la ciudad de Fortaleza-Ceará, con el contexto del programa experto en atender el VIH. La mayoría de los encuestados eran hombres (84,5%), 64,9% tenían menos de 39 años, 59,8% eran solteros, 73,2% tenían un ingreso familiar superior a la suma de sus dos salarios, 78,4% habían estudiado por más de ocho años y 65,9% habían sido diagnosticados por menos de tres años. La carga viral menor a 400 copias por ml en el 49,5% de pacientes y el 78,3% tenía un índice de linfocitos T CD4+ por debajo de 350 células por mm³. La mayoría de pacientes (51,5%) tenían un nivel medio de autoestima, con un 47,4% de autoestima alta y un 1% de autoestima baja. En conclusión, un número significativo de individuos presentaba niveles de autoestima considerados adecuados. Al planificar la atención a los pacientes seropositivos, los profesionales en asistencia médica tienen que considerar los siguientes factores (25).

Anguiano, Uribe y Pérez (2017), en su tesis “Correlación entre afrontamiento y autoestima en personas con VIH de la región de los ríos”, Tabasco-México. para determinar si existe o no conexión en las personas con VIH que habitan en los ríos de Tabasco y su nivel de autoestima y su capacidad de afrontamiento. Conto con una muestra de 64 participantes. De acuerdo con los hallazgos, 48.4% de las personas se ubican en la categoría de tener habilidades de afrontamiento por encima del promedio, mientras que 37.5% tienen altos niveles de autoestima. La matriz de correlación reveló una asociación sustancial y desfavorable entre el afrontamiento y la autoestima, con un valor de $r_s = -.287$. La autoestima y las habilidades de afrontamiento son esenciales para la terapia y la recuperación de un paciente con VIH/SIDA, y también lo son para la autoestima del paciente. Estas son las conclusiones que se extrajeron de la investigación (26).

2.1.2. Nacionales:

Cabrel et al. (2021), en su investigación “Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA que reciben TARGA, Hospital María Auxiliadora, 2021”. para determinar si existe conexión entre el uso de estrategias de afrontamiento y la calidad de vida experimentada por pacientes de VIH/SIDA en terapia TARGA en el Hospital Maria Auxiliadora 2021. La muestra estuvo constituida por 166 pacientes. Los resultados revelaron una correlación existente de 0,776 entre las variables de estudio técnicas de afrontamiento y la condición de vida en general. Mediante el instrumento, se determinó una estrategia de afrontamiento coherente en los pacientes. Cuando se administró el instrumento a los pacientes, se determinó que tenían un grado medio en la condición de vida en conexión a la calidad de vida que se estaba midiendo (27).

Pari y Santa María (2019), en su investigación sobre “Variables relacionadas al nivel de autoestima de adultos con VIH-SIDA atendidos en un hospital público de Iquitos”. busca Investigar los factores que influyen en el grado de autoestima que tienen las personas con VIH/SIDA con tratamiento en un hospital público de Iquitos. la Investigación es cuantitativa, diseño descriptivo transversal. 200 personas componían la muestra, y se les interrogó sobre sus rasgos sociodemográficos y clínicos, sus redes de apoyo social y su autoestima mediante la Escala de Autoestima de Cooper Smith con Modificación (MOS) y otras herramientas. Los cuestionarios se entregaron a los adultos después de que complementaran el cuestionario se obtuvo como resultado: El 74,5% son jóvenes, el 70,5% eran varones, el 65,0% eran solteros, el 55,0% tenían un nivel de escolaridad de secundaria, el 97% eran de origen urbano, el 44,5% tenían un ingreso inferior a S/. 500,00 soles, el 59,0% recibían menos apoyo social, el 58,0% tenían un tiempo de diagnóstico de 1 a 4 años, el 48,5% tenían valores medios de CD4, y el 95,0% tenían

buena autoestima. Conclusiones: La edad, el lugar de origen y la duración de la enfermedad fueron las únicas variables independientes que presentaron una correlación estadísticamente apreciable con el nivel de autoestima ($p < 0,05$) (28).

Mostacero (2018), en su investigación titulada "Nivel de autoestima y grado de depresión del paciente con VIH/SIDA del Hospital Regional Docente "Las Mercedes" – Chiclayo, 2018". Cuyo propósito del estudio fue descubrir si existe o no una correlación entre la cantidad de autoestima que tiene un individuo y la severidad de la depresión que experimenta en pacientes con VIH/SIDA tratados en el Hospital Regional Docente "Las Mercedes" de Chiclayo. Con una metodología de enfoque cuantitativo, correlacional directo y transversal. Se administraron el Test de Autoestima de Coopersmith modificado y el Inventario de Depresión de BECK (IBD-II) a una muestra de 118 pacientes que participaban en el tratamiento TARGA. Estas pruebas se utilizaron para recoger la información necesaria. El resultado refleja un 17,80% de pacientes con niveles bajos de autoestima, el 22,88% niveles altos y el 59,32% niveles medios. De igual manera, El porcentaje de pacientes con depresión leve fue del 57,63%, con depresión moderada el 25,42% y sin depresión el 22,8%. El SPSS20 permitió analizar la base de datos y la correlación de Pearson determinó la conexión de las variables. Según la conexión, la tristeza se reducía a medida que aumentaba la autoestima, o viceversa. Por encima del punto crucial de la tabla 4,5, el resultado de la prueba t de 22,75 ($P: < 0,05$), determinó la aceptación de la hipótesis con una fiabilidad del 95%. Asimismo, el 57,63% de los pacientes presentaban un caso de depresión leve, el 25,42% moderada y el 22,88% ninguna depresión. En conclusión: En las personas diagnosticadas de VIH o SIDA, existe conexión sustancial entre el nivel de autoestima del paciente y la gravedad de sus síntomas depresivos (29).

Cartolín y Casabona (2017), en su tesis "Nivel de autoestima en pacientes con VIH/SIDA del programa tratamiento antirretroviral de gran actividad en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza", Lima. Determinar cómo los pacientes con VIH/SIDA que participaron en el programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2017, valoraron su sentido personal de autovaloración. Estos resultados se cumplieron: el 44,1% del total de pacientes de la investigación, cuyas edades variaron de 18 y 65 años, pertenecían al grupo etario relevante de 20 a 35 años. Además, la mayoría de los pacientes son varones (79,4%), de Lima y Callao (94,1%), tenían un título técnico o superior (46,1%), eran solteros (63,7%) o comerciantes (40,7%), tenían ingresos entre 800-1000 soles (32,4%), y llevaban enfermos entre.

El 3,4% de pacientes con VIH que participaron en el programa TARGA se alcanzó un alto nivel de autoestima. El 60,3% de pacientes alcanzaron un nivel moderado y el 36,3%, uno deficiente. Según la mayoría, el 90,2% de cuidados de enfermería, el 75% de dimensión familiar, el 41,2% del área personal y el 48,5% social alcanzaron altos niveles de autoestima. En resumen: Según sus dimensiones, tanto en el ámbito de la autoestima como en el de la autoestima social, La mayor parte de los pacientes con VIH se puntuaron a sí mismos con una autoestima baja, que participan en el programa TARGA. Aunque la mayoría de estos individuos tienen altos niveles de autoestima, la mayoría de ellos también tienen altos niveles de autoestima social. (30)

2.2. Fundamentos teóricos

Autoestima

Maslow, conceptualiza la autoestima como "la valoración que uno tiene de sí mismo". Dependiendo del grado de seguridad, estímulo y/o desánimo que experimente la persona, sobre todo por parte de su entorno, se desarrolla progresivamente a partir de la infancia. Tiene que ver con las emociones de sentirse adorado, capaz, realizado y valorado. "Sólo podemos dar cuando nos hemos dado a nosotros mismos", "Sólo podemos amar cuando nos amamos a nosotros mismos" son expresiones del hecho de que, si alguien no se respeta a sí mismo, es imposible que respete a nadie más (31).

También señala que los individuos anhelan la independencia y la libertad, así como el poder del éxito, la suficiencia del dominio y la competencia, todo lo cual contribuye al deseo de renombre o prestigio, que puede describirse como el respeto o la consideración que se obtiene de los demás. A su vez, la fama y el prestigio conducen a la posición, el dominio, el reconocimiento, la atención, la relevancia y la admiración, que justifican el respeto de los demás. Cuando se satisfacen estas exigencias, se inducen "sentimientos de autoconfianza, dignidad, fuerza, aptitud y suficiencia".

La autoestima puede describirse como la creencia de que nuestra existencia, nuestra forma de ser, quiénes somos y el compendio de características físicas, psíquicas y emocionales son la base de nuestra autoestima (32).

Coopersmith (1996), La autoestima se describe como la apreciación continua de uno mismo; esta evaluación es lo que constituye la autoestima. El grado en que la actitud de aceptación o desaprobación de una persona refleja su nivel de autoestima refleja su percepción de sí misma como competente, productiva, importante y admirable (33).

Componentes de la autoestima.

Aprecio: Valoración honesta de uno mismo, similar a la de cualquier otro individuo, en la que se buscan rasgos distintivos de la personalidad que puedan valorarse por las virtudes que encierran. Se aprecia a sí mismo y le encantan los rasgos que le caracterizan. Tiene un reconocimiento o autoevaluación precisa de sí mismo, y se complace en su trabajo. Lo hace sin ser pedante y sin fingir una falsa humildad.

Aceptación: Se considera una persona restringida y débil, y piensa que, debido a la naturaleza humana que la rige, no es una excepción. En consecuencia, es susceptible de equivocarse, es decir, entiende el fracaso y el error como todo el mundo. Se considera a sí mismo dentro de esta categoría porque cree que no es una excepción. Acepta la responsabilidad de todos sus comportamientos y es capaz de reconocer los aspectos negativos de su personalidad con serenidad. Su objetivo es realizar acciones que le sitúen en una posición de éxito, pero no le preocupa que los errores del pasado puedan intentar perjudicarlo en el futuro.

Afecto: Un enfoque que sea amable, compasivo y comprensivo para irradiar serenidad, en lugar de uno combativo contra las propias ideas y emociones hacia uno mismo; lo que podrías imaginar. La presentación está pensada para una evaluación imparcial y carece de complejidades que puedan afectar a cómo te sientes contigo mismo.

Atención: Es la sensación de que estás satisfaciendo todas tus necesidades esenciales, ya sean corporales, psicológicas, intelectuales o espirituales. Quienes se valoran a sí mismos de forma constante eligen la vida antes que la muerte. Las personas que se respetan a sí mismas prefieren el placer al sufrimiento y al dolor porque son capaces de comprender la necesidad del dolor y del sufrimiento para el avance de una causa digna y como medio para evitar el hedonismo.

Autoconciencia. Un grado saludable de autoconciencia y, en particular, la capacidad de trabajar junto a uno mismo son requisitos indispensables para alcanzar los cuatro criterios de alta autoestima que se han esbozado anteriormente. Permiten a los individuos que las poseen tener conciencia de su entorno, escucharse a sí mismos con compasión y actuar adecuadamente (34).

La teoría de la autoestima.

Teoría de Stanley Cooper Smith

Coopersmith (1959), considera que el sentimiento de autoestima es un subproducto del juicio y la valoración que el sujeto hace de sí mismo; se compone de un grupo de actitudes y creencias (35).

En otras publicaciones posteriores, Coopersmith (1993), afirma que la autoestima es cambiante pero estable, por lo que puede permanecer constante a lo largo del tiempo, a pesar de que puedan producirse algunos ajustes en periodos concretos y en determinadas condiciones, como indica el autoconcepto del sujeto (36).

Los siguientes aspectos de la autoestima sirvieron de base para su idea, una de las cuales era la autoestima escolar, que sólo se aplica a la población infantil. Precisamente porque creía que el sentido de autoestima de una persona pasa por ciertos cambios en distintas etapas de su vida, creía que el sentido de autoestima de una persona estaba compuesto por dimensiones.

– Cuando se habla de la autoestima escolar se enmarca en niños y adolescentes, se tienen en cuenta todos los elementos de la autoestima de aula. La autoestima personal es una apreciación de sus propias características humanas, incluidas las emociones, los atributos físicos, los sentimientos, etc. Esta evaluación la realiza la propia persona. La autoestima de la propia familia, que está relacionada con todo lo que se asocia a la experiencia de tener una autoestima alta.

– Autoestima, sobre todo en relación con el entorno inmediato o la red social básica. La autoestima en situaciones sociales se refiere al grado en que un individuo siente amor por sí mismo cuando participa en actividades sociales como la conversación, la amistad y similares (37).

El autor creó dos puntuaciones conocidas como “Escala de Autoestima de Coopersmith” para evaluar estas cualidades, orientada a niños y a los adultos. Estas escalas están diseñadas para evaluar las características independientemente unas de otras, de modo que pueda crearse un perfil de la autoestima de una persona basado en estas dimensiones. De forma similar, el autor sugirió que el importe global de la autoestima de una persona puede calcularse sumando todos estos componentes. Esta teoría se considera una de las más completas hasta la fecha, no sólo por su núcleo epistemológico, sino también por las pruebas que se han descubierto al respecto. Las pruebas se han manejado, en su mayor parte, utilizando las mismas escalas que desarrolló el autor (37).

Según Nathaniel Brighman.

Es una teoría contemporánea. Según el autor, la autoestima es una componente primordial perceptiva compuesta por sentimientos de autoevaluación de forma personal, mental y físico que componen la propia existencia. Estas características consisten en la personalidad, el intelecto y el atractivo físico. Puede desencadenarse a lo largo de la vida como consecuencia de circunstancias inevitables (como cuando los niños nacen

en hogares que ven el tema como una persona) o de una provocación deliberada (como en la psicoterapia de pacientes con baja autoestima) (38).

Un sujeto con un buen sentido de sí mismo tendrá ideas positivas que le inspirarán confianza en sus actividades. Por otra parte, Una persona con baja autoestima tendría dificultades para tomar decisiones debido a sus preocupaciones y ansiedades, lo que le haría permanecer en su zona de confort. Según este punto de vista, la autoestima de una persona determina la trayectoria de su vida, incluidos tanto sus triunfos como sus fracasos. Una autoestima sana se desarrolla en gran parte a través del principal sistema de apoyo, que es la familia o el entorno local. Del mismo modo, El modelado y la personalidad del participante principal del grupo de apoyo trabajan juntos para crear autoestima.

La teoría de Abraham Maslow.

Según este planteamiento de integración de la psicología en la persona, el sentido de la propia valía debería ser capaz de cumplir una serie de responsabilidades organizadas jerárquicamente en forma de pirámide, dando más peso a los requisitos menos prioritarios. Según Maslow (1985), La Eúritmia se mantiene cuando se satisfacen determinadas exigencias de la persona. Las siguientes necesidades conforman cada nivel de la pirámide: El término "necesidades fisiológicas" se refiere a la necesidad de alimentos, un lugar donde pasar la noche, descanso, orina, heces y comportamiento en un ambiente que sea agradable. Para que haya seguridad, primero debe haber orden, después estabilidad y, por último, protección (31). necesidades sociales: Participe en grupos, exprese y reciba agradecimientos, pase tiempo con personas afines a usted o viva cerca de otras personas que compartan sus intereses. Una persona tiene que apreciarse, respetarse, aceptar sus puntos fuertes y diferenciarse en la comunidad para tener conciencia de sí misma. Conquistar las propias ambiciones es necesario para el desarrollo personal (39).

Dimensiones de la autoestima.

Dimensión Personal.

Hace referencia a las respuestas de un individuo a los rasgos de su estructura mental o física, como virtudes, defectos y otros rasgos análogos.

Dimensión Social.

Implica las perspectivas del individuo sobre el entorno social, como sus relaciones con sus amigos y otras personas de su edad.

Dimensión Familiar.

Este término se refiere a las experiencias y creencias del individuo sobre su valor en relación con su principal red de apoyo, que es su familia.

Niveles de la autoestima

Mondragón (2001), menciona los tres principales niveles sobre autoestima, y cada uno de ellos repercute en la vida del individuo investigado en mayor o menor medida. Estos niveles se describen de la siguiente manera (40).

Autoestima Baja Las personas que padecen baja autoestima, que se caracteriza principalmente por la incapacidad de sentirse valiosas y dignas, o de ser queridas, tienen dificultades para tomar decisiones, buscan continuamente la aceptación de los demás, ya que toda su existencia se basa en las opiniones de los demás, por lo que no disfrutan de los premios y las alabanzas, son incapaces de comunicar sus deseos o necesidades con fluidez y critican duramente lo que ellas mismas piensan, sienten y hacen.

