



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**“NIVEL DE AUTOESTIMA Y CONDUCTAS FRENTE A LA
ENFERMEDAD EN PACIENTES PORTADORES DE VIH,
HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, NOVIEMBRE 2016”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:
MARILIA GALVEZ EUGENIO**

**ASESORA:
DRA. MARÍA GLORIA QUISPE TORRES**

CHINCHA – ICA – PERÚ

DEDICATORIA

A mis padres y docentes que me inspiran a desarrollarme

como ser humano y como profesional

RESUMEN

El presente trabajo de investigación es no experimental, de corte transversal con diseño descriptivo, en este sentido, su objetivo pretende determinar el nivel de autoestima, así como identificar las conductas frente a la enfermedad en pacientes portadores de VIH del Hospital San José de Chíncha en el 2016. La población del estudio la constituyeron 25 pacientes portadores de VIH, quienes firmaron un consentimiento informado de autorización previa ejecución de la investigación. De esta forma, el 80% del total de la población del estudio son de sexo masculino, y tan sólo el 20% de ella, son de sexo femenino. Así, se obtuvo que el 12% de la población de estudio ($f=3$), tienen una autoestima total baja, asimismo, el 68% de éstos ($f=17$), poseen una autoestima total media, de igual forma, el 20% de los mismos ($f=5$), gozan de una autoestima total alta. En cuanto a la variable "conductas frente a la enfermedad", se supo que el 40% del total de la población de estudio ($f=10$), quisieran volver al tiempo cuando estaban sanos, mientras que el 60% de ellos ($F=15$), no quisieran volver al tiempo cuando estaban sanos. Asimismo, el 96% de la totalidad de la población de estudio ($f=24$), evitan pensar o tener contacto con todo aquello relacionado a su enfermedad, mientras que el 4% de los mismos ($f=1$), no lo evitan. El 24% de la población de estudio ($f=6$), a agredido física y/o verbalmente a alguien y/o a si mismo a causa de su enfermedad, el 76% de ellos ($f=19$), no lo ha hecho. Así también, el 68% de la población de estudio ($f=17$), piensa todo el tiempo que no están enfermos, mientras que el 32% de ellos ($f=8$), no piensa todo el tiempo que no están enfermos. Finalmente, al 20% de la población ($f=5$), le afecta demasiado pensar que es el único culpable de estar enfermo, mientras que al 80% de los mismos ($f=20$), no le afecta. A partir de esto, se concluye que la mayoría de los participantes del estudio se siente bien consigo mismo y se auto - valora, sin embargo, aun así, a la mayoría les afecta significativamente sus sentimientos de auto - culpabilidad en relación a la enfermedad, muchas veces evitando pensar en todo lo relacionado a la enfermedad, negando la presencia de la enfermedad en su organismo e incluso llegando a desear regresar al tiempo en el cual estaban sanos, estos resultados, en efecto, validan el planteamiento teórico presentado en esta investigación. Finalmente, se recomienda fomentar el análisis e intervención de las variables consideradas en este estudio, a fin de dotar de recursos a los pacientes, que les faciliten afrontar su enfermedad con equilibrio y estabilidad anímica, esto, en efecto, garantiza la adhesión al tratamiento, y por ende, es buen indicador de calidad en el servicio de salud.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN	2
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.4. VARIABLE	5
2. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN	7
2.1. OBJETIVO GENERAL	7
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
3. MARCO TEÓRICO.....	8
3.1. TEORÍAS DE LA AUTOESTIMA	8
3.2. CONDUCTAS FRENTE A LA ENFERMEDAD	13
3.3. VIH.....	14
4. MÉTODOS O PROCEDIMIENTOS	18
4.1. TIPO Y DISEÑO.....	18
4.2. INSTRUMENTOS	18
4.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO	19
4.4. POBLACIÓN	19
4.5. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	19
5. RESULTADOS.....	20
TABLA SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO	20
5.1. AUTOESTIMA.....	22
DIMENSIÓN PERSONAL	22
DIMENSIÓN FAMILIAR	23
DIMENSIÓN SOCIAL	24
AUTOESTIMA TOTAL.....	25
5.2. CONDUCTAS FRENTE A LA ENFERMEDAD	26
CONCLUSIONES	28
RECOMENDACIONES.....	30
BIBLIOGRAFÍA.....	31
ANEXOS.....	33
ANEXO N° 01	33
ANEXO N° 02	34

INTRODUCCIÓN

Las ciencias de la salud son parte fundamental de la sociedad actual, de hecho, sin el desarrollo de éstas, el ser humano no podría gozar de una vida plena, a razón de los cada vez más agitados, y hasta en algunos casos desordenados, estilos de vida que llevan los individuos del siglo XXI, afectando su salud mental y física. Es así que las disciplinas de salud, como la enfermería, lideran el frente a través de estrategias preventivo – promocionales y de soporte en la rehabilitación e intervención clínica, accionando en colaboración con el resto del personal de salud, tales como médicos, psicólogos, obstetras, etc, integralmente a fin de satisfacer las necesidades de salud de una comunidad o población en riesgo determinada.

Es así que, los pacientes portadores de VIH, conforman una población clínica que requiere constante monitoreo. En este sentido, la profesional enfermera (o) es pieza vital en el esquema del plan estratégico VIH – SIDA del Ministerio de Salud, no sólo en el servicio asistencial, sino también, en el soporte del cuidado paliativo en bien del paciente.

Por esta razón, se entiende que la profesional enfermera (o), debe, además de cumplir a cabalidad funciones propias de su perfil asistencial, investigar y estudiar los procesos ulteriores al cuadro clínico en sí, es decir, ahondar en los constructos relacionados al paciente, tales como la autoestima y conductas frente a la enfermedad, que permitan crear las condiciones necesarias que optimicen el tratamiento y faciliten el bienestar del paciente.

En este sentido, el presente trabajo de investigación, se estructura en los siguientes apartados: *Problemática de la investigación*, en el cual se detalla el contexto problemático que inspiró el presente estudio, además, se justifica la puesta en marcha del mismo. *Objetivo de la investigación*, en el cual se marca el fin general que persigue la investigación. *Marco teórico*, en el cual se encuentran los cimientos teóricos relacionados al presente trabajo. *Métodos y procedimientos*, el cual contiene el diseño, tipo y nivel del estudio, además del instrumento y población participante. *Resultados*, en el cual se muestran e interpretan didácticamente las respuestas de los participantes del estudio. *Conclusiones*, en el cual se puntualiza las consideraciones finales tras la ejecución del estudio. *Recomendaciones*, en el cual se incentiva la mejora metodológica para posteriores estudios relacionados al presente, así como, se sugieren algunos puntos asociados a la lectura de resultados.

1. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El SIDA ha causado la muerte a más de 45 millones de personas en todo el mundo¹, esto lo convierte en una de las epidemias más agresivas en la historia de la humanidad. En América Latina, el total estimado de nuevas infecciones por VIH en 2015 fue de 160 000 y en consecuencia el número de personas que viven con este virus asciende a 2 millones, según las estimaciones, aproximadamente 80 000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA durante el mismo año².

En el Perú, por cada mujer con VIH-SIDA, hay tres hombres con el mismo diagnóstico³. Esto desde ya, es una situación de cuidado para el sector salud, no sólo en el sentido de protección a los pacientes infectados, sino también por la incidencia de mortalidad relacionada a esta epidemia.

Por consiguiente, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), ha puesto en marcha diversos programas funcionales, tales como la “Estrategia ITS, VIH/SIDA” en las unidades ejecutoras a nivel nacional a bien de hacer frente a esta epidemia⁴. En efecto, esto requiere la colaboración del personal de salud que forma parte de los hospitales y centros de salud en los cuales se brinda soporte y ejecución a la “Estrategia ITS, VIH/SIDA”.

