

Universidad Católica Redemptoris Mater

Facultad de humanidades



**Tesis monográfica para optar al título de
Licenciatura en Psicología**

Psicología Clínica

Relación entre autoestima y estado emocional en pacientes con diagnóstico de
VIH

AUTORES

Espinoza-Romero, Reyna Elieth
Leiva-Martínez, Nadiuska Yarellys
Mora-Flores, María Fernanda

Managua, Nicaragua

17 de enero de 2025

Universidad Católica Redemptoris Mater

Facultad de humanidades



**Tesis monográfica para optar al título de
Licenciatura en Psicología**

Relación entre autoestima y estado emocional en pacientes entre 18 y 29 años
con diagnóstico de VIH atendidos por la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA
(ASONVIHSIDA) en el segundo semestre del año 2024

AUTORES

Espinoza-Romero, Reyna Elieth
Leiva-Martínez, Nadiuska Yarellys
Mora-Flores, María Fernanda

TUTOR CIENTÍFICO Y METODOLÓGICO

MSc. Navarrete-López, Eduardo Francisco
Profesor investigador
ORCID:  0009-0008-8658-4460

Managua, Nicaragua

17 de enero de 2025

CARTA AVAL TUTOR CIENTÍFICO Y METODOLÓGICO

Por medio de la presente, y en mi calidad de Tutor científico y metodológico, certifico que el trabajo de investigación realizado por Reyna Elieth Espinoza Romero, Nadiuska Yarellys Leiva Martinez, y María Fernanda Mora Flores, cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica, por lo que autorizo a las y los egresados, reproducir el documento definitivo para su entrega oficial a la facultad correspondiente.

Atentamente,

Msc. Eduardo Francisco Navarrete López
Profesor investigador
enavarrete2@unica.edu.ni

Dedicatoria

Quiero dedicar este logro a mi madre, que con amor y sacrificio me enseñó a nunca rendirme. Esta tesis no solo es un paso académico, sino un reflejo de mis sueños de contribuir a un mundo más comprensivo y solidario. Gracias a todas las personas que confiaron en mí y me motivaron a dar lo mejor de mí misma.

Reyna Elieth Espinoza Romero

A Dios, quien ha sido mi guía constante, mi fuerza en los momentos de debilidad y la luz que iluminó este camino. Sin Su presencia y bendiciones, este logro no habría sido posible. A mi hijo, mi mayor motivo para crecer y superar cada obstáculo. Siendo mi inspiración diaria, la razón por la que me esfuerzo por ser mejor y seguir adelante. A mi esposo, por ser mi compañero incondicional, por creer en mí cuando yo misma dudaba, y por brindarme el amor y el apoyo que me han sostenido durante este proceso.

A mi abuelita y mi tía, por su cariño, sabiduría y palabras de aliento, por enseñarme que rendirse no es una opción y por estar siempre ahí, impulsándome a continuar.

María Fernanda Mora Flores

Dedico este trabajo a mi hermana, quien no solo ha sido un apoyo incondicional, sino también una figura materna en mi desarrollo personal y profesional. Gracias por enseñarme a amar la investigación y la lectura, pilares que han marcado mi camino. A mi mamá, por creer en mí y apostar siempre por mi crecimiento en esta carrera de Psicología. Tus palabras y confianza me han dado la fuerza para seguir adelante. A mi abuela, por inculcarme el amor al estudio, y al universo, por alinear mi camino.

Nadiuska Leiva

Resumen

La presente investigación, tuvo como objetivo analizar la relación entre autoestima y estado emocional en pacientes de 18 a 29 años con diagnóstico de VIH, atendidos por la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA (ASONVIHSIDA), durante el segundo semestre del año 2024. La metodología aplicada fue de enfoque cualitativo, con diseño fenomenológico-hermenéutico, de corte transversal.

La población estuvo compuesta por 50 pacientes, de los cuales se seleccionaron 8 como muestra de estudio; se emplearon los instrumentos: Escala de Autoestima de Rosenberg adaptada al español por Atienza y otros autores, Test TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale-24, Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales) de Mayer y Salovey adaptada al español por Fernández-Berrocal y otros autores, y un grupo focal.

Los resultados indicaron que los pacientes que tienen una autoestima más fortalecida suelen percibir de manera más efectiva sus emociones, logrando mayor comprensión de sentimientos para identificar lo que sienten, regulando de manera óptima sus emociones. En contraste, aquellos con una autoestima más frágil manifestaron mayores dificultades para reconocer y gestionar sus emociones, lo que los lleva a sentirse más vulnerables emocionalmente. En consecuencia, se encontró una relación entre autoestima y estado emocional en la muestra seleccionada.

Palabras Clave: *Autoestima, estado emocional, VIH, apoyo emocional, salud mental.*

Abstract

The objective of this research was to analyze the relationship between self-esteem and emotional state in patients between 18 and 29 years old with HIV diagnosis, attended by the Nicaraguan HIV-AIDS Association (ASONVIHSIDA), during the second semester of the year 2024. The methodology applied was qualitative, with a phenomenologicalhermeneutic design, with a cross-sectional.

The population consisted of 50 patients, of which 8 were selected as a study sample; the following instruments were used: Rosenberg's Self-Esteem Scale adapted to Spanish by Atienza and other authors, Test TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale-24, Trait Scale of Meta-Cognitions about Emotional States) by Mayer and Salovey adapted to Spanish by Fernández-Berrocal and other authors, and a focus group.

The results indicated that patients with a stronger self-esteem tend to perceive their emotions more effectively, achieving greater understanding of feelings to identify what they feel, optimally regulating their emotions. In contrast, those with a more fragile self-esteem showed greater difficulties in recognizing and managing their emotions, which leads them to feel more emotionally vulnerable. Consequently, a relationship between self-esteem and emotional state was found in the selected sample.

Keywords: Self-esteem, emotional state, HIV, emotional support, mental health.

Índice de Contenido

Introducción	1
Antecedentes y Contexto del Problema	2
Objetivos	4
Objetivo General	4
Objetivos Específicos	4
Pregunta de Investigación	4
Justificación	5
Limitaciones	6
Marco Teórico	7
Marco Referencial	7
Antecedentes Internacionales.....	7
Antecedentes Nacionales	11
Marco Conceptual.....	13
I. Autoestima	13
1.1. Definiciones de Autoestima	13
2.1. Componentes de la Autoestima	14
3.1. Tipos de Autoestima.....	15
4.1. Aspectos que Influyen en la Autoestima.....	16
5.1. Dimensiones de la Autoestima.....	17
II. Estado emocional	18
2.1. Definiciones de estado emocional	18
2.2. Definiciones de regulación emocional	21
2.3. Procesos básicos para regular las emociones	22
2.4. Inteligencia emocional	23
2.5. Modelos de inteligencia emocional.	25

2.6. Impacto emocional que presentan las personas que son diagnosticadas con VIH	34
2.7. Desconexión emocional	36
III: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).....	37
3.1. Definición de VIH	37
3.2. Signos y síntomas	37
3.3. Transmisión del virus.....	38
3.4. Factores de riesgo	39
3.5. Tratamiento.....	39
3.6. Principales alteraciones a nivel psicológico	40
IV. Conceptos Básicos	42
4.1. Autoestima	42
4.2. Autopercepción	42
4.3. Inteligencia Emocional	42
4.4. Percepción Emocional	42
4.5. Comprensión de Sentimientos	42
4.6. Regulación Emocional	42
4.7. Calidad de Vida	43
4.8. VIH	43
4.9. VIH Avanzado (SIDA).....	43
4.10. Estigma	43
4.11. Discriminación	43
4.12. Tratamiento Antirretroviral (TAR o TARV)	44
4.13. Leucocitos (glóbulos blancos)	44
4.14. Linfocitos	44
4.15. Linfocitos T CD4	44
4.16. Profilaxis Preexposición (PrEP).....	44

4.17. Profilaxis Posexposición (PEP)	44
V. Marco Metodológico	46
5.1. Enfoque	46
5.2. Propósito	46
5.3. Diseño	46
5.4. Orientación en el tiempo	47
5.5. Operacionalización de los Criterios de Análisis	47
5.5.1. Operacionalización del Criterio de Análisis Autoestima	47
5.5.2. Operacionalización del Criterio de Análisis Estado Emocional	47
5.6. Muestra Teórica y Sujetos de Estudio	48
5.6.1. Población	48
5.6.2. Muestra	48
5.6.3. Muestreo	49
5.7. Métodos y Técnicas de Recolección de Datos	50
5.7.1. Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) adaptada al español por Atienza et. al (2000)	50
5.7.2. Test TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale-24, Escala de meta-estado de ánimo y rasgo) de Mayer y Salovey (1995) adaptada al español por Fernández-Berrocal et al. (2004)	50
5.7.3. Grupo Focal	51
5.8. Procedimientos para el Procesamiento y Análisis de Información	51
VI. Resultados y Discusión	53
6.1. Resultados del Criterio de Análisis Autoestima	55
6.2. Resultado del Criterio de Análisis Estado Emocional	57
6.2.1. Dimensión Percepción Emocional	57
6.2.2. Dimensión Comprensión de Sentimientos	59
6.2.3. Dimensión Regulación Emocional	61

6.3. Conexión entre autoestima y estado emocional	63
VII. Conclusiones	69
Referencias	71
Anexos	85
Anexo 1. Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) adaptada al español por Atienza et. al (2000)	85
Anexo 2. Test TMMS-24 de Mayer y Salovey (1995) adaptada al español por Fernández-Berrocal et al. (2004).....	86
Anexo 3. Grupo Focal	87
Anexo 4. Capturas de Pantalla de Instrumentos Digitalizados a través de Google Forms.....	88
Anexo 4.1. Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) adaptada al español por Atienza et al. (2000).....	88
Anexo 4.2. Test TMMS-24 de Mayer y Salovey (1997) adaptada de Fernández-Berrocal et al. (2004)	89
Anexo 5. Consentimiento Informado.....	90
Anexo 6. Experiencias Compartidas por los Pacientes en el Grupo Focal	91

Índice de Tablas

Tabla 1. Nivel de Autoestima de los Pacientes.....	55
Tabla 2. Dimensión Percepción Emocional	57
Tabla 3. Dimensión Comprensión de Sentimientos	59
Tabla 4. Dimensión Regulación Emocional.....	61

Introducción

Recibir un diagnóstico de VIH trae consigo no solo desafíos médicos, sino también emocionales y sociales que influyen en la vida de las personas. Esta condición, con frecuencia rodeada de estigmas y prejuicios, afecta la forma en que los pacientes se ven a sí mismos y cómo enfrentan los efectos emocionales de su situación. En este contexto, la autoestima y el estado emocional son muy importantes para ayudarles a sobrellevar su realidad.

Este estudio cualitativo, con un diseño fenomenológico-hermenéutico y de corte transversal, analizó la relación entre autoestima y estado emocional en pacientes de 18 a 29 años con diagnóstico de VIH, atendidos por la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA (ASONVIHSIDA), en el segundo semestre del año 2024. Para ello, se emplearon escalas estandarizadas y se llevó a cabo un grupo focal, lo que permitió explorar a profundidad las experiencias individuales de los pacientes, capturando sus vivencias para entender mejor cómo conviven con su diagnóstico y cómo enfrentan los retos emocionales derivados de su condición.

Los objetivos de esta investigación se estructuraron de la siguiente manera: en primer lugar, identificar el nivel de autoestima de los pacientes; en segundo lugar, evaluar el estado emocional de los pacientes; y finalmente, describir la conexión entre autoestima y estado emocional de los pacientes.

El documento está organizado en secciones principales que abordan de manera progresiva los aspectos más relevantes del estudio. En primer lugar, se describen las definiciones de autoestima; En segunda instancia, se define inteligencia emocional, especificando como esta se relaciona con el estado emocional; el tercer acápite, aborda la definición de VIH, incluyendo términos relevantes a esta temática; el cuarto apartado, presenta conceptos básicos que facilitan la comprensión de los términos abordados en la investigación; la quinta sección aborda el marco metodológico.

Posteriormente, en el sexto acápite, se analizan los resultados obtenidos, destacando las vivencias de los participantes; finalmente, en la séptima sección, se presentan las conclusiones y recomendaciones prácticas orientadas a mejorar el apoyo emocional de las personas que viven con esta condición.

Antecedentes y Contexto del Problema

Según Clínica Alemana (2023), el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) sigue siendo un desafío significativo para la salud pública global y representa no solo un problema médico, sino también social, emocional y psicológico. Según datos de ONUSIDA (2023), a nivel mundial, millones de personas viven con VIH, enfrentándose a estigmas persistentes y discriminación.

Nicaragua no es la excepción, y este panorama se refleja en las estadísticas nacionales. El Ministerio de Salud (MINSa) registró 1,155 casos nuevos de contagio del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) al cierre de 2023. Esta cifra, que es la más alta registrada en los últimos cinco años, superó en 26 los casos confirmados de 2022 (1,129). (Minsa, 2023)

Además, el viceministro del MINSa, Dr. Enrique Beteta, destacó que en el primer trimestre del año 2023 se detectaron “340 hermanos con VIH, es decir, 3.7 casos diarios en edades de 15 a 39 años, población joven, económicamente activa que necesitamos que adquieran conocimiento alrededor de tema”, afirmó Beteta. (Minsa, 2023)

En Nicaragua, los jóvenes siguen siendo un grupo vulnerable al VIH, a pesar de contar con programas educativos que promueven prácticas sexuales seguras y la educación en salud sexual. Aunque el Ministerio de Salud (Minsa) ha implementado campañas de prevención y promoción, el estigma y la discriminación continúan siendo barreras significativas que afectan la salud emocional y psicológica de los pacientes. Además, la carga psicológica del diagnóstico, sumada al rechazo social, impacta en la autoestima y el estado emocional de los pacientes.

En los últimos años, Nicaragua ha avanzado en la atención al VIH, especialmente con la implementación de tratamientos antirretrovirales gratuitos y la creación de programas nacionales de prevención. Estas políticas han contribuido a disminuir la mortalidad relacionada con la enfermedad, pero los desafíos persisten. Las barreras sociales, como la estigmatización y la falta de sensibilización en algunos sectores de la población, limitan el impacto de los esfuerzos institucionales.

Organizaciones como la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA (ASONVIHSIDA) son fundamentales en respuesta del VIH, liderando campañas de educación y sensibilización que buscan complementar las iniciativas gubernamentales. A pesar de estos esfuerzos, la falta de acompañamiento emocional representa una oportunidad para desarrollar iniciativas que

complementen los servicios médicos existentes y que permitan a los pacientes manejar de forma más efectiva las repercusiones emocionales y sociales de su diagnóstico.

En particular, los jóvenes enfrentan factores de riesgo que los hacen más vulnerables, incluyendo el inicio temprano de su vida sexual y las relaciones sexuales no protegidas. Aunque existe información sobre prácticas seguras, persisten retos relacionados con la internalización de estos conocimientos y la implementación de hábitos preventivos.

Este escenario pone de manifiesto la importancia de implementar estrategias más completas que se enfoquen no solo en la prevención y tratamiento médico, sino también en el apoyo emocional, particularmente en grupos prioritarios como los jóvenes.

Objetivos

Objetivo General

Analizar la relación entre autoestima y estado emocional en pacientes de 18 a 29 años con diagnóstico de VIH, atendidos por la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA (ASONVIHSIDA), durante el segundo semestre del año 2024.

Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de autoestima en pacientes de 18 a 29 años con diagnóstico de VIH, atendidos por la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA (ASONVIHSIDA).
- Evaluar el estado emocional en pacientes de 18 a 29 años con diagnóstico de VIH, atendidos por la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA (ASONVIHSIDA).
- Describir la conexión entre autoestima y estado emocional en pacientes de 18 a 29 años con diagnóstico de VIH, atendidos por la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA (ASONVIHSIDA).

Pregunta de Investigación

¿De qué manera la autoestima se relaciona con el estado emocional de los pacientes entre 18 y 29 años con diagnóstico de VIH que son atendidos por la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA (ASONVIHSIDA) durante el segundo semestre de 2024?

Justificación

En cuanto a la justificación teórica, esta permite una información base para comprender la relación entre autoestima y estado emocional en pacientes de 18 a 29 años con diagnóstico de VIH, atendidos por Asociación Nicaragüense VIH-SIDA (ASONVIHSIDA), durante el segundo semestre del año 2024.

Además este estudio pasará a formar parte de la literatura científica y contribuirá a apoyar las teorías utilizadas entorno a los criterios de análisis autoestima y estado emocional; además, brinda recomendaciones para estudios futuros.

Para la justificación metodológica, se llevó a cabo un grupo focal, además de la aplicación de dos instrumentos de medición: Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) adaptada al español por Atienza et al. (2000) y Test TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale-24, Escala de meta-estado de ánimo y rasgo) de Mayer y Salovey (1995) adaptada al español por Fernández-Berrocal et al. (2004). Ambas escalas cuentan con las condiciones necesarias de objetividad, validez y confiabilidad, que pueden ser utilizados para otras investigaciones científicas similares a este estudio.

Para la justificación práctica, los resultados de este estudio contrastados con un marco teórico, sugieren aportar ideas para que la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA (ASONVIHSIDA) pueda desarrollar estrategias de apoyo emocional que fortalezcan no solo la autoestima de los pacientes, sino que también les brinden herramientas prácticas para gestionar sus emociones, contribuyendo a una atención más humana y comprensiva, orientada a mejorar la calidad de vida de quienes enfrentan esta condición.

Además, el estudio se alinea con el Plan Nacional de Lucha contra la Pobreza y el Desarrollo Humano del Gobierno de Nicaragua 2022-2026, el cual reconoce la importancia de la salud emocional e integral de las personas como un componente esencial para el desarrollo humano sostenible.

Adicionalmente, esta investigación contribuye al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), específicamente al ODS 3 de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas, denominado “Salud y Bienestar”, que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. (Naciones Unidas, 2023)

De manera específica, la investigación está alineada con la meta 3.3 del ODS 3, que tiene como objetivo, para el año 2030, poner fin a las epidemias de VIH/SIDA, tuberculosis, malaria y otras enfermedades transmisibles. Asimismo, busca promover la mejora del bienestar de las personas afectadas por el VIH, a través del fortalecimiento del apoyo emocional y psicológico, lo que contribuye a una mejor calidad de vida y a la reducción del estigma asociado a la enfermedad. (Naciones Unidas, 2023)

La limitada cantidad de estudios sobre autoestima y la ausencia de investigaciones relacionadas con el estado emocional en el contexto nacional, evidenciaron una brecha importante en la literatura disponible. Este vacío destacó la necesidad de llevar a cabo esta investigación, que no solo buscó aportar información relevante sobre la relación entre estos dos aspectos (autoestima y estado emocional) en personas diagnosticadas con VIH, sino también contribuir al desarrollo del campo académico y profesional en Nicaragua.

Limitaciones

Únicamente se identificó como limitación la asistencia de los participantes el día de la investigación. Se citaron a 10 personas; sin embargo, por motivos de fuerza mayor, solo asistieron 8. No obstante, se encontró una relación entre autoestima y estado emocional en dicha muestra.

Marco Teórico

En este apartado se presentan los elementos del marco referencial y conceptual que enmarcan la investigación. En el marco referencial, se realiza una revisión de estudios previos relacionados con la autoestima y el estado emocional, destacando los hallazgos más relevantes y las metodologías empleadas en investigaciones anteriores, ofreciendo una visión general que permite contextualizar el tema de investigación y entender cómo otros estudios han abordado estos criterios de análisis.

Por otro lado, en el marco conceptual, se abordan temas tales como autoestima, emociones, e inteligencia emocional, que conforman la base teórica de la investigación; además, se presentan conceptos relacionados a la temática de VIH, que facilitan la comprensión de los términos utilizados en este estudio.

Marco Referencial

Antecedentes Internacionales

Sánchez-De la Cruz et al. (2023) realizaron un estudio denominado *“Estado emocional y psicológico del personal de enfermería agredido durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica”*. El objetivo del estudio fue conocer la incidencia de agresión hacia el personal de enfermería y evaluar las principales emociones y síntomas psicológicos experimentados durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica.

En lo que se refiere a la metodología, se aplicó una encuesta transversal a personal de enfermería de países latinoamericanos hispanohablantes. Se obtuvo información sociodemográfica, relacionada con la agresión, síntomas psicológicos y estado emocional. Se aplicó estadística descriptiva en frecuencias y porcentajes; promedios y desviación estándar.