Autoestima media baja "Tendencia a la baja autoestima" es otro nombre para este estado de autoestima. Se identifica por el hecho de que quienes lo experimentan suelen mostrar comportamientos de baja autoestima y, en ocasiones, muestran comportamientos acordes con una autoestima media. Fernández (2011), Dependiendo de la situación y de los estímulos a los que esté expuesta en cada momento, es probable que una persona con una autoestima media-baja fluctúe constantemente entre una autoestima media y una baja. En realidad, es más probable que una persona con una autoestima media-baja sufra frecuentes oscilaciones entre la autoestima media y la baja, a pesar de que este nivel suele describirse como el término medio entre ambas (41).

Autoestima media Este grado de autoestima se sitúa en un punto intermedio entre tener una autoestima muy alta y tener muy poca autoestima. Cuando las cosas van bien, da a los individuos una sensación de seguridad, pero cuando las cosas van mal con frecuencia, les hace sentirse incómodos consigo mismos y con su futuro. Este rasgo ayuda a definir a las personas. Aunque reconozcan y acepten sus defectos, a quienes tienen un grado moderado de autoestima les cuesta soportarlos. Por otra parte, son capaces de mostrarse indecisas ante algunas elecciones, pero en otras ocasiones son capaces de estar bastante seguras y decididas.

Autoestima media alta. La persona tiene este tipo de autoestima cuando tiene tendencia a vacilar y oscilar entre un nivel medio y alto de autoestima, modificándolo de acuerdo a su entono y de las señales que recibe del mundo exterior. Este nivel de

autoestima es un estado de transición entre los niveles normal y alto de autoestima; se sitúa en algún punto intermedio.

Importancia de la autoestima.

Una necesidad humana básica es la autoestima; es fundamental y contribuye de forma importante a la progresión de la vida al desempeñar un papel significativo en las decisiones y alternativas que determinan su curso. Es esencial para un crecimiento adecuado y saludable, desempeña un papel en la capacidad de supervivencia, es representativa de los logros de un individuo y es el resultado de un esfuerzo persistente por llegar a comprenderse a sí mismo. Hoy en día, tener un sano sentido de la autoestima no sólo es vital desde un punto de vista psicológico, sino también económico. También es esencial adaptarse al mundo complejo, competitivo y exigente. Sin una comprensión sólida de quién eres y de lo que eres capaz, una persona tiene pocas posibilidades de desarrollar todo su potencial (42).

Afrontamiento.

La Real Academia de la Lengua Española (RAE) menciona que: "el resultado y la acción de enfrentarse". "Enfrentarse a un peligro, a un reto o a un escenario peligroso", según la RAE (43).

El afrontamiento es una serie de «las formas de pensar y actuar que permiten a las personas afrontar circunstancias difíciles» (44).

Se conceptualiza como un conjunto de acciones emprendidas con el fin de reducir, de alguna manera, el impacto negativo que se produce como consecuencia de un escenario estresante. Esto se hace como un esfuerzo de la persona para manejar las tensiones que puedan surgir en su vida cotidiana (45).

Asimismo, es un proceso de realización de esfuerzos orientados a gestionar (reducir, disminuir, tolerar o regular) las demandas internas y ambientales de la manera más eficaz posible. En pocas palabras, se puede describir El afrontamiento se conceptualiza como "Aquellas técnicas cognitivas y conductuales continuas y se consideran superiores o a la par de los recursos del individuo para hacer frente a determinados retos externos y/o internos" (46).

Con una definición tan amplia, es factible suponer que los mecanismos fundamentales de afrontamiento que el organismo utiliza cuando se enfrenta a un entorno estresante también incluyen reacciones emocionales como la rabia o la desesperación.

Estrategias de Afrontamiento

Según Macías, Orozco, Valle y Zambrano (2013), en el ámbito de este artículo, el término "técnicas de afrontamiento" se referirá a las estrategias psicológicas que una persona actúa frente a los efectos de contextos estresantes. Estas estrategias pretenden provocar, evitar o reducir los conflictos en las personas, recompensándolos personalmente y reforzándolos, aunque su aplicación no garantice necesariamente el éxito.

Lazarus y Folkman citado por Di-collaredo, Aparicio y Moreno (2007), antes de seleccionar una estrategia de afrontamiento, señalan que el tipo de incidente, su potencial perturbador, la incertidumbre que produce y la duración del contexto serán consideraciones cruciales.

Clasificación de las Estrategias de Afrontamiento

Lazarus y Folkman (1984), Existen dos categorías fundamentales (47):

- **El primero centrado en el problema:** El afrontamiento centrado en el problema implica el manejo de demandas internas o externas que suponen un peligro y perturban la interacción del individuo con su entorno. Esto puede lograrse modificando las circunstancias problemáticas o proporcionando nuevos recursos para contrarrestar el impacto negativo de las circunstancias medioambientales.

Estas técnicas de afrontamiento son muy similares a las técnicas de resolución de problemas. Esto se debe a que sus objetivos típicos incluyen describir el problema, buscar posibles soluciones, sopesar los pros y los contras de esas opciones y, por último, seleccionar y poner en práctica esas respuestas. Por su parte, implica un proceso objetivo y crítico que se centra sobre todo en el entorno, mientras que el afrontamiento de resolución de problemas incorpora tácticas que enlazan con el interior del sujeto.

A su vez las estrategias centradas en el problema se dividen en:

- ✓ **Afrontamiento Activo:** Significa tomar todas las medidas necesarias para alterar las circunstancias o disminuir el impacto que tienen en la propia vida. La acción directa y el aumento de los esfuerzos personales son también componentes de esta estrategia.
- ✓ **Afrontamiento Demorado:** Se considera una reacción obligatoria y útil, con el objetivo de buscar la ocasión adecuada para responder de manera no anticipada. (46).

- **El segundo centrado en las emociones:** Regular las emociones es su función, y esto implica hacer intentos por aliviar la angustia y tomar el control de los sentimientos que provoca el acontecimiento estresante. Evitando el escenario estresante, reevaluando racionalmente el suceso perturbador o concentrándose en las buenas cualidades de uno mismo o de su entorno, estos objetivos pueden alcanzarse en gran medida (48).

Por lo tanto, es más probable que los modos de afrontamiento orientados a las emociones se manifiesten después de que se haya determinado que no se puede hacer nada para cambiar las circunstancias problemáticas del entorno. Por otro lado, los métodos de afrontamiento orientados a los problemas tienen más probabilidades de manifestarse si se considera que las circunstancias en cuestión son susceptibles de modificación.

A su vez, existen circunstancias desbordantes que los individuos son incapaces de manejar, por lo que se esfuerzan en disminuir el efecto emocional que les provoca el escenario. En este sentido, Las técnicas de afrontamiento enfocadas en las emociones intentan alterar la reacción emocional que provoca una situación estresante resinificándola mediante actos, palabras o sentimientos. Estas técnicas suelen utilizarse cuando una persona cree que su nivel de estrés escapa a su control (49).

- **Autocontrol:** La persona utiliza herramientas psicológicas que le ayudan a gestionar sus emociones, que han aflorado siendo desfavorable según el contexto que atraviesa (50).
- **Distanciamiento:** No significa apartarse completamente de una situación, sino alejarse de ella a una distancia significativa para protegerse de los efectos negativos de ese escenario (51).
- **Revaluación positiva:** Implica dar a una circunstancia significado y una connotación positiva a pesar de que su ocurrencia sea estresante y pueda ser perjudicial para la persona (50).
- **Aceptación de la responsabilidad:** Implica conocer del papel del individuo en el desarrollo o la continuación de un problema se denomina responsabilidad (52).
- **Escape/evitación:** Consiste en un conjunto de actividades encaminadas a evitar a toda costa una circunstancia estresante que el individuo es obviamente incapaz de afrontar (53).

- **Búsqueda de apoyo social:** Actividades que se realizan con la ayuda de un tercero, que sirve de apoyo en uno o varios de los siguientes niveles: cognitivo, emocional o conductual (53).

Estas estrategias centradas en las emociones incluyen varias categorías:

1. **El apoyo social emocional**, que hace hincapié en obtener apoyo emocional, compasión y comprensión de los demás. La aceptación de la reacción de afrontamiento funcional se produce cuando una persona, al acercarse por primera vez a una circunstancia estresante, opta a reconocer la realidad y hace esfuerzos por afrontar o lidiar con el problema. Este es el primer paso de la reacción de afrontamiento funcional.
2. **El apoyo en la religión**, se considera una táctica porque proporciona un sistema de apoyo emocional a un gran número de individuos, allana el camino para futuro mejor con una perspectiva más optimista y la aplicación de técnicas de afrontamiento más proactivas.

Según los resultados de un estudio titulado "Religious Coping and Psychological Adjustment to Stress", se descubrió Las personas que participan en actividades humanitarias, acuden a organizaciones de desarrollo espiritual y buscan orientación espiritual se sienten menos estresadas por diversas presiones, un aumento de su sentimiento de autoestima y una mayor capacidad para adaptarse a las condiciones de su vida (54).

La religión, por su parte, fue identificada la vida de todas las personas tiene un elemento humano que le confiere una cualidad celestial. Así se constató en un estudio sobre los significados, en el que las personas entrevistadas definieron la religión como otra dimensión a partir de la cual se construye el sentido de la vida. Además, esta definición fue dada por las personas que fueron entrevistadas. Es una fuente de esperanza tener confianza y seguridad en un ser superior ya que, partiendo de una teología que se fundamenta en el amor, se cree fervientemente que, sean cuales sean las circunstancias, nunca se quedará desprotegido (55).

3. **La reinterpretación positiva y crecimiento:** Utilizando esta interpretación, es posible crear un compromiso menos estresante para animar al individuo a participar en prácticas de afrontamiento orientadas a la solución. El objetivo de esta interpretación es manejar el estrés emocional específico.
4. **La concentración y desahogo de las emociones:** Se refiere a una propensión de insistir en todos los acontecimientos desfavorables y a proyectar los propios

sentimientos en otras personas. Esta actividad puede ser beneficiosa durante un momento concreto de gran estrés; sin embargo, insistir en estos sentimientos durante mucho tiempo puede dificultar una adaptación eficaz, ya que ameniza al individuo de sus actividades activas por afrontar la circunstancia estresante.

5. **La liberación cognitiva**, suele tener lugar justo antes del alta conductual. Supone la realización de una serie de tareas diferentes.
6. **La negación**: La negación, que consiste en ignorar el factor estresante, puede disminuir el estrés, aumentar el afrontamiento y ser esencial durante la transición; pero, si persiste, podría obstruir una respuesta activa. La negación también puede ser ventajosa. En un estudio sobre personas sometidas a hemodiálisis, se demostró que la negación explica la menor eficacia del tratamiento de la enfermedad, así como una implicación más pasiva, junto con un aumento de los indicios de ansiedad y depresión, y un grado de ajuste psicosocial deficiente (56).
7. **La liberación hacia las drogas**: En este método, se consume bebida o drogas para evitar pensar en la fuente de estrés (48).

La única forma de que los métodos de afrontamiento tengan éxito es que contribuyan al bienestar general del individuo a nivel fisiológico, psicológico y social. Es vital aclarar que el éxito de los mecanismos de afrontamiento depende tanto de sus efectos a largo plazo sobre la salud psicológica y física como de su eficacia para gestionar y reducir el sufrimiento agudo (57).

Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación de Callista Roy:

Roy define la adaptación “Al ser tanto el proceso como el resultado de individuos con ideas y emociones individuales o colectivas que emplean el conocimiento consciente y la elección a fin de producir la integración humana y medioambiental, la integración puede considerarse tanto el proceso como el resultado del proceso” (58).

Como resultado de esta idea, Roy menciona que un “sistema adaptativo” interactúa constantemente con el entorno que le rodea. Dentro de estos dos subsistemas significativos, el individuo hace uso de mecanismos de afrontamiento, tanto los que le son innatos como los que ha adquirido a través de la experiencia.

La fundamentación del modelo parte de los principios científicos y filosóficos.

Los principios científicos: Se fundamenta bajo la teoría de sistemas de Von Bertalanffy (1968) y en la teoría de las fases de adaptación de Helson (1964), posteriormente añadieron la visión de Young (1986) sobre la unidad del cosmos y el propósito de la creación. En 1968 se publicaron ambas hipótesis (59).

Los principios filosóficos: Son el humanismo y *veritativity* (Roy, 2008, p. 27), según Roy (2008), es un aspecto fundamental de la humanidad que establece un objetivo compartido para la continuación de la raza humana.

Roy (2008), intenta explicar cómo y por qué se produce este proceso utilizando este modelo teórico de afrontamiento. Para describir el subsistema cognitivo, crea la hipótesis del rango medio del proceso de afrontamiento y adaptación y, como resultado, Para facilitar el afrontamiento, determine las habilidades y métodos que emplea una persona para gestionar y afrontar una circunstancia difícil (60).

Roy (2008), desarrolló la escala Coping Adaptation Processing Scale (CAPS) ver y entender el procedimiento de afrontamiento y adaptación. Esta escala califica la capacidad, el estilo y los métodos de una persona para hacerse cargo de una situación y fomentar la adaptabilidad.

Cada uno de los 47 ítems de esta medida ordinal es una breve declaración sobre cómo reacciona una persona ante una crisis o un acontecimiento difícil. Los ítems se agrupan en 5 estilos y estrategias que Roy ha identificado como elementos y tienen un formato tipo Likert de 4 criterios: nunca = 1, rara vez = 2, casi siempre = 3, siempre = 4. El hecho de que el afrontamiento en sí mismo sea un signo de algún tipo de adaptabilidad es un punto muy importante a tener en cuenta, y esto es así independientemente de las reacciones que se produzcan como consecuencia de la actuación.⁶¹, esta es la razón el mundo tiene la capacidad de hallar una forma de enfrentarse a circunstancias desafiantes, y su respuesta a la adversidad siempre empieza por uno (1) en lugar de por cero (0). Utilizando el marco teórico establecido por Roy y González (2007), Se han identificado los siguientes estilos cognitivos, procesos y fases para cada componente:

- **El factor 1: recursivo y centrado** (10 ítems) refleja las acciones y los recursos humanos, se enfoca en aumentar la entrada del sistema de información cognitiva y tiene en cuenta actitudes de resolución de problemas como la creatividad y la búsqueda de soluciones. Mantener un "estilo" recursivo al tiempo que se mantiene un enfoque "estratégico" concentrado. Una puntuación más alta en técnicas de afrontamiento se indica al tener una puntuación más alta en este componente, que incluye ítems que demuestran acciones generalmente positivas.
- **El factor 2: reacciones físicas y enfocadas** (14 ítems) se centra en las respuestas corporales que se producen a lo largo de la gestión de los acontecimientos, así como en la fase de salida. Este elemento tiene una puntuación que se invierte, ya que otorga una calificación negativa tanto a la conducta como a la actitud. El estilo se describe como "respuestas físicas" y el enfoque como "centrado".

- **El factor 3: proceso de alerta** (9 ítems) se centra en las entradas, los procesos centrales y las salidas - los tres niveles de procesamiento de la información-, al tiempo que mantiene una variedad de estilos y técnicas. También refleja los comportamientos del yo físico y personal.
- **El factor 4: procesamiento sistemático** (6 ítems) dilucida los métodos, tanto personales como físicos, para hacerse con el control de las circunstancias desafiantes y abordarlas de forma sistemática; los procesos de alerta y procesamiento son ejemplos de técnicas tangibles de afrontamiento, que constituyen los elementos 3 y 4, respectivamente.
- **El factor 5: conocer y relacionar** (8 ítems) una descripción, utilizando los recuerdos y la imaginación, de los métodos que utiliza una persona para manipularse a sí misma y a los demás. El enfoque es de "saber", mientras que la táctica es de "relacionarse".

Importancia de las Estrategias de Afrontamiento.

Las personas están sometidas a condiciones desagradables a través de su dinámica social y, en consecuencia, estas circunstancias afectan la forma de comportarse de las personas. Estos acontecimientos claramente desagradables desestabilizan a las personas, generando un aumento de los niveles de estrés deben ser abordado por los sistemas de afrontamiento de cada individuo. La inacción provocará reacciones corporales, psicológicas y conductuales perjudiciales para el bienestar biopsicosocial de la persona.

En consecuencia, Como estrategias de afrontamiento, se han examinado diversas formas de ayudar a las personas de sobrellevar los problemas de estrés que se producen en su vida cotidiana. Cada persona contiene estas técnicas como parte de su herencia psicológica. Conocer esto facilita la comprensión de los esfuerzos que una persona realiza en su entorno, lo que a su vez simplifica la determinación de si la calidad de vida del individuo es excelente o deficiente (62).

El afrontamiento de los pacientes VIH.