Así es que, la profesional enfermera (o), es parte esencial en el abordaje clínico y acción asistencial en el afrontamiento sanitario contra la epidemia, así como en el diseño y puesta en marcha de actividades preventivo - promocionales dirigidas hacia la comunidad a fin de evitar el aumento de la incidencia del VIH/SIDA.

Por otro lado, los pacientes con VIH, cursan efectos psicológicos de distinta naturaleza, tales como: depresión, ansiedad, etc, los cuales, según Avelar (2011) deben ser abordados por medio de la estimulación de la autoestima, motivación y ejercicio social⁵.

En este sentido, Villa (2009), refiere que la autoestima en el ámbito de la salud, es esencial para que el paciente cumpla a cabalidad el tratamiento, ya que si éste se autovalora y se autoestima, comprenderá el valor de su vida, de su salud y por

ende la importancia de su bienestar, lo que se relaciona con el éxito del tratamiento clínico en base a la participación activa del paciente en su adhesión al tratamiento⁶.

Por otro lado, las conductas frente a la enfermedad, dependen esencialmente de la personalidad del paciente, bajo este criterio, es probo decir que el estudio de las conductas de los pacientes, es sumamente necesario para ampliar la información que se tiene acerca del paciente, no sólo en cuanto a su estado físico, sino también, en cuanto a su estado mental, así como la forma en la que está llevando la enfermedad.

Para ello, es necesario determinar el nivel de autoestima y conductas frente a la enfermedad en pacientes con VIH, a razón de optimizar su adherencia al tratamiento, sin embargo, en el Hospital San José de Chíncha no existen estudios de similar objeto, así, esta situación constituye un problema a la hora de diseñar planes de mejora en los servicios sanitarios, en vista de la ausencia de información consistente y actual en relación al nivel de autoestima y conductas frente a la enfermedad de los pacientes portadores de VIH.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMAS GENERALES

- ✓ ¿Cuál es el nivel de autoestima en pacientes portadores de VIH del Hospital San José de Chíncha en el 2016?
- ✓ ¿Cuáles son las conductas frente a la enfermedad en pacientes portadores de VIH del Hospital San José en el 2016?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ✓ ¿Cuál es el nivel de autoestima en la dimensión personal en pacientes portadores de VIH del Hospital San José de Chíncha en el 2016?

- ✓ ¿Cuál es el nivel de autoestima en la dimensión familiar en pacientes portadores de VIH del Hospital San José de Chíncha en el 2016?
- ✓ ¿Cuál es el nivel de autoestima en la dimensión social en pacientes portadores de VIH del Hospital San José de Chíncha en el 2016?
- ✓ ¿Cuáles son las conductas frente a la enfermedad en la dimensión mecanismos de defensa en pacientes portadores de VIH del Hospital San José de Chíncha en el 2016?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Diversos estudios^{14,15}, ponen en evidencia la importancia de la autoestima en la adhesión al tratamiento del paciente, además, sumado a las conductas que puedan presentar frente a la enfermedad, son claves para una atención integral de calidad, que trate al paciente como responsable de su salud, en aras de optimizar el servicio sanitario.

Además, que la autoestima en el ámbito clínico, es un factor que predispone al paciente para la adhesión al tratamiento, por el supuesto: “si se quiere y valora, tomará el medicamento con disciplina”, y puesto que, la profesional enfermera, es una de las profesionales llamadas a estudiar los procesos humanos propios de los pacientes VIH positivos en su integridad humana, considerando al paciente como un ser de constitución bio – psico – social, planteando su meta principal de práctica clínica, en el ofrecimiento de un tratamiento efectivo, se hace necesario estudiar el nivel de autoestima así como identificar las conductas frente a la enfermedad en dicha población, a fin de determinar el nivel de autoestima de la población de estudio, así como identificar las principales conductas asociadas a esta enfermedad, con la mira de analizar cuidadosamente los resultados para proponer programas de abordaje multidisciplinario para optimizar el servicio de salud en la estrategia de prevención e intervención, con conocimientos actuales y reales sobre este asunto en pacientes portadores de VIH, poniendo énfasis en la autoestima como impulsador de la adhesión del paciente al tratamiento.

1.4. VARIABLE

1.4.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

AUTOESTIMA			
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Es la estima y valoración subjetiva que hace el individuo en base a su propio autoconcepto.	Respuestas a la Escala de Autoestima de Coopersmith (SEI), versión adultos.	Personal	Ítems 1,3,4,7,10,12,13,15,18, 19,23,24 y 25 de la Escala de Autoestima de Coopersmith para adultos
		Social	Ítems 2,5,8,14,17 y 21 de la Escala de Autoestima de Coopersmith para adultos
		Familiar	Ítems 6,9,11,16,20 y 22 de la Escala de Autoestima de Coopersmith para adultos

CONDUCTAS FRENTE A LA ENFERMEDAD			
DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Conjunto de comportamientos de un individuo en relación a una enfermedad determinada.</p>	<p>Respuestas al Cuestionario de conductas frente a la enfermedad para pacientes portadores de VIH</p>	<p>Mecanismos de defensa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quisiera volver al tiempo cuando estaba sano. 2. Evito pensar o tener contacto con todo aquello relacionado a mi enfermedad. 3. He agredido física y/o verbalmente a alguien y/o a mí mismo por mi enfermedad. 4. Pienso todo el tiempo que no estoy enfermo. 5. Me afecta demasiado pensar que soy el único culpable de estar enfermo.

2. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. OBJETIVO GENERAL

- ✓ Determinar el nivel de autoestima en los pacientes portadores de VIH del Hospital San José de Chíncha en el 2016.
- ✓ Identificar las conductas frente a la enfermedad en pacientes portadores de VIH del Hospital San José de Chíncha en el 2016.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Determinar el nivel de autoestima en la dimensión personal en los pacientes portadores de VIH del Hospital San José de Chíncha en el 2016.
- ✓ Determinar el nivel de autoestima en la dimensión familiar en los pacientes portadores de VIH del Hospital San José de Chíncha en el 2016.
- ✓ Determinar el nivel de autoestima en la dimensión social en los pacientes portadores del VIH del Hospital San José de Chíncha en el 2016.
- ✓ Identificar las conductas frente a la enfermedad en la dimensión mecanismos de defensa en los pacientes portadores del VIH del Hospital San José de Chíncha en el 2016.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. TEORÍAS DE LA AUTOESTIMA

Resulta necesario conceptualizar la autoestima como tal, valorando su importancia a nivel psicológico y a nivel de salud integral del paciente a partir de su definición teórica. Por ello, se ha considerado revisar las siguientes teorías que hacen referencia a la autoestima.

3.1.1. SEGÚN STANLEY COOPERSMITH

Coopersmith (1959) considera a la autoestima como un producto a partir de la evaluación y valoración del propio sujeto, compuesta por un conjunto de creencias y actitudes⁷.

En posteriores publicaciones, Coopersmith (1993), sustenta que la autoestima es dinámica, mas no inestable, es decir, es estable en el tiempo, aunque pueden presentarse ciertas modificaciones en ciertos momentos y bajo ciertas circunstancias, expresado en el auto - concepto del sujeto⁸.

Este autor, justamente por considerar que la autoestima sufre ciertas modificaciones en ciertos momentos, basó su teoría en que la autoestima estaba compuesta por dimensiones, siendo éstas la autoestima escolar, que sólo aplica para población infante – juvenil en edad escolar, hace referencia a todo lo relacionado con la valoración propia en la escuela. La autoestima personal, la cual tiene que ver con la evaluación que el sujeto hace de sus propias características como ser humano, es decir, emociones, físico, sentimientos, defectos, etc. La autoestima familiar, que tiene que ver con todo lo relacionado al sentimiento de auto – valía, en relación al entorno inmediato o grupo primario de apoyo. La autoestima social, que tiene que ver con la posición de afecto a si mismo cuando se está en actividades sociales de diálogo, amistad, compartir, etc⁹.

