



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO COMUNITARIO:
PROGRAMA DE AUTOMANEJO PARA PERSONAS VIVIENDO
CON VIH DIRIGIDO A PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD
EN UN CENTRO PENITENCIARIO DEL CALLAO**

**PRESENTADA POR
LUCAS GABRIEL GARCÉS CALLE**

**ASESOR
JUAN JOSÉ FLORES FLORES**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA**

LIMA – PERÚ

2020



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTIN DE PORRES

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN, TURISMO Y
PSICOLOGÍA
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**ESTUDIO DE CASO COMUNITARIO:
PROGRAMA DE AUTOMANEJO PARA PERSONAS
VIVIENDO CON VIH DIRIGIDO A PERSONAS PRIVADAS DE
SU LIBERTAD EN UN CENTRO PENITENCIARIO DEL
CALLAO**

**TESIS PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTADO POR:
BACH. LUCAS GABRIEL GARCÉS CALLE**

**ASESOR:
MAG. JUAN JOSÉ FLORES FLORES**

**LIMA, PERÚ
2021**

DEDICATORIA

A mi abuelita Nelly quien siempre me inculcó la pasión por el estudio; a mi madre quien siempre me enseñó que cada sacrificio tiene su recompensa, y a Aleena, mi novia, quien siempre está a mi lado y me motiva.

AGRADECIMIENTO

A la Magíster Estela Santa Cruz, quien nos dejó físicamente, pero en vida fue un pilar para la elaboración de este estudio de caso. A mi actual asesor el Magíster Juan José Flores por su apoyo incondicional y oportuno para finalizar con el presente estudio. A la institución Sí, da Vida por brindarme un espacio de aprendizaje continuo. Finalmente, a los participantes de este estudio por su colaboración y perseverancia.

CONTENIDO

Introducción	1
Capítulo I. Marco teórico.....	4
1.1 Psicología comunitaria	4
1.1.1 Comunidad.	4
1.1.2 Definición de psicología comunitaria.....	5
1.2 Rol y características del psicólogo comunitario.....	6
1.3 Modelos teóricos de la psicología comunitaria.....	7
1.3.1 Modelo ecológico.	7
1.3.2 Modelo de potenciación- <i>empowerment</i> o fortalecimiento.	9
1.3.3 El modelo de la salud mental comunitaria.	11
1.4 La intervención comunitaria	12
1.4.1 Definición de la intervención comunitaria.....	12
1.4.2 Niveles de la intervención comunitaria.....	13
1.4.3 Proceso de la intervención comunitaria.	16
1.5 Evaluación y monitoreo	18
1.5.1 Evaluación.	18
1.5.2 Monitoreo.....	19
1.6 Estudio de caso.....	21
1.7 Automanejo de la salud.....	21
1.7.1 Automanejo y adherencia en personas viviendo con VIH... 22	
1.8 Antecedentes de la investigación.....	25
1.8.1 Antecedentes nacionales.....	25

1.8.2 Antecedente Internacionales.	27
1.9 Personas viviendo con VIH en el Perú.....	29
1.10 Impacto del diagnóstico	30
1.11 Situación de las personas privadas de su libertad	32
Capítulo II. Aspectos aplicativos.....	34
2.1 Descripción del ámbito de intervención.....	34
2.1.1 ONG Sí, da Vida.	34
2.1.2 Intervención en centros penitenciarios.....	35
2.2 Evaluación de recursos y necesidades	36
2.2.1 Procedimiento.....	36
2.2.2 Entrevista a profundidad.	37
2.2.3 Grupo focal.	38
2.2.4 Triangulación de los resultados.	38
2.3 Diseño del programa.....	39
2.3.1 Antecedentes.....	39
2.3.2 Estructura.	39
2.3.3 Planteamiento del problema.	43
2.3.4 Justificación.	45
2.3.5 Propósito.....	46
2.3.6 Objetivos generales.	46
2.3.7 Meta.....	47
2.3.8 Procedimiento.....	47
2.3.9 Evaluación.	49

Capítulo III. Evaluación del programa.....	53
3.1 Datos sociodemográficos.....	53
3.2 Aplicación del programa.....	55
3.3 Análisis descriptivo.....	56
3.4 Análisis comparativo	57
Capítulo IV. Discusión de los resultados	59
Capítulo V. Conclusiones, limitaciones y recomendaciones.....	61
5.1 Conclusiones.....	61
5.2 Limitaciones	61
5.3 Recomendaciones	62
Referencias	63
Anexos.....	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Rol y características del psicólogo comunitario</i>	6
Tabla 2. <i>Niveles de potenciación</i>	10
Tabla 3. <i>Evaluación y monitoreo</i>	20
Tabla 4. <i>Recursos y necesidades de la entrevista a profundidad al médico de la ONG</i>	37
Tabla 5. <i>Recursos y necesidades de la entrevista a profundidad al usuario de la ONG</i>	37
Tabla 6. <i>Recursos y necesidades del grupo focal con usuarios de la ONG</i>	38
Tabla 7. <i>Triangulación de los resultados</i>	38
Tabla 8. <i>Estructura del programa “Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH”</i>	39
Tabla 9. <i>Ficha técnica del instrumento</i>	50
Tabla 10. <i>Datos de los participantes</i>	53
Tabla 11. <i>Estadísticos descriptivos para la prueba de entrada y salida</i>	56
Tabla 12. <i>Prueba t para muestras relacionadas con tamaño del efecto</i>	57

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Modelo ecológico</i>	9
Figura 2. <i>Traducción de Gifford y Groessl (2002) Chronic Disease Self-Management and Adherence to HIV Medications</i>	24

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario Partners in Health Scale mr361	72
Anexo 2. Consentimiento informado.....	76
Anexo 3. Carta de la ONG	77
Anexo 4. Matriz de consistencia	78

INTRODUCCIÓN

Tener una condición crónica de salud implica ser responsable y adherente al tratamiento. Libertad, en el 2006 sostuvo que la adherencia al tratamiento forma parte del comportamiento humano, esto comprende a la salud y a la expresión de la responsabilidad de los individuos con el cuidado y mantenimiento de esta (p. 1). Las consecuencias médicas de una baja adherencia son numerosas, por ejemplo: aparición de complicaciones, recaídas, cambio en la medicación o inserción de medicamentos más potentes al esquema de tratamiento con el riesgo de efectos secundarios agudos.

Sin embargo, cuando la condición crónica lleva una carga de estigma como es el caso del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el trabajo de adherencia es más difícil, en tanto que muchas de las personas con este diagnóstico prefieren ocultarlo o no llevar el tratamiento adecuadamente por el miedo de ser discriminados. Desde el 2004 las Personas Viviendo con VIH (PVV) tienen el derecho de llevar el tratamiento de manera gratuita, esto, no es suficiente para disminuir la prevalencia del VIH. Es por ello que las PVV requieren manejar su salud orientándose a la condición crónica con la que viven y de esta manera mejorar su calidad de vida.

Desde el 2005, la Organización No Gubernamental (ONG) Sí, da Vida imparte el programa “Manejando nuestra salud como persona viviendo

con VIH” con licencia del Self Management Resource Center. El programa fue desarrollado en la Universidad de Stanford por Allen Gifford en 1997, y tiene como objetivo de brindar las herramientas necesarias a los participantes para un mejor manejo de su salud y, de la misma forma, complementar el tratamiento antirretroviral siendo un aliado del sistema de salud.

El presente estudio de caso presenta un diagnóstico de recursos y necesidades el cual fue la base para determinar que se precisaba implementar un programa de intervención para mejorar el automanejo de la salud de las personas que viven con VIH. Para evaluar el impacto del programa se compararon los resultados obtenidos antes de la intervención (pre test) y luego de la intervención (post test) hecha por el tesista. Se implementó el programa “Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH” en un centro penitenciario de la región Callao. Este proyecto estuvo dirigido a personas privadas de la libertad viviendo con VIH. El presente trabajo estuvo orientado a desarrollar una intervención social comunitaria, abordando los criterios metodológicos propios de la psicología comunitaria para efectuar acciones preventivas y promocionales de la salud que mejoraran el automanejo y la adherencia al tratamiento.