Enterarse de que uno tiene una enfermedad potencialmente mortal que es difícil de experimentar. Sin embargo, enfrentarse a las repercusiones mentales, sociales y económicas del VIH/SIDA puede hacer que vivir con la enfermedad sea todo un reto. Las personas con VIH confrontan una gran variedad de factores estresantes, algunos fisiológicos, otros socioculturales, otros económicos y otros psicológicos. Estos factores estresantes, en su conjunto, suponen un riesgo potencial tanto para su salud corporal

como mental. Por este motivo, esta investigación es para descubrir estrategias de afrontamiento que puedan afectar a los cambios en la competencia inmunológica y al curso de infección por VIH, como también los métodos de afrontamiento amigables que no conduzcan a descensos de la competencia inmunológica ni a estados depresivos.

Las personas seropositivas tienen muchas más probabilidades de sufrir diversos riesgos para su salud mental a lo largo de su vida que la población general. Las sensaciones más prevalentes son las relacionadas con el malestar emocional grave, incluidas la tristeza y la ansiedad, que suelen seguir a sucesos traumáticos en la vida de la persona.

Cuando una persona recibe un diagnóstico seropositivo, puede desencadenar una serie de emociones fuertes. Puede provocar emociones de pavor, culpa, rabia, dolor y desesperación tras un tiempo de conmoción y negación. Algunas personas pueden incluso plantearse el suicidio. Dado que la enfermedad grave afecta a los pensamientos, las emociones y su capacidad para desenvolverse con normalidad en la vida diaria, es natural que experimente sentimientos de desesperación, temor a la enfermedad, la discapacidad e incluso la muerte; pena y preocupación, etc. Las personas seropositivas tienen una tasa de prevalencia que duplica la de la población general. La mayoría de los síntomas que se enumeran a continuación, como tristeza, apatía, fatiga, dificultad para concentrarse, pérdida de interés por las actividades, cambios en la alimentación y el peso corporal, dificultades para dormir, abandono de sí mismo y, tal vez, pensamientos suicidas, son los principales signos de la depresión. Según los resultados de ciertos estudios, alrededor de una quinta parte de la población afectada, es decir, el 19%, padece ideación suicida. Además, los pacientes que afirman tener un mejor nivel de autoeficacia para gestionar la enfermedad son menos propensos a tener este tipo de ideas (63).

A diferencia de los que no pueden hacerlo, los que son capaces de aceptar su estado seropositivo y desarrollar activamente mecanismos de afrontamiento de la enfermedad -como hacer uso de recursos personales, expresar emociones, exigir información y buscar apoyo emocional- tienen más probabilidades de poder mantener su enfermedad asintomática. En una línea similar, la investigación ha descubierto que es más probable que mantengan e incluso aumenten la calidad de sus relaciones sociales en general (64, 65).

VIH

El SIDA es la enfermedad adquirida inducida por el VIH incide a la población de linfocitos CD4+ y pone al paciente a un estado de inmunodeficiencia que lo vuelve propenso de

contraer enfermedades oportunistas graves o cánceres poco frecuentes. Las siglas SIDA significan síndrome de inmunodeficiencia adquirida (66).

SIDA

La infección por VIH, una enfermedad en su fase avanzada y contagiosa que progresa con el tiempo y está causada por un virus. Durante esta fase, el huésped y el virus mantienen entre sí una relación muy compleja. Pueden manifestarse enfermedades oportunistas o neoplasias poco frecuentes cuando la inmunodeficiencia sigue empeorando y la replicación vírica se hace más prevalente (67).

Patogenia

La infección por VIH la provocan los retrovirus. Los virus de ARN llamados retrovirus utilizan un intermediario de ADN para proliferar. La replicación de este ADN depende de la ADN polimerasa o de la retrotranscriptasa, ambas originadas a partir del ARN y localizadas en el interior del virión. La copia o transcripción de la información genética del ARN al ADN es posible gracias a este ensamblaje enzimático. La capacidad de crear partícula de los datos genéticos contenidos en ARN es exclusiva de los demás virus. Esta técnica es exclusiva de la replicación vírica. Los retrovirus se subdividen a su vez en muchas subfamilias, entre ellas oncoviridae, spumaviridae y lentiviridae. Cada una de estas tres subfamilias presenta características distintivas en cuanto a los procesos biológicos en los que participan. Estos últimos son responsables de la inmunodeficiencia, ya que ocasionan una muerte gradual y lenta de las células que infectan. El VIH-1 y el VIH-2, que se identificaron en 1983 y 1986, son los miembros de este subgrupo responsables de la enfermedad en humanos (68).

Existen muchos serotipos diferentes del virus VIH-1, y pueden dividirse en tres grupos principales: M (principal), O (atípico) y N. (Nuevo, No M, No O). El primero es responsable de la mayoría de las enfermedades que se registran en todo el planeta, y los científicos han identificado los siguientes serotipos: A, B, C, D, E, F, G, H, J y K. Esta categoría incluye las cepas recombinantes ingiriendo genes de mezclas de algunas de las cepas. Estas cepas han sido identificadas. Por otra parte, el VIH-2 tiene menos serotipos que el VIH-1, ya que su circulación mundial es menor: A, B, C y E.

Vías de transmisión:

Existen cuatro vías más comunes de contagio del VIH son el contacto sexual (tanto homosexual como heterosexual), el contagio de una madre a su hijo mediante el parto, el periodo perinatal (68).

- **Vía sexual:** Las personas con VIH en su mayoría contraen el virus por contacto sexual. La transmisión de una pareja heterosexual a otra es, con mucho, el método de infección más frecuente, sobre todo en los países subdesarrollados; pero, en muchas naciones occidentales, se ha producido un resurgimiento de la transmisión de una pareja masculina a otra en las relaciones heterosexuales. “Se ha demostrado que el VIH puede encontrarse en el líquido seminal, donde puede hallarse en materiales celulares, así como en el interior de células mononucleares que han sido infectadas. Las investigaciones realizadas en laboratorio sentaron las bases de este avance” (69).

Al parecer, “El virus es propenso a acumularse en el líquido seminal, cuando el recuento de linfocitos y monocitos es muy elevado. Esto ocurre en trastornos inflamatorios del tracto genital como la uretritis y la epididimitis, que son procesos estrechamente relacionados con diversas infecciones de transmisión sexual. Entre estas afecciones se encuentran, por ejemplo, la epididimitis y la uretritis” (68).

Los lavados anales y otros actos sexuales irritan la mucosa rectal son dos ejemplos de prácticas sexuales que aumentan el riesgo a ser contagiado. Varios estudios mencionan que los varones heterosexuales que se han sometido a la circuncisión masculina tienen menos probabilidades de infectarse con VIH. “Además de realizar actos sexuales de riesgo, el consumo de bebidas alcohólicas y drogas ilegales puede aumentar el contagio del VIH mediante el contacto sexual en pareja” (70).

- **Uso de sangre y hemoderivados contaminados:** “Las personas que se someten a trasplantes de sangre, transfusiones o productos sanguíneos infectados con VIH corren el riesgo de contraer el virus.” Para que el VIH se transmita por el método de inyección de medicación parenteral, no es necesaria una punción intravenosa. (IV); “Las inyecciones administradas por vía intramuscular (IM) o subcutánea (SC) también pueden transmitir el VIH, a pesar de la idea errónea de que estos métodos presentan un riesgo menor” (70).

Sigue existiendo el riesgo de tener el VIH (tanto el VIH-1 como el VIH-2) a través de los hemoderivados en algunos países subdesarrollados, sobre todo en el África subsahariana, donde el cribado de los hemoderivados no es una práctica habitual. Este riesgo es especialmente prevalente en países en los que falta educación para prevenir y tratar el VIH.

- **Trasmisión de la madre al feto o trasmisión vertical:** Es posible que la mujer infectada contagie el VIH a su hijo nonato mientras el bebé está todavía en el útero, cuando la madre está dando a luz o mientras la madre está amamantando. “Es un tipo de infección especialmente importante en países en desarrollo, donde las mujeres

infectadas con respecto a los hombres son de aproximadamente 1:1. En estos países la prevalencia de la enfermedad es inusualmente alta (71).

La investigación virológica de bebés que han sido abortados revela que el VIH podría haberse transferido durante el embarazo, quizás ya en el primer y segundo trimestre; a pesar de ello, no hay pruebas de que el VIH se haya transmitido al producto, “La fase perinatal es el momento de la vida en que la tasa de transmisión materno-fetal es más elevada” (69).

Signos y síntomas.

Existe la posibilidad de que se manifieste la mononucleosis infecciosa entre unos días y semanas después del contagio con VIH. Esta enfermedad suele ser bastante leve. Fiebre, faringoamigdalitis, malestar general, erupción cutánea y linfadenopatía cervical son signos asociados a esta enfermedad. Los indicios duran una y dos semanas. Esta enfermedad también se conoce como síndrome retroviral agudo o infección precoz por VIH. Ambos títulos se refieren al mismo proceso. Posteriormente, incluso en ausencia de terapia, remisión completa de los síntomas, sin que la persona afectada presente signos de enfermedad durante años (de 5 a 12 años). A continuación, aparecen signos como: linfadenopatía, anorexia, fiebre y sudores nocturnos, y con frecuencia se desarrollan infecciones oportunistas menos graves como herpes zóster, candidiasis faríngea o vulvar vaginal, etc.

Por último, empiezan a manifestarse los signos clínicos del SIDA considerados más importantes. Entre ellos se encuentran la neumonía por pneumocystis jiroveci, la toxoplasmosis cerebral, la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, diversas infecciones por micobacterias, la retinitis por CMV, neoplasias como el sarcoma de Kaposi o el linfoma de Burkitt, el síndrome consuntivo y la encefalopatía por VIH. En la gran mayoría de los casos, la gravedad de estas dolencias está directamente relacionada con el mal funcionamiento del sistema inmunitario. Las personas infectadas pueden clasificarse en diversas categorías clínicas de acuerdo al linfocito CD4, así como los signos clínicos asociados al contagio por VIH (72, 73).

Complicaciones:

Se ha establecido previamente el contagio por VIH puede producir dificultades en diferentes sistemas del cuerpo; sin embargo, los sistemas respiratorio, digestivo y nervioso central son los que se ven más gravemente afectados. los que se tratan a continuación son sólo los más comunes (74, 75).

- Respiratorias: neumonía causada por *Pneumocystis Jiroveci*, tuberculosis pulmonar e infecciones sinusales recurrentes
- Digestivas: síntomas diarreicos persistentes, enteropatía causada por el VIH y dificultad para tragar
- Neurológicas
 - a) La encefalitis por VIH, también conocida como demencia del SIDA y atrofia cerebral, así como la mielopatía vascular y la meningitis aséptica normal, son síntomas de la infestación inicial por el VIH.
 - b) Las infecciones circulares con la inmunosupresión son las causas de este síndrome. La meningoencefalitis provocada por *Cryptococcus neoformans*, la neurotoxoplasmosis y las lesiones tumorales por papilomavirus son las tres afecciones que provocan esta enfermedad.
- El sarcoma de Kaposi, el linfoma primario del sistema nervioso central y el no linfoma de Hodgkin son las tres formas de cáncer relacionadas con procesos tumorales asociados al VIH.

Otras dificultades a tener en cuenta son las siguientes: El VIH puede provocar distintas enfermedades, como enfermedades degenerativas, leucoplasia vellosa oral, herpes zóster, multidermatoma, candidiasis oral, dermatitis seborreica e hiperpigmentación cutánea, así como trombocitopenia asociada al VIH y nefropatía por VIH (76, 77).

Tratamiento:

La terapia antirretrovírica ha estado a la vanguardia de las numerosas iniciativas sanitarias que han permitido a personas con VIH y sida disfrutar de una mejor calidad de vida durante más tiempo del que antes era posible. Los pacientes con VIH/SIDA han podido vivir más tiempo como resultado directo de estas medidas, a pesar de que actualmente no existe ningún medicamento que pueda curar este virus. A continuación, se enumeran algunas de estas actividades:

• Tratamientos antirretrovirales.

El objetivo es reconstruir el sistema inmunitario y hacerlo más inmunocompetente, así como limitar la cantidad de replicación vírica a niveles que no puedan detectarse. A la hora de determinar si se debe iniciar o no esta terapia, la cantidad de células CD4 es el elemento que se considera más crítico; no obstante, los requisitos para iniciar este tratamiento están cada vez más claramente definidos en el mundo actual (78,79,80).

¿Cuándo se debe iniciar la terapia antirretroviral?

Terapia antirretroviral	Antecedente de una enfermedad definitiva de sida.
	Linfocitos CD4 con menos de 200 células.
	Linfocitos CD4 entre 200-350 células
	Mujeres embarazadas, independientemente del número de linfocitos CD4
	Pacientes con nefropatía por VIH.
	Pacientes con infección VIH/virus de la hepatitis B o C.
	Carga viral mayor de 100 000 UI, independientemente del número de linfocitos CD4
	Disminución rápida de linfocitos CD4 (más de 100 células por año).
	Riesgo elevado de enfermedad cardíaca.
	Porcentaje de CD4: menos de 14.
	Edad: más de 55 años.
	En este caso siempre se trata de complementarlo con otro criterio.
Linfocitos CD4 +: más de 350 células y menos de 500.	

Los expertos que lo apoyan y los que se oponen a él tienen ahora opiniones divergentes sobre los factores que podrían considerarse favorables y perjudiciales a este respecto. Este criterio no se utiliza en Cuba en absoluto (80).

La terapia antirretrovírica se basa en la composición de tres medicamentos que actúan en momentos distintos en la replicación del VIH. Esto permite un tratamiento más completo del virus. Este tipo de tratamiento se denomina terapia antirretrovírica de gran actividad, y si se añade un cuarto fármaco, se denomina megaterapia antirretrovírica.

Es esencial tener en cuenta que una respuesta débil en la elevación de los niveles de linfocitos CD4 del paciente puede indicar que éste tiene el VIH, incluso en presencia de una buena supresión vírica, no indica necesariamente que la combinación de tratamiento del paciente haya fracasado y deba cambiarse.

Por otra parte, los medicamentos antirretrovirales pueden dividirse en tres categorías principales, cada una de ellas determinada por el lugar de acción que ejercen:

A. Inhibidores de la enzima retro transcriptasa.

1. Los fármacos análogos de los nucleósidos y su efecto pueden resumirse de la siguiente manera: interrumpen el ciclo vital del VIH y detienen su replicación. Esto se debe a que se integran en el ADN del virus e inhiben la enzima responsable de la transcriptasa inversa, también conocida como retrotranscriptasa, deteniendo así el proceso responsable de su formación. El ADN que se produce como consecuencia es insuficiente para producir nuevos virus y, por lo tanto, es inútil. Se sabe, con respecto a cada medicamento, qué base nitrogenada es fosforilada e inhibida.

2. Nucleótidos análogos.

Son capaces de interrumpir el ciclo vital del virus del VIH y limitar su reproducción porque son capaces de integrarse en el ADN del virus e inhibir la enzima responsable de la retrotranscriptasa, impidiendo la formación de los virus. El ADN que se produce como consecuencia es insuficiente para producir nuevos virus y, por tanto, es inútil.

Tenofovir (Viread) es el medicamento que se utiliza. Se presenta en pastillas de 300 miligramos cada una y se toma una sola vez al día. Es posible que se produzcan consecuencias adversas, como osteomalacia, insuficiencia renal y síndrome de Fanconi.

3. Nucleósidos no análogos y mecanismo de acción en general.

Lo consiguen suprimiendo una enzima de la célula infectada conocida como retrotranscriptasa o transcriptasa inversa. Esto impide la reproducción del VIH en el material hereditario de la célula. Esto, a su vez, interrumpe el ciclo vital del virus VIH e impide que se propague.

B. Inhibidores de las proteasas y mecanismo de acción en general.

En el caso del VIH se reproduce actuando en el paso final de la reproducción viral, impidiendo las proteínas y evitando que el virus se divida en trozos más cortos, se ensamble y salga de la célula infectada).

Estas son las únicas clases de medicamentos que pueden proporcionar el efecto deseado de aumentar el rendimiento. El medicamento ritonavir es el que se utiliza la mayoría de las veces para producir este resultado. Tiene la ventaja de ser una dosis baja, el impacto terapéutico puede ser más eficaz y se puede obtener una mayor supresión de la replicación viral. Todos estos beneficios pueden adquirirse cuando se utiliza. Estas son las ventajas que ofrece. Cuando se toma de esta manera, también existe la posibilidad de que se produzcan respuestas desagradables con menos frecuencia.

Todos estos factores contribuyen al desarrollo del síndrome de lipodistrofia, se distingue por los signos como: debilitamiento de las extremidades, adelgazamiento de la piel, el cansancio, la fatiga, la disminución de la libido, la tensión arterial alta, la hiperglucemia y el aumento de los índices de colesterol.

Sólo es aconsejable tomar determinados medicamentos que forman parte del grupo de los inhibidores en forma de refuerzos. Esto se aplica a un número significativo de medicamentos (80).