Para medir estas dimensiones, el autor elaboró dos escalas llamadas “Escala de Autoestima de Coopersmith”, una dirigida para población infante – juvenil y otra para adultos. Estas escalas pretenden medir las dimensiones independientemente unas de otras, para ofrecer un perfil de autoestima en base a estas dimensiones.

Asimismo, el autor propuso que la suma de estas dimensiones da como resultado la autoestima total de la persona.

Esta teoría, es considerada una de las más completas hasta la actualidad, no sólo por su esencia epistemológica, sino también por la evidencia encontrada al respecto, la cual en su gran mayoría, ha sido trabajada con las mismas escalas que el autor diseñó.

3.1.2. SEGÚN CÉSAR RUIZ

Esta teoría es peruana y hace referencia a la autoestima desde un enfoque gestáltico integrador. Refiere que la autoestima es mucho más que la suma de sus componentes, los cuales abarcan a la familia que eje primario del desarrollo de la autoestima, la identidad personal, como componente general del sentimiento de valía individual, la autonomía, como componente interviniente de la identidad personal, las emociones, como medios de transición y operacionalización de la autoestima, la motivación, como el mecanismo de impulso del auto – afecto, y la socialización, como contexto de expresión de la autoestima¹⁰.

Esta teoría tiene un buen sustento, incluso el mismo autor diseñó un instrumento de prueba que evalúa la autoestima en base a esta teoría, sin embargo, aún se encuentra en desarrollo, por lo que la evidencia que lo valide, aun no se encuentra del todo disponible. Sin embargo, desde ya, amerita profundizar su análisis.

3.1.3. SEGÚN NATHANIEL BRIGHMAN

Esta teoría es moderna. Para este autor, la autoestima es una variable fundamentalmente de percepción caracterizada por sentimientos dinámicos de auto – valoración de los rasgos personales, mentales y físicos que configuran el propio ser. Esta puede estimularse a lo largo de la vida, sea a través de situaciones naturales (como por ejemplo el caso de los niños que nacen en una familia que valora al sujeto como persona) o provocadas (como en la psicoterapia para pacientes con autoestima deficitaria)¹¹.

Esta teoría dicta, además, que la autoestima es la responsable del rumbo que toma la vida del sujeto, incluyendo sus éxitos y fracasos, ya que una autoestima saludable dotará al sujeto de conceptos positivos, lo que le dará seguridad sobre

sus acciones, mientras que una persona con una autoestima en decadencia, por el contrario, le llenará de temores e inseguridades, lo que le dificultará tomar decisiones con claridad, y por ende, evitar salir de la zona de confort.

Asimismo, el desarrollo de la autoestima se forma por modelaje en correlación con la personalidad en el grupo primario de apoyo, la familia o entorno inmediato, siendo ésta, el eje clave para el desarrollo de una autoestima saludable.

3.1.4. DIMENSIONES DE LA AUTOESTIMA

Las dimensiones de la autoestima que se exponen a continuación, han sido extraídas de la teoría de S. Coopersmith. Cabe destacar que estas dimensiones, son las mismas que se emplean en el instrumento del presente estudio.

3.1.4.1. DIMENSIÓN PERSONAL

La cual hace referencia a las actitudes que experimenta el individuo en base a su autopercepción y autoconcepto en relación a las características de su composición mental y estructura física, virtudes, defectos, etc.

3.1.4.2. DIMENSIÓN SOCIAL

Involucra las actitudes del individuo frente al contexto social, es decir, amigos y grupos de pares.

3.1.4.3. DIMENSIÓN FAMILIAR

Hace referencia a las experiencias y percepciones de valía en relación a su grupo primario de apoyo, la familia.

3.1.5. NIVELES DE LA AUTOESTIMA

Mondragón (2001), considera que existen tres niveles generales de autoestima, los cuales repercuten en mayor o menor grado a la vida del sujeto. Estos niveles se describen a continuación¹².

3.1.5.1. AUTOESTIMA BAJA

A las personas con autoestima baja, las cuales se caracterizan principalmente por la incapacidad para sentirse valioso y digno, o de ser amado, les es difícil tomar decisiones, no disfrutan de las recompensas y halagos, buscan constantemente la aprobación de los demás en vista de que viven en base a la opinión externa, no comunican deseos o necesidades fluidamente, además, juzgan severamente lo que ellos mismos piensan, sienten y hacen.

3.1.5.2. AUTOESTIMA MEDIA BAJA

Este nivel de autoestima es también llamado “tendencia a autoestima baja”, y se caracteriza porque las personas que la tienen, muchas veces se comportan como si tuvieran una autoestima baja, y otras veces como si la tuvieran media. Fernández (2011), refiere que la autoestima media baja es el limbo entre ambos niveles, de hecho, la persona con autoestima media baja, es susceptible a experimentar constantes variaciones de su autoestima entre la media y la baja, respectivamente, dependiendo del contexto y estímulos a los que se enfrenta en un determinado momento¹³.

3.1.5.3. AUTOESTIMA MEDIA

Este nivel de autoestima es el punto medio entre la autoestima alta y la autoestima baja. Caracteriza a las personas por hacerlas sentir seguras cuando las cosas le salen bien, sin embargo si le salen mal reiteradamente, se vuelven inseguras. Las personas con autoestima media, aunque aceptan sus defectos, les cuesta tolerarlos. Por otra parte, pueden ser indecisos en algunas decisiones y en otras pueden ser muy seguros y tajantes.

3.1.5.4. AUTOESTIMA MEDIA ALTA

Este tipo de autoestima caracteriza al individuo por fluctuar y oscilar entre la autoestima media y la alta, alterándola en base a las condiciones ambientales y estímulos externos. Este tipo de autoestima es el limbo entre la autoestima media y la autoestima alta.

3.1.5.5. AUTOESTIMA ALTA

La autoestima alta es el ideal de autoestima del que todos los individuos deben anhelar gozar. Así es que la autoestima alta es todo lo contrario a la autoestima baja, caracterizando al individuo principalmente por sentimientos de plena seguridad y confianza consigo mismo y en sus propias capacidades, además acepta sus limitaciones y reconoce y tolera sus defectos. Desarrolla mejores relaciones sociales y establece mejores relaciones sentimentales. Es fiel a sí mismo, y a sus principios, no se deja influir fácilmente.

3.1.6. IMPORTANCIA DE LA AUTOESTIMA

La autoestima es totalmente importante para el ser humano en el desarrollo de su vida con bienestar, así como en el ámbito de la salud, para su adhesión al tratamiento, con el fin de mejorar su estado físico y mental, bajo la premisa: “si me quiero, me cuido y por tanto, me preocupo por mi salud, tomando mis medicamentos siguiendo fielmente las indicaciones”.

Así es que, la autoestima en el ámbito de la salud, es también necesaria para mantener el equilibrio mental lo que se relaciona con un buen estado físico, de hecho, esto alimenta la teoría: “mente sana en cuerpo sano”, clave para el sostenimiento de una vida plena.

Miranda (2008), efectuó un estudio en el cual pretendía identificar la correlación entre autoestima y adhesión al tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas (VIH, cáncer y TBC), y encontró que la adhesión al tratamiento no era correlacionalmente significativo con el tipo de enfermedad, más bien lo que si era correlacionalmente significativo, era el nivel de autoestima de las pacientes¹⁴. Es

decir, mientras mejor autoestima tenían los pacientes, mejor se adherían al tratamiento.

Por su parte, Portugués (2011), concluyó, tras estudiar los efectos emocionales de enfermedades letales, que la autoestima jugaba un rol trascendental en la aceptación y afrontamiento de la enfermedad y sobre todo en la adhesión al tratamiento¹⁵.