Con la finalidad de evaluar los resultados del programa “Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH” en la población de Personas Privadas de su Libertad (PPL), se utilizó un diseño

preexperimental, preprueba y posprueba con un solo grupo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Para realizar la evaluación pre y posprueba se trabajó con el instrumento Partners in Health Scale (PHI), el cual evalúa tres dimensiones: conocimiento, manejo de signos y síntomas, y adherencia.

El estudio se estructura de la siguiente manera: el primer capítulo, presenta el marco teórico, este constó de los conceptos pertinentes al estudio de caso, los cuales se fundamentaron desde las bases teóricas de la psicología comunitaria hasta la definición de las unidades de análisis como lo son la adherencia al tratamiento y el VIH.

En el segundo capítulo describe los aspectos aplicativos, empezando por la descripción del ámbito de intervención, estructura del programa, el procedimiento entre otros aspectos.

En el tercer capítulo se encuentra los resultados de la evaluación del programa con información detallada acerca del análisis estadístico realizado.

El cuarto capítulo comprende la interpretación y discusión de los resultados y, finalmente, el quinto capítulo está compuesto por las conclusiones, limitaciones y recomendaciones.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1 Psicología comunitaria

1.1.1 Comunidad.

Para Musitu, Herrero y Cantera (2004) la definición de comunidad ha variado de acuerdo con la evolución de la psicología comunitaria. En un inicio, se interpretó como el espacio geográfico donde conviven un grupo de personas en el que comparten ciertos problemas y, a su vez, se desarrollan distintos tipos de relaciones (vecinos, amigos, familiares, entre otras).

El problema de esta definición era que solo se limitaba a una idea geográfica de comunidad. Al desarrollar la psicología comunitaria en la práctica, se agregaron componentes como aspectos sociales y culturales.

La definición de Montero (1998) propone un concepto de comunidad distinguiéndola de otros grupos sociales. Por tanto, la comunidad:

“Se trata de un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido, preexistente a la presencia de los investigadores o de los interventores sociales, que comparte intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y un tiempo determinados y que genera colectivamente una identidad desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines”. (Montero,1998, p.212)

1.1.1.1 Tipos de comunidad.

Tönnies (1947), citado en Sánchez (1991), quien diferenció tres formas de comunidad:

- De sangre de base biológica, entendido como la familia.
- De lugar, basada en el aspecto geográfico.
- De espíritu, en referencia a los sentimientos y a la amistad.

Dentro de este mismo contexto, Sánchez (1991) agregó a esta tipología las siguientes categorías para comprender este fenómeno:

- Grupos urbanos marginados, como las pandillas.
- Instituciones sociales tales como escuelas o iglesias.

De los tipos de comunidad anteriormente mencionados es necesario resaltar que para efectos de este trabajo se reconocen los siguientes tipos: De lugar, grupos marginados e instituciones.

Cabe destacar que, para lograr una intervención integral, el psicólogo comunitario necesita entender qué tipo de comunidad está interviniendo y cuáles son las características inherentes de esta.

1.1.2 Definición de psicología comunitaria.

Tovar (2000) describió a la psicología comunitaria como una disciplina científica que se encarga de destacar la búsqueda de modelos explicativos como realidad abierta y, al mismo tiempo, en la que se otorga un espacio para sus contextos y para la relación que entre ellos acontece. Esta disciplina reconoce a la persona como responsable y

promotor de su propia salud y esto se consolida en el desarrollo de la competencia personal que a ella le atañe. Esto rompe con la tendencia a patologizar a la persona, lo cual promueve la minusvalía e indefensión.

1.2 Rol y características del psicólogo comunitario

Según los planteamientos de Sánchez (1991) existen siete componentes funcionales del rol del psicólogo comunitario y, desde otra perspectiva, Montero (2004) identificó tres características fundamentales del quehacer del psicólogo comunitario.

Tabla 1.

Rol y características del psicólogo comunitario

Sánchez (1991)	Montero (2004)
- Análisis de sistemas sociales y evaluación de problemas y necesidades.	Sensibilidad social y sentido de justicia social.
-Diseño y planificación, organización y diseminación de programas de intervención y cambio social.	Respeto por la diversidad del otro.
-Consulta y educación.	Tener claro que el conocimiento no solo proviene del contexto académico, sino también de aspectos cotidianos.
-Negociación, mediación y relaciones humanas.	
-Abogacía social.	
-Organización y dinamización comunitaria.	
-Desarrollo de recursos humanos.	

Fuente: elaboración propia con base en Sánchez (1991) y Montero (2004)

Retomando los postulados expuestos en la Tabla 1, ambos autores concordaron en que el psicólogo comunitario asume un rol activo y de compromiso con la comunidad, utilizando las herramientas que posee

como profesional en pro de las necesidades de la colectividad. En suma, es un sujeto con un rol netamente de catalizador de recursos, en tanto que la comunidad es quien se manifiesta y trabaja en conjunto para su propio bienestar.

1.3 Modelos teóricos de la psicología comunitaria

1.3.1 Modelo ecológico.

La Real Academia Española define la ecología como “la ciencia que estudia los seres vivos como habitantes de un medio, y las relaciones que mantienen entre sí y con el propio medio”.

Más en profundidad, Bronfenbrenner (1987) describió el modelo ecológico como un conjunto de estructuras seriadas, cada una dentro de la siguiente, en la que la persona en desarrollo se encuentra en la estructura más mínima. El autor sostiene que la interrelación entre la persona y su entorno es lo que define el desarrollo humano, es decir, se considera que el entorno ecológico está mucho más allá de la situación actual que afecta directamente a las personas en desarrollo (Bronfenbrenner, 1987, p. 1). En resumen, lo que Bronfenbrenner (1987) “presenta es una teoría de las interconexiones ambientales y su impacto sobre las fuerzas que afectan directamente el desarrollo psicológico” (p. 1). De acuerdo con ello, el modelo comprende cinco sistemas:

- Individuo: Refiere a la persona como unidad individual del sistema. Por ejemplo, los participantes del programa.
- Microsistema: refleja el contexto inmediato con el que se interactúa. Por ejemplo, los compañeros de celda de los participantes del programa.
- Mesosistema: comprende de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente. Por ejemplo, la relación que tienen la familia de los participantes del programa y el centro penitenciario.
- Exosistema: refiere a los contextos que no incorporan al individuo en desarrollo como participante activo. Sin embargo, lo que sucede en este nivel repercute en la persona en desarrollo. Por ejemplo, las políticas públicas que se implementen a favor de las personas viviendo con VIH en privación de libertad.
- Macrosistema: es la estructura ecológica más externa a la persona en desarrollo. Afecta a esto a través de la capacidad para determinar qué relaciones, entre las diferentes estructuras, se producirán en un momento determinado (Bronfenbrenner, 1987). Por ejemplo, el estigma hacia las personas que viven con VIH o están privadas de su libertad.

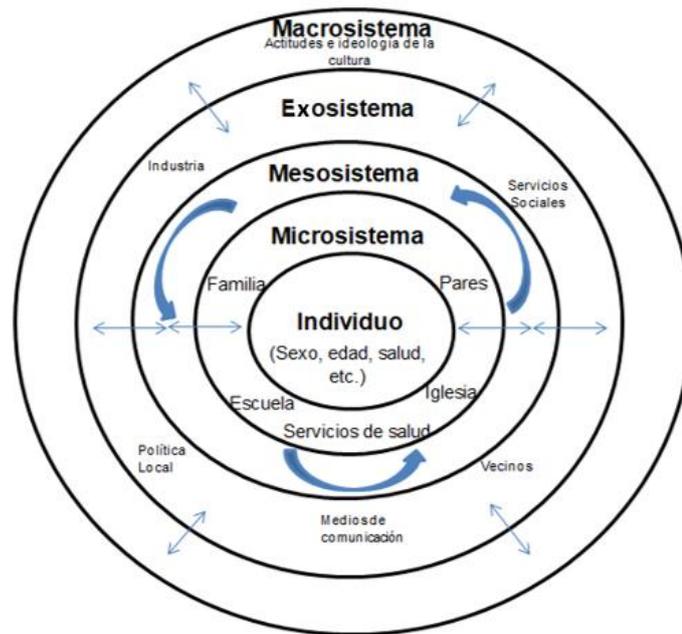


Figura 1. *Modelo ecológico*

Fuente: (Bronfenbrenner, 1987b)

1.3.2 Modelo de potenciación-*empowerment* o fortalecimiento.

1.3.2.1 *Definición de empowerment.*

Al llegar aquí, es indispensable remitirse a Rappaport (1981), quien comentó que la potenciación es el proceso mediante el cual los individuos, las organizaciones y las comunidades obtienen control y dominio en sus vidas.