C. Otros grupos de medicamentos antirretrovirales aprobados.

Evaluación clínica de los pacientes con infección por el VIH

Para dar inicio a la terapia antirretroviral en cualquier paciente con VIH, es necesario hacer la prueba del VIH, se sugiere encarecidamente que se realice un examen clínico exhaustivo del caso del paciente. Esta evaluación debe abarcar todos y cada uno de los puntos que se enumeran a continuación (81).

- Una anamnesis exhaustiva, que incluya un registro de las terapias anteriores del paciente y de cualquier comorbilidad que pueda tener, además de un examen físico completo del paciente.
- Análisis completos, los cuales deben incluir:

Análisis completos	Hemograma. o El proceso de coagulación. o Bioquímica general, incluidos los perfiles de los sistemas hepático, renal y metabólico.
	La toxoplasmosis, la leishmaniasis, el CMV, la lúes y los virus de la hepatitis A, B y C se analizaron mediante serología.
	Prueba de Mantoux (PPD) o análisis de liberación de interferón gamma (IGRA).
	Carga viral del VIH. o Recuento de linfocitos CD4.
	Detección de mutaciones de resistencias primarias a los fármacos antirretrovirales. o Determinación del alelo HLA-B*5701.
	Análisis elemental de orina y sedimento.

- Radiografías de tórax.
- En mujeres, se hace una citología del cuello uterino. Una vez iniciada la terapia, se deben realizar controles frecuentes a cada paciente, al menos una vez cada tres a seis meses, durante los cuales normalmente se deben realizar controles de todo lo siguiente:
 - El estado de salud actual del paciente, incluidas las medidas adoptadas para reducir los factores de riesgo cardiovascular.
 - Recuento de linfocitos CD4, como parámetro de monitorización de la respuesta inmunológica al tratamiento.
 - Como métrica para evaluar la respuesta viral a la terapia, la carga viral del VIH debería, si la respuesta es suficiente, estar suprimida.

Principios generales del tratamiento antirretroviral

En los últimos veinte años han salido al mercado más de 20 medicamentos antirretrovirales diferentes. Según la fase del ciclo vital del VIH en la que ejercen su

influencia, todos y cada uno de ellos se sitúan en una de las seis categorías que componen su clasificación (80, 82).

Los antirretrovirales se utilizan casi siempre en combinaciones, siendo la norma tres medicamentos diferentes. En algunas circunstancias, necesitan potenciadores como el ritonavir o el cobicistat para alcanzar el nivel de eficacia requerido. Existen cuatro combinaciones diferentes de medicamentos antirretrovirales, cada una de las cuales se administra en forma de un único comprimido y constituye la terapia de un día entero. Así es como se descomponen:

Terapia de 1 día	Tenofovir + emtricitabina + efavirenz.
	Tenofovir + emtricitabina + rilpivirina.
	Tenofovir + emtricitabina + elvitegravir + cobicistat.
	Lamivudina + abacavir + dolutegravir.

A continuación, se ofrecen algunos ejemplos de otras combinaciones de medicamentos antirretrovirales que se utilizan con frecuencia:

Medicamentos antirretrovirales	Tenofovir + emtricitabina + dolutegravir.
	Tenofovir + emtricitabina + darunavir + (ritonavir o cobicistat).
	Tenofovir + emtricitabina + atazanavir + (ritonavir o cobicistat).

Actualmente, se aconseja el tratamiento antirretroviral a las personas en las que se haya detectado el contagio de VIH (83).

Los objetivos son los siguientes:

- Detener el empeoramiento de la enfermedad.
- Intentar mitigar los efectos potencialmente nocivos del virus sobre cualquier enfermedad concomitante.
- Reducir la probabilidad de que la infección se transmita a otras personas.

Antes de iniciar la terapia de la enfermedad del paciente, es vital notificarle la infección por VIH. Además de las comorbilidades del paciente, los medicamentos antirretrovirales que deben administrarse y adaptarse a la comodidad del afectado. Esto se hace con el objetivo de garantizar que los pacientes cumplan con sus tratamientos de la forma más eficaz posible y evitar cualquier interacción de la medicación que pudiera tener un efecto adverso en su enfermedad.

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Ámbito de la investigación

Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022

3.2. Sistema de variables

Variable 1: Autoestima

Variable 2: Estrategias de Afrontamiento

3.2.1 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumento	Escala de medición	
Variable 1: Autoestima.	Es "la evaluación que hace el individuo de su propio valor, tal y como se muestra en las opiniones del individuo hacia sí mismo. Es una vivencia personal que puede comunicarse a los demás verbalmente o mediante una conducta manifiesta". Coopersmith (1967) (pág. 5). ⁹³	Es la reacción del paciente en relación con sus capacidades fundamentales en los ámbitos personal, familiar, social y económico, así como con los elementos personales, familiares, sociales y económicos de su existencia. Se evaluará mediante la Escala de Autoestima de Coopersmith para adultos (1967).	Personal	- Dificultad en expresión -Atracción hacia los demás -Opinión de los demás -Deseos de ser otra persona -Irse del lugar:	1;3;4;7;10;12; 13;15;18;19;23;24;25	Ordinal	
			Social	-Rechazo por enfermedad, ámbito laboral -Buena relación -Grupo de apoyo			2;5;8;14;17;21
			Familiar	-Toma de decisiones Buena relación familiar -expresión e inquietudes. -Compañía en el tratamiento.			6;9;11;16;20;22
Variable 2: Estrategias de afrontamiento.	Son procedimientos específicos del contexto que pueden ser muy variables en función de las condiciones desencadenantes y se forman en función de la circunstancia.	Son las respuestas individuales a estímulos estresantes que dependen de varios factores como: la magnitud del estrés, las características	Recursivo y centrado	-Comportamientos personales -Ser inventivo -Buscar salidas -Buscar recursos del pasado. Dificultad para completar tareas	2;4;7;10;16;19;26;29;34;46.	Ordinal	
			Reacciones físicas y enfocadas	- baja afectividad - Problemas o crisis complejas -Análisis del problema			

(Abascal, 1997, pág. 89).	de las personas, los recursos o restricciones personales y ambientales. Será medido a través de la Escala de afrontamiento y adaptación, de Callista Roy (ESCAPS), (2004).		-Reacciones físicas -Manejo de situaciones -lentitud en el actuar.	5;8;15;20;23;24;33;39;42;43;45;47.
		Proceso de alerta	-Análisis de los problemas -Confusión ante los problemas -Dificultad para explicar el problema -Búsqueda de recursos para enfrentar problemas	1;11;17;18;25;27;31;40;44.
		Procesamiento o sistemático	-Estrategias físicas y personales -manejo metódico	3;12;14;22;30;41.
		Conocer y relacionar	-Efectividad Ante el stress -Tendencia a la culpabilidad -Propone nuevas soluciones, creatividad -Mirada positiva ante una situación	6;9;21;28;32;36;37;38.

3.3. Diseño de la investigación

3.3.1. Tipo de investigación:

Sustantiva básica que describe un fenómeno tal como ocurre en la realidad, con un corte transversal donde dicha recolección para poder ser analizados se desarrolla en un solo tiempo.

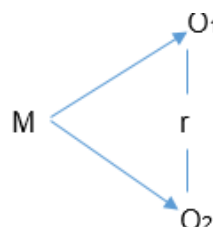
3.3.2. Diseño de Investigación:

Diseño no experimental, las variables de estudio no sufre ninguna modificación, el estudio se realiza sin modificar el entorno en el que se formó, utilizando una metodología cuantitativa, en la que las preguntas de la investigación se respondieron mediante la recopilación y el examen de datos, y se realizaron pruebas estadísticas de las hipótesis.

Con un nivel descriptivo correlacional, al haber dos variables de investigación, se podía describir la conexión entre las variables.

El diseño es el siguiente:

Donde:
 O₁ : Autoestima.
 O₂ : Estrategias de afrontamiento.
 M : Pacientes con VIH/SIDA.
 R : Relación entre variables.



3.3.3. Población y muestra

Población: La población incluyó a 50 personas que habían sido diagnosticadas con VIH/SIDA y estaban recibiendo tratamiento en el programa TARGA del Hospital Santa Gema-Yurimaguas en el año 2022.

Muestra: La muestra consta del 100% (50) del total de usuarios diagnosticados con VIH/SIDA atendidos en el programa de terapia anti-retroviral activa de alta potencia (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas, Año 2022.

Criterios de inclusión:

- Paciente con VIH/SIDA, es beneficiario del Programa TARGA
- Paciente de ambos sexos y sin distinción de raza.
- Paciente comprendido entre las edades de 18 a 45 años
- Paciente que sepan leer y escribir.
- Pacientes dispuestos a participar en el estudio.
- El paciente da su permiso informado firmando el documento.

Criterios de exclusión:

- Paciente con diagnóstico de VIH/SIDA, que no asiste al Programa TARGA
- Paciente menor de 18 años y mayor de 45 años.
- Paciente que no sepan leer y escribir.
- Paciente que no desea participar en el estudio que se le está realizando.
- Pacientes que deciden no firmar el consentimiento informado.

3.4. Procedimientos de la investigación

Para adquirir la información necesaria y poder conocer los resultados los cuales han servido para elaborar el informe definitivo de dicho trabajo de investigación, primero se solicitó el permiso respectivo por medio de una solicitud destinado al director del Hospital Santa Gema-Yurimaguas y por medio de ellos a las autoridades correspondientes, Para la aplicación de los cuestionarios se contó con el permiso respectivo dentro del programa de Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad. Gracias a ello, pudimos obtener la información necesaria y estar en condiciones de determinar los resultados. Se les explicó el objetivo de la investigación antes de administrarles los cuestionarios

(encuesta) y se les dio la oportunidad de participar voluntariamente en el estudio. Esto indicaba que para que participaran en el estudio y accedieran a responder preguntas de la encuesta, debían firmar un consentimiento informado, el cual autoriza su participación voluntaria. También se les dijo que la información suministrada era secreta y que se respetaría su identidad al hacerlo. Al finalizar la participación de todos y cada uno de ellos, se han ofrecido los agradecimientos oportunos a cada uno de los participantes.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

En la presente investigación se utilizaron las siguientes estrategias, procedimientos y/o herramientas: la entrevista personalizada y dos cuestionarios (encuestas) con preguntas cerradas de escala Likert. El objetivo de estos instrumentos era recoger datos sobre las siguientes variables: autoestima y estrategias de afrontamiento. Se consultó la fuente principal para recopilar los datos que se recogieron mediante la encuesta.

Instrumento No. 1: Escala de Autoestima de Cooper Smith para adultos (EAC), el cual constó de dos partes:

Primera parte: Al analizar los datos demográficos, se tuvieron en cuenta los siguientes factores: sexo, edad, nivel educativo, país de origen y estado civil.

Segunda parte: El nivel de autoestima se midió mediante una prueba psicológica denominada Escala de Autoestima de Cooper Smith para adultos (EAC), destinada a participantes mujeres y varones mayores de 16 años de edad. La EAC se utilizó para determinar el grado de autoestima. Consta de 25 preguntas, cada una de las cuales puede responderse en formato verdadero o falso. Estas preguntas evalúan tres aspectos diferentes de la autoestima de un individuo:

Personal, social, familiar el instrumento tendrá los siguientes atributos:

Siempre = 1

Nunca = 0

Criterios de evaluación:

Los ítems tienen las respuestas Siempre: 1, Nunca: 0, a mayor puntuación, cuando la puntuación es mayor al nivel de autoestima del paciente, el cual se consigue sumando el número de ítems contestados correctamente, Cada respuesta vale un punto, y también hay una puntuación total de autoestima que se calcula sumando los totales de las distintas subescalas y multiplicando ese total por cuatro. Este total no incluye la puntuación de la escala Nunca. La puntuación de la escala Nunca no se incluyó en el

cálculo de la puntuación total de autoestima. Se utilizarán los siguientes criterios para determinar la asignación de los ítems:

- Personal: 1,3,4,7,10,12,13,15,18, 19,23,24,25 (Min=0, Max=52)
- Social: 2, 5, 8, 14, 17,21. (Min=0, Max=24)
- Familiar: 6, 9, 11, 16,20, 22. (Min=0, Max=24)

Los resultados fueron analizados teniendo en cuenta los niveles de autoestima que considera el instrumento, la cual son los siguientes:

Escala de medición	Categorías
Nivel de autoestima alto	[75 - 100]
Nivel de autoestima medio alto	[50 - 74]
Nivel de autoestima medio bajo	[25 - 49]
Nivel de autoestima bajo	[0 -24]
Puntaje máximo	100 puntos

Instrumento 2: Escala de afrontamiento y adaptación, de Callista Roy (ESCAPS), (2004).

Se utilizó la Escala de medición del proceso de afrontamiento – adaptación para medir el nivel de afrontamiento de pacientes con VIH/SIDA, fue diseñado por Callista Roy en 2004. La escala, denominada en inglés Coping Adaptation Processing Scale (CAPS), cuyo objetivo es identificar estrategias de afrontamiento y adaptación que la persona utiliza para hacer frente a situaciones difíciles o críticas. Está integrado por 47 ítems, agrupados en 5 factores o dimensiones: Recursivo y centrado, Reacciones físicas y enfocadas, Proceso de alerta, Procesamiento sistemático, conocer y relacionar. Con una calificación de 4 puntos. El instrumento tendrá los siguientes atributos.

Nunca	=	1
Rara vez	=	2
Algunas veces	=	3
Siempre	=	4

La distribución de los ítems está en base a las dimensiones siguientes:

- Recursivo y centrado: 2, 4, 7, 10, 16, 19,26, 29,34, 46.
- Reacciones físicas y enfocadas: 5,8,15,20,23,24,33,39,42,43,45,47.

- Proceso de alerta: 1, 11, 17,18, 25, 27, 31,40, 44.
- Procesamiento sistemático: 3, 12, 14, 22, 30,41.
- Conocer y relacionar: 6, 9, 21, 28,32, 36, 37,38.

Los resultados fueron analizados teniendo en cuenta la escala de valoración siguiente:

Escala de medición	Categorías
Alto nivel	[126 – 188]
Mediano nivel	[63 – 125]
Bajo nivel:	[1 – 62]
Puntaje máximo	188 puntos

Validez y Confiabilidad:

Instrumento 1: Escala de Autoestima de Cooper Smith (EAC), fue validado en 1981. De manera similar, Alegre (2001) utilizó una muestra estaba conformado por 159 varones entre 16 y 18 años con conductas antisociales y estaban internados por diferentes factores en el Centro Juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación de la ciudad de Lima para constatar la validación del instrumento. Estos jóvenes fueron hospitalizados por diversos motivos en el Centro Juvenil de Diagnóstico y Rehabilitación. Luis Vicuña, en Perú modificó y validó esta escala para su uso con población peruana en el año 2005 (99).

En cuanto a la confiabilidad: En Perú, la confiabilidad de la prueba fue determinada por Mara Isabel Panizo (1985), citada por Vizcarra Valdivia (1997), Utilizaron el coeficiente de fiabilidad basado en mitades aleatorias para llegar a una correlación de 0,78 entre las dos mitades de los datos. Llevó a cabo una correlación ítem por ítem para averiguar si la prueba tenía o no validez de constructo. Descubrió que el nivel de significación era de 0,001 para todos y cada uno de los ítems y subescalas. Se realizó una prueba preliminar del instrumento con un grupo de treinta y cinco jóvenes varones cuyas características eran similares a las de la muestra. Desarrollado por el autor de esta investigación con varias alteraciones (100).

Instrumento 2: La Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento - Adaptación (ESCAPS) permite medir la capacidad de adaptación mediante dos métodos para establecer la validez aparente: el primero consistió en un jurado de expertos que examinarón el instrumento basándose en 3 juicios de valoración: claridad, precisión y comprensión. Se constató que 45 ítems cumplían dichos requisitos. el segundo método consistió en un análisis estadístico que comparó los resultados del primer método con los del segundo. En la segunda parte del estudio participaron cinco personas a las que

se pidió que evaluaran el instrumento en su totalidad para establecer su grado de comprensión.

Con el fin de constatar la fiabilidad del instrumento se trabajó con una muestra conformada de 417 adultos de la ciudad de Bogotá, mayores de 50 años y con función mental no alterada, durante los meses de agosto de 2005 y marzo de 2006. Se utilizó la consistencia interna para determinar la fiabilidad, y se utilizó una puntuación de 0,88 con Alfa de Cronbach para determinar la solidez. Para cuantificar la estabilidad se usó la correlación de Spearman, que resultó ser 0,94 para todo el instrumento y un Anova con un valor de probabilidad de "p = NS", lo que significa que los resultados son estadísticamente insignificantes. Los resultados aportan pruebas en apoyo tanto de la validez teórica como de la fiabilidad empírica de la Escala (101).

Plan de tabulación y análisis de dato.