Con base en los resultados, se obtuvo que 310 personas de México (65.2%), Argentina (5.8%), Colombia (5.2%), Honduras (5.2%) y Costa Rica (4.5%) y otros países latinos (14.1%) participaron. 78.1% eran mujeres, con edad promedio de 35.20 años. El 79.6% de la muestra refirió que fue agredido o discriminado. Las emociones más comunes fueron miedo a enfermarse (73.7%), alteraciones del sueño (33.4%), miedo de contagiar a sus familiares (33.4%).

Las alteraciones de salud mental referidas fueron ansiedad (29.2%), tristeza (10.4%) y aumento del apetito (8.8%). Los lugares más frecuentemente de agresión son la calle y transporte público.

Los autores concluyen que hubo alta incidencia de agresión contra el personal de enfermería durante la pandemia; de igual forma, el personal presenta alteraciones emocionales y mentales. Es necesario el desarrollo de políticas de seguridad y protección para el personal de enfermería y proveer de atención en salud mental al personal que se encuentra en la primera línea de defensa contra el COVID-19.

Por su parte, Gaeta et al. (2021) realizaron una investigación titulada *“Autoeficacia, estado emocional y autorregulación del aprendizaje en el estudiantado universitario durante la pandemia por COVID-19”*. La misma tuvo como objetivos analizar la relación entre la autoeficacia, el estado emocional y la autorregulación del aprendizaje en el estudiantado universitario y contrastar su variación en función del género y del período académico durante el confinamiento a causa de la pandemia por COVID-19.

Se utilizó un enfoque cuantitativo. Participaron 1665 personas procedentes de distintas universidades en México, quienes contestaron un cuestionario en línea entre junio y agosto de 2020. Los análisis de regresión indicaron que la autoeficacia para manejar situaciones estresantes, junto con emociones de desesperación, miedo y esperanza, inciden positivamente en la autorregulación del aprendizaje, mientras que el enojo lo hace negativamente.

Las mujeres indicaron mayores puntajes en miedo, gratitud y compasión, así como en autorregulación del aprendizaje. El estudiantado de posgrado reportó tranquilidad, esperanza y gratitud con mayor frecuencia. Por su parte, el grupo de licenciatura de los últimos semestres (7º-10º) indicó enojo, miedo y desinterés con mayor frecuencia y el menor nivel de autoeficacia y autorregulación del aprendizaje respecto a los de períodos académicos iniciales e intermedios.

A partir de estos datos, es necesario promover acciones educativas que ayuden a la población universitaria a potenciar sus capacidades personales para influir en el entorno de cara al logro académico, por medio de una toma de conciencia de las dificultades que pueden limitar su aprendizaje y con un atento control de su cognición, estado emocional y comportamiento durante y después del confinamiento.

Por otro lado, Ozamiz-Etxebarria, et al. (2021) realizaron un estudio que lleva por título *“Estado emocional del profesorado de colegios y universidades en el norte de España ante la COVID-19”* cuyo objetivo del presente estudio fue medir los niveles de estrés, ansiedad y depresión del profesorado ante la reapertura de los colegios y universidades tras 6 meses de no presencialidad.

En cuanto a la metodología han participado un total de 1.633 profesores y profesoras del Departamento de Educación de la Comunidad Autónoma Vasca (CAV), todos ellos profesionales que trabajan en diferentes centros educativos, desde educación infantil hasta estudios universitarios. Se ha aplicado el cuestionario, DASS-21 para medir la sintomatología que presenta el profesorado ante la reapertura de los centros.

Los resultados mostraron que el 32,2% de los participantes tuvieron síntomas de depresión, el 49,4% síntomas de ansiedad y, el 50,6% síntomas de estrés. En conclusión Los resultados muestran que el profesorado tiene síntomas de estrés, ansiedad y depresión. Por lo tanto, es importante atender la salud mental de los profesores para cuidar así la salud mental del alumnado y la calidad de la docencia.

A su vez, Tacca, et al. (2020) realizaron una investigación, la cual se titula *“Habilidades Sociales, Autoconcepto y Autoestima en Adolescentes Peruanos de Educación Secundaria”*, tuvo como objetivo principal de la investigación fue conocer la relación entre las habilidades sociales, el autoconcepto y la autoestima en estudiantes peruanos de educación secundaria.

Según la metodología, la investigación fue cuantitativa, correlacional y no experimental transversal. La muestra estuvo conformada por 324 estudiantes adolescentes de los dos últimos años de educación secundaria de distintos colegios de Lima, Perú.

Los resultados evidenciaron una relación positiva y mediana entre las habilidades sociales y el autoconcepto, siendo el autoconcepto físico, social, personal y de sensación de control los que presentan mayor índice de correlación. También se encontró una relación positiva y mediana entre las habilidades sociales y la autoestima, por otra parte, la relación entre autoconcepto y autoestima resultó ser grande y positiva. La evidencia muestra que los varones obtienen mayor puntaje en las tres variables.

Además, los adolescentes de colegios públicos y que estudian con una metodología con enfoque por competencias presentan mayor autoconcepto. No se encontraron diferencias según la edad de los participantes. En conclusión, según los resultados obtenidos en la muestra de estudio, se ha observado que las habilidades sociales se encuentran en un nivel alto de desarrollo.

En otro escenario, Romero y Ginebra (2022) realizaron un estudio titulado *“Funcionalidad familiar y autoestima en adolescentes durante la pandemia por COVID-19”*, el cual tuvo como objetivo identificar la evaluación entre funcionalidad familiar y autoestima en adolescentes durante la pandemia por COVID – 19; tomando en consideración a los adolescentes miembros del club “Unidos por la Vida” del proyecto “Esperanza”. Se aplicó un enfoque de investigación cuantitativa y un diseño descriptivo – correlacional.

En la metodología empleada en el estudio participaron 35 adolescentes, a los cuales se les aplicó una ficha sociodemográfica para describir las características sociodemográficas de la muestra; el Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), identificando su rango de pertenencias de funcionalidad familiar y la Escala de Autoestima de Rosenberg para medir el nivel de autoestima.

Como resultados se obtienen que la media de los adolescentes, pertenecen a familias moderadamente funcionales, se encontraron variaciones en los niveles de autoestima, ubicándose la mayoría en un rango de autoestima media. Respecto a la evaluación de las variables Funcionalidad familiar y autoestima, no existe evaluación estadísticamente significativa. En conclusión, no se constatan variaciones significativas o de asociación entre la funcionalidad familiar y las características sociodemográficas de la muestra.

Antecedentes Nacionales

Altamirano et al. (2022) realizaron un estudio denominado *“La práctica de relaciones sexuales a temprana edad y su influencia en la autoestima de adolescentes de décimo grado del Instituto Nacional Francisco Luis Espinoza, agosto-diciembre 2020”*. Este estudio se realizó con el objetivo de analizar la influencia de la práctica de relaciones sexuales a temprana edad en la autoestima de los adolescentes de décimo grado del Instituto Nacional Francisco Luis Espinoza, septiembre-diciembre 2020.

Se llevó a cabo a través de un enfoque de tipo mixto y de carácter descriptivo, la muestra estuvo conformada por 36 estudiantes y fue seleccionada a través del muestreo probabilístico aleatorio estratificado y con una muestra intencional.

Las técnicas utilizadas fueron escala de Likert, grupo focal, y test de autoestima. Los datos fueron procesados a través del programa estadístico SPSS, Microsoft Word, Microsoft Excel y fueron analizados de acuerdo a los objetivos formulados.

Con base en los análisis obtenidos se logró concluir que la práctica de relaciones sexuales a temprana edad tiene gran influencia en la autoestima de los adolescentes, y existe una gran diferencia de afectación entre ambos sexos. En el sexo femenino provoca que estas desarrollen autoestima baja negativa, las cuales se muestran con dependencia emocional, inseguridad, y falta de amor propio y en el caso de los hombres autoestima alta negativa los cuales se sienten superiores los demás, egocéntricos, y sintiéndose más consigo a sí mismos.

Cada adolescente tiene una percepción distinta acerca del tema y algunos separan la parte emocional de la física, sin tomar en cuenta las consecuencias a futuro que podrían tener; es por ello que se plantea una propuesta de prevención e intervención psicológica con diferentes métodos que aborden estas problemáticas.

Por otro lado, Martínez. A et. al (2022), realizaron una investigación titulada *“Autoestima y su relación con el rendimiento deportivo del equipo de futbol masculino de FAREM-Estelí, período agosto – noviembre 2021”*, la cual tuvo como objetivo principal valorar la autoestima y su relación con el rendimiento deportivo en los deportistas del equipo de futbol masculino de la FAREM-Estelí, período agosto – noviembre 2021.

Se tomó para este estudio una metodología mixta con una muestra total de 25 deportistas. Los instrumentos utilizados para la investigación fue la escala de autoestima Autoexamen de Cirilo Vargas para la medición de esta mediante los niveles autoestima bajo y alto en sus dimensiones positivo o negativo. Se aplicó listado libre para analizar en rendimiento deportivo desde el punto de vista del entrenador y para establecer la relación se aplicaron un grupo focal seguido de una encuesta para abarcar el enfoque completo desde el punto de vista estadístico y descriptivo.

A su vez, se realizó un cuestionario a expertos en el campo de salud mental para la creación de una propuesta que se implementó mediante un manual de técnicas psicológicas que puedan utilizar con ayuda de un psicólogo o de manera individual la cual nació a partir de esta investigación que será útil para la muestra en cuestión y para toda el área deportiva que desee implementar la parte psicológica en su respectivo deporte.

Marco Conceptual

I. Autoestima

En este apartado, se abordan diferentes conceptos de autoestima según la perspectiva de diversos autores, también se detallan los componentes de la autoestima, tipos de autoestima, aspectos que influyen en esta y las dimensiones de la misma.

1.1. Definiciones de Autoestima

La Organización Mundial de la Salud (2022), manifiesta que la autoestima hace referencia al bienestar completo que puede presentar una persona, en donde se tiene en cuenta diferentes aspectos, estos son; el físico, el psicológico y el social

De acuerdo con Rice (2000), la autoestima de una persona es la consideración que tiene hacia sí misma. Señala este autor que ha sido denominada como el vestigio del alma y que es el ingrediente que proporciona dignidad a la existencia humana.

Branden, (citado por De Mézerville, 2004), manifiesta que la autoestima está configurada tanto por factores internos como por factores externos. El autor refiere que los factores internos son los que radican o son creados por el individuo: ideas, creencias, prácticas o conductas. Asimismo, expresa que los factores externos son los factores del entorno: los mensajes transmitidos verbal o no verbalmente, o las experiencias suscitadas por los padres, los educadores, las personas significativas, las organizaciones y la cultura.

Por otro lado, según Güell y Muñoz (2000), la autoestima se refiere a la capacidad de una persona para valorarse a sí misma y establecer su identidad. Mantener un nivel adecuado de autoestima permite enfrentar las críticas, relacionarse de manera abierta, solicitar ayuda cuando sea necesario y disfrutar más de la vida, lo que a su vez ayuda a prevenir procesos depresivos.

De manera similar, Santrock (2002), describe la autoestima como una evaluación general de uno mismo, que incluye la autovalía y la autoimagen, reflejando la confianza y satisfacción global que el individuo tiene consigo mismo.

Rosenberg (1965) entiende la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características.

Para el presente estudio se tomó como referencia la definición de Rosenberg (1965) sobre la autoestima, entendida como un sentimiento hacia uno mismo que puede ser positivo o negativo, construido a partir de la evaluación de las propias características. Esto se debe a que dicha definición está directamente relacionada con la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), instrumento utilizado en esta investigación para identificar el nivel de autoestima en la muestra de estudio.

2.1. Componentes de la Autoestima

Para Alcántara (1993) la autoestima tiene componentes importantes como:

Cognitivo (lo que pensamos):

El componente cognitivo indica idea, opinión, creencia, percepción y procesamiento de la información. Lo que se refiere a un autoconcepto definido como una opinión que se tiene de la propia personalidad y de la conducta.

Esto hace referencia a un autoconcepto definido, que cada uno de nosotros tenemos, este autoconcepto ocupa un lugar privilegiado en la consolidación de la autoestima puesto que nos permitirá construir una autoimagen que nos ayudará en nuestra vida presente y nos facilitará nuestras aspiraciones y expectativas futuras.

Afectivo (lo que sentimos):

Se dice que esta dimensión soporta la valoración de lo que hay de positivo y negativo en los niños e implica un sentimiento de la favorable o de la desfavorable, de la agradable o desagradable que vemos. Es sentirse a gusto o disgusto consigo mismo. Es decir, que es un juicio de valor sobre nuestras cualidades personales y nuestros defectos, de nuestra sensibilidad y práctica de nuestros valores.

Conductual (como actuamos):

Se refiere al modo de actuar y llevar a la práctica ciertos comportamientos, con la intención de buscar o alcanzar un reconocimiento ante los demás y ante nosotros mismos.

De la mano con lo anterior, se citan ejemplos con el fin de afianzar los conceptos referidos:

Un paciente con VIH, como Juan, cree (cognitivo) que puede vivir una vida plena porque cuenta con información adecuada y el apoyo de su red social. Asiste a sus citas médicas y sigue su tratamiento antirretroviral (conductual), lo que le permite mantener su salud estable. Se siente satisfecho y motivado (afectivo) porque percibe que está tomando el control de su vida.

Consecuencia: su autoestima mejora, favoreciendo su capacidad para enfrentar los desafíos de la enfermedad.

Por otro lado, un paciente con VIH, como Teo, no confía (cognitivo) en su capacidad para manejar la enfermedad porque siente rechazo social. Abandona sus citas médicas y no sigue adecuadamente el tratamiento (conductual), lo que empeora su estado de salud. Se siente desanimado y avergonzado (afectivo) porque percibe que no puede superar las dificultades relacionadas con su diagnóstico. **Consecuencia:** su autoestima disminuye, afectando negativamente su calidad de vida y su adherencia al tratamiento.

3.1. Tipos de Autoestima

Coopersmith (1976) plantea que existen distintos niveles de autoestima por lo cual cada persona reacciona ante situaciones similares, de forma diferente, teniendo expectativas desiguales ante el futuro, reacciones y autoconceptos disímiles.

Caracteriza a las personas con alta, media y baja autoestima y las define con las siguientes características:

Autoestima Alta: Son personas expresivas, asertivas, con éxito académico y social, confían en sus propias percepciones y esperan siempre el éxito, consideran su trabajo de alta calidad y mantienen altas expectativas con respecto a trabajos futuros, manejan la creatividad, se autorrespetan y sienten orgullo de sí mismos, caminan hacia metas realistas (Coopersmith, 1976)

Una persona con autoestima alta, vive, comparte e invita a la integridad, honestidad, responsabilidad, comprensión y amor, siente que es importante, tiene confianza, tiene fe en sus

decisiones y se acepta a sí mismo totalmente como ser humano. Reconoce sus errores, es responsable en sus actos y se esfuerza frente a las dificultades.

Autoestima Media: Son personas expresivas, dependen de la aceptación social, igualmente tienen alto número de afirmaciones positivas, siendo más moderadas en sus expectativas y competencias que las anteriores (Coopersmith, 1976). De la misma forma, para Alcántara (1993), las personas con autoestima media se caracterizan por disponer de un grado aceptable de confianza en sí mismo.

Autoestima Baja: Son individuos desanimados, deprimidos, aislados, consideran no poseer atractivo, son incapaces de expresarse y defenderse; se sienten débiles para vencer sus deficiencias, tienen miedo de provocar el enfado de los demás, su actitud hacia sí mismo es negativa, carecen de herramientas internas para tolerar situaciones y ansiedades. (Coopersmith, 1976)

En este sentido, Alcántara (1993), señala que cuando la autoestima es baja, la salud de la persona se resiente porque falta confianza para abordar los retos sucesivos que la vida presenta desde una perspectiva positiva y esto hace que la calidad de vida no sea todo lo óptima que pudiera serlo. Al faltar seguridad personal, se reduce la capacidad para enfrentar a los múltiples problemas y conflictos que se presentan en la vida.

4.1. Aspectos que Influyen en la Autoestima

4.1.1. Influencia de la Familia. Felson (citado en Pobeda, 2000) sostiene que la primera relación trascendente en la vida de una persona es la relación familiar, debido a que la familia es el contexto inicial que permitirá al ser humano desarrollar su autoestima, entonces la familia se convertirá en un retrato de lo que es la persona, esto indicará como actuar con los demás mientras se va construyendo el retrato propio. Dependiendo de cómo sea la familia, así será la persona, la cual resultará modelada por la presencia de reglas, la forma de comunicación, valores, costumbres que irán vinculadas con la sociedad en donde se desenvuelve esta familia.

4.1.2. Influencia de la Sociedad. Jarris (1999, citado por Pobeda, 2000) refiere que la sociedad en la que se vive cumple una función muy importante para la formación de la

autoestima de la persona, ya que a partir de la cultura toda familia adopta diferentes pautas o formas de vida que son transmitidas a sus miembros y que contribuyen a formar la personalidad de cada uno de nosotros de acuerdo a un modelo social. La propia imagen se construye desde fuera hacia dentro, es decir, desde lo que puedan casualmente pensar quienes nos rodean, y no al contrario. Esto origina graves incongruencias como puede ser que un sujeto puede alcanzar una posición social o económica elevadas y a pesar de eso puede tener, una baja autoestima.

5.1. Dimensiones de la Autoestima

Coopersmith (1976), señala que la autoestima posee cuatro dimensiones que se caracterizan por su amplitud y radio de acción, logrando identificar las siguientes:

5.1.1. Dimension Personal. Consiste en la evaluación que el individuo realiza y con frecuencia mantiene de sí, en relación con su imagen corporal y cualidades personales, considerando su capacidad, productividad, importancia y dignidad, lleva implícito un juicio personal expresado en la actitud hacia sí mismo.

5.1.2. Dimension Académica. Es la evaluación que el individuo hace y con frecuencia sostiene sobre sí mismo, en relación con su desempeño en el ámbito escolar teniendo en cuenta su capacidad, productividad, importancia y dignidad, lo cual nuevamente implica un juicio personal manifestado en la Actitud hacia sí mismo.

5.1.3. Dimension Familiar. Consiste en la evaluación que el individuo hace y frecuentemente mantiene con respecto a sí, en relación con sus interacciones con los miembros de su grupo familiar, su capacidad, productividad, importancia y dignidad , implicando un juicio personal manifestado en las actitudes asumidas hacia sí mismo.

5.1.4. Dimension Social. Es la valoración que el individuo realiza y con frecuencia mantiene con respecto a sí mismo en relación con sus interacciones sociales, considerando su capacidad, productividad, importancia y dignidad, lo cual igualmente lleva implícito un juicio personal que se manifiesta en las actitudes asumidas hacia sí mismo.

II. Estado emocional

En este acápite, se presentan definiciones de autores en referencia a emoción, regulación emocional, procesos básicos para regular las emociones, inteligencia emocional, modelos de inteligencia emocional (modelos mixtos, modelos de habilidades y otros modelos). Además, se explica el impacto emocional que presentan las personas que son diagnosticadas con VIH. Para concluir el acápite, se define en qué consiste la desconexión emocional.

2.1. Definiciones de estado emocional

La palabra emoción, deriva del latín movere-que significa mover-, unido al prefijo e-, es decir emovere, que viene a significar movimiento hacia, excitación o agitación. Por lo tanto, tomando su base etimológica como objeto válido para su definición, esta, sugiere una tendencia implícita a la acción, es decir, un proceso físico estrictamente (Goleman, 1996).

Es por ello importante conceptualizar a las emociones, considerándose como un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endocrinos) de origen innato, influidos por la experiencia. Las emociones tienen una función adaptativa de nuestro organismo a lo que nos rodea. Es un estado que sobreviene súbita y bruscamente, en forma de crisis más o menos violentas y más o menos pasajeras. (Goleman, 1996)

Marianetti (1999), señala que las vivencias emocionales están estrechamente ligadas a la actividad y conducta del sujeto. Aquello que conduce al éxito o ayuda alcanzar los fines planeados, motiva emociones y sentimientos positivos. Aquello que condice al fracaso, motiva emociones y sentimientos negativos

La visión biológica o básica considera que las emociones son un patrón observable específico y limitado de respuestas desencadenadas por la interpretación de una situación u objeto como amenazante para el bienestar y la supervivencia (Deigh, 2010; Ekman, 1999). Dicho patrón incluye respuestas tanto fisiológicas como expresivas, que son producidas por la actividad neurológica (Damasio, 1998; Lazarus, 1991).

Clasifica las emociones en positivas y negativas: las primeras, como la felicidad, generan el acercamiento a la situación elicitadora, mientras que las segundas, como la tristeza o la ira, generan alejamiento o evitación (Reeve, 2005).

