



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO



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

TÍTULO

**“CAPACIDAD DE RESILIENCIA Y AUTOCONCEPTO EN PACIENTES
CON VIH, ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN – 2015”.**

TESIS

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA**

AUTORA:

BACH. VÁSQUEZ BERRIOS LAURA ANICA.

ASESOR DE LA ESPECIALIDAD:

LIC. ENF. ANA MILAGRO SALAZAR BARRIOS.

CHICLAYO – PERÚ

2015

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la vida y guiarme por el camino correcto.

A mi madre por haberme brindado su apoyo incondicional en cada momento de su vida.

A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería por brindarme sus conocimientos, aptitudes y destrezas en nuestra formación profesional.

AGRADECIMIENTO

A todos los pacientes del programa de TARGA del Hospital General de Jaén por haberme permitido entrar en sus vidas privadas durante el proceso de recolección de datos y por el gran valor para la ejecución de la presente investigación.

Mi agradecimiento a la Licenciada Ana Milagro Salazar Barrios, por su asesoramiento tan acertado para hacer posible esta investigación.

Agradezco a todas las personas quienes directamente apoyaron durante las etapas de la ejecución de la presente tesis.

A todos los docentes de la facultad de ciencias de la salud por brindarme su valioso aporte, conocimientos y así lograr ser una gran profesional competitiva.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de enfoque cuantitativo; de nivel relacional; de tipo: observacional, prospectivo, transversal y analítico, se realizó con el objetivo de Determinar la relación que existe entre capacidad de resiliencia y autoconcepto en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015. La muestra estuvo constituida por 58 pacientes con VIH. Los instrumentos para recolectar los datos fueron: la escala de resiliencia y la escala de evaluación del autoconcepto. Los resultados evidenciaron que del 100% de los pacientes con VIH el 97% presentó una capacidad de resiliencia de nivel medio y el 3% bajo. El 76% presentó un autoconcepto de nivel medio y el 24% positivo. En función a la relación de la capacidad de resiliencia y autoconcepto el 72% presentó una capacidad de resiliencia medio con un autoconcepto de nivel medio; asimismo un 24% una capacidad de resiliencia media y un autoconcepto positivo y sólo el 3% una capacidad de resiliencia baja con un autoconcepto medio. Para contrastar las hipótesis se utilizó la prueba estadística no paramétrica del Ji - cuadrado cuyo valor fue: $X^2 = 0.659$; $G1 = 4$; $p = 0.417 > \alpha = 0.05$ contrastando de esta manera la hipótesis nula quiere decir que ambas son independientes entre sí. Conclusión: las tres cuartas partes de los pacientes con VIH tienen una capacidad de resiliencia media con un autoconcepto medio y una cuarta parte con una capacidad de resiliencia media y con un autoconcepto positivo.

Palabras claves: Resiliencia, autoconcepto, capacidad, pacientes con VIH.

ABSTRAC

The present research work of quantitative focus; Of relational level; Of guy: Observacional, prospective, transverse and analytical, the relation that exists between capacity of resilience and auto-concept in patients with VIH came true for the sake of Determinar, attended at the backup Hospital, Jaén – 2015. The sample was composed of 58 patients with VIH. The instruments to gather data were: The scale of resilience and the scale of evaluation of the auto-concept. Results evidence than the 97 % presented a capacity of resilience of half a level of 100 % of the patients with VIH and I take down the 3 %. The 76 % presented an auto-concept of half a level and the 24 positive %. The 72 % presented an average capacity of resilience with an auto-concept of half a level in show to the relation of the capacity of resilience and auto-concept; In like manner a 24 % resiliencia's capacity average and a positive auto-concept and only the 3 % a capacity of low resilience with a half an auto-concept. Nonparametric statistics of the Ji used the proof itself in order to contrast hypotheses - once whose value was squared you went: X^2 0,659; Gl 4; P 0,417 á 0,05 contrasting the null hypothesis this way you mean that both are independent among themselves. Conclusion: The three fourth parts of the patients with VIH have a capacity of half resilience with a half an auto-concept and a fourth part with a capacity of half resilience and with a positive auto-concept.

Key words: Resilience, auto-concept, capacity, patients with VIH

INDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRAC

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.5. OBJETIVOS	8
1.5.1. GENERALES	8
1.5.2. ESPECÍFICOS	8
1.6. HIPÓTESIS	8

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

2.1. ANTECEDENTES	12
2.2. BASE TEÓRICA. CIENTÍFICA	40

CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. MÉTODO	46
3.2. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	46
3.3. DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS	47
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	47
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	49
3.6. PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	50

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	52
4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	60
4.2.1. EN FUNCIÓN A LOS OBJETIVOS	
4.2.2. EN FUNCIÓN AL MARCO TEORICO	
4.2.3. EN FUNCIÓN A LOS ANTECEDENTES	
4.2.4. CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS	

CAPITULO V: PROPUESTA

5.1. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA	69
----------------------------------	----

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES	71
6.2. RECOMENDACIONES	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	76

CAPÍTULO I
INTRODUCCION

1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA:

En el mundo entero, la capacidad de resiliencia, es un término utilizado desde mediados del siglo pasado donde las ciencias humanas la comenzaron a utilizar para referirse a las pautas que permiten a las personas sobreponerse a las situaciones adversas y sacar provecho de ellas, debe tenerse por entendido que la resiliencia conlleva a conductas que cualquier persona puede desarrollar y aprender, y esta debe ser infundida desde la infancia, y no solo en esta etapa de vida sino en todas las demás etapas, especialmente en los pacientes con problemas de salud grave como es el caso de la enfermedad producida por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, ya que esta capacidad puede ser aprendida y mejorada. (Bernard. 2010).

Los estudios de resiliencia indagan el por qué algunos individuos que crecen en situaciones adversas viven en forma saludable, productiva y otros no parecen poder superar las situaciones vividas. El término de resiliencia no es muy conocido ni mucho menos difundido, a pesar de tener antecedentes de estudios realizados desde hace varias décadas. (Stetsenko, A. 2000).

A nivel mundial, en el 2006 se produjeron 4,3 millones de nuevas infecciones, de las cuales 2,8 millones (el 65%) corresponden al África subsahariana. Un total de 2,9 millones de personas han fallecido como consecuencia de enfermedades relacionadas con el sida en 2009. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha advertido hoy de que la epidemia de sida continúa creciendo. Actualmente viven con el VIH alrededor de 39,5 millones de personas en el mundo. Además, alerta de un elevado crecimiento de casos en Europa del este y Asia, donde el número de infectados se ha multiplicado por 20 en los últimos 10 años.

El país contabilizó 2.000 nuevos infectados en 2009, de los cuales 500 desarrollaron la enfermedad, mientras que el Programa Conjunto de la Naciones Unidas sobre VIH/SIDA señaló que en América Latina había 1,7 millones de personas afectadas por esta. “Perú registró 296 casos nuevos de infectados con el virus del VIH en el primer trimestre de 2010, de los cuales al menos 40 han desarrollado el sida, según un reporte del Ministerio de Salud”. (Stetsenko, A. 2000).

Según la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA del Ministerio de Salud, la prevalencia del VIH en el Perú es de 0.5%, es catalogada como concentrada (prevalencia en población vulnerable >5%). Es mayor en los hombres que tienen sexo con hombres (10.8%) y en trabajadoras sexuales (0.5%), la prevalencia en gestantes es menor de 0.23% y se han estimado 400 a 700 casos en recién nacidos infectados por año, más de 5000 en la última década. El 80% de todos los casos son hombres y el 20% mujeres.

La proporción de casos es de una mujer infectada con el virus del VIH por cada tres varones, mientras que el segmento de edad entre 20 y 40 años es el más afectado. Según el Ministerio de Salud (MINSA), desde los inicios de la epidemia en Perú, en 1983, las autoridades han registrado a 25.822 personas con sida y 40.396 con VIH. Las relaciones sexuales siguen siendo la principal vía de transmisión y de contagio, con más del 95% de casos registrados, pese a las campañas de prevención. (Stetsenko, A. 2000).

La ansiedad, depresión e insomnio son los motivos más comunes e incidentes en los pacientes con el VIH por lo que es necesario diferenciar entre síntomas y posibles afecciones que otras enfermedades relacionadas con SIDA ocultan o simulan. Por ello es necesario un diagnóstico certero de la infección o trastorno para identificar la causa y evitar la contraposición de los tratamientos específicos con las drogas antivirales que en algunos casos se utilizan.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se define como el conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen como consecuencia de la depresión del sistema inmunológico debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La Infección tiene como consecuencia una elevada morbilidad y mortalidad, además del deterioro de la economía tanto familiar como de los servicios de salud.

Por otro lado el autoconcepto está determinado de acuerdo al estatus educacional, socioeconómico y cultural; reflejada con énfasis en la educación superior y que es percibida cada vez más como un factor clave para el desarrollo social y económico de un país.

Ello no es de extrañar al considerar que en la sociedad del último cuarto del siglo XX y de inicios del siglo XXI, el autoconcepto desempeña un papel trascendental como propulsor de la economía y factor fundamental del cambio social. (Sánchez, G.2009). El autoconcepto como percepción que cada individuo tiene de sí mismo y de su ambiente que lo rodea, va cambiando conforme pasa el tiempo y las experiencias de cada individuo. (Moreno, J. 2007).

Las personas del siglo XXI no sólo necesitan desarrollar habilidades cognitivas, meta cognitivas, y destrezas, sino también de las habilidades de conocerse a sí mismos, con habilidades emocionales fundamentales para el desarrollo de la creatividad, la innovación y la convivencia justa dentro de una cultura de paz. De ello se desprende que debe contemplarse en el quehacer del adulto, la formación de valores personales y sociales tales como el autoconcepto, autoestima, integridad, la responsabilidad, el respeto a la diversidad, la honestidad, el amor por el conocimiento y la sana competencia, junto al logro de la satisfacción consigo mismo y un alto nivel de compromiso con el entorno social y ecológico. (Mayer, L. 2006).

Los adultos destacan por poseer un alto nivel de competencia en diferentes áreas ya sea intelectual, emocional, con motivación al logro, autoestima, autoconcepto, autonomía e independencia es por ello que la emergencia en estas etapas, significarían plantear un nuevo panorama en el cual hay que insertar y revalorar el concepto de resiliencia debido a las nuevas necesidades y destrezas que lleva a los adultos a ponerse a prueba frente a situaciones diversas. Las personas con VIH / SIDA se apartan por sí mismas de la asistencia que necesitan, debido al temor a reacciones negativas de otros. El aislamiento aumenta el sentimiento de "ser el único con VIH / SIDA", y ocasiona ansiedad, depresión y suicidio debido a que su autoestima está involucrado de manera negativa. De modo que las personas afectadas por el VIH / SIDA necesitan no solo ser aceptadas por la iglesia y conducidas, junto con todas sus emociones, al descubrimiento de su dignidad como creadas a la imagen de Dios, sino también por la familia, su entorno social, y la comunidad. La discriminación de ciertos grupos lo obliga a esconderse, haciendo que la comunicación, el contacto y la existencia lleguen a ser difíciles facilitándose la transmisión del VIH. Por desconocimiento o por prejuicios, los enfermos son estigmatizados y discriminados, lo cual genera consecuencias devastadoras de autoestima y lo que es más grave aún, los

pacientes no muestran interés ni cooperación a la hora de tomar medidas necesarias para protegerse a sí mismo y a los demás.

Según estudios de nivel internacional, muestran resultados de análisis, en los cuales se muestran mayor resiliencia en los varones, con rasgos de ser más independientes; las mujeres logran ser resilientes siempre y cuando exista un apoyo externo significativo o de dependencia, en la ciudad de Córdoba (Argentina), se observaron diferencias significativas en relación con auto-concepto y resiliencia por sexo. Otro estudio similar concluyó que existen, diferencias significativas entre los adultos de baja condición económica. Estas diferencias se encuentran en las variables de introspección, interacción, iniciativa, independencia, moralidad y pensamiento crítico, son los adultos con buen recurso económico los que tienden a tener puntajes más altos en el cuestionario de resiliencia. (Zavaleta, A. 2001).

La población adulta mayor en el Perú estaría en su mayoría en situación de riesgo, así como la de otros países en vías de desarrollo. Con esta condición expresada y con la situación de problemas de VIH / SIDA y su represión en nuestro país en los años 80, podría pasar a ser uno de los contextos más resilientes del mundo y ser visto como “un laboratorio”. Sin embargo, la resiliencia no se analiza aislándola como un invernadero, sino ligada, fundamentalmente a las características humanas. Tampoco es posible establecer relaciones de causalidad entre los cambios observados en la autovaloración de las mujeres y los profundos cambios culturales que afectaron a nivel mundial los conceptos de género. No obstante, la dirección de los cambios presenta interesantes coincidencias que pueden servir de motivación para continuar estudios en esa línea. (Sánchez, G. 2009).

Al interactuar con el paciente de la Estrategia Sanitaria de Enfermedades Transmisibles VIH/SIDA/TBC del Hospital General de Jaén: dicen, “...que no me acerque mucho ahí nomás; mi familia no me quiso hablar, mis amigos hasta en mi trabajo si se enteran me despedirían; no tengo ganas de nada, a veces quiero estar solo; siento que todos me miran; a veces quiero desaparecer; además siento que cualquiera podría ser mejor que yo...”

Entonces se deduce que estas personas viven por vivir, no tienen sentido de vida mucho menos un proyecto de vida, porque simplemente proceden de culturas arraigadas con extrema pobreza el mismo que no les permite pensar en desarrollarse económica cultural e intelectualmente; además se ha observado que tienen dificultades en conocerse a sí mismos, tienen dificultades de su autoconcepto, dificultades de autoestima en función al género que los sostiene, están desorientado personal, social y culturalmente porque solo tratan de acomodarse a la vida.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la relación que existe entre capacidad de resiliencia y autoconcepto en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

La capacidad de resiliencia y el autoconcepto son uno de los más importantes resultados del proceso socializador. Proporciona pautas para interpretar la experiencia; es el marco de referencia sobre la base del cual se organizan todas las experiencias. El significado y valor de la realidad dependen, en gran parte, de cómo la persona se ve a sí misma; según el autoconcepto que tienen de sí mismo así interpretarán de la realidad. Es necesario tener un autoconcepto positivo para una conveniente adaptación, para la felicidad personal y para un funcionamiento eficaz del organismo, libre de enfermedades.

La OMS, estima que en el 2012 y 2014 a nivel mundial, 2.1 millones de personas fallecieron a causa de infecciones de VIH; de igual manera, estima que 33 millones de personas viven con la infección a nivel internacional; por tanto esta enfermedad es una realidad que estadísticamente se prevé seguirá en aumento.

El impacto económico, que afecta la fuerza laboral del país debido a la enfermedad ha hecho que los países implementen el acceso a los medicamentos antirretrovirales lo cual recae en el presupuesto gubernamental; y el crecimiento económico del país es impactado al disminuir la esperanza de vida de los pacientes en más de 20 años reflejándose en su fuerza de trabajo, además del empobrecimiento generado por la enfermedad, y la negativa del paciente a retomar su rutina laboral por el temor al rechazo el cual generaría en él un decaimiento pronunciado en su autoconcepto y su autoestima.

Es de vital importancia para el paciente con VIH / SIDA, ya que es frecuente que se apartan por sí mismos de la asistencia que necesitan debido al temor a reacciones negativas de los otros. El aislamiento aumenta el sentimiento de "ser el único con VIH / SIDA", debido a que su autoconcepto y autoestima está afectada de manera negativa, ocasionándole ansiedad, depresión y suicidio. Los resultados de la presente investigación servirán para brindar conocimiento e información, como medidas preventivas y de esta manera permitirá al paciente tener una atención integral.

A nivel social es importante ya que por desconocimiento o por prejuicios, los enfermos son estigmatizados y discriminados, lo cual genera consecuencias devastadoras de bajo autoconcepto y de autoestima, y lo que es más grave aún, los pacientes no muestran interés ni cooperación a la hora de tomar medidas necesarias para protegerse a sí mismo y a los demás. Entonces esta investigación permitirá la comprensión del paciente por la sociedad, lo cual favorecerá su calidad de vida. La sociedad es un ente completamente capaz de influir directamente en como se ve una persona, como se percibe y cuanto se quiere. A la vez permitirá determinar su capacidad de resiliencia, y así sobresalir de las adversidades que le deparará su sistema inmunológico.

Enfermería tiene un rol protagónico, en el cuidado del paciente las 24 horas del día, brindando cuidados físicos, educándolo y dándole apoyo emocional. Los resultados de la investigación le permitirán al enfermero (a) planificar intervenciones de salud integrales oportunas, para pacientes del programa Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), con lo cual se podrá prevenir complicaciones tanto físicas como psicológicas.

1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN:

Una de las limitaciones fue obtener la información por cada variable, así como la información consentida, por tratarse de personas muy especiales como es el VIH /SIDA y de obtener una confiabilidad aceptable del instrumento de medición porque se trató de adaptar a la realidad; para lo cual se trató de estructurar hasta obtener la confiabilidad aceptable del instrumento.

1.5. OBJETIVOS:

1.5.1. GENERALES:

- Determinar la relación que existe entre capacidad de resiliencia y autoconcepto en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.

1.5.2. ESPECÍFICOS:

- Caracterizar a la población objeto de estudio.
- Identificar la capacidad de resiliencia de los pacientes con VIH.
- Valorar el autoconcepto de los pacientes con VIH.

1.6. HIPÓTESIS:

- Hipótesis Alterna (Ha):

Existe una relación estadísticamente significativa entre la capacidad de resiliencia y autoconcepto en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.

- Hipótesis Nula (Ho):

No existe una relación estadística entre la capacidad de resiliencia y autoconcepto en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

A nivel Internacional:

TORRES, F. et.al. (México 2010), en su estudio titulado: “Relación entre autoconcepto y apoyo social en estudiantes universitarios portadores de VIH”; en el cual evidenciaron la relación que existe entre el autoconcepto y el apoyo social percibido, se realizaron análisis de grupos entre las diferentes dimensiones de ambos constructos para analizar si existen diferencias por género en cada constructo. El análisis de los resultados demostró que existe una correlación entre apoyo social percibido y autoconcepto ($r = .666$, $p = .001$), lo que se confirmó al dividir la muestra por género (hombres $r = .717$, $p = .001$; mujeres $r = .567$, $p = .001$).