Las respuestas que fueron proporcionadas por los pacientes que formaron parte de este proyecto de investigación en los diferentes cuestionarios (encuestas) fueron procesadas, tabuladas y analizadas con el IBM - SPSS, versión 20, Gracias a esta herramienta se han podido aplicar pruebas estadísticas descriptivas (frecuencias y porcentajes). Se utilizaron tablas, gráficos y otras representaciones de los datos para transmitir las conclusiones del estudio. En este caso, la fórmula fue la que sigue:

$$X^2 = \sum \frac{(F_o - F_e)^2}{F_e}$$

Dónde:

$X^2 = i$

\sum = Sumatoria

F_o = Frecuencia observada

F_e = Frecuencia esperada.

3.5 Aplicación de principios éticos internacionales

Los datos obtenidos de los participantes en esta investigación, fueron manejados de manera estrictamente únicamente por la investigadora, el acceso a estos datos por parte de terceras personas estará denegado.

Para el presente estudio se consideró los principios bioéticos:

Confidencialidad: Toda información adquirida a través de las encuestas es confidencial.

Principio de Beneficencia: Los actos realizados por los enfermeros deben estar diseñados para beneficiar al individuo sobre el que se realizan.

Principio de Justicia: La importancia de todas y cada una de las personas que participaron en nuestra investigación es la misma a nivel fundamental, independientemente de sus circunstancias, y por tanto tienen derecho a la misma atención y estima.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

“Relación entre el nivel de autoestima y las estrategias de afrontamiento de pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.”

Para desarrollar el objetivo general, fue necesario ejecutar primero una prueba de tablas cruzadas para determinar como se relacionan las variables, y finalmente validar la hipótesis mediante la demostración de Rho de Spearman como se muestra a continuación:

Tabla 1

Tabla cruzada Autoestima y Estrategias de Afrontamiento de pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.

		Estrategias de Afrontamiento			Total
		Bajo	Medio	Alto	
Bajo	Recuento	3	1	0	4
	% del total	6,0%	2,0%	0,0%	8,0%
Medio bajo	Recuento	8	0	0	8
	% del total	16,0%	0,0%	0,0%	16,0%
Medio alto	Recuento	0	32	1	33
	% del total	0,0%	64,0%	2,0%	66,0%
Alto	Recuento	0	0	5	5
	% del total	0,0%	0,0%	10,0%	10,0%
Total	Recuento	11	33	6	50
	% del total	22,0%	66,0%	12,0%	100,0%

Nota: Procesamiento de datos de ambos cuestionarios en SPSS

Interpretación

Según se aprecia en la Tabla 1, un 66% de pacientes de VIH/SIDA del Programa TARGA del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022, muestra un nivel medio alto de autoestima, de los cuales, un 64% corresponde al nivel medio de afrontamiento y un 2% un nivel alto, en tanto que, el 16% muestra el nivel medio bajo de autoestima, todos ellos presentan bajo nivel de afrontamiento.

Tabla 2

Correlación entre Autoestima y Afrontamiento de pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.

			Estrategias de Afrontamiento
		Coeficiente de correlación	,696**
Rho de Spearman	Autoestima	Sig. (bilateral)	,000
		N	50

*Nota: ** La correlación tiene una probabilidad de 0,01 y es estadísticamente significativa (bilateral).*

Interpretación

En la tabla 2 se aprecia que hay pruebas estadísticas adecuadas para reconocer que el grado de autoestima está fuertemente asociado a la cantidad de afrontamiento que demuestran los pacientes con VIH /SIDA del Programa TARGA del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022, esto como resultado de haber obtenido un p valor de 0,000 siendo inferior a 0,01 en margen de error. Además, dicha relación resulta positiva considerable, debido a que el coeficiente de correlación o valor r fue igual a 0,696.

En estas condiciones, se considera correcta la hipótesis de estudio que se formuló, y se asume que es cierto que tener un grado medio-alto de autoestima asegura un nivel medio de afrontamiento en pacientes con VIH/SIDA.

Nivel de autoestima en sus dimensiones personal, social y familiar, del paciente con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.

A fin de cumplir con este segundo objetivo específico, se procede a presentar primero un análisis de la variable autoestima, y luego en base a sus dimensiones, como se explica a continuación:

Tabla 3

Nivel de autoestima del paciente con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.

	Puntuación	f	%
Bajo	0-24	4	8%
Medio bajo	25-49	8	16%
Medio alto	50-74	33	66%
Alto	75-100	5	10%
Total		50	100%

Nota: Datos recopilados y presentados en función a la aplicación del cuestionario de la variable autoestima

Interpretación

Según la Tabla 3, el 66% de pacientes con VIH/SIDA que acuden al Programa TARGA pertenecen al nivel medio alto de autoestima, un 16% al nivel medio bajo, un 10% al nivel alto y solo el 8% sobrante al nivel bajo de autoestima.

Tabla 4

Nivel de autoestima según dimensiones del paciente con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.

	Puntuación	Personal		Social		Familiar	
		f	%	f	%	F	%
Bajo	0-24	4	8%	2	4%	4	8%
Medio bajo	25-49	24	48%	6	12%	12	24%
Medio alto	50-74	16	32%	22	44%	25	50%
Alto	75-100	6	12%	20	40%	9	18%
Total		50	100%	50	100%	50	100%

Nota: Datos recopilados y presentados en función a la aplicación del cuestionario de la variable autoestima

Interpretación

Según la Tabla 4, el estudio de las dimensiones de la variable autoestima de pacientes con VIH/SIDA que acuden al Programa TARGA, demuestra que: en la dimensión personal el 48% de pacientes tiene la autoestima medio baja, el 32% un nivel medio alto, el 12% un nivel alto y solo el 8% un nivel bajo. En la dimensión social, el 44% tiene una autoestima un nivel medio alto, el 40% un nivel alto, el 12% un nivel medio bajo y solo un 4% un nivel bajo. Finalmente, En la dimensión familiar, el 50%

tiene una autoestima medio alto, el 24% un nivel medio bajo, el 18% un nivel alto y solo el 8% un nivel bajo.

Del análisis efectuado, se establece que es la dimensión social, es la que se encuentra en mejor condición con un resultado predominantemente entre medio alto y alto, demostrando de esta manera que, lejos de ser sujetos que se intimidan con la presencia de otros individuos, suelen ser socialmente más abiertos y amigables, lo que los conlleva a aceptarse mejor así mismos y a los demás. La dimensión más deficiente, fue la personal por tener una mayor calificación negativa entre medio baja y baja, debiéndose a que, gran parte de los encuestados, se sienten inseguros de sí mismos, motivo por el cual, les dificulta tomar decisiones asertivas y afrontar nuevos retos.

Nivel de las estrategias de afrontamiento en sus dimensiones recursiva y centrada, reacciones físicas y enfocadas, proceso de alerta, procesamiento sistemático, conocer y relacionar, del paciente con VIH/SIDA del Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.

Al igual que con el objetivo anterior, se partió por presentar un resultado en función a la variable afrontamiento en general, para luego proceder a presentar un análisis por cada una de sus dimensiones, como se explica a continuación:

Tabla 5

Nivel de afrontamiento del paciente con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)

	Puntuación	f	%
Bajo	1-62	11	22%
Medio	63-125	33	66%
Alto	126-188	6	12%
Total		50	100%

Nota: Datos recopilados y presentados en función a la aplicación del cuestionario de la variable estrategias de afrontamiento

Interpretación

Según la Tabla 5, el 66% de los pacientes con VIH/SIDA que acuden al Programa TARGA, presentan un medio nivel de afrontamiento, seguido de un 22% que representa un nivel bajo y solo el 12% restante presenta un nivel alto.

Tabla 6

Nivel de afrontamiento según dimensiones del paciente con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.

Dimensiones	Calificaciones	Puntuación	f	%
Recursivo y centrado	Bajo	10 - 19	12	24%
	Medio	20 - 29	35	70%
	Alto	30 - 40	3	6%
Relaciones físicas y enfocadas	Bajo	12 - 23	12	24%
	Medio	24 - 35	29	58%
	Alto	36 - 48	9	18%
Proceso de alerta	Bajo	9 - 17	12	24%
	Medio	18 - 26	29	58%
	Alto	27 - 36	9	18%
Procesamiento sistemático	Bajo	6 - 11	13	26%
	Medio	12 - 17	31	62%
	Alto	18 - 24	6	12%
Conocer y relacionar	Bajo	8 - 15	12	24%
	Medio	16 - 23	28	56%
	Alto	24 - 32	10	20%

Nota: Datos recopilados y presentados en función al uso del cuestionario de la variable estrategias de afrontamiento

Interpretación

De acuerdo a la Tabla 4, en cuanto a la dimensión recursiva y focalizada, el 70% de los pacientes demostraron un nivel medio de afrontamiento, el 24% con un nivel bajo y el 6% con un nivel alto. En lo que respecta al factor de las interacciones físicas y concentradas, el 58% de las personas muestra un grado medio de afrontamiento, el 24% presenta un nivel bajo y sólo el 18% presenta un nivel alto. De acuerdo a la dimensión del proceso de alerta, el 58% de los pacientes demostró un nivel medio de afrontamiento, el 24% un nivel deficiente y sólo el 18% restante consiguió alcanzar un grado alto de afrontamiento. En cuanto a la dimensión de procesamiento sistemático, el 62% de los pacientes demuestra un grado medio de afrontamiento, el 26% demuestra un nivel bajo, y sólo un 12% demuestra un nivel alto. En conclusión, en cuanto al componente conocer y relacionarse, el 56% de las personas ha alcanzado un nivel medio de afrontamiento, el 24% ha alcanzado un nivel bajo y eu 20% alcanzó un nivel alto.

4.2. Discusión

La investigación tiene por objeto investigar el nivel de los pacientes con VIH/SIDA que participan del Programa TARGA del Hospital Santa Gema-Yurimaguas que

mostraban una correlación entre sus niveles de autoestima y los tipos de estrategias de afrontamiento empleados, para ello, se partió por la búsqueda de las teorías y autores que permitieran definir y conceptualizar las variables en estudio, entendiendo de esta manera que, la autoestima, no es más que el juicio del individuo respecto a si mismo y que es transmitido al resto, a través de reportes verbales o conductas manifestadas por cada sujeto⁹³. Por su parte, las estrategias de afrontamiento o simplemente afrontamiento se concibe como el grupo de acciones que son utilizados para determinadas situaciones desencadenantes, en función a como se requieran ser trabajadas. A partir de estas definiciones, se establecieron instrumentos para recopilar información, siendo estos, los instrumentos estandarizados de la Escala de Autoestima de Cooper Smith en adultos (EAC) y la Escala de afrontamiento y adaptación, de Callista Roy (ESCAPS). Estos instrumentos, al ser aplicados en los pacientes y posteriormente luego de procesar la información en el software del SPSS, permitió establecer que existe suficiente prueba estadística como para aceptar que el grado de autoestima tiene relación significativamente con el nivel de afrontamiento, con un p valor de 0,000 inferior al margen de error de 0,01. Además, dicha relación es positiva considerable, debido a que el coeficiente de correlación o valor r fue igual a 0,696. Este resultado a nivel estadístico, es diferente al resultado encontrado por Anguiano, Uribe y Pérez (2017)(26), debido a que estos autores, pese a que encontraron la conexión entre las variables, dicha relación resultó ser negativa a nivel de un valor r de -0,287. Sobre el mismo, no fue posible encontrar más investigaciones con las que sea posible llevar a cabo una comparación a nivel estadística.

El primer objetivo particular era determinar el grado de autoestima en pacientes con VIH/SIDA del programa TARGA. Esto debía hacerse en términos de los aspectos personales, sociales y familiares de la autoestima (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022, para lo cual, Se uso la Escala de Autoestima de Cooper Smith (CSES). Aplicando este cuestionario a los datos recogidos se obtuvo la siguiente información, que se organiza de la siguiente manera, se procedió a valorar los resultados a partir de la puntuación pre-establecida en la Escala de Autoestima, de esta manera tanto para la variable como sus respectivas dimensiones, las puntuaciones empleadas para las calificaciones fueron; bajo entre 0 y 24, medio bajo de entre 25 a 40, medio alto de entre 50 y 74, finalmente, alto de entre 75 a 100 puntos. De esta manera, se descubrió que el 66% de los pacientes con VIH/SIDA del programa de TARGA tienen un nivel de autoestima que se sitúa entre medio-alto y un 16 % medio-bajo, el 10% tiene un nivel que se sitúa entre alto y alto, y sólo el 8% tiene un nivel que se sitúa entre bajo y bajo. En términos individuales, el 48% de los pacientes con

autoestima media-baja, el 32% media-alta, el 12% alta y sólo el 8% con baja autoestima. En cuanto al componente social, el 44% de las personas tiene la autoestima medio-alto, el 40% alto, el 12% medio-bajo y sólo el 4% bajo. Finalmente, Sólo el 8% tenía un nivel bajo de dimensión familiar, frente al 50% que tenía un nivel medio-alto, el 18% alto y el 24% que tenía un nivel medio-bajo. El resultado a nivel de la variable, difiere un poco del encontrado por Costa de Oliveira, P; Bastos, AK y et al. (2018) debido a que estos autores, únicamente han empleado tres calificaciones para la variable autoestima, obteniendo una mayor puntuación en el nivel medio con un 51.5%, de igual manera se diferencia a la investigación realizada por Cartolín, JL, Casabona, CM (2017) quienes encontraron un nivel de autoestima de su muestra de 60.3% moderado, además, cabe indicar que las dimensiones que analizaron dentro de dicha investigación fueron la dimensión social, cuidado de enfermería y cuidado familiar, siendo estas dimensiones diferentes a las trabajadas en la presente investigación.

Finalmente, se propuso por objetivo el poder identificar el nivel de afrontamiento del paciente con VIH/SIDA del Programa TARGA, del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022, se trabajó con la Escala de medición del proceso de afrontamiento - adaptación (ESCAPS), cabe indicar que, este instrumento solo contó con una puntuación pre-establecida para la variable afrontamiento del paciente con VIH/SIDA, siendo estas las de: bajo de entre 1 a 62, medio de 63 a 125 y alto de 126 a 188 puntos. En cuanto a las dimensiones, no se contó con puntuaciones pre-establecidas, motivo por el cual, bajo el proceso de baremación, se procedió con el establecimiento de las puntuaciones, teniendo de esta manera que, para la dimensión de recursivo y centrado: bajo se encuentre entre 10 y 19 puntos, medio de entre 20 y 29, y alto de entre 30 a 40 puntos; en cuanto a la dimensión relaciones físicas y enfocadas, la calificación de bajo se encontró de entre 12 a 23 puntos, medio de entre 24 a 35 y alto de entre 36 a 48; respecto a la dimensión proceso de alerta, la calificación bajo se encontró de entre 9 a 17 puntos, medio de 18 a 26 y alto de 27 a 36 puntos; en tanto, la dimensión procesamiento sistemático, la calificación bajo se encontró de entre 6 a 11 puntos, medio de 12 a 17 y alto de 18 a 24 puntos; finalmente, la dimensión conocer y relacionar, presentó por puntuaciones que, bajo fue de 8 a 15 puntos, medio de 16 a 23 y alto de 24 a 32. De esta manera, al procesar los datos de la aplicación del cuestionario, con las puntuaciones establecidas, se determinó que el 66% de los pacientes con VIH/SIDA que acuden al Programa TARGA, presentan un medio nivel de afrontamiento, seguido del 22% con un nivel bajo y solo el 12% un nivel alto. El resultado de la variable es diferente al encontrado por Anguiano, Uribe y Pérez (2017), quienes encontraron un nivel de afrontamiento medio en el 48.4% de los pacientes.

CONCLUSIONES

1. Con un p valor de 0,000 y un valor r de 0,696 se determinó que existe relación entre el nivel de autoestima y estrategias de frontamiento de pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.
2. En la dimensión personal, social y familiar de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas, predomina un nivel de autoestima medio-alto en el 66% de los pacientes del 2022, en cuanto a sus dimensiones se encontraron niveles medios altos de 32%, 44% y 50% respectivamente.
3. Se identificó que el 66% de pacientes muestran un nivel medio de afrontamiento, mientras sus dimensiones del paciente con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022, se encontraron niveles medios de 70%, 58%, 58%, 62%, 56%.