Como contraparte a esta perspectiva biológica, James (1884) introdujo la noción funcionalista de las emociones. Las describe como resultado de la percepción del individuo, es decir, de su experiencia subjetiva, de los cambios fisiológicos que se generan y su impacto personal.

La perspectiva construccionista considera que la emoción es resultado de la ejecución de una serie de procesos coordinados como la activación, la apreciación, la conciencia y la experiencia emocional que guían la conducta (Fridja, 2008; Mandler, 1990; Russell, 2015).

La perspectiva apreciativa, la de mayor influencia en la actualidad, considera a la emoción como una respuesta producida por la interpretación o análisis cognitivo de un evento significativo para el individuo, que lo prepara para desarrollar y ejecutar acciones adaptativas y funcionales. (Gross & Feldman-Barret, 2011)

La aproximación más reciente sobre las emociones es la relacional, que las conceptualiza como un fenómeno social que da señales para interpretar el entorno y comprender a las personas que se hallan en él, en función de la cultura, las normas morales y el contexto, de manera que permite modificar las relaciones sociales o mantener su estado (Mesquita, 2010; Solomon, 1999).

Además de estas aproximaciones que analizan las emociones según los procesos y componentes que ejecutan al experimentarlas, también han sido categorizadas en primarias y secundarias, según sus características, la función que cumplen y la etapa del desarrollo en la que aparecen.

Las emociones primarias —como la sorpresa, el asco, el miedo, la alegría, la tristeza y la ira—, que surgen desde los primeros momentos de la vida, son discretas, es decir, tienen características distintivas: cada una se corresponde con una función adaptativa y tiene desencadenantes específicos, un procesamiento cognitivo definido, una experiencia subjetiva característica, una expresión facial distintiva; y conllevan distintas conductas de afrontamiento (Fernández-Abascal et al. 2010; Ekman, 2003).

Las emociones secundarias —la envidia, el orgullo, la vergüenza o la culpa—, también llamadas sociales, morales o autoconscientes (Haidt, 2003), aparecen después de los dos años de edad, junto con la identidad personal, la internalización de normas sociales y la evaluación del yo en función de dichas normas (Fernández-Abascal et al., 2010).

En una revisión de 40 artículos de investigación y tesis publicados tanto en idioma inglés como en español del año 2000 a la fecha que incluían la definición de emoción, se encontró que la mayoría de los autores consideran que la emoción es un fenómeno humano con componentes tanto fisiológicos como psicológicos y conductuales, que tiene bases evolutivas (se desarrollan y se vuelven más complejas conforme la persona crece, independientemente de la cultura), adaptativas (le ayudan a sobrevivir y a funcionar adecuadamente) y funcionales (dependen del entorno y le permiten modificarlo), y que requieren de una interpretación de objetos, personas o situaciones (elicitadores), que la preparan para realizar determinadas acciones y comunicar su estado a quienes la rodean. (Gómez Pérez, 2013)

Es posible afirmar que las definiciones de la emoción en términos de procesos y componentes, así como de su aparición y función, no son excluyentes sino complementarias, y facilitan un estudio más preciso de las emociones y su regulación. En suma, una emoción es una respuesta del individuo ante los estímulos del entorno que coordina diferentes sistemas y tiene como objetivo proporcionar información para influir en él según sus necesidades.

La respuesta emocional se compone de un conjunto de sistemas que incluyen, principalmente, la experiencia personal (pensamientos, apreciación de la situación y sentimiento), la expresión (facial, corporal, verbal), las respuestas fisiológicas periféricas y el comportamiento (Gross & Feldman-Barret, 2011; Pekrun & Bühner, 2014; Reeve, 2005).

Independientemente de la perspectiva desde la que se aborde el concepto, la emoción es considerada como una de las variables psicológicas de más impacto en la vida de los individuos, ya que determina el comportamiento en gran medida. En consecuencia, el estudio de la forma en que se experimenta y se modifica la experiencia emocional ha cobrado gran importancia, volviendo a la regulación emocional un proceso central en la investigación reciente.

2.2. Definiciones de regulación emocional

De acuerdo con Ribero-Marulanda y Vargas Gutiérrez (2013), entre las definiciones más destacadas de la regulación emocional se encuentran la de Thompson (1994) y la de Gross (1998). El primer autor la define como el conjunto de procesos extrínsecos e intrínsecos que permiten monitorear, evaluar y modificar la intensidad y el tiempo de las reacciones emocionales, con el objetivo de alcanzar metas. El segundo autor señala que intervienen los procesos de toma de decisiones sobre las propias emociones: cuándo tenerlas, cómo experimentarlas y cómo expresarlas.

Ambos autores han propuesto, más recientemente, una definición conjunta (Gross & Thompson, 2007), en la que se señala que la regulación emocional consiste en los esfuerzos que hace el individuo, de manera consciente o inconsciente, para influenciar la intensidad y la duración de sus emociones respecto del momento en que surgen, la experiencia que conllevan y su expresión.

La popularización de la definición planteada por Gross y Thompson (2007) radica en su flexibilidad y globalidad para comprender el constructo. Los autores proponen que la apreciación de la situación elicitoria es subjetiva, depende de las características y experiencias de vida del individuo, de tal forma que incluyen diversos motivos por los que las emociones se desencadenan.

Además, reconocen la libertad de la persona para implementar las estrategias en un continuo, de tal manera que es posible regular las emociones antes, durante o después de que aparecieron. Tampoco limitan las estrategias a una ejecución correcta o incorrecta; más bien, todas son adaptativas en función de la persona y su contexto (Martínez et al., 2009; Sánchez Aragón et al, 2014).

Los autores consideran mecanismos tanto automáticos como controlados, conscientes o inconscientes, para emociones positivas o negativas (Carrasco Chávez & Sánchez Aragón, 2009), lo cual facilita la comprensión y el estudio de la regulación emocional de un amplio rango de emociones en diversas situaciones.

Aunque Gross y Thompson (2007) contemplan en su definición mecanismos automáticos de regulación emocional, operacionalizan el constructo mediante el autorreporte de los

individuos, lo cual, como señalan Nielsen y Kasniak (2007), ya está suponiendo un procesamiento cognitivo, o sea, una conciencia del fenómeno. Es decir, si bien consideran que existen mecanismos automáticos de regulación, se centran en los intentos conscientes del individuo para regular sus emociones y en el efecto de dichos intentos sobre su bienestar y su salud, por lo que su definición se enmarca en la perspectiva propositiva e individual de la regulación emocional.

2.3. Procesos básicos para regular las emociones

Se han señalado tres procesos básicos para regular las emociones:

- La emoción tiene en sí misma mecanismos autorregulatorios. No es posible que una persona se mantenga enojada o alegre por mucho tiempo, ya que esto implica una carga cognitiva y conlleva desgaste físico (Kappas, 2011). Alguien con diagnóstico de VIH que siente enojo al enterarse de su condición probablemente volverá a sentirse más tranquilo con el tiempo, ya que el enojo consume mucha energía y el cuerpo necesita recuperar su equilibrio emocional.
- La valencia e intensidad de las emociones movilizan o paralizan. Las conductas de acercamiento o evitación respecto de los diferentes elicitadores emocionales modifican la emoción, ya que pueden aumentar, disminuir o cambiar la experiencia (Charland, 2011; Carver & Sheier, 2011). La ansiedad que una persona con diagnóstico de VIH pueda sentir al enfrentarse a su tratamiento puede impulsarla a seguir las indicaciones médicas con mayor compromiso, lo que eventualmente puede disminuir la intensidad de su preocupación.
- Las estrategias de regulación emocional modifican la emoción que se experimenta (Gross & John, 2003). Una persona con VIH que se siente avergonzada por su diagnóstico puede evitar la incomodidad al no compartir su condición con otros.

Las emociones se regulan con el propósito de economizar recursos y alcanzar metas personales y sociales. Los procesos que se desencadenan para modificar la emoción pueden ser automáticos o propositivos y estarán orientados a cambiar tanto la propia emoción como la

situación, según las necesidades individuales y las demandas del entorno. individuales (Cole et al., 2004; Eisenberg & Spinrad, 2004; Gross, 1998; Larsen & Prizmic, 2004; Lopes et al., 2005)

La regulación emocional puede diferenciarse también en términos de la incorporación de aspectos sociales, por lo que puede ser individual o social. La regulación emocional individual consta de procesos de monitoreo y evaluación de las propias emociones con el propósito de modificar su intensidad y duración para alcanzar las metas y el bienestar individuales (Cole et al., 2004; Eisenberg & Spinrad, 2004; Gross, 1998; Larsen & Prizmic, 2004; Lopes et al., 2005)

De este modo, la regulación emocional es el proceso a través del cual los individuos toman decisiones sobre sus emociones, influenciándolas para experimentar aquellas que les permitan alcanzar metas tanto personales como sociales. Los mecanismos de influencia a través de los cuales se modifican las emociones son denominados estrategias de regulación emocional.

2.4. Inteligencia emocional

Existen diversas definiciones de inteligencia emocional, casi tantas como autores que han escrito sobre el tema tratado. En este sentido, la inteligencia emocional es el uso inteligente de las emociones (Weisinger, 1998). Asimismo, Gardner (1993, p. 301), define inteligencia emocional como “El potencial biopsicológico para procesar información que puede generarse en el contexto cultural para resolver los problemas”. Por otro lado, la inteligencia emocional se convierte en una habilidad para procesar la información emocional que incluye la percepción, la asimilación, la comprensión y la dirección de las emociones (Mayer y Cobb, 2000, p. 273).

Mayer y Salovey (1997) explicaron que la inteligencia emocional es la capacidad de procesar la información emocional con exactitud y eficacia, incluyéndose la capacidad para percibir, asimilar, comprender y regular las emociones. De este modo, la inteligencia emocional incluye las habilidades de:

- Percibir las emociones personales y la de otras personas.
- Tener dominio sobre las emociones propias y responder con emociones y conductas apropiadas ante diversas circunstancias.
- Participar en relaciones donde las emociones se relacionen con la consideración y el respeto.

- Trabajar donde sea, en la medida de lo posible, gratificante desde el punto de vista emocional.
- Armonización entre el trabajo y el ocio.

Otro de los autores tratados, Bar-On (1997) define inteligencia emocional como un conjunto de capacidades, competencias y habilidades no cognitivas que influyen la habilidad propia de tener éxito al afrontar aspectos del medio ambiente.

Sin embargo, uno de los principales autores, Goleman (1995b), se refiere a la inteligencia emocional como un conjunto de destrezas, actitudes, habilidades y competencias que determinan la conducta de un individuo, sus reacciones o sus estados mentales. Goleman (1995a, p. 89) define inteligencia emocional como “capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y de manejar adecuadamente las relaciones”.

Más tarde Goleman (1998, p. 98), reformula esta definición de la siguiente manera: “capacidad para reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, para motivarse y gestionar la emocionalidad en nosotros mismos y en las relaciones interpersonales”.

Otros autores como Martineaud y Elgehart (1996, p. 48) definen inteligencia emocional como “capacidad para leer nuestros sentimientos, controlar nuestros impulsos, razonar, permanecer tranquilos y optimistas cuando no nos vemos confrontados a ciertas pruebas, y mantenernos a la escucha del otro”.

Asimismo, Valles (2005, p. 33) define inteligencia emocional como capacidad intelectual donde se utilicen las emociones para resolver problemas. En este sentido, la inteligencia emocional es la aptitud para captar, entender, y aplicar eficazmente la fuerza y la perspicacia de las emociones en tanto que fuente de energía humana, información, relaciones e influencia.

Una vez expuestas diferentes definiciones sobre el tema tratado, se entiende que la inteligencia emocional es una forma de interactuar con el mundo, que tiene en cuenta los sentimientos, y engloba habilidades tales como el control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia y/o la agilidad mental.

Estas características configuran rasgos de carácter como: la autodisciplina, la compasión o el altruismo, que resultan indispensables para una buena y creativa adaptación social (Gómez et al., 2000, p. 55-56).

A partir de aquí, se ha realizado la siguiente definición de inteligencia emocional. Esta es la capacidad que tiene el individuo de adaptarse e interactuar con el entorno, dinámico y cambiante a raíz de sus propias emociones.

2.5. Modelos de inteligencia emocional.

A partir de la literatura, se ha realizado una revisión de los principales modelos sobre inteligencia emocional. Estos se han clasificado en modelos mixtos, modelos de habilidades y otros modelos que complementan a ambos.

2.5.1. Modelos mixtos. Entre los principales autores se encuentran Goleman (1995 a y b) y Bar-On (1997). Estos incluyen rasgos de personalidad como el control del impulso, la motivación, la tolerancia a la frustración, el manejo del estrés, la ansiedad, la asertividad, la confianza y/o la persistencia.

2.5.1.1. Modelo de Goleman. Goleman establece la existencia de un Cociente Emocional (CE) que no se opone al Cociente Intelectual (CI) clásico sino que ambos se complementan. Este complemento se manifiesta en las interrelaciones que se producen. Un ejemplo lo podemos observar entre las comparaciones de un individuo con un alto cociente intelectual pero con poca capacidad de trabajo y otro individuo con un cociente intelectual medio y con alta capacidad de trabajo. Ambos pueden llegar al mismo fin, ya que ambos términos se complementan.

Los componentes que constituyen la IE según Goleman (1995a) son:

- **Conciencia de uno mismo (Selfawareness).** Es la conciencia que se tiene de los propios estados internos, los recursos e intuiciones.
- **Autorregulación (Self-management).** Es el control de nuestros estados, impulsos internos y recursos internos.
- **Motivación (Motivation).** Se explican como tendencias emocionales que guían o que facilitan el logro de objetivos.
- **Empatía (Social-awareness).** Se entiende como la conciencia de los sentimientos, necesidades y preocupaciones ajenas.

- **Habilidades sociales (Relationship management).** Es la capacidad para inducir respuestas deseables en los demás pero no entendidas como capacidades de control sobre otro individuo.

Este modelo tiene su aplicación en diferentes ámbitos como el organizacional y el laboral, este último desarrollado por el autor en su libro *The Consortium for Research on Emotional Intelligence in Organizations*.

2.5.1.2. Modelo de Bar-On. Su tesis doctoral realizada en 1988, con el nombre de: “The development of a concept of psychological well-being”, constituyó la base de sus posteriores formulaciones sobre la inteligencia emocional (Bar-On, 1997) y su medida a través del inventario EQ-I (Bar-On Emotional Quotient Inventory).

El modelo está compuesto por diversos aspectos: componente intrapersonal, componente interpersonal, componente del estado de ánimo en general, componentes de adaptabilidad, componentes del manejo del estrés y, componente del estado de ánimo en general.

Componente intrapersonal:

- **Comprensión emocional de sí mismo:** habilidad para comprender sentimientos y emociones, diferenciarlos y, conocer el porqué de los mismos.
- **Asertividad:** habilidad para expresar sentimientos, creencias, sin dañar los sentimientos de los demás y, defender nuestros derechos de una manera no destructiva.
- **Autoconcepto:** capacidad para comprender, aceptar y respetarse a sí mismo, aceptando los aspectos positivos y negativos, así como las limitaciones.
- **Autorrealización:** habilidad para realizar lo que realmente podemos, deseamos y se disfruta.
- **Independencia:** capacidad para autodirigirse, sentirse seguro de sí mismo en nuestros pensamientos, acciones y, ser independientes emocionalmente para tomar decisiones.

Componente interpersonal:

- **Empatía:** habilidad para sentir, comprender y apreciar los sentimientos de los demás.
- **Relaciones interpersonales:** capacidad para establecer y mantener relaciones satisfactorias, caracterizadas por una cercanía emocional.
- **Responsabilidad social:** habilidad para mostrarse como una persona cooperante, que contribuye, que es un miembro constructivo, del grupo social.

Componentes de adaptabilidad:

- **Solución de problemas:** capacidad para identificar y definir los problemas y, generar e implementar soluciones efectivas.
- **Prueba de la realidad:** habilidad para evaluar la correspondencia entre los que experimentamos y lo que en realidad existe.
- **Flexibilidad:** habilidad para realizar u ajuste adecuado de nuestras emociones, pensamientos y conductas a situaciones y condiciones cambiantes.

Componentes del manejo del estrés:

- **Tolerancia al estrés:** capacidad para soportar eventos adversos, situaciones estresantes y fuertes emociones.
- **Control de los impulsos:** habilidad para resistir y controlar emociones.
- Componente del estado de ánimo en general:
- **Felicidad:** capacidad para sentir satisfacción con nuestra vida.
- **Optimismo:** habilidad para ver el aspecto más positivo de la vida.

El modelo emplea la expresión “inteligencia emocional y social” haciendo referencia a las competencias sociales que se deben tener para desenvolverse en la vida. Según Bar-On (1997), la modificabilidad de la inteligencia emocional y social es superior a la inteligencia cognitiva.

2.5.2 Los modelos de habilidades. Son los que fundamentan el constructo de inteligencia emocional en habilidades para el procesamiento de la información emocional. En este sentido, estos modelos no incluyen componentes de factores de personalidad, siendo el más relevante de estos modelos el de Mayer y Salovey (1990). Estos postulan la existencia de una serie de habilidades cognitivas o destrezas de los lóbulos prefrontales del neocórtex para percibir, evaluar, expresar, manejar y autorregular las emociones de un modo inteligente y adaptado al logro del bienestar, a partir de las normas sociales y los valores éticos.

2.5.2.1 El modelo de Mayer y Salovey. El modelo ha sido reformulado en sucesivas ocasiones desde que en el 1990, Mayer y Salovey (1997) introdujeran la empatía como componente. En 1997 y en 2000, los autores realizan sus nuevas aportaciones, que han logrado una mejora del modelo hasta consolidarlo como uno de los modelos más utilizados y por ende, uno de los más populares.

Las habilidades incluidas en el modelo son las siguientes:

- **Percepción emocional.** Hace referencia al grado en el que las personas creen prestar atención a sus emociones y sentimientos, es decir, la habilidad para identificar y reconocer los propios sentimientos, así como los estados y sensaciones fisiológicas y cognitivas que estos conllevan.
- **Compresión de sentimientos.** Se refiere a cómo las personas creen percibir sus emociones, es decir, si experimentan sus sentimientos con claridad y entienden cómo se sienten.
- **Regulación emocional.** Alude a la creencia que las personas tienen de su capacidad para interrumpir y regular estados emocionales negativos así como también prolongar estados emocionales positivos.

2.5.3. Otros modelos. Incluyen componentes de personalidad, habilidades cognitivas y otros factores de aportaciones de personales, que en algunos casos son fruto de constructos creados ad hoc con la finalidad de enfatizar el sentido popular y divulgativo del constructo inteligencia emocional.

2.5.3.1. El modelo de Cooper y Sawaf. Se le ha denominado como el modelo de los “Cuatro Pilares”, por su composición. Dicho modelo se ha desarrollado, principalmente, en el ámbito organizacional de la empresa.

A continuación, se han desarrollado los 4 aspectos fundamentales del modelo:

- **Alfabetización emocional.** Constituida por la honradez emocional, la energía, el conocimiento, el feed-back, la intuición la responsabilidad y la conexión. Estos componentes permiten la eficacia y el aplomo personal.
- **Agilidad emocional.** Es el componente referido a la credibilidad, la flexibilidad y autenticidad personal que incluye habilidades para escuchar, asumir conflictos y obtener buenos resultados de situaciones difíciles.
- **Profundidad emocional.** Se denomina a la armonización de la vida diaria con el trabajo.
- **Alquimia emocional.** Habilidad de innovación aprendiendo a fluir con problemas y presiones.

En este sentido Cooper y Sawaf (1997), basan la inteligencia emocional en cuatro soportes básicos. Asimismo, adapta la perspectiva de la inteligencia emocional al mundo empresarial.

2.5.3.2. El modelo de Boccardo, Sasia y Fontenla. Boccardo et al. (1999) establecen las siguientes áreas, dentro del modelo en 1999:

- **Autoconocimiento emocional.** Reconocimiento de los sentimientos.
- **Control emocional.** Habilidad para relacionar sentimientos y adaptarlos a cualquier situación.

- **Automotivación.** Dirigir las emociones para conseguir un objetivo, en esencia para mantenerse en un estado de búsqueda permanente y mantener la mente creativa para encontrar soluciones.
- **Reconocimiento de las emociones ajenas.** Habilidad que construye el autoconocimiento emocional.
- **Habilidad para las relaciones interpersonales.** Producir sentimientos en los demás.

La principal aportación de estos autores, es la distinción entre la inteligencia emocional e inteligencia interpersonal, exponiendo que las habilidades: autoconocimiento emocional, control emocional y automotivación pertenecen a la inteligencia emocional y las capacidades: reconocimiento de las habilidades ajenas y habilidades interpersonales, forman parte de la inteligencia interpersonal.