GONZÁLEZ, Norma. et.al. (México 2008), en su estudio cuyo objetivo fue: Conocer los factores de la resiliencia presentes en adolescentes mexicanos. En el análisis factorial se obtuvieron seis factores: seguridad personal, autoestima, afiliación, baja autoestima, altruismo y familia. Los hallazgos por sexo muestran mayor resiliencia en los varones, con rasgos de ser más independientes; las mujeres logran ser resilientes siempre y cuando exista un apoyo externo significativo o de dependencia. Se concluye que la resiliencia es indispensable debido a que los individuos tienen que empezar a transformarse a sí mismos y a su realidad adversa. En este sentido, la resiliencia abre el camino hacia la salud mental de la persona.

MORENO, J. (Cuba 2007), en su estudio titulado: “Autoestima y Autoconcepto según género en los pobladores de la Coruba”, sus resultados evidencian que tanto la autoestima como el auto concepto físico están influenciados por la edad, el género y la práctica físico- deportiva”; destacando como principal aportación que la práctica de alguna actividad física o deportiva es la que más predice la autoestima en particular en un 68% y el autoconcepto físico en un 32%, en general. Por otro lado, son los varones en un 53% en relación a un 47% de las mujeres los que presentan una mayor autoestima, imagen corporal, competencia y condición física. En cuanto a la evolución de la autoestima y el autoconcepto físico de los 9 a los 23 años, solo se observan diferencias significativas en la competencia percibida y la condición física. Como conclusión, este estudio muestra la relevancia que la edad, el género y la práctica físico-deportiva extraescolar parecen tener sobre la elaboración del autoconcepto físico.

SAAVEDRA, E; VILLALTA, M. (Chile 2007), en su estudio cuyo objetivo fue: Comparar los puntajes generales y por factores de la variable Resiliencia, en sujetos de diferentes tramos de edad y de ambos sexos, a través de la prueba SV-RES, en una muestra chilena, durante el segundo semestre de 2007. Los resultados encontrados indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de resiliencia de mujeres y hombres; sin embargo, se describe un perfil resiliente distinto entre ambos géneros. Del mismo modo, los niveles de resiliencia no están asociados directamente a la edad, ya que se obtienen resultados similares en las diferentes etapas de vida.

AMAR, A. Et. Al. (Brasil 2005), en su estudio titulado: “Autoconcepto en adolescentes embarazadas primigestas solteras”. Sus resultados muestran tendencia bajas del 25% en sus dimensiones internas (identidad, autosatisfacción y conducta); y tendencias altas del 75% en sus dimensiones externas (ser físico, ético - moral, personal, familiar y social).

CARDOZO, G. y ALDERETE, Ana M. (Argentina 2005), en su estudio cuyo objetivo fue: detectar las variables individuales y sociales que contribuyen al fortalecimiento del proceso de resiliencia en 210 adolescentes escolarizados de ambos sexos de un nivel socioeconómico bajo, residentes en la ciudad de Córdoba (Argentina) esta investigación permitió detectar dos grupos (resilientes-no resilientes), los cuales fueron comparados en relación a las características sociodemográficas y con las variables en estudio en donde se observaron diferencias significativas en relación con auto-concepto, soporte social, inteligencia y sucesos estresantes de vida por problemas personales.

AMEZCUA, Juan. PICHARDO, C. (Brasil 2000), en su trabajo de investigación cuyo objetivo fue: Profundizar en el análisis de las diferencias de género existentes entre adolescentes respecto de sus niveles de autoconcepto, adoptando un modelo multidimensional sobre este constructo. Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas entre sexos en tres dimensiones de las nueve evaluadas. El 62% de chicos obtienen mayores niveles de autoconcepto global y emocional, mientras que el 38% de mujeres destacan en autoconcepto familiar.

No existen diferencias significativas de género en autoconcepto social, autoconcepto total, académico general, académico percibido de los padres y académico percibido de los profesores.

A nivel nacional:

PEÑA. N. (Perú 2009), en su investigación cuyo objetivo fue: Identificar y comparar los niveles de Fuentes de Resiliencia que posee un grupo de estudiantes entre 9 y 11 años de edad de colegios nacionales de la ciudad de Lima y la ciudad de Arequipa. Los resultados fueron: no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las fuentes de resiliencia entre los grupos de Lima y Arequipa; por otro lado, sí se encontró diferencias significativas en las fuentes de resiliencia entre los grupos de varones y mujeres, con niveles de resiliencia bajos.

2.2. BASE TEÓRICA CIENTÍFICA:

RESILIENCIA: Es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. La resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental y parece una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas que, aun habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose y viviendo, incluso, en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados. Aunque durante mucho tiempo las respuestas de resiliencia han sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual demuestra de forma contundente que la resiliencia es una respuesta común y su aparición no indica patología, sino un ajuste saludable a la adversidad. (Zavaleta, A. 2001).

De este modo, la resiliencia se definiría como "la capacidad de un individuo de reaccionar y recuperarse ante las adversidades, lo que implica un conjunto de cualidades que fomentan un proceso de adaptación exitosa y de transformación, a pesar de los riesgos y de la propia adversidad " (Bernard. 2006).

Desde el punto de vista de las ciencias sociales corresponde a "la capacidad universal, que permite a una persona, grupo o comunidad, minimizar o sobreponerse a los efectos nocivos de la adversidad, la resiliencia puede transformar o fortalecer la vida de las personas". (Cardozo, G. 2005).

Por lo tanto, básicamente sería una capacidad esencialmente humana y universal que involucra al ser humano por completo; es decir su espiritualidad, sus sentimientos, sus experiencias y cogniciones, siendo determinante en el desarrollo de las personas y pudiendo ser promovida desde etapas tempranas. No obstante ha de tenerse en cuenta que no existe ninguna definición universalmente aceptada de "resiliencia", pero casi todas las que figuran en la bibliografía son muy similares. Es así que resiliencia es "el proceso de lidiar con acontecimientos vitales disociadores, estresantes o amenazadores de un modo que proporciona al individuo destrezas protectoras y defensivas adicionales a las previas a la disociación resultante del acontecimiento" a la vez se explica que el término "resiliente" se ha adoptado en lugar de otros anteriores que empleaban los investigadores para describir el fenómeno, como invulnerable, invencible y resistente, porque la acepción de "resiliente" reconoce el dolor, la lucha y el sufrimiento implícitos en el proceso. Con respecto a los alumnos y docentes, es aplicable a la siguiente definición: La resiliencia puede definirse como la capacidad de recuperarse, sobreponerse y adaptarse con éxito frente a la adversidad, y de desarrollar competencia social, académica y vocacional pese a estar expuesto a un estrés grave o simplemente a las tensiones inherentes al mundo de hoy. Esta definición deja en claro que en la actualidad todo alumno, y de hecho toda persona, joven o vieja, necesita desarrollar resiliencia. (Cardozo, G. 2005).

Pilares de la Resiliencia: Sobre la base de sus estudios de niños y jóvenes de ambientes signados por el alcoholismo y otros problemas, postulan siete características internas, que denominan "resiliencias", como típicas tanto de los niños como de los adultos resilientes. Estos autores sostienen que, a pesar de padecer diversas clases de problemas debidos al hecho de haber crecido en ambientes disfuncionales, los individuos pueden desarrollar estas resiliencias internas, cualquiera de las cuales podría servirles, como una suerte de salvavidas, para superar todo "daño".

Ellas son: iniciativa, independencia, introspección, interacción, humor, creatividad, moralidad y pensamiento crítico. Los signos de su presencia varían con la edad. (Zavaleta, A. 2001).

La iniciativa del niño de corta edad se manifiesta en la exploración que hace de su entorno, y la del adulto, en su capacidad de emprender acciones. La independencia, en un niño pequeño, se observa en su actitud de alejarse o desligarse de circunstancias desagradables; un adulto se conduce con autonomía, que es la capacidad de apartarse de situaciones externas. La introspección del niño se pone de manifiesto cuando percibe que algo está mal en una situación ambiental; el adulto muestra una percepción más desarrollada de qué está mal y por qué. Cuando un niño de corta edad busca conectarse con otros, está exhibiendo resiliencia de interacción; un adulto con esta resiliencia posee un complejo conjunto de destrezas que le permiten entablar relaciones con otros. El humor y la creatividad en los adultos se explican por sí mismos; en los niños, ambos se manifiestan en el juego. La moralidad de un niño se pone en evidencia a través de sus juicios sobre el bien y el mal; en los adultos, la moralidad implica tener altruismo y actuar con integridad.

A la vez se sostiene una sola de estas características, en un niño o en un adulto, puede bastar para impulsarlo a superar los desafíos de un medio disfuncional o estresante, y que a menudo se desarrollan resiliencias adicionales a partir de un único punto fuerte inicial. Explican estos autores que los individuos que enfrentan disfunción familiar u otros problemas ambientales suelen reaccionar con una respuesta dual que incluye conducta negativa y conducta resiliente. Muchas veces, una conducta que se considera disfuncional (como huir del hogar) puede contener elementos de resiliencia (como iniciativa e independencia). Reencuadrar esa conducta de modo de incluir sus elementos positivos -sin aprobarla, necesariamente podría facilitar el proceso de construir resiliencia. (Zavaleta, A. 2001).

Los investigadores de la resiliencia subrayan que ésta es un *proceso*, más que una lista de rasgos. Aunque al parecer algunos individuos tienen tendencias genéticas que contribuyen a su resiliencia, como temperamento desenvuelto y atractivo físico, la mayoría de las características asociadas con la resiliencia puede aprenderse.

Dimensiones de la Resiliencia: Se consideran las más relevantes en función al desarrollo de la investigación y estas son: Introspección, independencia, interacción, iniciativa, humor, creatividad, moralidad y capacidad de pensamiento crítico (Zavaleta, A. 2001).

Introspección: Es el arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta. Depende de la solidez de la autoestima que se desarrolla a partir del reconocimiento del otro. De allí la posibilidad de cooptación de los jóvenes por grupos de adictos o delincuentes, con el fin de obtener ese reconocimiento.

Independencia: Se definió como el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento. Depende del principio de realidad que permite juzgar una situación con prescindencia de los deseos del sujeto. Los casos de abusos ponen en juego esta capacidad.

Capacidad de relacionarse o interacción: Es decir, la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros. Una autoestima baja o exageradamente alta producen aislamiento: si es baja por autoexclusión vergonzante y si es demasiado alta puede generar rechazo por la soberbia que se supone.

Iniciativa: El gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.

Humor: Encontrar lo cómico en la propia tragedia. Permite ahorrarse sentimientos negativos aunque sea transitoriamente y soportar situaciones adversas.

Creatividad: La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. Fruto de la capacidad de reflexión, se desarrolla a partir del juego en la infancia.

Moralidad: Entendida ésta como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores. Es la base del buen trato hacia los otros.

Capacidad de pensamiento crítico: Es un pilar de segundo grado, fruto de las combinación de todos los otros y que permite analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre, cuando es la sociedad en su conjunto la adversidad que se enfrenta. Y se propone modos de enfrentarlas y cambiarlas. A esto se llega a partir de criticar el concepto de adaptación positiva o falta de desajustes que en la literatura anglosajona se piensa como un rasgo de resiliencia del sujeto.

Características de las Personas Resilientes: La investigación ha demostrado que los niños y adultos resilientes son muy similares en sus respuestas a los problemas y riesgos que enfrentan.

Los especialistas definen a los niños con resiliencia como individuos sociales y competentes, poseedores de habilidades para la vida tales como el pensamiento crítico, la capacidad de resolver problemas y de tomar la iniciativa; además, son firmes en sus propósitos y poseen una visión positiva acerca de su futuro. Por otro lado, se caracteriza a los adultos resilientes como personas capaces de establecer relaciones positivas, de resolver problemas y con una gran automotivación para superarse y superar los problemas que se le presentan. (Bernard. 2006).

La motivación educacional también se manifiesta en los adultos, como lo prueban sus logros educativos. A menudo tienen activa participación en iniciativas de cambio social y por lo general poseen un sentido de la fe, se consideran espirituales o religiosos. La mayoría muestra la capacidad de extraer algún significado y provecho del estrés, el trauma y la tragedia que han sufrido. Higgins señala, sin embargo, que muchos adultos que se consideran resilientes informan que, cuando eran niños, las simientes de su resiliencia no siempre resultaban evidentes para ellos mismos ni para los demás.

Desarrollo de la Resiliencia: La resiliencia no es un rasgo que las personas tienen o no tienen. Conlleva conductas, pensamientos y acciones que cualquier persona puede aprender y desarrollar. Se trata de una nueva mirada de la manera en que los diferentes seres humanos afrontan posibles causas de estrés: malas condiciones y vejaciones en la familia, reclusión en campos de prisioneros, situaciones de crisis como las causadas por viudez o el divorcio, las grandes pérdidas económicas o de cualquier otra índole. (García, M. 2008).

En lugar de preguntarse por las causas de la patología física o espiritual que esas catástrofes generan, el nuevo punto de vista supone indagar de qué condiciones está dotada esa minoría; por qué y de qué manera logra escapar a los males propios de los llamados “grupos de riesgo”. El hecho de que la adversidad no deriva irrevocablemente en individuos dañados, se ha mostrado que la conformación de éstos, depende, no simplemente de factores condicionantes como, por ejemplo, los recursos económicos, la alimentación, el nivel educativo de los padres, la estimulación materna o la disponibilidad de material lúdico, sino, fundamentalmente, de los mecanismos y las dinámicas que ordenan el modo cómo ellos se relacionan.

Los individuos “resilientes” se destacan por poseer un alto nivel de competencia en distintas áreas, ya sea intelectual, emocional, buenos estilos de enfrentamiento, motivación al logro autosugestionado, autoestima elevada, sentimientos de esperanza, autonomía e independencia, entre otras. Y esto ha podido ser así incluso cuando el área afectada es tan básica para la vida, como la nutrición. Para esclarecer el fenómeno de la resiliencia, los estudiosos han apuntado a las características del ambiente en que se han desarrollado los sujetos resilientes: han tenido corta edad al ocurrir algún evento traumático; han provenido de familias conducidas por padres competentes, integrados en redes sociales de apoyo, que les han brindado relaciones cálidas. Respecto al funcionamiento psicológico que protege del estrés a las personas resilientes, señalaremos: (Bernard. 2006): Mayor coeficiente intelectual y mejores habilidades de resolución de problemas, Mejores estilos de afrontamiento, Empatía, conocimiento y manejo adecuado de las relaciones interpersonales y Sentido del humor positivo.

Lo que hace que un individuo desarrolle la capacidad de ser resiliente es la formación de personas socialmente competentes que tengan la capacidad de tener una identidad propia y útil, que sepan tomar decisiones, establecer metas y esto involucra lugares sociales que implican a la familia a los amigos y las instituciones de gobierno de cada país. (Zavaleta, A. 2001).

Entre los mecanismos protectores por excelencia esta la relación de un adulto significativo, que reafirme la confianza en sí mismo del individuo, que lo motive, y por sobre todo le demuestre su cariño y aceptación incondicional (Sánchez, 2003).

Condiciones de Desarrollo: Muchos de los estudios demuestran que un factor primario para en la resiliencia es tener relaciones que ofrezcan cuidados y apoyo dentro y fuera de la familia. Las relaciones que crean apoyo y confianza, proveen modelaje y ofrecen estímulo y reafirmación además contribuyen a afirmar la resiliencia en una persona (Domínguez, 2005).

Para esclarecer el fenómeno de la resiliencia, los estudiosos han apuntado a las características del ambiente en que se han desarrollado los sujetos resilientes: han tenido corta edad al ocurrir algún evento traumático; han provenido de familias conducidas por padres competentes, integrados en redes sociales de apoyo, que les han brindado relaciones cálidas. (Zavaleta, A. 2001).

Si nos detenemos a observar la realidad en que viven nuestros jóvenes actualmente podemos ver cómo ciertas condiciones influyen negativamente en su desarrollo: carencia de redes de apoyo social para enfrentar las dificultades, incorporación prematura al empleo, desempeño de trabajos marginales o contractualmente precarios, falta de protección de su salud y derechos laborales, desocupación prolongada, fracaso y abandono escolar, adicción a las drogas y al alcohol etc. Todo esto se traduce en una baja autoestima, ausencia de un proyecto de futuro y dificultad para darle sentido al presente.

Fonagy y colaboradores, señalaron que las personas resilientes presentaron en su infancia los siguientes atributos: (Zavaleta, A. 2001): Nivel socioeconómico más alto, Ausencia de déficit orgánico y Temperamento fácil.

Como características del medio social inmediato señalan las siguientes: Padres percibidos como competentes y Mejor red informal de apoyo (amigos, familiares, compañeros).

La presencia de relaciones afectuosas es vital para fortalecer la resiliencia a través del ejemplo común como lo dicen las voces “hechos y no palabras”. Las oportunidades de participación son significativas para poder sentirse importante y querido. La resiliencia es una característica que se puede aprender como producto de una interacción positiva entre el componente personal y ambiental de un individuo. El vínculo afectivo que se establece en los primeros años de vida es vital para el desarrollo de un individuo capaz y seguro en una entidad. (Sánchez, G. 2009).

Fundamentos Teóricos de la Resiliencia:

Teoría Cognitiva de la Resiliencia: Para el análisis de los fundamentos teóricos de la Resiliencia, es necesario explicitar el funcionamiento de la mente, la cual, en los últimos tiempos, se ha conceptualizado de manera convergente por parte de las corrientes cognitivistas y de las Neurociencias. Es decir, la mente en sus aspectos sustanciales está en relación con el cuerpo y con el mundo en el que actúa. El niño o niña inicia su vida antes de nacer en el espacio psíquico de la madre; cuando esta lo acepta y lo nombra, la protección y la adversidad se vuelven previas al nacimiento, de acuerdo con la clase de relación primaria entre la madre y el padre. Somos seres que vivimos en el acto de conversar; nuestro espacio relacional consiste en redes de conversaciones que constituyen la cultura en que nos desarrollamos.