En efecto, puede traducirse *empowerment* literalmente como empoderamiento. Respecto a este sentido, el diccionario de la Real Academia Española (s.f) lo define como “hacer poderoso o fuerte a un individuo o grupo social desfavorecido”.

Desde otro ángulo, Powell y Cumming (1990) refirieron que “el *empowerment* es el proceso por el que los individuos, grupos y comunidades llegan a tener la capacidad de controlar sus circunstancias y de alcanzar sus propios objetivos, luchando por la maximización de la calidad en sus vidas” (Como se citó en Musitu y Buelga, 2004, p. 7).

Para comprender con claridad esta teoría es importante distinguirla desde una perspectiva multinivel entre los procesos de fortalecimiento y los resultados que derivan de estos. Zimmerman (2000) establece una comparación entre los procesos de potenciación en el ámbito individual, organizacional y comunitario.

Tabla 2.

Niveles de potenciación

Nivel de análisis	Proceso de potenciación	Resultados de la potenciación
Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizaje de habilidades para la toma de decisiones • Manejo de recursos • Trabajar con los demás 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentido de control • Conciencia crítica • Comportamiento participativo
Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidades en participar en la toma de decisiones • Responsabilidades compartidas • Liderazgo compartido 	<ul style="list-style-type: none"> • Competencia efectiva en manejo de recursos • Redes de trabajo: coaliciones entre organizaciones • Influencia política
Comunitario	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a recursos de la comunidad • Apertura de estructuras mediadoras • Tolerancia a la diversidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Coaliciones organizaciones • Liderazgo plural • Habilidades participativas de los residentes en la vida comunitaria

Fuente: (Zimmerman, 2000)

1.3.3 El modelo de la salud mental comunitaria.

Con respecto a la salud mental, la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1946 la define como un “estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”

Al respecto, el Ministerio de Salud – MINSA (2017) del Gobierno del Perú estableció un modelo, el cual describió de la siguiente manera:

Modelo de Salud Mental Comunitaria está centrado en las personas, familia y comunidades, actúa con la participación protagónica y efectiva de estas, desde la planificación hasta la evaluación de los procesos implementados para la promoción y protección de la salud mental, y para los cuidados de la salud de las personas, familias y colectividades con problemas psicosociales y/o trastornos mentales, en cada territorio. (p. 39)

Como se ve, este modelo tiene una misión clara y, por eso mismo, unas características que direccionan su accionar. Veamos sus particularidades (MINSA, 2018):

- “Centralidad en las necesidades y demandas de la persona a lo largo del curso de vida, de la familia, de la comunidad con pleno ejercicio de sus derechos” (p. 39).

- “Aborda los determinantes sociales que subyacen a los problemas de salud mental, a la población y no solamente sus síntomas (Ministerio de Salud” (p. 39).
- “Demanda la participación y responsabilidad de la persona, familia y comunidad” (Ministerio de Salud (p. 39).
- “El abordaje de los problemas de la salud mental de una población implica concebir el significado del territorio como un escenario socialmente construido, donde los actores comunitarios participan activamente en la ruta de atención y desarrollo de distintas acciones. Todo lo anterior se realiza con el trabajo del personal de salud”. (Ministerio de Salud (P. 39).

Finalmente, es importante resaltar que el enfoque de salud mental comunitaria ayuda a una mayor participación de las personas, proporcionando que estas se hagan cargo también del cuidado de su salud, lo cual es el objetivo central de esta investigación, y trabajen de la mano con los profesionales de la salud.

1.4 La intervención comunitaria

1.4.1 Definición de la intervención comunitaria.

Sánchez (1991) dice que “la intervención comunitaria se caracteriza por el papel protagónico y activo que toman los miembros de la comunidad en la acción social” (Como se citó en Rojas, 2013, p. 58).

Lapalma (2001) define la intervención comunitaria:

“Procesos intencionales de cambio mediante mecanismos participativos tendientes al desarrollo de la población, el desarrollo de organizaciones comunitarias autónomas, a la modificación de las representaciones de su rol en la sociedad y sobre el valor de sus propias acciones para ser activo en las condiciones que las marginan y excluyen”. (p. 62)

La intervención comunitaria, entonces, busca una transformación de la comunidad (que en el presente trabajo de investigación son los participantes de la muestra en estudio) que se logra con base en una participación activa de los agentes comunitarios, la cual se alcanza gracias a un trabajo en conjunto con el interventor (en este caso el tesista).

1.4.2 Niveles de la intervención comunitaria.

1.4.2.1 *La prevención.*

La prevención, en salud, se asocia con tomar medidas frente a las situaciones de riesgo, informar o anticipar sobre los mismos y promover una calidad de vida reforzando conductas responsables. Caplan (1994) citado en Montenegro (2014) propuso un modelo de prevención orientado al servicio de los profesionales que trabajan en programas comunitarios que promovía la salud mental, de tratamiento temprano de los

trastornos psíquicos y de rehabilitación de las personas afectadas por estos.

Los tres niveles de prevención propuestos fueron:

La prevención primaria se da antes de la crisis y tiene como objetivo disminuir la incidencia de casos nuevos. Está orientado a población en general y personas en situación de vulnerabilidad teniendo una estrategia de información y sensibilización desde la educación y concientización de la posible aparición de la crisis.

La prevención secundaria se da durante la crisis y tiene como objetivo la disminución de la prevalencia o duración del número total de casos existentes, busca también detectar precozmente los nuevos casos declarados y restablecer los niveles habituales de autocontrol. Está dirigido a personas, grupos y entornos comunitarios inmersos en contextos estresantes teniendo una estrategia de intervención en crisis, asistencia primaria, acompañamiento y apoyo social.

La prevención terciaria se da después de la aparición de la crisis y tiene como objetivo minimizar el impacto de esta, busca también reducir síntomas y evitar recaídas. Está dirigido a personas afectadas por trastornos agudos o crónicos teniendo una estrategia de terapia biopsicosocial, recursos de afrontamiento, grupos de autoayuda, redes de apoyo social, etc.

El presente trabajo de investigación se ubica en el nivel de prevención secundaria ya que la intervención se da en personas que tienen un diagnóstico de VIH y lo que se busca a partir del programa de intervención es que, a través del automanejo, la prevalencia del VIH disminuya, pues, las personas que viven con VIH y que manejan su salud de manera satisfactoria pueden tener una carga viral indetectable lo cual disminuye el riesgo de transmisión considerablemente.

1.4.2.2 Promoción de la salud.

La promoción de la salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud [OMS] (1986) a través de la carta de Ottawa en 1986 como el proceso que “consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (párr. 2). En 1996 la OMS define a la promoción de la salud como la “acción y abogacía para abordar el rango completo de los determinantes de la salud que son potencialmente modificables” (Como se citó en Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004, p. 1).

En la carta de Ottawa para la Promoción de la salud, la Organización Mundial de la Salud (1986) señaló que las estrategias de acción para promoción implican:

- Conformar políticas públicas saludables.

- Crear ambientes de apoyo.
- Fortalecer la acción comunitaria.
- Desarrollar habilidades personales.
- Reorientar los servicios de la salud.