Por lo descrito, resulta evidente la importancia de la autoestima del paciente en el ámbito de la salud.

3.2. CONDUCTAS FRENTE A LA ENFERMEDAD

Ronceros (2016), afirma que las conductas frente a la enfermedad agrupan al conjunto de experiencias comportamentales del sujeto en relación a una enfermedad. En este sentido, se puede conceptualizar a las conductas como las expresiones humanas de acción y reacción, en el aspecto físico o emocional¹⁶.

Así pues, la Psicología, ciencia que estudia la conducta humana, y más específicamente, el psicoanálisis a través de Freud (1945), ha logrado identificar algunos procesos psicológicos que ocurren en los pacientes, llamados también, mecanismos de defensa, los cuales, finalmente son expresados en conductas¹⁷.

Éstas pueden ser:

3.2.1. REGRESIÓN

A. Freud (1980), hija del padre del Psicoanálisis Sigmund Freud, se refirió a la regresión como el deseo de querer volver a un tiempo pasado, con la ilusión de volver a vivir algo que se cree fue mejor, o, para escapar de la realidad del presente, el cual afecta desbordantemente al sujeto. En el asunto que a este trabajo de investigación compete, la regresión tiene que ver con el anhelo del paciente por querer volver al tiempo a cuando estaba sano¹⁸.

3.2.2. EVASIÓN

La evasión tiene que ver con las acciones destinadas a evitar a toda costa algo que desborda emocionalmente al sujeto, en el caso de conductas frente a la enfermedad, tiene que ver con el conjunto de acciones destinadas a evitar pensar en la condición clínica, incluso, hasta se evita observar o tener contacto con objetos o lugares que le recuerden su condición.

3.2.3. AGRESIÓN

La movilización de conductas agresivas es por lo general fundamentada en la frustración e ira por el padecimiento de la enfermedad.

3.2.4. NEGACIÓN

Cuando el sujeto niega una realidad absoluta. En el caso de los pacientes, son aquellos que niegan el padecimiento de su enfermedad.

3.2.5. INCULPACIÓN

Sucede cuando el individuo se siente desbordantemente culpable y responsable absoluto de su enfermedad.

3.3. VIH

La OMS (2010), define al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) como una infección vírica que afecta al sistema inmunológico de forma gradual. Cuando esta infección no es tratada a tiempo, se desarrolla en el organismo el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), la cual es la fase final de la infección, ésta se caracteriza porque el sistema inmunológico se vuelve totalmente deficiente y por ende vulnerable a cualquier otra enfermedad viral. Finalmente, el paciente no fallece directamente por el SIDA, sino más bien, fallece a causa de alguna otra infección vírica oportunista, que el sistema inmune no puede eliminar a causa de su deficiencia¹⁹.

3.3.1. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico en este tipo de infección, es mediante pruebas de serología y anticuerpos. El Ministerio de Salud del Perú (2012), aplica tres tipos de pruebas, dependiendo del objetivo de la evaluación, sea con fines de tamizaje (Prueba rápida), con fines clínicos (Test de Elisa para VIH) o con fines confirmatorios (Western Blot)²⁰.

3.3.2. PERIODOS

3.3.2.1. PRIMOINFECCIÓN

También llamada “infección aguda por VIH”. Garabito & Espuelas (2000) afirman que ésta inicia cuando el virus ingresa al organismo por primera vez, y termina cuando éste último desarrolla anticuerpos para luchar contra la infección. Suele durar aproximadamente de 15 a 45 días, aunque en algunos organismos este periodo se extiende hasta los 6 meses²¹.

Ramirez & Villegas (2002), encontraron que en algunos pacientes pueden presentarse algunos síntomas tales como inflamación de ganglios linfáticos, sudores nocturnos, fiebres, prurito. Muchas veces este cuadro sintomático es confundido por los clínicos con el de la gripe común o con el de la mononucleosis infecciosa²².

3.3.2.2. FASE ASINTOMÁTICA (LATENCIA CLÍNICA)

El organismo se encuentra estable clínicamente, es decir, los síntomas pueden atenuarse o hasta ser inexistentes, sin embargo, el desarrollo y la replicación de la carga viral sigue su curso, afectando los ganglios, lo que se puede manifestar en linfadenopatía generalizada continua. En esta fase, la persona puede sentirse bien y gozar de salud, sin embargo, el virus permanece dentro de su organismo. Cabe destacar, que el objetivo del TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) es lograr el descenso cuantitativo de linfocitos CD4, y así mantener la estabilidad del paciente.

3.3.2.3. FASE CLÍNICA DEL SIDA

En este periodo final de la infección (donde el virus, sin el TARGA, se multiplica velozmente y los linfocitos CD4 decaen) ha ocurrido la inmunodepresión generalizada, de modo que, el sistema inmune se vuelve vulnerable a distintas infecciones oportunistas que atacan feroz y letalmente al organismo, causando la muerte.

3.3.3. MEDIOS DE CONTAGIO

3.3.3.1. CONTAGIO SEXUAL

Este tipo de contagio se da a través del contacto sexual entre dos o más personas que son portadores de VIH, sea a través de fluidos corporales tales como: el semen y fluido cervicovaginal principalmente. Sabido es, que estos fluidos corporales, se intercambian al momento del coito, sexo anal u oral sin protección de barrera (preservativo).

3.3.3.2. CONTAGIO INSTRUMENTAL

Esta forma de contagio se da cuando un objeto punzocortante, como: inyección, aguja, cuchillo, o cualquier otro objeto con material viral en estado activo, ingresa al organismo sea a través de una herida abierta o por medio del uso compartido de instrumentos infectados o no esterilizados. Se presenta mayormente en poblaciones de drogadictos, pacientes que acuden a atención sanitaria ilegal y hasta en el mismo personal de salud a través de pinchazos casuales.

3.3.3.3. CONTAGIO PERINATAL

Es cuando una madre portadora del VIH contagia al feto por vía de la placenta al momento del parto o incluso antes del mismo.

3.3.4. TRATAMIENTO

Según el MINSA (2012), las personas que son diagnosticadas con VIH, reciben TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad), el cual es un cóctel de medicamentos que se suministra al paciente con la finalidad de reducir y estabilizar la concentración viral. Entre los principales medicamentos están la zidovudina, la lamivudina y la nevirapina²³.

3.3.5. PREVENCIÓN

Las únicas formas de prevenir el VIH, son: evitar la promiscuidad, practicar la fidelidad, usar protección en las relaciones sexuales de riesgo; y en el caso del personal de salud: poner en marcha la bioseguridad.

4. MÉTODOS O PROCEDIMIENTOS

4.1. TIPO Y DISEÑO

El presente trabajo de investigación es no experimental a razón de que no se manipula ninguna variable, es de corte transversal porque se ejecuta en un sólo momento, de diseño descriptivo porque se observan y describen las variables en estudio en su ambiente natural.

4.2. INSTRUMENTOS

4.2.1. ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH PARA ADULTOS

La Escala de Autoestima Coopersmith para Adultos (Anexo N° 03) es una prueba psicológica que está dirigida para sujetos de ambos sexos de 16 años en adelante, está construida en base a 25 reactivos, (que deben ser respondidos en base a la dicotomía verdadero/falso) los cuales miden tres dimensiones de la autoestima según la teoría de la Autoestima de Stanley Coopersmith: Dimensión Social (07 reactivos), Dimensión Familiar (06 reactivos) y Dimensión General (12 reactivos).

De esta forma, el inventario empleado en el presente trabajo de investigación ha sido adaptado y validado para población peruana por Luis Vicuña Perú en 2005²⁴.

El objetivo de esta prueba es determinar el nivel de autoestima del sujeto, pudiendo obtenerse a partir de la aplicación de la prueba, los siguientes niveles: nivel de autoestima bajo, nivel de autoestima medio bajo, nivel de autoestima medio, nivel de autoestima medio alto y nivel de autoestima alto.