RECOMENDACIONES

1. A futuros investigadores, ejecutar investigaciones explicativas que aborden las causas que generan los niveles de autoestima obtenidos mediante la actual investigación, para poder trabajar y mejorarlos.
2. A futuros investigadores, ampliar el tamaño de la muestra a fin de poder contar con un análisis mucho más relevante y variado, a la hora de reunir diferentes variables que puedan intervenir sobre aquellas que han sido evaluadas.
3. Al personal del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), conjuntamente con futuros investigadores, desarrollar talleres para el fortalecimiento de la autoestima de todos los pacientes con VIH/SIDA.
4. Al personal del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), conjuntamente con futuros investigadores, implementar estrategias de afrontamiento novedosas a efectos de medir y evaluar su impacto sobre el estado de los participantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reitz, S.M. y Gallo, R.C (2016). "Virus de la inmunodeficiencia humana", en Mandell, Enfermedades infecciosas. Principios y prácticas, 8ª ed., Elsevier, Madrid, 2016, pp. 2163-2175. Citado en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2019/ei192e.pdf>.
2. Gallo, R.C (1991). Virus hunting AIDS, cancer, and the human retrovirus: a story of scientific discovery. New York: Basic Books. [cito en internet]. Citado en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/888/1640>.
3. Fahey, J.L y et al (1990). The prognostic value of cellular and serologic markers in infection with human immunodeficiency virus type-1. New England Journal of Medicine, 322: 166-172. 1990. [Cito en internet]. Citado en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/888/1640>.
4. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. VIH/SIDA. Recuperado 20 de octubre de 2018, de WHO website, [cito en internet]. Disponible en: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
5. Ballester, R (1997). Intervención psicológica en SIDA y VHI: Prevención y tratamiento. En L.M. Pascual y R. Ballester (Eds.): La práctica de la psicología de la salud: Programas de intervención (pp. 207-248). 1997-Valencia: Promolibro. [Cito en internet]. Citado en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/888/1640>
6. Martínez M (2010). Manejo de la salud oral en el paciente pediátrico infectado por VIH [Internet]. [citado 15 Ene 2016]. Disponible en: www.medigraphic.org.mx.
7. Harris RJ; Díaz, A; Fortich, N (2013). Lesiones bucales en pacientes VIH/SIDA asociadas a tratamiento antirretroviral y carga viral. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet], jul.-sep. [citado 9 Ene 2017]; 32(3):284-292. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v32n3/ibi04313.pdf>.
8. Betancourt, A y et al (2013). Ética y bioseguridad en la atención estomatológica al paciente con virus de inmunodeficiencia humana. Medisur [Internet]. 2013 ene.-

- feb [citado 9 Ene 2017]; 11(1):[aprox. 23 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2303/1082>.
9. Coogan M, Challacombe S (2011). The mouth and AIDS: The global challenge. J Dent Res. 2011; 90(4):397-8. Citado en: <http://www.revinf cientifica.sld.cu/index.php/ric/rt/printerFriendly/289/983>
 10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2021): HIV in the United States: At a Glance, [internet]. Citado en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/enfermedades-infecciosas/virus-de-inmunodeficiencia-humana-hiv/infecci%C3%B3n-por-el-virus-de-inmunodeficiencia-humana-hiv>.
 11. ONUSIDA (2021): Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Estimaciones epidemiológicas preliminares de ONUSIDA para 2021. Hoja informativa. [Cito en internet]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>.
 12. Ministerio de Salud Pública (2017). Informe GAM Ecuador. Monitoreo global del sida (No 1; p. 65). Recuperado de ONUSIDA, MSP website: [cito en internet]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/ECU_2017_countryreport.pdf.
 13. MINSA (2017). Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y control de enfermedades. Situación Epidemiológica del VIH-SIDA en el Perú. Boletín mensual octubre. [cito en internet]. Citado en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/1519/TITULO%20%20%20G%C3%A1vez%20Gaviria%2C%20%20Lloyd%20Yosselyn.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 14. MINSA (2018). Situación Actual del VIH-SIDA en el Perú. Reunión Técnica de Hospitales, Institutos de GERESAS/DIRESAS/DIRIS del Norte del país DIGEMID, 07 de setiembre del 2018. Cito en internet]. Disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/EAccMed/ReunionesTecnicas/PONENCIAS/2018/DIA3/SituacionActualVIH-SIDA.pdf>.

15. Ministerio de Salud (2021). Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú. Boletín VIH. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2021/febrero.pdf.
16. Ministerio de Salud (2020). Sala situacional VIH/SIDA, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, MINSA; Lima: 2020. [Internet]. [citado el 2 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/vih/sala/index/fig1_Curvavih/2213
17. MINSA (2018) Situación Actual del VIH-SIDA en el Perú. Reunión Técnica de Hospitales, Institutos de GERESAS/DIRESAS/DIRIS del Norte del país DIGEMID, 07 de setiembre del 2018. [Cito en internet]. Disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/EAccMed/ReunionesTecnicas/PONENCIAS/2018/DIA3/SituacionActualVIH-SIDA.pdf>.
18. Gobierno Regional. Diresa Loreto (2021). Día Mundial de la lucha contra el VIH/Sida. Disponible en: <https://www.diresaloreto.gob.pe/blog/148#:~:text=Para%20el%20a%C3%B1o%202021%2C%20el,Con%20respecto%20a%20la%20nacional>
19. Cardona-Arias J (2010). Representaciones sociales de calidad de vida relacionado con la salud en personas con VIH/SIDA. Rev Salud Pública Universidad de Antioquia. 2010;12(5):765-76 [internet]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n5/v12n5a07.pdf>.
20. Lopera M, Bula JI (2011). Impacto socioeconómico del VIH en las familias: Fenómeno olvidado en la política de atención integral. En: Arrivillaga M, Useche B. Editores. Sida y sociedad. Bogotá: Aurora. [cito en internet]. Citado en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n5/v12n5a07.pdf>.
21. Reyes, C (2007). Afrontamiento e intervención psicológica en personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). 2007. [cito en internet] Disponible en: <https://intellecnum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/4013/131316.pdf?sequence=1>.

22. .Autoestima y VIH. Vía libre (2020). [cito en internet]. Disponible en: <https://www.vialibre.org.pe/portal/blog/autoestima-y-vih/>.
23. Gutiérrez M, Restrepo L (2003). Aplicación del modelo de adaptación del ciclo vital humano. Revista. Colombia: Ediciones Universidad de la Sabana. p. 16-28. [cito en internet]. Citado en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v21n1/art_02.pdf.
24. Rosales V, y et al (2021). Nivel de estigma, adherencia al tratamiento y resiliencia en pacientes con VIH del Hospital General Enrique Garcés. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/25799>.
25. Costa de Oliveira, y et al (2018). Evaluación de la autoestima en personas que viven con VIH / SIDA. Brasil. [cito en internet]. Disponible en: <http://www.periodicos.ufc.br/eu/article/view/34234>.
26. Anguiano, LT; Uribe, R; Pérez, DC (2017). Correlación entre afrontamiento y autoestima en personas con VIH de la Región de los Ríos, Tesis de grado. Tabasco, México. Cito en internet]. Citado en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TNJwitZYVkgJ:https://eujournal.org/index.php/esj/article/download/9540/9046+&cd=7&hl=es&ct=clnk&gl=pe>.
27. Cabrel C y et al (2021). Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA que reciben TARGA, Hospital María Auxiliadora,. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/74362/Cabrel_CD_L-Manco_SKLSD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Pari, LA; Santa María, MA (2019). Variables relacionadas al nivel de autoestima de adultos con VIH-SIDA atendidos en un Hospital Público de Iquitos. Tesis de grado. [cito en internet]. Disponible en: http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/758/PARI_SANTAMARIA_TESIS_TITULO_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
29. Mostacero, E de J. Nivel de autoestima y grado de depresión del paciente con VIH/SIDA del Hospital Regional Docente “Las Mercedes” – Chiclayo, 2018. Tesis

- de grado [cito en internet]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/6035>.
30. Cartolín, JL, Casabona, CM (2017). En su tesis: Nivel de autoestima en pacientes con VIH/SIDA del programa tratamiento antirretroviral de gran actividad en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima.
 31. Mackay, Mathew (1997). "Autoestima, evaluación y mejora". 5. pp. 73, 74,75. Cuba. [cito en internet]. Citado en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/999/Egusquiza_v_e.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 32. Smeltzer, S (1998). Enfermería Medico Quirúrgica de Brunner y Sudarth. Séptima edición, Voll Pág. 1256-1258. [cito en internet]. Citado en: <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8662/2E%20418.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 33. Cooper Smith, S (1981). "The antecedents of self-esteem". Ed. Consulting psychologist press. EEUU. Inc. Palo Alto C.A. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/999/Egusquiza_v_e.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 34. Avia, M. (1995): «El self». En AVIA, M. D. y Sánchez, M. L. (eds.): Personalidad: aspectos cognitivos y sociales. Pirámide, Madrid. Citado en>: http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/637/1/FELICE_S%20MACEDO%20ANDREA%20DEL%20ROSARIO.pdf.
 35. Coopersmith, S (1959). Un método para identificar los tipos de autoestima. Journal of Abnormal and Social Psychology 1959; 59(001): 87-94. <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/177/1/MARILIA%20GALVEZ%20EUGENIO-AUTOESTIMA%20PACIENTES%20PORTADORES%20VIH.pdf>.
 36. Coopersmith S (1993). Inventario de autoestima. New York: Consulting Psychologist. Disponible en: <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/177/1/MARILIA>

[A%20GALVEZ%20EUGENIO-AUTOESTIMA%20PACIENTES%20PORTADORES%20VIH.pdf](#)

37. Coopersmith S (1992). La autoestima. En: Papalía D, Olds SW (eds). Psicología del desarrollo. 5º ed. Bogotá: McGraw-Hill; 460 – 462.
<http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/177/1/MARILIA%20GALVEZ%20EUGENIO-AUTOESTIMA%20PACIENTES%20PORTADORES%20VIH.pdf>.
38. Brighman N (2013). La autoestima individual y compartida. Berlín: Jhel. [Cito en internet]. Citado en: <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/177/1/MARILIA%20GALVEZ%20EUGENIO-AUTOESTIMA%20PACIENTES%20PORTADORES%20VIH.pdf>.
39. Maslow, A (1985). El hombre autor realizado: hacia una psicología del ser. Buenos Aires. Editorial Troquel. [cito en internet]. Citado en: <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/637/1/FELICES%20MACEDO%20ANDREA%20DEL%20ROSARIO.pdf>.
40. Mondragón H (2001). la autoestima: teoría y práctica. Barcelona: McGraw-Hill; [citado en internet]. Citado en: <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/637/1/felices%20macedo%20andrea%20del%20rosario.pdf>.
41. Fernández E (2011). Consideraciones fundamentales sobre la autoestima. Santiago: Antares; [Cito en internet]. Citado en: <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/637/1/FELICES%20MACEDO%20ANDREA%20DEL%20ROSARIO.pdf>.
42. Hilary Pérez Villalobos (2019). Autoestima, teorías y su relación con el éxito personal. Alternativas en Psicología. Número 41. Febrero - julio 2019 .Disponibile en: <https://www.alternativas.me/attachments/article/190/2.%20Autoestima,%20teor%C3%ADas%20y%20su%20relaci%C3%B3n%20con%20el%20%C3%A9xito%20personal.pdf>.

43. Real Academia de la Lengua. (s.f.) (2021). Afrontamiento, [cito en internet]. Citado en: <http://www.rae.es>
44. Stone AA, y et al (1988). Coping with stressful events. Coping dimensions and issues. En: Cohen LH (ed.). Life events and psychological functioning: Theoretical and methodological issues. Newbury Park: Sage; pág.182-183-210. [Cito en internet]. Citado en: http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225.
45. Piemontesi, S y Heredia, D (2009). Afrontamiento ante exámenes: Desarrollos de los principales modelos teóricos para su definición y medición. Anales de psicología, 25(1), 102-111. Citado en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7015/1/TESIS%20Dar%C3%ADo%20Jos%C3%A9%20Hern%C3%A1ndez%20Vargas%20-PSC.pdf>.
46. Lazarus RS, Folkman S (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca,. (Original de 1984). pág. 164. [Cito en internet]. Citado en: http://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225.
47. Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca. Citado en: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>.
48. Lazarus, R. S. & Folkman, S (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca. [Cito en internet]. Citado en: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>
49. Di-Colloredo, C y et al (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. Psychologia, 1(2),125-156.[cito en internet]. Citado en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7015/1/TESIS%20Dar%C3%ADo%20Jos%C3%A9%20Hern%C3%A1ndez%20Vargas%20-PSC.pdf>

50. Merino, Y (2018). Estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica hospitalizados en el área de nefrología del hospital Carlos Andrade Marín (tesis de pregrado) Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador.. [Cito en internet]. Citado en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7015/1/TESIS%20Dar%C3%ADo%20Jos%C3%A9%20Hern%C3%A1ndez%20Vargas%20-PSC.pdf>.
51. Castro, J., y Rodríguez, E (2018). Estrategias de afrontamiento y autoestima en estudiantes de nivelación. Universidad nacional de Chimborazo, Riobamba, (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador. [Cito en internet]. Citado en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7015/1/TESIS%20Dar%C3%ADo%20Jos%C3%A9%20Hern%C3%A1ndez%20Vargas%20-PSC.pdf>.
52. Brito, G., y Meza, E. Estrategias de afrontamiento en la autoestima de mujeres que asisten a la casa de la mujer Riobamba, período febrero - julio del 2015 (tesis de pregrado). Universidad Nacional de Chimborazo. Riobamba, Ecuador. [Internet].Citado en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7015/1/TESIS%20Dar%C3%ADo%20Jos%C3%A9%20Hern%C3%A1ndez%20Vargas%20-PSC.pdf>
53. Hidalgo, C (2017). Estrés y afrontamiento en padres de niños hospitalizados en el área de pediatría del Hospital General Docente de Calderón (Tesis de pregrado). Quito, Ecuador.. [Internet]. Citado en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7015/1/TESIS%20Dar%C3%ADo%20Jos%C3%A9%20Hern%C3%A1ndez%20Vargas%20-PSC.pdf>.
54. Vasconcelles, E (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta analysis. Journal of Clinical Psychology. 61, 4, 461-480.. [Cito en internet]. Citado en: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>.
55. Sacipa, S (2003). Lectura de los significados en historias del desplazamiento y de una organización comunitaria por la paz. Univ. Psicología. 2, 1, 49-56. [Internet]. Citado en: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>.
56. Calvanese, N. & Cols (2004). Estilos de afrontamiento y adaptación al tratamiento en pacientes sometidos a hemodiálisis. Revista de Nefrología Latinoamericana,

- 89-94. [cito en internet]. Citado en: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>.
57. Snyder, C. R. Coping (1999). The psychology of what works. New York: Oxford University Press.. [Cito en internet]. Citado en: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>.
58. Roy, C. y co (1991). El modelo de adaptación de Callista Roy (2ª ed.). Appleton y Lange., p. 32 [Cito internet]. Citado en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Go5Z-L50XGUJ:https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/hallazgos/article/download/1742/1890/+&cd=3&hl=es&ct=clnk&ql=pe>
59. Marriner, A. & Raile, M. (2007). Modelos y teorías en enfermería (6ª ed.). 2007, p. 353 Editorial Mosby. [Cito internet]. Citado en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Go5Z-L50XGUJ:https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/hallazgos/article/download/1742/1890/+&cd=3&hl=es&ct=clnk&ql=pe>
60. Roy, C (2008). The Roy Adaptación model (3rd ed.). Prentice Hall.. [cito en internet]. Citado en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Go5Z-L50XGUJ:https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/hallazgos/article/download/1742/1890/+&cd=3&hl=es&ct=clnk&ql=pe>
61. Rodríguez, J., Pastor, y et al (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Psicothema, 349-372. Recuperado el 26 de marzo de 2009 de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72709924>. [cito en internet]. Citado en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Go5Z-L50XGUJ:https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/hallazgos/article/download/1742/1890/+&cd=3&hl=es&ct=clnk&ql=pe>.
62. Felipa, M. y Flores, H (2012). Factores psicosociales que intervienen en el contexto laboral (tesis de pregrado). Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala. [cito en internet]. Citado en: <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>.