Desde una perspectiva cognitivista, los seres humanos construimos “entornos de diseño”, en los que la razón humana es capaz de sobrepasar el cerebro biológico en tanto interactúa con un mundo complejo, tanto de estructuras físicas como sociales.

Estas relaciones con el entorno pueden limitar pero también potencian las actividades de resolución de problemas, manejo del estrés, capacidades de afrontamiento de las situaciones críticas, entre otras. Vygotsky (1978) propuso en los años treinta la idea de que el empleo del lenguaje público tiene profundos efectos en el desarrollo cognitivo. Postuló un fuerte vínculo entre el discurso, la experiencia social y el aprendizaje, y planteó la noción de “zona de desarrollo proximal” para designar la necesidad que tiene el niño o niña de la orientación y la ayuda proporcionada por otro ser humano para tener éxito en las tareas que su desarrollo vital le impone. Sólo si ha tenido suficiente apoyo en la etapa del desarrollo puede, en ausencia del sujeto adulto, cumplir la tarea de que se trate: el diálogo instructivo que antes tenía con el ser adulto ahora lo tiene consigo mismo y logra orientar su conducta, enfocar su atención y evitar errores. No siempre los padres y madres ejercen un rol protector y beneficioso; cuando el sujeto progenitor es maltratador o abusador, se convierte en factor de riesgo y por lo tanto no aporta a la construcción de la Resiliencia. Desde el enfoque de la Resiliencia se alude al sujeto adulto que estimula y ayuda al niño niña a salir adelante. El más competente ayuda al sujeto joven o niño a alcanzar una posición desde la cual podrá reflexionar sobre lo que acontece y al mismo tiempo poseerá mayor conciencia y control de sus actos.

AUTOCONCEPTO: El autoconcepto está definido de diferentes maneras por varios autores, sin embargo todos llegan a la misma conclusión de que el autoconcepto es la percepción que cada individuo tiene de sí mismo y de su ambiente que lo rodea y este va cambiando conforme pasa el tiempo y las experiencias de cada individuo. Para el enfoque psicosocial es muy importante en el desarrollo del autoconcepto la socialización y el aprendizaje ya que las primeras relaciones que tiene el niño son de suma importancia para el desarrollo de éste. (Bandura, A. 1984).

El enfoque individualista también es importante las relaciones con el prójimo pero también tiene que ver los factores externos o el medio ambiente que lo rodea, ya que este puede influir en este proceso.

La autoestima también forma una parte muy importante dentro del autoconcepto ya que indica el valor que se tiene cada persona hacia sí mismo.

Respecto a la edad a la que comienza a desarrollarse el autoconcepto es en la primera infancia cuando empezamos a tener conciencia de nosotros mismos y de nuestro entorno. Esto también está relacionado no solo con la edad de la persona sino también tiene que ver en cuestiones de aprendizaje. Para crear una atmósfera que favorezca el desarrollo de autoconcepto y autoestima es necesario que se den 6 condiciones: Reto, libertad, respeto, afecto, control, éxito.

Por otro lado nos dice que el papel que juega la mujer en la sociedad contribuye a generar las mismas expectativas en las niñas y en los adolescentes que imitan esos modelos a medida que crecen, y llegó a la conclusión de que las mujeres tendían a mostrar menores niveles de autoconcepto que los varones. (Amar, A. et. al. 2005).

En este sentido, el autoconcepto realiza una función clave como organizador y motivador de la experiencia: mantiene una imagen consistente de quiénes somos y cómo reaccionamos en diferentes circunstancias. El juicio de si una conducta es consistente o no con la auto imagen, ayuda a configurar las nuevas experiencias conductuales. Juicios relativos al éxito o fracaso de una acción particular, o afectos relacionados con sus resultados, sirven a una función motivacional en cuanto a la probabilidad de su realización. (Bandura, A. 1984)

El autoconcepto, tal como es definida en el test, es considerado simultáneamente como una entidad global, pero que resulta de la autovaloración en áreas específicas de funcionamiento. Estas áreas se organizan jerárquicamente en cuanto a su peso dentro del concepto global de autoestima individual. Para los autores de la Escala, el autoconcepto es relativamente estable. Cualquiera sea la importancia que se le asigne en el desarrollo, no es algo que varíe con facilidad o en forma brusca. En los niños puede ser muy dependiente de la situación, pero se va estabilizando de manera progresiva a través del tiempo. El componente evaluativo reúne juicios sobre sí mismo que el niño va acumulando a partir de varias fuentes de valoración.

Algunos de esos juicios pueden provenir de “otros” significativos que él va internalizando: valores, normas, nociones de lo que es socialmente aceptable, etc. (Gorostegui, María E., 1993).

Los cambios culturales respecto de lo que se espera o valora en relación al género, impactan en los niveles de autoestima en cuanto el niño se auto percibe respondiendo a los cánones sociales o se auto percibe como deficitario en relación a lo socialmente valorado. Como una función del desarrollo, la autovaloración se va tornando cada vez más autónoma y los juicios valorativos comienzan a ser menos dependientes de los otros. Una tercera fuente de valoración está constituida por la forma en que el niño se compara con su grupo de pares: hermanos, compañeros de curso, etc.

Funciones del Autoconcepto: Numerosas investigaciones han señalado que una de las funciones más importantes del autoconcepto es regular la conducta mediante un proceso de autoevaluación o autoconciencia, de manera que el comportamiento de un sujeto dependerá en gran medida del autoconcepto que tenga en ese momento. Sin embargo, este proceso de autorregulación no se realiza globalmente, sino a través de las distintas autopercepciones o auto esquemas que constituyen el autoconcepto y que representan generalizaciones cognitivas, actuando de punto de contacto entre el pasado y el futuro, pudiendo controlar la conducta presente en función de éste. Estos auto esquemas, también llamados posible selves, influyen sobre la conducta bien por medio de las expectativas, bien determinando la interpretación de las distintas situaciones en las que se encuentra el sujeto, así como la información que será seleccionada, o bien afectando a las inferencias que se realicen. Las funciones de estos “posible selves” son muy variadas destacando el ser fuentes motivacionales que favorecen los sentimientos de autoeficacia, competencia y de control sobre la propia conducta. (Amar, A. et. al. 2005).

En relación a este papel motivador, recientes investigaciones han puesto de manifiesto que los «posible selves» representan los distintos motivos del sujeto, dando forma cognitiva y cargando de afectividad sus intereses, deseos, objetivos, miedos, etc.

Según lo señalado, este constructo constituye el punto de contacto entre los motivos y la conducta, siendo, por tanto, el autoconcepto, a través de ellos, el que la dirige e incentiva. (Bandura, A. 1984).

Por otra parte, como se ha visto, también por medio de estos auto esquemas, el autoconcepto actúa como un filtro a través del cual se selecciona y procesa la información relevante que el sujeto recibe en su interacción con el medio, determinando el resultado de la conducta. En definitiva, el autoconcepto, por medio de los auto esquemas que lo constituyen, se encarga de integrar y organizar la experiencia del sujeto, regular sus estados afectivos y, sobre todo, actúa como motivador y guía de la conducta.

Ilusión de Incompetencia: Denomina ilusión de incompetencia al hecho de que los niños capaces no tengan una percepción positiva de sus habilidades.

El autor agrega importante evidencia empírica sobre motivación de logro, que demuestra que la percepción que el niño tiene de sus habilidades juega un rol mediador entre la real capacidad del niño y su expresión en actitudes, conducta y rendimiento escolar. El descubrimiento de la relativa independencia entre la habilidad real y los determinantes motivacionales del logro es uno de los hallazgos más interesantes de las últimas investigaciones. La autora concuerda con Entwistle (1987) en que la valoración que los padres asignan al trabajo del niño, junto con la de los profesores, influye en el autoconcepto académico, más que los resultados objetivos, y puede (en casos en que ésta es negativa), contribuir a la ilusión de incompetencia que pueden mostrar niños objetivamente competentes. (Bandura, A. 1984).

Las creencias y padres y profesores pueden influenciar la auto imagen del niño a través del feedback que les proporcionan. Phillips (1984). Las autopercepciones de competencia son críticas para la regulación de la conducta y la motivación de logro. Los niños con baja competencia auto percibida exhiben menores estándares de rendimiento en promedio, que sus pares con alta percepción de competencia, y paralelamente subestiman sus reales niveles de desempeño en relación a los puntajes que obtenían en los test.

Niños con autovaloraciones negativas o muy frágiles, tienden a evitar la posibilidad de recibir feedback negativo, para ello, seleccionan tareas cuyo éxito es seguro (y no implican un desafío o un riesgo) o es reconocidamente imposible y por lo tanto no vale la pena intentarlo. Los niños depresivos y/o con severas dificultades de aprendizaje, se muestran extremadamente sensibles a la crítica, por lo que adoptan frecuentemente este tipo de defensa. Los profesores refuerzan estas conductas al disminuir los estándares de exigencias y subestimar sus posibilidades de éxito. El papel de esta dinámica en la perpetuación de las autovaloraciones peyorativas de los niños ha recibido importante apoyo empírico. (Bandura, A. 1984).

En síntesis, las percepciones subjetivas de los niños se asocian críticamente con su motivación de logro. La percepción de competencia, puede explicar diferencias en rendimientos académicos en niños de igual capacidad intelectual. Por otra parte, el conjunto de actitudes y autopercepciones de niños con self minusvalorado, produce una retroalimentación que lleva a un espiral negativo entre baja autoestima y su correspondiente confirmación conductual.

Autopercepción de Competencia y Adaptación social: La evaluación de este aspecto del self presenta más dificultades que la evaluación del self escolar o de los atributos físicos, dado que las percepciones acerca de si el escolar tiene muchos amigos o es querido por sus padres o profesores, no implican necesariamente juicios sobre la adecuación de su self ya que podría responder a una característica real de no ser querido o de estar en un grupo de pares poco amistosos.

Piaget (1975) plantea que el escolar cuenta con mecanismos de reversibilidad operatoria que le permiten una reflexión sobre sí mismo, pero exenta de autocrítica independiente del juicio de los otros.

Su autoconcepto no pasa de ser un espejo que refleja lo que él cree que los otros piensan de él. Se trata de un si mismo ingenuo, no autónomo respecto de la opinión de los otros, que conforma un núcleo alrededor del cual se irá ampliando y objetivando el autoconcepto en las sucesivas confrontaciones en el colegio, familia, pares, etc.

Ellen Piers (1984) concuerda con esto al reconocer que algunos aspectos de la autovaloración pueden representar internalizaciones de los juicios de los otros.

Las Nuevas Aproximaciones al Autoconcepto: Aun cuando han transcurrido más de 20 años desde que Ellen Piers presentó los supuestos teóricos sobre los que basa su Escala, las nuevas aproximaciones al tema han seguido la misma línea ya clásica de la autora. (Amar, A. et. al. 2005).

Siguen vigentes sus hipótesis, por ejemplo, sobre la forma en que surge, se desarrolla y se organiza el autoconcepto en el sentido de que no es innato, sino que se construye y define a lo largo del desarrollo a partir de la influencia de personas significativas del medio familiar, escolar y social, en interacción con las propias experiencias de éxito y fracaso. También hay acuerdo en que el autoconcepto cumple una función mediadora que le facilita o le impide a la persona realizar una tarea (de acuerdo a su autovaloración) es decir, condiciona y retroalimenta la conducta.

Para estos autores, la autovaloración, se trata entonces de un proceso auto evaluativo, subjetivo y personal, que proporciona un feedback interno que es interpretado de diferentes maneras por cada uno y que define la calidad de la relación del organismo con su sí mismo. La alta o baja autoestima, salvo en las etapas primeras del desarrollo sería el resultado de un proceso auto reflexivo sobre un feedback emocional propio, experimentado cotidianamente. (Amar, A. et. al. 2005).

Problemas Metodológicos en torno al Estudio del Autoconcepto: Durante la década de los 80 y los 90, se reúne una gran cantidad de estudios tanto teóricos como aplicados en relación al tema de la evaluación de la autoestima y el autoconcepto. Estos estudios pueden agruparse en torno a los siguientes puntos:

¿Puede ser evaluada la autoestima?

¿Se trata de un concepto estable en el tiempo o está sujeto a cambios producto del desarrollo?

¿Cuánto afectan los estímulos y cambios en el ambiente en que se mueve el niño?

¿Se trata de un concepto global o está conformado por varios factores?

Si se trata de un concepto multifactorial, ¿Cuáles son esos factores?, ¿Están jerarquizados?, ¿Cambia esta jerarquía de acuerdo a las diferentes etapas evolutivas?

Concepto y Autoconcepto: Los estudios sobre Autoconcepto, desde la perspectiva de la Psicología del Desarrollo, han seguido la misma línea metodológica que los estudios sobre la formación del concepto, asumiendo que en el curso de la vida las bases cognitivas cambian y por ello, también el autoconcepto debería experimentar cambios. El hecho es que tanto en estudios desarrollistas como no desarrollistas el foco de la investigación se sitúa en las estrategias intelectuales y procesos mediante los cuales el individuo llega a adquirir el autoconcepto.

Sin embargo pareciera que el modo de aproximación utilizado para la formación del concepto en general, no sería igualmente válido para la aproximación al estudio del concepto de sí mismo, pero hasta el momento, el problema persiste. (Sánchez, G. 2009).

Autoconcepto y Autoestima: La estimación de sí mismo a diferencia del entendimiento o comprensión conceptual del self tiene una clara orientación afectiva y puede ser evaluada de acuerdo a su valencia positiva o negativa para el niño, la que una vez establecida, sus índices de medida son esencialmente cuantitativos. (Sánchez, G. 2009).

Limitaciones de la Medición: Sea cual fuere el método de aproximación utilizado, al intentar descubrir el origen del autoconcepto, el lactante y el niño pequeño en etapas relingüísticas no puede entregar información verbal sobre aspectos de su self, ni puede comprender las complejas instrucciones que la mayoría de las tareas demandan para este fin, por este motivo, los estudios empíricos sobre emergencia del autoconcepto o autovaloración en el lactante o el niño etapas paralingüísticas, son muy escasos y se reducen a estudios sobre autor reconocimiento visual.

No está claro el problema reside en la metodología utilizada o si en efecto, el auto reconocimiento visual sería la única manifestación del autoconcepto infantil.

A partir de la aparición del lenguaje, los diseños experimentales se enriquecen gracias a la inclusión de entrevistas y otros procedimientos verbales, lo que ha permitido estudiar otros componentes del self tales como autoconciencia del self, autodefinición, comparación con otros, autovaloración, etc. El uso de escalas y cuestionarios que permiten acceder al estudio de grandes grupos, sólo es posible cuando el niño puede leer y escribir en forma independiente, comprende instrucciones escritas, etc. vale decir, sólo es factible con niños en etapa escolar. (Amar, A. et. al. 2005).

Estabilidad o Inestabilidad del Autoconcepto: Ciertos investigadores sostienen que las escalas en general tienen en común y que los puntajes situados bajo el promedio son más variables (menos estables) que aquéllos que se ubican sobre el promedio. Controlando la posibilidad de respuestas al azar, hay autores que explican esta tendencia en términos de una cristalización y estabilización creciente y gradual del autoconcepto a medida que el niño crece: los niños pequeños con alta autoestima estabilizan antes si se comparan con niños de la misma edad y con bajo autoconcepto. En niños mayores y en adultos, se esperaría mayor estabilidad en el autoconcepto. (Amar, A. et. al. 2005).

De comprobarse estas hipótesis, las intervenciones para mejorar el autoconcepto (la autovaloración) serían más exitosas en etapas más tempranas, cuando las diferentes dimensiones del autoconcepto son más flexibles; sostiene además que la mayor variabilidad de resultados en niños pequeños que obtienen resultados bajos debería interpretarse como un indicador de un autoconcepto incierta y pobremente definido más que como un indicador de la baja confiabilidad de los test. También se cuestiona la estabilidad de la valoración del autoconcepto en niños, aduciendo que las actitudes hacia el self serían un reflejo de la situación inmediata, lo que hace cuestionarse la posibilidad de ser evaluadas consistentemente.

F. Seeman afirma que esto puede ser cierto para los preescolares, pero que a partir de los 7 u 8 años, las investigaciones confirman que las auto actitudes son razonablemente estables. (Stetsenko, A. 2000).

Teorías del Autoconcepto:

El aporte de Rogers: Una influencia importante en la definición de autoestima manejada por los autores, es la corriente rogeriana. C. Rogers (1976) plantea que la experiencia de sí mismo engloba todos los hechos y acontecimientos del campo fenomenológico que el individuo reconoce en relación al yo y constituye la materia con que se forma la estructura experiencial llamada imagen o idea del yo. Rogers utiliza indistintamente los términos “noción del yo”, “imagen o idea del yo” e incluso “estructura del yo” para referirse a una configuración experiencial que se compone de percepciones referidas al yo en sus relaciones con los otros y con la vida en general. En el término incluye los valores positivos y negativos que el individuo concede a esas percepciones (Mayer, L. 2006).

Teoría de William James sobre el self: Esta teoría está a la base de la mayoría de los estudios teóricos e investigaciones empíricas norteamericanos sobre autoconcepto a la fecha de la publicación de la Escala y permanece vigente hasta ahora. (Stetsenko, A. 2000).

Williams James plantea (a fines del siglo XIX) que lo que sentimos respecto de nosotros mismos depende de lo que apostemos a ser y hacer. Este sentimiento está determinado por la proporción entre nuestra realidad y nuestras supuestas potencialidades, una fracción de la cual son nuestras pretensiones y la otra, nuestro éxito. Por lo tanto, autoestima depende del éxito que tengamos de acuerdo a las pretensiones o a metas que nos propongamos. Dicha relación puede modificarse, tanto disminuyendo el denominador como aumentando el numerador (o viceversa) Tan maravilloso consuelo es ceder en pretensiones como verlas colmadas.

El self se compone del Mí y el Yo. El Mí es la suma de lo que una persona puede llamar suyo y se compone de:

El Mí material (cuerpo, pertenencias, familia). La familia es importante ya que influye a través de mecanismos de aprendizaje y proporciona modelos de identificación e imitación que afectan la formación de la conciencia de sí mismo en el curso del desarrollo.

El Mí social (relaciones, roles, reconocimiento que el individuo recibe de sus semejantes). Hay tantos roles sociales como personas lo conozcan y se relacionen con él. James afirma que existe una propensión innata a ser conocidos favorablemente por el grupo.

