



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LA INFLUENCIA DE LA AUTOESTIMA
EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
EN PACIENTES ADULTOS CON VIH DE
UN HOSPITAL DE LIMA EN EL AÑO 2024

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

GINA MARIA ROBLES ARGUEDAS

LIMA – PERÚ

2024

19% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía

Exclusiones

- N.º de fuentes excluidas



Lic. Juliana Salazar Alvarez

Fuentes principales

- 17%  Fuentes de Internet
- 7%  Publicaciones
- 6%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**
10 caracteres sospechosos en N.º de páginas
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

MIEMBROS DEL JURADO

Mg. Jorge Manuel Mendoza Castillo

Presidente

Mg. Vivian del Carmen Landazuri Wurst

Vocal

Mg. Monica Elvira Velasco Taipe

Secretaria

ASESOR DE TESIS

Lic. Giuliana Salazar Alvarez

DEDICATORIA

*A las personas que participaron en este estudio
y me dieron la oportunidad de llevar a
cabo mi investigación. Su generosidad
y colaboración fueron esenciales
para la realización de este trabajo.*

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a Dios por la salud, el bienestar y la fortaleza que me ha concedido para concluir esta investigación. Su guía y apoyo han sido fundamentales para alcanzar este logro.

A mis padres, les agradezco de corazón por creer en mí, por su paciencia y por ser mi inspiración en cada paso de este camino. A mis hermanas, por su ayuda constante y apoyo incondicional. A mis amigos, por estar conmigo, ser mi soporte emocional y acompañarme paso a paso en este trabajo.

A mi universidad, gracias por otorgarme una beca que hizo posible la realización de esta investigación, además de brindarme los conocimientos y herramientas necesarias para llevar a cabo este estudio.

A mi asesora, quiero expresar mi sincero agradecimiento por dedicar su tiempo y esfuerzo a este proyecto. Su apoyo constante y confianza en mi trabajo fueron cruciales para completar esta tesis con éxito.

Al hospital, deseo agradecer profundamente por brindarme la oportunidad de llevar a cabo mi investigación en su institución, especialmente en el servicio de infectología bajo la guía del Dr. Jesus Robles Barzola. Su dedicación constante y vastos conocimientos fueron fundamentales para la realización exitosa de este estudio. A los pacientes, les agradezco sinceramente por ser parte esencial de esta investigación. Su colaboración valiosa y disposición fueron fundamentales para explorar la autoestima y la adherencia al tratamiento. Finalmente, a todos aquellos que brindaron su tiempo para contribuir a este proyecto, mi más sincero agradecimiento.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1 Identificación y planteamiento del problema.....	1
1.2 Justificación e importancia del problema	5
1.3 Limitaciones de la investigación.....	6
1.4 Objetivos de la investigación.....	6
1.4.1 Objetivo general	6
1.4.2 Objetivos específicos	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Sustento Teórico De Las Variables	7
2.1.1 Autoestima	7
2.1.2 Adherencia al tratamiento	9
2.2 Antecedentes.....	20
2.2.1 Antecedentes internacionales.....	20
2.2.2 Antecedentes nacionales	23
2.3 Hipótesis	26
2.3.1 Hipótesis General.....	26
2.3.2 Hipótesis específicas.....	26
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	27
3.1 Tipo Y Diseño De La Investigación	27
3.2 Población Y Muestra	27
3.2.1 Criterios de inclusión	27
3.2.2 Criterios de exclusión.....	28
3.2.3 Tamaño de la muestra	29
3.3 Variables	30
3.3.1 Autoestima	30
3.3.2 Adherencia al tratamiento antirretroviral	31
3.4 Técnicas e Instrumentos.....	32
3.4.1 Escala de Autoestima de Coopersmith.....	32
3.4.2 Cuestionario del Nivel de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral....	34

3.5	Procedimiento de recolección de datos.....	35
3.6	Plan De Análisis De Datos.....	37
3.7	Consideraciones Éticas	37
CAPITULO IV: RESULTADOS.....		40
CAPITULO V: DISCUSIÓN.....		49
CONCLUSIONES		60
RECOMENDACIONES		62
REFERENCIAS		63
ANEXOS		

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la influencia de la autoestima en la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con VIH de un hospital en Lima. Se utilizó un enfoque descriptivo correlacional y la muestra estuvo compuesta por 333 pacientes, hombres y mujeres, con edades entre 18 y 59 años. Los instrumentos empleados fueron la Escala de Autoestima de Coopersmith, validada por Lachira, y el Cuestionario de Nivel de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral. Los resultados revelaron una influencia de la autoestima en la adherencia al tratamiento, con un R^2 de 0.0716. Además, se observó una asociación positiva y estadísticamente significativa de grado débil ($r_s = 0.214$, $p < .001$) entre la autoestima y la adherencia al tratamiento. También se encontró una relación significativa entre el nivel de autoestima y la carga viral ($\text{chi-cuadrado} = 18$, $p = 0.035$) y una diferencia significativa en la adherencia al tratamiento según la orientación sexual ($\text{chi-cuadrado} = 8.36$, $p = 0.015$). Por último, se identificó que los participantes presentaban niveles de autoestima alto y medio alto, así como un nivel de adherencia al tratamiento elevado.

Palabras clave: autoestima, adherencia al tratamiento, VIH, SIDA, salud mental.

ABSTRACT

The main objective of the present research was to determine the influence of self-esteem on treatment adherence in adult patients with HIV from a Hospital in Lima. The research is descriptive correlational type and the sample consisted of 333 patients, including both men and women aged between 18 and 59 years. The instruments used were the Coopersmith Self-Esteem Scale, validated by Lachira, and the Antiretroviral Treatment Adherence Questionnaire. The results revealed an influence of self-esteem on treatment adherence, with an R^2 of 0.0716. Additionally, a weak positive and statistically significant association (r_s 0.214, $p < .001$) between self-esteem and treatment adherence was observed. A significant relationship was also found between self-esteem levels and viral load (chi-square = 18, $p = 0.035$), as well as a significant difference in treatment adherence based on sexual orientation (chi-square = 8.36, $p = 0.015$). Finally, it was identified that the study participants exhibited high and moderately high levels of self-esteem, as well as a high level of treatment adherence.

Keywords: self-esteem, treatment adherence, HIV, mental health, AIDS.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Identificación y planteamiento del problema

En el tiempo actual, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es conocido como una de las más grandes dificultades para mejorar la sanidad pública en el mundo, lo cual ha llevado a la muerte a más de 40,1 millones de vidas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Según Gonzáles (2019) el porcentaje de la población en tratamiento con VIH que presenta una inadecuada adherencia por diversos factores oscila entre el 20% a 50%. A su vez, las consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento están relacionadas con el aumento de riesgo y de la morbilidad, errores al momento del diagnóstico y tratamiento, alza de costos de los servicios de salud (sector privado) e incremento de sentimientos de descontento y dificultades en la interacción médico-paciente (Pérez, 2020). Del mismo modo, el conocimiento del diagnóstico genera deterioros en el ambiente familiar, social y laboral, lo que como consecuencia provoca deficiencias en la autoestima (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA], 2018). En la mayoría de los casos manifiestan emociones de culpa, miedo, vergüenza, ansiedad, incertidumbre y soledad, entre otras (Tobón y García, 2019). Lascano (2021) agrega que, cuando se diagnostica la enfermedad, la persona entra en un cuadro negativo respecto a sí mismo, siendo proclive a convertirse en una persona solitaria y vulnerable. Existen investigaciones que demuestran que la autoestima se llega a ver afectada en las personas que tienen VIH, como lo refiere Amin (2020) quien menciona que la baja autoestima en personas con este virus depende de la duración de la enfermedad, ya que se sabe que afecta más a los individuos que recién conocen el diagnóstico positivo, no

tienen un empleo seguro o están desempleados, y las que conforman las edades de 20 a 35 años.

En Latinoamérica, según una investigación realizada por De Mattos et al. (2018), se recopiló y analizó datos de diversos estudios llevados a cabo en Cuba entre 2005 y 2016. La medición de la adherencia al tratamiento se efectuó mediante diferentes métodos, como historias clínicas, conteo de medicamentos y pruebas de laboratorio. A partir del metaanálisis realizado, se estimó un índice de adherencia promedio del 70% en Cuba, en comparación con otras regiones en desarrollo como Paraguay (35%) y Bolivia (25%). Sin embargo, estos niveles pueden ser insuficientes para evitar la replicación viral del virus a largo plazo. A su vez, el estudio subraya la importancia de comprender las razones que afectan la adherencia al tratamiento, así como los factores que la reducen, considerando tanto a la población como su entorno. Según Pérez (2020), los efectos de la no adherencia al tratamiento van más allá de los problemas clínicos, afectando también el bienestar emocional, social y económico de los pacientes. La falta de adherencia no solo disminuye los beneficios del tratamiento, sino que también compromete su eficacia, incluyendo aspectos clave como la autoestima. Por otro lado, Villacres-García et al. (2017) señalan que las personas que viven con VIH enfrentan múltiples dificultades durante su proceso de adaptación, como el miedo al estigma, la negación de la enfermedad y el duelo. Estas situaciones generan altos niveles de estrés y, en muchos casos, discriminación, lo que impacta directamente en la autoestima de los paciente. El estudio también sugiere que cuando los niveles de autoestima se ven comprometidos, la adherencia al tratamiento se ve seriamente afectada. Factores estresantes como el rechazo social y la sensación de inferioridad, disminuyen la

motivación para seguir el tratamiento. De este modo, la baja autoestima se convierte en una barrera adicional, perpetuando un ciclo de no adherencia y deterioro emocional. En el caso de las mujeres con VIH, esta situación se ve aún más agravada por el estigma y la discriminación, que refuerzan sentimientos de vergüenza y aislamiento. Adicionalmente, estudios como el realizado por Constante y Ortega (2018) resaltan la necesidad de profundizar en el estudio de la autoestima en personas con VIH, dada la relevancia de investigar tanto su salud física como mental para una comprensión integral de su bienestar.

A nivel nacional, según la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID, 2018), las tasas de incidencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) son especialmente altas en Lima y Callao, donde se concentra el 70% de los casos. En una investigación realizada por Llanos et al. (2021), se comparó el nivel de adherencia al tratamiento en personas con VIH, diabetes tipo II y tuberculosis. En el caso del VIH, se encontró que el 10% de los participantes ya padecía la enfermedad antes de iniciar la terapia, y solo el 32% de los pacientes que recibían tratamiento mostró una adherencia adecuada. Además, las personas con VIH están más predispuestas a contraer otras enfermedades debido a su inmunidad comprometida, lo que hace que el tratamiento sea más complejo y genere mayores dificultades para mantener la adherencia. Por otro lado, Mostacero (2019) realizó una investigación en un Hospital Regional de Chiclayo, en la que se evaluó la autoestima de la población seropositiva para VIH. Se encontró que este aspecto, uno de los más afectados, presenta una disminución del 20% al 25% en comparación con la población general. Agrega que esto ocurre cuando la persona se da cuenta que presenta la enfermedad, lo que provoca un deterioro en su imagen.

De esta forma, se observa un deterioro del 73% en la autoestima de los pacientes que presentan SIDA a consecuencia de los cambios físicos internos y externos producidos por la enfermedad.

Según Coopersmith (como se citó en Rodrich, 2019), la autoestima es definida conceptualmente como la apreciación que cada persona hace y conserva respecto a sí mismo, esta se manifiesta por medio de conductas de aceptación o fracaso, las cuales reflejan el nivel donde el individuo se considera competente, productivo, valioso y digno.

Asimismo, García (2019) realizó una investigación que indaga la correlación entre la percepción del estigma y la no adherencia al tratamiento, en las recomendaciones de su estudio sugiere indagar a profundidad la influencia de la autoestima en la adherencia al tratamiento con el fin de determinar los beneficios de esta sobre el cumplimiento del tratamiento; y, por ende, en la salud física y mental de los pacientes seropositivos.

En adición, Rivera (2021) menciona que una de las principales causas de la no adherencia al tratamiento en los pacientes se debe al estigma y la discriminación del ambiente, los cuales provocan que la autoestima se vea afectada. Por consiguiente, se generan complicaciones perjudiciales en el ámbito clínico, terapéutico como asistencial. En este contexto, el valor social de su estudio radica en la necesidad de implementar políticas de sensibilización y de promover esfuerzos dirigidos a los servicios de salud, no solo para satisfacer las necesidades físicas de los pacientes, sino también sus necesidades emocionales y psicológicas, las cuales son fundamentales para el éxito o fracaso de la adherencia al tratamiento. Del mismo modo, Pari y Santamaria (2019) refieren que es necesario establecer un

enfoque integral de salud, para contrarrestar la prevalencia del estigma en la sociedad, lo que influye de manera negativa en la autoestima y, por ende, en la adherencia al tratamiento. Es por ello, que el valor social de su estudio es afrontar la enfermedad con terapias individuales como soporte a la carga emocional y mental, y formar parte de grupos de apoyo. Por su parte, Villacres-García (2017) mencionan en su investigación que la autoestima es una de las variables que pueden afectar el cumplimiento del tratamiento, debido a las conductas y emociones que presentan a causa de lo implica la enfermedad.

Finalmente, Araoz (2019) menciona que el estado mental y autoestima de la persona deben encontrarse en un nivel óptimo para no provocar una impresión negativa en el desarrollo de la enfermedad. Por lo tanto, el presente estudio plantea la importancia de la influencia de la autoestima en la adhesión a la terapia antirretroviral en VIH seropositivos, por su papel decisivo en la persona y su repercusión en la adherencia al medicamento.

Por consiguiente, se propone la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la influencia de la autoestima en la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con VIH de un Hospital de Lima?

1.2 Justificación e importancia del problema

A nivel teórico, respecto a la variable autoestima en la adherencia al tratamiento, se presenta escasez de estudios enfocados en el contexto peruano, por lo que, se observa la importancia de conocer la influencia de esta variable en la adherencia al tratamiento a nivel nacional.

Asimismo, los resultados de esta investigación se presentarán como una valiosa herramienta para los profesionales de la salud, con el fin de promover y

reconocer la importancia de la autoestima en el tratamiento de pacientes con VIH. A través del estudio, se espera generar un cambio en la percepción del personal de salud, alentándolos a reconocer la importancia de atender las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes.

Del mismo modo, el conocimiento generado sobre la influencia de la autoestima en la adherencia al régimen terapéutico permitirá el desarrollo de nuevas estrategias de intervención desde el ámbito psicológico, como terapias individuales y grupos de apoyo emocional. Conviene mencionar que son estrategias que el establecimiento puede poner en práctica en un futuro. Además de dar pie a nuevos estudios profundizando en otros factores psicológicos como bienestar, autorregulación, entre otros.

En cuanto al aporte social, esta investigación se desarrolló para brindar un mejor servicio y tratamiento a las personas con VIH, dado que al conocer su nivel de autoestima se podrá medir mejor la importancia que ellos asignan a su tratamiento.

1.3 Limitaciones de la investigación

Una limitación de este estudio fue la escasez de investigaciones previas que analizaron la influencia de la autoestima en la adherencia al tratamiento en el contexto peruano. Esta falta de antecedentes dificultó la comparación de resultados y la extrapolación de los hallazgos a otras poblaciones.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general

Determinar la influencia de la autoestima en la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con VIH de un Hospital de Lima en el año 2024.

1.4.2 Objetivos específicos

Determinar la relación que existe entre la autoestima y la adherencia al tratamiento de pacientes adultos con VIH de un Hospital de Lima en el año 2024.

Determinar la relación entre el nivel de autoestima y la carga viral de pacientes adultos con VIH de un Hospital de Lima en el año 2024.

Comparar el nivel de adherencia al tratamiento según la orientación sexual en pacientes adultos con VIH de un Hospital de Lima en el año 2024.

Describir características de la muestra de pacientes adultos con VIH de un Hospital de Lima en el año 2024.

Describir el nivel de autoestima en pacientes adultos con VIH de un Hospital de Lima en el año 2024.