La promoción de la salud debe tener enfoques tanto en el individuo como en el ambiente (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004). Por tanto, desde el trabajo comunitario, la promoción de la salud es tarea de los actores sociales, rol que se asume en el desarrollo de la presente investigación, y de la comunidad de internos, trabajando estrechamente para lograr una conciencia sobre lo que significa la salud y tomar decisiones sobre ella.

1.4.3 Proceso de la intervención comunitaria.

Cabe resaltar que es necesario considerar a cada comunidad como única, es decir, reconocer las características étnicas particulares, con procesos, circunstancias o problemas singulares; así como con recursos y mecanismos de afrontamiento y, al mismo tiempo, expectativas respecto a la salud mental.

No es sorpresa reconocer que, posiblemente, una misma variable afecte a varias comunidades. No obstante, cada una de ellas tendrá su propia particularidad. Sin duda, esta consideración es el punto de partida de toda intervención comunitaria.

Mori (2008) formuló una metodología para la intervención comunitaria, la cual consta de ocho fases que incluyen técnicas cualitativas y participativas.

1. Diagnóstico de la comunidad: esta fase consta de dos etapas, la primera consiste en la evaluación preliminar en la que se utilizan diversas técnicas de recolección de datos cuantitativas y cualitativas; la segunda etapa consiste en el diagnóstico participativo utilizando técnicas participativas de análisis.
2. Características de grupo: se orienta a identificar y analizar las características de los actores sociales, quienes conformarán diversos grupos de trabajo para los programas que surjan a propósito del diagnóstico de la comunidad.
3. Evaluación de las necesidades del grupo: realiza la jerarquización y la priorización de los problemas y necesidades, teniendo en cuenta también los recursos que presentaban como grupo.
4. Diseño y planificación de la intervención: esta etapa, como su nombre lo indica, permite diseñar y planificar el proceso de intervención a través de la delimitación de la “justificación, objetivos, metas, sistemas de evaluación, recursos, presupuesto, plan de acción y el cronograma” (Betanzos y Villaseñor, 2019, p. 1) de actividades.
5. Evaluación inicial: se delimita la línea base del programa, es decir, se tiene clara la información con la que el grupo de trabajo inició la intervención.

6. Ejecución e implementación: en esta fase se lleva a cabo el programa, el cual se monitorea constantemente para comprobar la efectividad y eficiencia del proceso de ejecución.
7. Evaluación final: se procura determinar, de manera sistemática y eficaz, el impacto del programa.
8. Diseminación: se comparten los resultados con la comunidad, con otros entornos sociales y organizacionales.

En el presente trabajo de investigación se abordaron cada una de las fases indicadas anteriormente, el detalle de la aplicación de estas fases se abordará en el segundo capítulo.

1.5 Evaluación y monitoreo

1.5.1 Evaluación.

Sánchez (2008) sostuvo que la evaluación puede ser definida como una “interacción selectivamente dirigida a obtener información para actuar” (p. 188). Adicionalmente, Abdala (2004) refirió que el concepto en cuestión es un “proceso sistemático, metódico y neutral que hace posible el conocimiento de los efectos de un programa, relacionándolos con las metas propuestas y los recursos movilizados” (p. 26).

Siguiendo el postulado de Sánchez (2008), la evaluación puede ser ejecutada en tres momentos del proceso de intervención:

- Evaluación inicial: Se utiliza para comprender la situación de la comunidad ante el problema a intervenir y como base para comparar los resultados finales.
- Evaluación de proceso: Permite el reconocimiento en tiempo real del impacto del programa en las personas y, de ser necesario, el programa se puede modificar.
- Evaluación de resultados: se contrasta con la evaluación inicial para confirmar la existencia del cambio.

De estas circunstancias surgen los propósitos de la evaluación: determinar la pertinencia y la realización de los objetivos, la eficacia, el impacto y la sostenibilidad. (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2002).

Las evaluaciones pre test y post test que se realizaron para comparar los efectos del programa de automanejo en los participantes ayudaron a reconocer la pertinencia del mismo y los avances de los participantes.

1.5.2 Monitoreo.

Para Di Virgilio (2012) el monitoreo “es un proceso continuo y permanente” (p. 45). De ahí se interpreta que, al momento de la realización del monitoreo de un programa social, lo que se constata es que se esté siguiendo el proceso previamente planificado y que los objetivos se cumplan.

Después del planteamiento mencionado, conviene distinguir que el monitoreo y la evaluación son procesos distintos, pero complementarios. Naturalmente, cada proceso tiene funciones específicas y, por ende, existen algunas diferencias.

Tabla 3.

Evaluación y monitoreo

	Monitoreo	Evaluación
Función	Información para la gestión del proyecto.	Una evaluación más profunda se centra en el aprendizaje y la responsabilidad.
Enfoque	Revisión del progreso del proyecto.	Centrarse en los resultados, objetivos e impacto más amplio y a largo plazo.
Insumos	Levantamiento de datos e información.	Información que proviene de la recolección de datos y de fuentes auxiliares para el monitoreo, para la línea base, etc.
Tiempo	Continuo durante toda la implementación del proyecto.	En momentos específicos del ciclo del proyecto.
Responsable	Equipo responsable del proyecto.	Evaluadores internos o externos al proyecto (o a la organización ejecutora).
Presentación	Presentación directa con base en formatos estandarizados.	Presentación menos estandarizada y enfocada en menos temas, pero analizados con mayor profundidad.
Difusión	Entre el equipo del proyecto y los usuarios.	Más amplia: partes involucradas, donantes, opinión pública, etc.

Fuente: elaboración propia con base en Berumen (2010)

1.6 Estudio de caso

El presente trabajo de investigación es lo que Hernández- Sampieri y Mendoza citados por Hernández, Fernández y Baptista en 2014 consideran un “Estudio de caso” ya que se utilizan procesos de investigación mixta (cualitativa y cuantitativa) que analizan una unidad general para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría. (p.164)

1.7 Automanejo de la salud

Con el fin de exponer este término en profundidad primero se retoman los planteamientos de Lorig y Holman (2003), quienes aseveraron que “el concepto de automanejo se utilizó por primera vez hace más de 40 años por Thomas Creer para indicar que los pacientes son participantes activos de su propio tratamiento” (como se citó en Peñarrieta, R, y Gutiérrez, s.f. p. 10). De acuerdo con esta definición, esta noción está orientada a mejorar la calidad de vida de las personas que viven con una condición crónica de salud, involucrándolas activamente en el cuidado de su salud y haciéndolas aliadas del personal de salud para que, de esta manera, puedan desarrollar adherencia al tratamiento.

En ese sentido, Lorig y Holman (2003) indicaron que existen “cinco procesos centrales del automanejo que consisten en la capacidad de solucionar problemas, tomar decisiones, utilizar recursos, asociarse con

prestadores de atención en salud y actuar” (Como se citó en Grady y Gough, 2015, p. 188).

Por su parte, la OMS (2013) también definió el automanejo como el rol central del paciente en el manejo de su propia salud. Este término indica la participación del paciente en el tratamiento o la educación sobre su condición o enfermedad, incluyendo los aspectos biológicos, emocionales, psicológicos y sociales (Peñarrieta et al., s.f. pp. 19-20). En correspondencia con ello, Peñarrieta et al. (2013) agruparon las acciones del automanejo de la siguiente forma:

- Participar en la educación o tratamiento para alcanzar algún objetivo terapéutico.
- Prepararse para manejar día a día su propia condición de salud.
- Practicar un comportamiento específico.
- Tener las habilidades para reducir el impacto físico y emocional con o sin la colaboración del equipo de salud.

1.7.1 Automanejo y adherencia en personas viviendo con VIH.

Teniendo en cuenta que el VIH es una condición crónica de salud, pues, las personas que viven con este virus precisan del tratamiento antirretroviral de manera continua por toda su existencia y de esta manera conservar o mejorar su calidad de vida. Mantener un compromiso de esta magnitud puede ser difícil para las personas porque no solo se trata de tomar medicación sino manejar distintos factores que

pueden ser un obstáculo para la adherencia al tratamiento. Gifford y Groessl en el 2002 proponen un marco conceptual del automanejo del VIH donde destacan estos 3 conceptos:

Información. - Para manejar el VIH los pacientes necesitan información básica en torno al virus, así como los medios de transmisión, pronóstico, tratamiento y riesgos asociados, sin embargo, también es necesario que las personas conozcan sobre su historial médico, sus medicamentos prescritos, cómo y cuándo tomarlos, información sobre cómo contactar a sus proveedores de salud. Estos conocimientos son importantes para que la persona pueda informar eficazmente a su médico o consejero sobre su tratamiento y que estos puedan hacer recomendaciones más efectivas.