2.5.3.3. El modelo de Matineaud y Engelhartn. Los autores Matineaud y Engelhartn (1996) centran su trabajo en la evaluación de la inteligencia emocional empleando unos cuestionarios referidos a diferentes ámbitos, integrando como componentes de la inteligencia emocional:

- El conocimiento es sí mismo.
- La gestión del humor.
- Motivación de uno mismo de manera positiva.
- Control de impulso para demorar la gratificación.
- Apertura a los demás, como aptitud para ponerse en el lugar del otro.

Este modelo se diferencia del resto por la apertura externa, introduciendo factores exógenos.

2.5.3.4. El modelo de Elías, Tobías y Friedlander. Elías et al. (1999) señalan como componentes de la Inteligencia Emocional en 1999:

- Ser consciente de los propios sentimientos y de los demás.
- Mostrar empatía y comprender los puntos de vista de los demás.

- Hacer frente a los impulsos emocionales.
- Plantearse objetivos positivos y planes para alcanzarlos
- Utilizar habilidades sociales.

2.5.3.5. El modelo de Rovira. Rovira (1998) realiza en 1998, una valiosa aportación con respecto a las habilidades componentes de la inteligencia emocional. El autor engloba el modelo en 12 dimensiones:

I. Actitud positiva.

- Valorar más los aspectos positivos que los negativos
- Resaltar más los aciertos que los errores, las utilidades que los defectos, el esfuerzo que los resultados.
- Hacer uso frecuente del elogio sincero.
- Buscar el equilibrio entre la tolerancia y la exigencia.
- Ser conscientes de las propias limitaciones y de las de los demás.

II. Reconocer los propios sentimientos y emociones.

- Reconocer los propios sentimientos y emociones.

III. Capacidad para expresar sentimientos y emociones.

- Expresar sentimientos y emociones a través de algún medio o canal apropiado.

IV. Capacidad para controlar sentimientos y emociones.

- Tolerancia a la frustración.
- Saber esperar.

V. Empatía.

- Captar las emociones de otro individuo, a través del lenguaje corporal.

VI. Ser capaz de tomar decisiones adecuadas.

- Integrar lo racional y lo emocional.

VII. Motivación, ilusión, interés.

- Suscitar ilusiones e interés por algo o alguien.

VIII. Autoestima.

- Sentimientos positivos hacia sí mismo.
- Confianza en las propias capacidades para hacer frente a los retos.

IX. Saber dar y recibir.

- Ser generoso.
- Dar y recibir valores personales: escucha, compañía y/o atención

X. Tener valores alternativos.

- Dar sentido a la vida.

XI. Ser capaz de superar las dificultades y frustraciones.

- Capacidad de superarse en situaciones difíciles.

XII. Ser capaz de integrar polaridades.

- Integrar lo cognitivo y lo emocional.

Rovira (1998), es el primer autor que ofrece subdimensiones del concepto para su medición, lo que puede mejorar los ítems del concepto inteligencia emocional.

2.5.3.6. El modelo de Vallés y Vallés. Vallés y Vallés (1999) describe en su modelo una serie de habilidades que componen la inteligencia emocional, enumerándolas estas en diferentes aspectos: conocerse a sí mismo, automotivarse, tolerar la autofrustración, llegar a acuerdos razonables con compañeros y compañeras, entre otras.

Asimismo el autor, establece otras características como: tener buen sentido del humor, aprender de los errores, ser capaz de tranquilizarse, ser realista, calmar a los demás, saber lo que se quiere, controlar los miedos, autoperibirse como una persona emocionalmente equilibrada, entre otras.

Este modelo recoge, a modo de revisión bibliográfica, las características de los modelos anteriores, aunque completo en sí mismo, existe una falta de concreción en el diseño.

2.5.3.7. El modelo Secuencial de Autorregulación Emocional. Bonano (2001) fundamenta su modelo en los procesos de autorregulación emocional del sujeto para afrontar la emocionalidad de modo inteligente. El autor señala tres categorías generales de actividad autorregulatoria:

- **Regulación de Control.** Son los comportamientos automáticos e instrumentales dirigidos a la inmediata regulación de respuestas emocionales.
- **Regulación Anticipatoria.** Anticipar los futuros desafíos que se pueden presentar.
- **Regulación Exploratoria.** Adquirir nuevas habilidades o recursos para mantener nuestra homeostasis emocional.

Bonano (2001) establece que todos los seres humanos portamos un grado de inteligencia emocional, que se ha de autorregular para su eficiencia.

2.5.3.8. El modelo Autorregulatorio de las Experiencias Emocionales. Higgins et al. (1999), fundamentan la autorregulación emocional, al igual que ocurre con Bonano pero estableciendo los siguientes procesos:

- **Anticipación regulatoria.** Tratar de anticipar placer o malestar futuro.
- **Referencia regulatoria.** Adoptar un punto de referencia positivo o negativo ante una misma situación.

- **Enfoque regulatorio.** Estados finales deseados: aspiraciones y autorrealizaciones (promoción) contra responsabilidades y seguridades (prevención).

Este modelo es un continuo del anterior que matiza diferentes procesos como la planificación emocional.

2.5.3.9. El modelo de procesos de Barret y Gross. Dichos autores, en 2001 y a partir de los anteriores modelos, incluyen los siguientes procesos:

- **Selección de la situación.** Aproximación o evitación de cierta gente, lugares u objetos con el objetivo de influenciar las propias emociones.
- **Modificación de la situación.** Adaptarse para modificar su impacto emocional.
- **Despliegue atencional.** Elegir la parte de la situación en la que presta atención.
- **Cambio cognitivo.** Posibles significados que se eligen en una situación.
- **Modulación de la respuesta.** Influenciar las tendencias de acción.

Para la presente investigación, se utiliza como referencia la teoría de Mayer y Salovey (1997) quienes definen la inteligencia emocional como la capacidad de procesar la información emocional con exactitud y eficacia, incluyéndose la capacidad para percibir, asimilar, comprender y regular las emociones. Esto guarda relación con el estado emocional ya que este último representa la manifestación interna de las emociones.

2.6. Impacto emocional que presentan las personas que son diagnosticadas con VIH

Recibir la noticia de haber contraído el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) puede ser un momento muy impactante para cualquier persona, principalmente debido a los mitos y estigmas que como sociedad asociamos con esta enfermedad. Aunque aún no existe una cura definitiva, hay diversos tratamientos que ayudan a controlarla y reducir sus efectos. Sin embargo, no solo se deben considerar los aspectos físicos, sino también el impacto emocional y psicológico que puede experimentar quien vive con VIH.

Comprender estos procesos es clave para ofrecer un apoyo más adecuado. De igual forma, es fundamental erradicar el estigma que suele acompañar este diagnóstico. Brindar un

respaldo integral contribuirá significativamente a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

Como se refirió anteriormente, la recepción de un diagnóstico de VIH implica una transformación profunda en la vida de los sujetos, pues los posiciona frente a nuevos desafíos como el inicio de un tratamiento crónico y la posibilidad de experimentar discriminación y estigma relacionado con el VIH. (Yu et al., 2016)

En este sentido, puede ser vivido como un evento altamente estresante, con un impacto emocional significativo, que puede ser, incluso, potencialmente traumático. (Martin & Kagee, 2011; Nightingale et al., 2010; Theuninck et al., 2010)

Con relación a dicho impacto, el diagnóstico de VIH se encontró asociado, principalmente, a la experimentación de emociones negativas o displacenteras intensas. Entre ellas, las más frecuentemente identificadas en estudios previos han sido tristeza, desesperanza, preocupación, miedo, vergüenza, culpa, confusión, negación y enojo (Harris & Larsen, 2008; Largu et al., 2014; Reeves, et al., 1999; Siegel & Meyer, 1999; Thomas, 2007). Estas emociones fueron reportadas en diversas poblaciones afectadas por el VIH, como hombres gays y otros hombres que hacen sexo con hombres (HSH) y mujeres. (Siegel & Schrimshaw, 2000)

El efecto emocional negativo del diagnóstico, incluido el estrés que este dispara, incrementa el malestar psicológico y la vulnerabilidad de los sujetos diagnosticados a padecer trastornos emocionales y del estado de ánimo propiamente dichos. En este sentido, es comprensible que el diagnóstico de VIH se halle altamente asociado a consecuencias adversas sobre la salud mental y, más específicamente, emocional, con una prevalencia significativamente más elevada de depresión y trastornos de ansiedad en estos individuos (Adams et al. 2016; Qiu et al., 2014).

Esto último fue reportado, en particular, en pacientes con diagnóstico reciente y el elevado estrés vinculado a la recepción del diagnóstico fue identificado como uno de los principales predictores del desarrollo de los síntomas depresivos y ansiosos (Nacher et al., 2010; Qiu et al., 2014).

El trastorno depresivo es el más común de los padecimientos mentales y emocionales en pacientes con VIH (Adams et al., 2016; Nanni et al., 2015; Saadat et al., 2015), especialmente en

aquellos con diagnóstico reciente (Cholera et al, 2017; Nacher et al., 2010). Por otro lado, los trastornos de ansiedad también son frecuentes en personas que viven con VIH. El estrés asociado a la recepción del diagnóstico y la vivencia de este como un evento traumático derivan en una prevalencia de trastorno por estrés postraumático particularmente elevada en estos pacientes (Neigh et al., 2016; Theuninck et al., 2010).

Además del impacto emocional que el diagnóstico produce en sí mismo, puede mencionarse aquel que es mediado por la expectativa de estigma relacionado con el VIH. La anticipación de la discriminación o rechazo por vivir con VIH, aun sin haber experimentado episodios concretos y reales de estigma, se convierte en un estresor crónico para el sujeto, que con el tiempo produce consecuencias negativas a nivel afectivo (Earnshaw et al., 2015). Estudios previos han demostrado consistentemente la asociación entre estigma relacionado con el VIH y la presencia de síntomas depresivos y ansiosos (Hatzenbuehler et al., 2011; Herek et al., 2013; Saadat et al., 2015).

La internalización del estigma en el autoconcepto, por otra parte, ha demostrado tener un particular impacto negativo en el área emocional y afectiva de las personas con VIH (Earnshaw et al., 2013), vinculándose a sentimientos de culpa, vergüenza, desesperanza, desvalorización y baja autoestima (dos Santos et al., 2014) ; Earnshaw et al., 2013; Simbayi et al., 2007). El estigma internalizado también se ha hallado asociado a un incremento de síntomas ansiosos y depresivos en personas con VIH (Simbayi et al., 2007; Rendina et al., 2018).

2.7. Desconexión emocional

Vargas et al. (2018) describen la desconexión emocional como un estado en el que la persona se siente distante de sus propias emociones y de las de los demás. Esto puede reflejarse en la dificultad para experimentar o expresar sentimientos, lo que limita su vida emocional y complica establecer relaciones interpersonales. Aunque pueden parecer fríos o indiferentes, no significa que no tengan emociones; en realidad, enfrentan sentimientos que les resulta difícil aceptar o reconocer.

III: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

En esta sección, se describe la definición del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), incluyendo signos y síntomas, transmisión del virus, factores de riesgo, tratamiento, y principales alteraciones a nivel psicológico.

3.1. Definición de VIH

Cachay (2024) define la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) como un trastorno vírico que, progresivamente, destruye ciertos glóbulos blancos (leucocitos) y se trata con medicamentos antirretrovirales. Si no se trata, puede causar Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que a veces se denomina infección por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en fase terminal o VIH avanzado.

3.2. Signos y síntomas

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023) los síntomas de la infección por el VIH difieren según el estadio en que se encuentre.

La enfermedad se transmite más fácilmente en los primeros meses posteriores a la infección, pero muchos casos no saben que están infectados hasta las fases más avanzadas. En las primeras semanas posteriores al contagio, algunos casos no manifiestan ningún síntoma, mientras que otros presentan un síndrome gripal con:

- Fiebre.
- Dolor de cabeza.
- Erupción cutánea.
- Dolor de garganta.

A medida que la infección debilita progresivamente el sistema inmunitario, pueden aparecer otros signos y síntomas:

- Inflamación de los ganglios linfáticos.
- Pérdida de peso.

- Fiebre.
- Diarrea.
- Tos.

En ausencia de tratamiento pueden aparecer enfermedades graves:

- Tuberculosis.
- Meningitis por criptococos.
- Infecciones bacterianas graves.
- Cánceres como los linfomas o el sarcoma de Kaposi.

El VIH hace que empeoren otras infecciones, como la hepatitis B, la hepatitis C o la viruela símica.

3.3. Transmisión del virus

El VIH se transmite a través del intercambio de líquidos corporales de la persona infectada, como la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales. El VIH también puede transmitirse al bebé durante el embarazo y el parto. En cambio, no se contagia mediante contactos ordinarios cotidianos como besos, abrazos o apretones de manos ni por el hecho de compartir objetos personales, agua o alimentos. (Organización Mundial de la Salud, 2023)

Es importante señalar que las personas con VIH que están recibiendo TAR y tienen una carga vírica indetectable no lo transmiten a sus parejas sexuales. El acceso temprano al TAR y el apoyo para continuar el tratamiento son, por tanto, cruciales no solo para mejorar la salud de los pacientes, sino también para prevenir la transmisión del virus. (Organización Mundial de la Salud, 2023).

3.4. Factores de riesgo

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023) los comportamientos y afecciones que aumentan el riesgo de contraer el VIH:

- Tener relaciones sexuales, anales o vaginales, sin preservativo
- Padecer otras infecciones de transmisión sexual (ITS), como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana.
- Hacer un consumo nocivo de bebidas alcohólicas o drogas en el contexto de las relaciones sexuales.
- Compartir soluciones de drogas, agujas, jeringuillas u otro material de inyección que estén contaminados.
- Recibir inyecciones, transfusiones o trasplantes de tejidos sin garantías de seguridad, o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen cortes o perforaciones con instrumental no esterilizado.
- Pincharse accidentalmente con una aguja, hecho particularmente frecuente en el personal de salud.

3.5. Tratamiento

Según la Organización Mundial de la Salud (2023), el tratamiento antirretroviral (TAR) es fundamental para controlar el VIH, mejorar la calidad de vida y prevenir su transmisión:

- La infección por el VIH no tiene cura, pero el TAR detiene la multiplicación del virus.
- Los TAR actuales no curan la infección, pero impiden que el sistema inmunitario se debilite progresivamente y le permiten seguir luchando contra otras infecciones.
- Los TAR actuales tienen que tomarse diariamente de por vida.
- El TAR reduce la cantidad de virus presentes en el organismo, lo cual detiene los síntomas y permite tener una vida plena y saludable. Los pacientes con VIH que estén tomando TAR y no tengan virus detectables en la sangre no contagiarán a sus parejas sexuales.

- Las embarazadas con VIH deben tener acceso al TAR y tomarlo cuanto antes, pues esto protegerá su salud y evitará que el virus pase al feto antes del nacimiento o al lactante durante la lactancia materna.
- La administración de TAR a personas sin VIH puede prevenir la enfermedad.

Cuando se administra antes de una posible exposición al VIH se denomina profilaxis previa a la exposición, y cuando se administra después, profilaxis posterior a la exposición. Ambos tipos de profilaxis están indicados cuando el riesgo de contraer el VIH es alto, pero no debe hacerse sin consultar a un médico. (Organización Mundial de la Salud, 2023)

La enfermedad avanzada por el VIH sigue siendo un problema en la lucha contra este virus. La OMS está ayudando a los países a aplicar un programa de atención a la enfermedad avanzada por el VIH a fin de reducir los síntomas y las defunciones. Se están desarrollando nuevos medicamentos contra el VIH que en el futuro podrían cambiar el TAR y la profilaxis, en particular formulaciones inyectables y tratamientos breves para infecciones oportunistas, como la meningitis por criptococos. (Organización Mundial de la Salud, 2023)

3.6. Principales alteraciones a nivel psicológico

Según Villa y Vinaccia (2006), las principales alteraciones a nivel psicológico implican pérdida de autoestima, sentimientos de aislamiento, culpabilidad, cambios en la imagen corporal, frustración y percepción de pérdida del control de la vida.

Continuando con la idea anterior, Rojas (2020) expresa que, entre otras consecuencias, muchas personas rechazan el diagnóstico. Además, al ser una crisis difícil de sobrellevar, pueden producirse otras situaciones de conflicto como la pérdida de trabajo o de pareja, incluso de amigos y familia.

Todo esto conlleva que la persona con VIH enfrente un proceso de adaptación psicológica. Lo que quiere decir, llegar a un punto de aceptación de su nueva condición, desarrollo de herramientas para enfrentar las dificultades del diagnóstico y cambios duraderos en su vida para poder manejarlo. (Rojas, 2020)

Macías et al. (2018), expresan que la ansiedad es uno de los principales síntomas que presentan las personas con diagnóstico de VIH. Según los autores, esta ansiedad es causada principalmente por:

- Presencia de discapacidad física que puede surgir con el transcurso de la enfermedad.
- Cambios corporales.
- Rechazo o abandono social debido a la estigmatización que tiene el VIH en nuestra sociedad.
- Miedo a infectar otras personas o a tener una reinfección.

Asimismo, los autores reportan la presencia de ira y frustración, ocasionada por:

- Incertidumbre unida a la evolución de la enfermedad.
- Déficits en asesoramiento y atención social.
- Incierta eficacia de los tratamientos.
- Calidad de los tratamientos.
- Juicio social acerca de la manera de contracción del virus.

Otros aspectos a considerar, según Rojas (2020), son el rechazo social y familiar que puede enfrentar una persona con diagnóstico de VIH, así como las dificultades en el ámbito laboral, incluyendo tensiones con compañeros. Esto evidencia el impacto psicológico y social de vivir con esta enfermedad.

IV. Conceptos Básicos

En este apartado, se presentan diferentes conceptos relacionados al presente estudio.