Describir el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes adultos con VIH de un Hospital de Lima en el año 2024.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Sustento Teórico De Las Variables

2.1.1 Autoestima

Según Lachira (2013), la autoestima es lo que cada uno piensa y siente acerca de sí mismo, en especial la definición que tiene sobre su valía personal y sus propias habilidades. Por lo tanto, la autoestima es el resultado de autoconfianza, reconocimiento de las propias capacidades y el respeto a sí mismo. Además, la importancia que cada individuo le da a su rol personal, familiar y social.

Lachira (2013) se basó de la definición conceptual de Coopersmith (1959), quien menciona que la autoestima es conformada por una parte de estimación y valoración de cada uno, asimismo, se encuentra conformada por un grupo de

creencias y comportamientos que tiene la persona sobre ellos mismos. A su vez, es capaz de experimentar cambios con respecto a la valoración de él mismo y la valoración dada por la familia y círculo cercano de amigos.

2.1.1.1 Teoría de la autoestima

2.1.1.1.1 Dimensiones de la autoestima

Las dimensiones mencionadas por Lachira (2013) son tres:

A. Sí mismo general

En la dimensión personal, se observa la valoración y conocimiento que tiene la persona hacia sí misma. A su vez, se ve la habilidad que tiene el individuo para construir estrategias de afrontamiento, ya sea de manera afirmativa o negativa ante la crítica, además de cómo acepta sus características personales y cómo ejerce la toma de decisiones, su adaptación al ambiente y la tolerancia a la frustración (Hernández, 2021; Lachira, 2013; Rodrich, 2019).

B. Familiar

En la dimensión familiar, se ve las capacidades y habilidades que posee la persona en las relaciones familiares, debido a que son su primera interacción. En adición, se observa la influencia, los valores y sistema de aspiraciones que comparte con la familia, todo esto se verá por medio del grado de soporte, la seguridad y la complacencia de las necesidades. Además de las concepciones propias que tiene respecto a lo que es correcto o no en el marco familiar (Hernández, 2021; Lachira, 2013).

C. Social

En la dimensión social, se refleja las habilidades en relación con los amigos y personas externas en diferentes marcos sociales, asimismo, la capacidad que tiene

para unirse a un grupo. A la vez, se observa las expectativas de aprobación y la receptividad ante los comentarios de las personas. Por último, se percibe el nivel de seguridad y adaptación del individuo en este entorno (Hernández, 2021; Lachira, 2013).

2.1.1.2 Autoestima en personas con VIH

El Grupo de estudio del SIDA (GESIDA), (como se citó en Hernández, 2021) menciona que la autoestima es uno de los factores que contribuirá a que el paciente acepte el tratamiento. Además, expresa que al momento de conocer la noticia la persona lo recibe como una sentencia de muerte, lo que produce un gran impacto en la autoestima y se generan sentimientos de culpa y conflictos hacia la misma persona. En general, estos casos suceden a consecuencia del bajo apoyo social, lo que los lleva a tener una actitud derrotista y no afiliarse de manera correcta y constante a su tratamiento.

Hernández (2021) explica que la autoestima del paciente con VIH depende mucho de cómo la percibe y acepta la sociedad, si logra mantener buenas relaciones con su entorno, hace actividades recreativas esto aumentará la autoestima, lo que ocasionará que se motive y repita las acciones. Mientras que el rechazo y discriminación hacia la persona, disminuirá su autoestima.

2.1.2 Adherencia al tratamiento

Según Lamillar (2019), la adherencia son las conductas y actitudes que tiene una persona, las cuales son consideradas como positivas para llevar a cabo el tratamiento antirretroviral y con mayor eficacia.

Otra definición para la adherencia es la que da el Grupo de Estudio del SIDA (GESIDA, 2020) el cual la toma como la competencia del paciente para

involucrarse de manera adecuada en la decisión, principio y comprobación de la terapia antirretroviral, la cual permita conservar el cumplimiento preciso del tratamiento con la finalidad de obtener una apropiada expulsión de la replicación viral.

2.1.2.1 Dimensiones de la adherencia al tratamiento

Del mismo modo, la Organización Mundial de Salud (OMS) observa a la adherencia como una manifestación que tiene varias dimensiones. A consecuencia de ello, Lamillar (2019) clasifica la adherencia terapéutica en tres dimensiones:

A. Dimensión personal

La conducta del paciente es elemental como medio de conexión entre las normas terapéuticas dadas para seguirlo y los resultados obtenidos en la terapia, ya que si la persona no admite el padecimiento y no sigue las instrucciones del fármaco ordenado habrá problemas en la eficacia del tratamiento (Morales, 2017). Esta dimensión está conformada:

En primer lugar, por el estado de ánimo, el cual es la perspectiva del bienestar emocional de las personas que las ayuda a cumplir sus metas y tener relaciones saludables. Esto se ve afectados en pacientes seropositivos a causa del estigma hacia el VIH y la dificultad de su tratamiento, el cual es suministrado por el mismo paciente (Lamillar, 2019).

En segundo lugar, el medio de sobrevivencia, los pacientes dependen del tratamiento como método para sobrevivir (Lamillar, 2019).

En tercer lugar, el optimismo y motivación para la salud, consideradas emociones y sentimientos fundamentales de la persona ante momentos delicados o complicados como la notificación del diagnóstico positivo y el tratamiento de este.

Entonces, estas emociones son utilizadas para afrontar la situación. Asimismo, estas emociones permiten el equilibrio y una vida saludable (Lamillar, 2019).

En cuarto lugar, los efectos secundarios, Lamillar (2019) menciona que los tratamientos antirretrovirales en su mayoría producen efectos secundarios, si estos son observados en mayor frecuencia, generará que la adherencia sea menor y que el paciente omita la ingesta del medicamento.

En quinto lugar, el consumo de alcohol o drogas, las personas con VIH al consumir alcohol elevan su nivel de transaminasas, lo que los puede llevar a presentar daño hepático y así, suspender el tratamiento. Del mismo modo, estos patrones de comportamiento pueden incrementar la carga viral y el riesgo de exposición del virus a otras personas, ya que existen posibilidades de que la persona tenga relaciones sexuales sin el uso de preservativos, inclusive, podría reutilizar jeringas a consecuencia de la ingesta excesiva de alcohol (Lamillar, 2019).

En sexto lugar, el cumplimiento del tratamiento, para una persona con VIH es preciso continuar cada paso impuesto para lograr el tratamiento indicado con el fin de poder conservarse sana. Por tal objetivo, es preciso presentarse a las citas médicas e ingerir los medicamentos a la hora exacta y cómo se les fueron administrados (Lamillar, 2019).

En séptimo lugar, la sensación de la imagen corpórea, un área que toma en cuenta experiencias vividas y la manera en la que es observado el cuerpo durante el tratamiento TARGA, el cual puede ocasionar cambios en el cuerpo (Lamillar, 2019).

B. Dimensión familiar

El rol de la parentela en el tratamiento terapéutico de la persona es de suma significancia, debido a que es la red de apoyo principal de esta persona. Además, la colaboración continua de la familia en el curso de la enfermedad será útil tanto para la realización de chequeos y controles como para los acompañamientos. Asimismo, tener conocimientos de la enfermedad será de gran utilidad (Martín, 2018).

Dentro de esta dimensión, uno de los aspectos clave es la participación familiar. El apoyo activo de la familia en el seguimiento del tratamiento es esencial para el éxito terapéutico, puesto que no solo facilita la continuidad del tratamiento, sino que también motiva al paciente, especialmente en casos de VIH, favoreciendo su adaptación a la enfermedad y promoviendo la adherencia al tratamiento (Lamillar, 2019).

Otro factor relevante son las relaciones familiares, que son interacciones dadas entre dos o más personas con un círculo sanguíneo en común, ayudan a disminuir el exceso de carga y sufrimiento que presenta el paciente, por lo que, tener una buena relación y una familia funcional favorece la adherencia (Lamillar, 2019).

Finalmente, la ayuda de los familiares juega un papel crucial en el proceso terapéutico. Este apoyo es proporcionado por los miembros cercanos a la persona enferma. Pocas personas que presentan VIH cuentan con ayuda de sus familiares, debido a que suelen ser aislados a causa del miedo y rechazo de la enfermedad. Como consecuencia, varios tienden a abandonar el tratamiento (Lamillar, 2019).

C. Dimensión social

Esta dimensión se enfoca en la perspectiva que tiene la persona respecto a su ambiente social, ya sea sus relaciones interpersonales, el reemplazo de hábitos para tener una vida saludable y el requisito de participar en actividades de diversión y descanso. En adición, se conoce que las personas que presentan esta enfermedad se les dificulta sostener interacciones sociales con personas cercanas a ellas, debido al posible estigma o rechazo que puede surgir por parte de ellos a consecuencia de la enfermedad (Lamillar, 2019). Esta dimensión está conformada por:

En primer lugar, el afrontamiento positivo social, el cual está conformado por el grupo de actos y reacciones que tiene el individuo para enfrentar ciertos acontecimientos de la vida, para las personas con VIH se les dificulta hacer frente a estas situaciones por miedo a la marginación y escasez de oportunidades laborales. En consecuencia, tienden a omitir o esconder su tratamiento (Lamillar, 2019).

Por otro lado, el estilo de vida es otro factor fundamental. Este concepto abarca los hábitos saludables que favorecen tanto la salud física como psicológica del paciente. Dado que las personas con VIH tienen el sistema inmunológico comprometido, por lo que, es importante prestar atención a aspectos como la higiene, alimentación proporcionada, actividades físicas y continuar las reglas del tratamiento (Lamillar, 2019).

A su vez, la preservación de metas y proyectos es un aspecto esencial en el proceso de tratamiento. Mantener objetivos claros y alcanzables proporciona al paciente un sentido de propósito y esperanza en el futuro (Lamillar, 2019).

Además, la participación de actividades sociales, caracterizado por emprender relaciones amicales y reintegrarse en la sociedad aceptando y no resignándose a la enfermedad (Lamillar, 2019).

Finalmente, la incorporación del tratamiento. Este aspecto se enfoca en incluir el tratamiento en la vida del paciente sin afectar la misma y así, conservar niveles altos de adherencia (Lamillar, 2019).

2.1.2.2 Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

A. Origen

En 1981, la enfermedad fue aceptada y reconocida en Estados Unidos por primera vez en personas jóvenes homosexuales del género masculino, los cuales mostraban infecciones poco frecuentes y tumores malignos raros. Al año siguiente, esta enfermedad fue nombrada Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida más conocida como SIDA. Un año después, en 1983, se reconoció como agente causal el Virus de Inmunodeficiencia Humana más conocido como VIH (Puente y Ramírez, 2022). Ese mismo año, en el Perú se da la noticia del primer caso de SIDA.

En adición, hasta el 02 de noviembre del 2020 se han comunicado 43 mil 346 incidentes y 134 mil 619 notificaciones de este virus (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [ENDES], 2020).

B. Transmisión sexual

El VIH tiene 3 formas de transmisión, la primera es por vía genital, la segunda por vía parenteral y la tercera por vía vertical. En el Perú, la principal vía de contagio sigue siendo el acto coital con un 97 por ciento de los casos reportados, estas se dan por no usar preservativos al tener sexo vaginal, anal u oral. En segundo lugar, se encuentra la vía vertical con 2% de los casos, esta se puede dar a través de

la transmisión sanguínea al feto (embarazo), cuando la madre se encuentra en labor de parto y por amamantar al bebé (lactancia). Por último, está la vía parenteral con 1% de los casos que se da por no descartar las inyecciones usadas o no haber sido desinfectadas con anterioridad (Lamillar, 2019; Martín, 2022; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021).

El VIH destruye y ataca las células CD4 del sistema inmunológico, que son fundamentales para combatir infecciones y ciertos tipos de cáncer. La pérdida progresiva de estas células compromete la capacidad del cuerpo para defenderse de infecciones, lo que provoca un deterioro gradual del sistema inmunitario y aumenta la vulnerabilidad a infecciones oportunistas. Estas infecciones son más comunes en personas con el sistema inmunológico debilitado y son más difíciles de tratar en aquellos que tienen el virus sin control (HIVinfo, 2021; Martín, 2022; Ríos-Falcón et al.,2018).

En cuanto a esta enfermedad, se conoce que es un padecimiento estigmatizado, a causa de que sus primeras manifestaciones se observaron en hombres que tenían relaciones entre hombres (HSH). Aunque inicialmente la enfermedad fue asociada con este grupo, en los últimos años ha aumentado la tasa de contagios en hombres y mujeres heterosexuales, lo que indica que el VIH puede afectar a cualquier persona, sin importar su orientación sexual o clase social (Ríos-Falcón et al.,2018).

Se entiende por orientación sexual a la atracción física, emocional o sexual de una persona hacia otra, y puede clasificarse en diversas categorías, como heterosexualidad, homosexualidad y bisexualidad, entre otras (American Psychological Association [APA], 2013). La orientación sexual no solo influye en

la transmisión del VIH, sino también en la adherencia al tratamiento. Las personas con VIH que son homosexuales o bisexuales pueden enfrentar barreras adicionales en el tratamiento debido a factores sociales, psicológicos y de acceso a servicios médicos (Romero, 2024).

Se pueden resaltar tres fases de la enfermedad: aguda, crónica y SIDA (Martín, 2022).

C. Fases de infección por VIH

El primer período se le conoce como fase aguda, primaria o síndrome retroviral agudo. Esta aparece en el periodo de dos a cuatro semanas de contraer el virus y en algunos casos presentan síntomas gripales como fiebre, cansancio, dolores de cabeza y musculares. Otros signos frecuentes son faringitis, dolores articulares, úlceras orales y dolor al pasar la comida. Los síntomas mencionados suelen estar presentes en un tiempo estimado de 12 a 28 días. En esta fase de infección aguda, el VIH se reproduce y se extiende de manera muy rápida por todo el cuerpo, esto ocasiona una baja en el número de células CD4. Además, la concentración del virus en la sangre es alta, lo que incrementa la transmisión de este. En general, el número de linfocitos CD4 no suele recobrar el nivel obtenido antes de la infección. No obstante, la persona puede tener beneficios para su propia salud si empieza un proceso terapéutico antirretroviral en esta fase (Martín, 2022; HIVinfo, 2021).

El segundo período es la fase crónica, también nombrada infección por VIH asintomática o latencia clínica. Durante este periodo, el virus sigue multiplicándose, aunque en niveles muy bajos a diferencia de la fase aguda. Asimismo, el número de células CD4 sigue disminuyendo, pero a menor velocidad que en la fase anterior.

La fase crónica se caracteriza por no tener síntomas relacionados con el VIH, por lo que, sin el tratamiento antirretroviral se puede pasar de esta fase a la del SIDA en un promedio de 10 a 15 años, incluso, existen casos que se adelantaron a la siguiente etapa más rápido de lo esperado. Con respecto a las pacientes que aceptan recibir tratamiento frecuente en su mayoría permanecen en el período crónico por varios años (Martín, 2022; HIVinfo, 2021).

Por último, el SIDA es la fase terminal y más grave de la enfermedad. En esta parte de la enfermedad, la persona sufre un amplio número de infecciones oportunistas, las cuales se presentan a causa del deterioro en el sistema inmunitario. Cabe destacar que la primera causa de deceso en los pacientes con VIH es la tuberculosis. Otras patologías pueden ser las neumonías bacterianas recurrentes, encefalopatía por VIH y distintos tipos de sarcomas.

A las personas se les da la notificación que se encuentran en la fase final cuando el conteo de CD4 es inferior 200 células/mm³ o si presentan alguna enfermedad infecciosa oportunista. En adición, los pacientes que puedan tener una carga viral alta harán que la transmisión a otras personas sea más rápida. En este periodo se perciben mucho los síntomas. En el caso de personas sin tratamiento en este estadio en su mayoría tienen aproximadamente 3 años de vida (Martín, 2022; HIVinfo, 2021).