63. Carrico, A.W y et al (2007). Correlates of suicidal ideation among HIV-positive persons. *Epidemiology and Social AIDS*, 21(9), 1199-1203. [Cito en internet]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000200007&lng=en
64. Piña JA, Rivera BM (2007). Validación del cuestionario de apoyo social funcional en personas seropositivas al vih del noroeste de México. *Cienc Enferm [revista en Internet]*. dic [acceso: 27 sep 2014]; 13(2):53-63. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000200007&lng=en
65. Cardona JA y et al (2009). Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con vih/sida, Medellín, Colombia, *Biomédica*. 2011 [acceso: 27 sep 2014]; 31(4):532-544. [internet]. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/422/787>
66. Martínez, H y et al (2010). Manejo de la salud oral en el paciente pediátrico infectado por VIH. [citado 15 Ene 2016]. [Cito en internet]. Disponible en: www.medigraphic.org.mx.
67. Roca Goderich y et al (2001). *Temas de Medicina Interna*. 4ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; p. 304-21. [cito en internet]. Citado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000700015
68. Farreras-Rozman (2016). *Medicina Interna*. 18th ed. España: Elsevier; [Internet]. Citado en : <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1855/JVILLENAPRADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
69. Harrison (2015). *Principios de Medicina Interna*. 19th ed. España: Edición. McGraw-Hill Interamericana; [Internet]. Citado en : <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1855/JVILLENAPRADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

70. Who.int (2019). Vih/Sida Available from: [Internet]. [cited 26 November 2018]. citado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
71. Farreras-Rozman (2016). Medicina Interna. 18th ed. España: Elsevier;. [Internet]. Citado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
72. bitstream (2017). Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>. Accedido el 6 de agosto de 2016. [internet]. Citado en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/454985/2017_Tesis_Roca%20Sanz_Manuel.pdf?sequence=1
73. bitstream (2016). Günthard HF, Saag MS, Benson CA, del Rio C, Eron JJ, Gallant JE, Hoy JF, Mugavero MJ, Sax PE, Thompson MA, Gandhi RT, Landovitz RJ, Smith DM, Jacobsen DM, Volberding PA. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: Recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel. JAMA 2016; 316: 191-210. [internet]. Citado en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/454985/2017_Tesis_Roca%20Sanz_Manuel.pdf?sequence=1.
74. Pérez J y et al (2004). Pautas cubanas para el tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH/SIDA. La Habana: MINSAP;. Citado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1029-30192014000700015
75. CDC (2009). Guidelines for prevention and treatment of opportunistic infection in HIV-infected adults and adolescents Morbidity and Mortality Weekly Report. [citado 21 Ene 2012]; 58. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr58e324.pdf>. Citado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1029-30192014000700015
76. De Girolami U y et al (2003). Neuropathology of AIDS. En: AIDS and other manifestation of HIV infection. 4th Madrid: Elsevier Science; p. 763-84. [cito en internet]. Disponible en: [:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1029-30192014000700015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1029-30192014000700015)

77. Bravo Zúñiga J, y et al (2004). Nefropatía asociada a VIH: Reporte de un caso. Rev Med Hered. 15 (1): 51. [Cito en internet]-Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1029-30192014000700015
78. Roca Goderich R y et al (2001). Temas de Medicina Interna. 4ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. p. 304-21. Citado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1029-30192014000700015.
79. Antela A (2004). Tratamiento de la infección por VIH. Conceptos básicos. En: Manual de capacitación para el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/SIDA para equipo de atención primaria y comunitaria en Latinoamérica y el Caribe. Washington, DC: OPS; 97-103. Citado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1029-30192014000700015.
80. uphs.upenn (2008). Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. 2008 [citado 17 Jun 2013]. [Internet]. Disponible en: <http://www.uphs.upenn.edu/bugdrug/antibioticmanual/2008hivantiretrousphs.pdf>.
81. European AIDS Clinical Society. European Guidelines for treatment of HIVpositive adults in Europe. Versión 8. [Cito en internet] Disponible en: <http://www.eacsociety.org/guide>
82. Günthard HF y et al (2016). Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults: Recommendations of the International Antiviral Society-USA Panel. JAMA 2016; 316: 191-210. [Cito internet]. Citado en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/454985/2017_Tesis_Roca%20Sanz_Manuel.pdf?sequence=1
83. Insight Start Study Group, et al (2015). Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. N Engl J Med; 373: 795-807. Citado en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/454985/2017_Tesis_Roca%20Sanz_Manuel.pdf?sequence=1.

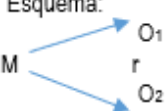
84. Westreicher, G (2021). Estrategia. Definición técnica. [internet] Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/estrategia.html>
85. Bonet, J-V (1997). Sé amigo de ti mismo: manual de autoestima. 1997. Ed. Sal Terrae. Maliaño (Cantabria, España). ISBN 978-84-293-1133-4. Citado en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Autoestima>
86. Castagnetta, O (2021). Estrategias de afrontamiento: ¿qué son y cómo pueden ayudarnos? Artículo. Psicología y mente. [internet]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/psicologia/estrategias-afrontamiento>.
87. Bitstream (2014). Nacheга JB, Parienti JJ, Uthman OA, Gross R, Dowdy DW, Sax PE, Gallant JE, Mugavero MJ, Mills EJ, Giordano TP. Lower pill burden and once daily antiretroviral treatment regimens for HIV infection: A meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Infect Dis; 58: 1297-1307. [cito en internet]. Citado en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/454985/2017_Tesis_Roca%20Sanz_Manuel.pdf?sequence=1.
88. OMS (2013). Tratamiento antirretrovírico (página web de la Organización Mundial de la Salud (Consultada 27 de julio de 2013).[cito en internet]. Citado en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Antirretroviral>.
89. Pérez, J y Merino, M (2014). Definición de inmunidad. Publicado: 2011. Actualizado: 2014. [Cito en internet]. Disponible en: <https://definicion.de/inmunidad/>
90. F. Lozano Soto (2012). «Introducción al sistema inmunológico, sus principales elementos y la respuesta inmunitaria». En Farreras; Rozman, eds. Medicina Interna (17 edición). Barcelona, España: Elsevier España. pp. 2453-2488. ISBN 9788480868969. Citado en: https://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_inmunitario.
91. Delvis, Peter J. (2016). «Panorama general del sistema inmunitario» (en inglés). Merck Sharp & Dohme Corp. Consultado el 21 de junio de 2016.[cito en internet]. Citado en: https://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_inmunitario.

92. Berkow, Roberts (2008). «16». Manual Merck: Home edition (2da. edición). Océano. p. 837. ISBN 84-494-1184-X. [Internet]. Citado en: https://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_inmunitario.
93. Coopersmith, S (1979). The antecedents of self-esteem. Consulting Psychologist Press. [cited on internet]. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80525207.pdf>.
94. Carlos Leonel Escudeiro Sánchez y Liliana Alexandra Cortez Suarez. Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica. Ediciones UTMACH Primera edición 2018. Universidad Técnica de Machala. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14207/1/Cap.1-Introducci%C3%B3n%20a%20la%20investigaci%C3%B3n%20cient%C3%ADfica.pdf>.
95. Catarina udlap. Capítulo 3. Metodología de la investigación. http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/calva_p_db/capitulo3.pdf.
96. Eumed (2012). Capítulo III. Metodología de la investigación. Consideraciones generales. [cited on internet]. Citado en: <https://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/zll/metodologia-investigacion.html>.
97. Arias (2012). El proyecto de investigación. <<introducción a la metodología científica (6° Edición). Caracas. Editorial Episteme. [Internet]. Citado en: <http://investigacionmetodologicaderojas.blogspot.com/2017/09/poblacion-y-muestra.html>.
98. Tamayo y Tamayo, M (2006). Técnicas de Investigación. (2° edición). México: Editorial Mc Graw Hill. [Internet]. Citado en: <http://investigacionmetodologicaderojas.blogspot.com/2017/09/poblacion-y-muestra.html>
99. Vicuña Perí L(2005). Validación y adaptación para población peruana de la escala de Autoestima Coopersmith para Adultos. Revista Peruana de Psicología 46 (2): 21 – 24. [cited on internet]. Citado en: <http://repositorio.autonomaedica.edu.pe/bitstream/autonomaedica/177/1/MARILIA%20GALVEZ%20EUGENIOAUTOESTIMA%20PACIENTES%20PORTADORE%20VIH.pdf>.

- 100.** Panizo, I (1985). Estandarización del inventario de Autoestima de Coopersmith (SEI) adultos – Forma C. Lima: San Marcos.1985. [Cito en internet]. Citado en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3388/T030_70005935_T%20%20RON%20MEYER%20LUIS%20EDUARDO%20N%C3%9A%C3%91EZ%20MU%C3%91OZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- 101.** Gutiérrez, C; Veloz, M del M y et al (2007). Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento “escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación” de Callista Roy: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v7n1/v7n1a05.pdf>

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA: TÍTULO: AUTOESTIMA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE PACIENTES CON VIH/SIDA. PROGRAMA TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD (TARGA) - HOSPITAL SANTA GEMA-YURIMAGUAS. AÑO, 2022.

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Marco metodológico
<p>Problema principal</p> <p>¿Cuál es el nivel de autoestima y afrontamiento de pacientes con VIH/SIDA del Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. ¿Año 2022?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es el nivel de autoestima en sus dimensiones personal, social y familiar, del paciente con VIH/SIDA del Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. ¿Año, 2022?</p> <p>¿Cuál el nivel de afrontamiento en sus dimensiones recursivo y centrado, reacciones físicas y enfocadas, proceso de alerta, procesamiento sistemático, conocer y relacionar, del paciente con VIH/SIDA del Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. ¿Año, 2022?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre el nivel de autoestima y afrontamiento de pacientes con VIH/SIDA del Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.</p> <p>Objetivos específicos.</p> <p>Identificar el nivel de autoestima en sus dimensiones personal, social y familiar, del paciente con VIH/SIDA del Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.</p> <p>Identificar el nivel de las estrategias de afrontamiento en sus dimensiones recursivo y centrado, reacciones físicas y enfocadas, proceso de alerta, procesamiento sistemático, conocer y relacionar, del paciente con VIH/SIDA del Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Tiene relación significativa el nivel de autoestima con las estrategias de afrontamiento en los pacientes con VIH/SIDA del Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.</p> <p>Hipótesis específicas.</p> <p>Se relaciona significativa mente el nivel de autoestima en las dimensiones personal, social y familiar, del paciente con VIH/SIDA del Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.</p> <p>Se relaciona significativa mente las estrategias de afrontamiento en sus dimensiones recursivo y centrado, reacciones físicas y enfocadas, proceso de alerta, procesamiento sistemático, conocer y relacionar, del paciente con VIH/SIDA del Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.</p>	<p>Variable 1:</p> <p>Autoestima</p> <p>Variable 2:</p> <p>Estrategias de afrontamiento</p>	<p>Tipo de estudio. Sustantiva, Básica.</p> <p>Diseño de Investigación. Cuantitativo, no experimental, descriptivo correlacional de corte transversal.</p> <p>Esquema:</p>  <pre> graph LR M --> O1 M --> O2 O1 --- r --- O2 </pre> <p>Dónde: M: Pacientes con VIH/SIDA O1: Autoestima O2: estrategias de afrontamiento r: Relación entre variables.</p> <p>Población: estará constituido por pacientes con VIH/SIDA.</p> <p>Muestra: estará constituido por pacientes con VIH/SIDA.</p>

SOLICITO: Permiso para realizar trabajo de Investigación

DR. FRANK MATEO BERNAL

DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL SANTA GEMA II-2 YURIMAGUAS

Yo, BACHILLER EN ENFERMERIA

GIANELA ROJAS SÁNCHEZ, identificada con DNI N.º 71102356. Ante Ud. Respetuosamente me presento y expongo:

Que habiendo culminado la carrera profesional de ENFERMERIA en la universidad nacional de San Martín, solicito a Ud. Permiso para realizar trabajo de Investigación en su Institución sobre: "Autoestima y estrategias de afrontamiento de pacientes con VIH/SIDA. Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad – Hospital Santa Gema II-2 Yurimaguas. 2022", para optar el título profesional de licenciada de enfermería.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Yurimaguas, 01 de Diciembre del 2022.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ANEXO N° 02

Consentimiento Informado

I. PRESENTACIÓN.

Muy buenos días Sr/Sra., Quiero manifestarle a usted, que estoy realizando una investigación cuyo título lleva por nombre: Autoestima y estrategias de afrontamiento de los pacientes con VIH/SIDA del Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año 2022. Tiene como finalidad determinar si el nivel de autoestima tiene influencia significativa en el afrontamiento de la enfermedad. Por tal motivo solicito a usted su participación voluntaria en esta investigación, el cual es de suma importancia para mí como Bachiller egresada de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad de San Martín, a fin de obtener el título profesional de Licenciada en Enfermería. Manifestarle a su vez que, de aceptar su participación, se le realizará una encuesta, la información vertida por su persona será de carácter anónimo y confidencial, en ningún momento afectará su integridad, solo será usada con fines de realizar la investigación planteada.

Muchas Gracias.

.....
Firma

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ANEXO N° 03

INSTRUMENTO N° 1: Escala de Autoestima de Coopersmith para Adultos (EAC)

Autor: Dr. S. Cooper Smith (1959)

Modificado por: Chavarría y Escobar (2009)

Modificado en forma por: Bach. Gianaela Rojas Sánchez

DATOS GENERALES:

Edad: Sexo: Masculino () Femenino () Procedencia:.....

Grado de Instrucción:..... Estado civil:.....

INSTRUCCIONES:

Le hago entrega a usted de una encuesta que consta de una lista de preguntas, cada una de ellas con 2 opciones de respuesta, pido a usted lo lea detenidamente y luego responda marcando con una "X" en el casillero que usted considere correcta. Si una frase describe como usted se siente, por lo general, marque sólo con una "X" en la columna de VERDADERO (V).

Si una frase no describe como usted se siente, por lo general, marque sólo con una "X" en la columna de FALSO (F). No hay respuestas correctas o incorrectas, todas valen.

Puntuación: Cada reactivo resuelto adecuadamente es calificado por 4 puntos y los reactivos mal resueltos se califican con 0, puntaje máximo es de 100.

No.	Ítems	Atributos	
		Verdadero (1)	Falso (0)
Dimensión personal			
1	Habitual mente los problemas que se me presentan me afectan muy poco		
3	Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí persona		
4	Ante un problema puedo tomar una decisión fácilmente		
7	Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo		
10	Me doy por vencido(a) muy fácilmente		
12	Me cuesta mucho aceptarme como soy		
13	La vida que llevo es muy complicada		
15	Tengo mala opinión de mí persona		
18	Me considero menos guapo (o bonita) que la mayoría de la gente		
19	Si tengo algo qué decir, generalmente lo digo		
23	Frecuentemente me desanimo en lo que hago		
24	Pienso que muchas veces me gustaría ser otra persona		
25	Se puede confiar muy poco en mí		
Dimensión social			
2	Me cuesta mucho hablar en público		
5	Me considero una persona simpática		
8	Soy popular entre las personas de mi edad		
14	Mis compañeros y amigos casi siempre aceptan mis ideas		
17	Con mucha frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo		
21	Creo que los demás son mejor aceptados que yo		
Dimensión familiar			
6	En mi casa y con mi familia me enojo fácilmente		
9	Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos		
11	Mi familia muchas veces espera demasiado de mí		
16	Muchas veces me gustaría marcharme de mi casa		
20	Mi familia me comprende		
22	A veces siento que mi familia me presiona.		

Los resultados fueron analizados teniendo en cuenta la siguiente escala:

Atributos	Puntajes
Alto nivel de autoestima	[75 a 100]
Medio alto nivel de autoestima	[50 a 74]
Medio bajo nivel de autoestima	[25 a 49]
Bajo nivel de autoestima	[0 a 24]
Puntaje total	100 puntos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ANEXO N° 04

Instrumento N° 2: Escala de afrontamiento y adaptación, (ESCAPS),

Autor: Callista Roy (2004).

Modificado en forma por: Bach. Gianela Rojas Sánchez

INSTRUCCIONES:

Le hago entrega a usted de una encuesta que consta de una lista de preguntas, cada una de ellas con 2 opciones de respuesta, pido a usted lo lea detenidamente y luego responda marcando con una "X" en el casillero que usted considere correcta.