Motivación. – La motivación o disposición para cambiar o mantener un comportamiento puede ser conceptualizado a través de dos componentes, ambos relevantes, para el automanejo: importancia y confianza. Las personas pueden ser muy conscientes sobre la necesidad del tratamiento antirretroviral y que es necesario ser constante con el tratamiento para tener buenos resultados, sin embargo, si les falta confianza en que pueden controlar los efectos secundarios, recordar el horario para tomar la medicación u otras acciones necesarias para el tratamiento antirretroviral, la motivación general será débil. Por el contrario, algunos pueden estar muy seguros de que tienen las habilidades, el apoyo y otras herramientas necesarias para la toma de

los medicamentos de manera constante, pero es posible que no vean la importancia de hacerlo. En ambos casos la persona no está motivada para generar un cambio y las razones son diferentes, entonces, el enfoque del automanejo debe dirigirse según el caso.

Habilidades conductuales. – Para que la información y la motivación se traduzcan en automanejo la mayoría de las personas precisan de habilidades conductuales concretas que se puedan aprender, practicar y adaptar a los recursos y limitaciones ambientales. Estas habilidades pueden ser muy específicas como el uso de pastilleros o alarmas recordatorias para la toma de medicamentos o pueden ser más amplias como planes de acción para lograr metas, cómo comunicarse de manera efectiva con los proveedores de salud, como encontrar apoyo social o hasta el manejo de emociones.

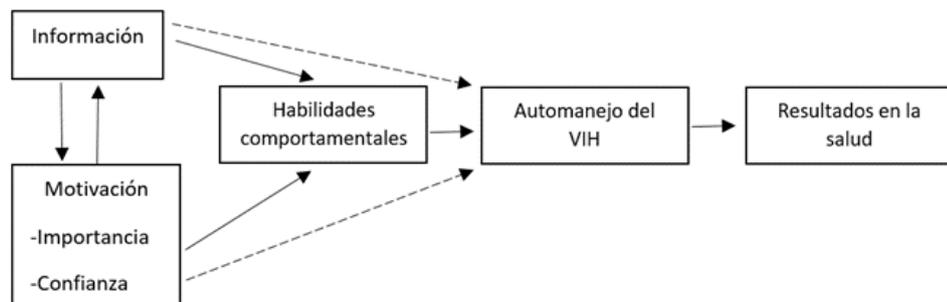


Figura 2. Traducción de Gifford y Groessl (2002) *Chronic Disease Self-Management and Adherence to HIV Medications*

Fuente: (Gifford y Groessl, 2002)

En resumen, el automanejo se refiere a la capacidad y recursos (extrínsecos o intrínsecos) que tiene la persona que vive con una condición crónica de salud para manejar su estado. Aquí conviene insistir que para promover el automanejo no solo es el paciente, sino también compromete otros participantes, por ejemplo: personal de salud, familia y/o soporte social, acceso a los medicamentos y servicios de salud.

1.8 Antecedentes de la investigación

1.8.1 Antecedentes nacionales.

Dentro de este ámbito, es preciso analizar el estudio realizado por Ppati (2019), quien realizó lo que a continuación se explica:

“Estudio comparativo sobre los factores de la adherencia de los medicamentos antirretrovirales percibidos por personas privadas de su libertad de los centros penitenciarios Castro Castro y San Pedro - San Juan de Lurigancho 2019 donde el objetivo general fue comparar el nivel de factores de la adherencia de los medicamentos antirretrovirales por parte de las personas privadas de su libertad. Participaron un total de 90 personas privadas de su libertad, divididos en 45 personas por cada centro penitenciario. Dicho estudio reveló que “existen diferencias significativas en el nivel de Factores de la adherencia de los medicamentos antirretrovirales percibidos de las personas privadas de su libertad de los centros”. (p. 59)

Por esta misma línea de acción, pero en un contexto diferente al mencionado, Caramutti (2018) exploró lo que enseguida se expresa:

[...] nivel de efectividad de la consejería TARGA en la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH del Hospital Referencial de Ferreñafe. El estudio contó con 50 participantes y se usaron los instrumentos: Encuesta sobre la relación de ayuda de la enfermera, y el Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH y Sida. “El estudio evidenció que existe relación directa entre la consejería TARGA y la adherencia al tratamiento en las personas viviendo con VIH”. (p. 47)

Desde otro ángulo, Rosas (2017) estudió si la depresión está asociada a la adherencia al tratamiento en las personas viviendo con VIH. Con el fin de desarrollar su proyecto utilizó un estudio analítico, observacional y transversal prospectivo. Ya en la ejecución seleccionó a 76 personas diagnosticadas con VIH del programa de TARGA del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Lujan de Bagua. Igualmente, empleó la escala de depresión de Zung y el *test* de Morisky-Green. Como resultado, se encontró que los pacientes con depresión tienen 5.94 veces más riesgo de tener una mala adherencia en comparación con los pacientes sin depresión.

En ese mismo año, Rivas (2017) estudió el automanejo en pacientes afectados con hipertensión arterial del Centro de Salud Materno Infantil

Laura Rodríguez Dulanto. El estudio tuvo una muestra de 124 personas con hipertensión que fueron evaluadas con el instrumento Partners in Health Scale, el cual busca medir el automanejo en personas que viven con una condición crónica de salud. Este estudio indicó que la mayoría de las personas evaluadas tienen un regular automanejo.

Por su parte, Herrera y Robles (2015) estudiaron la asociación entre las variables estilos de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con VIH. Su muestra fue de 76 personas de ambos sexos cuyas edades fluctuaban entre los 20 y 72 años de un hospital de Ferreñafe. Para la ejecución de su investigación, utilizaron el Cuestionario de Perfil de Estilo de vida (PEPS-I) y el Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH). Esta investigación dejó en evidencia que existe una asociación entre las variables estilos de vida y adherencia al tratamiento, es decir, que cuanto mayor sea la práctica de un estilo de vida saludable, mayor es el nivel de adherencia.

1.8.2 Antecedente Internacionales.

En un panorama lejano, más específicamente en China, Zhang et al. (2019) analizaron el efecto de un programa de automanejo en la calidad de vida de hombres que vivían con VIH. De acuerdo con la información estudiada, los autores en cuestión realizaron una metodología pre y posprueba para evaluar la calidad de vida en 420 participantes. De esto resultó que 210 participaron en el programa y 210 fueron el grupo control;

igualmente, cabe destacar que utilizaron el instrumento Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV) y también evaluaron variables psicológicas y de comportamiento a través de entrevistas dirigidas. Como resultado, demostraron que, al finalizar el programa, los participantes mejoraron significativamente su calidad de vida y redujeron síntomas de ansiedad. En paralelo, la frecuencia del uso del preservativo aumentó también.

Desde otro ángulo, en México, Maldonado et al. (2019) estudiaron la relación entre el automanejo y el apoyo social en 188 personas diagnosticadas con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. Para evaluar ambas variables utilizaron el instrumento Partners in Health Scale, con el fin de medir el automanejo y, a su vez, el instrumento Duke para evaluar el apoyo social. A partir de ello, los autores dedujeron que existe una correlación significativa entre la variable automanejo y el apoyo social percibido. Incluso, dicha autora concluyó que esta relación establece a la familia como fuente principal de apoyo social con la que cuenta la persona con cronicidad para afrontar con éxito los problemas a los que da lugar la condición crónica de salud. En este mismo contexto, cobra relevancia el papel de la cuidadora primaria, quien aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.