Del mismo modo, se manejan 4 fases para medir el número de células de CD4: 1) Etapa 1 (infección por VIH): el recuento de células es mayor o igual a 500. 2) Etapa 2 (infección por VIH): el recuento es de 350 a 499. 3) Etapa 3 (enfermedad por VIH avanzada): 200 a 349. 4) Etapa 4 (SIDA): menor a 200 CD4+ (OMS, 2022; HIVinfo, 2021).

D. Características psicológicas

En América Latina, se considera que 1.7 millones de personas presentan VIH y un número de 87.000 que han mostrado resultados de infección recientemente. Asimismo, estas personas están pasando por alteraciones psicosociales a causa de no sentir las posibilidades de hacer frente a la enfermedad. Por lo que, se necesita un proceso de adaptación psicológica que les de acceso a aceptar el diagnóstico y los cambios que este generará en su vida. A su vez, afrontar los factores estresantes como sintomatología ansiosa y depresiva, la percepción de su salud y los cambios físicos que experimentará (Ávila y Guamán, 2021).

En adición, el VIH es un agente patógeno capaz de provocar consecuencias en el estado emocional de la persona que la padece, debido a que la relación de este virus y las enfermedades neuropsiquiátricas son de carácter bidireccional (Ávila y Guamán, 2021). Esto se debe a que existen más incidencias de contagio de VIH en personas con enfermedades neuropsiquiátricas y viceversa, ya que existe evidencia de mayor prevalencia de enfermedades psiquiátricas en pacientes con VIH a comparación con la población universal (Salazar et al, 2017).

Las personas con VIH son vulnerables a presentar alteraciones de ánimo a causa de (que):

Primero, la enfermedad puede ser traumática: se sabe que no hay un medicamento que cure el VIH solo lo llega controlar, esto hace que a medida que la enfermedad vaya evolucionando la mortalidad de los pacientes vaya aumentando, lo que genera en el paciente no sentir apoyo por parte del equipo multidisciplinario (Ávila y Guamán, 2021).

Segundo, la percepción del entorno cercano del paciente (familia, trabajo, sociedad), asimismo, alterar las relaciones de parejas por el miedo a infecciones o a transmitir el virus (Ávila y Guamán, 2021).

Tercero, las emociones enfocadas en el entorno de las relaciones sexuales: el paciente ahora puede transmitir la enfermedad, lo que produce ansiedad, temor y culpa. También, al existir bajo soporte social se puede ver acompañado de altos niveles de depresión (Ávila y Guamán, 2021).

Cuarto, las personas diagnosticadas entre los 25 a 45 años, tienden a no aceptar su enfermedad con facilidad, debido a que la consideran como altamente letal y producto de esto pueden desarrollar tanto trastornos depresivos como ansiosos (Ávila y Guamán, 2021).

Como se ha mencionado, el VIH ocasiona varios cambios psicológicos en la persona, una de ellas es el estrés, el cual lleva a cambios emocionales y cognitivos, en la mayoría de los casos va relacionado con trastornos depresivos y ansiedad. Con respecto a recibir una noticia de presentar un diagnóstico de SIDA, algunos pacientes lo consideran un suceso esperado, mientras que para otros suele ser fatal. Asimismo, se debe tomar con importancia la preparación que la persona haya recibido y la manera en la que exprese sus emociones a consecuencia del diagnóstico (Ávila y Guamán, 2021).

En el caso de la ansiedad es un signo usual que padecen los pacientes con VIH, asimismo, pueden manifestar depresión hasta ideas suicidas si no llevan un proceso terapéutico antirretroviral (Ávila y Guamán, 2021).

Las manifestaciones cognitivas, conductuales y afectivas asociadas al VIH y a la ansiedad, son las siguientes: miedo a perder la razón y el control,

presentimiento de fallecimiento próximo, intranquilidad excesiva y desproporcionada, angustia, pánico irracional, preocupación y visión catastrófica.

En cuanto a la depresión, los síntomas pueden presentarse en cualquier momento de la enfermedad, además, puede confundirse con otras comorbilidades como la demencia que también es habitual que se presente. Por otro lado, es común asociar la depresión como causa principal de ciertas manifestaciones clínicas como el insomnio, la baja de peso y la irritabilidad. Sin embargo, estos síntomas son comunes en pacientes con SIDA sin necesidad de presentar un cuadro depresivo (Ávila y Guamán, 2021).

2.1.2.3 Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA)

A finales de la década de los noventa, específicamente en 1996, se promovió a nivel mundial la implementación de la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA). En 1997, esta terapia fue introducida en el Perú gracias al Instituto Peruano de Seguridad Social (IPPS), hoy conocido como Seguro Social de Salud (EsSalud) (Ruiz, 2017).

En adición, el TARGA es uno de los procesos terapéuticos más significativos frente a la pandemia del VIH. Sus principales objetivos incluyen retrasar el avance de la enfermedad, reducir la carga viral, fortalecer el sistema inmunológico y mejorar la calidad de vida de los pacientes (Betancourt, 2018).

2.2 Antecedentes

2.2.1 Antecedentes internacionales

Triana (2021) investigó las causas vinculadas con la terapia antirretroviral y su impacto en la adherencia al tratamiento en personas con VIH atendidas en el servicio de Farmacia de un hospital especializado en Ecuador. La muestra consistió

114 personas con diagnóstico de VIH. Se empleó una metodología mixta, por medio del uso de un cuestionario de preguntas y una guía dirigida para un grupo focal. Los resultados indicaron que los factores biológicos, culturales, comunitarios y medioambientales intervienen en la adherencia. El 54 por ciento eran del sexo masculino, 40 por ciento tenían estudios a nivel secundario, 58 por ciento no contaban con empleo fijo y tenían bajos ingresos. Por último, el 54 por ciento presentó ansiedad y depresión.

Sánchez et al. (2021) analizaron el nivel de adherencia al TARGA en un grupo de mujeres con VIH y los factores que afectan dicha adherencia en la región de Murcia, España. La muestra está conformada por 86 mujeres en tratamiento. Para la recopilación de datos, se utilizaron los protocolos CAT-M VIH, el Cuestionario SMAQ sobre adherencia, historias clínicas y los registros del tratamiento antirretroviral proporcionados por la farmacia del hospital. Los resultados mostraron que el 59,3 por ciento de participantes no presentaban adherencia ($p= 0.017$). Entre los factores que contribuyen a la falta de adherencia se destacan el nivel académico (OR 0.10, $p=0.040$), la edad (OR 0.92, $p=0.032$) y los ingresos (OR 0.09, $p< 0.001$), según el análisis estadístico con Chi-cuadrado. En el análisis cualitativo, se identificaron factores sociodemográficos y, en el ámbito interpersonal, el apoyo social, la percepción del estigma y el estigma internalizado como elementos clave que influyen en la adherencia.

Urizar et al. (2020) identificaron los factores relacionados a la no adherencia en pacientes seropositivos que asisten a un hospital de Paraguay. El grupo seleccionado estuvo compuesto por 42 sujetos con VIH en tratamiento TARGA. Se utilizó una encuesta poblacional y el cuestionario SMAQ. Los resultados mostraron

que un 86 por ciento no presentaban adherencia. Se encontró una asociación significativa con la aparición de efectos secundarios de los medicamentos (OR 8.29, $p=0.044$) y con la omisión de dosis en ciertos días (OR: 28.82, $p=0.003$).

Fernández-Silva et al. (2018) analizaron la adherencia como comportamiento principal en la salud en adultos mayores en Chile. La muestra estaba formada por 18 personas mayores del programa de un hospital. Se utilizó el cuestionario SMAQ para la recolección de datos. Los resultados mostraron que un 94,4 por ciento de los usuarios tenían cogniciones favorables hacia el tratamiento, y el 89,9 por ciento demostraron una autoeficacia. Además, se encontró una relación entre la adherencia y la no ingesta de medicamentos debido a los efectos secundarios, así como con sentimientos negativos sobre el propio bienestar (Pearson -0.714 , $p=0.001$). Asimismo, se detectaron barreras relacionadas con la adherencia, como la sensación de agotamiento, omisión de dosis y falta de recursos económicos ($p=0.021$, V de Cramer -0.542).

Villacres-García et al. (2017) identificaron los aspectos que afectan a la no adherencia, el estado clínico y el pronóstico en pacientes con VIH. La muestra estuvo conformada por 85 usuarios entre 20 a 50 años, atendidos en una clínica especializada en VIH de Ecuador. Se utilizaron cuestionarios para recabar información sociodemográfica, psicológica y sobre la calidad de vida, además de realizar entrevistas sobre adherencia, discriminación, estabilidad de vida y estigma social. Los resultados mostraron que el 45% de los pacientes pertenecen a la categoría de no adherentes al tratamiento. Entre los factores más destacados que influían en la no adherencia se encontraron la falta de recursos económicos, dificultades para asistir a las citas médicas, baja autoestima y daño físico. En

adición, el 90% de los individuos experimentaron discriminación. En conclusión, se identificó una correlación significativa entre adherencia y los aspectos psicológicos y sociales, destacando la importancia de la autoestima y el apoyo familiar para lograr un régimen terapéutico adecuado.

2.2.2 Antecedentes nacionales

Romero (2024) realizó un estudio para determinar los factores relacionados a la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA. La muestra estuvo conformada por 328 pacientes atendidos en el Centro de Salud Caja de Agua. Se utilizaron diversos instrumentos, como el Cuestionario SMAQ sobre adherencia, el Duke-UNC 11 sobre apoyo social, el GHQ-12 sobre salud general y el índice de calidad de vida. Los resultados mostraron que el 36,6% de los pacientes fueron adherentes. Los factores independientemente asociados a una baja adherencia fueron: orientación homosexual (RPa: 1,52, IC95%: 1,07 a 2,14), efectos secundarios de los medicamentos (RPa: 1,41, IC95%: 1,03 a 1,92), coinfección con Hepatitis B (RPa: 1,90, IC95%: 1,12 a 3,23) y un bajo nivel de calidad de vida (RPa: 0,55, IC95%: 0,37 a 0,83).

Barrera-Espinoza et al. (2021) analizaron la relación entre los causantes sociales, terapéuticos y comorbilidades con respecto a la no adherencia al TAR en pacientes seropositivos. La muestra estuvo conformada por 117 usuarios que reciben atención médica en un hospital de Lima. Se utilizó el cuestionario CEAT-VIH el cual mide la adherencia al TARGA. Los resultados mostraron que el 17,10% de los pacientes presentaban no adherencia al tratamiento. Las variables asociadas a una mayor probabilidad de no adherencia fueron el sexo (OR = 16.175, $p=0.023$) y la presencia de comorbilidades (OR=9.556,

$p=0.003$). Por otro lado, el 82,90% de los pacientes sí se adhirió al tratamiento y como factor protector de adherencia al TARGA se encuentra la carga viral antes de comenzar la terapia (OR = 0.152, $p=0.030$).

Hernández (2021) buscó determinar la relación entre la autoestima y la agresividad en individuos con VIH que ingresaron al TARGA en un Centro Médico de Lima. El grupo estuvo conformado por 100 personas de entre 18 y 60 años. Se aplicaron el Cuestionario Buss y Perry para medir la agresividad y la Escala de Autoestima de Coopersmith. Los resultados mostraron una asociación negativa y moderada entre ambas variables (Rho = -0.637, $p<0.00$), lo que sugiere que las personas con una mejor percepción de sí mismas, sobre su entorno social y familiar, tienden a afrontar de manera más positiva las situaciones adversas sin recurrir a conductas agresivas.

Rivera (2021) determinó la correlación entre la autoestima y la adherencia en personas con tuberculosis pulmonar que realizan su régimen terapéutico en un hospital de Ucayali. El grupo estuvo conformado por 97 pacientes. Se empleó un cuestionario simple para obtener información general, la escala de Rosenberg para medir la autoestima y el test de Morisky Green de adherencia. Los resultados mostraron una asociación significativa entre la autoestima y la adherencia con un valor de Chi Cuadrado de 69.711 y $p 0.034$.

Pari y Santamaría (2019) se centraron en identificar los aspectos relacionados con el nivel de autoestima en personas adultas seropositivas que reciben tratamiento en un hospital de Iquitos. La muestra estuvo conformada por 200 usuarios del programa TARGA. Se aplicó el cuestionario MOS de apoyo social, la Escala de Autoestima de Lachira y un cuestionario

sociodemográfico. Los resultados mostraron relaciones estadísticamente significativas entre el nivel de autoestima y las variables de edad (Chi-cuadrado = 6.595, $p = 0.010$), procedencia (Chi-cuadrado = 10.454, $p = 0.001$) y tiempo de enfermedad (Chi-cuadrado = 9.035, $p = 0.029$).

Matías-Córdova et al. (2019) investigaron la correlación entre autoestima, la dinámica de la familia y la adherencia al tratamiento en pacientes adolescentes con diabetes de clase 1 de un centro especializado en Lima. La muestra estuvo compuesta por 30 adolescentes entre 11 a 19 años. Se aplicaron la escala de Coopersmith para medir autoestima, el cuestionario APGAR Familiar y una lista de adherencia. Los resultados mostraron que el 50 por ciento de los adolescentes presentaron alta autoestima, el 40 por ciento tenía una alteración leve en su dinámica familiar y el 43.3 por ciento mostró una alta adherencia. Sin embargo, no se halló una asociación entre la autoestima con un valor de Chi cuadrado de 4.442 y $p = 0.294$ y la dinámica familiar con un valor de Chi cuadrado de 3.87 y $p = 0.281$ con la adherencia. Se encontró una correlación significativa entre los niveles de adherencia y el sexo (Chi-cuadrado = 7.92, $p = 0.015$), siendo las mujeres las que presentaron mayor adherencia en comparación con los hombres. Finalmente, se concluyó que factores como las relaciones familiares, la autoestima, el sexo, y el apoyo social y de salud son clave para lograr una buena adherencia al tratamiento.

2.3 Hipótesis

2.3.1 Hipótesis General

Existe influencia significativa de la autoestima en la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con VIH de un Hospital de Lima Metropolitana en el año 2022.

2.3.2 Hipótesis específicas

Existe una relación significativa entre la autoestima y la adherencia al tratamiento de pacientes adultos con VIH de un Hospital de Lima en el año 2024.

Existe una relación significativa entre la autoestima y la carga viral de pacientes adultos con VIH de un Hospital de Lima en el año 2024.

Existen diferencias significativas en el nivel de adherencia al tratamiento según la orientación sexual en pacientes adultos con VIH de un Hospital de Lima en el año 2024.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo Y Diseño De La Investigación

El propósito de este estudio fue determinar la influencia de la autoestima en la adherencia al tratamiento. Para ello, se utilizó el método de categorización de los diseños de estudio empírico (Ato et al., 2013, como se citó en Casas, 2021). En relación con estos autores, la investigación se clasifica como de estrategia asociativa descriptiva, puesto que se analiza la influencia de dos variables sin manipular ninguna de ellas.

En adición, el enfoque de la investigación fue cuantitativo, dado que se definieron las variables y se analizaron las respuestas obtenidas mediante métodos estadísticos. Asimismo, el estudio fue de tipo no experimental, debido a que no se manipuló ninguna variable (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

3.2 Población

La población del estudio estuvo compuesta por 2,225 adultos con infección por VIH, quienes recibieron atención en el servicio de infectología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, ubicado en el distrito de Bellavista, Callao. Los participantes asistieron a consultas entre febrero y marzo del 2024 y habían estado en tratamiento durante un período que oscilaba entre 2 y 25 años.

3.2.1 Criterios de inclusión

- Pacientes entre las edades concurridas de 18 a 59 años, ya que en este rango de edad generalmente no se presentan problemas significativos de pérdida de memoria a corto plazo ni comorbilidades relacionadas con la edad avanzada, como enfermedades crónicas. Es decir, su autoestima no se ha visto

afectada por cambios de la edad de manera física y mental. Sin embargo, en adultos mayores de 60 años pueden aparecer otras comorbilidades entre estas las diabetes e hipertensión que pueden generar un sesgo en el estudio por la falta de aceptación personal, debido a que la autoestima se ve afectada por el cambio de estilo de vida y porque en ocasiones, no encuentran un futuro favorable para ellos, entregándose por completo a la enfermedad (Méndez, 2020; Dionicio e Iglesias, 2021).