No.	Ítems	Atributos			
		Nunca (1)	Rara vez (2)	Algunas veces (3)	Siempre (4)
	Dimensión recursivo y centrado				
2	Planteo una nueva solución para un problema nuevo				
4	Obtengo la mayor cantidad de información posible para aumentar mis opciones con la finalidad de dar solución al problema				
7	Trato de hacer que todo marche a mi favor				
10	Identifico como quiero que resulte la situación y luego miro como puedo lograrlo				
16	Trato de redirigir mis sentimientos para reenfoarlos constructivamente				

19	Estoy atento a cualquier cosa relacionada con la situación				
26	Trato de ser recursivo para enfrentar la situación				
29	Con tal de salir de la crisis estoy dispuesto a modificar mi vida radicalmente				
34	Trato de ser creativo y proponer nuevas soluciones				
46	Desarrollo un plan con muchas alternativas para enfrentar una situación.				
	Dimensión reacciones físicas y enfocadas				
5	Tengo dificultad para completar tareas o proyectos				
8	Solo puedo pensar en lo que me preocupa				
15	Parece que soy más lento al actuar sin razón aparente				
20	Tiendo a reaccionar con exageración al comienzo				
23	Me tomo el tiempo necesario y no actúo hasta que tenga una buena comprensión de la situación.				
24	Encuentro el problema o crisis demasiado complejo, con más elementos de los que yo puedo manejar.				
33	Constantemente me culpo por cualquier dificultad que tenga				
39	Me siento sin fuerzas cuando estoy en crisis				
42	Trato desde el principio de hacer frente a la crisis				
43	Me doy cuenta que cada día me siento decaído				
45	ante un problema que se me presenta me rindo fácilmente				
47	Al parecer me hago muchas ilusiones acerca de cómo resultarán las cosas				
	Dimensión proceso de alerta				
1	Puedo seguir una gran cantidad de instrucciones a la vez				
11	Me siento menos fuerte cuando me encuentro bajo estrés				
17	Me siento listo y activo durante todo el día				
18	Pongo mis sentimientos a un lado y soy muy objetivo a cerca de lo que sucede				
25	Obtengo buenos resultados cuando manejo los problemas difíciles.				
27	Puedo desenvolverme mejor que la mayoría de las personas cuando tengo que ir a lugares desconocidos				
31	Me siento más fuerte cuando me encuentro bajo estrés				

40	Manejo bien una situación cuando analizo los detalles tal como ellos sucedieron.				
44	Trato de obtener más recursos para enfrentar una situación.				
Dimensión procesamiento sistemático					
3	Llamo al problema por su nombre y trato de verlo en su totalidad				
12	Ante un problema me tomo el tiempo necesario y no actúo hasta que tenga una buena comprensión de la situación.				
14	Siempre analizo paso a paso un problema que se me presenta				
22	Analizo la situación tal como realmente es				
30	Trato de mantener el equilibrio entre la actividad y el descanso				
41	Siempre trato de aclarar cualquier duda antes de actuar				
Dimensión conocer y relacionar					
6	Trato de recordar las estrategias o las soluciones que me han servido en el pasado				
9	Me siento bien al saber que estoy manejando el problema lo mejor que puedo				
21	Recuerdo cosas que me ayudaron en otras situaciones				
28	Utilizo el humor para manejar la situación				
32	Puedo relacionar lo que sucede con las experiencias pasadas o con los planes a futuro				
36	Aprendo de las soluciones que han funcionado para otras personas				
37	Miro la situación positivamente como una oportunidad o un desafío				
38	Me planteo muchas ideas como soluciones posibles a una situación, aunque parezcan difíciles de alcanzar.				

Los resultados fueron analizados teniendo en cuenta la siguiente escala.

Escala de medición	Categorías
Alto nivel	[126 – 188]
Mediano nivel	[63 – 125]
Bajo nivel:	[1 – 62]
Puntaje máximo	188 puntos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN TARAPOTO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ANEXO N° 05

Resultados descriptivos de las variables socio-demográficas del paciente con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), del Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022.

A efectos de desarrollar este primer objetivo específico, se precisa un análisis de cada uno de los datos sociodemográficos que se han presentado dentro de los cuestionarios, teniendo de esta manera lo siguiente:

Tabla 7

Rangos etarios de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)

	f	%
De 18 – 28	24	48%
De 29 – 39	16	32%
De 40 – 50	10	20%
Total	50	100%

Nota: Datos recopilados y presentados en función a la aplicación de los cuestionarios de ambas variables, en los que se considera información de los datos sociodemográficos

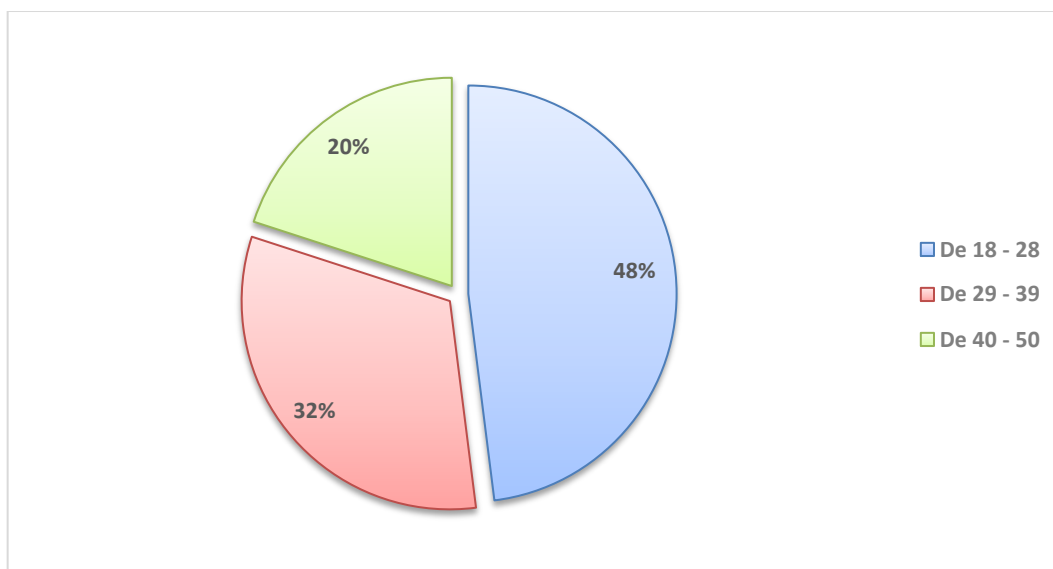


Figura 1. Rangos etarios de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)

Nota: Elaboración propia a partir de la Tabla 7

Interpretación

Según se aprecia en la Tabla 7 y Figura 1, de la totalidad de pacientes encuestados el 48% posee edades de entre 18 a 28 años de edad, 32% tienen entre 29 y 39 años de edad, mientras que solo el 20% restante posee entre 40 y 50 años de edad.

Tabla 8

Sexo de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)

	f	%
Masculino	33	66%
Femenino	17	34%
Total	50	100%

Nota: Datos recopilados y presentados en función a la aplicación de los cuestionarios de ambas variables, en los que se considera información de los datos sociodemográficos

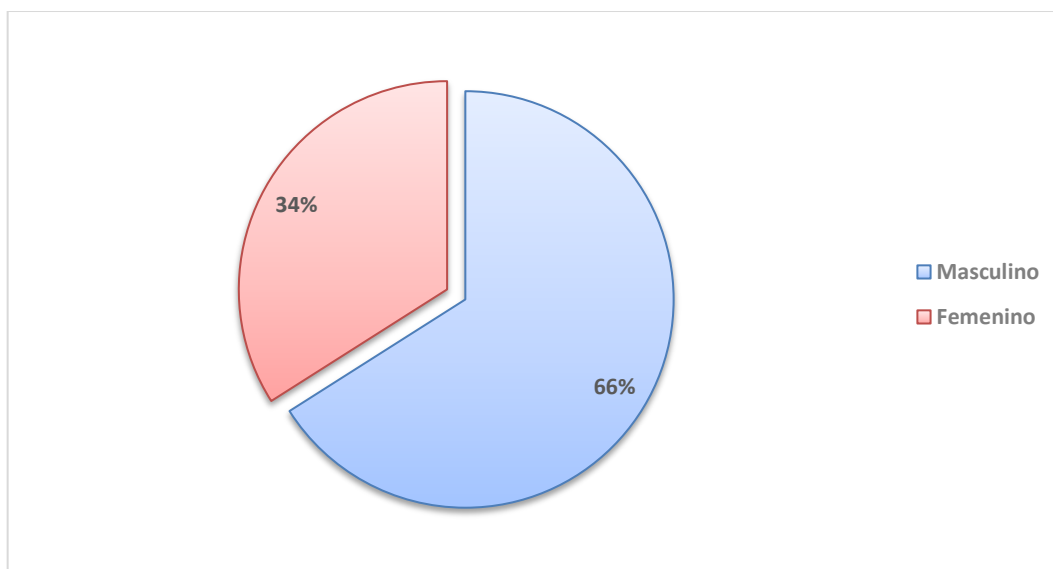


Figura 2. Sexo de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)

Nota: Elaboración propia a partir de la Tabla 8

Interpretación

Según se aprecia en la Tabla 8 y Figura 2, el 66% de los pacientes que acuden al Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) son varones (presentan un sexo masculino) mientras que el 34% restante son mujeres (pertenecen al grupo de sexo femenino).

Tabla 9

Procedencia de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)

	f	%
Yurimaguas	50	100%
Otros	0	0%
Total	50	100%

Nota: Datos recopilados y presentados en función a la aplicación de los cuestionarios de ambas variables, en los que se considera información de los datos sociodemográficos

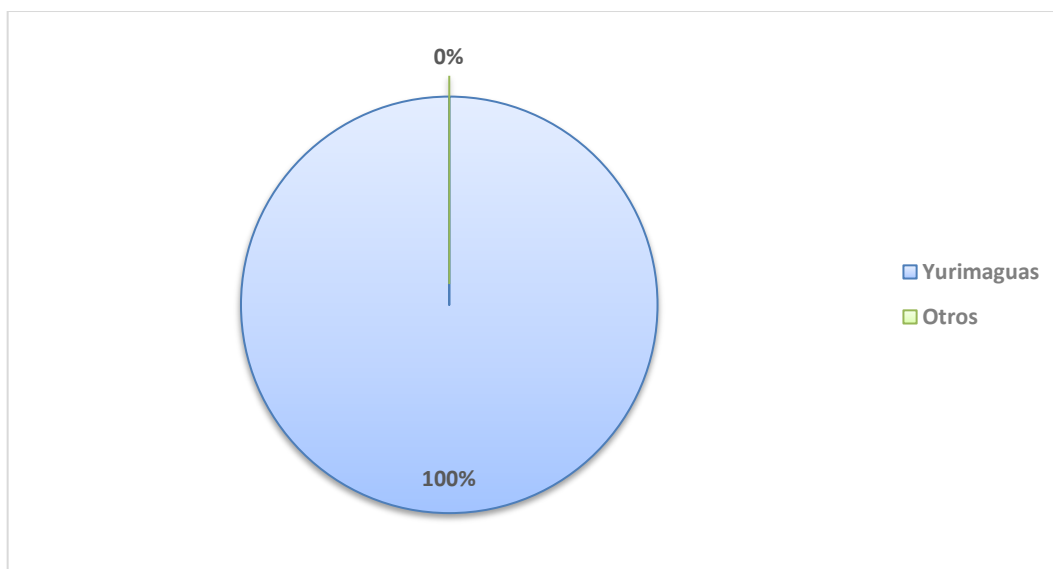


Figura 3. Procedencia de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)

Nota: Elaboración propia a partir de la Tabla 9

Interpretación

A partir de lo evidenciado en la Tabla 9 y Figura 3, se puede establecer que la totalidad de participantes del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), es decir los 100%, provienen de la misma provincia de Yurimaguas.

Tabla 10

Grado de instrucción de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)

	f	%
Primaria Completa	12	24%
Secundaria Completa	26	52%
Superior completo	12	24%
Total	50	100%

Nota: Datos recopilados y presentados en función a la aplicación de los cuestionarios de ambas variables, en los que se considera información de los datos sociodemográficos

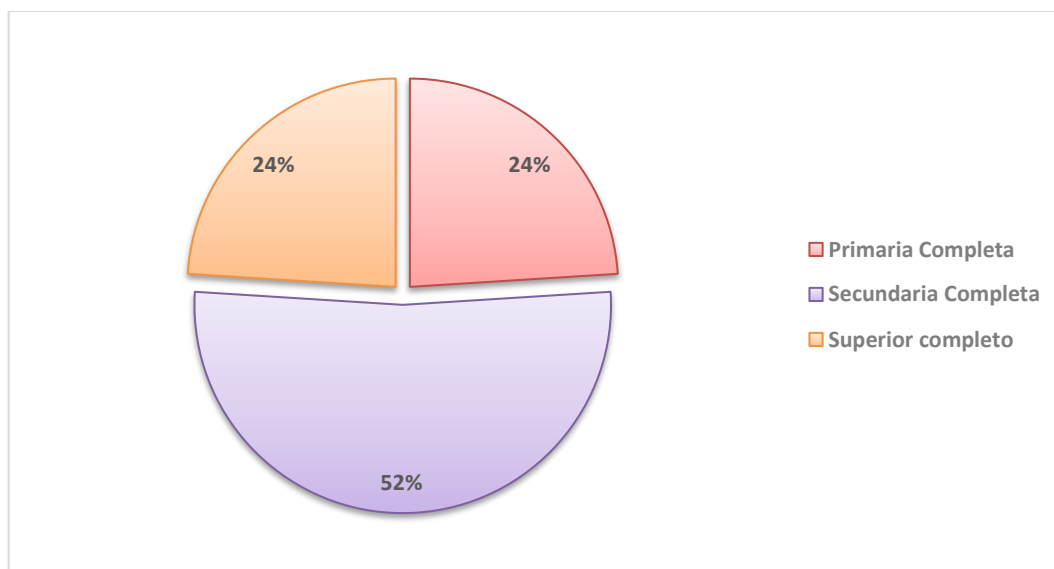


Figura 4. Grado de instrucción de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)

Nota: Elaboración propia a partir de la Tabla 10

Interpretación

Según se observa en la Tabla 10 y Figura 4, el 52% de los pacientes con VIH/SIDA que asisten al Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) cuentan con un nivel de instrucción de secundaria completa, un 24% presenta primaria completa, y el 24% restante cuenta con superior completo.

Tabla 11

Estado civil de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)

	f	%
Soltero(a)	39	78%
Casado(a)	8	16%
Viudo(a)	2	4%
Divorciado(a)	1	2%
Total	50	100%

Nota: Datos recopilados y presentados en función a la aplicación de los cuestionarios de ambas variables, en los que se considera información de los datos sociodemográficos

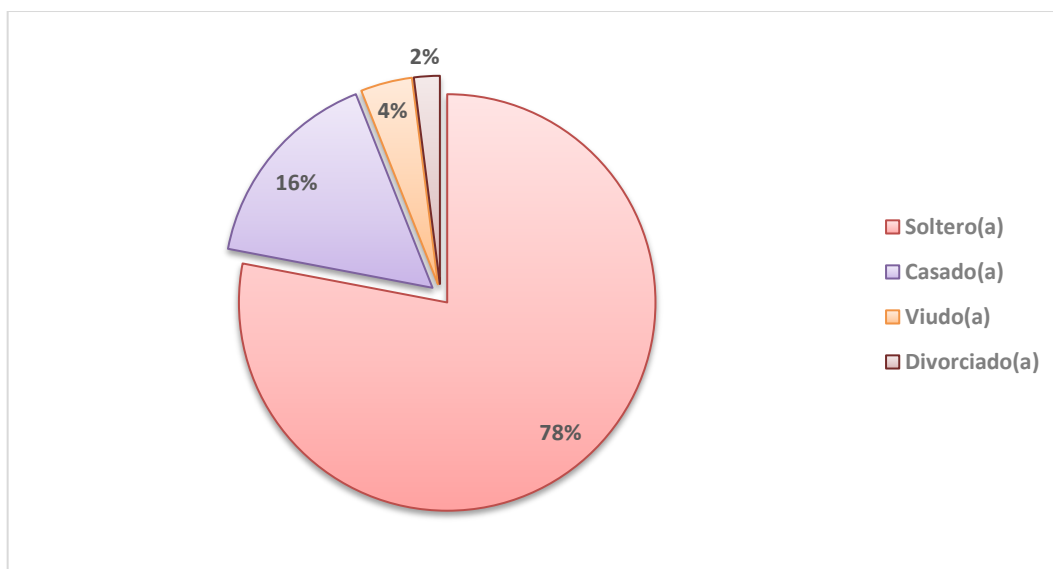


Figura 5. Estado civil de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)

Nota: Elaboración propia a partir de la Tabla 11

Interpretación

Según se observa en la Tabla 11 y Figura 5, el 78% de los pacientes con VIH/SIDA del Programa de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) son solteros(as), el 16% son casados(as), un 4% es viudo(a) y solo el 2% restante es divorciado(a).

Autoestima y estrategias de
afrentamiento de pacientes con
VIH/SIDA. Programa
tratamiento antirretroviral de
gran actividad (TARGA) -
Hospital Santa Gema-
Yurimaguas. Año, 2022
por Gianaela Rojas Sánchez

Fecha de entrega: 13-mar-2023 02:06p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2036378209

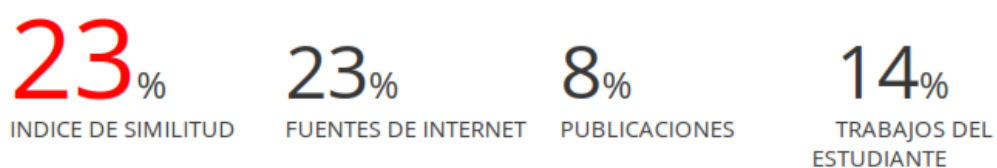
Nombre del archivo: ENFERMER_A_-_Gianaela_Rojas_S_nchez.docx (2.75M)

Total de palabras: 22253

Total de caracteres: 129168

Autoestima y estrategias de afrontamiento de pacientes con VIH/SIDA. Programa tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) - Hospital Santa Gema-Yurimaguas. Año, 2022

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	sisbib.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
2	repositorio.unsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	repositorio.ual.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%