4.2.2. CUESTIONARIO DE CONDUCTAS FRENTE A LA ENFERMEDAD

Este cuestionario (Anexo N° 01), ha sido diseñado exclusivamente para el presente estudio. El objetivo del mismo es identificar algunas de las principales conductas frente a la enfermedad, siendo en este caso, el VIH. Está estructurado

en base a dos dimensiones (Personal y Contextual), medidas a través de 6 ítems, los cuales pueden ser respondidos dicotómicamente (SI/NO).

Su validación se realizó mediante el método “fiabilidad interjueces”, siendo 05 los jueces evaluadores del cuestionario.

4.3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los participantes en su totalidad, firmaron el consentimiento informado, elaborado exclusivamente para el presente estudio, con la finalidad de poner en práctica los principios de ética en la investigación (Anexo N° 02).

4.4. POBLACIÓN

La población de estudio estuvo constituida por 25 pacientes portadores de VIH registrados en el Hospital San José de Chíncha, con la cual se trabajó en su totalidad, es decir, también constituyó la muestra. Para acceder a esta población de estudio, se empleó el medio de consentimiento informado y una charla informativa previa. No se efectuó técnica de muestreo alguna, en vista de que la población es corta, sin embargo, es conveniente destacar los criterios de inclusión considerados para la toma de la población.

Criterios de inclusión:

- Paciente portador de VIH
- Registrado en el programa de VIH del Hospital San José de Chíncha
- Paciente que autoriza mediante consentimiento informado ser participante del estudio.

4.5. PROCESAMIENTO DE DATOS

El procesamiento de datos empleado en el presente trabajo de investigación fue a través del uso de un sistema de base de datos simple elaborado en MS Excel 2016. Asimismo, el tratamiento de los datos se hizo mediante las técnicas de estadísticas descriptivas aplicadas a las frecuencias y porcentajes.

5. RESULTADOS

TABLA Nº 01

TABLA SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

DIMENSIONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GRUPO ETÁREO	f	%
MENOR DE 18	00	0%
18 – 25	13	52%
26 – 35	04	16%
36 – 45	04	16%
46 – 60	03	12%
MAYOR DE 60	01	4%
TOTAL	25	100%
SEXO	f	%
MASCULINO	20	80%
FEMENINO	05	20%
TOTAL	25	100%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	F	%
PRIMARIA	02	8%
SECUNDARIA	10	40%
SUPERIOR	13	52%
ANALFABETO	00	0%
TOTAL	25	100%
ESTADO CIVIL	F	%
SOLTERO	17	68%
CASADO	02	8%
VIUDO	00	0%
DIVORCIADO	00	0%
CONVIVIENTE	06	24%
TOTAL	25	100%
PROCEDENCIA	F	%
COSTA	23	92%
SIERRA	01	4%
SELVA	01	4%
TOTAL	25	100%

En la Tabla N° 01, se puede observar que el 52% de participantes (f=13) tienen entre 18 y 25 años, mientras que el 16% de participantes (f=04) tienen entre 26 y 35 años de edad, por otro lado, el 16% de los mismos (f=04) tienen entre 36 y 45 años, asimismo, el 12% de participantes (f=03) tienen entre 46 y 60 años, finalmente, el 4% de los participantes (f=01), son mayores de 60 años.

En esta misma tabla, en la dimensión sexo, se puede observar que el 80% de participantes (f=20), son de sexo masculino, mientras que el 20% de participantes (f=5), son de sexo femenino.

Asimismo, en la dimensión grado de instrucción, se observa que el 8% de participantes (f=2), tienen estudios primarios, mientras que el 40% de participantes (f=10), tienen estudios secundarios, así también, el 52% de participantes (f=13), tienen estudios superiores.

En cuanto a la dimensión estado civil, se observa que el 68% de los participantes (f=17), son solteros, mientras que el 8% de los participantes (f=2), son casados, por otro lado, el 24% de los mismos (f=6), son convivientes.

Finalmente, en la dimensión procedencia, se aprecia que el 92% de los participantes (f=23), son de la región costa, asimismo, el 4% de los participantes (f=1), son de la región sierra, mientras que el 4% de los participantes (f=1), son de la región selva.

5.1. AUTOESTIMA

TABLA N° 02
DIMENSIÓN PERSONAL

NIVEL DE AUTOESTIMA	f	%
BAJO	3	12%
MEDIO BAJO	0	0%
MEDIO	16	64%
MEDIO ALTO	0	0%
ALTO	6	24%
<i>TOTAL</i>	<i>25</i>	<i>100%</i>

En la tabla N° 02, se puede apreciar los resultados para la dimensión personal, entendiéndose que el 12% de los participantes (f=3), tienen bajo nivel de autoestima, el 64% de ellos (f=16), tiene autoestima media, y el 24% de los mismos (f=6), tiene una alta autoestima.

GRÁFICO N° 01

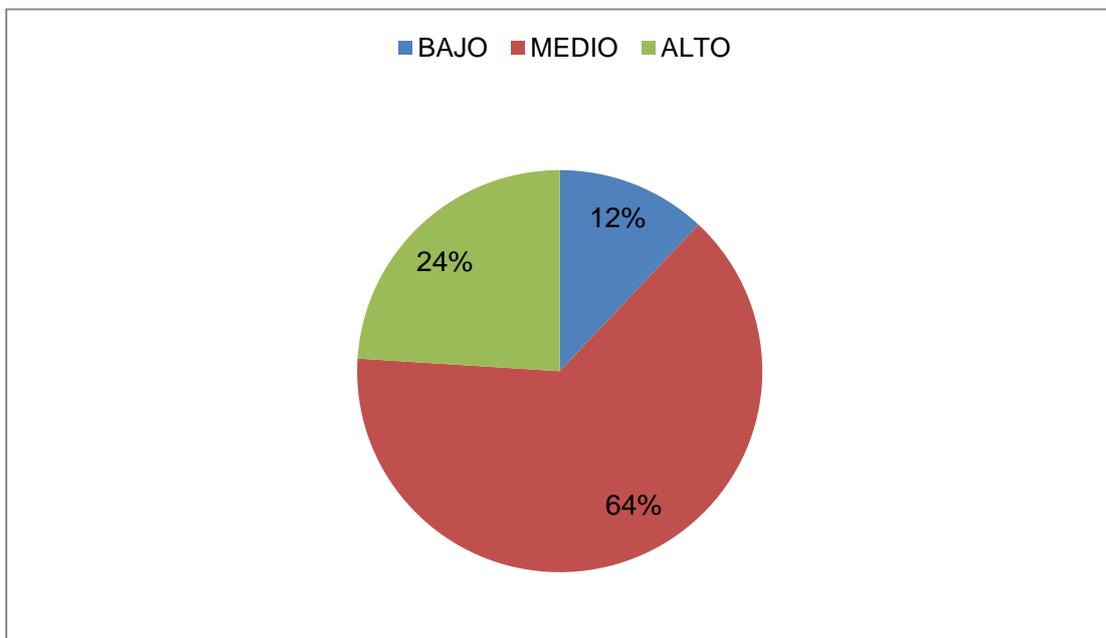


TABLA N° 03
DIMENSIÓN FAMILIAR

NIVEL DE AUTOESTIMA	f	%
BAJO	0	0%
MEDIO BAJO	0	0%
MEDIO	19	76%
MEDIO ALTO	0	0%
ALTO	6	24%
<i>TOTAL</i>	<i>25</i>	<i>100%</i>

En la tabla N° 03, se puede apreciar los resultados para la dimensión familiar, entendiéndose que el 76% de los participantes (f=19), tienen un nivel medio de autoestima, mientras que el 24% de ellos (f=6), tienen un alto nivel de autoestima.