- Pacientes que reciban tratamiento ambulatorio en el servicio de infectología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.
- Pacientes que acepten participar en la investigación y proporcionen su consentimiento informado.

3.2.2 Criterios de exclusión

- Usuarios con compromiso del estado de conciencia, es decir, que no estén orientados en tiempo, espacio y persona.
- Personas con déficit cognitivo, lo que implica que el paciente no pueda reconocer en qué ambiente se encuentra, el día ni la hora, tenga dificultades para mantenerse atento en el tema de discusión y no logre comprender ni recordar la información proporcionada (Maldonado, 2022).
- Personas que reciban tratamiento farmacológico psiquiátrico como benzodiazepinas y antidepresivos, debido que la depresión está relacionada con la baja autoestima (García, 2022).

3.2.3 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra estuvo determinado utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{NE^2 + Z^2 p \cdot q}$$

Donde:

Z= Nivel de confianza (95%).

N= Población (2225 pacientes).

p= Probabilidad a favor (50%).

q= Probabilidad en contra (50%).

e= error de estimación (5%).

n= Tamaño de la muestra (328 pacientes).

El tipo de muestreo utilizado fue probabilístico aleatorio simple, debido a que todos los pacientes con infección por VIH que recibían tratamiento ambulatorio en el Hospital Alberto Sologuren tenían la misma probabilidad de participar en la investigación. Cabe resaltar que debían cumplir con los criterios de exclusión e inclusión establecidos. Finalmente, el tamaño de la muestra final estuvo conformado por 333 pacientes.

3.3 Variables

3.3.1 Autoestima

3.3.1.1 Definición Conceptual de Autoestima

La autoestima se entiende como la valoración y apreciación que una persona tiene de sí misma, y está formada por un conjunto de opiniones y comportamientos que una persona desarrolla sobre su propia identidad (Coopersmith, 1969, citado en Lachira, 2013).

Tabla 1.

Operacionalización de la variable Autoestima

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Niveles de autoestima	Escala de medición
Autoestima	Es la expresión del adulto sobre su percepción hacia sí mismo.	Sí mismo general	-Presentar molestia con facilidad -Deseo de cambio de factores personales -Toma de decisiones -Problemas de adaptación -Desistir con facilidad -Problemas para mostrarse como uno mismo -Confusión - Baja valoración personal - Falta de aceptación corpórea personal - Estabilidad al expresar sus ideas -Sentirse triste con frecuencia -Anhelos de ser alguien más - Falta de confianza en uno mismo	Autoestima alta Autoestima medio alta Autoestima medio baja Autoestima baja	100 a 75 puntos 74 a 50 puntos 49 a 25 puntos 24 a 0 puntos

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Niveles de autoestima	Escala de medición
		Social	-Dificulta para desenvolverse en un grupo -Considerarse divertido -Considerarse popular en un grupo -El resto sigue sus ideas propuestas -Insatisfacción personal -Sentirse infravalorado en comparación con otras personas del grupo		
		Hogar (Familiar)	-Alterarse con facilidad en casa -Sentir que sus emociones son tomadas en cuenta por su familia -Sentir demasiadas expectativas por parte de la familia. -Ganas de escapar de casa -Sentirse escuchado y comprendido por la familia -Presión por parte de la familia.		

Nota. La tabla 1 está basada en la tabla de Operacionalización de la variable de Autoestima hecha por Lachira (2013).

3.3.2 Adherencia al tratamiento antirretroviral

3.3.2.1 Definición Conceptual de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral

Conceptualmente son las conductas y actitudes que tiene una persona, las cuales son consideradas como positivas para llevar a cabo el tratamiento antirretroviral y sea más efectivo (Lamillar, 2019).

Tabla 2.*Operacionalización de la variable Adherencia al tratamiento*

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Niveles de adherencia	Escala de medición
Nivel de adherencia al tratamiento	La adherencia que muestran los pacientes con VIH, con respecto a las dimensiones personal, familiar y social.	Personal	-Estado de ánimo - Método de supervivencia -Sentimientos de culpa, optimismo y motivación - Efectos perjudiciales -Uso de sustancias psicoactivas -Cumplimiento del tratamiento -Imagen corpórea	Adherencia baja Adherencia media Adherencia alta	18- 36 puntos 37- 39 puntos 40-54 puntos
		Familiar	-Participación continua -Vínculo familiar -Apoyo familiar		
		Social	-Afrontamiento de situaciones - Forma de vida - Mantenimiento de metas y proyectos -Colaboración en actividades recreativas -Integración del tratamiento		

Nota. Esta tabla está basada en la tabla de Operacionalización de la variable de Adherencia al tratamiento hecha por Lamillar (2019).

3.4 Técnicas e Instrumentos

3.4.1 Escala de Autoestima de Coopersmith

El instrumento fue realizado en Estados Unidos por Coopersmith en el año 1959 con el objetivo de medir cuantitativamente la autoestima (Coopersmith, 1959, como se citó en Rodrich, 2019). La versión original consta de 25 ítems con respuestas dicotómicas, divididos en tres dimensiones:

- a. Sí mismo general, donde los ítems que pertenecen son: 1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 23, 24, 25.
- b. Social, compuesto por: 2, 5, 8, 14, 17, 21.
- c. Familiar, conformado por: 6, 9, 11, 16, 20, 22.

La versión del instrumento utilizada fue la validada en el contexto peruano por Lachira en 2013. En esta versión, se conservan las mismas dimensiones e ítems que en la versión original.

El inventario tiene tres formatos, el validado por Lachira corresponde al tipo C, dirigido a adultos mayores de 16 años en adelante. La duración de la prueba es de 20 minutos aproximadamente. Los participantes deben elegir entre dos afirmaciones: la que mejor se asemeje a su personalidad se considera "verdadera", y la que menos se asemeje, "falsa"

La calificación se obtiene al sumar los ítems respondidos correctamente, asignando un punto por cada respuesta adecuada. Luego, esta suma se multiplica por cuatro, y el puntaje máximo posible es 100 puntos.

En cuanto a la validez de contenido, la versión utilizada por Lachira (2013) fue sometida a juicio de expertos, quienes incluyeron psicólogos, médicos, enfermeros e investigadores con la finalidad de mejorar el instrumento. Asimismo, los puntajes fueron evaluados mediante la prueba binomial, obteniendo un valor de 0.012 ($p < 0.05$), lo que demuestra una concordancia estadísticamente significativa entre los jueces. Por su parte, Hernández (2021) evaluó la validez del instrumento con cinco expertos, quienes analizaron la claridad, pertinencia y relevancia, concluyendo que el instrumento es aplicable a pacientes con VIH. La población evaluada estuvo compuesta por

personas seropositivas de entre 18 y 60 años. En cuanto a la validez externa, se considera que los resultados son extrapolables a pacientes VIH-SIDA de otros contextos.

Respecto a la confiabilidad, Lachira (2013) obtuvo un puntaje de 0.60 con el coeficiente de Kuder-Richardson, lo que indica una alta eficacia estadística del instrumento. En estudios realizados en población con VIH, Hernández (2021) obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.616, lo que da una consistencia interna baja, mientras que Pari y Santamaría (2019) obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.88, lo que indica una buena consistencia interna.

3.4.2 Cuestionario del Nivel de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral

El instrumento fue diseñado por Evelyn Lamillar Taipe en el año 2019 en Lima Metropolitana. Este cuestionario es de modelo Escala de Likert, utilizado para medir la adherencia al tratamiento antirretroviral. Consta de tres opciones de respuesta: "Siempre" (3 puntos), "A veces" (2 puntos) y "Nunca" (1 punto). El cuestionario está constituido por 18 ítems que se encuentran distribuidos en tres dimensiones:

- a. Personal: ítems del 1 al 10.
- b. Familiar: ítems 11 al 13.
- c. Social: ítems 14 al 18.

Lamillar (2019) realizó este instrumento con el propósito de identificar el nivel de adherencia en usuarios de un proyecto de control de contagios vía transmisión sexual y VIH.

En cuanto a la validez de contenido, Lamillar (2019) pasó el instrumento por juicio de expertos, quienes eran especialistas de salud y expertos en el tema.

Posteriormente, se aplicó la prueba binomial, donde se obtuvo una significancia de $p=0.02$, lo que confirma la validez, coherencia, concordancia y claridad de los ítems propuestos.

En el caso de confiabilidad, Lamillar (2019) realizó un estudio piloto con 20 usuarios que compartían características similares con la población del proyecto. Se aplicó el índice de Alfa de Cronbach, el resultado obtenido fue de 0,94 por ciento, lo que se considera una confiabilidad excelente (George y Mallery, 1997, como se citó en Lamillar, 2019).

En cuanto a los baremos, Lamillar (2019) utilizó la Escala de Stanones para determinar los puntos de corte en relación con los puntajes obtenidos en la medición de la variable, tanto de manera global como por dimensiones.

3.5 Procedimiento de recolección de datos

El estudio se llevó a cabo de la siguiente manera: se gestionó el trámite administrativo necesario para acceder al Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. Se coordinó con un representante del hospital a través de correo electrónico y, posteriormente, se envió el proyecto de investigación al Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren (CIEI/HNASS) para obtener la aceptación.

Una vez aprobado por el comité de ética, se notificó a la Facultad de Psicología y se presentó el proyecto a la dirección del hospital para obtener la autorización de las autoridades pertinentes y proceder con la ejecución del estudio.

La aplicación de los instrumentos se realizó durante las consultas médicas de los pacientes. Estos fueron reclutados al momento de ingresar a sus citas; dentro del consultorio, el médico especialista presentaba el proyecto de investigación y los

invitaba a participar. Se les aclaraba que su participación era completamente voluntaria y podían decidir libremente si formaban parte del estudio, sin presión alguna. Además, se les aseguraba que podían responder los cuestionarios sin temor a repercusiones.

Si el paciente aceptaba participar, se esperaba a que finalizara la consulta médica y luego se le llamaba a una sala adyacente para aplicar los instrumentos. A los pacientes que aceptaban participar se les explicaban los objetivos, el procedimiento y la justificación del estudio. Además, se verificaba que cumplieran con los criterios de inclusión; aquellos que cumplían y aceptaban participar firmaban el consentimiento informado.

Los instrumentos aplicados fueron la Ficha Sociodemográfica, la Escala de Autoestima de Coopersmith (adaptada al contexto peruano por Lachira en 2013) y el Cuestionario del Nivel de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral, elaborado por Lamillar en 2019. La aplicación de los instrumentos estuvo supervisada por el Dr. Jesús Robles Barzola, médico especialista en Enfermedades Infecciosas y Tropicales (CMP: 023176 y RNE: 010793). La recolección de la muestra se realizó entre febrero y marzo de 2024.

Posteriormente, se revisaron las historias clínicas de los pacientes para obtener los valores de las células CD4+ y la carga viral. La calificación de los instrumentos aplicados se llevó a cabo con la asistencia de un asesor proporcionado por la universidad. Finalmente, la información recolectada se transfirió a una base de datos para su posterior análisis.

Cabe resaltar que el procesamiento de los datos de los participantes se realizó de forma codificada, utilizando el número de la historia clínica, de modo

que la información personal (nombre, DNI, etc.) no se visualizaba en la base de datos. Solo el médico tratante y la investigadora principal tuvieron acceso al historial de los pacientes.

3.6 Plan De Análisis De Datos

Los datos se analizaron con el software estadístico Jamovi 2.3.28.

Para responder al objetivo general de investigación se utilizó la regresión lineal y múltiple, con el fin de determinar la influencia de la variable autoestima en la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con VIH. Asimismo, se verificó el cumplimiento de los criterios para el uso de la regresión lineal, como la homocedasticidad mediante el estadístico Durbin-Watson y la colinealidad a través del factor de inflación de la varianza.

Para el análisis de correlación, se evaluó la normalidad de la distribución utilizando el estadístico Shapiro-Wilk (Flores, Muñoz y Sánchez, 2019). Al determinar que la distribución era no normal, se utilizó el coeficiente Rho de Spearman.

Para evaluar la relación y comparación de variables, se utilizó el estadístico Chi-cuadrado para analizar la asociación entre variables categóricas, complementado con la V de Cramer para medir la fuerza de dicha asociación. Para comparar la adherencia al tratamiento entre más de dos grupos, se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis y para el cálculo de tamaño del efecto epsilon al cuadrado, seguida de la prueba Post-Hoc de Games-Howell para identificar diferencias significativas entre los grupos.

Para los objetivos descriptivos, se emplearon porcentajes y frecuencias.

3.7 Consideraciones Éticas

La investigación buscaba cumplir los siguientes principios: autonomía, beneficencia y justicia.

El respeto a la autonomía se evidencia al presentar el consentimiento informado a los participantes, pues se les explicó de manera clara y accesible los objetivos, procedimientos y justificación del estudio. Se enfatizó que su participación y permanencia eran completamente voluntarias, recordándoles que podían retirarse en cualquier momento sin consecuencias. Esta comunicación transparente garantizó que los participantes pudieran tomar decisiones informadas sobre su participación.

En relación con el principio de beneficencia, se tomaron medidas para proteger la comodidad de los pacientes y minimizar riesgos innecesarios. En caso de que un participante mostrara un nivel bajo de autoestima o baja adherencia en alguna de las dimensiones del cuestionario (personal, familiar y social), se notificó al médico tratante, quien comunicó al paciente la opción de recibir una consulta psicológica. Esta intervención se realizó únicamente con el consentimiento del paciente, asegurando así que recibiera el apoyo adecuado sin comprometer su bienestar.

El principio de justicia fue central en el diseño del estudio. Se garantizó un trato equitativo al mantener un equilibrio entre los riesgos y beneficios desde la selección de los participantes, asegurando que todos los grupos tuvieran acceso equitativo a los beneficios de la investigación. Además, los pacientes que participaban tendrían acceso a los resultados de la investigación si así lo

solicitaban, asegurando su derecho a recibir información relevante sobre el estudio.

Asimismo, se tomó especial cuidado en la protección de la confidencialidad de los participantes. La información recolectada fue utilizada exclusivamente para los fines de esta investigación, y se implementaron medidas adecuadas para resguardar las identidades de los pacientes en la publicación de los resultados.

CAPITULO IV: RESULTADOS

En la Tabla 3 se presenta el análisis de regresión lineal simple para evaluar la influencia de la variable autoestima en la adherencia al tratamiento. El valor de R es 0.268, lo que indica una correlación positiva baja. Además, el valor de R² es 0.0716, lo que sugiere que la autoestima explica el 7.16% de la variabilidad en la adherencia al tratamiento.

Tabla 3

Análisis de regresión para determinar la influencia de la autoestima en la adherencia al tratamiento

Predictor	Estimador	EE	t	p
Constante	41.4891	0.8172	50.77	< .001
Autoestima	0.0556	0.0110	5.05	< .001

Nota: p= p valor, t = t de student, EE= coeficiente de regresión

En la Tabla 4 se presenta el análisis de regresión lineal múltiple realizado para evaluar la influencia de las dimensiones de la autoestima (Sí mismo general, Social y Familiar) en la adherencia al tratamiento. El valor de R es 0.307, lo que indica una correlación positiva baja. Además, el valor de R² es 0.0941, lo que significa que los factores que componen la autoestima explican el 9.41% de la variabilidad en la adherencia al tratamiento. En particular, las dimensiones social y familiar resultaron ser factores significativos en la adherencia al tratamiento.

Tabla 4

Análisis de regresión para determinar la influencia de los tres factores que constituyen la autoestima en la adherencia al tratamiento

Predictor	Estimador	EE	t	P
Constante	41.27652	0.8191	50.390	<.001
Sí mismo general	0.00823	0.0208	0.395	0.693
Social	0.14811	0.0357	4.151	<.001
Familiar	0.07959	0.0397	2.003	0.046

Nota: p= p valor, t = t de student, EE= coeficiente de regresión

En la tabla 5 se observa una asociación positiva y altamente significativa entre la autoestima (V1) y la Adherencia al tratamiento (V2), respaldada por un coeficiente de correlación de Spearman de 0.214 ($p < .001$).