4.1. Autoestima

Es como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características. (Rosenberg, 1965)

4.2. Autopercepción

La autopercepción, es la capacidad del ser humano para recolectar información del ambiente interno (pensamientos, sentimientos) y/o externo (relación con los padres, relación con compañeros), integrarlas e interpretarlas para producir como respuesta una representación de sí mismo en un dominio específico. Es un concepto dinámico que se encuentra en constante ajuste y cambia según las experiencias y la interpretación que se realice de las mismas (Fu et al., 2013; Gabbard, 2012)

4.3. Inteligencia Emocional

Es la capacidad de procesar la información emocional con exactitud y eficacia, incluyéndose la capacidad para percibir, asimilar, comprender y regular las emociones. (Mayer & Salovey, 1997)

4.4. Percepción Emocional

Hace referencia al grado en el que las personas creen prestar atención a sus emociones y sentimientos, es decir, la habilidad para identificar y reconocer los propios sentimientos, así como los estados y sensaciones fisiológicas y cognitivas que estos conllevan. (Mayer & Salovey, 1997)

4.5. Comprensión de Sentimientos

Se refiere a cómo las personas creen percibir sus emociones, es decir, si experimentan sus sentimientos con claridad y entienden cómo se sienten. (Mayer & Salovey, 1997)

4.6. Regulación Emocional

Alude a la creencia que las personas tienen de su capacidad para interrumpir y regular estados emocionales negativos así como también prolongar estados emocionales positivos. (Mayer & Salovey, 1997)

4.7. Calidad de Vida

La calidad de vida es un concepto multidimensional que incluye una diversidad de factores, entre los cuales el estilo de vida, la vivienda, la satisfacción con el trabajo, la situación económica, el acceso a los servicios públicos, las comunicaciones, la urbanización y la criminalidad, entre otros, que la componen en el contexto social y que influyen en el desarrollo humano de una comunidad. (Melchior et al., 2004)

4.8. VIH

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un trastorno vírico que, progresivamente, destruye ciertos glóbulos blancos (leucocitos) y se trata con medicamentos antirretrovirales. Si no se trata, puede causar Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que a veces se denomina infección por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) en fase terminal o VIH avanzado. (Cachay, 2024)

4.9. VIH Avanzado (SIDA)

Enfermedad del sistema inmunitario causada por la infección por el VIH. Este virus destruye los linfocitos (las células) T CD4 del sistema inmunitario y deja el cuerpo vulnerable a varias infecciones y clases de cáncer potencialmente mortales. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la etapa más avanzada de la infección por el VIH. Para que se le emita un diagnóstico de SIDA, una persona con el VIH debe tener una afección característica del SIDA o un recuento de linfocitos CD4 inferior a 200/mm³ (independientemente de que tenga una afección característica del SIDA). (Clinical Info, 2021)

4.10. Estigma

Se refiere a un comportamiento, rasgo o condición que posee una persona, que pueden generar su exclusión en un grupo social debido a que son percibidos como inferiores o inaceptables. (Organización Mundial de la Salud, 2023)

4.11. Discriminación

Consiste en dar un trato desfavorable e injusto a otra persona o grupo, generalmente por su origen, identidad o forma de vida. Producto de la ignorancia, del miedo y de la intolerancia, la

discriminación arrasa con los derechos fundamentales, niega oportunidades y deriva en situaciones de injusticia. (Quintero, 2024)

4.12. Tratamiento Antirretroviral (TAR o TARV)

El tratamiento de la infección por el VIH se llama tratamiento antirretroviral (TAR). El TAR es una combinación de medicamentos contra el VIH (llamado régimen de tratamiento) que se debe tomar a diario. (HIV Info, 2021)

4.13. Leucocitos (glóbulos blancos)

Tipo de células que se encuentran en la sangre y la linfa. Son un elemento clave del sistema inmunitario y ayudan a combatir la infección y la enfermedad. Los linfocitos, neutrófilos, eosinófilos, macrófagos y mastocitos son ejemplos de glóbulos blancos. (Clinical Info, 2021)

4.14. Linfocitos

Tipo de glóbulos blancos. En su mayoría, los linfocitos se pueden clasificar como linfocitos (células) T o B o linfocitos citolíticos naturales. Se encuentran en la sangre, la linfa y el tejido linfático y ayudan al cuerpo a combatir la infección. (Clinical Info, 2021)

4.15. Linfocitos T CD4

Tipo de linfocito. Los linfocitos (las células) T CD4 ayudan a coordinar la respuesta inmunitaria al estimular a otros inmunocitos, como los macrófagos, los linfocitos B y los linfocitos T CD8 para combatir la infección. El VIH debilita el sistema inmunitario al destruir los linfocitos CD4. (Clinical Info, 2021)

4.16. Profilaxis Preexposición (PrEP)

Método para prevenir la infección por el VIH en las personas que no tienen la infección pero corren un alto riesgo de infectarse. Implica tomar diariamente una combinación específica de medicamentos contra el VIH. La profilaxis preexposición es una forma inocua y eficaz de reducir la transmisión del VIH en las personas expuestas a alto riesgo de infección por ese virus. (Clinical Info, 2021)

4.17. Profilaxis Posexposición (PEP)

Tratamiento a corto plazo iniciado lo más pronto posible después de una exposición de alto riesgo a un agente infeccioso, como el VIH, el virus de la hepatitis B (VHB) o el virus de la

hepatitis C (VHC). La finalidad de la profilaxis posexposición es reducir el riesgo de infección.
(Clinical Info, 2021)

V. Marco Metodológico

En esta sección, se presentan los elementos referentes a la metodología aplicada en la presente investigación. En primera instancia, se describe el enfoque; luego, se explica el propósito, seguido del diseño de la investigación, continuando con la orientación en el tiempo y la operacionalización de los criterios de análisis autoestima y estado emocional. Además, se aborda la población, muestra y muestreo, mencionando los criterios de inclusión y exclusión. También, se definen los métodos y técnicas de recolección de datos, finalizando con los procedimientos para el procesamiento y análisis de información.

5.1. Enfoque

La presente investigación emplea un enfoque cualitativo. Según Taylor y Bogdan (1986) la metodología cualitativa se refiere, en su más amplio sentido, a la investigación que produce datos descriptivos, basados en las palabras de las personas, ya sea de forma hablada o escrita, y en la conducta observable.

5.2. Propósito

El propósito de esta investigación es básica. Según Baena (2014), la investigación básica, también conocida como pura, se enfoca en el análisis de un problema con el propósito principal de generar conocimiento, es decir, formular nuevos conocimientos o modificar los principios teóricos ya existentes, incrementando los saberes científicos.

5.3. Diseño

Este estudio adopta un diseño fenomenológico-hermenéutico. Según Hernández y Baptista (2014), el diseño fenomenológico-hermenéutico tiene como propósito principal explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común de tales vivencias.

5.4. Orientación en el tiempo

El presente estudio, según su orientación en el tiempo, es de corte transversal. Según Hernández y Baptista (2014), los estudios transversales recopilan información en un solo momento, recurriendo a un corte o medición en una sola oportunidad. Su objetivo es describir y analizar cómo se comportan las unidades estudiadas en ese instante, sin buscar evaluar cambios o evoluciones a lo largo del tiempo, sino ofrecer resultados específicos de ese único momento.

5.5. Operacionalización de los Criterios de Análisis

5.5.1. Operacionalización del Criterio de Análisis Autoestima

Definición conceptual: Rosenberg (1965) entiende la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser positivo o negativo, el cual se construye por medio de una evaluación de las propias características.

Definición operacional: Basada en la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) adaptada al español por Atienza et. al (2000): la cual consta de 10 reactivos. La escala utiliza un formato Likert de cuatro puntos, donde cinco ítems están redactados de manera positiva y cinco de manera negativa.

Dimensiones: Autoestima positiva y autoestima negativa. La autoestima positiva se refiere a la percepción favorable de uno mismo y a los sentimientos de valía personal, mientras que la autoestima negativa está relacionada con la autopercepción desfavorable y los sentimientos de inseguridad (Rosenberg , 1965).

Para su análisis, los niveles de autoestima se clasifican en bajo, medio y alto, permitiendo identificar el grado en que los participantes perciben su autovalía y confianza personal.

Escala de Medición: de tipo Ordinal.

5.5.2. Operacionalización del Criterio de Análisis Estado Emocional

Definición conceptual: Dado que el estado emocional implica la manera en que una persona percibe, comprende y regula sus emociones, en esta investigación se evaluó a través del

concepto de inteligencia emocional. Según Mayer y Salovey (1997), la inteligencia emocional es la capacidad de procesar la información emocional con exactitud y eficacia, incluyendo la percepción, asimilación, comprensión y regulación de las emociones.

Definición operacional: Basada en el Test TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale-24, Escala de meta-estado de ánimo y rasgo) de Mayer y Salovey (1995) adaptada al español por Fernández-Berrocal et al. (2004). Consta de 24 ítems los cuales se distribuyen en una estructura de tres dimensiones. Las respuestas a los ítems se realizan a través de una escala de Likert de 5 puntos (1= nada de acuerdo a 5= Totalmente de acuerdo).

Dimensiones: Percepción emocional, comprensión de sentimientos, y regulación emocional.

Escala de medición: de tipo Ordinal.

5.6. Muestra Teórica y Sujetos de Estudio

5.6.1. Población

Hernández y Mendoza (2018) definen población como grupo de individuos de quien se busca saber además adquirir todo referente a ello. Igualmente hacen referencia al conjunto global de las personas que se quiere investigar, los cuales tienen características concretas.

La población de estudio estuvo conformada por 50 personas diagnosticadas con VIH-SIDA que son atendidos por la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA (ASONVIHSIDA) durante el segundo semestre de 2024.

5.6.2. Muestra

Hace referencia al segmento de facción universal, que conforma la población (Hernández y Mendoza, 2018). Es decir, este tipo de muestreo implica que el investigador no selecciona aleatoriamente o al azar, entre toda la población, a los individuos que forman parte de la muestra sobre la que trabaja.

Inicialmente, la muestra del presente estudio estuvo conformada por 10 personas, sin embargo, el día del estudio asistieron 8 de ellos, los cuales contaron con las siguientes características:

- Sexo indistinto
- Edad de entre 18 a 29 años
- Con estado civil: soltero, casado, divorciado y en unión libre
- En nivel educativo: educación básica, bachiller en ciencias y letras y profesionales.

5.6.3. Muestreo

Para seleccionar la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico, donde para seleccionar a los sujetos se tomaron en cuenta determinadas características, criterios, entre otros, que en ese momento fueron considerados; y es por conveniencia pues admite que se seleccionaran casos posibles que permitan se les incluyeran. Esto, se fundamenta en cuanto a conveniente accesibilidad y proximidad de individuos para el investigador. (Otzen & Manterola, 2017)

Los **criterios de inclusión** considerados para demarcar la muestra, fueron los siguientes:

- Pacientes con diagnóstico de VIH
- Pacientes atendidos por la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA (ASONVIHSIDA) en el segundo semestre del año 2024
- Pacientes que aceptaron formar parte del estudio
- Pacientes mayores de edad que oscilan entre 18 a 29 años.

Por su parte, los **criterios de exclusión** fueron:

- Pacientes con diagnóstico VIH no confirmados.
- Pacientes atendidos por la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA (ASONVIHSIDA) fuera del periodo establecido
- Pacientes que se negaron a formar parte del estudio
- Pacientes fuera del rango de edad de 18 a 29 años.
- Pacientes con diagnóstico de VIH que no son atendidos por la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA (ASONVIHSIDA).

5.7. Métodos y Técnicas de Recolección de Datos

5.7.1. Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) adaptada al español por Atienza et. al (2000)

Para identificar el nivel de autoestima de los pacientes, se aplicó la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) adaptada al español por Atienza et. al (2000). Está conformada por 10 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos (1=Muy en desacuerdo, 4=Muy de acuerdo); cinco reactivos están redactados en forma positiva (1, 3, 4, 7 y 10) y cinco en forma negativa (2, 5, 6, 8 y 9). La escala es unidimensional tanto en la versión original como en la versión en español. La validez y fiabilidad de la versión traducida se realizó mediante análisis factorial confirmatorio mostrando un mejor ajuste en el modelo unidimensional. La fiabilidad se obtuvo mediante el coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha = .86$), lo cual indica un nivel de confiabilidad alto.

En Perú, este instrumento ha sido validado por Ventura-León et al. (2018) mostrando adecuadas propiedades psicométricas para el modelo bidimensional: autoestima positiva ($\omega = .803$) y autoestima negativa ($\omega = .723$).

5.7.2. Test TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale-24, Escala de meta-estado de ánimo y rasgo) de Mayer y Salovey (1995) adaptada al español por Fernández-Berrocal et al. (2004)

Para evaluar el estado emocional de los pacientes, se utilizó la “Escala rasgo de metacognición de los estados emocionales” (Trait Meta-Mood Scale, TMMS; Mayer y Salovey, 1995), versión española de 24 ítems de Fernández-Berrocal et al. (2004). La TMMS-24 consta de 24 ítems los cuales se distribuyen en una estructura de tres dimensiones. Los ítems 1-8 miden la dimensión percepción emocional, que implica la capacidad de sentir y expresar los sentimientos en forma adecuada. Los ítems 9-16 miden la dimensión comprensión de sentimientos, que hace referencia a la capacidad de comprender y diferenciar los propios estados emocionales.

Finalmente, los ítems 17-24 miden la dimensión regulación emocional, que refleja la capacidad para regular los propios estados emocionales y modificar experiencias negativas en positivas (Fernandez-Berrocal et al., 2004). Las respuestas a los ítems se realizan a través de una escala de Likert de 5 puntos (1= nada de acuerdo a 5= Totalmente de acuerdo). Esta versión

presenta evidencias de validez y fiabilidad adecuadas ($\alpha > 0,85$) para la escala total y para cada factor (Fernandez-Berrocal et al., 2004).

Esta escala breve del TMMS fue traducida y adaptada a otros idiomas y culturas (Fernández-Berrocal & Extremera-Pacheco, 2008) como por ejemplo: alemán (Otto et al., 2001), portugués (Brito-Costa et al., 2016), francés (Bourdier & Ringuenet, 2016), vasco (Gorostiaga et al., 2011), turco (Aksö et al., 2010), chino (Li et al., 2002), italiano (Giromini, et al., 2017), mexicano (Valdivia-Vázquez et al., 2015).

Además, este instrumento ha mostrado un nivel de confiabilidad aceptable, siendo utilizado y validado en países de Latinoamérica, tales como: Colombia (Cerón, Pérez y Ibáñez, 2011); Ecuador (Taramuel y Zapata, 2017); Chile (Espinoza-Venegas et al., 2014) y México (Ocaña et al., 2019).

5.7.3. Grupo Focal

Para describir la conexión entre autoestima y estado emocional de los pacientes, se llevó a cabo un grupo focal. Powell et al. (1996) definen el grupo focal como un conjunto de personas elegidas y reunidas por el investigador con el fin de dialogar y compartir sus experiencias sobre un tema específico que es objeto de investigación. Para este conversatorio con los pacientes, se realizaron 10 preguntas abordando aspectos de los dos criterios de análisis: autoestima y estado emocional (Ver Anexo 3. Grupo Focal)

5.8. Procedimientos para el Procesamiento y Análisis de Información

La planeación del estudio incluyó varios pasos clave. Primero, se definieron objetivos específicos para clarificar los propósitos de la investigación, enfocándose en la relación entre autoestima y estado emocional en pacientes de 18 a 29 años diagnosticados con VIH. Luego, se gestionaron las autorizaciones necesarias con la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA (ASONVIHSIDA) para proceder con la realización del estudio. La selección de participantes se realizó estableciendo criterios de inclusión y exclusión.

Una vez seleccionados los pacientes, se llevó a cabo una convocatoria a las instalaciones de la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA (ASONVIHSIDA). Se les explicó el motivo de la investigación y, habiendo obtenido su visto bueno, se estableció la fecha para realizarla.

El día de la investigación, se inició con la presentación del equipo de investigadoras. Luego, se detallaron los objetivos, procediendo con la firma de los consentimientos informados. A continuación, se explicó el objetivo de identificar el nivel de autoestima en los pacientes, y se detalló en qué consiste la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), adaptada al español por Atienza et al. (2000), la cual se aplicó de manera colectiva.

Luego, se detalló el segundo objetivo, que tuvo como propósito evaluar el estado emocional de los pacientes. Para tal fin, se explicó en qué consiste el Test TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale-24, Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales) de Mayer y Salovey (1995) adaptada al español por Fernández-Berrocal et al. (2004); al igual que el anterior, también se aplicó de forma colectiva.

Con el fin de optimizar su aplicación, dichas escalas fueron digitalizadas mediante la herramienta Google Forms, los cuales contaron con una explicación detallada para la solución de los mismos. Se compartió un enlace a los pacientes a través de la aplicación WhatsApp, quienes procedieron a completar los cuestionarios.

Para alcanzar el tercer objetivo, se llevó a cabo un grupo focal. Se realizó un conversatorio con los pacientes, quienes expresaron sus vivencias acerca del diagnóstico de VIH y cómo dichas experiencias guardan relación con su autoestima y estados emocionales.

Es preciso destacar que se garantizaron las consideraciones éticas en todo momento. De igual forma, se respetó el derecho a participar de manera voluntaria y a mantener la confidencialidad de la información proporcionada.

El análisis de la información se realizó utilizando la herramienta Microsoft Excel, ya que permite organizar y procesar los datos de manera eficiente. Esta herramienta facilitó la gestión y estructuración de la información, optimizando el proceso de análisis.

VI. Resultados y Discusión

En este acápite, se muestran los resultados obtenidos en la presente investigación, los cuales se centran en analizar la relación entre la autoestima y el estado emocional en la muestra de estudio seleccionada.

El estudio se realizó con ocho jóvenes adultos residentes en Managua, Nicaragua, quienes tienen entre uno y cinco años desde su diagnóstico de VIH, excepto uno de ellos que ha vivido con la condición desde su nacimiento. La muestra incluyó a cinco hombres y tres mujeres, con niveles educativos variados: cinco completaron la secundaria, uno concluyó la primaria y dos poseen una carrera profesional.

Los participantes se vincularon a la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA (ASONVIHSIDA) por diferentes vías: algunos fueron referidos por hospitales donde reciben su tratamiento antirretroviral, mientras que otros se incorporaron a la organización a través de redes sociales al buscar apoyo e información sobre su condición. Aunque todos tienen acceso al programa, no todos son adherentes a su tratamiento.

Para brindar claridad a los resultados, este apartado se divide en tres secciones: En la primera, se mostrarán los resultados de la aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) adaptada al español por Atienza et. al (2000), para identificar el nivel de autoestima; en la segunda, se mostrarán los resultados de la aplicación del Test TMMS-24 (Trait Meta Mood Scale-24, Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales) de Mayer y Salovey (1995) adaptada al español por Fernández-Berrocal et al. (2004), para evaluar el estado emocional de los pacientes; en la tercera, se abordará el desarrollo de los resultados del grupo focal, para describir la conexión entre la autoestima y estado emocional de los pacientes.

Asimismo, se estableció una relación entre los resultados obtenidos y la teoría propuesta por Rosenberg (1965), complementada con las contribuciones de otros autores como Coopersmith (1976) y Alcántara (1993), lo que permitió enriquecer el criterio de análisis autoestima. En el caso del estado emocional, se integraron los conceptos clave del modelo teórico de Mayer y Salovey (1997), lo que proporcionó una mayor comprensión de los resultados.

Para asegurar la confidencialidad de las personas que participaron en este estudio, se les asignó un código único que consta de las iniciales de su primer nombre y primer apellido, seguidas por la letra correspondiente a su sexo entre paréntesis.

Esta medida permite que cada participante sea identificado de manera completamente anónima. Los códigos asignados a los participantes en este estudio son los siguientes: E.R (M), G.S (F), J.C (F), A.S (M), S.P (F) , C.L (M), R.O. (M) y J.L (M)

Antes de la aplicación de los instrumentos, se planteó la siguiente pregunta abierta: ¿Qué saben sobre los términos autoestima y estados emocionales? Las respuestas obtenidas reflejaron los conocimientos previos de los participantes sobre estos conceptos, y en algunos casos guardaron similitud con las definiciones establecidas en el marco conceptual de la presente investigación. A los participantes que no respondieron o que tuvieron dudas, se les explicó el tema de manera clara, como parte de un pequeño conversatorio, para asegurar que comprendieran adecuadamente los términos antes de continuar con el estudio.

6.1. Resultados del Criterio de Análisis Autoestima

Para identificar el nivel de autoestima en los pacientes, se realizó un análisis de las puntuaciones obtenidas mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) adaptada al español por Atienza et al. (2000). Este análisis se complementó con la teoría propuesta por Rosenberg (1965), tomando en cuenta a otros autores como Coopersmith (1976) y Alcántara (1993).

Tabla 1

Nivel de Autoestima de los Pacientes

Nivel	Frecuencia
Bajo	4
Medio	1
Alto	3
Total	8

Nota. Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la aplicación de la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) adaptada al español por Atienza et al. (2000).

La Tabla 1 muestra los niveles de autoestima de los pacientes. Se observa que la mitad de los participantes es decir, 4 de ellos, muestra nivel bajo de autoestima; 1 posee nivel medio. Por su parte, 3 presentan nivel alto de autoestima. En relación a estos resultados, es preciso mencionar a Rosenberg (1965), ya que este define la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que puede ser negativo o positivo.

En este sentido, cuatro participantes evidencian un **nivel bajo de autoestima**; se perciben a sí mismos de manera negativa, lo que concuerda con las definiciones de Coopersmith (1976) y Alcántara (1993). Coopersmith (1976) define a las personas con autoestima baja como **desanimadas, incapaces de expresarse y con una visión negativa de sí mismas**. Alcántara (1993)

complementa esta idea señalando que la falta de confianza personal limita la capacidad para enfrentar retos, afectando negativamente la calidad de vida de los individuos.

El único paciente que posee **nivel medio de autoestima**, presenta una **percepción equilibrada de sí mismo**, donde no predominan ni sentimientos excesivamente positivos ni negativos hacia su persona, lo cual se relaciona con lo planteado por Rosenberg (1965), quien manifiesta que la autoestima se construye a partir de la evaluación de las propias características, y en estos casos, dicha evaluación puede reflejar tanto fortalezas como áreas de mejora.

Lo anterior, se alinea con lo descrito por Coopersmith (1976), quien señala que las personas con autoestima media son expresivas y moderadas en sus expectativas, y por Alcántara (1993), quien destaca que tienen un grado aceptable de confianza en sí mismas, aunque dependen en cierta medida de factores externos para validar su valor personal.

Por otro lado, tres pacientes presentan nivel alto de autoestima; caracterizados por tener una percepción positiva de sí mismos, confianza en sus capacidades y una actitud asertiva hacia la vida. Según Rosenberg (1965), esta percepción positiva se construye a partir de una evaluación favorable de las propias características. Esto coincide con lo señalado por Coopersmith (1976), quien describe a estas personas como expresivas, exitosas en lo social y académico, con altas expectativas y un fuerte sentido de orgullo personal.

Asimismo, Alcántara (1993) refiere que quienes tienen **autoestima alta** se aceptan plenamente, **enfrentan las dificultades con optimismo** y promueven valores como la integridad y la responsabilidad.