GRÁFICO N° 02

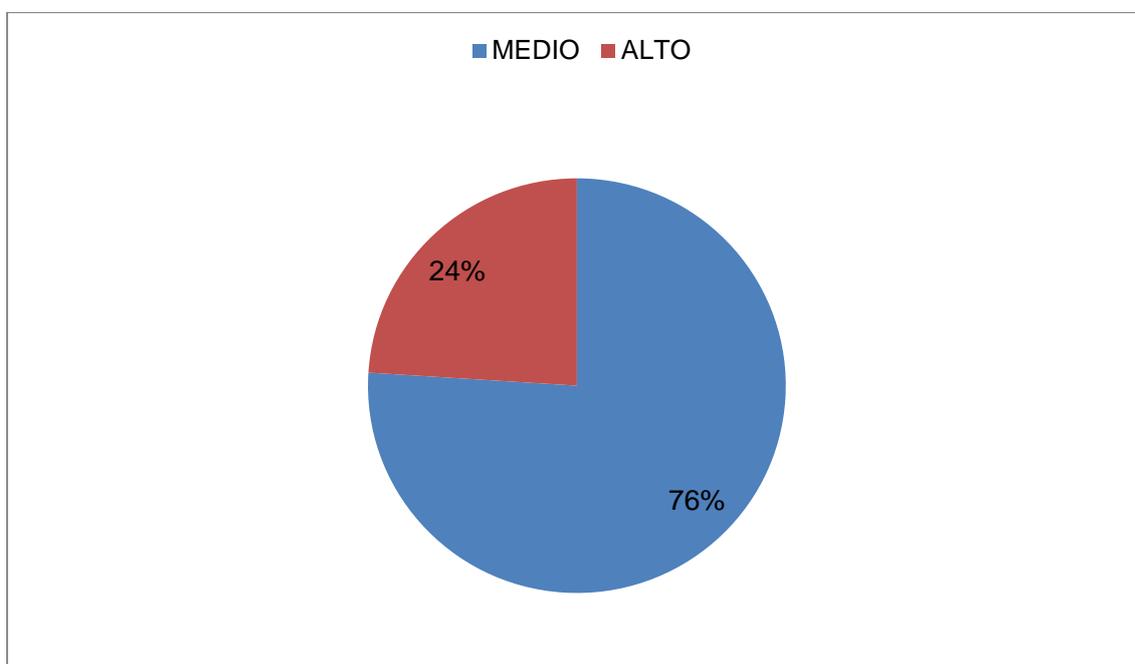


TABLA N° 04
DIMENSIÓN SOCIAL

NIVEL DE AUTOESTIMA	f	%
BAJO	3	12%
MEDIO BAJO	0	0%
MEDIO	21	84%
MEDIO ALTO	0	0%
ALTO	1	4%
<i>TOTAL</i>	<i>25</i>	<i>100%</i>

En la tabla N° 04, se puede apreciar los resultados para la dimensión social, entendiéndose que el 12% de los participantes (f=3), tienen un nivel bajo de autoestima, mientras que el 84% de ellos (f=21), poseen un nivel medio de autoestima, así también, sólo el 4% de los mismos (f=1), tiene un alto nivel de autoestima.

GRÁFICO N° 03

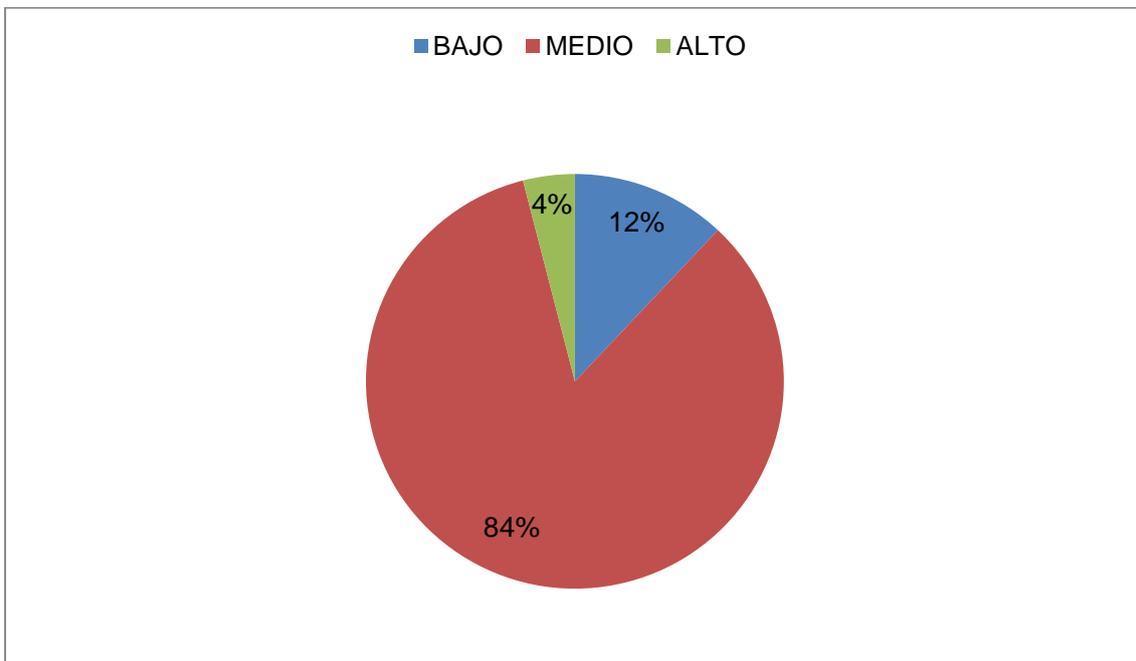
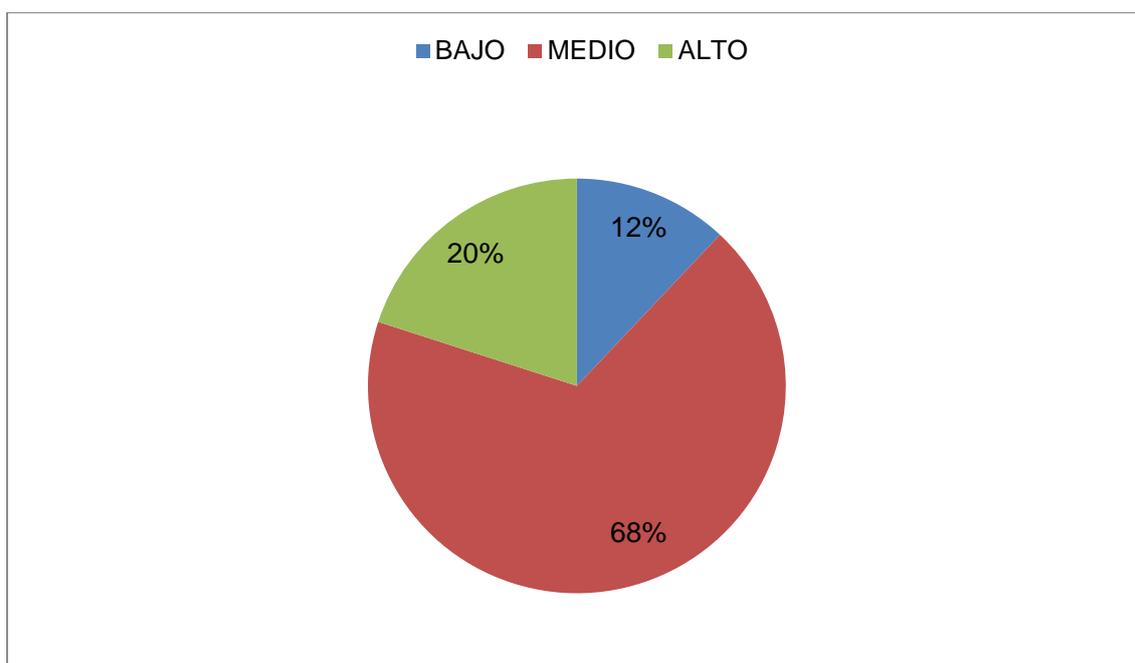


TABLA N° 05
AUTOESTIMA TOTAL

NIVEL DE AUTOESTIMA	f	%
BAJO	3	12%
MEDIO BAJO	0	0%
MEDIO	17	68%
MEDIO ALTO	0	0%
ALTO	5	20%
<i>TOTAL</i>	<i>25</i>	<i>100%</i>

En la tabla N° 05, se puede apreciar que el 12% de los participantes del estudio (f=3), tienen una autoestima total baja, asimismo, el 68% de éstos (f=17), poseen una autoestima total media, de igual forma, el 20% de los mismos (f=5), gozan de una autoestima total alta.