Tabla 5

Correlación entre la autoestima y la adherencia al tratamiento en pacientes VIH seropositivos

	Autoestima Rho de Spearman
Adherencia al tratamiento	0.214***

Nota: V1= Variable 1, V2= Variable 2, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

En la tabla 6 se presenta la correlación entre las dimensiones de autoestima y las dimensiones de adherencia al tratamiento. En cuanto a la dimensión Familiar de adherencia al tratamiento (Familiar_AT), se observa una correlación positiva, moderada con la dimensión Social (S) ($\rho=0.156$, $p 0.004$) y Familiar (F) ($\rho=0.163$, $p 0.003$). En cuanto a la dimensión Social de adherencia al tratamiento (Social_AT) se observa una correlación positiva y altamente significativa con todas

las dimensiones de autoestima, SMG ($\rho=0.250$, $p < .001$), S ($\rho=0.285$, $p < .001$), F ($\rho=0.094$, $p 0.088$).

Tabla 6

Correlación entre las dimensiones de autoestima y las dimensiones de adherencia al tratamiento en pacientes VIH seropositivos

	SMG	S	F
Personal_AT	-0.095	0.037	-0.030
Familiar_AT	0.107	0.156	0.163
Social_AT	0.250***	0.285***	0.094

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, SMG = Sí mismo general, S = Social, F = Familiar, Personal_AT = Personal (Dimensión adherencia al tratamiento), Familiar_AT = Familiar (Dimensión adherencia al tratamiento), Social_AT = Social (Dimensión adherencia al tratamiento).

En la Tabla 7 se presentan los datos sobre la relación entre los niveles de autoestima y la carga viral en pacientes con autoestima medio alta (N = 111) y autoestima alta (N = 190). La distribución de carga viral no detectable es del 70.3% en el grupo de autoestima medio alta y del 79.5% en el grupo de autoestima alta. Por otro lado, el porcentaje de resistencia al tratamiento es del 4.5% en el grupo de autoestima medio alta y del 3.2% en el grupo de autoestima alta. Estos resultados sugieren que los niveles de autoestima están asociados con una menor carga viral y una mejor adherencia al tratamiento en los grupos analizados.

Tabla 7*Asociación de la variable autoestima y carga viral en pacientes VIH seropositivos*

Variable	Carga Viral (CV)				Total	Chi-cuadrado (p-valor)
	CV no detectable	CV baja	CV resistente	CV alta		
Autoestima alta	151 (79.5%)	21 (11.1%)	6 (3.2%)	12 (6.3%)	190	18.0 (0.035)
Autoestima medio alta	78 (70.3%)	16 (14.4%)	5 (4.5%)	12 (10.8%)	111	
Autoestima medio baja	22 (71.0%)	2 (6.5%)	3 (9.7%)	4 (12.9%)	31	
Autoestima baja	0	0	0	1 (100%)	1	
Total	251 (75.4%)	39 (11.7%)	14 (4.2%)	29 (8.7%)	333	

Nota: $\chi^2 = 18.0$, gl = 9, p = 0.035

En la Tabla 8 se presenta el análisis de la prueba de Kruskal-Wallis, que muestra una diferencia significativa en la adherencia al tratamiento según la orientación sexual, con un estadístico χ^2 de 8.36 y un valor p de 0.015. Esto sugiere que los niveles de adherencia varían según la orientación sexual, lo que subraya la importancia de considerar este factor al diseñar intervenciones.

Tabla 8*Diferencias de la variable adherencia al tratamiento según la orientación sexual*

	Media según orientación sexual			Chi-cuadrado (p-valor)	ϵ^2
	Homosexual (n=177)	Heterosexual (n=143)	Bisexual (n=13)		
Adherencia al tratamiento	45.1	46.1	45.0	8.36 (0.015)	0.0252

Nota= $\chi^2 = 8.36$, gl=2

En la Tabla 9 se presentan los resultados de la Prueba Post-Hoc de Games-Howell. La diferencia de medias entre homosexuales y heterosexuales es de -0.909 (p = 0.027), lo que indica una diferencia significativa en la adherencia al tratamiento

entre estos grupos. En contraste, no se observan diferencias significativas entre homosexuales y bisexuales (diferencia de medias = 0.147, $p = 0.977$) ni entre heterosexuales y bisexuales (diferencia de medias = 1.056, $p = 0.329$). Estos resultados resaltan la importancia de considerar la orientación sexual en la adherencia al tratamiento, especialmente en la comparación entre homosexuales y heterosexuales.

Tabla 9

Prueba Post-Hoc de Games-Howell para la variable Adherencia al Tratamiento según la orientación sexual

Diferencia entre los grupos		Variable
		Adherencia al tratamiento
Homosexual- Heterosexual	Diferencia	-0.909
	p-valor	(0.027)
Homosexual- Bisexual	Diferencia	0.147
	p-valor	(0.977)
Heterosexual- Bisexual	Diferencia	1.056
	p-valor	(0.329)

Nota: Elaboración propia

Las principales características sociodemográficas de la muestra se detallan en la tabla 10. El estudio se compuso por personas VIH seropositivas que reciben tratamiento ambulatorio en el servicio de infectología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren. Como se puede observar, la muestra final estaba conformada por 333 pacientes, con edades comprendidas entre los 20 y 59 años (media= 42.5 años). La mayoría de los participantes fueron hombres (79%), identificados como homosexuales (53.2%) y heterosexuales (42.9%), con estado civil soltero (61.9%). Presentando un nivel educativo, en su mayoría, superior técnico (35.4%) y superior profesional (31.5%), con situación laboral de empleado (75.1%).

Tabla 10*Características sociodemográficas de la muestra*

Variables sociodemográficas	f	%
Sexo		
Masculino	263	79
Femenino	70	21
Orientación sexual		
Homosexual	177	53.2
Heterosexual	143	42.9
Bisexual	13	3.9
Estado civil		
Soltero	206	61.9
Viudo	5	1.5
Divorciado	13	3.9
Casado	60	18
Conviviente	49	14.7
Nivel educativo		
Primaria	10	3
Secundaria	100	30
Superior técnico	118	35.4
Superior profesional	105	31.5
Situación laboral		
Empleador	1	0.3
Independiente	51	15.3
Empleado	250	75.1
Trabajador en negocio de una familia	5	1.5
Estudiante	1	0.3
Ninguno	25	7.5

Nota: Elaboración propia

En cuanto a la tabla 11 se presentan las características relacionadas al VIH. Respecto al CD4+, la mayoría se encontró en etapa 1 (infección por VIH) [mayor a 500 linfocitos CD4+] (46.25%). En cuanto a la carga viral, la mayoría de los participantes tenían una carga no detectable (75.4%). Un bajo porcentaje de la población presentó diabetes mellitus (5.4%) y tuberculosis pulmonar (1.2%). Además, solo el 3.6% reportó hipertensión arterial. Es importante destacar que,

aunque el consumo de tabaco fue bajo (15%), el consumo de alcohol fue significativo, con un 42.9% de los pacientes reportando su ingesta.

Tabla 11

Características relacionadas al VIH

Historia Clínica y comorbilidades	f	%
CD4+		
Etapa 1 (infección por VIH)	154	46.25
Etapa 2 (infección por VIH)	69	20.72
Etapa 3 (enfermedad por VIH avanzada)	67	20.12
SIDA enfermedad terminal	43	12.91
Carga viral		
No detectable	251	75.4
Lleva el tratamiento de manera regular o recién está bajando su carga viral	39	11.7
Hay resistencia al tratamiento o lleva el tratamiento de manera irregular	14	4.2
Carga viral alta: no hay adherencia o recién inicia tratamiento	29	8.7
Consumo de tabaco		
Sí	50	15
No	283	85
Consumo de alcohol		
Sí	143	42.9
No	190	57.1
Presenta diabetes mellitus		
Sí	18	5.4
No	315	94.6
Presenta Tuberculosis pulmonar		
Sí	4	1.2
No	329	98.8
Presenta Hipertensión arterial		
Sí	12	3.6
No	321	96.4
Presenta otros diagnósticos		
Sí	30	9
No	303	91

Nota: Elaboración propia

En la tabla 12 se observa que la media de los niveles de autoestima (Variable 1) es de 72.7, lo que indica que la mayoría de la muestra presenta niveles de

autoestima medio alto. En cuanto a los niveles de adherencia al tratamiento (Variable 2), se evidencian valores altos con una media de 45.5. Además, se aprecia una desviación estándar de 15.2 (V1) y 3.15 (V2). Por otro lado, las dimensiones de autoestima (Sí mismo general, Social y Familiar) y las dimensiones de adherencia al tratamiento (Personal_AT, Familiar_AT y Social_AT) presentan una distribución no normal.

Tabla 12

Estadísticos descriptivos

Variables	M	Me	DE	Min	Max	g1	g2	S-W (p)
Autoestima	72.7	76	15.2	24	96	-0.943	0.424	0.923(<.001)
Sí mismo general	39.4	40	9.61	8	52	-0.908	0.468	0.919(<.001)
Social	18.7	20	5.34	0	24	-0.982	0.415	0.852(<.001)
Familiar	14.6	16	4.44	0	24	-0.502	-0.0300	0.911(<.001)
Adherencia al tratamiento	45.5	46	3.15	34	51	-0.805	0.132	0.941(<.001)
Personal_AT	24.5	25	1.38	15	28	-1.35	6.67	0.886(<.001)
Familiar_AT	6.71	7	2.27	3	9	-0.527	-1.19	0.827(<.001)
Social_AT	14.3	15	1.11	6	15	-2.64	11.1	0.640(<.001)

Nota: V1= Variable 1; V2= Variable 2; Personal_AT= Personal (Dimensión adherencia al tratamiento); Familiar_AT= Familiar (Dimensión adherencia al tratamiento); Social_AT= Social (Dimensión adherencia al tratamiento); M = Media; Me = Mediana; DE = Desviación estándar; Min = Valor mínimo; Max = Valor máximo; g1= coeficiente de asimetría; g2 = coeficiente de curtosis; S-W = Prueba de normalidad de Shapiro Wilk.

En la Tabla 13 se presentan los niveles de autoestima, donde se observa que el 57.1% de los participantes tienen autoestima alta, mientras que el 33.3% y el 9.3% mostraron autoestima medio alta y medio baja, respectivamente, con solo un 0.3% que presentaron autoestima baja. Además, se indican los niveles de adherencia al tratamiento, con el 96.4% de los participantes mostrando un nivel de

adherencia alto, mientras que el 2.7% y el 0.9% tenían niveles medio y bajo de adherencia, respectivamente.

Tabla 13

Niveles de autoestima y adherencia al tratamiento en pacientes VIH seropositivos

Niveles	f	%
Niveles de autoestima		
Autoestima baja	1	0.3
Autoestima medio baja	31	9.3
Autoestima medio alta	111	33.3
Autoestima alta	190	57.1
Niveles de adherencia al tratamiento		
Bajo	3	0.9
Medio	9	2.7
Alta	321	96.4

Nota: f= frecuencia; % =porcentaje

En la Tabla 14 se presentan las dimensiones de adherencia al tratamiento. En las dimensiones Personal, Familiar y Social, se destaca que la mayoría presenta un nivel alto de adherencia, con un 93.1%, 44.1% y 97.3%, respectivamente. Estos resultados sugieren que los participantes mostraron un mayor apoyo para mantener su intervención (adherencia) debido a factores sociales de la comunidad, así como a factores personales como el interés propio y el apoyo familiar.

Tabla 14

Niveles de las dimensiones de adherencia al tratamiento en pacientes VIH seropositivos

	Bajo		Medio		Alto	
	f	%	f	%	F	%
Personal	1	0.3	22	6.6	310	93.1
Familiar	106	31.8	80	24	247	44.1
Social	1	0.3	8	2.4	324	97.3

Nota: f= frecuencia, %=porcentaje

CAPITULO V: DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue determinar la influencia de la autoestima en la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con VIH en un hospital de Lima.

Este modelo planteó que la adherencia al tratamiento estaba influenciada por la variable psicosocial estudiada. A partir de la revisión literaria, este análisis buscó un mayor entendimiento de la influencia de dicha variable, lo cual es crucial para conocer los beneficios que pueden derivarse del cumplimiento del tratamiento, y por ende, en la salud física y mental de los pacientes seropositivos al VIH.

De acuerdo con el objetivo de determinar la influencia de la autoestima en la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con VIH, los resultados evidencian un impacto significativo de la autoestima en esta variable. El análisis de regresión lineal simple muestra un coeficiente de correlación R de 0.268, lo que indica una correlación positiva baja entre ambas variables. El valor de R^2 es de 0.0716, sugiriendo que la autoestima explica el 7.16% de la variabilidad en la adherencia al tratamiento. Es importante destacar que la adherencia es una variable multicausal que se relaciona con diversos factores, incluyendo aspectos personales como variables sociodemográficas, el tipo de tratamiento, enfermedades mentales, consumo de sustancias psicoactivas, estilo de vida y factores socioculturales (como costumbres, creencias y actitudes hacia la enfermedad), además del apoyo social y el sistema de salud. (Paredes, 2021; Colasanti et al., 2020). Factores relacionados con la población y el entorno también pueden impactar negativamente la adherencia (De Mattos et al., 2018). En este contexto, el presente estudio valida la teoría de que la adherencia al tratamiento es un fenómeno multicausal, subrayando la importancia de incluir la autoestima en los modelos analíticos previos. Asimismo,

el análisis de regresión lineal múltiple, que evaluó las dimensiones de la autoestima —personal, social y familiar— mostró un valor de R de 0.307 y un R^2 de 0.0941, lo que indica que estas dimensiones explican el 9.41% de la variabilidad en la adherencia al tratamiento. En particular, las dimensiones social y familiar se destacaron como factores significativos, lo que sugiere que el apoyo en estas áreas podría ser fundamental para promover la adherencia, tanto a nivel comunitario como a través de las redes sociales, las relaciones de amistad y los lazos familiares (Cobas, 2022). Estos hallazgos subrayan la relevancia de incorporar nuevas variables en los modelos de análisis existentes (Amin, 2020). Además, enfatizan que la manera en que una persona percibe y manifiesta su autoestima —ya sea a través de actitudes de aceptación o de fracaso— puede influir en su percepción de competencia, valor y dignidad, afectando así su adherencia al tratamiento antirretroviral (Ccanto, 2020).

En cuanto al primer objetivo específico, se identificó una asociación positiva y altamente significativa entre la variable autoestima y la adherencia al tratamiento. Los resultados coinciden con la hipótesis planteada, que anticipaba encontrar una correlación significativa. Es decir, las personas con alta autoestima tienden a ser más propensas a seguir el tratamiento recomendado, mientras que aquellas con baja autoestima suelen tener dificultades para adherirse. La conexión entre autoestima y adherencia al tratamiento puede explicarse por diversas razones. En primer lugar, las personas con alta autoestima suelen tener un mejor estado de ánimo frente a la enfermedad, una mayor capacidad para enfrentar problemas y una confianza en sí mismas que les permite responder de manera más efectiva al tratamiento. Los resultados revelaron una asociación positiva de grado débil (0.214,

$p < .001$), lo que sugiere que, aunque la autoestima influye en la adherencia, también es evidente que otros factores desempeñan un papel importante en este comportamiento. Este hallazgo concuerda con el estudio de Rivera (2021), que encontró una relación entre la autoestima y la adherencia al tratamiento en pacientes con tuberculosis (chi cuadrado 69.722, $p = 0.034$). Además, Ramos et al. (2018) demostraron que la adherencia, el conocimiento sobre la diabetes y la autoestima están interrelacionados, donde se concluyó que cuando existe mayor adherencia se relaciona con niveles altos de autoestima y con un mejor conocimiento de la enfermedad. De manera similar, Duvergel (2022) evidenció la conexión entre la autoestima media, la adherencia parcial y el estilo de afrontamiento ante la enfermedad. Por todos estos estudios, la autoestima puede estar asociada a la adherencia. Del mismo modo, se considera fundamental abordar de manera integral el tratamiento, dándole igual importancia a los aspectos psicológicos y sociales que a los biomédicos.