El Mí espiritual (conjunto de estados de conciencia, capacidades y disposiciones psíquicas tomadas en su totalidad). Que puede constituirse en objeto para la conciencia, despertando las mismas emociones que los otros constituyentes del self.

En síntesis:

Los individuos mantienen una visión de sí mismos relativamente consistente, que se desarrolla y estabiliza durante la niñez.

Los niños están dispuestos a revelar aspectos importantes de su auto imagen, a través de decidir si son verdaderas o falsas para ellos una serie de afirmaciones. La evaluación de su autoconcepto se relaciona con otros aspectos de su personalidad.

Los resultados de ésta auto evaluación son predictivos de su conducta futura.

El autoconcepto se forma a partir de lo biológico y de lo ambiental, primariamente durante la niñez por la interacción con el ambiente y por actitudes y conductas de los otros.

El autoconcepto puede cambiar en respuesta a cambios ambientales o del desarrollo, pero no como respuesta a experiencias aisladas.

Los Planteamientos Teóricos de E. Piers sobre Autoconcepto: Se resume en seis puntos planteamientos teóricos sobre el autoconcepto que se evalúa en su escala. (Moreno, J. 2007).

1° En su naturaleza el autoconcepto se considera esencialmente fenomenológico, no observable directamente, pero susceptible de ser inferido a partir de conductas o auto reporte. Reconoce de que a pesar de que las conductas son medibles directamente, es difícil hacer inferencias sobre el autoconcepto que sean replicables y consistentes en distintas situaciones. En este sentido, el auto reporte, aunque susceptible de muchas distorsiones, es consistente con la definición de autoconcepto que sustenta la prueba, dado que es una experiencia directa de la experiencia individual.

2° Se considera que el autoconcepto es una entidad global, pero con componentes específicos. Refleja cómo siente el niño globalmente acerca de sí mismo, considerando sus habilidades generales y específicas su auto imagen física. Es decir, el autoconcepto global deriva de la autovaloración en áreas específicas de funcionamiento. Algunas de estas áreas son relativamente claras (self físico, self moral y ético, self académico) pero otras están débilmente definidas; algunas son más importantes que otras en la evaluación global, de manera que baja autovaloración en áreas que no son consideradas importantes por el niño, probablemente tendrán poco impacto sobre la autovaloración total.

3° El autoconcepto es relativamente estable. A pesar de la importancia que pueda asignársele a la experiencia en su desarrollo, no es algo que cambie con facilidad. En los niños pequeños el autoconcepto puede ser muy dependiente de la situación, pero se va estabilizando progresivamente.

4° El autoconcepto tiene un componente descriptivo y uno evaluativo que se obtiene a partir de juicios que el niño ha acumulado sobre sí mismo y otros que han sido internalizados (valores, normas, nociones de lo que es socialmente deseable) También se puede aislar un componente referido a lo intra individual, en relación a sus propios estándares internos, y otro referido a la forma en que se evalúa en comparación con sus pares.

5° El autoconcepto es experimentado y expresado por los niños de manera diferente en las distintas etapas de su desarrollo. En la primera infancia el foco está en la diferenciación del self respecto del ambiente y en el establecimiento de relaciones recíprocas con sus cuidadores.

6° El autoconcepto realiza una función clave como organizador y motivador de la experiencia, manteniendo una imagen consistente de quiénes somos y cómo reaccionamos en diferentes situaciones, lo que disminuye la ambigüedad de las situaciones nuevas y estructura conductas hacia metas y objetivos. El juicio de si una conducta es consistente o no con la auto imagen, ayuda a configurar las nuevas experiencias conductuales. Juicios relativos al éxito o fracaso de una acción particular o a efectos relacionados con sus resultados, pueden servir a una función motivacional sobre sus resultados.

SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA HUMANA (SIDA): Es el conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen como consecuencia de la depresión del sistema inmunológico debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Una persona infectada con el VIH va perdiendo, de forma progresiva, la función de ciertas células del sistema inmune llamadas linfocitos T CD4, lo que la hace susceptible a desarrollar cierto tipo de tumores y a padecer infecciones oportunistas (infecciones por microorganismos que normalmente no causan enfermedad en personas sanas pero sí lo hacen en aquellas en las que está afectada la función del sistema inmune).

Desarrollo de la Enfermedad: Desde que una persona se infecta con el VIH hasta que desarrolla el SIDA suelen transcurrir entre 6 y 10 años. El estudio de la evolución de la enfermedad puede realizarse a través de distintos marcadores de laboratorio o estar basado en la secuencia de aparición de las diferentes manifestaciones clínicas. Dentro de los marcadores bioquímicos se suele considerar el descenso de la cifra de linfocitos T CD4 que, hasta hace relativamente poco tiempo, ha sido la referencia principal para catalogar el estadio de evolución de la enfermedad.

Desde 1996, la determinación de la cantidad de virus circulante en la sangre de la persona infectada, que recibe el nombre de carga viral, se ha convertido en el marcador más importante de la evolución de la enfermedad.

Alrededor de tres semanas después de la infección por el VIH, la mayoría de los pacientes experimentan síntomas pseudos gripales como fiebre, cefalea, eritema, linfadenopatías y sensación de malestar. Estas manifestaciones desaparecen al cabo de una o dos semanas. Tiene 3 Fases:

1° En la Primera, después de la infección, el virus se multiplica muy rápidamente, pero las defensas están todavía suficientemente fuertes para enfrentarlo pero no para radicarlo. Es común que desarrollen una serie de síntomas similares a los de un cuadro gripal. A esta etapa también se la llama “infección aguda por VIH” o “Primoinfección”. El cuerpo tras la infección, tarda varias semanas en producir anticuerpos contra el VIH y en generar células inmunitarias que puedan reconocer y destruir al VIH. Se le llama Seroconversión, en el momento en que aparecen los anticuerpos contra al VIH. Entonces el periodo de aproximadamente tres semanas durante el cual no se puede detectar a través de los anticuerpos (Prueba de Elisa); es el llamado “Periodo Ventana”. Es decir que aun saliendo negativa la prueba de detección de los anticuerpos, existe la infección y se puede transmitir.

2° En la Segunda, se da una pelea entre las defensas y el virus. El virus ataca y destruye las células de los linfocitos CD4, sin embargo el sistema inmunitario es capaz de ir reponiéndolas células destruidas, manteniendo un cierto control de la enfermedad. El virus esta aparentemente inactivo y quizá pase entre 8 y 10 años sin que aparezcan síntomas. Es un periodo en que no exista alguna manifestación alguna y esto va a depender de la constancia y compromiso en el tratamiento indicado.

3° En la Tercera, denominada SIDA o “fase de enfermedad avanzada” por VIH, aparecen las infecciones y tumores característicos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Modos de Transmisión: El contagio del VIH se produce por vía sexual, sanguínea y de la madre al feto o al recién nacido. El VIH se transmite por contacto directo y para ello es necesaria la presencia de una cantidad suficiente de virus. Esta proporción sólo existe en el semen y otras secreciones sexuales (flujo vaginal), en la sangre contaminada y, en menor cantidad, en la leche materna. El virus penetra en el organismo del individuo sano y entra en contacto con la sangre o las mucosas.

Contagio por vía Sexual: El virus presente en los flujos sexuales de hombres y mujeres infectados, puede pasar a la corriente sanguínea de una persona sana a través de pequeñas heridas o abrasiones que pueden originarse en el transcurso de las relaciones homo o heterosexuales sin protección (preservativo) de tipo vaginal, anal u oral.

Contagio por vía Sanguínea: El contacto directo con sangre infectada afecta a varios sectores de la población. La incidencia es muy elevada en los consumidores de drogas inyectadas por vía intravenosa que comparten agujas o jeringuillas contaminadas; el riesgo de contagio del personal sanitario en los accidentes laborales por punción con una aguja o instrumento cortante contaminado con sangre infectada es del 0,3%.

Contagio Madre a hijo: Finalmente, la madre puede infectar a su hijo a través de la placenta en el útero, durante el nacimiento o en el periodo de la lactancia. Aunque sólo un 25-35% de los niños que nacen de madres con SIDA presentan infección por VIH, esta forma de contagio es responsable del 90% de todos los casos de SIDA infantil. Este tipo de transmisión tiene una incidencia muy elevada en el continente africano y en el Perú esta va en aumento.

Sintomatología Biológicos: Muchas personas infectadas no presentan síntomas del SIDA, especialmente en los primeros años, y en general durante largo tiempo, solo una ligera pseudo gripe entre las 2 y 5 semanas luego de contraer la infección.

El virus va debilitando el sistema inmunológico lentamente y sería tras 8 a 10 años sin tratamiento cuando la enfermedad habría evolucionado y el sistema inmunológico estaría muy deteriorado el momento en que aparecerían los siguientes síntomas: Pérdida brusca de peso superior al 10 %, fiebre, sudoración nocturna durante más de un mes, diarrea crónica durante más de un mes, fatiga persistente y aguda.

Otros síntomas del SIDA secundarios: Tos seca durante más de un mes, urticarias, úlceras bucales, hongos en boca y garganta, herpes e inflamación de los ganglios.

Psicológicos: En este aspecto, además de los cambios físicos evidentes provocados por la enfermedad, existen los cambios económicos y el estigma asociado a la misma. Las personas ven limitada su fuerza para continuar trabajando en detrimento de su ingreso; además de vivir el rechazo, lo que impacta en su autoestima y aislándolo de su familia y su entorno social, creando una autocrítica dura y excesiva que la mantiene en un estado de insatisfacción consigo misma, también un sentimiento de culpabilidad por la que se acusa y se condena al haber contraído la enfermedad, a pesar de todas las recomendaciones dadas por el sector salud, exagera la magnitud de sus errores y delitos y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar nunca a perdonarse por completo, esto depende también del ambiente familiar, social y educativo en el que se desenvuelva y los estímulos que este pueda brindar.

Hay una estrecha relación entre la sociedad, la familia y la persona, ya que la sociedad es la que presenta a la persona un modelo social con costumbres y con una cultura que a través de la familia son transmitidos al individuo.

Social: En este sentido, además de cambiar su estilo de vida, es estigmatizado, hay un impacto económico, y que además debe preocuparse por su supervivencia, enfrentarse con una realidad. También se dan fracturas en las familias, al quedar muchos niños al cuidado de los abuelos o en albergues siendo ya huérfanos. Al igual que en el círculo laboral o de amistades ya que estos en su mayoría se van a alejar del paciente por temor o desconocimiento sumergiéndolo a este en un cuadro depresivo.

Diagnóstico: Durante las 4 a 8 semanas siguientes a la exposición al VIH, la prueba es negativa porque el sistema inmunológico aún no ha desarrollado anticuerpos frente al virus. En general, las distintas pruebas de laboratorio que se utilizan para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana pueden clasificarse en directas e indirectas, según si se intenta demostrar la presencia del virus o de sus constituyentes (proteínas y ácidos nucleicos) o bien la respuesta inmunitaria (humoral o celular) por parte del huésped. Pero las pruebas más utilizadas por los laboratorios para determinar la presencia del SIDA es la prueba de ELISA y la de WESTERN BLOT, mediante estos métodos se puede afirmar con toda certeza si el paciente es portador del virus VIH/SIDA.

Prevención: El conocimiento de las vías de transmisión del VIH permite adoptar medidas que eviten la extensión del virus en la población. En las relaciones sexuales coitales con sujetos infectados el método más eficaz de prevención es el empleo correcto de preservativos. En los casos de consumidores de drogas hay que evitar compartir el material que se utiliza para la inyección intravenosa. Para reducir la incidencia de la transmisión por accidentes laborales en el personal sanitario es conveniente el empleo de instrumental desechable adecuado, así como de guantes y gafas protectoras. En cuanto a las mujeres infectadas en edad fértil es muy importante que reciban toda la información disponible respecto a la posibilidad de transmitir el VIH al feto, y por tanto de la conveniencia de adoptar las medidas necesarias para evitar un embarazo. La transmisión del virus a través de la leche de la madre contraindica la lactancia materna, por lo que se recomienda la lactancia artificial.

Infecciones Oportunistas: En muchas ocasiones, los enfermos con SIDA no fallecen debido a la infección por el propio virus, sino como consecuencia de la aparición de infecciones oportunistas o de algunos tipos de tumores. Las infecciones se desarrollan cuando el sistema inmunológico no puede proteger al organismo frente a diversos agentes infecciosos que están presentes de forma habitual en el medio ambiente y que en circunstancias normales no provocan enfermedad como por ejemplo la tuberculosis, la neumonía, infecciones provocadas por bacterias del tracto gastrointestinal también pueden cursar con diarrea, pérdida de peso, anemia, anorexia y fiebre.

Las infecciones por hongos también son frecuentes en pacientes con SIDA. Como por ejemplo *Cándida albicans*, las infecciones virales oportunistas, especialmente las debidas a herpes virus, Los citomegalovirus, miembros de esta familia de virus, infectan la retina y puede provocar ceguera. Muchos pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida desarrollan, además, tumores. Los más comunes son los linfomas de células B y el sarcoma de Kaposi.

Tratamiento: El tratamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana comprende el empleo de fármacos que inhiben la replicación del VIH, así como los tratamientos dirigidos a combatir las infecciones oportunistas y los cánceres asociados.

También incluyen las actividades organizadas por el personal de enfermería en coordinación con psicología para generar una autovaloración alta positiva en el paciente.

Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA): Es un tratamiento que brinda el Ministerio de Salud (MINSA) como una de las mejores estrategias costo-efectivas para los pacientes con VIH-SIDA, debido a que reduce la mortalidad, las hospitalizaciones, la incidencia de infecciones oportunistas y el cáncer, promoviendo así el uso de servicios de salud y mejora en la calidad de vida. Actualmente se considera que el tratamiento más eficaz para luchar contra el VIH es la combinación de tres medicamentos, dos análogos de los nucleósidos (inhibidores de la transcriptasa inversa) y un inhibidor de la proteasa. Aunque estas combinaciones pueden dar lugar a importantes efectos secundarios, cuando se usan con precaución es posible reducir los niveles del virus en sangre (carga viral) hasta cifras prácticamente indetectables. La carga viral debe determinarse de forma periódica entre 1 y 6 meses. En la actualidad se está llevando a cabo ensayos clínicos de terapia intermitente con resultados esperanzadores.

Existen diversos tratamientos muy eficaces para luchar contra las distintas infecciones oportunistas que se originan en el SIDA. Con estos tratamientos se consigue mejorar tanto la calidad de vida como la supervivencia de los enfermos. Distintos fármacos (cotrimoxazol) frente al microorganismo *Pneumocystis carinii* han permitido reducir drásticamente la incidencia de esta infección, así como su alta mortalidad. Varios tipos de fármacos antifúngicos, como la anfotericina B y el fluconazol, son enormemente eficaces. En general, el tratamiento antirretroviral está indicado cuando la carga viral es superior a 5.000-10.000 copias/ml, pero existe una tendencia actual a iniciar el tratamiento de una forma precoz para intentar suprimir la replicación viral lo antes posible.

Existen distintos fármacos que actúan en fases diferentes del ciclo de replicación viral (análogos de los nucleósidos, inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa e inhibidores de las proteasas). Un segundo problema asociado al uso de los análogos de los nucleósidos es la aparición de formas resistentes a la acción de estos medicamentos, debido a la facilidad del virus para realizar mutaciones y a su alta tasa de replicación, sobre todo en las primeras fases de la infección.

Este tratamiento implica la combinación de tres o más drogas antirretrovirales de diferente principio farmacológico y que permite la disminución de la carga viral en sangre hasta niveles indetectables, conduciendo a la recuperación inmunológica del paciente. Es importante destacar que el TARGA ofrece la oportunidad de una evaluación médica por enfermería, psicología y servicio social, exámenes auxiliares (de linfocitos CD4 y carga viral), adherencia al tratamiento, entrega de medicamentos, charlas informativas, controles médicos, entre otros beneficios que brinda este programa, este está formado por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud integrado por el médico, la enfermera, la asistente social, el psicólogo, el químico farmacéutico, entre otros.

Los pacientes que pueden recibir el tratamiento TARGA son:

Toda persona infectada con el virus del VIH con análisis comprobado. El ingreso es voluntario ya que el paciente no es obligado. Dependiendo del estado físico y psicológico del paciente, el personal de salud evaluará detenidamente su ingreso al TARGA. En forma previa, la persona afectada recibirá información y consejería sobre los beneficios y las reacciones adversas del tratamiento. Si luego de ser sometida a exámenes, el médico infectólogo determina que la persona está en riesgo de enfermedades. Este tratamiento ocasiona en el paciente una mejoría bastante marcada tanto física como emocional ya que el individuo al recibir su terapia antirretroviral, la carga viral disminuye considerablemente por lo tanto el paciente se siente con más ánimo para afrontar la enfermedad y seguir con su rutina cotidiana elevando así su autoestima la cual se vio bastante venida a menos debido a la enfermedad esto se ve evidenciado cuando el profesional de enfermería y en general el equipo multidisciplinario brinda adecuadamente el apoyo emocional necesario para el bienestar psicoemocional y social del paciente.

Autoestima y SIDA: La discriminación tiene muchas facetas que se evidencian por un inadecuado cuidado profesional para las personas que son VIH positivos; Estigmatización y aislamiento de la familia, del contexto social, de la comunidad y de la Iglesia; pérdida del empleo; Violencia física y/o psicológica contra personas de orientación homosexual, prostituidos y drogadictos; Restricciones de viajes; Presiones familiares y sociales sobre lo que brindan ayuda para que no cuiden a las personas infectadas con el VIH; Negativa a brindar cuidados sanitarios básicos y seguros de vida o salud; Registros obligatorios; Rechazo a brindar alojamiento; Actitud negativa para brindar acceso a la educación, especialmente a los niños; Exclusión de personas, tales como refugiados y estudiantes procedentes de áreas altamente endémicas.

Es aquí donde se observa notoriamente una alteración negativa en la autoestima ya que esta serie de actitudes tomadas por la sociedad condenan al individuo portador del VIH al aislamiento, el auto juicio valorativo que es la base del autoestima se ve deteriorada conllevando al paciente a desencadenar un cuadro depresivo y llevándolo incluso a la muerte ya que al no darle importancia a su bienestar e incluso abandonar el tratamiento de retrovirales la calidad de vida que va a llevar será cada vez más perjudicial para él.