GRÁFICO N° 04



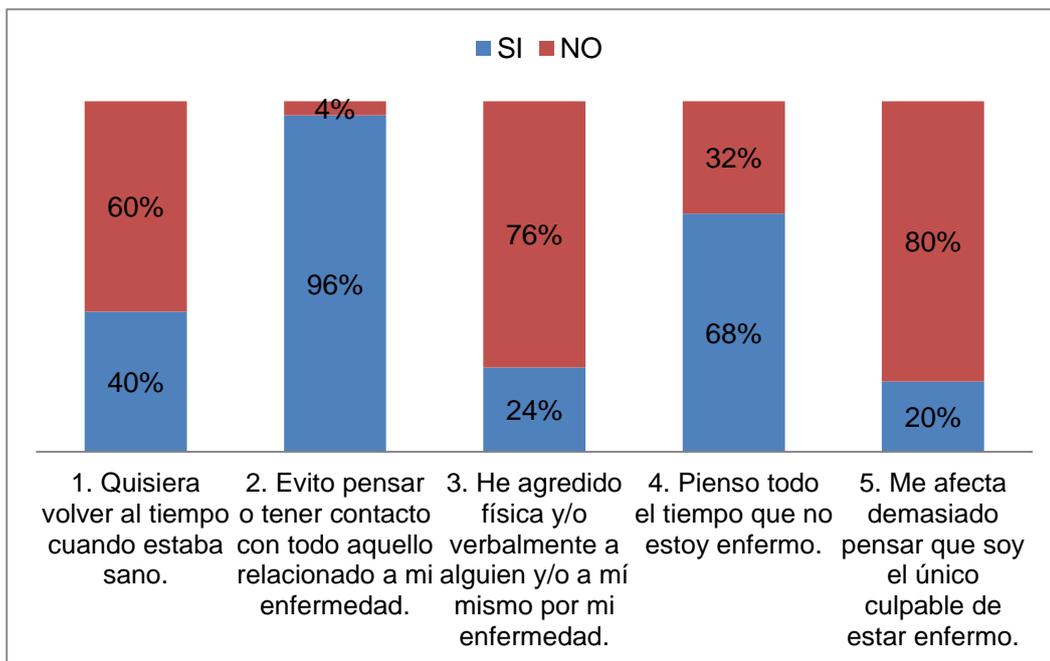
5.2. CONDUCTAS FRENTE A LA ENFERMEDAD

TABLA Nº 06

DIMENSION	ÍTEM	SI		NO	
		f	%	f	%
MECANISMOS DE DEFENSA	1. Quisiera volver al tiempo cuando estaba sano.	10	40%	15	60%
	2. Evito pensar o tener contacto con todo aquello relacionado a mi enfermedad.	24	96%	1	4%
	3. He agredido física y/o verbalmente a alguien y/o a mí mismo por mi enfermedad.	6	24%	19	76%
	4. Pienso todo el tiempo que no estoy enfermo.	17	68%	8	32%
	5. Me afecta demasiado pensar que soy el único culpable de estar enfermo.	5	20%	20	80%

En la tabla mostrada anteriormente, se lee que el 40% del total de participantes (f=10), quisieran volver al tiempo cuando estaban sanos, mientras que el 60% de ellos (F=15), no quisieran volver al tiempo cuando estaban sanos. Asimismo, el 96% de los participantes (f=24), evitan pensar o tener contacto con todo aquello relacionado a su enfermedad, mientras que el 4% de los mismos (f=1), no lo evitan. El 24% de los participantes (f=6), a agredido física y/o verbalmente a alguien y/o a sí mismo a causa de su enfermedad, el 76% de ellos (f=19), no lo ha hecho. Así también, el 68% de los participantes (f=17), piensa todo el tiempo que no están enfermos, mientras que el 32% de ellos (f=8), no piensa todo el tiempo que no están enfermos. Finalmente, al 20% de los participantes (f=5), le afecta demasiado pensar que es el único culpable de estar enfermo, mientras que al 80% de los mismos (f=20), no le afecta.

GRÁFICO Nº 05



CONCLUSIONES

- El presente trabajo de investigación se llevó a cabo con total normalidad y bajo estrictos principios de ética y confidencialidad de la información, no sólo por tratarse de una investigación de naturaleza académica, sino también, por el tipo de población (portadores de VIH) del estudio.
- Tras los resultados, se concluye que el 68% de la población de estudio, representando esta cifra la mayoría, tiene un nivel de autoestima “medio”. Asimismo, al 80% de la población de estudio, le afecta demasiado pensar que es el único culpable de estar enfermo. Esto se interpreta como que al aunque los participantes del estudio se sienten bien consigo mismo, sin embargo, le afecta significativamente sus sentimientos de auto - culpabilidad en relación a la enfermedad.
- El 60% de la población del estudio, quisiera volver al tiempo cuando no tenía la enfermedad, esto hace referencia a que la mayoría de los participantes del estudio, presentan una sensación de arrepentimiento así como ponen en marcha mecanismos de defensa regresivos.
- El 98% de la población de estudio, evita tener cualquier tipo de contacto que sea relacionado con la enfermedad, es decir, por ejemplo, el lugar o persona de contagio, revisar información del VIH excesivamente casi al borde de la obsesión, esto viene a ser una estrategia de afrontamiento a la enfermedad empleada por el personal de salud, para asegurar la adhesión al tratamiento y garantizar la estabilidad anímica del paciente.
- El 76% de la población de estudio, ha agredido en algún momento física o verbalmente o alguien a causa de su enfermedad. Sin duda, la agresividad es síntoma del resentimiento que los portadores de VIH guardan a la sociedad y a su entorno inmediato, lo cual se ha evidenciado en el resultado de esta investigación.
- El 68% del total de la población de estudio, piensa todo el tiempo que no está enfermo (a). La revisión teórica expuesta en el marco teórico dicta que los pacientes con alguna enfermedad terminal, se niegan a asumir que están

enfermos, esto se denomina mecanismo de defensa de negación, propuesto por S. Freud en su teoría psicoanalítica. Sin embargo, se puede dar a entender que algunos de los pacientes lo emplean como recurso terapéutico de afrontamiento a la enfermedad, esto, en efecto, también es válido siempre y cuando no se trate de negar la presencia de la enfermedad, ya que esto sería un auto – engaño, lo ideal sería aceptar la presencia de la misma en el organismo.

- Para el estudio de la autoestima adulta, se consideraron tres dimensiones según la teoría de S. Coopersmith, siendo éstas: personal, familiar y social.
- Para el estudio de las conductas frente a la enfermedad, se consideró una única dimensión, llamándose ésta “mecanismos de defensa”.
- El presente estudio ha contribuido al desarrollo profesional de la autora, en virtud de la lectura de gran carga bibliográfica, así como en cuanto al contacto con paciente portadores de VIH.