En relación con el objetivo de analizar la asociación entre la autoestima y la carga viral en pacientes adultos con VIH, los resultados evidencian una relación significativa entre ambas variables. El 70.3% de los pacientes con autoestima medio alta y el 79.5% de aquellos con autoestima alta presentan una carga viral no detectable. Este resultado sugiere que niveles más elevados de autoestima pueden tener un impacto positivo en la salud viral de los pacientes. Los porcentajes de carga viral no detectable indica que, a medida que aumenta la autoestima, también se incrementa la probabilidad de controlar la carga viral. No obstante, se observa que el 4.5% de los pacientes con autoestima medio alta y el 3.2% de los que tienen autoestima alta presentan resistencia al tratamiento. Esta diferencia en los niveles

de resistencia sugiere que aquellos con autoestima elevada son más propensos a adherirse a su régimen de tratamiento, lo que se traduce en mejores resultados de salud. La prueba Chi-cuadrado refuerza la significancia de esta relación ($\chi^2 = 18.0$, $gl = 9$, $p = 0.035$), destacando que la autoestima no solo se configura como un factor psicológico, sino que también tiene implicaciones directas en el manejo de la enfermedad. Estudios previos han indicado que una alta autoestima puede facilitar la búsqueda de apoyo social y mejorar la adherencia a los tratamientos médicos (Pari y Santa María, 2019). En el marco de la presente investigación, se reconoce que el estadio clínico, como el recuento de CD4 y la carga viral, es un recurso clave en el tratamiento TARGA, actuando como un importante marcador de la efectividad del tratamiento (Solís-Cerdas y Pereira-Céspedes, 2024). Dado que los pacientes adultos con VIH de este hospital en Lima han estado en tratamiento durante 2 a 25 años, los cambios observados en su sistema inmunológico son indicadores de mejora, lo que contribuye a explicar las tasas de carga viral más bajas en este grupo específico.

En cuanto al objetivo de comparar el nivel de adherencia al tratamiento y la orientación sexual en pacientes adultos, se han encontrado diferencias significativas que invitan a una reflexión más profunda. La prueba de Kruskal-Wallis mostró un estadístico χ^2 de 8.36 y un valor p de 0.015, lo que indica que los pacientes con VIH presentan diferencias en los niveles de adherencia según la orientación sexual. Es importante considerar que la media de adherencia fue de 45.1 para los pacientes homosexuales, 46.1 para los heterosexuales y 45.0 para los bisexuales, lo que indica una adherencia generalmente alta en todos los grupos, pero con variaciones que merecen atención. Esta diferencia en la media entre homosexuales y heterosexuales,

que alcanzó una significancia estadística ($p = 0.027$), sugiere que los homosexuales pueden enfrentar barreras adicionales que afectan su adherencia, como el estigma social o la falta de redes de apoyo sólidas (Díaz, 2021). El hecho de que las diferencias de medias no sean significativas entre homosexuales y bisexuales ($p = 0.977$), ni entre heterosexuales y bisexuales ($p = 0.329$), sugiere que la orientación bisexual no tiene un impacto tan notable en la adherencia al tratamiento. Esto podría reflejar una experiencia más similar entre estos grupos o la necesidad de realizar una investigación más profunda en esta subpoblación, con un tamaño de muestra mayor. Estos hallazgos destacan la importancia de personalizar las intervenciones, considerando factores como la orientación sexual, el contexto social y las experiencias vividas por los pacientes (Rodríguez, 2021). En el estudio de Romero (2024), se identificó una asociación entre la falta de adherencia y la orientación homosexual, revelando que más de la mitad de los individuos homosexuales interrumpen el tratamiento en comparación con aquellos de otras orientaciones. Al analizar las razones detrás de estas diferencias, se observa que aspectos como el acceso a recursos de salud, el apoyo emocional y las dificultades inherentes a ser parte de una minoría—incluyendo la violencia, la discriminación y la homofobia internalizada—pueden influir significativamente en las actitudes hacia el VIH (Atehortua, Sánchez y Zapata, 2019). Estas variaciones, a su vez, afectan la capacidad de los pacientes para mantener su tratamiento. Por lo tanto, un enfoque que contemple estas variables puede facilitar una atención más efectiva y mejorar la calidad de vida de los pacientes con VIH.

Con relación a las características de la muestra está compuesta predominantemente por hombres (79%), lo que es consistente con la literatura que

sugiere que los hombres son más propensos al contagio de VIH, relacionado a posibles patrones de riesgo en comportamientos sexuales y en el uso de servicios de salud (Piñas y Rivera, 2023; Cobas, 2022; Barrera-Espinoza et al., 2021). La alta proporción de pacientes homosexuales (53.2%) también refleja las realidades demográficas de la epidemia del VIH en muchas regiones, donde esta comunidad se ve desproporcionadamente afectada (Cobas, 2022; Adrián y Stuardo, 2021). El estado civil revela que un 61.9% de los participantes son solteros. Este dato puede estar relacionado con una mayor vulnerabilidad al aislamiento social, lo que podría impactar negativamente en su salud mental y en la adherencia al tratamiento (Piñas y Rivera, 2023; Cobas, 2022). En contraste, aquellos que están casados o en una relación de convivencia suelen tener una red de apoyo más sólida, lo que podría influir positivamente en su capacidad para manejar la enfermedad, ya que enfrentan la situación en pareja en lugar de hacerlo solos (Albarracín et al., 2023). En cuanto al nivel educativo, el 35.4% de los pacientes posee educación superior técnica y un 31.5% educación superior profesional. Este nivel educativo puede correlacionarse con una mejor comprensión de la importancia del tratamiento y la gestión de la enfermedad. Estudios previos han demostrado que una mayor educación está asociada con una mejor adherencia al tratamiento, ya que los pacientes con mayor conocimiento suelen estar más comprometidos con su cuidado. Esto se debe a que las personas con un nivel educativo superior tienen un mayor acceso a los medios de información, lo que les permite adquirir más conocimientos sobre su condición (Cristóbal, 2022). La mayoría de los participantes (75.1%) están empleados, lo que puede facilitar la adherencia al tratamiento, ya que contar con un empleo proporciona una estructura diaria y recursos financieros que facilitan el acceso a la

atención médica y a los medicamentos, especialmente considerando que el hospital del estudio está afiliado al seguro social (Arrieta-Martínez et al., 2023). Sin embargo, las personas viviendo con VIH (PVVIH) a menudo mantienen su diagnóstico en reserva para evitar problemas o un clima laboral hostil, debido al estigma social (Moggia, 2022). Por otro lado, el 7.5% de aquellos que no tienen empleo podría estar enfrentando dificultades económicas que impactan su capacidad para adherirse a los tratamientos y mantener un estilo de vida saludable (Del Castillo et al., 2023). A pesar de esto, el 75.4% de los pacientes presenta una carga viral no detectable, lo que indica una buena adherencia al tratamiento. Este hallazgo indica que muchos pacientes comprenden la importancia del tratamiento antirretroviral y han logrado una adherencia adecuada. Sin embargo, un 4.2% muestra resistencia o irregularidad en el tratamiento, lo que plantea interrogantes sobre las barreras que enfrentan. Estas pueden incluir la falta de apoyo social, el estigma asociado al VIH, dificultades en el acceso a la atención médica y factores relacionados con su historia de vida (Quiñones, Cruz, Achinte et al., 2024). Los bajos porcentajes de comorbilidades observados, como diabetes (5.4%) e hipertensión (3.6%), son alentadores y sugieren que, en general, esta población no enfrenta múltiples enfermedades crónicas que podrían complicar el manejo del VIH. Sin embargo, el 42.9% de los pacientes que consumen alcohol representa un factor de riesgo que puede impactar tanto su salud general como la adherencia al tratamiento. El consumo excesivo de alcohol puede afectar la memoria y la atención, interferir en las responsabilidades relacionadas con la salud y, sobre todo, generar patrones de conducta que dificulten el cumplimiento del tratamiento (Gallegos, 2024; Piñas y Rivera, 2023).

Respecto a los niveles de autoestima en los pacientes adultos, los resultados indican que un 57.1% presenta autoestima alta. Esto sugiere que estos individuos se valoran positivamente, disfrutan de una mayor estabilidad emocional, reflejan habilidades interpersonales altas y se sienten estimados por su familia (Lachira, 2013). Del mismo lado, el 33.3% muestra autoestima medio alta, lo que refleja una autovaloración alta en situaciones específicas, una capacidad adaptativa adecuada y un desempeño satisfactorio en sus roles familiares en circunstancias particulares (Lachira, 2013). Estos hallazgos pueden atribuirse a la duración del tratamiento que han recibido la mayoría de los participantes, que oscila entre 2 y 25 años. Este tiempo en tratamiento les ha permitido aprender a convivir con su enfermedad y a encontrar un balance en sus vidas. Al enfrentarse a la realidad del VIH durante un período prolongado, es probable que hayan desarrollado mecanismos de afrontamiento más efectivos y una percepción más positiva de sí mismos (Gómez-Mercado et al., 2023). Estos resultados son consistentes con lo hallado por Ramos et al. (2018), quienes encontraron que la autoestima alta y media predominan en pacientes con diabetes tipo 2. Esto sugiere que a mayor adherencia terapéutica, se asocian niveles más altos de autoestima y un mejor conocimiento sobre la enfermedad. Por otro lado, un 9.3% de los pacientes presenta autoestima medio baja, lo que indica una autovaloración deficiente en situaciones específicas, dificultades para adaptarse al entorno y una relación familiar insatisfactoria (Lachira, 2013). Finalmente, un 0.3% muestra autoestima baja, manifestando sentimientos negativos sobre sí mismos, buscando la aprobación social y considerándose marginados por su familia. Estos resultados contrastan con investigaciones como la de Retuerto (2021), donde se observó que el 52.43%,

25.24% y 22.33% de los participantes del programa TARGA presentaban autoestima media, baja y alta, respectivamente. Además, Burgos (2020) encontró niveles de autoestima alta (23.3%), media (54.3%) y baja (22.4%). La discrepancia en la prevalencia de autoestima alta en comparación con los resultados de este estudio podría deberse a los tamaños de muestra más pequeños utilizados en las investigaciones mencionadas. Es importante considerar que el seguimiento a los pacientes mediante llamadas telefónicas, la condición del hospital (nivel III), la garantía de privacidad y confidencialidad, la ubicación en la capital del país, la disponibilidad del servicio de psicología, así como la relación médico-paciente y la atención mejorada en un hospital del seguro, podrían haber influido en las diferencias observadas. Factores como la calidad de la atención, el seguimiento continuo y el entorno hospitalario pueden impactar significativamente la percepción de la autoestima y el bienestar psicológico de los pacientes (Quiñones, Cruz, Achinte et al., 2024; García-Barrera et al, 2022). Al profundizar en estos hallazgos, se hace evidente que la autoestima no solo influye en la adherencia al tratamiento, sino que también actúa como un factor protector en la salud mental de los pacientes con VIH.

En relación con los niveles de adherencia al tratamiento en pacientes adultos, se observa que el 96.4% presenta un nivel de adherencia alta. Este hallazgo indica que la mayoría de los pacientes reconoce y acepta la importancia del tratamiento, lo que sugiere un compromiso significativo con su salud. Una buena relación familiar y el apoyo de sus seres cercanos son factores que contribuyen a esta alta adherencia. La dimensión social también se refleja en su participación activa en eventos recreativos y en la capacidad de mantener proyectos a corto y

mediano plazo, lo que sugiere un equilibrio emocional y una integración positiva en su entorno (Barrera et al., 2024). Del mismo modo, un 2.7% de los pacientes presenta un nivel medio de adherencia. Esto indica una aceptación adecuada del tratamiento y una asimilación moderada de los efectos secundarios y los cambios corporales, pero también sugiere que estos pacientes enfrentan barreras que limitan su capacidad para seguir el tratamiento de manera consistente. La relación adecuada con sus vínculos cercanos y los cambios en su estilo de vida son aspectos positivos, pero la moderación en su adherencia puede reflejar la necesidad de un mayor apoyo psicológico o educativo que refuerce su motivación (López, 2023). Estos resultados contrastan con los hallazgos de Lamillar (2019), quien reportó niveles altos (26.7%) y medios (58.3%) de adherencia al tratamiento en personas seropositivas. La discrepancia puede deberse a diferencias en el contexto de los estudios, incluidos factores como el tamaño de la muestra, el tipo de intervenciones realizadas o el entorno social y económico de los participantes. Por otro lado, un 0.9% de los participantes mostró baja adherencia al tratamiento. Este grupo indica la presencia de conductas disfuncionales y nocivas, así como un rechazo a la intervención y a un estilo de vida saludable. La falta de una relación cercana con la familia y el escaso apoyo de amigos cercanos son características que contribuyen a esta baja adherencia (López-Buesaquillo et al., 2024). Estos hallazgos coinciden con el estudio de Matos et al. (2019), que encontró que el 6.7% de los pacientes con insuficiencia renal presentaban baja adherencia al tratamiento, lo que implica que no obtienen los beneficios esperados del mismo y carecen de una red de apoyo efectiva. La baja adherencia en este pequeño porcentaje de pacientes subraya la importancia de identificar y abordar las barreras psicológicas, sociales y

económicas que pueden afectar la motivación y el cumplimiento del tratamiento. Es importante que las intervenciones se adapten a las necesidades individuales de estos pacientes, fomentando el apoyo familiar y social, así como recursos que les permitan enfrentar los desafíos asociados con el tratamiento.

Con este estudio se espera que los profesionales de la salud puedan reconocer la importancia de abordar variables psicológicas; y de esta manera, asegurar la continuidad del tratamiento.

CONCLUSIONES

- En relación con el objetivo general, se demostró que existe influencia de la autoestima en la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con VIH en un hospital de Lima (R^2 de 0.0716).
- En cuanto a las dimensiones de la autoestima, se encontró una influencia en la adherencia al tratamiento (R^2 de 0.0941), específicamente en las dimensiones social y familiar.
- En cuanto al primer objetivo específico, se acepta la hipótesis específica encontrándose relación significativa de grado débil entre la autoestima y la adherencia al tratamiento de pacientes adultos con VIH de un Hospital de Lima (r_s 0.214, $p < .001$).
- En cuanto al segundo objetivo específico, se encontró una asociación significativa entre el nivel de autoestima y la carga viral, con un valor de χ^2 de 18.0 ($p = 0.035$), lo que sugiere que una mayor autoestima está relacionada con mejores resultados de carga viral en pacientes con VIH.
- En relación con el tercer objetivo específico, se evidenció una diferencia significativa en la adherencia al tratamiento según la orientación sexual, con un estadístico χ^2 de 8.36 y un valor p de 0.015, lo que indica que las personas heterosexuales demostraron una mayor adherencia al tratamiento en comparación con los otros grupos.
- En cuanto a la descripción de las características de la muestra de pacientes adultos con VIH, se observa que la población está compuesta predominantemente por hombres, con un alto nivel de educación y una

significativa proporción de pacientes homosexuales. La mayoría de los participantes reporta una carga viral no detectable.

- El nivel identificado de autoestima en la muestra varía en su mayoría entre autoestima alta y medio alta, lo que indica que las personas con VIH del estudio logran adaptarse a los cambios, prevalecer en su derechos y tratamiento.
- El nivel identificado de adherencia al tratamiento en pacientes con VIH es nivel alto, esto implica que las personas cumplen un régimen terapéutico y presentan una red de apoyo.