Las estructuras socioeconómicas en el mundo promueven la pobreza de ciertas comunidades y grupos, haciendo más vulnerables a la difusión del SIDA a aquellos que no tienen privilegios. La lucha contra el SIDA es por lo tanto una lucha contra la pobreza, el analfabetismo, la prostitución, la drogadicción y todas las formas de desigualdad social. La falta de información tendenciosa también contribuye a la discriminación.

Enfermería y TARGA: El equipo Multidisciplinario Básico para la Adherencia al TARGA: es el equipo de prestadores necesario para desarrollar las actividades del programa de adherencia en un Establecimiento de Salud (Médico, enfermera, consejera - psicóloga, trabajadora social y promotores educadores de pares).

Es importante destacar que el TARGA ofrece la oportunidad de una evaluación e intervención por enfermería, que integra el equipo multidisciplinario de profesionales de la salud.

El (La) profesional de enfermería juega un rol importante en el fortalecimiento del autoestima de los pacientes ya que tiene como responsabilidad el observar al paciente como un ser integral para brindar información pertinente, apoyo emocional y consejería. Identifica precozmente al interactuar con el paciente comportamientos o actitudes que indique una alteración en el autoestima del individuo y así prevenir abandonos de tratamientos o atentados contra la propia integridad física y emocional.

3.2. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- **Resiliencia:** Capacidad de un individuo de reaccionar y recuperarse ante las adversidades.
- **Introspección:** Arte de preguntarse a sí mismo y darse una respuesta honesta.
- **Independencia:** Saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas; la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento.
- **Interacción:** Es la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas.
- **Iniciativa:** El gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.
- **Humor:** Permite ahorrarse sentimientos negativos aunque sea transitoriamente y soportar situaciones adversas.
- **Creatividad:** La capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.
- **Moralidad:** Capacidad de extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores.
- **Autoconcepto:** Es la percepción que cada individuo tiene de sí mismo y de su ambiente que lo rodea y este va cambiando conforme pasa el tiempo y las experiencias de cada individuo.

2.4.4. Operacionalización de Variables:

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	INDICES	ESCALA	INSTRUMENTO
Variable Independiente: Resiliencia	Conjunto de atributos y habilidades innatas para afrontar adecuadamente situaciones adversas, como factores estresantes y situaciones riesgosas.	Capacidad de autocrítica, de observarse a sí mismo y al entorno, hacer cuestionamientos profundos y dar respuestas honestas.	Introspección	Alto	55-75	Ordinal	CURSITARIO
				Medio	35 – 54		
				Bajo	15 - 34		
		Capacidad para auto exigirse, apersonarse de su responsabilidad, de sus decisiones y consecuencias.	Iniciativa	Alto	44 – 60	Ordinal	
				Medio	28 – 43		
				Bajo	12 - 27		
		Habilidad para encontrar lo cómico e la propia tragedia y/o adversidad lo cual le permite ahorrarse sentimientos negativos ante situaciones adversas.	Humor	Alto	36 -50	Ordinal	
				Medio	23 - 35		
				Bajo	10 – 22		
		Capacidad para brindar, sostener y establecer relaciones de confianza y solidaridad fuertes y de largo plazo con otras personas o grupos.	Interacción	Alto	42 - 55	Ordinal	
				Medio	27 - 41		
				Bajo	11 – 26		
		Capacidad del paciente para ver objetivamente los problemas o las situaciones, estableciendo límites sin dejarse apasionar o influenciar por sus propios mapas.	Independencia	Alto	44 – 60	Ordinal	
				Medio	28 - 43		
				Bajo	12 – 27		
		Capacidad de crear o transformar palabras, objetos o acciones en algo innovador que sea eficaz.	Creatividad	Alto	36 – 50	Ordinal	
				Medio	23 - 35		
				Bajo	10 – 22		
		Dar sentido trascendente a las actuaciones, dando y deseando a otros el bien propio, asimismo comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo	Moralidad	Alto	36 -50	Ordinal	
				Medio	23 - 35		
				Bajo	10 – 22		

		Pueden analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que se sufre, y se proponen modos de enfrentarlas y cambiarlas.	Juicio critico	Alto Medio Bajo	36 -50 23 – 35 10 – 22	Ordinal	
Variable Dependiente: Autoconcepto	Valor que cada persona tiene de sí mismo.	Refleja el grado de relación entre el paciente y su familia.	Autoconcepto familiar	Negativa Media Positiva	0 a 2 pt 3 a 4 pt 5 a 6 pt	Ordinal	C U E S T I O N A R I O
		Refleja el grado en que el paciente admite o niega conductas problemáticas.		Negativa Media Positiva	0 a 5 pt 6 a 10 pt 11 a 15 pt	Ordinal	
		Refleja la autovaloración del paciente respecto de su desempeño en las tareas académicas, incluyendo un sentimiento general hacia la universidad.	Estatus intelectual y académico	Negativa Media Positiva	0 a 5 pt 6 a 10 pt 11 a 15 pt	Ordinal	
		Refleja las actitudes del paciente relativas a sus características físicas y a sus atributos tales como liderazgo y habilidad para expresar sus ideas.		Negativa Media Positiva	0 a 4 pt 5 a 8 pt 9 a 12 pt	Ordinal	
		Refleja estados de ánimo del paciente.	Emocional	Negativa Media Positiva	0 a 4 pt 5 a 8 pt 9 a 13 pt	Ordinal	
		Refleja la forma en que el paciente evalúa su popularidad entre los compañeros de curso, si se siente o no capaz de hacer	Social	Negativa Media	0 a 3 pt 4 a 7 pt	Ordinal	

		amigos.		Positiva	8 a 11 pt		
		Refleja un sentimiento general del paciente, de ser feliz y estar satisfecho de vivir.	Felicidad y satisfacción.	Negativa	0 a 3 pt	Ordinal	
				Media	4 a 7 pt		
				Positiva	8 a 11 pt		
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento.	Son los años de vida en el momento de la encuesta en los pacientes	—	—	- 10 a 20 a - 21 a 30 a - 31 a 40 a - 41 a 50 a - 50 a más	Intervalo	C U E S T I O N
Sexo	Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente.	Son las características biológicas, fisiológicas, psicológicas con la nace el ser humano y no son modificables con el tiempo.	—	—	- Masculino - Femenino	Nominal	
Procedencia	Es el origen o nacionalidad del individuo.	Es el lugar donde reside habitualmente el paciente, tiempo de accesibilidad al establecimiento de salud.	—	—	- Jaén - Bagua - Utcubamba - Otros	Nominal	

Trabaja	Es el conjunto de actividades que son realizadas con el objetivo de alcanzar una meta, la solución de un problema o la producción de bienes y servicios para atender las necesidades humanas.	El individuo actúe, proponga iniciativas y desarrolle y pueda mejorar sus habilidades.	—	—	- Si - No	Nominal	A R I O
Estado civil	La condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Las organizaciones jurídicas, distinguir una serie de situaciones en las que se pueden encontrar las personas.	—	—	- Soltero - Casado - Conviviente - Divorciado	Nominal	
Religión	Se refiere al credo y a los conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina.	La persona registrará su comportamiento según una cierta moral e incurrirá en determinados ritos (como el rezo, las procesiones, etc.).	—	—	-Católico -Evangélico -Ateo -Otro	Nominal	

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. MÉTODO:

Durante el proceso de investigación, se emplearán los siguientes métodos científicos:

- **Inductivo - Deductivo:** Permitió explicar desde la realidad concreta hasta la teoría.
- **Hipotético - Deductivo:** Nos permitió verificar la hipótesis.
- **Analítico - Sintético:** Sirvió para realizar el análisis de resultados y elaboración de conclusiones.
- **Hipotético:** Porque la investigación tiende a responder una hipótesis; vale decir, que primero se describió cada uno de los fenómenos para luego arribar a una conclusión.
- **Deductivo:** Parte de lo general a lo específico; es decir, una vez que se concluyó se confrontó la relación de los dos variables.

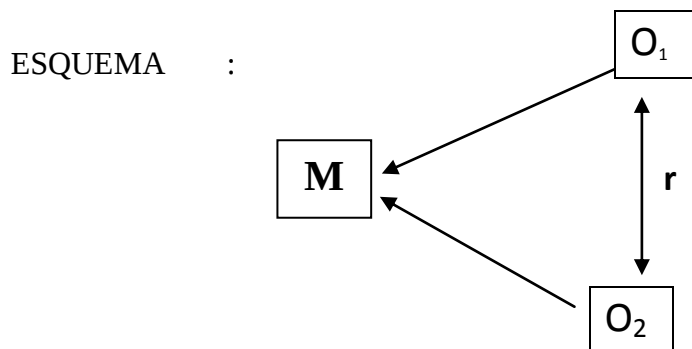
3.3. DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS:

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel relacional; de tipo: Según la intervención del investigador fue observacional; según la planificación de la toma de datos fue prospectivo; según el número de ocasiones en que midió la variable de estudio fue transversal y según el número de variables de interés fue analítico. (Supo, J. 2012).

De **enfoque cuantitativo** porque permitió cuantificar los datos mediante el uso de la estadística. **De nivel relacional** porque se relacionó las variables en estudio (cohesión familiar, adaptabilidad familiar y autoconcepto). **Tipo de investigación: Observacional** porque no se manipularon las variables ya que los datos reflejaron la evolución natural de los eventos; **Prospectivo** porque los datos se recolectaron de fuentes primarias o sea directamente de la muestra objeto de estudio. **Transversal** por que las variables se midieron en una sola ocasión. **Analítico** porque el análisis estadístico fue bivariado y se puso a prueba las hipótesis de estudio.

Diseño: El tipo de diseño es Relacional.

El diagrama de este tipo de estudio fue el siguiente:



Donde:

M_1 = La muestra de estudio.

O_1 = Medición de la variable 1 = Capacidad de resiliencia.

O_2 = Medición de la variable 2 = Autoconcepto.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA:

Universo:

Estuvo conformado por todos los pacientes asistentes al programa TARGA del Hospital General de Jaén y que en su totalidad fueron 133.

PACIENTES	TOTAL
Nº de pacientes con VIH / compatible	65
Pacientes del Programa de TARGA	68
Total	133

Fuente: Padrón de pacientes que reciben el Programa de TARGA

Criterio de Inclusión:

- Todos aquellos pacientes que desearon participar del estudio y que estuvieron en el programa en el momento de ejecutar la investigación.
- Todos aquellos pacientes que estuvieron de acuerdo en formar parte de la investigación.

Criterio de Exclusión:

- Todos aquellos pacientes no que pertenecieron al Programa de Tratamiento Anti retroviral de Gran Actividad (TARGA).

Población:

De acuerdo a los criterios establecidos, la población estuvo constituida por 68 pacientes que pertenecieron al programa de TARGA.

PACIENTES	TOTAL
Pacientes del Programa de TARGA	68

Fuente: Padrón de pacientes que reciben el Programa de TARGA

Muestra:

Estuvo conformada por **58** pacientes pertenecientes al Programa de TARGA, gracias a la siguiente fórmula para investigaciones sociales.

$$n = \frac{Z^2 pqN}{E^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Donde:

$$\begin{aligned} n &= 298, & Z &= 95 \% = 1.96; & p &= 0.5; & q &= 0.5; \\ E &= 0.05 \end{aligned}$$

Reemplazando tenemos:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (68)}{(0.05)^2 (68-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.25) (68)}{(0.0025) (67) + (3.8416) (0.25)}$$

$$n = \frac{65.372}{0.1975 + 0.9604} = \frac{65.372}{1.1279} \quad n = 57.95 = 58$$

Muestreo:

Para obtener las unidades muestrales se utilizó el muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple o también denominado método de la rifa, en la cual se colocó el total de la población en una bolsa, luego se extrajo la primera unidad muestral y así sucesivamente hasta completar el total de las 58 unidades muestrales.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Método y técnica:

Se utilizó el método de la encuesta y la técnica del cuestionario.

El instrumento:

VI = Resiliencia: Se utilizó la escala de resiliencia para Adultos CRE-U para estimar los niveles en los diferentes pilares de la resiliencia, consistente de 90 ítems que fue auto administrada con una duración aproximada de 30 minutos, presentados en forma de afirmaciones o juicios con preguntas de cinco opciones en un formato de la escala Likert, donde:

1 = Nunca, 2 = Casi nunca, 3 = A veces, 4 = Por lo general, 5 = Siempre

La escala de resiliencia ya es un instrumento validado, cuyos valores $VC = 7.998 > VT = 1.6449$ y una confiabilidad $Rip = 0.92785$.

VD = Autoconcepto: Se utilizó la Escala de Evaluación de Autoconcepto adaptada y estandarizada por M.E. Gorostegui, modificado por el investigador, y que fue sometido a la validez y confiabilidad cuyos valores fueron, para la validez $VC = 8.88178 > VT = 1.6449$ y para la confiabilidad $Rip = 0.899785$. La Escala estuvo destinada a evaluar el auto concepto en pacientes con VIH, pertenecientes al programa de TARGA. El instrumento constó de 83 ítems formulados de manera legible y comprensible, que fueron administrados en forma individual o colectiva, divididos en 7 dimensiones: Autoconcepto familiar, conducta, estatus intelectual y académico, apariencia y atributos físicos, emocional, social, felicidad y satisfacción, dicho instrumento

Los ítems fueron respondidos mediante SI o NO y fueron puntuados en dirección positiva o negativa para reflejar la dimensión auto evaluativa. Un alto puntaje en la escala sugirió una autoevaluación positiva, un puntaje en mediana escala sugirió una autoevaluación intermedia, mientras un puntaje bajo, sugirió una autoevaluación negativa.

3.6. PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Proceso de recolección de datos:

En cuanto al procedimiento de recolección de datos se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

- Se seleccionó y elaboró el instrumento de medición teniendo en cuenta la operacionalización de la variable,
- El instrumento se aplicó a los actores involucrados en la presente investigación, esta se realizó en forma colectiva por exigencias y fines y propiedad de la investigación.
- Como última etapa del proceso de recolección de datos se elaboró la tabulación de las mediciones obtenidas para su respectivo análisis estadístico.

Análisis de los datos:

La información final fue procesada en el software SPSS versión 15, Microsoft Word y Excel. Para contrastar la hipótesis se sometió a la prueba estadística no paramétrica del ji-cuadrado con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ (95% de nivel de confianza y un 5% de margen de error).

Para presentación de datos

Se realizó con la distribución de frecuencias y tablas de contingencia mostradas en gráficos circulares y de barra.

CAPÍTULO IV
PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

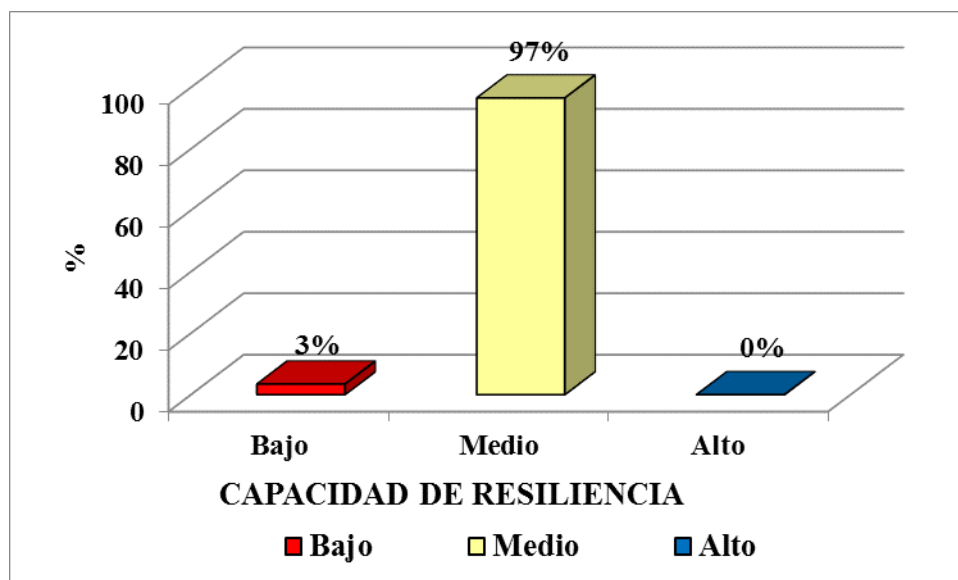
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

Tabla 01: Capacidad de resiliencia en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.

Capacidad de resiliencia	fi	%
Bajo	2	3
Medio	56	97
Alto	0	0
Total	58	100

Fuente: Resultados de la escala de resiliencia.

Gráfico 01: Capacidad de resiliencia en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.



Fuente: Tabla 01.

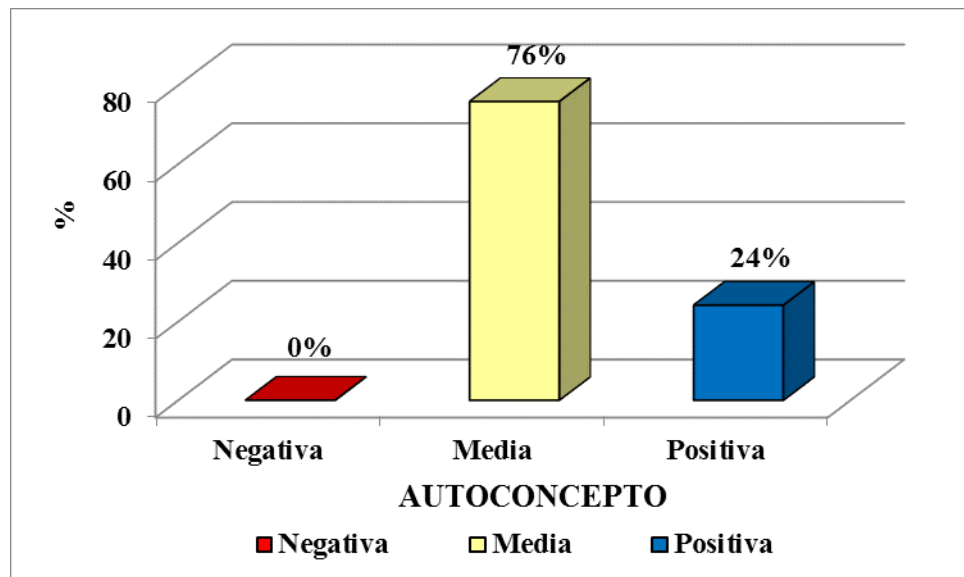
En la tabla y gráfico 01, se puede observar que del 100% (58) de los pacientes con VIH el 97% (56) presentó una capacidad de resiliencia de nivel medio y sólo el 3% (2) bajo.