De esta forma, los resultados reflejan los planteamientos teóricos, confirmando que los niveles de autoestima influyen en las percepciones, actitudes y capacidades de los participantes para enfrentar las circunstancias que la vida les presenta. Además, el diagnóstico, junto con factores personales, sociales o culturales, podría estar influyendo en la autoestima de los participantes, lo que a su vez podría estar afectando su capacidad para tomar decisiones, expresar opiniones y gestionar relaciones interpersonales.

6.2. Resultado del Criterio de Análisis Estado Emocional

Para evaluar el estado emocional de los pacientes, se realizó un análisis de las puntuaciones obtenidas mediante el test TMMS-24, de Mayer y Salovey (1995) adaptado al español por Fernández-Berrocal et al. (2004), tomando en cuenta las tres dimensiones clave de la inteligencia emocional que comprende dicha escala: percepción emocional, comprensión de sentimientos, y la regulación emocional. Los resultados obtenidos se relacionaron con el modelo teórico de Mayer y Salovey (1997) y también se citan a Vargas et al. (2018) para profundizar en la comprensión del estado emocional de los participantes.

6.2.1. Dimensión Percepción Emocional

Tabla 2

Dimensión Percepción Emocional

Nivel	Hombres	Mujeres	Total
Bajo	3	1	4
Adecuado	2	2	4
Excelente	-	-	-
Total	5	3	8

Nota. Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la aplicación del Test TMMS-24 de Mayer y Salovey (1995) adaptada al español por Fernández-Berrocal et al. (2004).

La Tabla 2 muestra los resultados de la dimensión percepción emocional. Se observa que los participantes tienen un nivel entre bajo y adecuado de percepción emocional. De acuerdo

con la definición de Mayer y Salovey (1997), esto hace referencia al grado en el que las personas creen prestar atención a sus emociones y sentimientos, es decir, la habilidad para identificar y reconocer los propios sentimientos, así como los estados y sensaciones fisiológicas y cognitivas que estos conllevan. Implica prestar atención y decodificar con precisión las señales emocionales.

En este sentido, tres hombres y una mujer que se encuentran en el **nivel bajo de percepción emocional**, presentan dificultades para sentir y expresar sus emociones, lo que afecta su capacidad para responder adecuadamente ante diversas situaciones emocionales. Esto evidencia una **desconexión emocional**, definida por Vargas et al. (2018) como un estado en el que la persona se siente distante de sus propias emociones y de las de los demás. Esta desconexión puede manifestarse en la incapacidad para experimentar o expresar sentimientos, limitando su vida emocional y dificultando el establecimiento de relaciones interpersonales.

Por otro lado, dos hombres y dos mujeres presentan un **nivel adecuado**, lo cual evidencia una **mayor capacidad para manejar sus emociones**, aunque todavía hay margen para mejorar, especialmente en cuanto a responder de forma apropiada y gestionar las emociones en relaciones interpersonales o en situaciones de la vida cotidiana.

Es necesario mencionar que ningún participante alcanzó el **nivel excelente**, lo que indica que, aunque algunos manejan sus emociones de manera adecuada, no han desarrollado aún una alta percepción emocional. Esto implica que podrían beneficiarse de mayor apoyo para armonizar mejor sus emociones en diferentes contextos, como en el trabajo o en sus relaciones personales.

6.2.2. Dimensión Comprensión de Sentimientos

Tabla 3

Dimensión Comprensión de Sentimientos

Nivel	Hombres	Mujeres	Total
Bajo	4	1	5
Adecuado	1	1	2
Excelente	-	1	1
Total	5	3	8

Nota. Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la aplicación del Test TMMS-24 de Mayer y Salovey (1995) adaptada al español por Fernández-Berrocal et al. (2004).

La Tabla 3 muestra los resultados de Comprensión de Sentimientos. Se observa que cinco de los ocho participantes, cuatro hombres y una mujer, presentan un nivel bajo en esta dimensión; dos participantes, un hombre y una mujer, tienen un nivel adecuado; y solo una mujer alcanza un nivel excelente. Esto indica que la mayoría de los pacientes enfrenta dificultades para identificar y comprender sus sentimientos, lo cual hace referencia a identificar qué emociones están experimentando y por qué surgen en función de las circunstancias.

En referencia a los pacientes que presentan **nivel bajo**, tienen **dificultad para comprender sus sentimientos**, lo cual puede afectar negativamente su estado emocional, limitando su capacidad para adaptarse a diversas situaciones emocionales y dificultando así sus relaciones interpersonales.

Esto se alinea con lo que mencionan Mayer y Salovey (1997), quienes sostienen que la capacidad de comprender los sentimientos es importante dentro de la inteligencia emocional, ya que permite identificar con claridad las emociones y reconocer cómo se relacionan con los eventos que las desencadenan. Por lo tanto, esta falta de comprensión de sentimientos puede dificultar no solo el manejo adecuado de las emociones, sino también la habilidad para responder de manera efectiva a los desafíos emocionales y sociales que enfrentan los pacientes.

En el caso de los dos participantes que se encuentran en el **nivel adecuado de comprensión de sentimientos**, un hombre y una mujer, se evidencia que, aunque poseen cierta capacidad para **reconocer sus emociones en diversas situaciones**, todavía enfrentan dificultades para comprender completamente el origen de estas y cómo se vinculan con los eventos que las desencadenan. Esto sugiere que, aunque logran identificar lo que sienten, les resulta complicado entender las razones detrás de sus emociones y cómo estas se relacionan con las circunstancias específicas.

De acuerdo con Mayer y Salovey (1997), una comprensión adecuada de los sentimientos favorece una mejor adaptación a situaciones emocionales diversas. En este sentido, los participantes con un nivel adecuado de comprensión de sentimientos tienen la capacidad de gestionar sus emociones de manera efectiva, aunque todavía necesitan mejorar la conexión entre sus sentimientos y los eventos que los provocan.

De esta manera, los participantes en este nivel están avanzando hacia una mayor claridad de sentimientos. A medida que logran identificar más claramente la relación entre sus emociones y las circunstancias que las generan, podrían experimentar una mayor estabilidad emocional y responder con mayor eficacia ante situaciones cotidianas.

Respecto a la participante con **nivel excelente de comprensión de sentimientos**, destaca que tiene una notable habilidad para identificar, comprender y manejar sus emociones; es **capaz de reconocer** claramente qué está sintiendo en diferentes situaciones y comprender las razones detrás de esas emociones.

Según Mayer y Salovey (1997), la capacidad de comprender los sentimientos con claridad permite no solo identificar las emociones, sino también entender cómo estas se vinculan con los eventos que las provocan, lo que facilita una respuesta emocional más adaptativa. Esta

comprensión de sus sentimientos le permite afrontar de manera efectiva las distintas situaciones emocionales que enfrenta, y también interactuar con los demás de manera más empática.

6.2.3. Dimensión Regulación Emocional

Tabla 4

Dimensión Regulación Emocional

Nivel	Hombres	Mujeres	Total
Bajo	4	1	5
Adecuado	-	2	2
Excelente	1	-	1
Total	5	3	8

Nota. Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la aplicación del Test TMMS-24 de Mayer y Salovey (1995) adaptada al español por Fernández-Berrocal et al. (2004).

La Tabla 4 presenta los resultados de Regulación Emocional, en los cuales se observa que cuatro hombres y una mujer se encuentran en nivel bajo, mientras que dos mujeres alcanzan nivel adecuado, y un hombre presenta nivel excelente. Estos resultados indican que la mayoría de los participantes enfrentan dificultades para manejar sus emociones de manera efectiva, lo que puede afectar su capacidad para afrontar situaciones emocionales complicadas.

Según Mayer y Salovey (1997), la regulación emocional es una habilidad esencial dentro de la inteligencia emocional, que implica la capacidad para manejar y modificar las emociones adecuadamente según las circunstancias. Este proceso no solo involucra la capacidad de calmarse en momentos estresantes, sino también la habilidad de modificar las emociones para adaptarlas mejor a las situaciones.

Siguiendo lo expresado por Mayer y Salovey (1997), la regulación emocional es importante en la gestión de las emociones. En el caso de estos pacientes con VIH, pueden enfrentar ansiedad o tristeza al recibir un diagnóstico o durante el tratamiento. La regulación emocional les permite gestionar estos sentimientos, lo que les ayuda a mantener una actitud positiva y enfocarse en la adherencia al tratamiento o en sobrellevar la enfermedad de una manera óptima.

En referencia a los pacientes con **nivel bajo** de regulación emocional, los resultados sugieren que **enfrentan desafíos significativos** para manejar sus emociones de forma efectiva, lo que puede generarles dificultades en su estado emocional, lo que puede impedirles adaptarse adecuadamente a los eventos y situaciones que enfrentan. Además, la falta de una regulación emocional adecuada puede afectar sus interacciones sociales y su capacidad para tomar decisiones racionales.

Por otro lado, los dos participantes en el **nivel adecuado de** regulación emocional muestran una capacidad moderada para manejar sus emociones. Aunque logran regular sus emociones en algunas situaciones, aún presentan desafíos para hacerlo de manera consistente. Esto indica que, aunque son **capaces de calmarse en momentos de estrés o manejar ciertas emociones**, pueden necesitar más apoyo o práctica para fortalecer esta habilidad.

Finalmente, el único participante en el **nivel excelente** de regulación emocional demuestra una habilidad destacada para gestionar sus emociones en diversas situaciones. Este individuo tiene la capacidad de mantener un equilibrio emocional que le permite adaptarse de manera efectiva a las circunstancias que enfrenta, favoreciendo su estado emocional y fortaleciendo sus relaciones interpersonales.

6.3. Conexión entre autoestima y estado emocional

Con el objetivo de describir la conexión entre la autoestima y el estado emocional de los pacientes, se llevó a cabo un análisis de los testimonios compartidos por estos en el grupo focal, relacionándolos con la teoría de Rosenberg (1965) sobre la autoestima y con el modelo teórico de Mayer y Salovey (1997), incluyendo las tres dimensiones de la inteligencia emocional: percepción emocional, comprensión de sentimientos y regulación emocional, todo ello en el contexto del estado emocional de la muestra de estudio.

Los testimonios de los pacientes proporcionaron una visión más cercana y personal de cómo perciben su autoestima y gestionan sus emociones. Estos relatos ofrecen una comprensión más profunda de cómo sus experiencias se relacionan con los conceptos propuestos por la teoría de Rosenberg (1965) sobre la autoestima, así como con el modelo teórico de Mayer y Salovey (1997) acerca de la inteligencia emocional, vinculando esto al estado emocional de los pacientes.

Al adentrarse en cada uno de los relatos compartidos, se reflejan tanto experiencias positivas como negativas, las cuales permiten apreciar las distintas perspectivas sobre cómo se relaciona la autoestima con el estado emocional de los pacientes.

Al explorar cómo los pacientes **describen su estado emocional cuando se sienten bien consigo mismos**, las respuestas revelan cómo una autoestima alta impacta de manera positiva en sus emociones, tal como manifestó E.R (M): Cuando me siento bien conmigo mismo, me siento tranquilo y con energía, capaz de afrontar cualquier cosa que se me presente. (Grupo focal, participante E.R (M)).

De manera similar, otro paciente, en este caso del sexo femenino A.S (M), compartió: Cuando me siento seguro de mí mismo, es como si tuviera el control de mis emociones. Mi mente está claro y me siento más confiado. (Grupo focal, participante A.S (M))

A diferencia de los pacientes anteriores, S.P (F) comentó: Cuando mi autoestima baja, mi estado emocional también. Siento que nada me sale bien, y las emociones negativas me afectan con más fuerza. (Grupo focal, participante S.P (F)). De igual forma, C.L (M) manifestó: En esos momentos, mi ánimo se desploma. Mi mente se llena de dudas y mis emociones se descontrolan. (Grupo focal, participante C.L (M))

Relacionando los testimonios con lo planteado por los autores, se menciona a Rosenberg (1965), quien afirma que la autoestima es el sentimiento hacia uno mismo, el cual puede ser positivo o negativo. En los testimonios de E.R (M) y A.S (M), se observa cómo una autoestima positiva les permite sentirse tranquilos, con más energía y confianza.

Por otro lado, Mayer y Salovey (1997) destacan la importancia de la regulación emocional como un aspecto importante en la gestión de las emociones. Los testimonios de S.P (F) y C.L (M) muestran cómo una baja autoestima puede dificultar esta regulación emocional, ya que ambos mencionan que cuando su autoestima está baja, sus emociones se descontrolan, reflejando la dificultad para manejar sus sentimientos.

Siguiendo con el análisis, la autoestima influye en cómo **las personas gestionan sus emociones al momento de enfrentar retos**, como lo detalló J.L (M): Cuando me enfrento a algo difícil y tengo la autoestima alta, trato de mantenerme tranquilo y pensar en soluciones en lugar de dejarme llevar por las emociones negativas. (Grupo focal, participante J.L (M)). De manera similar, R.O (M) mencionó: Sí, confío en mí mismo, aunque las cosas se pongan complicadas, puedo manejar mis emociones y seguir adelante. (Grupo focal, participante R.O (M))

Por otro lado, algunos participantes expresaron las dificultades de enfrentar los retos con autoestima baja. G.S (F) explicó: Cuando mi autoestima está baja, siento que todo me afecta más. Me cuesta manejar lo que siento y las emociones me desbordan. (Grupo focal, participante G.S (F)). Siguiendo la misma línea de pensamiento, S.P (F) compartió: Cuando me siento vulnerable, mi autoestima baja y reacciono de manera más intensa; a veces no sé cómo manejarlo. (Grupo focal, participante S.P (F)).

Estas experiencias guardan relación con la teoría de Rosenberg (1965). En los primeros testimonios, como lo mencionan J.L (M) y R.O (M), aquellos con una autoestima más alta tienden a enfrentar los retos de manera más positiva, manteniendo el control sobre sus emociones y buscando soluciones, lo que se alinea con las ideas de Rosenberg (1965).

Por otro lado, los testimonios de G.S (F) y S.P (F) se vinculan con lo que Rosenberg (1965) describe sobre las personas con baja autoestima, quienes suelen interpretar los eventos de manera más negativa y enfrentan mayores dificultades emocionales, lo que indica que son más

susceptibles a sentirse desbordadas por sus emociones, como reflejan los relatos de estos participantes.

Además, Mayer y Salovey (1997), en su teoría de la inteligencia emocional, destacan la importancia de la capacidad de reconocer y manejar las emociones. En el caso de los participantes con alta autoestima, como J.L (M) y R.O (M), se observa una mayor capacidad para gestionar las emociones, lo cual está relacionado con un mayor control emocional en situaciones difíciles. En cambio, los testimonios de G.S (F) y S.P (F) muestran cómo una autoestima baja puede interferir en esta capacidad, dificultando la regulación emocional y provocando reacciones incontrolables.

Al indagar sobre situaciones en las que **la autoestima haya mejorado el estado emocional** de los pacientes, A.S (M) afirmó: Cuando recibí un reconocimiento por mi esfuerzo, me hizo sentir más fuerte. Mi estado emocional mejoró y me sentí más positivo. (Grupo focal, participante A.S (M)). Del mismo modo, E.R (M) expresó: Recuerdo cuando logré algo importante, y eso me hizo sentir más seguro. Mi estado emocional mejoró al instante, me sentí más capaz. (Grupo focal, participante E.R (M)).

En contraste con los participantes anteriores, G.S (F) comentó: Hubo un tiempo en el que no me sentía valorada, y eso afectó profundamente mi estado emocional. Mis emociones se volvieron muy negativas, incluso tuve pensamientos de atentar contra mi vida. (Grupo focal, participante G.S (F)). Siguiendo el mismo enfoque de G.S (F), R.O (M) compartió: Por momentos me desanimo entonces el estrés me afecta más, y suelo sentirme más ansioso e incapaz de controlarlo. (Grupo focal, participante R.O (M))

Al analizar las experiencias de los participantes, se puede notar cómo la autoestima tiene influencia en su estado emocional y su capacidad para enfrentar los retos. Según Rosenberg (1965), se evidencia como los sentimientos positivos hacia uno mismo permiten manejar mejor las emociones ante situaciones difíciles. En los testimonios de A.S (M) y E.R (M), por ejemplo, se observa que cuando tienen una autoestima alta, su estado emocional se mantiene positivo y pueden enfrentar los desafíos con mayor calma.

Por el contrario, los testimonios de G.S (M) y R.O (M), muestran cómo una baja autoestima puede afectar negativamente el estado emocional. Cuando no se sienten valorados,

sus emociones se vuelven más intensas y difíciles de manejar, lo que coincide con la teoría de Rosenberg (1965), cuando las personas tienen sentimientos negativos hacia sí mismas, son más vulnerables a experimentar emociones negativas.

Siguiendo esta línea, Mayer y Salovey (1997), la teoría de la inteligencia emocional se pone de manifiesto en lo comentado por los pacientes. Los testimonios de A.S (M) y E.R (M) mencionan que tener confianza en sí mismos les permite manejar mejor el estrés y las dificultades emocionales, lo cual se relaciona con la regulación emocional. En contraste, G.S (M) y R.O (M) destacan cómo, al sentirse menos seguros de sí mismos, el estrés y las emociones negativas se vuelven más difíciles de controlar, lo que refleja la dificultad para regular las emociones que también mencionan Mayer y Salovey (1997) en su teoría.

Los pacientes también manifestaron la **importancia de recibir el apoyo de familiares y amistades**, y cómo esto influye en su autoestima y emociones. De esta forma, J.L (M) refirió: El apoyo de mi familia y amigos me da tranquilidad. Me siento más capaz y mi autoestima crece al saber que no estoy solo en momentos difíciles. (Grupo focal, participante J.L (M)). A.S (M) agregó: El apoyo de la gente que me rodea me hace sentir escuchado, lo que mejora mi estado emocional. Me siento más fuerte y mi autoestima mejora. (Grupo focal, participante A.S (M))

Contrariamente a lo expresado por los pacientes anteriores, R.O (M) compartió: Aunque a veces recibo apoyo de amistades, no siempre me siento cómodo con ello. En esos momentos, me cuesta aceptar la ayuda y mi autoestima se ve afectada. (Grupo focal, participante R.O (M)). De manera congruente con R.O (M), C.L (M) señaló: A veces, aunque ellos (familiares y amigos) me ofrezcan apoyo, me siento incapaz de aceptarlo. Mi autoestima no mejora y eso hace que me sienta decaído. (Grupo focal, participante C.L (M))

Los testimonios de los participantes reflejan cómo el apoyo social influye directamente en su autoestima y estado emocional, lo que se vincula con las teorías de Rosenberg (1965) y Mayer y Salovey (1997).

Rosenberg (1965) sostiene que la autoestima es el sentimiento general que una persona tiene hacia sí misma, lo cual puede verse reflejado en la manera en que las personas perciben y responden al apoyo que reciben. En los testimonios de J.L (M) y A.S (M), quienes mencionan

cómo el apoyo de familiares y amistades mejora su estado emocional y aumenta su autoestima, podemos ver cómo este apoyo externo refuerza la percepción positiva de sí mismos.

Por otro lado, Mayer y Salovey (1997) en su teoría de la inteligencia emocional destacan la importancia de reconocer y gestionar las emociones, lo que incluye la habilidad de aceptar apoyo emocional cuando es necesario. En el caso de R.O (M) y C.L (M), quienes expresan dificultades para aceptar el apoyo social, se puede observar cómo una baja autoestima puede interferir en su capacidad para gestionar sus emociones y aceptar el apoyo de los demás.

El diagnóstico de VIH ha influido en la autoestima y el estado emocional de los pacientes, como comentó E.R (M): Mi autoestima está mejorando porque sé que puedo controlar mi salud. Me siento más tranquilo emocionalmente porque me acepto como soy y tengo confianza en mi capacidad para vivir con VIH (Grupo focal, participante E.R (M)). En sintonía con E.R(M), A.S (M) expresó: Hoy en día me siento mucho mejor, y eso hace que pueda vivir con VIH sin que este me domine. Aunque la situación es difícil, no dejo que mis emociones me destruyan. (Grupo focal, participante A.S (M)).