Por otro lado, en Chile, Varela y Galdames (2014) evaluaron a 119 personas, con el propósito de estudiar la correlación entre la adherencia del Tratamiento Antirretroviral (TARV) y la depresión. En esta

investigación se registró que el 68 % de las personas que utilizaron el TARV reportaron tener problemas de adherencia con esta terapia. Asimismo, el estudio encontró que las personas con depresión moderada-severa tienen una probabilidad tres veces mayor de no ser adherentes respecto a los que tienen depresión mínima o leve.

En Cuba, Vivas et al. (2013) efectuaron un estudio de intervención educativa orientada a ampliar los conocimientos de los participantes en relación con el VIH. En este proyecto participaron 70 personas privadas de su libertad. Las variables que se analizaron fueron las siguientes: identificación del VIH como enfermedad; identificación de conductas de riesgo; identificación de vías de transmisión; identificación de medidas de prevención y el uso del preservativo. En la ejecución, se realizó una evaluación pre y post intervención para comparar si hubo un cambio en los conocimientos sobre el VIH, según las variables mencionadas; como resultado se obtuvieron cambios significativos en cada una de las variables. Asimismo, los investigadores comentaron que el buen conocimiento del VIH sirvió como mecanismo de prevención y promoción de la salud.

1.9 Personas viviendo con VIH en el Perú

Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Perú (2018) hay 115 797 casos de VIH en el Perú, siendo Lima y Callao las ciudades que concentran el 61,3 % de los casos

y la vía de transmisión más frecuente es la sexual con un 97,6 % de prevalencia. Desde el 2005 el tratamiento antirretroviral fue implementado por el MINSA de forma gratuita, luego de la lucha de los activistas por los derechos de las PVV.

En la actualidad, una persona diagnosticada con VIH cuenta con el derecho de acceder a su tratamiento y la confidencialidad de su diagnóstico. Sin embargo, aún se enfrentan al estigma y la discriminación por el dictamen, lo cual hace más difícil la adherencia al tratamiento y la aceptación de este.

1.10 Impacto del diagnóstico

Desde su aparición, el VIH está asociado a grupos específicos como trabajadoras sexuales, personas homosexuales, consumidores de drogas y personas con múltiples parejas. En pocas palabras, estos grupos tienen una carga social de estigma y discriminación. Paralelamente, el VIH se vincula con la muerte (anunciada) física y social, expresada en una apariencia demacrada, muerte prematura, discriminación laboral, social, afectiva y en el término de los proyectos de vida. (Belmar y Stuardo 2017)

Asimismo, las personas que reciben el diagnóstico de VIH no saben la mejor manera de lidiar el diagnóstico a nivel social y personal, a consecuencia de la carga de estigma que se tiene alrededor de este tema.

Es importante que la PVV aprenda a manejar y a aceptar su condición, puesto que esto le ayudaría a tener una buena adherencia al tratamiento y mejorar su calidad de vida.

En este sentido, Belmar y Stuardo (2017) “resumen los aspectos asociados a la adherencia a TARV en mujeres con infección por VIH en tres dimensiones” (p. 354), las cuales se detallan enseguida:

- Relación con el VIH: se consideran aspectos relacionados con el imaginario en torno al VIH, percepción de riesgo con respecto al VIH previo al diagnóstico, cambios en su vida luego del diagnóstico, entre otros.
- Relación con otros y satisfacción vital: en esta dimensión las autoras consideraron aspectos relacionados con las redes sociales, estigma, discriminación, satisfacción y expectativas frente a la vida.
- Relación con la terapia TARV: en esta dimensión se tuvieron en cuenta aspectos relacionados al conocimiento y/o imaginario acerca de la TARV previo al diagnóstico y los motivos para iniciar o abandonar la terapia.

Según Aristegui (2014), el impacto del dictamen es diferente, puesto que depende de las variables de personalidad, red social y estilo de afrontamiento que tenga la persona diagnosticada. Adviértase que, si bien cada caso es particular, también se pueden establecer aspectos en común que la persona podría experimentar como el estigma, la discriminación y la adherencia al tratamiento. A este propósito, es

necesario mencionar que el impacto del diagnóstico se puede manejar con sesiones de terapia individual o grupal, reuniones con pares, grupos de soporte, talleres para parejas serodiscordantes, entre otros.

1.11 Situación de las personas privadas de su libertad

Según la Defensoría del Pueblo (2020), actualmente operan un total de 68 penales a nivel nacional, registrándose un total de 97 111 internos. No obstante, estos centros solo tienen capacidad de albergar a 40 137 internos, es decir, existe un nivel de hacinamiento del 140 %. La situación de hacinamiento pone en riesgo las condiciones debidas de control y seguridad del sistema penitenciario. Al respecto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) (2011) indicó que esta problemática puede llegar a constituir en sí misma una forma de trato cruel, inhumano y degradante, violando no solo el derecho a la integridad personal, sino otros derechos humanos reconocidos internacionalmente.

En vista de fortalecer el argumento, se requiere mencionar que en el artículo 76 del Código de Ejecución Penal se reconoce el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad:

“El interno tiene derecho a alcanzar, mantener o recuperar el bienestar físico y mental. La Administración penitenciaria proveerá lo necesario para el desarrollo de las acciones de prevención, promoción y recuperación de la salud, teniendo en

cuenta las políticas nacionales de salud y especialmente los lineamientos y medidas establecidas por el Ministerio de Salud”.

Al respecto, el informe de la Defensoría del Pueblo (2020) señaló que la salud penitenciaria requiere de urgente atención, puesto que a la fecha de la supervisión (2018), laboraban 64 médicos frente a un total de 82 492 personas privadas de su libertad. Además, hay que añadir que dichos médicos no estaban distribuidos de manera uniforme, en tanto que solo en la región de Lima laboraban aproximadamente 41 médicos de los 64 que prestaban servicios a nivel nacional.

De acuerdo con estas estadísticas, se observa que las condiciones de crónicas de salud, como el VIH, no son atendidas de manera oportuna y, por consiguiente, instaura una brecha en el manejo de la salud, tanto a nivel personal como institucional.

CAPÍTULO II. ASPECTOS APLICATIVOS

2.1 Descripción del ámbito de intervención

2.1.1 ONG Sí, da Vida.

La organización viene realizando actividades, talleres y servicios desde 2005 para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por el VIH y el SIDA en el Perú. Cabe señalar que la organización tiene como objetivo alentar y promover el desarrollo de un modelo social de la salud basado en el automanejo de las condiciones crónicas en las PVV y en la población en general. Asimismo, busca incrementar las habilidades personales y sociales de las personas afectadas por el estigma y discriminación a causa del VIH y, en el mismo sentido, fortalecer los sistemas de vigilancia y planes de incidencia relacionados con el cumplimiento del derecho a la salud de las personas que tienen esta condición.

Asimismo, esta institución está licenciada por el Self Management Resource Center, desarrollado por la Universidad de Stanford, para impartir el programa “Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH”.

Esta organización establece espacios de resocialización donde las personas afectadas o infectadas por el VIH pueden compartir un momento de recreación y esparcimiento. En paralelo, otra de las actividades que promueve Sí, da Vida es un grupo de soporte y un

modelo de 12 pasos; ambos enfocados al apoyo grupal de personas que poseen dicha condición u otra enfermedad crónica.

Es importante mencionar que las actividades de esta organización están encaminadas en la teoría de *empowerment* que Rappaport acuñó en 1981 pues encontramos los tres componentes básicos que sugiere el modelo: La ciencia social, la acción política y el desarrollo de recursos.

2.1.2 Intervención en centros penitenciarios.

Desde el 2017, Sí, da Vida trabaja en conjunto con el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) para poder llevar el programa “Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH” a los centros penitenciarios de Lima y Callao. Dentro de este convenio, la institución brinda campañas de prevención a través del tamizaje de pruebas rápidas de VIH.

Según el censo nacional de población penitenciaria realizado en el año 2016, en el Perú hay 76 180 personas que se encuentran privadas de la libertad, de las cuales aproximadamente el 0,5 % de esta población vive con VIH.