Tabla 02: Autoconcepto en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.

Autoconcepto	fi	%
Negativa	0	0
Media	44	76
Positiva	14	24
Total	58	100

Fuente: Resultados de la escala de evaluación de autoconcepto.

Gráfico 02: Autoconcepto en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.



Fuente: Tabla 02.

En la tabla y gráfico 02, se puede observar que del 100% (58) de los pacientes con VIH el 76% (44) presentó un autoconcepto de nivel medio y el 24% (14) autoconcepto positivo.

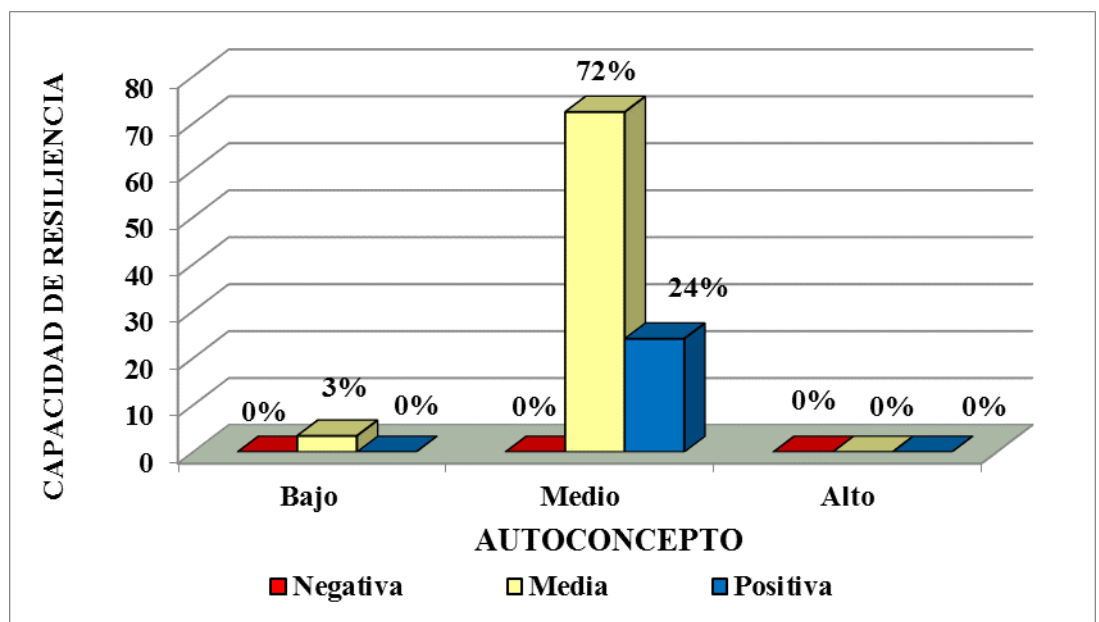
Tabla 03: Capacidad de resiliencia y autoconcepto en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.

Capacidad de Resiliencia	Autoconcepto							
	Negativa		Media		Positiva		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Bajo	0	0	2	3	0	0	2	3
Media	0	0	42	72	14	24	56	97
Alto	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0	0	44	76	14	24	58	100

$X^2 = 0.659$; Gl = 4; $p = 0.417 > 0.05$.

Fuente: Resultados de la escala de resiliencia y evaluación de autoconcepto.

Gráfico 03: Capacidad de resiliencia y autoconcepto en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.



Fuente: Tabla 03.

En la tabla y gráfico 03 se observa que del 100% (58) pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén, el 72% (42) de pacientes con capacidad de resiliencia media presento un autoconcepto de nivel medio; asimismo el 24% (14) de pacientes con una capacidad de resiliencia media presentó un autoconcepto positivo y sólo el 3% (2) de pacientes con capacidad de resiliencia baja presentó un nivel de autoconcepto de nivel medio.

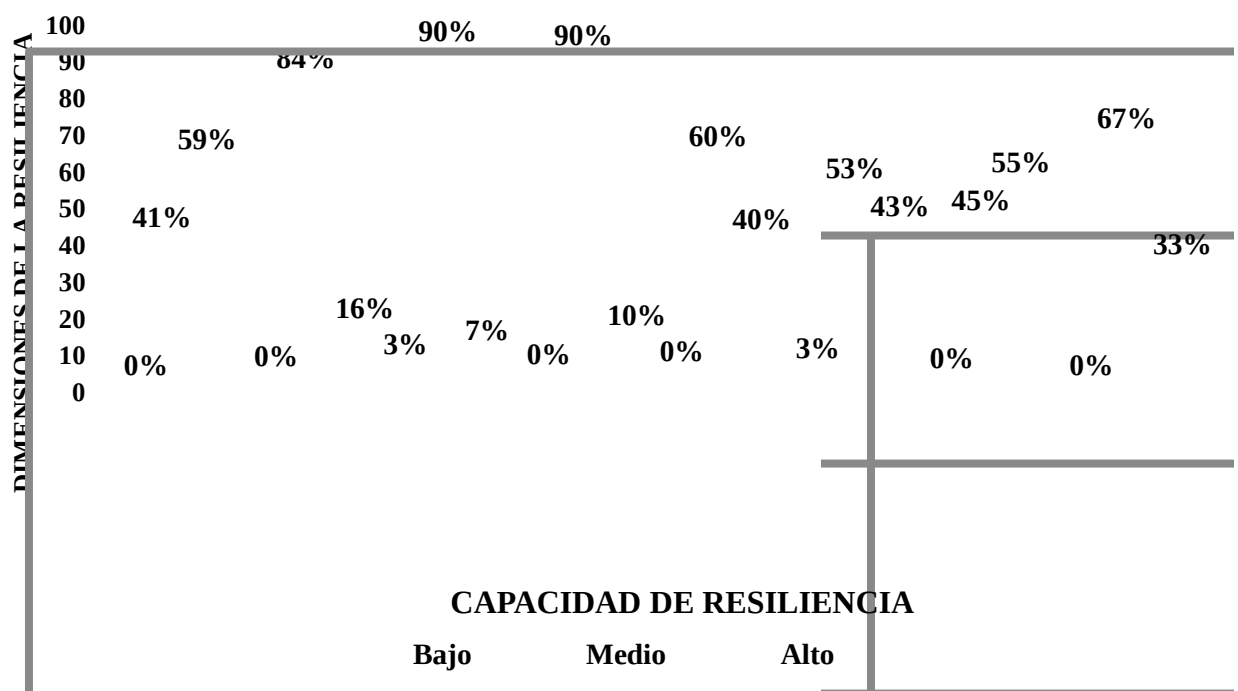
Para contrastar la hipótesis la siguiente tabla de contingencia se sometió a la prueba estadística no paramétrica del Ji – cuadrado cuyo valor fue: $\chi^2 = 0.659$; $Gl = 4$; $p = 0.417 > \alpha = 0.05$ contrastando de esta manera la hipótesis nula, quiere decir que ambas variables son independientes entre sí y existen otros factores intervinientes para tal efecto.

Tabla 04: Capacidad de resiliencia de pacientes con VIH según sus dimensiones, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.

DIMENSIONES DE LA RESILIENCIA	CAPACIDAD DE RESILIENCIA							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Introspección	0	0	24	41	34	59	58	100
Iniciativa	0	0	49	84	9	16	58	100
Humor	2	3	52	90	4	7	58	100
Interacción	0	0	52	90	6	10	58	100
Independencia	0	0	35	60	23	40	58	100
Creatividad	2	3	31	53	25	43	58	100
Moralidad	0	0	26	45	32	55	58	100
Juicio critico	0	0	39	67	19	33	58	100

Fuente: Resultados de la escala de resiliencia.

Gráfico N° 04: Capacidad de resiliencia de pacientes con VIH según sus dimensiones, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.



Fuente: Tabla N° 04.

En la tabla y gráfico 04, se realizó un análisis al 100% por cada dimensión es así que los pacientes con VIH atendidos en el Hospital General de Jaén, en las dimensiones de introspección y moralidad tuvieron una capacidad de resiliencia alta 59% (34) y 55% (32) respectivamente, seguida de una resiliencia media en un 41% (24) y 45% (26).

En la dimensión de iniciativa, el 84% presento una capacidad e resiliencia media y el 16% alta.

En las dimensiones de humor e interacción el 90% presentó una capacidad de resiliencia media respectivamente y el 7% y el 10% alta.

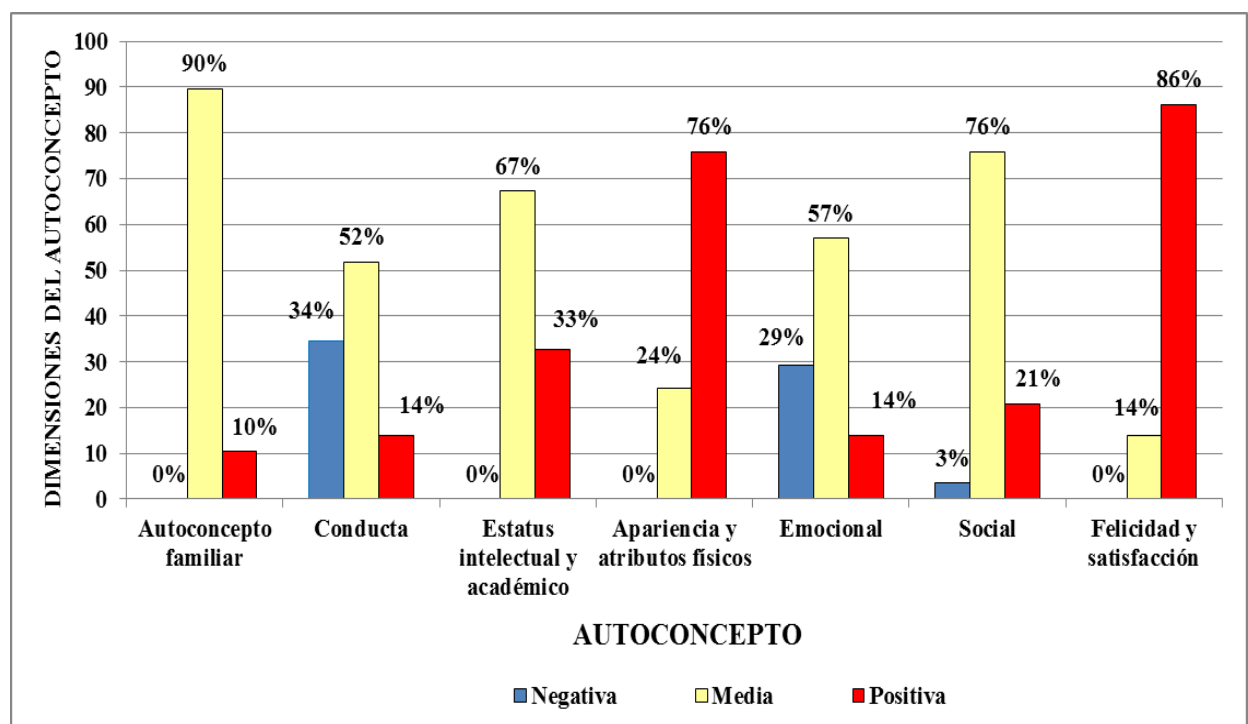
En las dimensiones de Independencia 60%, creatividad 53% y juicio crítico 67% presentaron una capacidad e resiliencia media mientras que el 40%, 43% y 33% una capacidad de resiliencia alta respectivamente alta.

Tabla 05: Autoconcepto de los pacientes con VIH según sus dimensiones, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.

DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO	AUTOCONCEPTO							
	Negativa		Media		Positiva		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Autoconcepto familiar	0	0	52	90	6	10	58	100
Conducta	20	34	30	52	8	14	58	100
Estatus intelectual y académico	0	0	39	67	19	33	58	100
Apariencia y atributos físicos	0	0	14	24	44	76	58	100
Emocional	17	29	33	57	8	14	58	100
Social	2	3	44	76	12	21	58	100
Felicidad y satisfacción	0	0	8	14	50	86	58	100

Fuente: Resultados de la evaluación de autoconcepto.

Gráfico 05: Autoconcepto de los pacientes con VIH según sus dimensiones, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.



Fuente: Tabla 05.

En la tabla y grafico 05, se realizó un análisis al 100% de cada dimensión de los pacientes con VIH, por el que se puede apreciar que:

En la dimensión felicidad y satisfacción el 86% tienen un autoconcepto positivo y el 14 % de nivel medio.

En la dimensión Apariencia y atributos físicos el 76% tienen un autoconcepto positivo y el 24 % de nivel medio.

En la dimensión Estatus intelectual y académico el 33% tienen un autoconcepto positivo y el 67 % de nivel medio.

En la dimensión Autoconcepto familiar el 90% tienen un autoconcepto de nivel medio y el 67 % de nivel positivo.

En la dimensión social el 76% tienen un autoconcepto de nivel medio y el 21 % de nivel positivo y el 3% negativa.

En la dimensión emocional el 57% tienen un autoconcepto de nivel medio; el 14 % de nivel positivo, y el 29% negativa.

En la dimensión conducta el 52% tienen un autoconcepto de nivel medio; el 14 % de nivel positivo, y el 34% negativa.

4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

En la tabla y gráfico 01, del 100% de los pacientes con VIH el 97% presentó una capacidad de resiliencia de nivel medio y sólo el 3% bajo; quiere decir que estos pacientes tienen una capacidad de autocrítica relativa, se observan parcialmente a sí mismos, a veces dan respuestas honestas, tienen relativa capacidad de auto exigirse, a veces se permiten ahorrar sentimientos negativos ante situaciones adversas, etc. Se debe entender que la resiliencia es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves.

Así mismo de acuerdo a los grupos etareos, 96.4% de los pacientes con VIH de 21 a 30 años tuvieron una capacidad de resiliencia de nivel medio los mismos que son de sexo masculino, no trabajan y son solteros (Ver tablas 06, 08, 12 y 14).

De acuerdo a los estudios de González, Norma. et.al. (2008). México. En su estudio cuyo objetivo fue: Conocer los factores de la resiliencia presentes en adolescentes mexicanos. En el análisis factorial se obtuvieron seis factores: seguridad personal, autoestima, afiliación, baja autoestima, altruismo y familia. Los hallazgos por sexo muestran mayor resiliencia en los varones, con rasgos de ser más independientes; las mujeres logran ser resilientes siempre y cuando exista un apoyo externo significativo o de dependencia. Se concluye que la resiliencia es indispensable debido a que los individuos tienen que empezar a transformarse a sí mismos y a su realidad adversa. En este sentido, la resiliencia abre el camino hacia la salud mental de la persona.

Peña. N. (2009). Perú. En su investigación cuyo objetivo fue: Identificar y comparar los niveles de Fuentes de Resiliencia que posee un grupo de estudiantes entre 9 y 11 años de edad de colegios nacionales de la ciudad de Lima y la ciudad de Arequipa. Los resultados fueron: no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las fuentes de resiliencia entre los grupos de Lima y Arequipa; por otro lado, sí se encontró diferencias significativas en las fuentes de resiliencia entre los grupos de varones y mujeres, con niveles de resiliencia bajos.

Comparando con Peña y González, existen diferencias en sus resultados ya que los resultados del presente estudio nos indican una resiliencia media y en los otros estudios una resiliencia baja. Quiere decir que la capacidad de recuperarse, sobreponerse y adaptarse con éxito frente a la adversidad, y de desarrollar competencia social, académica y vocacional pese a estar expuesto a un estrés grave o simplemente a las tensiones inherentes es limitado. Porque los individuos “resilientes” se destacan por poseer un alto nivel de competencia en distintas áreas, ya sea intelectual, emocional, buenos estilos de enfrentamiento, motivación al logro autosugestionado, autoestima elevada, sentimientos de esperanza, autonomía e independencia, entre otras.

Saavedra, E; Villalta, M. (2007). Chile. En su estudio cuyo objetivo fue: Comparar los puntajes generales y por factores de la variable Resiliencia, en sujetos de diferentes tramos de edad y de ambos sexos, a través de la prueba SV-RES, en una muestra chilena, durante el segundo semestre de 2007. Los resultados encontrados indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de resiliencia de mujeres y hombres; sin embargo, se describe un perfil resiliente distinto entre ambos géneros. Del mismo modo, los niveles de resiliencia no están asociados directamente a la edad, ya que se obtienen resultados similares en las diferentes etapas de vida.

Cardozo, G. y Alderete, Ana M. (2005). Argentina. En su estudio cuyo objetivo fue: Detectar las variables individuales y sociales que contribuyen al fortalecimiento del proceso de resiliencia en 210 adolescentes escolarizados de ambos sexos de un nivel socioeconómico bajo, residentes en la ciudad de Córdoba (Argentina) esta investigación permitió detectar dos grupos (resilientes-no resilientes), los cuales fueron comparados en relación a las características sociodemográficas y con las variables en estudio en donde se observaron diferencias significativas en relación con auto-concepto, soporte social, inteligencia y sucesos estresantes de vida por problemas personales

Comparando con Saavedra y Cardozo los resultados son similares los resultados indicando que la capacidad de resiliencia es nivel medio y siendo más prevalente en el sexo masculino deduciendo que existen dificultades para desarrollarse como tal encontrándose de esta manera en un medio de seres vivientes donde se ven influenciados, es decir se ve a la resiliencia como un conjunto de atributos y habilidades

innatas para afrontar adecuadamente situaciones adversas, como factores estresantes y situaciones riesgosas porque la mayoría de casos para esta variable se ha dado en la etapa de vida adulto joven.