En oposición a lo manifestado por E.R (M) y A.S (M), hubo relatos donde se evidenció frustración emocional, como lo expresado por S.P (F): Te voy a decir algo, el mundo se me vino encima cuando me diagnosticaron con VIH. A veces, me siento muy insegura y anímicamente me siento desbaratada. Por ratos pienso que el VIH me hace menos que los demás. (Grupo focal, participante S.P (F)). Coincidiendo con S.P (F), G.S (F) agregó: El diagnóstico de VIH afectó mi autoestima de manera muy negativa. Me siento triste y derrotada, y eso me afecta emocionalmente todo el tiempo. (Grupo focal, participante G.S (F))

De acuerdo con la teoría de Rosenberg (1965), la autoestima es importante en cómo las personas se sienten consigo mismas y cómo manejan las situaciones difíciles. Los testimonios de E.R (M) y A.S (M) reflejan cómo una autoestima positiva, al sentir confianza y aceptación, les permite afrontar el diagnóstico de VIH de manera más tranquila y menos impactada emocionalmente. En contraste, los testimonios de S.P (F) y G.S (F) evidencian cómo una baja autoestima, asociada con inseguridad y sentimientos de incapacidad, puede intensificar el malestar emocional frente al diagnóstico.

Por otro lado, según Mayer y Salovey (1997), la regulación emocional es importante para enfrentar situaciones difíciles como el diagnóstico de VIH. Los testimonios de E.R (M) y A.S (M) muestran cómo, al tener un mejor control de sus emociones, los participantes pueden manejar de forma más efectiva las adversidades, mientras que aquellos como S.P (F) y G.S (F), al tener más dificultades para regular sus emociones, experimentan un mayor malestar emocional.

Aunque no es objetivo del presente estudio, es importante destacar, basándose en los testimonios de los pacientes, que factores como la edad y el nivel educativo podrían estar influyendo en la experiencia de autoestima y estado emocional. Por ejemplo, E.R (M) y A.S (M), los participantes mayores y con mayor nivel educativo (profesionales), destacan una mejor capacidad para manejar sus emociones. En cambio, J.C (F) y G.S (F), más jóvenes y con menor nivel educativo (educación secundaria), enfrentan mayores dificultades con su autoestima.

VII. Conclusiones

La presente investigación permitió analizar la relación entre la autoestima y el estado emocional de los pacientes con diagnóstico de VIH atendidos por la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA (ASONVIHSIDA) durante el II semestre del año 2024.

En primera instancia, al identificar el nivel de **autoestima** de los pacientes, se refleja una distribución equitativa, ya que 4 pacientes se encuentran en nivel bajo, mientras que los otros 4 se distribuyen entre los niveles medio (1 paciente) y alto (3 pacientes). Esto muestra que, aunque algunos enfrentan dificultades con su autoimagen y autovaloración, quienes tienen una autoestima positiva han logrado fortalecer su percepción personal.

En cuanto al **estado emocional**, los pacientes presentan niveles bajos y adecuados en **percepción emocional**, con 4 en nivel bajo y 4 en nivel adecuado, lo que indica dificultades para identificar y reconocer sus emociones. En **comprensión de sentimientos**, 5 pacientes están en nivel bajo, 2 en nivel adecuado, y 1 en nivel excelente, mostrando que la mayoría enfrenta problemas para comprender sus sentimientos, lo que afecta negativamente su estado emocional. En **regulación emocional**, 5 pacientes mostraron nivel bajo, 2 en nivel adecuado, y 1 en nivel excelente, reflejando que la mayoría tiene dificultades para manejar sus emociones de forma efectiva, afectando su capacidad para enfrentar situaciones emocionales complejas.

En lo que respecta a **describir la conexión entre autoestima y estado emocional**, se evidenció, a través de las experiencias compartidas por los pacientes, que quienes tienen una **autoestima más fortalecida** suelen percibir de manera más efectiva sus emociones, logrando mayor comprensión de sentimientos para identificar lo que sienten, **regulando de manera óptima sus emociones**. En contraste, aquellos con una **autoestima más frágil** manifestaron mayores dificultades para reconocer y gestionar sus emociones, lo que los lleva a sentirse más **vulnerables emocionalmente**. Cabe mencionar que factores como la edad y el nivel educativo podrían estar influyendo en cómo se autoperciben y gestionan sus emociones.

Se recomienda implementar estrategias de acompañamiento emocional que fortalezcan la autoestima de los pacientes, para fomentar su autopercepción y promover sentimientos positivos hacia sí mismos, a fin de enfrentar de manera más efectiva los retos emocionales asociados a su diagnóstico.

Además, se sugiere promover el desarrollo de habilidades específicas para el reconocimiento, comprensión y manejo de las emociones, considerando las particularidades de cada paciente, tomando en consideración factores como la edad y el nivel educativo.

Para futuras investigaciones, se recomienda explorar factores mediadores como la calidad de las redes de apoyo, el estigma asociado al VIH y experiencias de discriminación.

Referencias

- Adams, C., Zacharia, S., Masters, L., Coffey, C. & Catalan, P. (2016). Mental health problems in people living with HIV: Changes in the last two decades: The London experience 1990-2014. *AIDS Care*, 28(1), 56-59. doi: 10.1080/09540121.2016.1146211.
- Aksöz, İ., Bugay, A., & Erdur-Baker, Ö. (2010). Turkish adaptation of the trait meta-mood scale. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 2642-2646. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.387>
- Alcántara, J. A. (1993). *Cómo educar la autoestima*. Edit. CEAC S.A. España.
- Altamirano, D., Cruz, L., & Velásquez, A. (2022). Autoestima y su relación con el rendimiento deportivo del equipo de fútbol masculino de FAREM-Estelí, período agosto – noviembre 2021. (*Trabajo de Seminario de Graduación para optar al grado de Licenciatura en Psicología*). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, FAREM-Estelí. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/18951/1/20559.pdf>
- Álvarez-Gayou, J. (2006). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Atienza, F. L., Moreno, Y. y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, 23, 29-42
- Baena, G. (2014). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: Grupo Editorial Patria.
- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient inventory (EQ-I): Technical Manual*, Toronto, Canadá: Multi-Health Systems.
- Boccardo, F., Sasia, A.R. & Fontenla, E.G. (1999). Inteligencia emocional. En A. Vallés, *El desarrollo de la inteligencia emocional*, Benacantil.
- Bonano, G.A. (2001). Emotion self-regulation. En T.J. Mayne y G.A. Bonano (Eds.), *Emotions, Current sigues and future directions*. New Cork: The Guildford Press.
- Bourdier, L., & Ringuenet, D. (2016). Propriétés psychométriques de la version française d'une échelle de mesure de l'intelligence émotionnelle perçue: la Trait Meta-Mood Scale

- (TMMS). *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(10), 1-11. <https://doi.org/10.1177/0706743716639936>
- Branden, N. (1995). *Cómo mejorar su autoestima*. Edit. Paidós. Barcelona, España.
- Brito-Costa, S., Castro, F. V., Moiso, A., Alberty, A., de Almeida, H., & Fernández, M. I. R. (2016). Psychometric properties of Portuguese version of trait meta-mood scale (TMMS24). *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 2(1), 133-142. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v2.296>
- Cachay, E. (2024). *Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)*. Manual MSD. Recuperado de <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/infecciones/infecci%C3%B3n-por-el-virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih/infecci%C3%B3n-por-el-virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih>
- Carrasco Chávez, E., & Sánchez Aragón, R. (2009). Validación de la estimación cognoscitiva de los procesos de regulación emocional para la emoción de amor. *Interpersona*, 3, 14-29. doi: 10.5964/ijpr.v3i1.30
- Carrillo, L. (2009). *La familia, la autoestima y el fracaso escolar* (Tesis doctoral, Universidad de Granada).
- Carver, C., & Scheier, M. (2011). Self-regulation of action and affect. En K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 3-21). Nueva York: Guilford Press.
- Cerón D., Pérez-Olmos I., Ibáñez M (2011) Inteligencia emocional en adolescentes de dos colegios de Bogotá. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 40: 49-64. doi: 10.1016/S0034-7450(14)60104-9.
- Charland, L. C. (2011). Moral undertow and the passions: Two challenges for contemporary emotion regulation. *Emotion Review*, 3, 83-91. DOI: 10.1177/1754073910380967.
- Cholera, R., Pence, B.W., Gaynes, B.N., Bassett, J., Qangule, N., Pettifor, A., Macphail, C. & Miller, W.C. (2017). Depression and engagement in care among newly diagnosed HIV-infected adults in Johannesburg, South Africa. *AIDS and Behavior*, 21(6), 1632-1640. doi: 10.1007/s10461-016-1442-6.

- Clínica Alemana. (2023, 5 de junio). *Infección por VIH: ¿Cuáles son los últimos avances?*. Recuperado de <https://www.clinicaalemana.cl/articulos/detalle/2023/infeccion-por-vih-cuales-son-los-ultimos-avances>.
- Clinical Info. (2021). *Glosario de términos relacionados con VIH/SIDA* (9ª ed.). Recuperado de <https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/glossary/Glossary-Spanish-HIVinfo.pdf>
- Cole, P., Martin, S., & Dennis, T. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*
- Cooper, R.K. & Sawaf, A. (1997). *Estrategia emocional para ejecutivos*, Barcelona: Martínez Roca.
- Coopersmith C. (1976). *The Antecedent of Self-Esteem*. San Francisco: W.H. Freeman Y Company
- Damasio, A. (1998). Emotion in the perspective of an integrated nervous system. *Brain Research Reviews*, 26, 83-86. DOI: 10.1016/S0165-0173(97)00064-7.
- De Mézerville, Gastón. (2004). Ejes de salud mental. Los procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés. México: Trillas.
- Deigh, J. (2010). Concepts of emotions in modern philosophy and psychology. En P. Goldie (Ed.), *The Oxford Handbook of Philosophy of Emotion* (pp. 18-40). Nueva York: Oxford University Press.
- dos Santos, M.M.L., Kruger, P., Mellors, S.E., Wolvaardt, G. & van der Ryst, E. (2014). An exploratory survey measuring stigma and discrimination experienced by people living with HIV/AIDS in South Africa: the people living with HIV stigma index. *BMC Public Health*, 14, 80. doi: 10.1186/1471-2458-14-80.
- Earnshaw, V.A., Lang, S.M., Lippitt, M., Jin, H. & Chaudoir, S.R. (2015). HIV stigma and physical health symptoms: Do social support, adaptive coping, and/or identity centrality act as resilience resources? *AIDS and Behavior*, 19, 41.49. doi: 10.1007/s10461-014-0758-3.
- Earnshaw, V.A., Smith, L.R., Chaudoir, S.R., Rivet Amico, K. & Conpenhaver, M. M. (2013). HIV stigma mechanisms and well-being among PLWH: A test of the HIV Stigma Framework. *AIDS and Behavior*, 17(5), 1785-1795. doi: 10.1007/s10461-013-0437-9.

- Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion related regulation: Sharpening the definition. *Child Development*, 75
- Ekman, P. (1999). Basic emotions. En T. Dalgleish & M. J. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion* (pp. 45- 60). Nueva York: John Wiley & Sons Ltd.
- Ekman, P. (2003). *Emotions revealed*. Nueva York: Henry Holt and Company.
- Elias, M., Tobias, S. & Friedlander, B. (1999). *Educación con inteligencia emocional*, Barcelona: Plaza y Janés.
- Espinoza-Venegas M., Sanhueza-Alvarado O., Ramírez-Elizondo N., Sáez-Carrillo K. (2014) Validación de constructo y confiabilidad de la escala de inteligencia emocional en estudiantes de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 23: 139-147. doi: 10.1590/0104-1169.3498.2535.
- Fernández-Abascal, E., García, B., Jiménez, M., Martín, M., & Domínguez, F. (2010). *Psicología de la emoción*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera-Pacheco, N. (2008). A review of trait meta-mood research. *International Journal of Psychology Research*, 2(1/2), 39-67. <https://revistas.usb.edu.co/index.php/IJPR/index>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and Reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Inform*, 94(3), 751-755.
- Fridja, N. (2008). The psychologist's point of view. En M. Lewis, J. Haviland-Jones, & L. Feldman (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 68-87). Nueva York: Guilford Press.
- Fu, Y., Gao, Z., Hannon, J., Shultz, B., Newton, M., & Sibthorp, J. (2013). Influence of a health-related physical fitness model on students' physical activity, perceived competence, and enjoyment. *Perceptual & Motor Skills*, 117(3), 956-970. <https://doi.org/10.2466/10.06.PMS.117x32z>
- Gabbard, C. P. (2012). *Lifelong Motor Development* (6th ed.). San Francisco: Benjamin-Cummings Publishing Company.
- Gaeta González, M. L., Gaeta González, L., & Rodríguez Guardado, M. (2021). Autoeficacia, estado emocional y autorregulación del aprendizaje en el estudiantado universitario durante la

- pandemia por COVID-19. *Actualidades Investigativas en Educación*, 21(3), 3-27.
doi:<https://dx.doi.org/10.15517/aie.v21i3.46280>
- Gardner, H. (1993). *Multiples Intelligences*. New York: BasicBooks, Traducción española en Ed. Paidós.
- Giromini, L., Colombarolli, M. S., Brusadelli, E., & Zennaro, A. (2017). An Italian contribution to the study of the validity and reliability of the trait meta-mood scale. *Journal of Mental Health*, 26(6), 523-529. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340621>
- Goleman, D. (1995a). *Emotional intelligence*. New York: Bantam.
- Goleman, D. (1995b). What's your emotional intelligence quotient? You'll soon find out. *Utne Reader*, November/December.
- Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence*, Nw York: Bantman.
- Gómez Pérez, O. (2013). *Valoración de la regulación emocional en la adolescencia: diseño, desarrollo y evaluación del Cuestionario de Regulación Emocional para Adolescentes (CREES)*. (Tesis de maestría), Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Gómez, J.M., Galiana, D. & León, D. (2000). "Que debes saber para mejorar tu empleabilidad". Elche: Universidad Miguel Hernández.
- Gorostiaga, A., Balluerka, N., Aritzeta, A., Haranburu, M., & Alonso-Arbiol, I. (2011). Measuring perceived emotional intelligence in adolescent population: Validation of the Short Trait Meta-Mood Scale (TMMS-23). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(3), 523-537. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56019881007>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299
- Gross, J. J., & Feldman, L. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion Review*, 3, 8-16. DOI: 10.1177/1754073910380974.
- Gross, J. J., & Thompson, R. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-25). Nueva York: Guilford Press.

- Güell, M. y Muñoz, J. (2000). *Desconócete a ti mismo*. Programa de alfabetización emocional. Barcelona. Paidós.
- Güell, Manuel y Muñoz, Josep. (2000). *Desconócete a ti mismo*. Programa de alfabetización emocional. Barcelona. Paidós.
- Haidt, J. (2003). The moral emotions. En R. J Davidson, K. R. Scherer, & H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 852-870). Oxford: Oxford University Press
- Harris, G.E. & Larsen, D. (2008). Understanding hope in the face of an HIV diagnosis and high-risk behaviors. *Journal of Health Psychology*, 13(3), 401-415. doi: 10.1177/1359105307088143.
- Hatzenbuehler, M.L., O'Cleirigh, C., Mayer, K.H., Mimiaga, M.J. & Safren, S.A. (2011). Prospective associations between HIV-related stigma, transmission risk behaviors, and adverse mental health outcomes in men who have sex with men. *Annals of Behavioral Medicine*, 42, 227-234. doi: 10.1007/s12160-011-9275-z.
- Herek, G.M., Saha, S. & Burack, J. (2013). Stigma and psychological distress in people with HIV/AIDS. *Basic and Applied Social Psychology*, 35, 41-54. doi: 10.1080/01973533.2012.746606.
- Hernández, R. F., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª edición ed.). México: McGraw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.
- Hernández, R. F., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª edición ed.). México: McGraw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). Metodología de la Investigación las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Mc Graw Hill Education, 9(18). 172-714. <https://cutt.ly/H0iksAv>
- Higgins, E, Grant, H. & Shah, J. (1999). Self Regulation and quality of life: Emotional and non emotional life experiences. En Kahneman, Diener y Schwarz (Eds.), *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- HIV Info. (2021). *Tratamiento para la infección por el VIH: Conceptos básicos*. Recuperado de <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/tratamiento-para-la-infeccion-por-el-vih-conceptos-basicos>

- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9, 188-205. DOI: 10.1093/mind/os-IX.34.188.
- Kako, P.M., Stevens, P.E. & Karani, A.K. (2011). Where will this illness take me? Reactions to HIV diagnosis from women living with HIV in Kenya. *Health Care for Women International*, 32, 278-299. doi: 0.1080/07399332.2010.530727.
- Kappas, A. (2011). Emotion and regulation are one! *Emotion Review*, 3, 17-25. DOI: 10.1177/1754073910380971.
- Largu, M.A., Dorobat, C.M., Priscariu, L., Nicolau, C., Astarastoe, V., & Manciu, C. (2014). The psycho-emotional profile of the HIV-positive naïve patient. *Revista medico-chirurgicala a Societatii de Medici si Naturalisti din Iasi*, 118(3), 733-737.
- Larsen, R. J., & Prizmic, Z. (2004). Affect regulation. En K. D. Vohs & R. F. Baumeister (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory and applications* (pp. 40-60). Nueva York: Guilford Press.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford University Press.
- Li, C., Yan, J., Yin, X., & Wu, Z. (2002). A primary study of the application of the Trait Meta-Mood Scale in military medical students. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 10, 202-203. <https://www.safetylit.org/week/journalpage.php?jid=15389>
- Lopes, P., Salovey, P., Cote, S., & Beers, M. (2005). Emotion regulation abilities and the quality of social interaction. *Emotion*, 5, 113-118. DOI: 10.1037/1528/3542.5.1.113.
- Macías, C., Isalgu, M., Loo, N. de las M. y Acosta, J. (2018). Enfoque psicológico para el tratamiento de personas que viven con VIH/sida. *Revista Información Científica*, 97(3), 660-670. <http://www.revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1931>
- Mandler, G. (1990). William James and the construction of emotion. *Psychological Science*, 1, 179 y 180. DOI: 10.1111/j.1467-9280.1990.tb00193.x.
- Marianetti, J. E. (1999). Emoción violenta. Argentina: Ediciones Jurídicas.
- Martin, L. & Kagee, A. (2011). Lifetime and HIV-related PTSD among persons recently diagnosed with HIV. *AIDS and Behavior*, 15, 125-131. doi: 10.1007/s10461-008-9498-6.
- Martineaud, S. & Engelhart, D. (1996). *El Test de inteligencia emocional*. Barcelona: Martínez Roca.