Según la información publicada por Sí, da Vida en su revista, en diciembre del 2018 se intervinieron seis penales de Lima y Callao. Como resultado, se constató que, de una población de 24 439 personas privadas de la libertad en total, 443 vivían con VIH y 253 recibían TARV.

De acuerdo con el INPE (s.f.) hasta enero del año 2020 se registró un aproximado de 828 casos de VIH y 753 de ellos estaban bajo TARV.

2.2 Evaluación de recursos y necesidades

Esta evaluación permite entender lo que la comunidad percibe como necesidad y los recursos que tienen para poder abordarlo. Siguiendo lo que Sánchez planteó en 1991, realizar esta evaluación es una de las características fundamentales del quehacer del psicólogo comunitario.

Por ese motivo, durante la primera fase de la intervención se evaluaron los recursos y necesidades de la comunidad (personas que viven con VIH) y usuarios de la ONG, con el fin de planificar y desarrollar una intervención acertada a partir de los hallazgos.

2.2.1 Procedimiento.

Se utilizaron técnicas de recolección de datos cualitativos como la entrevista a profundidad, la cual fue aplicada al médico responsable del consultorio de la institución y a un instructor del programa de automanejo certificado por la ONG; este último lleva 30 años de diagnóstico, activista por los derechos de las PVV y consejero. A su vez, se convocó a un grupo focal compuesto por usuarios frecuentes de los servicios de la ONG.

Finalmente, se realizó una triangulación mixta de los recursos y necesidades obtenidos en cada uno de los análisis, con el objetivo de

incrementar la validez y garantizar la confianza en la autenticidad de los datos y en su interpretación.

2.2.2 Entrevista a profundidad.

Tabla 4.

Recursos y necesidades de la entrevista a profundidad al médico de la ONG

Recursos	Necesidades
<ul style="list-style-type: none"> - Existe seguimiento a las personas recién diagnosticadas. - Disposición a la capacitación sobre prevención de ITS (Infección de transmisión sexual) y sexualidad saludable. - Existen grupos de apoyo para las personas con VIH. - El gobierno como aliado en el tratamiento antirretroviral (TAR). 	<ul style="list-style-type: none"> - Superar el proceso de negación frente al diagnóstico. - Implementar programas de educación sexual para jóvenes y hacer hincapié en la prevención. - Implementar el enfoque de género en sus capacitaciones.

Fuente: elaboración propia

Tabla 5.

Recursos y necesidades de la entrevista a profundidad al usuario de la ONG

Recursos	Necesidades
<ul style="list-style-type: none"> - Disposición a la búsqueda de soporte emocional. - Espacios donde la persona pueda relacionarse con pares; ayuda al manejo de la salud y la autoaceptación en grupos de apoyo para las personas con VIH. - El gobierno brinda el tratamiento de forma gratuita. 	<ul style="list-style-type: none"> - Superar el proceso de negación frente al diagnóstico. - Implementar programas de información para población en general sobre VIH y SIDA. - Implementar el enfoque de género en sus capacitaciones. - Incentivar a las personas a realizar vigilancia social.

Fuente: elaboración propia

2.2.3 Grupo focal.

Tabla 6.

Recursos y necesidades del grupo focal con usuarios de la ONG

Recursos	Necesidades
<ul style="list-style-type: none">- Las personas tienen conocimiento acerca del VIH y SIDA.- Las capacitaciones, talleres y espacios amigables para las PVV ayudan a empoderarlas y mejorar su percepción de salud.	<ul style="list-style-type: none">- Crear conciencia de que existen métodos preventivos y que hay que utilizarlos.- Informar a la población sobre el VIH en la actualidad.- Incentivar la vigilancia social.

Fuente: elaboración propia

2.2.4 Triangulación de los resultados.

Tabla 7.

Triangulación de los resultados

Recursos	Necesidades
<ul style="list-style-type: none">- Espacios donde la persona puede relacionarse con pares, lo cual ayuda al manejo de la salud y la autoaceptación en grupos de apoyo para las personas con VIH.- Brinda capacitaciones efectivas sobre el manejo de VIH.- Compromiso social con las PVV.- Buen uso de los canales de comunicación para informar a más población.	<ul style="list-style-type: none">- Incentivar la capacitación preventiva a jóvenes adolescentes en temas de VIH e ITS.- Generar conciencia en los métodos preventivos de las ITS.- Implementar programas específicos para las personas recién diagnosticadas, con el fin de que puedan enfrentar su proceso de negación y fomentar la adherencia al tratamiento.

Fuente: elaboración propia

2.3 Diseño del programa

2.3.1 Antecedentes.

El programa de automanejo de la salud como PVV es un programa desarrollado por el doctor Allen Gifford en la Universidad de Stanford. El programa fue evaluado en 200 personas que vivían con esta condición en 1998, teniendo resultados beneficiosos para los participantes.

2.3.2 Estructura.

Tabla 8.

Estructura del programa “Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH”

Sesión	Capacidad	Propósito	Contenidos
1	El participante autoevalúa el conocimiento que tiene acerca de la condición del VIH y el manejo de su salud.	<ul style="list-style-type: none">- Identificar problemas causados por el VIH a los que se enfrentan los miembros del grupo.- Informar a los miembros del grupo sobre los principios generales el manejo personal del VIH y cómo manejar los medicamentos del Tratamiento Antirretroviral de gran actividad (TARGA).- Explicar las diferencias entre condiciones crónicas y condiciones agudas.- Presentarles a los participantes los diarios de medicamentos como una herramienta de un	<ol style="list-style-type: none">1. Presentaciones2. Resumen y responsabilidades.3. Diferencia entre condiciones agudas y crónicas.4. Ser proactivo en el manejo de su condición.5. Cómo usar el diario de medicamentos.6. Hacerse propósitos.7. Conclusión de la sesión.

Sesión	Capacidad	Propósito	Contenidos
2	El participante se concientice sobre el uso de los medicamentos antirretrovirales para el manejo del VIH.	<p>programa de manejo especial.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentar a los miembros del grupo el concepto de hacerse propósitos o planes de acción semanales como una herramienta del manejo personal del VIH y practicarlo. - Introducir a los participantes sobre la técnica para la resolución de problemas. - Practicar la resolución de problemas relacionados a los medicamentos (si es apropiado para los participantes). - Ayudar a los participantes a decidir si deben comenzar o no un medicamento antirretroviral para el VIH. - Ayudar a los participantes a crear su propio sistema de apoyo para mantener un régimen de medicamentos. - Discutir las emociones difíciles y cómo manejarlas. - Exponer y discutir el ciclo de síntomas de las enfermedades y las técnicas que utilizan el poder de la mente para manejarlos. - Explicar y practicar la distracción. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compartir experiencias y resolución de problemas. 2. Decisiones: medicamentos para el VIH (TARGA). 3. Luchando con emociones difíciles. 4. Usando la mente para manejar sus síntomas y la distracción. 5. Hacerse propósitos. 6. Conclusión de la sesión.
3	El participante interioriza técnicas de manejo de síntomas evaluando y vigilando estos.	<ul style="list-style-type: none"> - Presentar a los participantes la información que necesita el equipo del cuidado de salud. - Presentar a los participantes los síntomas más 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compartir experiencias y resolución de problemas. 2. Informando al equipo de cuidado de la salud. 3. Evaluando síntomas comunes.