RECOMENDACIONES

- Se espera que los profesionales de la salud reconozcan la importancia de abordar la autoestima en pacientes con VIH, ya que esto puede garantizar una mayor adherencia al tratamiento, actuando como un factor protector para la salud y el bienestar del individuo.
- Para futuras investigaciones, se recomienda incluir variables psicológicas adicionales, como el bienestar psicológico y la inteligencia emocional. Esto facilitará la construcción de un modelo integral que explique la adherencia, alineándose con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular el ODS 3 sobre salud y bienestar.
- Se recomienda replicar este estudio en hospitales del Ministerio de Salud, así como en otras instituciones, con el fin de conocer las distintas realidades y analizar las posibles variaciones de los resultados en diferentes organizaciones.
- Se sugiere la implementación de programas de apoyo psicológico, como grupos de autoayuda o terapia cognitivo-conductual, para mejorar la autoestima y el bienestar emocional de los pacientes. Esto contribuirá a una mejor adherencia y calidad de vida.
- Al servicio de infectología, se les recomienda utilizar los datos obtenidos en esta investigación como base para desarrollar intervenciones que fortalezcan la autoestima, el estado de ánimo, los vínculos sociales y las metas personales de los pacientes.

REFERENCIAS

- Adrian, C., & Stuardo, V. (2021). Aceptabilidad a usar profilaxis pre-exposición para VIH en hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres: indagación en LAMIS 2018 Chile. *Revista chilena de infectología*, 38(5), 655-666.
- Albarracín, C., Ariza, Y., & Espinosa, E. (2020). Construcción de narrativas alrededor de las relaciones de pareja en tres personas que conviven con el VIH en Villavicencio [Tesis de pregrado, Universidad Santo Tomás].
- Amin, M. (2020). Apoyo social, autoestima y calidad de vida entre las personas que viven con el VIH/SIDA en Jammu y Cachemira, India. *Anales de Psicología*, 36(2), 232-241. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282020000200005&script=sci_arttext&tlng=en
- American Psychological Association. [APA]. (2013). *Orientación sexual y identidad de género*. <https://www.apa.org/topics/lgbtq/sexual>
- Araoz, Y. (2019). *Influencia de la adherencia y recuento de linfocitos CD4 en las reacciones adversas reconocidas por pacientes que inician tratamiento antirretroviral en el Hospital Honorio Delgado Espinoza año 2018*. [Tesis de posgrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa]. Archivo digital. http://190.119.145.154/bitstream/handle/20.500.12773/12704/UPar_siyd.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Arrieta-Martínez, J., Estrada-Acevedo, J., Gómez, C., Madrigal-Cadavid, J., Serna, J., Giraldo, P., & Quirós-Gómez, O. (2022). Factores relacionados con la no adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH/sida. *Farmacia*

Hospitalaria, 46(6), 319-326. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-63432022000600002&script=sci_arttext

Atehortua, D., Sánchez, D., & Zapata, A. (2019). Homofobia internalizada, estigma sexual y su asociación con la salud mental en un grupo de gays y lesbianas en la ciudad de Medellín. [Tesis de pregrado, Institución Universitaria de Envigado].

https://bibliotecadigital.iue.edu.co/jspui/bitstream/20.500.12717/2900/1/Iue_rep_pre_psi_Atehortua_2019_Homofobia_internalizada.pdf

Ávila, J. y Guamán, D. (2021). *Caracterización clínica de los pacientes con VIH SIDA atendidos en el área de psicología del Hospital de Infectología, año 2020-2021*. [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil]. Archivo digital.

<http://201.159.223.180/bitstream/3317/17122/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-680.pdf>

Barrera-Espinoza, R., Gómez-Gonzales, W., Girón-Vargas, A., Arana-Escobar, M., Nieva-Villegas, L., Gamarra-Bustillos, C., Auqui-Canchari, M. y Zapana-Tito, M. (2021). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA. *Horizonte Médico (Lima)*, 21(4). [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2021000400008&script=sci_arttext)

[558X2021000400008&script=sci_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2021000400008&script=sci_arttext)

Barrera, D., Tello, R., Ramos, F., & Pérez, A. J. (2024). Acompañamiento a la promoción de proyectos de vida de jóvenes seropositivos. Un estudio cualitativo complejo. *Región Científica*, 3(1), 2024248-2024248.

- Barrios, M. (2019). *Autoestima y resiliencia en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional de Ica-2018*. [Tesis de pregrado, Universidad Alas Peruanas]. https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/5013/Tesis_autoestima_resiliencia_pacientes_VIH.Sida_HospitalRegional_ica.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Betancourt, J. (2018). Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes seropositivos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(3), 82-93. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252018000300010&script=sci_arttext&tlng=en
- Burgos, A. (2020). Autoestima y resiliencia en pacientes con VIH/Sida en el Hospital San Juan de Dios de Pisco octubre a diciembre del 2019. [Tesis de Título Profesional, Universidad Privada San Juan Bautista]. <https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/2707/T-TPMC-ANDREA%20VALENTINA%20BURGOS%20CONDORI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Casas, M. (2021). Relación Entre Memoria De Trabajo Y Conciencia Fonológica Con La Comprensión Lectora En Niños De 6 Y 7 Años De Una Institución Educativa De Lima Metropolitana. [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/9008/Relacion_CasasPolo_Maricarmen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ccanto Quispe, V. (2020). Factores asociados a la adherencia al TAR en pacientes adultos con VIH/SIDA en el hospital regional docente clínico quirúrgico

- Daniel Alcides Carrión–Huancayo 2020. [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana del Centro] <https://repositorio.upecen.edu.pe/handle/20.500.14127/218>
- Colasanti, E., Molinari, A., Sereno, M., Gauchat, S., y Marino, M. (2020). Mecanismos de regulación emocional y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas que conviven con VIH. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 5(7), 16-34. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/31677/32517>
- Cobas, L., Mezquia, N., Navarro, Y., & Rodríguez, T. (2022). Caracterización de los pacientes con VIH/sida en Guanabacoa, La Habana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 38(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252022000100012&script=sci_arttext&tlng=en
- Constante, T., y Ortega, A. (2018). *Autoestima y su relación cultural en los pacientes portadores de VIH-SIDA. Hospital general Dr. Liborio Panchana Sotomayor 2018* [Bachelor's thesis, La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, 2018] [.https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/4535/1/UPSE-TEN-2018-0036.pdf](https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/4535/1/UPSE-TEN-2018-0036.pdf)
- Coopersmith, S. (1959). A method for determining types of self-esteem. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 87-94.
- Cristóbal, K. (2022). *Variables sociodemográficas asociadas al conocimiento sobre VIH/Sida y otras enfermedades de transmisión sexual en mujeres peruanas de 12 a 49 años. ENDES 2017-2019*. [Tesis de licenciatura,

<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/5272/MED-Crist%20Fernandez%20Kristhel%20Liz%20Milvia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

De Mattos, J., Silva, T., Esteves, L. y Mendes, P. Adherencia a la terapia antirretroviral para el VIH/SIDA en América Latina y el Caribe: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista de la Sociedad Internacional del SIDA*. 27(1), 1-20. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jia2.25066>

Del Castillo, N., Román, J., Amador, F., Perdomo, M., & Pulido, A.(2023). Bienestar psicológico y vinculación laboral en portadores de VIH. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 14(1), 26-31.

Díaz, S. (2021). La movilización contra el estigma del sida: La ramificación del movimiento LGTB español de los setenta a los noventa. <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/69679/DIAZ%20DELGADO%20SERGIO.%20TFM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas [DIGEMID]. (2018, 07 de setiembre). *Situación actual del VIH-SIDA en el Perú*. <https://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/EAccMed/ReunionesTecnicas/PONENCIAS/2018/DIA3/SituacionActualVIH-SIDA.pdf>

Dionicio, L., & Iglesias, M. (2021). Autoestima y adaptación de los pacientes con tratamiento de hemodiálisis en la clínica médica nefrología, Trujillo, 2019.

Duvergel, A. (2022, 16 de noviembre). *Adherencia terapéutica, autoestima y afrontamiento a la enfermedad en personas que viven con VIH*.

[Comunicado de prensa].

<https://psicosalud.sld.cu/index.php/psicosalud/2022/paper/viewPaper/87>

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [ENDES]. (2021, mayo). *Perú Encuesta*

Demográfica y de salud familiar ENDES 2020.

https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/I

[NFORME_PRINCIPAL_ENDES_2020.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/INFORME_PRINCIPAL_2020/I)

Fernández-Silva, C. A., Lopez-Andrade, C., & Jara, C. M. (2018). Adherencia al

tratamiento antirretroviral como conducta promotora de salud en adultos

mayores. *Revista Cuidarte*, 9(2), 2201-2214.

<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.522>

Flores, P., Muñoz, L., y Sánchez, T. (2019). Estudio de potencia de pruebas de

normalidad usando distribuciones desconocidas con distintos niveles de no

normalidad. *Perfiles*, 1(21), 4-11.

Gallegos, J. (2024). Factores asociados con adherencia al TARV en pacientes con

VIH en centro de salud 10 de Octubre, San Juan de Lurigancho 2024. [Tesis

de pregrado, Universidad Federico Villareal].

<https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/8766/UNFV>

[_FMHU_Gallegos_Balcazar_Titulo_profesional_2024.pdf?sequence=1&is](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/8766/UNFV)

[Allowed=y](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/8766/UNFV)

García, G. (2019). *Estigma y la no adherencia al TARGA en adultos jóvenes*

diagnosticados con VIH/SIDA de un hospital de Lima Metropolitana, 2019.

[Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Universidad de

César

Vallejo.

[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/44608/Garc
%c3%ada_FG-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/44608/Garc%C3%ada_FG-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

García, R. (2022). Relación entre la autoestima y la depresión en adultos mayores de Casablanca Residencia Gerontológica SAC, San Borja-2021. [Tesis de licenciatura, Universidad Alas Peruanas].

García-Barrera, A., Horta-Roa, L., Bautista-Roa, M., Ibáñez-Pinilla, E., Cobo-Mejía, E.(2022). Calidad de vida y percepción de la salud en personas mayores con enfermedad crónica. *Revista Salud Bosque*, 12(1), 1-13.

Gómez-Mercado, C., Madrigal-Cadavid, J., Rendón-Montoya, A., Hincapié, A., Giraldo-Álzate, N., Estrada-Acevedo, J., Giraldo-Sánchez, P. & Serna-Zuluaga, J.(2023). Aspectos farmacológicos y adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 55.

González, J. (2019). “Factores asociados a la Adherencia del Tratamiento Antirretroviral en Personas con VIH Hospital Belén de Trujillo 2019. [Tesis de licenciatura, Universidad de Cesar Vallejo]. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40482/Gonzales_LJJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Grupo de estudio del SIDA [GESIDA]. (febrero, 2020). *Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia Humana en Tratamiento Antirretroviral*.https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/04/GUIA_GESIDA_febrero_2020_Adherencia.pdf

- Hernández, F. (2021). *Autoestima y agresividad en pacientes nuevos con VIH-SIDA del Programa TARGA de un centro de salud de Lima Metropolitana, 2019.*
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/71591/Hernandez_GFE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.*
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf
- HIVinfo.NIH.gov [HIVinfo]. (2021, 20 de agosto). *Visión general de la infección por el VIH. Las fases de la infección por el VIH.*
<https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/las-fases-de-la-infeccion-por-el-vih>
- Inca, L. (2017). *Niveles de autoestima en los trabajadores de la empresa Grupo Cabal.*[Tesis de pregrado, Universidad Inca Garcilaso De La Vega].
Archivo digital. <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1404>
- Lachira, L. (2013). *Risoterapia: intervención de enfermería en el incremento de la autoestima en adultos mayores del club “Mis Años Felices”.* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos] Repositorio UNMSM.
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3534/Lachira_yl.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lamillar, E. (2019). *Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Pacientes del Programa de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA del*

- Hospital Nacional “Hipólito Unanue”, Lima, Perú, 2018. [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma]. Archivo digital. <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/2711>
- Lascano, R.(2021). *Intervenciones de enfermería en pacientes con SIDA basado en la teoría de Ruland y Moore* (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo).<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/7847/1/8.-%20TESIS%20%20Rosa%20Selena%20Lascano%20Torres-ENF.pdf>
- Llanos, F., Delgado, V., Vizarraga, F., & Salas, J. (2021). Adherencia En Tuberculosis Asociada Al VIH, No A La Diabetes Mellitus, En Lima. *Revista Médica de Rosario*, 87(2), 67-72. <http://revistamedicaderosario.org/index.php/rm/article/view/140/241>
- López-Buesaquillo, M., Jurado, D., Ortiz, L., Gomez, Y., & Sotelo, Y. (2024). Factores que intervienen en el abandono del tratamiento antirretroviral en pacientes diagnosticados con VIH en la ESE Hospital Sagrado Corazón de Jesús–la Hormiga (Putumayo).
- López, E. (2023). Propuesta de modelo de acompañamiento para hombres gay que viven con VIH a través del desing thinking. [Tesis de maestría, Universidad Iberoamericana Puebla]. <http://repositorio.iberopuebla.mx/bitstream/handle/20.500.11777/5864/L%20c3%b3pez%20Ch%20c3%a1vez%20c%20Emilio%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Maldonado, P. (2022). Nivel de depresión y el deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores de la unidad de larga estancia del hospital militar geriátrico, Lima 2022.

- Martín, A. (2022). *Investigación y desarrollo de formulaciones mucoadhesivas vaginales de liberación sostenida de tenofovir para la prevención del VIH*. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Archivo digital. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/71972/1/T43174.pdf>
- Martín, E., Obando, D., y Sarmiento, P. (2018). La adherencia familiar en el trastorno mental grave. *Atención Primaria*, 50(9), 519-526.
- Matías-Córdova, C., Díaz-Gervasi, G., & Rojas-Vilca, I. (2019). Adolescentes con diabetes tipo 1: autoestima, dinámica familiar y adherencia al tratamiento. *CASUS. Revista De Investigación Y Casos En Salud*, 4(1). <https://doi.org/10.35626/casus.1.2019.159>
- Matos, G., Martín, L., Álvarez, B., Remón, L., & González, J. (2019). Adherencia terapéutica de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en tratamiento dialítico. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 18(4), 666-677.
- Méndez, D. (2020). *Percepción del proceso de envejecimiento de los adultos mayores que asisten a un centro del adulto mayor, Lima-Perú, 2019*. [Tesis, Universidad Nacional de San Marcos]. Repositorio Cybertesis UNMSM.
- Moggia, L.(2022). *Representación en Prensa Escrita del VIH/sida en Sudamérica: un análisis de la base de datos Factiva (2014-2018)*. [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona]. https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2022/hdl_10803_675850/lamn1de1.pdf
- Morales, G. (2017). *Nivel de adherencia al tratamiento de hemodiálisis de los pacientes en un centro de diálisis particular*. [Tesis de Especialidad, Universidad Nacional de San Marcos]. Repositorio Cybertesis UNMSM.

- Mostacero, E. (2019). *Nivel De Autoestima Y Grado De Depresión Del Paciente Con VIH/Sida Del Hospital Regional Docente “Las Mercedes”–Chiclayo, 2018*. [Tesis de pregrado, Universidad Señor de Sipán]. Archivo digital. <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/6035>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022, 27 de julio). *Infección por VIH*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2021). *VIH/SIDA*. https://www3.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4070:vih-sida&Itemid=0
- Paredes, L. (2021). *Factores de no adherencia terapéutica al TARV (TERAPIA ANTI RETROVIRAL) en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA)* [Tesis de licenciatura, Universidad técnica de Ambato]. <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/32588/1/PAREDES%20OILLANES%20LESLY%20VANESA.pdf>
- Pari, L. y Santamaria, M. (2019). *Variables relacionadas al nivel de autoestima de adultos con VIH-SIDA atendidos en un Hospital Público de Iquitos*. [Tesis de licenciatura, Universidad Científica del Perú-UCP]. Archivo digital. http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/758/PARI_SANTAMARIA_TESIS_TITULO_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Párraga, C., Vargas, C. *Asociación entre la alexitimia y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en personas adultas con infección por VIH/ SIDA*. [Tesis de pregrado, Universidad de Ciencias

Aplicadas]. Archivo digital. <http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/handle/10757/621606>

Pérez, J. (2020). Adherencia al tratamiento antirretroviral de personas con VIH/sida en la Atención Primaria de Salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(5).http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000600011

Piñas, D., & Rivera, G. (2023). Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH-Sida en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo-2023.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA[ONUSIDA]. (2021, junio). *Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA[ONUSIDA]. (12 de marzo de 2018). *Obtenido de ONUSIDA:* <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

Puente, R., Ramírez, G.(2022). Conocimiento y percepción sobre las personas viviendo con VIH en la población adulta con acceso a redes sociales en Lima, Perú. [Tesis de título, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/11678/Conocimiento_PuenteArnaoPerez_Renato.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Quiñones, M., Cruz, E., Achinte, A., Rosero, M., Villaneda, J. Factores que contribuyen a la adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) tratados con antirretrovirales. [Tesis de título, Universidad Nacional Abierta y a Distancia].