La resiliencia se sitúa en una corriente de psicología positiva y dinámica de fomento de la salud mental y parece una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas que, aun habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose y viviendo, incluso, en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados. Aunque durante mucho tiempo las respuestas de resiliencia han sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual demuestra de forma contundente que la resiliencia es una respuesta común y su aparición no indica patología, sino un ajuste saludable a la adversidad.

Así mismo al realizar un análisis en las dimensiones de introspección y moralidad tuvieron una capacidad de resiliencia alta 59% y 58% respectivamente, seguida de una resiliencia media en un 41% y 45%. En la dimensión de iniciativa, el 84% presento una capacidad e resiliencia media y el 16% alta. En las dimensiones de humor e interacción el 90% presentó una capacidad de resiliencia media respectivamente y el 7% y el 10% alta. En las dimensiones de Independencia 60%, creatividad 53% y juicio crítico 67% presentaron una capacidad e resiliencia media mientras que el 40%, 43% y 33% una capacidad de resiliencia alta respectivamente alta.

Todo esto quiere decir que existe mayor habilidad para encontrar lo cómico en la propia tragedia y/o adversidad lo cual le permite ahorrarse sentimientos negativos ante situaciones adversas y al respecto existe menor capacidad para brindar, sostener y establecer relaciones de confianza y solidaridad fuertes y de largo plazo con otras personas o grupos y de realizar hacer cuestionamientos profundos y dar respuestas honestas es a mayor medida con mayor frecuencia.

En la tabla y gráfico 02, se puede observar que del 100% de los pacientes con VIH el 76% presentó un autoconcepto de nivel medio quiere decir que refleja un sentimiento general del paciente, de ser regularmente feliz y estar satisfecho de vivir; popularidad intermedia entre los compañeros de curso, si se siente capaz de hacer amigos, si es elegido para participar en juegos, es aceptado por su grupo de pares, y tiene estados parcialmente de ánimo, tiene una variedad de emociones específicas que incluyen preocupaciones, nerviosismo, timidez, tristeza, miedo y en general, sentimientos de no ser tomado en cuenta podría agravarse y el 24% autoconcepto positivo.

En función al autoconcepto según sus dimensiones los resultados evidencian que los pacientes con VIH tienen prioritariamente un **autoconcepto medio** en las dimensiones de autoconcepto familiar, social, emocional y conducta. Mientras que un **autoconcepto positivo** en las dimensiones de felicidad y satisfacción, apariencia y atributos físicos y estatus intelectual.

Quiere decir que: **en la dimensión de estatus intelectual y académico**, los pacientes con VIH reflejan una autovaloración de respeto en su desempeño, incluyendo un sentimiento general hacia la familia y la sociedad y que puede ser de utilidad para identificar dificultades en el proceso del aprendizaje y para sugerir planes remediales a futuro. **En la dimensión de conducta** refleja el grado en que estos pacientes admiten o niegan conductas problemáticas. **En la apariencia y atributos físicos** refleja las actitudes de la persona y relativas a sus características físicas y a sus atributos tales como liderazgo y habilidad para expresar sus ideas. En la dimensión de **autoconcepto familiar** refleja el grado de relación entre el paciente y su familia, quiere decir que hay una relación no muy concreta y directa con su familia. En la dimensión **emocional** en esta se refleja estados de ánimo que comprenden una variedad de emociones específicas que incluyen, aquí tienen casi preocupaciones, nerviosismo, timidez, tristeza, miedo en general, sentimientos de no ser tomado en cuenta; por lo que se sugiere la necesidad de evaluación o terapia psicológica posterior. **En la dimensión social** su autoconcepto por lo que refleja su popularidad entre los demás pacientes, se siente capaz de hacer amigos, es elegido para participar en juegos, o sea es aceptado por su grupo de pares. En la **dimensión de felicidad y satisfacción** su autoconcepto es alto reflejando un sentimiento general, de ser feliz y estar satisfecho de vivir.

Comparando con Moreno, J. (2007).Cuba. Informan que tanto la autoestima como el auto concepto físico están influenciados por la edad, el género y la práctica físico-deportiva, destacando como principal aportación que la práctica de alguna actividad física o deportiva es la que más predice la autoestima en particular en un 68% y el autoconcepto físico en un 32%, en general. Por otro lado, son los varones en un 53% en relación a un 47% de las mujeres los que presentan una mayor autoestima, imagen corporal, competencia y condición física. En cuanto a la evolución de la autoestima y el autoconcepto físico de los 9 a los 23 años, solo se observan diferencias significativas en la competencia percibida y la condición física. Como conclusión, este estudio muestra la relevancia que la edad, el género y la práctica físico-deportiva extraescolar parecen tener sobre la elaboración del autoconcepto físico.

Amar, A. Et. Al. (2005). Brasil. En su estudio titulado: “Autoconcepto en adolescentes embarazadas primigestas solteras”. Sus resultados muestran tendencia bajas del 25% en sus dimensiones internas (identidad, autosatisfacción y conducta); y tendencias altas del 75% en sus dimensiones externas (ser físico, ético - moral, personal, familiar y social).

Amezcu, Juan. Pichardo, C. (2000). Brasil. En su trabajo de investigación cuyo objetivo fue: Profundizar en el análisis de las diferencias de género existentes entre adolescentes respecto de sus niveles de autoconcepto, adoptando un modelo multidimensional sobre este constructo. Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas entre sexos en tres dimensiones de las nueve evaluadas. El 62% de chicos obtienen mayores niveles de autoconcepto global y emocional, mientras que el 38% de mujeres destacan en autoconcepto familiar. No existen diferencias significativas de género en autoconcepto social, autoconcepto total, académico general, académico percibido de los padres y académico percibido de los profesores.

En comparación con estos resultados, el presente trabajo de investigación ha demostrado lo contrario, ya que el autoconcepto oscila con tendencias de medio a positiva sin importar el género, claro conceptualizando que en algunas dimensiones del autoconcepto cada género se identificará de acuerdo a su condición y Autopercepción.

Esto se explica indicando que el autoconcepto no pasa de ser un espejo que refleja lo que él cree que los otros piensan de él. Se trata de un sí mismo ingenuo, no autónomo respecto de la opinión de los otros, que conforma un núcleo alrededor del cual se irá ampliando y objetivando el autoconcepto en las sucesivas confrontaciones en el colegio, familia, pares, etc

Estos resultados explican que los pacientes con VIH tienen de una media a positiva percepción de sí mismo y de su ambiente que lo rodea y este va cambiando conforme pasa el tiempo y las experiencias de cada individuo, la socialización y el aprendizaje son importantes ya que las primeras relaciones que tiene el adolescente son de suma importancia para el desarrollo de éste. De lo que se puede interpretar que el autoconcepto está definido de diferentes maneras, sin embargo todos llegan a la misma conclusión de que el autoconcepto es la percepción que cada individuo tiene de sí mismo y de su ambiente que lo rodea y este va cambiando conforme pasa el tiempo y las experiencias de cada individuo.

En la tabla y gráfico 03, se observa que del 100% de pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén, el 72% de pacientes con capacidad de resiliencia media presento un autoconcepto de nivel medio; asimismo el 24% de pacientes con una capacidad de resiliencia media presentó un autoconcepto positivo y sólo el 3% de pacientes con capacidad de resiliencia baja presentó un nivel de autoconcepto de nivel medio.

En el presente estudio se buscó relacionar la capacidad de resiliencia con el autoconcepto de los pacientes con VIH, encontrando que no existe relación estadística entre ambas variables en estudio, ya que los datos arrojados fueron: $X^2 = 0.659$; **Gl** = 4; **p** = 0.417 > 0.05. Es decir debido a que son variables independientes entre sí y existen otros factores intervinientes para tal efecto, del cual se demostró estadísticamente **la Hipotesis nula (Ho)** y se rechazó la **Ha** en estudio.

Torres, F. et.al. (2010). México. En su estudio titulado :“Relación entre autoconcepto y apoyo social en estudiantes universitarios portadores de VIH”; en el cual evidenciaron la relación que existe entre el autoconcepto y el apoyo social percibido, se realizaron análisis de grupos entre las diferentes dimensiones de ambos constructos para analizar si existen diferencias por género en cada constructo. El análisis de los resultados demostró que existe una correlación entre apoyo social percibido y autoconcepto ($r = .666$, $p = .001$), lo que se confirmó al dividir la muestra por género (hombres $r = .717$, $p = .001$; mujeres $r = .567$, $p = .001$).

Contrastando con este investigador, el presente estudio ha demostrado resultados diferentes, es así que un autoconcepto **medio** en las dimensiones de estatus intelectual y académica, seguida en la conducta, social, autoconcepto familiar y el aspecto emocional; y un autoconcepto **positiva** en las dimensiones apariencia y atributos físicos y felicidad y satisfacción. Esto demuestra que el autoconcepto en los pacientes con VIH se va formando muy independiente a la edad, estatus social, condición económica y cultural y específicamente en las diferentes dimensiones del autoconcepto.

La capacidad de resiliencia y el autoconcepto son uno de los más importantes resultados del proceso socializador. Proporciona pautas para interpretar la experiencia; es el marco de referencia sobre la base del cual se organizan todas las experiencias. Es necesario tener un autoconcepto positivo para una conveniente adaptación, para la felicidad personal y para un funcionamiento eficaz del organismo, libre de enfermedades.

Es de vital importancia para el paciente con VIH / SIDA, ya que es frecuente que se aparten por sí mismos de la asistencia que necesitan debido al temor a reacciones negativas de los otros. Pero el autoconcepto medio que presentan estos permitirá mantenerlos activos; porque el aislamiento aumentaría el sentimiento de "ser el único con VIH / SIDA", debido a que su autoconcepto y autoestima estén afectados de manera negativa, ocasionándole ansiedad, depresión y suicidio.

Finalmente se considera que la presente investigación es un aporte muy importante para la profesión de Enfermería, ya que permitirá la comprensión del paciente por la sociedad, lo cual favorecerá su calidad de vida porque la sociedad es un ente completamente capaz de influir directamente en como se ve una persona, como se percibe y cuanto se quiere, así mismo permitirá a que el profesional de enfermería planifique intervenciones de salud integrales y oportunas y así prevenir complicaciones psico-bio-sociales.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

V. PROPUESTA

Planificar intervenciones de salud integrales oportunas con participación integradora del Personal del Hospital y las Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para pacientes del programa TARGA, con lo cual se podrá prevenir complicaciones tanto físicas como psicológicas; a la vez se podrá brindar información como medidas preventivas y así evitar prejuicios de los profesionales de la salud y de la población en contra del paciente con VIH que solamente perjudica discriminándolo y aislándolo de la sociedad y de su familia generando consecuencias devastadoras de bajo autoconcepto y de autoestima a la vez de disminuir su capacidad inmunológica, y lo que es más grave aún, los pacientes no muestran interés ni cooperación a la hora de tomar medidas necesarias para protegerse a sí mismo y a los demás.

Lo que se logrará con esta propuesta es mejorar la autoestima y prepararlos para que puedan enfrentar a las diferentes adversidades de la vida en función a su salud individual y familiar. Es de manifestar que el profesional de Enfermería siempre tendrá un rol protagónico con la población en general y estará presente bajo el cuidado del paciente las 24 horas del día, educándolo y dándole apoyo emocional.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES:

En virtud al presente trabajo de investigación hemos podido plantear las siguientes conclusiones:

1. En cuanto a la capacidad de resiliencia en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén, se encontró un mayor porcentaje en el nivel medio y con menor porcentaje fue el nivel bajo.
2. En cuanto al autoconcepto en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén, se encontró un mayor porcentaje en el nivel medio y con menor porcentaje fue el nivel positiva.
3. Se afirma que no existe una relación estadística entre la resiliencia y el autoconcepto, demostrándose la hipótesis nula (H_0). quiere decir que ambas variables son independientes entre sí y existen otros factores intervinientes para tal efecto.
4. De la variable (Capacidad de resiliencia), las dimensiones con un mayor porcentaje fueron el humor y la interacción con un 90% y con el menor porcentaje fueron el humor y la creatividad con sólo un 3%.
5. De la variable (Autoconcepto), la dimensión con un mayor porcentaje fue el autoconcepto familiar con un 90% y con el menor porcentaje fue la social con sólo un 3%.

6.2. RECOMENDACIONES:

A la Universidad:

- Realizar estudios comparativos sobre el autoconcepto con otras variables como, estatus socioeconómico, político, liderazgo, embarazo, etc.
- De la misma forma realizar estudios comparativos sobre la capacidad de resiliencia con otras variables

Al Hospital General de Jaén:

- Que implemente un programa de autoestima y autoconcepto, y así integrar a los diferentes servicios hospitalarios para mejorar y fortalecer la identidad personal, capacidad de adaptación y respuesta a los agentes externos, preparando a los estudiantes para ser más tolerantes y prudentes.
- Que este estudio, sirva como referencia para la realización de otros similares y que se plantee al Director y profesionales de Enfermería, Obstetricia, Medicina, entre otros profesionales y no profesionales del Hospital General de Jaén, estrategias de mejora continua y capacitaciones para prevenir el VIH que aqueja a la población a fin de determinar otros factores influyentes, toda vez que en el presente estudio no se encontró relación significativa.
- Que se cree y se apliquen actividades de recreación y deporte con los adolescentes que acuden a los servicios del Hospital General de Jaén, el mismo que debe estar conducido desde la Dirección de Salud Pública con la Estrategia de Salud Mental, donde se desarrolle un Plan sobre “MAS VIDA”, la cual debe estar dirigido entre las edades de 21 a 40 años de edad.

- Enfatizar talleres educativos para mejorar la capacidad de resiliencia de los pacientes con VIH, para que en el futuro sepan responder a las situaciones adversas de situaciones negativas que se les presente en su vida.

A la DIRESA Jaén:

- Que la DISA – Jaén a través de la Estrategia Sanitaria de TBC-VIH/SIDA en coordinación con la Dirección Ejecutiva del Hospital General del Jaén e involucrados, prioricen las acciones en bien de la prevención, lanzando un Plan Articulado de Intervención Comunitaria – (PAIC).
- Se recomienda a los trabajadores del Hospital General de Jaén, especialmente a los que son responsables de la estrategia sanitaria nacional de las ITS-VIH/SIDA, aunar alianzas con los actores sociales a fin lograr la captación y seguimiento de los casos de esta enfermedad, con la finalidad de lograr poner en prácticas el Plan Articulado de Intervención Comunitaria – (PAIC).

A los Investigadores:

- Realizar estudios de un nivel superior, buscando los factores de riesgo del autoconcepto negativo; o en caso contrario realizar estudios predictivos del autoconcepto.
- Que los estudiantes continúen realizando estudios relacionados a otras variables o en todo caso estudios de relación o de asociación de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Libros:

- Cardozo, G. (2005). Argentina. “Promoción de salud y resiliencia en adultos jóvenes desde el ámbito académico”. 7º Edic. Edit. Cultura Educación. Buenos Aires. Pg. 108.
- Cardozo, G. Alderete, Ana M. (2009). Colombia. “Adultos en riesgo psicosocial y resiliencia. Edit. El Caribe. Medellín. Pg. 185.
- García, M. (2008). Argentina. “Orientación Educativa para adultos”. Editorial Universidad Estatal a Distancia. Córdoba. Pg. 223.
- Hernández Sampieri, R. (2010). México. “Metodología de la Investigación” Edic. 7ta. Edit. Mac Graw-Hill Interamericana. Pg. 850.
- Mayer, L. (2006). España. “Habilidades y competencias emocionales”. Edit. Interamericana. Madrid. Pg. 223.
- Moreno, J. (2007). Cuba. “Autoestima y autoconcepto” 8va. Edic. Edit. Mc Graw – Hill, Puerto San Juan. Pg. 705.
- Mejía, Elías. (2007). Perú. “La investigación científica, Lecturas selectivas”. Editorial Cenitt. Lima. Pg. 271.
- Supo, J. (2012). Perú. “Metodología de la investigación científica para las ciencias de la salud”. 2da Edic. Bioestadística. Arequipa. Pg. 52.
- Zavaleta, Alfonso. (2001). Cuba. “Resiliencia y programas preventivos del consumo de drogas”. Edit. Interamericana. La Habana. Pg. 306.

Tesis y Monografías:

- Amezcua Membrilla, Juan A. y Pichardo Martínez, M. Carmen. (2000). Brasil. investigación titulado “Diferencias de género en autoconcepto en adultos”. Tesis para optar el Grado de Bachiller. Universidad Sao Paulo. Brasil. Pg. 213.
- Gorostegui, María E. (2003). Chile. “Género y autoconcepto: un análisis comparativo de las diferencias por sexo en una muestra de adultos”. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología Infarto Juvenil. Escuela de Post Grado de la Universidad de Chile. Pg. 198.
- Gonzales Paco, Edwin. (2011). “Autoconcepto desde una perspectiva de género del estudiante universitario, Facultad de Enfermería Chachapoyas - 2011”. Investigación realizada como docente. Pg. 85.

Sitios de Red:

- Amar, A. et. al. (2005). “Características del autoconcepto de las embarazadas primigestas solteras”, [fecha de consulta: 23 febrero 2011]. Disponible en: <<http://www.google.com/inteligenciaemocional/importancia/emprel.htm>.
- Palacios, A. (2011) Resiliencia. [artículo en línea] (31 de octubre de 2009) [www.psicologosperu.com] [consulta: 25 de febrero del 2014].
- Bandura, A. (1984). “Autoimagen: dimensión abstracta” Chile, 25 Febrero 2011. Disponible en: <http://www.google.com/inteligenciaemocional/comprension/emp.htm>.
- Bernard. (2006). Resiliencia: la esencia humana de la transformación frente a la adversidad [artículo en línea]. Apsique. Concepción, noviembre del 2010, <http://www.apsique.com/wiki/de/resiliencia>, [consulta: 20 Febrero. 2014]
- Sánchez, G. (2009). “Personalidad e intereses profesionales” en línea. fecha de consulta: 27 febrero 2011. Disponible en: <http://www.monografia.com/personalidad/shtml>.
- Stetsenko, A. (2000). Cambios y tendencias de Autoconcepto Cuba, 27 Febrero 2011] Disponible en: <http://www.google.com/inteligenciaemocional/comprension/emp.htm>

ANEXOS

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de consentimiento informado es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Laura Anica Vásquez Berrios, interna de enfermería, De La Universidad Particular De Chiclayo – Filial Jaén. La meta de este estudio es identificar la “Capacidad de Resiliencia y Autoconcepto en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General Jaén - 2015”.