RECOMENDACIONES

- El personal de salud debe considerar las conductas frente a la enfermedad así como el nivel de autoestima, determinados e identificados en este estudio, para optimizar la calidad de atención sanitaria hacia los pacientes portadores de VIH bajo un trato humanizado.
- Fomentar el estudio de las variables consideradas en este estudio, a fin de optimizar los servicios de enfermería, no sólo en el Hospital San José de Chíncha, sino también, a nivel nacional.
- Incorporar dentro de las actividades preventivo – promocionales la estimulación de la autoestima en los pacientes portadores de VIH, así como sensibilizarlos acerca de sus conductas frente a la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Girard P, Katlama C, Pialoux G. *VIH en el mundo*. Rueil-Malmaison: Doin; 2011.
2. OMS. *Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH/SIDA 2016 – 2021*. Madrid: Tea; 2016.
3. MINSA. *VIH & ITS: Sexo seguro*. Lima: San Marcos; 2015. <http://www.sexoseguro.pe/category/its-vih-sida/> (último acceso 7 de marzo del 2017).
4. MINSA. *Programa nacional frente al VIH e ITS*. Lima: San Marcos; 2010.
5. Avelar Rodríguez V. *Efectos psicológicos en personas diagnosticadas con VIH*. Tesis de maestría. Universidad del Este; 2011.
6. Villa S. Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA. *Psicología y Salud*. 2006;16(001):51-62.
7. Coopersmith, S. Un método para identificar los tipos de autoestima. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 1959; 59(001): 87-94.
8. Coopersmith S. *Inventario de autoestima*. New York: Consulting Psychologists; 1993.
9. Coopersmith S. La autoestima. En: Papalia D, Olds SW (eds). *Psicología del desarrollo*. 5º ed. Bogotá: McGraw-Hill; 1992. 460 - 462.
10. Ruiz C. *Una teoría sobre la autoestima*. Trujillo: Requiem; 2011.
11. Brighman N. *La autoestima individual y compartida*. Berlín: Jhel; 2013.
12. Mondragón H. *La autoestima: teoría y práctica*. Barcelona: McGraw-Hill; 2001.
13. Fernández E. *Consideraciones fundamentales sobre la autoestima*. Santiago: Antares; 2011.

14. Miranda M. *Relación entre autoestima y adhesión al tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas en Lima, Perú*. Tesis doctoral. Pontificia Universidad Católica del Perú; 2008.
15. Portugués K. *Efectos emocionales de enfermedades letales en pacientes de hospitales nacionales en Arequipa, 2011*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional de San Agustín; 2011.
16. Ronceros M. Conductas y emociones frente al padecimiento de una enfermedad. Ponencia presentada en el *XI Congreso Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 5-6-7 de agosto 2016, Lima.
17. Freud S. *La psiquis de la defensa*. Viena: Fleming; 1941.
18. Freud A. *Revisión general de los mecanismos de defensa de Freud*. California: Martello; 1980.
19. Comisión de epidemias mundiales de la OMS. *La pandemia del siglo XXI: VIH – SIDA*. OMS, Gobierno de EE.UU; 2010.
20. MINSA. *Protocolo clínico de actuación sanitaria: VIH – SIDA*. Lima: MINSA; 2012.
21. Garabito G, Espuelas V. Fases clínicas del VIH – SIDA. *Enfermería mundial* 2000; 11 (2): 11 – 13.
22. Ramirez, Villegas. EL VIH – SIDA como condición clínica: naturaleza y prevalencia. *Revista Médica de Infectología* 2002. 31 (5): 41 – 42.
23. MINSA. Protocolo de actuación sanitaria integral frente al VIH e ITS. Lima: MINSA; 2005.
24. Vicuña Perí L. Validación y adaptación para población peruana de la escala de Autoestima Coopersmith para Adultos. *Revista Peruana de Psicología* 2005. 46 (2): 21 – 24.

ANEXOS

ANEXO N° 01

CUESTIONARIO DE CONDUCTAS FRENTE A LA ENFERMEDAD PARA PACIENTES PORTADORES DE VIH

Reciba usted mi cordial saludo, quien se dirige a usted es la egresada en Enfermería de la Universidad Autónoma de Ica MARILIA GÁLVEZ EUGENIO. El presente cuestionario forma parte de la investigación "NIVEL DE AUTOESTIMA Y CONDUCTAS FRENTE A LA ENFERMEDAD EN PACIENTES PORTADORES DE VIH, HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA, NOVIEMBRE 2016". Las respuestas y datos que de este cuestionario se desprendan, serán administrados anónimamente y sólo para fines académicos.

INSTRUCCIONES:

1. Por favor, complete sus datos.

EDAD	18 - 25	26 - 35	36 - 45	46 - 60	60 A MÁS
SEXO	FEMENINO			MASCULINO	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	CASADO	VIUDO	DIVORCIADO	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	ANALFABETO	
PROCEDENCIA	COSTA		SIERRA		SELVA

2. Ahora, conteste el siguiente cuestionario con total veracidad, marcando SI o NO dependiendo de su respuesta.

En relación a su condición de paciente portador de VIH, responda...

ÍTEMS	SI	NO
Quisiera volver al tiempo cuando estaba sano.		
Evito pensar o tener contacto con todo aquello relacionado a mi enfermedad.		
He agredido física y/o verbalmente a alguien y/o a mí mismo por mi enfermedad.		
Pienso todo el tiempo que no estoy enfermo.		
Me afecta demasiado pensar que soy el único culpable de estar enfermo.		

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N° 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo Identificado (a) con DNI N° en pleno uso de mis facultades mentales y por total voluntad, autorizo a MARILIA GÁLVEZ EUGENIO, egresada de Enfermería de la Universidad Autónoma de Ica, para aplicarme los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de conductas frente a la enfermedad para pacientes portadores de VIH.
- Escala de autoestima de Coopersmith (versión adultos)

Por tanto, he sido informado que éstos, son parte de la investigación académica titulada: “NIVEL DE AUTOESTIMA Y CONDUCTAS FRENTE A LA ENFERMEDAD EN PACIENTES PORTADORES DE VIH, HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, NOVIEMBRE 2016”, por consecuente, soy consciente de que todos los datos e información que de ella se desprendan, serán usados única y exclusivamente para fines académicos, manteniendo el principio de confidencialidad y anonimato en todo momento.

MARILIA GÁLVEZ EUGENIO
EGRESADA DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA

PARTICIPANTE

ANEXO N° 03

ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

INSTRUCCIONES:

- 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.

N°	ÍTEMS	V	F
1	Las cosas generalmente no me preocupan.		
2	Me resulta difícil hablar frente a la clase.		
3	Hay muchas cosas sobre mí mismo que cambiaría si pudiera.		
4	Puedo tomar decisiones sin muchas dificultades.		
5	Soy una persona entretenida.		
6	En mi casa me fastidio fácilmente.		
7	Me toma bastante tiempo acostumbrarme a algo nuevo.		
8	Soy popular entre los chicos (as) de mi edad.		
9	Mis padres generalmente toman en cuenta mis sentimientos.		
10	Me rindo fácilmente.		
11	Mis padres esperan demasiado de mí.		
12	Es bastante difícil ser yo mismo (a).		
13	Mi vida es un enredo.		
14	Los chicos /chicas generalmente aceptan mis ideas.		
15	Tengo una pobre opinión de mí mismo (a).		
16	Muchas veces me gustaría irme de casa.		
17	Generalmente me siento fastidiado (a) de mí mismo (a).		
18	Físicamente no soy tan simpático.		
19	Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.		
20	Mis padres me comprenden.		
21	La mayoría de las personas caen mejor de lo que yo caigo.		
22	Generalmente siento como si mis padres me estuvieran presionando.		
23	Generalmente me siento desmoralizado (a) en la universidad.		
24	Generalmente desearía ser otra persona.		
25	No se puede confiar en mí.		