<https://repository.unad.edu.co/bitstream/handle/10596/62701/myroseroc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ramos, Y., Morejón, R., Cabrera, Y., Herranz, D., & Rodríguez, W. (2018). Adherencia terapéutica, nivel de conocimientos de la enfermedad y autoestima en pacientes diabéticos tipo 2. *Gaceta Médica Espirituana*, 20(3), 13-23.

Retuerto, S. (2021). Nivel de autoestima y el grado de depresión en pacientes con VIH/SIDA del Programa TARGA del Hospital San Juan Bautista de Huaral, Marzo–Julio, 2021. [Tesis de título profesional, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión]. https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/4867/Retuerto%20Susanibar%2c%20Samir%20Jorginhio_opt.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ríos-Falcón, V., Mollinedo-Chura, R., Montalvo-Espinoza, E., Bustinza-Cutisaca, A., Puma-Huañec, E. (2018). Aplicación De Sistemas Dinámicos No Lineales A Modelos De La Transmisión Sexual De VIH (SIDA) En La Población Heterosexual Activa De La Ciudad De Puerto Maldonado. *Ceprosimad*, 6(1), 24-39 <https://journal.ceprosimad.com/index.php/ceprosimad/article/view/67/78>

Rivera, J. (2021). *Nivel de autoestima y adherencia al tratamiento de tuberculosis pulmonar en el Hospital II de Tingo María durante el periodo julio a diciembre del 2019*. [Tesis de bachiller, Universidad Nacional de Ucayali]. http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/4766/UNU_MEDICINA_2021_T_JEAN-RIVERA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Rodrich, P.(2019). *Autoestima y ansiedad estado-rasgo en jóvenes universitarios de la ciudad de Lima*. [Tesis de pregrado, Universidad de Lima].
<https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/10295>
- Rodríguez, L. (2021). Estilos de vida y orientación sexual en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que viven con VIH de un hospital público de Trujillo. [Tesis de Título profesional, Universidad Cesar Vallejo].[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/87433/Rodr%
c3%adguez_MLA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/87433/Rodr%c3%adguez_MLA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Romero, M. (2024). *Factores asociados a la adherencia al tratamiento en personas viviendo con VIH-SIDA, en el centro de salud caja de agua, durante el año 2023*. [Tesis de pregrado, Universidad Ricardo Palma].
[https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/7372/T030_7
2716155_T%20ROMERO%20VILLAMIZAR%2c%20MIRELLA%20EL
IZABETH.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/7372/T030_72716155_T%20ROMERO%20VILLAMIZAR%2c%20MIRELLA%20ELIZABETH.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ruiz, K. (2017). *Características epidemiológicas y enfermedades marcadoras de SIDA más frecuentes en pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana*. [Tesis de bachiller, Universidad Nacional de Trujillo]. Archivo digital.
[https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8464/RuizVera
_K.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/8464/RuizVera_K.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Salazar, L., De la Hoz, A., Ruiz, R., Valderrama, S. y Gómez-Restrepo, C. (2017). Trastornos neuropsiquiátricos en la población con VIH: una revisión narrativa. *Universitas Médica*, 58(1).
<https://www.redalyc.org/journal/2310/231053598007/231053598007.pdf>

- Sánchez, S., Pastor, M., Cánovas, M., Almansa, M., Peñalver, C., y Jiménez, I. (2021). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral en mujeres con VIH: Un estudio mixto con diseño secuencial. *Enfermería Global*, 20(2), 1-34. <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/437711/302601>
- Solís-Cerdas, H., & Pereira-Céspedes, A. (2024). Efecto de la intervención farmacéutica sobre la adherencia terapéutica, la carga viral y el conteo de linfocito-T CD4 en virus de inmunodeficiencia humana. Estudio observacional en hospital.
- Tobón, B., y García, T.(2019). Perfil Emocional de las personas con VIH. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 1024-1046. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi192m.pdf>
- Triana, E. (2021). *Factores Relacionados Con El Tratamiento Antirretroviral Y Su Influencia En La Adherencia En Pacientes Infectados Con El VIH/SIDA, Atendidos Por El Servicio De Farmacia Integral Del Hospital De Especialidades "Dr. Abel Gilbert Pontón", Período julio A diciembre 2020.* [Tesis de maestría, Universidad Estatal de Milagro]. <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/5743/1/ESTEFAN%20ELIZABETH%20TRIANA%20RAM%c3%8dREZ.pdf>
- Urizar, C., Jarolin-Montiel, M., Ayala-Servin, N., Centurión-Wenninger, C. y Montiel-Garcete, D. (2020). Factores asociados a la no adherencia del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH en un hospital de Paraguay. *Rev Cient Cienc Med*, 23(2): 166-174. http://www.scielo.org/bo/pdf/rccm/v23n2/v23n2_a07.pdf

Villacres-García, F., Ruiz del Valle, D., y Ochoa-Loor, J.(2017). Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA hospital “Martin Icaza”. *Dominio de las Ciencias*, 3(2), 849-865.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5889740>

ANEXOS

A. Consentimiento informado para participantes del estudio

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN	
(Adultos)	
<i>Título del estudio :</i>	La influencia de la autoestima en la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con VIH de un Hospital de Lima Metropolitana en el año 2022
<i>Investigador (a) :</i>	Gina Maria Robles Arguedas
<i>Institución :</i>	Universidad Peruana Cayetano Heredia

Propósito del estudio:

Estimado usuario,

Tengo el agrado de presentarme ante usted e invitarlo a participar del proyecto de investigación titulado “La Influencia de la autoestima en la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con VIH de un Hospital de Lima Metropolitana en el año 2022”. Este es un estudio desarrollado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia y el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren (HNASS).

En este estudio se plantea, conocer la importancia de la influencia en la adherencia al tratamiento en pacientes seropositivos. Asimismo, se espera que los profesionales de salud puedan reconocer lo fundamental que es tratar variables psicológicas en pacientes y de esta manera, asegurar la constancia en el tratamiento para que sea un factor protector en la persona.

Lo que se busca conseguir con esta investigación es ayudar a que se brinde un mejor tratamiento en los pacientes con VIH, midiendo la estimación personal que se da el paciente a sí mismo para conocer el valor personal que esté le otorga al tratamiento.

Por tanto, el objetivo de esta investigación es determinar la influencia de la autoestima en la adherencia al tratamiento en pacientes adultos seropositivos.

Procedimientos:

Si decide participar en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Antes de iniciar, se le pedirá firmar el consentimiento informado.
2. Cabe resaltar que la aplicación de los instrumentos se hará bajo la supervisión del médico especialista en Enfermedades Infecciosas y Tropicales de turno el Dr. Jesús Robles Barzola.
3. Se le preguntará al paciente si desea participar en el estudio. Si accede a participar, se esperará a que termine la consulta y se le invitará a pasar a la sala siguiente para realizar la aplicación de los instrumentos.
4. Se le aclarará al inicio de la consulta que no es una obligación formar parte del estudio, solo si la persona desea participar y que esto no afectará su atención médica. También, se le mencionará al paciente que no tiene que sentir miedo ni obligación a responder los instrumentos.

5. Luego, se le hará una pequeña entrevista donde se recopilará datos personales en relación con su estado civil, historia clínica y otras enfermedades presentes (ficha demográfica). El tiempo estimado es de 5 minutos.
6. Después, se pasará a evaluar las dos pruebas. La primera es la Escala de Autoestima de Coopersmith, la cual tiene 25 enunciados con 2 opciones de respuesta (Verdadero/Falso). Los enunciados están relacionados con la valoración personal que se da la persona con sus amigos y familia y que tiene hacia sí mismo. El tiempo estimado de la prueba es de 20 minutos.
7. La segunda prueba es el Cuestionario del Nivel de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral, el cual se encarga de medir el nivel de adherencia de la persona por medio de preguntas relacionadas a su ámbito personal, social y familiar. El cuestionario contiene 18 preguntas con 3 opciones de respuesta (Siempre, A veces y Nunca). El tiempo estimado para la prueba es de 15 minutos.
8. El tiempo total del procedimiento es de 40 minutos.

Previamente, se le gestionará un código con la finalidad de mantener su identidad confidencial, las únicas personas que tendrán acceso a los datos de los pacientes serán el médico tratante y la investigadora principal.

Riesgos:

Después de la aplicación del instrumento, en el caso el paciente muestre un nivel bajo de autoestima o una baja adherencia en alguna de las dimensiones del cuestionario (personal, familiar y social) será comunicado al servicio de infectología para que ellos lo deriven a medicina preventiva con el fin de obtener ayuda psicológica.

Por último, los participantes podrán obtener los resultados así lo soliciten o no, para aquellos que presenten una baja autoestima o nivel de adherencia, será comunicado al médico tratante, quien le notificará a su paciente que pasará atención psicológica. No obstante, se toma en cuenta si el paciente desea recibir esta consulta psicológica. De querer recibir la atención psicológica, el servicio de infectología cuenta con un área de medicina preventiva, la cual está conformada por un psicólogo y dos enfermeros. El paciente sería atendido en una sala posterior dentro del mismo servicio, la cual no vulnera su privacidad ni confidencialidad.

Beneficios:

Los pacientes que presenten resultados bajos o alarmantes con respecto a su autoestima o nivel de adherencia recibirán atención psicológica por parte del área de medicina preventiva.

Costos y compensación

Cabe resaltar, que usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Del mismo modo, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Para tenerlo presente, la entrevista y la aplicación de los instrumentos se hará bajo la supervisión del médico especialista en Enfermedades Infecciosas y Tropicales de turno el Dr. Jesús Robles Barzola en el consultorio donde los pacientes tienen su cita médica. Es importante resaltar que la entrevista y la aplicación de los instrumentos se llevarán a cabo por investigadora principal del proyecto, Gina Maria Robles Arguedas.

Tomando en cuenta todas las medidas necesarias para proteger las identidades de los pacientes al momento que la investigación sea publicada. Se creará un código para cada participante y no se utilizará nombres ni apellidos. Solo la investigadora principal tendrá el acceso a la base de datos.

Derechos del participante:

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor

pregunte al personal del estudio o llame a la investigadora del estudio Gina Maria Robles Arguedas al teléfono [REDACTED]

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Dr. Luis Arturo Pedro Saona Ugarte, presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico:orvei.ciei@oficinas-upch.pe

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

**Nombres y Apellidos
Participante**

Fecha y Hora

**Nombres y Apellidos
Testigo (si el participante es
analfabeto)**

Fecha y Hora

**Nombres y Apellidos
Investigador**

Fecha y Hora

B. Escala de Autoestima de Coopersmith adaptada por Lachira (2013)

ESCALA DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

Si un enunciado detalla cómo te sientes tú normalmente marca Verdadero

(V)

Si un enunciado NO detalla cómo te sientes tú normalmente marca

FALSO (F)

Hay que recordar que no existen respuestas malas y buenas, todas son válidas.

Nº	Frase	V	F
1	Usualmente los hechos no me molestan		
2	Me resulta difícil hablar frente a un grupo		
3	Hay muchos aspectos de mí que cambiaría si pudiese		
4	Puedo tomar decisiones sin mayor dificultad		
5	Soy muy divertido (a)		
6	Me altero fácilmente en casa		
7	Necesito mucho tiempo para adaptarme a cosas nuevas		
8	Soy popular entre las personas de mi edad		
9	Mi familia generalmente está atenta a mis sentimientos		
10	Me rindo fácilmente		
11	Mi familia espera demasiado de mi		
12	Es bastante difícil ser “Yo mismo”		
13	Me siento muchas veces confundido		
14	La gente usualmente respeta mis ideas		
15	Tengo una pobre opinión acerca de mí mismo		
16	Hay situaciones que me impulsan a irme de mi casa		

17	Frecuentemente me siento descontento con mi ocupación		
18	No soy tan simpático como mucha gente		
19	Si tengo algo que decir usualmente lo digo		
20	Mi familia me comprende		
21	Muchas personas son más preferidas que yo		
22	Frecuentemente siento presión de mi familia		
23	Frecuentemente me desalienta lo que hago		
24	Frecuentemente debería ser otra persona		
25	No soy digno de confianza		

C. Cuestionario del Nivel de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral

CUESTIONARIO DEL NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Contestar TODAS las preguntas del contenido marcando con una “x”, solo se puede marcar UNA opción de respuesta (Nunca, A veces o Siempre).

Se les recuerda que la información es confidencial y solo es para fines del estudio, por ello, se le pide contestar con sinceridad. Asimismo, se agradece con anticipación.

Nº	Dimensión personal	Nunca	A veces	Siempre
01	Su estado emocional lo mantiene en condiciones de seguir con el tratamiento antirretroviral.			
02	Considera que el tratamiento antirretroviral es su único medio de sobrevivencia.			
03	Considera a su enfermedad como un sentido de culpa.			
04	Considera como motivación, que debe seguir con el tratamiento antirretroviral para conservar su vida.			
05	Tiene optimismo para tomar su tratamiento antirretroviral.			
06	Tolera o asimila los efectos secundarios que puede provocar el tratamiento antirretroviral.			
07	Consumo alcohol bajo el tratamiento antirretroviral.			
08	Consumo drogas bajo el tratamiento antirretroviral.			
09	Sigue el cumplimiento de sus citas médicas para mantener, recuperar y rehabilitar el estado de su salud.			
10	Acepta los cambios en su imagen corporal producidos por su tratamiento antirretroviral.			
	Dimensión familiar			

11	Su familia participa en la supervisión del cumplimiento de su tratamiento antirretroviral.			
12	Tiene buena relación con su familia y por ende le brindan afecto, ánimos y fortaleza para seguir con su tratamiento antirretroviral.			
13	Cuenta con la ayuda de su familia para acudir al establecimiento de salud para recoger su tratamiento antirretroviral.			
	Dimensión social			
14	Afronta de manera positiva las dificultades sociales (exclusión laboral, rechazo, y discriminación).			
15	Realiza cambios en su estilo de vida que favorezcan su tratamiento antirretroviral.			
16	Mantiene sus proyectos y metas a corto y mediano plazo.			
17	Participa de actividades de recreación o esparcimiento con sus amigos o vecinos.			
18	Incorpora su tratamiento antirretroviral en su vida cotidiana.			

D. Ficha sociodemográfica

Ficha sociodemográfica

Nombre y

Apellidos: _____

Número de historia (código): _____

DNI: _____

Edad: ____

Sexo: Masculino Femenino

Estado civil: Soltero Viudo Divorciado Casado Conviviente

Orientación sexual: Heterosexual Homosexual Bisexual

Nivel educativo: Primaria Secundaria Superior técnico

Superior profesional

Situación laboral: Empleador Independiente Empleado Trabajador en
negocio de una familia Estudiante Ninguno

Consumo de tabaco: Sí No

Consumo de alcohol: Sí No

Historia clínica

CD4+ (valor absoluto): _____

Carga viral (valor absoluto): _____

Tiempo de enfermedad (meses o años): _____

Tiempo de tratamiento con TARGA (meses o años): _____