Si usted accede a participar en este estudio se le pedirá responder una serie de preguntas. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito. Sus respuestas al cuestionario serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el.

Agradecemos su participación.

Huella del paciente.

ANEXO N° 02.



Universidad Particular de Chiclayo – Filial Jaén.
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Enfermería.



ESCALA DE RESILIENCIA

I. Introducción:

Estimado señor/a, reciba un cordial saludo solicitándole en esta oportunidad tu valiosa ayuda. A continuación se te presentan una serie de preguntas y alternativas de respuestas tendientes a recolectar tu apreciación en torno al tema de resiliencia. La misma será útil para los fines de esta investigación.

II. Indicaciones:

Llene todos los datos personales que aquí se le piden. Recuerde que sus datos de identificación se mantendrán en estricta confidencialidad, es decir, éstos no serán publicados ni divulgados.

A continuación encontrará una serie de enunciados que expresan comportamientos, sentimientos y situaciones de la vida cotidiana que pueden o no parecerse a los que usted tiene a menudo. En frente de cada uno de ellos debe marcar con una x la frecuencia con que los vivencia.

Esta va a estar representada por una escala de 1 a 5, en donde cada uno de los números significa lo siguiente:

1 = **Nunca** 2 = **Casi nunca** 3 = **A veces** 4 = **Por lo general** 5 = **Siempre**

Por favor conteste con sinceridad y responda todos los enunciados. Cualquier duda que tenga, acérquese a la persona encargada.

III. Datos Generales:

• Edad: Sexo: M= () F = ()

• Procedencia:

.....

• Vive actualmente en: casa propia () Casa alquilada ()

- Ingreso mensual:
- Trabaja: Sí () No () Estado civil:
- Religión: Católico () Evangélico () Ateo () Otro ()

N°	ÍTEMS	1	2	3	4	5
1	Reconozco las habilidades que poseo.					
2	He contado con personas que me aprecian.					
3	Planeo con anterioridad mis acciones.					
4	Me siento incómodo cuando me alejo, por un período largo, de mi familia.					
5	Cuando afronto una situación difícil conservo mi sentido del humor.					
6	Dedico tiempo al desarrollo de habilidades artísticas.					
7	Apoyo a mis amigos en sus momentos difíciles.					
8	Me conformo con la explicación que da el profesor de la clase.					
9	Pongo en práctica mis competencias en situaciones difíciles.					
10	En situaciones adversas tengo, al menos, una persona que me apoya.					
11	Las actividades diarias que realizo van acorde con mi proyecto de vida.					
12	Me siento bien cuando tengo que afrontar dificultades sin ayuda de los demás.					
13	Al vivir una experiencia dolorosa, trato de relajarme viendo tiras cómicas, o juntándome a personas con sentido del humor.					
14	Modifico a mi gusto los lugares donde permanezco la mayor parte del tiempo.					
15	Cuando alguien se equivoca a mi favor, evito sacarlo del error.					
16	Me incomoda cuando los demás cuestionan mis opiniones.					
17	Soy consciente de las debilidades que tengo.					
18	Me siento satisfecho con las relaciones que establezco.					
19	Realizo un cronograma de actividades para el logro de objetivos personales o académicos.					
20	Me abstengo de dar mi punto de vista sobre algún asunto para no ir en contra del grupo.					
21	Soy incapaz de reírme de los momentos difíciles que he vivido.					
22	Invento formas de disminuir la tensión generada por un problema.					
23	Cuando llego a un lugar quiero ser el primero que atiendan.					
24	Cuestiono mis creencias y actitudes.					

25	Trato de entender puntos de vista diferentes al mío.					
26	Las personas con quien mantengo relaciones, expresan sentirse a gusto conmigo.					
27	Además de la carga universitaria, dedico tiempo extra a profundizar los contenidos vistos.					
28	Participo en clases para dar mis opiniones en público.					
29	Trato de sacarles sentido del humor a las críticas negativas que hacen los demás de mí.					
30	Cuando me hacen falta los recursos apropiados para hacer un trabajo, desisto de él.					
31	Digo mentiras para no quedar mal ante otros.					
32	Me dejo llevar fácilmente por los consejos de mis amigos.					
33	Me da rabia cuando me contradicen en mis apreciaciones.					
34	Mis relaciones afectivas se caracterizan en que doy mucho afecto y recibo muy poco.					
35	Dedico algunas horas semanales al estudio de lo visto en clases.					
36	Es importante el concepto que los otros tengan de mí.					
37	Uso la risa como alternativa para tranquilizarme en situaciones tensionantes.					
38	Prefiero enfrentarme a situaciones conocidas.					
39	Reflexiono sobre mis propios valores y de ser necesario los cambio.					
40	Puedo resolver con rapidez los inconvenientes que se me presentan.					
41	Considero que mi opinión es más importante que la de los demás.					
42	Me cuesta trabajo expresar mis sentimientos a las personas con quien establezco relaciones.					
43	Tengo motivación para el estudio.					
44	Juzgo a los demás con base a nuestro primer encuentro.					
45	Me cuesta trabajo tener sentido del humor cuando enfrento situaciones dolorosas.					
46	Intento no caer en la rutina, realizando actividades diferentes a los demás días.					
47	Me cuesta trabajo diferenciar los actos buenos de los malos.					
48	Me cuesta trabajo resolver satisfactoriamente los conflictos que se me presentan.					
49	Me doy cuenta de las cualidades que tienen las otras personas.					

50	En mis relaciones, expreso abiertamente mis pensamientos y sentimientos					
51	Participo en actividades que están fuera del ámbito académico.					
52	Los valores que poseo deben ser iguales a los de mi grupo.					
53	A pesar de tener un problema grave, trato de mantenerme alegre.					
54	Se me hace fácil adaptarme al cambio.					
55	Soy colaborador(a) con las personas que me rodean.					
56	Cumplo al pie de la letra las reglas que se me imponen.					
57	Puedo identificar los defectos de las demás personas.					
58	En mis relaciones afectivas tengo en cuenta los deseos del otro.					
59	Pertenezco a grupos deportivos, culturales, de capacitación u otros, que difieren de la carga académica.					
60	Cuando vivo una experiencia significativa vuelvo a revisar mis principios.					
61	Cuando tengo un problema, me siento deprimido.					
62	Busco otras funciones a los objetos que utilizo.					
63	Me integro a grupos que brindan ayuda a los necesitados.					
64	Cuando algo no sale como yo espero, recapitulo sobre los errores que pude haber tenido.					
65	Identifico los aspectos positivos de situaciones vividas con anterioridad.					
66	En las relaciones significativas que mantengo, me intereso por conocer los ideales y objetivos del otro.					
67	Mis compañeros me eligen para dirigirlos en actividades.					
68	Necesito la aprobación de los demás para tomar decisiones importantes.					
69	Me siento estresado al enfrentar situaciones adversas.					
70	Cuando tengo un problema planteo diferentes alternativas de solución.					
71	Desconfío de las personas que se acercan a pedirme ayuda caritativa.					
72	Reflexiono sobre mis creencias.					
73	Me cuesta trabajo darme cuenta de los errores que he cometido anteriormente.					
74	Me intereso por el bienestar de las personas que conozco.					
75	Cuando soy líder en un grupo, propongo ideas para el logro de objetivos.					
76	Me siento mejor cuando trabajo de forma independiente.					
77	Hago chistes acerca de situaciones de mi vida cotidiana.					
78	Presento mis trabajos en clase de forma novedosa.					

79	Sacrifico momentos que me generan placer para obtener, más adelante, grandes satisfacciones.					
80	Se me dificulta adaptarme a nuevos lugares.					
81	Echo la culpa a los demás por los problemas que me suceden.					
82	En las relaciones que establezco tengo en cuenta el bienestar propio.					
83	Me gusta enfrentar retos.					
84	Las orientaciones del docente son imprescindibles para mi aprendizaje.					
85	Trato de mejorar los aspectos negativos de mí mismo.					
86	Me disgusta cuando me exigen mucho en clases.					
87	Prefiero trabajar en grupo.					
88	Organizo actividades que me ayuden a mi crecimiento personal.					
89	Cuando reflexiono sobre mi forma de ser, tengo en cuenta las apreciaciones de los demás.					
90	Espero a que otros me ayuden a resolver los problemas.					

Gracias:

ANEXO N° 03.



Universidad Particular de Chiclayo, Filial Jaén
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Enfermería



Escala de Evaluación de Autoconcepto Adaptada y estandarizada por M.E. Gorostegui.

I. PRESENTACIÓN: Con mucho respeto me dirijo a Ud. para realizar la presente encuesta con fines de estudio. Responda por favor con mucha sinceridad y veracidad las siguientes preguntas, ya que esta información contribuirá para identificar el autoconcepto de cada paciente con VIH y de acuerdo a ello realizar acciones preventivas, enfatizados en el cuidado de enfermería en función a género.

II. INSTRUCCIONES: A Continuación se presentan una serie de ítems relacionados con el tema, los que usted debe marcar con un aspa (x) donde corresponde.

III. DATOS GENERALES:

Edad: Sexo: M= () F= ()

Procedencia:

.....

Vive actualmente en: casa propia () Casa alquilada ()

Ingreso mensual:

Trabaja: Sí () No () Estado civil:

Religión: Católico () Evangélico () Ateo () Otro ()

Lee cada oración y elige la respuesta que mejor te describe, marque:

0 = No

1 = Si

N°	ITEMS	0	1
	Autoconcepto familiar		
1	Soy muy criticado en casa		
2	Me siento feliz en casa		
3	Mi familia está decepcionada de mí.		

4	Mi familia me ayudaría de cualquier tipo de problemas		
5	Mis padres me dan confianza		
6	Me siento querido por mis padres		
	Conducta		
7	Me porto bien en mi centro de estudios (*)		
8	Me echan la culpa cuando algo se echa a perder		
9	Puedo hacer bien mis tareas (*)		
10	Hago muchas tonteras		
11	Me porto bien en la casa		
12	Generalmente me meto en problemas		
13	En mi casa soy obediente		
14	Soy peleador con mis hermanos o primos		
15	Lo paso bien en el centro de estudios		
16	Soy pesado con la gente		
17	Casi siempre ando con flojera		
18	Mi familia está desilusionada de mí		
19	Me molestan en la casa		
20	A veces pienso en hacer maldades que después no hago		
21	Soy buena persona (*)		
	Estatus Intelectual y académico:		
22	Soy inteligente (*)		
23	Me porto bien en mi centro de estudios (*)		
24	Casi siempre mis padres piden mi opinión		
25	Puedo hacer bien mis tareas (*)		
26	Siempre termino mis que haceres		
27	Soy conocido y querido por mis compañeros de curso (*)		
28	Puedo hablar bien delante del profesor de curso		
29	Siempre estoy atento en clase		
30	A mis amigos les gustan mis ideas (*)		
31	Mis compañeros piensan que tengo buenas ideas (*)		
32	Soy tonto para muchas cosas		
33	Se me olvida lo que aprendo		
34	Le gusto a las demás personas (*)		

35	Los otros estudiantes son mejores que yo (*)		
36	Tengo buena pinta (*)		
	Apariencia y Atributos Físicos:		
37	Soy inteligente (*)		
38	Me gusta cómo me veo (*)		
39	Soy fuerte		
40	A mis amigos les gustan mis ideas (*)		
41	Mis compañeros piensan que tengo buenas ideas (*)		
42	Soy más feo (a) que los demás		
43	Les caigo bien a las personas		
44	Tengo una cara agradable		
45	Les gusto a las demás personas		
46	Les caigo bien a los de mi sexo opuesto		
47	Tengo buena pinta		
48	Los otros estudiantes son mejores que yo		
	Ansiedad		
49	Generalmente estoy triste		
50	Soy tímido		
51	Me gusta cómo me veo		
52	Me pongo nervioso cuando tengo un examen		
53	Me doy por vencido fácilmente		
54	Casi siempre tengo ganas de llorar		
55	Soy nervioso		
56	Casi siempre estoy preocupado		
57	Me gusta como soy		
58	Siento que no me toman en cuenta		
59	Me gustaría ser diferente		
60	Casi siempre tengo miedo		
61	En mi casa dicen que lloro con facilidad por cualquier cosa		
	Popularidad		
62	Mis compañeros se burlan de mí		
63	Me cuesta mucho hacerme amigo de otras personas		
64	Soy tímido		

65	Tengo muchos amigos		
66	Soy conocido y querido por mis compañeros de curso		
67	Siento que no me toman en cuenta		
68	Soy de los últimos que eligen para entrar en los juegos		
69	Tengo buenos amigos		
70	Los demás compañeros de clase me molestan		
71	En juegos y deportes, miro en vez de jugar		
72	Les caigo bien a los mi sexo opuesto		
	Felicidad y Satisfacción:		
73	Soy una persona feliz		
74	Me gusta cómo me veo		
75	Tengo buena suerte		
76	Me gusta como soy		
77	Me gustaría ser diferente		
78	Soy alegre		
79	Soy más feo que las demás personas		
80	Tengo una cara agradable		
81	Me gusta estar con gente		
82	Tengo buena pinta		
83	Soy buena persona		

(*). Ítem que repiten.

Gracias.

Encuestador/a:.....

Fecha:

ANEXO N° 04.

Tabla 06: Distribución numérica y porcentual según la capacidad de resiliencia general por edades en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.

Edades	Capacidad de resiliencia general							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
10 a 20 años	0	0.0	6	100	0	0.0	6	100
21 a 30 años	1	3.6	27	96.4	0	0.0	28	100
31 a 40 años	1	5.6	17	94.4	0	0.0	18	100
41 a 50 años	0	0.0	6	100	0	0.0	6	100
Total							58	100

Fuente: **Resultados de la escala de resiliencia.**

Tabla 07: Autoconcepto según grupos etareos en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.

Edades	Autoconcepto general							
	Negativa		Media		Positiva		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
10 a 20 años	0	0.0	6	100	0	0.0	6	100
21 a 30 años	0	0.0	16	57.1	12	42.9	28	100
31 a 40 años	0	0.0	18	100	0	0.0	18	100
41 a 50 años	0	0.0	4	66.7	2	33.3	6	100
Total							58	100

Fuente: **Resultados de la evaluación de autoconcepto.**

ANEXO N° 05.

Tabla 08: Capacidad de resiliencia según sexo en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.

Sexo	Capacidad de resiliencia general							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Masculino	1	2.4	40	97.6	0	0.0	41	100
Femenino	1	5.9	16	94.1	0	0.0	17	100
Total							58	100

Fuente: **Resultados de la escala de resiliencia.**

Tabla 09: Autoconcepto según sexo en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.

Sexo	Autoconcepto general							
	Negativa		Media		Positiva		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Masculino	0	0.0	30	73.2	11	26.8	41	100
Femenino	0	0.0	14	82.4	3	17.6	17	100
Total							58	100

Fuente: **Resultados de la evaluación de autoconcepto.**

ANEXO N° 06.

Tabla 10: Capacidad de resiliencia según procedencia en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.

Procedencia	Capacidad de resiliencia general							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Jaén	2	4.2	46	95.8	0	0.0	48	100
Bagua	0	0.0	6	100	0	0.0	6	100
Utcubamba	0	0.0	4	100	0	0.0	4	100
Otro	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0
Total							58	100

Fuente: **Resultados de la escala de resiliencia.**

Tabla 11: Autoconcepto según procedencia en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.

Procedencia	Autoconcepto general							
	Negativa		Media		Positiva		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Jaén	0	0.0	38	79.2	10	20.8	48	100
Bagua	0	0.0	2	33.3	4	66.7	6	100
Utcubamba	0	0.0	4	100	0	0.0	4	100
Otro	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0
Total							58	100

Fuente: **Resultados de la evaluación de autoconcepto.**

ANEXO N° 07.

Tabla 12: Capacidad de resiliencia según tipo de trabajo en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.

Trabaja	Capacidad de resiliencia							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si	0	0.0	23	100	6	10.3	23	100
No	2	5.7	33	94.3	8	13.8	35	100
Total							58	100

Fuente: Resultados de la evaluación de autoconcepto.

Tabla 13: Autoconcepto según tipo de trabajo en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.

Trabaja	Autoconcepto general							
	Negativa		Media		Positiva		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si	0	0.0	17	73.9	6	26.1	23	100
No	0	0.0	27	77.1	8	22.9	35	100
Total							58	100

Fuente: Resultados de la evaluación de autoconcepto.

ANEXO N° 08.

Tabla 14: Capacidad de resiliencia según estado civil en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.

Estado civil	Capacidad de resiliencia							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Soltero	1	3	32	97	0	0.0	33	100
Casado	0	0.0	6	100	0	0.0	6	100
Conviviente	1	5.3	18	94.7	0	0.0	19	100
Divorciado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0
Total							58	100

Fuente: Resultados de la escala de resiliencia.

Tabla 15: Autoconcepto según estado civil en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.

Estado civil	Autoconcepto general							
	Negativa		Media		Positiva		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Soltero	0	0.0	22	66.7	11	33.3	33	100
Casado	0	0.0	5	83.3	1	16.7	6	100
Conviviente	0	0.0	17	89.5	2	10.5	19	100
Divorciado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0
Total							58	100

Fuente: Resultados de la evaluación de autoconcepto.

ANEXO N° 09.

Tabla 16: Capacidad de resiliencia según religión en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.

Religión	Capacidad de resiliencia general							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Católico	2	5.4	35	94.6	0	0.0	37	100
Evangélico	0	0.0	12	100	0	0.0	12	100
Ateo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0
Otro	0	0.0	9	100	0	0.0	9	100
Total							58	100

Fuente: **Resultados de la escala de resiliencia.**

Tabla 17: Autoconcepto según religión en pacientes con VIH, atendidos en el Hospital General de Jaén – 2015.

Religión	Autoconcepto general							
	Negativa		Media		Positiva		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Católico	0	0.0	27	73	10	27	37	100
Evangélico	0	0.0	8	66.7	4	33.3	12	100
Ateo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0
Otro	0	0.0	9	100	0	0.0	9	100
Total							58	100

Fuente: **Resultados de la evaluación de autoconcepto.**