- Martínez M., Retana, B., & Sánchez, R. (2009). Identificación de las estrategias de regulación emocional del miedo en adultos de la Ciudad de México. *Psicología Iberoamericana*, 17, 49-59.
- Martínez, A., Espinoza, W., & Estrada, Y. (2022). Autoestima y su relación con el rendimiento deportivo del equipo de futbol masculino de FAREM-Estelí, período agosto – noviembre 2021. (*Tesis de licenciatura*). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, FAREM-Estelí, Estelí. Obtenido de <https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/18951/1/20559.pdf>
- Mayer, J & Salovey, P. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211
- Mayer, J, Salovey, P., D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10182-006>
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure, & Health* (pp. 125-154). Washington, DC, US: American Psychological.
- Mayer, J. D. & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-34). New York: Basic Books.
- Mayer, J.D. & Cobb, C.D. (2000). Educational policy on emotional intelligence: the case for ability scales. In R. Bar-On & J.D.A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence*. San Francisco, Jossey Bass.
- Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D.R. (2000). Models of emotional intelligence, In R.J. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence* (pp.396-420). Cambridge: Cambridge University Press.
- Melchior, A. C., Correr, C. J., Rossignoli, P., Pontarolo, R., & Fernández, F. (2004). Medidas de evaluación de la calidad de vida en diabetes. Parte I: Conceptos y criterios de revisión. *Seguimiento Farmacoterapéutico*, 2(1), 1-11.
- Méndez, C (2001) Metodología: Diseño y desarrollo de Investigación. Colombia: Mc Graw Hill México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Mesquita, B. (2010). Emoting: A contextualized process. En B. Mesquita, L. Feldman, & E. Smith (Eds.), *The mind in context* (pp. 83-104). Nueva York: Guilford Press.
- Ministerio de Salud (Minsa). (2023). *Minsa inicia campaña de solidaridad hacia las personas con VIH y sus familias*. Recuperado de <https://www.minsa.gob.ni/centro-de-medios/noticias/minsa-inicia-campana-de-solidaridad-hacia-las-personas-con-vih-y-sus>
- Nacher, M., Andriouch, L., Godard Sebillotte, C., Hanf, M., Vantilcke, V., El Guedj, M., Vaz, T., Leconte, C., Simart, G., Djossou, M. & Couppié, P. (2010). Predictive factors and incidence of anxiety and depression in a cohort of HIV-positive patients in French Guiana. *AIDS Care*, 22(9), 1086-1092. doi: 10.1080/ 09540121003599232.
- Naciones Unidas. (2023). *Salud y bienestar: Objetivo de desarrollo sostenible 3*. Naciones Unidas. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Nanni, M.G., Caruso, R., Mitchell, A.J., Meggiolaro, E. & Grassi, L. (2015). Depression in HIV infected patients: A review. *Current Psychiatry Reports*, 17(1), 530-541. doi: 10.1007/s11920-014-0530-4.
- Neigh, G.N., Rhodes, S.T., Valdez, A. & Jovanovic, T. (2016). PTSD co-morbid with HIV: Separate but equal, or two parts of a whole? *Neurobiology of Disease*, 92, 116-123. doi: 10.1016/j.nbd.2015.11.012
- Nielsen, L., & Kaszniak, A. (2007). Conceptual, theoretical, and methodological issues in inferring subjective emotion experience: Recommendations for researchers. En J. J. B.
- Nightingale, V.R., Sher, T.G. & Hansen, N.B. (2010). The impact of receiving an HIV diagnosis and cognitive processing on psychological distress and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 452-460. doi: 10.1002/jts
- Ocaña J, García G, Cruz O (2019) Propiedades Psicométricas del Trait Meta-Mood Scale (TMMS24) en Adolescentes de Chiapas, México. *European Scientific Journal* 15: 280-294. doi: 10.19044/esj.2019.v15n16p280.
- ONUSIDA. (2023). *Ficha informativa sobre el VIH y el sida*. Recuperado de <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

- Organización Mundial de la Salud. (2022). Autoestima: ¿Qué es? ¿Qué podemos hacer para subirla?. Psiquion. Documento en línea. Disponible: <https://www.psiquion.com/blog/autoestima#:~:text=La%20OMS%20destaca%20que%20es,sino%20que%20va%20m%C3%A1s%20all%C3%A1>
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *HIV/AIDS*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Organización Mundial de la Salud. (2023, julio 13). VIH y sida. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
- Otto, J. H., Döring-Seipel, E., Grebe, M., & Lantermann, E. D. (2001). Development of a questionnaire for measuring perceived emotional intelligence: Attention to, clarity, and repair of emotions. *Diagnostica*, 47(4), 178-187. <http://dx.doi.org/10.1026//0012-1924.47.4.178>
- Otzen, T. & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232. <https://cutt.ly/r0iJOAx>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Santamaría, M., Mondragón, N., & Santxo, N. (2021). *Estado emocional del profesorado de colegios y universidades en el norte de España ante la COVID-19*. Universidad del País Vasco, UPV/EHU. Leioa. España. Obtenido de <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/631/911>
- Pekrun, R., & Bühner, M. (2014). Self-report measures of academic emotions. En R. Pekrun & L. Linnenbrink-Garcia (Eds.), *International handbook of emotions in education* (pp. 561-579). Nueva York: Routledge.
- Pobeda, P. (2000). *El aprendizaje cooperativo y el rendimiento académico* (Tesis doctoral, Universidad de Colima).
- Powell, R., Single, H., & Loyd, K. (1996). Focus Groups in Mental Health Research: Enhancing the Validity of User and Provider Questionnaires. *International Journal of Social Psychiatry*. 42(3), 193-206.

- Qiu, Y., Luo, D., Cheng, R., Xiao, Y., Chen, X., Huang, Z. & Xiao, S. (2014). Emotional problems and related factors in patients with HIV/AIDS. *Journal of Central South University, Medical Sciences*, 39(8), 835-841. doi: 10.3969/j.issn.1672-7347.2014.08.014
- Quintero, L. (2024). *Discriminación*. Museo Memoria y Tolerancia. Recuperado de https://www.myt.org.mx/tolerancia_url/discriminacion
- Reeve, J. (2005). *Understanding motivation and emotion*. Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Reeves, P.M., Merriam, S.B. & Courtenay, B.C. (1999). Adaptation to HIV infection: The development of coping strategies over time. *Qualitative Health Research*, 9(3), 344-361.
- Rendina, H.J., Millar, B.M. & Parsons, J.T. (2018). The critical role of internalized HIV-related stigma in the daily negative affective experience of HIV-positive gay and bisexual men. *Journal of Affective Disorders*, 227, 289-297. doi: 10.1016/j.jad.2017. 11.005.
- Ribero-Marulanda, S., & Vargas Gutiérrez, R. M. (2013). Análisis bibliométrico sobre el concepto de regulación emocional desde la aproximación cognitivo-conductual: Una mirada desde las fuentes y los autores más representativos. *Psicología desde el Caribe*, 30, 495-525.
- Rice, Philip. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Rojas, M. (2020). *El impacto psicológico en el VIH*. Neuro Class. Recuperado de <https://neuro-class.com/el-impacto-psicologico-en-el-vih/>
- Romero, Á., & Ginebra, R. (2022). *Funcionalidad familiar y autoestima en adolescentes durante la pandemia por COVID-19*. Universidad Técnica de Manabí, Portoviejo Ecuador. Obtenido de <https://revistas.utm.edu.ec/index.php/psicologia/article/view/4302>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Rovira (1998). Como saber si un és emocionalment intelligent. *Aloma*, 2, 57-68.
- Russell, J. (2015). My psychological constructionist perspective, with focus on conscious affective experience. En L. Feldman & J. Russell (Eds.), *The Psychological Construction of Emotion* (pp. 183-208). Nueva York: Guilford Press.
- Saadat, M., Behboodi, Z.M. & Saadat, E. (2015). Comparison of depression, anxiety, stress, and related factors among women and men with human immunodeficiency virus

- infection. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 8(1), 48-51. doi: 10.4103/ 0974-1208.153128.
- Sánchez-Aragón, R., Jiménez Rodríguez, B., & Perales, V. (2014). Medición y contrastes en mecanismos regulatorios de la tristeza en hombres y mujeres. *Psicología y Salud*, 24, 221-234.
- Sánchez-De la Cruz, J., González-Castro, T., Pool-García, S., López-Narváez, M., & Tovilla-Zárate, C. (2023). Estado emocional y psicológico del personal de enfermería agredido durante la pandemia de COVID-19 en Latinoamérica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(Suplemento 1), 44-50. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.006>
- Santrock, John. (2002). *Psicología de la educación*. México: Mc Graw Hill
- Siegel, K. & Meyer, I.H. (1999). Hope and resilience in suicide ideation and behavior of gay and bisexual men following notification of HIV infection. *AIDS Education and Prevention*, 11(1), 53-65.
- Siegel, K. & Schrimshaw, E.W. (2000). Coping with negative emotions: The cognitive strategies of HIV-infected gay/bisexual men. *Journal of Health Psychology*, 5(4), 517-530.
- Simbayi, L.C., Kalichman, S.C., Strebel, A., Cloete, A., Henda, N. & Mqeketo, A. (2007). Disclosure of HIV status to sex partners and sexual risk behaviours among HIV-positive men and women, Cape Town, South Africa. *Sexually Transmitted Infections*, 83, 29-34. doi: 10.1136/sti.2006.019893.
- Solomon, R. (1999). The philosophy of emotions. En M. Lewis, L. Feldman, & J. J. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 3-16). Nueva York: Guilford Press.
- Tacca, D., Cuarez, R., & Quispe, R. (2020). *Habilidades sociales, autoconcepto y autoestima en adolescentes peruanos de educación secundaria*. Universidad Tecnológica del Perú. Obtenido de https://repositorio.utp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12867/3496/Daniel%20Ruben%20Tacca%20Huaman_Renzo%20Cuarez%20Cordero_Roberto%20Quispe%20Huaycho_Articulo_International%20Journal%20of%20Sociology%20of%20Education_spa_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Taramuel J., Zapata V. (2017) Aplicación del test TMMS-24 para el análisis y descripción de la Inteligencia Emocional considerando la influencia del sexo. *Revista Publicando* 4: 162-181. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6115178>.
- Taylor, Steven y Robert Bogdan (1986), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*, Barcelona, Paidós.
- Theuninck, A.C., Lake, N. & Gibson, S. (2010). HIV-related posttraumatic stress disorder: Investigating the traumatic events. *AIDS Patient Care and STDs*, 24(8), 485-491. doi: 10.1089/apc.2009.0231.
- Thomas, F. (2007). Eliciting emotions in HIV/AIDS research: A diary-based approach. *Area*, 39(1), 74-82.
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search for definition. En N. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations, Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3, serial N° 240), 25-52.
- Valdivia-Vázquez, J. A., Rubio-Sosa, J. C. A., & French, B. F. (2015). Examination of the Spanish Trait Meta-Mood Scale-24 Factor Structure in a Mexican Setting. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 33(5), 473-482. <https://doi.org/10.1177/0734282914552052>
- Vallés, A. & Vallés, C. (1999). *Desarrollando la inteligencia emocional*. Madrid: EOS.
- Vallés, A. (2005). El desarrollo de la inteligencia emocional. Benacantil.
- Vallés, A. (2005). El desarrollo de la inteligencia emocional. Benacantil.
- Vargas, F. J. J., Ibáñez, R. E. J., & García, Y. G., et al. (2018). Desarrollo de un instrumento para medir la desconexión emocional de la teoría de Murray Bowen. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(3), 1214-1232.
- Vargas, J., Giovanni Y, Palomino, L., Ibáñez E (2016). Diferenciación y desconexión emocional: una revisión, *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 19(4), 1505-1522. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/57962>

- Ventura-León, J. L. y Caycho-Rodríguez, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15, 625-627
- Villa, I. y Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH-sida. *Psicología y Salud*, 16(1), 51-62. <https://www.redalyc.org/pdf/291/29116106.pdf>
- Weisinger, H. (1988). *Emocional intelligence at work: The untapped edge for success*, Josey-Bass, San Francisco.
- Yu, N.X., Chen, L., Ye, Z., Li, X. & Lin. D. (2016). Impacts of making sense of adversity on depression, posttraumatic stress disorder, and posttraumatic growth among a sample of mainly newly diagnosed HIV-positive Chinese young homosexual men: the mediating role of resilience. *AIDS Care*, 29(1), 79-85. 10.1080/09540121.2016.1210073.

Anexos

Anexo 1. Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) adaptada al español por Atienza et. al (2000)

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG (RSE) (Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, & Moreno, 2000)

Por favor, lee las frases que figuran a continuación y señala el nivel de acuerdo o desacuerdo que tienes con cada una de ellas, marcando con un aspa la alternativa elegida.

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

Anexo 2. Test TMMS-24 de Mayer y Salovey (1995) adaptada al español por Fernández-Berrocal et al. (2004)

TMMS-24.

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas.

No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de acuerdo

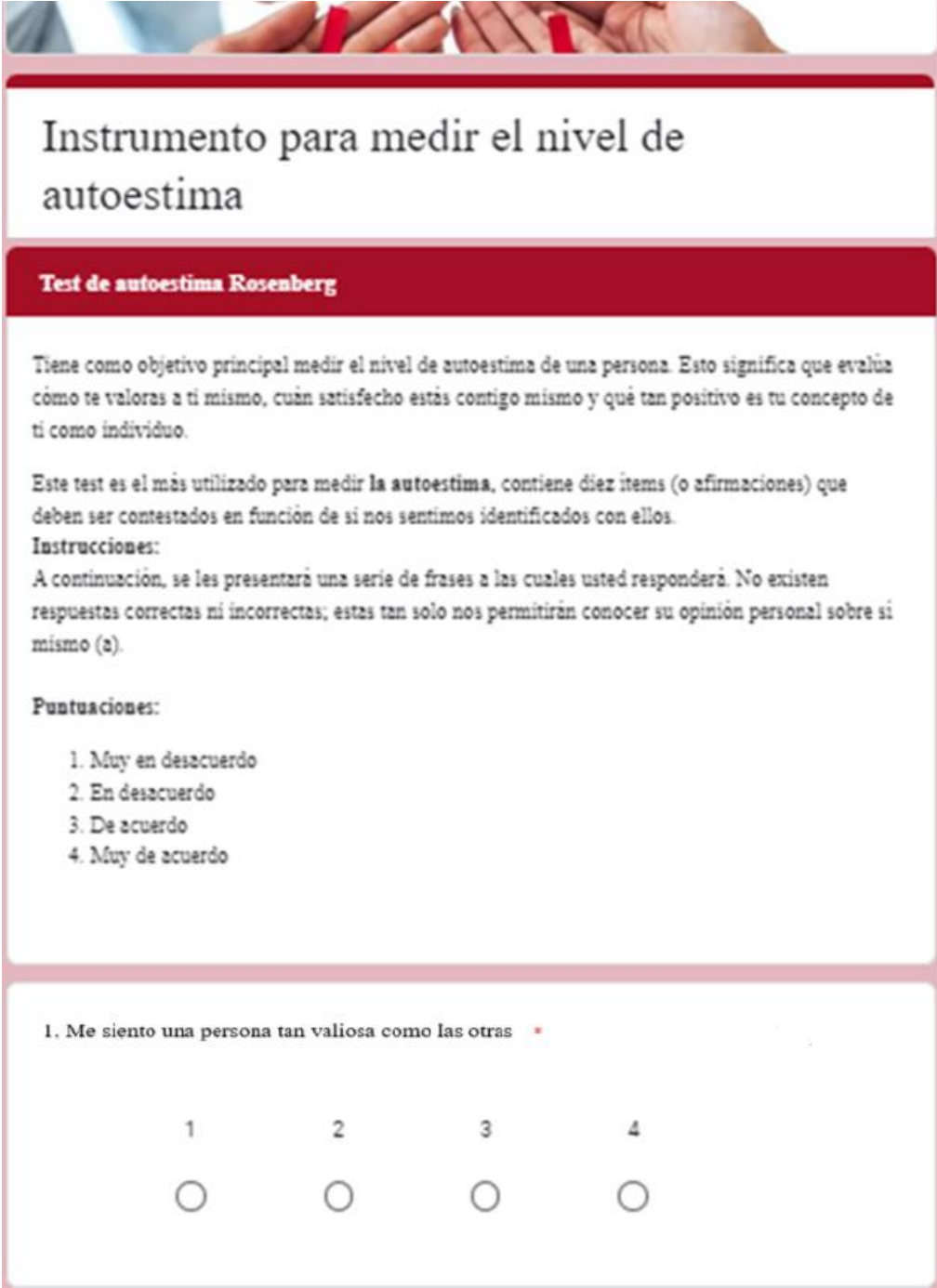
1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5

Anexo 3. Grupo Focal

- ¿Cómo describirías tu estado emocional cuando te sientes bien contigo mismo?
- ¿Cómo te afecta tu autoestima cuando enfrentas dificultades emocionales?
- ¿Cómo influye tu autoestima en la manera en que manejas situaciones de estrés?
- ¿Puedes recordar una situación en la que tu autoestima te haya ayudado a mejorar tu estado emocional?
- ¿Cómo influye tu estado emocional en tu autoestima?
- ¿Cómo te hace sentir el recibir apoyo de tus familiares y amigos en relación con tu autoestima y emociones?
- ¿En qué momentos tu autoestima se ve más afectada emocionalmente?
- ¿Qué cambios emocionales notas cuando tu autoestima aumenta?
- ¿Qué haces para mantener tu autoestima alta cuando te enfrentas a desafíos emocionales?
- ¿De qué manera tu autoestima influye en cómo te sientes emocionalmente con el diagnóstico de VIH?

Anexo 4. Capturas de Pantalla de Instrumentos Digitalizados a través de Google Forms

Anexo 4.1. Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) adaptada al español por Atienza et al. (2000)



Instrumento para medir el nivel de autoestima

Test de autoestima Rosenberg

Tiene como objetivo principal medir el nivel de autoestima de una persona. Esto significa que evalúa cómo te valoras a ti mismo, cuán satisfecho estás contigo mismo y qué tan positivo es tu concepto de ti como individuo.

Este test es el más utilizado para medir la autoestima, contiene diez ítems (o afirmaciones) que deben ser contestados en función de si nos sentimos identificados con ellos.

Instrucciones:
A continuación, se les presentará una serie de frases a las cuales usted responderá. No existen respuestas correctas ni incorrectas; estas tan solo nos permitirán conocer su opinión personal sobre sí mismo (a).

Puntuaciones:

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. De acuerdo
4. Muy de acuerdo

1. Me siento una persona tan valiosa como las otras *

1 2 3 4

☐ ☐ ☐ ☐

Anexo 4.2. Test TMMS-24 de Mayer y Salovey (1997) adaptada de Fernández-Berrocal et al. (2004)



Test para evaluar el estado emocional

La TMMS-24 está basada en Trait Meta-Mood Scale (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. La escala original es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que podemos ser conscientes de nuestras propias emociones así como de nuestra capacidad para regularlas.

Instrucciones:

A continuación, se les presentará una serie de frases a las cuales usted responderá. No existen respuestas correctas ni incorrectas; estas tan solo nos permitirán conocer su opinión personal sobre sí mismo (a).

Puntuación

1. Nada de acuerdo
2. Algo de acuerdo
3. Bastante de acuerdo
4. Muy de acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

1. Presto mucha atención a los sentimientos *

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Anexo 5. Consentimiento Informado**Consentimiento Informado**

Yo, Cristhian Bayardo Lopez, por medio del presente documento, doy mi consentimiento libre, informado y voluntario para que la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA y sus investigadores o personal autorizado tomen fotografías y realicen grabaciones de audio durante mi participación en las actividades relacionadas con el estudio titulado "Relación entre la autoestima y el estado emocional en pacientes entre 18 y 29 años diagnosticados con VIH que asisten a la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA durante el II semestre del año 2024". Entiendo que mi imagen y mi voz podrán ser capturadas en este proceso y utilizadas únicamente para los fines establecidos en este proyecto de investigación.

Asimismo, se me ha explicado que las fotografías y grabaciones de audio se utilizarán exclusivamente con fines de investigación y análisis académico, y que bajo ninguna circunstancia serán divulgadas en medios públicos, redes sociales o plataformas digitales sin mi previa autorización expresa. La confidencialidad de mi identidad será estrictamente respetada y cualquier material que pueda revelar información personal será anonimizado o protegido conforme a las normativas de privacidad aplicables.

Por la presente, también reconozco que he sido informado(a) sobre el propósito de las fotografías y grabaciones, cómo se almacenarán, y las medidas que se tomarán para garantizar la seguridad y confidencialidad de los datos recopilados. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre este proceso y todas mis dudas han sido aclaradas de manera satisfactoria.

Firmando este documento, otorgo mi consentimiento para el uso de fotografías y grabaciones de audio en las condiciones descritas anteriormente.

Nombre del Participante: Cristhian Bayardo Lopez

Firma del Participante: [Firma]

Fecha: 12 Septiembre 2024.

Anexo 6. Experiencias Compartidas por los Pacientes en el Grupo Focal



Pacientes de la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA (ASONVIHSIDA) compartiendo sus experiencias en el grupo focal



Pacientes de la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA (ASONVIHSIDA) compartiendo sus experiencias en el grupo focal

DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS DE PUBLICACIÓN

Nosotros, **Reyna Elieth Espinoza Romero** con cédula de identidad **001-080196-0000U**, **Nadiuska Yarellys Leiva Martínez** con cédula de identidad **001-151102-1030F**, **María Fernanda Mora Flores** con cédula de identidad **401-051100-1000T**, egresados del programa académico de Grado, Licenciatura en Psicología declaramos que:

El contenido del presente documento es un reflejo de nuestro trabajo personal, y toda la información que se presenta está libre de derechos de autor, por lo que, ante cualquier notificación de plagio, copia o falta a la fuente original, nos hacemos responsables de cualquier litigio o reclamación relacionada con derechos de propiedad intelectual, exonerando de toda responsabilidad a la Universidad Católica Redemptoris Mater (UNICA).

Así mismo, autorizamos a UNICA por este medio, publicar la versión aprobada de nuestro trabajo de investigación, bajo el título *Relación entre la autoestima y el estado emocional en pacientes entre 18 y 29 años diagnosticados con VIH que asisten a la Asociación Nicaragüense VIH-SIDA en el segundo semestre del año 2024* en el campus virtual y en otros espacios de divulgación, bajo la licencia Atribución-No Comercial-Sin derivados, irrevocable y universal para autorizar los depósitos y difundir los contenidos de forma libre e inmediata.

Todo esto lo hacemos desde nuestra libertad y deseo de contribuir a aumentar la producción científica. Para constancia de lo expuesto anteriormente, se firma la presente declaración en la ciudad de Managua, Nicaragua a los 17 días del mes de enero del año 2025.

Atentamente,

Reyna Elieth Espinoza Romero

respinoza19@unica.edu.ni

Firma: _____

Nadiuska Yarellys Leiva Martínez

nleiva@unica.edu.ni

Firma: _____

María Fernanda Mora Flores

mmora45@unica.edu.ni

Firma: _____