Sesión	Capacidad	Propósito	Contenidos
4	El participante interioriza técnicas de manejo de síntomas psicológicos generados por el hecho de vivir con el VIH.	<p>comunes del VIH y el SIDA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a los participantes a evaluar y vigilar sus síntomas. - Presentar cómo se usan los medicamentos en el tratamiento del VIH y el SIDA. - Aprender las formas de seguir los programas de medicamentos. - Conocer diferentes estrategias para manejar la depresión. - Introducir el concepto de pensamiento positivo y practicarlo. - Enseñar a los participantes las capacidades o conocimientos para comunicarse mejor con sus proveedores de salud, con el objetivo de participar más en el cuidado de su salud. - Discutir la información básica y los recursos relacionados con los exámenes de laboratorio y tratamiento. - Aprender a evaluar nuevos tratamientos. 	<p>4. Tomando medicamentos para VIH y resolución de problemas.</p> <p>5. Hacerse propósitos.</p> <p>6. Conclusión de la sesión.</p> <p>1. Compartir experiencias y resolución de problemas.</p> <p>2. Manejando la depresión.</p> <p>3. Pensando positivamente.</p> <p>4. Trabajando con su proveedor de salud.</p> <p>5. Exámenes de laboratorio: ¿cuáles y cuándo?</p> <p>6. Evaluando tratamientos.</p> <p>7. Conclusión.</p>
5	El participante reflexiona sobre sus planes a futuro, evalúa sus habilidades comunicativas y la manera en esta contribuye a sus habilidades interpersonales.	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir las instrucciones previas para el cuidado de salud e identificar estrategias para superar los problemas que impiden prepararlas. - Introducir y practicar la relajación muscular progresiva como una técnica para manejar los síntomas. 	<p>1. Compartir experiencias y resolución de problemas.</p> <p>2. Instrucciones previas para el cuidado de su salud.</p> <p>3. Relajación muscular progresiva.</p> <p>4. Relaciones sexuales, intimidad y revelación.</p> <p>5. Mejorando la comunicación.</p>

Sesión	Capacidad	Propósito	Contenidos
		<ul style="list-style-type: none"> - Introducir y reforzar las prácticas de sexo seguro y su importancia. - Discutir cómo las relaciones entre el sexo, la intimidad y el amor se pueden superponer y mezclar. - Discutir problemas acerca de la intimidad y revelación. - Introducir y practicar estrategias para mejorar la comunicación interpersonal. - Dar a los participantes otra oportunidad de practicar la resolución de problemas que se relacionen con la comunicación. 	6. Conclusión.
6	El participante aprende sobre estilos de vida saludable.	<ul style="list-style-type: none"> - Discutir estrategias para manejar la fatiga. - Ayudar a los participantes a identificar y escoger algunas formas en que pueden cambiar los hábitos alimenticios por los que son más saludables. - Dar a los participantes una oportunidad de resolver problemas, a la vez que se ayudan unos a los otros. - Practicar la relajación por imágenes guiadas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compartir experiencias y resolución de problemas. 2. Manejando la fatiga. 3. Alimentación saludable. 4. Resolución de problemas. 5. Relajación por imágenes guiadas. 6. Conclusión.

Sesión	Capacidad	Propósito	Contenidos
7	El participante identifica los recursos personales y externos para el manejo de su condición.	<ul style="list-style-type: none"> - Introducir los beneficios del ejercicio en el manejo del VIH. - Informar al grupo sobre diferentes tipos de ejercicios que forman parte del programa. - Ofrecer sugerencias para diseñar y vigilar la intensidad y el incremento del programa de ejercicios. - Discutir cómo encontrar recursos en su comunidad. - Revisar el menor de los síntomas y aplicar la técnica de resolución de problemas. - Evaluar los progresos y compartir logros obtenidos durante el taller. - Discutir planes futuros para incorporar habilidades aprendidas dentro de las actividades diarias. - Celebrar los logros. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Compartir experiencias y resolución de problemas. 2. Ejercicios. 3. Creando sistemas de apoyo. 4. Pensando en el pasado y planeando el futuro. 5. Conclusión.

Fuente: elaboración propia

2.3.3 Planteamiento del problema.

Desde su aparición, la epidemia del VIH marcó un desafío para la salud pública, su acelerada propagación y el desconocimiento de cómo tratar este virus causó que las personas que tuvieran VIH fueran estigmatizadas, pues, las vías de transmisión implican conductas de riesgo no aceptadas socialmente para la época. Por ejemplo, tener VIH

está relacionado a ser homosexual, trabajador o trabajadora sexual, o ser usuario de drogas inyectables. Por ese motivo, muchas de las personas que viven con VIH cargan con ese estigma social y se les dificulta ser adherente a su medicación o ir a los controles médicos por miedo a ser discriminados. Para que una persona que vive con VIH pueda recuperar su salud y bienestar se deben considerar muchos factores como por ejemplo la aceptación de diagnóstico, el manejo de emociones frente a las dificultades que puedan ser consecuentes al diagnóstico, el trabajo conjunto con los profesionales de la salud, las políticas públicas que garanticen el acceso gratuito a los antirretrovirales y un entorno saludable libre de estigma y discriminación.

En el Perú, gracias a la movilización de grupos de personas que viven con VIH, el tratamiento antirretroviral es gratuito desde el 2004 y muchos hospitales, parroquias y ONG's han creado mecanismos de respuesta y apoyo frente al VIH. Hoy en día, en cada hospital, podemos encontrar uno o más consejeros de pares (personas que viven con VIH (PVV) y conocen la ruta para poder inscribir a una persona que han sido diagnosticadas de VIH al programa de tratamiento), también en muchos distritos y provincias podemos encontrar Grupos de Ayuda Mutua (GAMS) para acompañar a PVV y familiares. Sin embargo, esta respuesta no es suficiente ya que en la actualidad según el Grupo Impulsor de Vigilancia de Abastecimiento de Antirretrovirales (GIVAR)

del 1 de enero al 25 de noviembre de 2019 se han reportado 111 denuncias de desabastecimiento en hospitales de ESSALUD y MINSA.

Por este motivo, es preciso implementar mecanismos de respuesta para promover que las personas que viven con VIH cuenten con habilidades para hacer frente al manejo del VIH de manera personal y hacer un impacto social incentivando la vigilancia social.

2.3.4 Justificación.

A partir de la evaluación de recursos y necesidades se detectó el impacto frente al diagnóstico del VIH orientado a la negación de este. En consecuencia, se encontraron personas que vivían con VIH y que tenían dificultades para adherirse al tratamiento, al igual que sujetos que contaban con poco conocimiento sobre esta condición, en tanto que su saber se basaba en mitos, lo cual dificultaba el automanejo de su salud.

Teniendo en cuenta que las personas ya han sido diagnosticadas con la condición de VIH y que la intervención se hace durante el periodo de crisis se precisa intervenir en un nivel de prevención secundaria de acuerdo con Caplan 1980 citado en Montenegro 2014.

En ese sentido, se halló que personas privadas de su libertad y que vivían con VIH, las cuales experimentaban una situación de vulnerabilidad, se les hacía más difícil el manejo de su salud debido a su situación carcelaria.

Finalmente, teniendo en cuenta que para el MINSA (2017), el modelo de “Salud Mental Comunitaria” busca que las personas sean participantes protagónicos y efectivos del proceso de promoción y protección de la salud mental. En ese sentido, la ONG y el programa “Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH” también siguen dicho modelo, buscando la promoción y protección de la salud a través del automanejo de la condición crónica que viven los participantes de este estudio.

2.3.5 Propósito.

Fortalecer el automanejo de la condición crónica de salud del VIH en las dimensiones de conocimiento, adherencia al tratamiento, manejo de signos y síntomas en un centro penitenciario del Callao.

2.3.6 Objetivos generales.

El objetivo general es determinar los efectos del programa “Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH” en una población de varones privados de su libertad que viven con VIH.

Ahora bien, los objetivos específicos del programa se plantearon de la siguiente manera:

- Determinar los efectos del programa “Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH” en la dimensión conocimiento en una población de reclusos varones que viven con VIH.

- Determinar los efectos del programa “Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH” en la dimensión manejo en una población de reclusos varones que viven con VIH.
- Determinar los efectos del programa “Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH” en la dimensión adherencia en una población de reclusos varones que viven con VIH.

2.3.7 Meta.

La base del proyecto se fundamentó en ayudar a 19 personas privadas de su libertad que viven con VIH y que, al mismo tiempo, cumplían sentencia en un centro penitenciario de la Provincia Constitucional del Callao.

2.3.8 Procedimiento.

La aplicación del programa “Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH” se inició mediante el reconocimiento de la ONG y su campo de acción para conocer los aliados estratégicos y el ámbito de intervención.

Es importante mencionar que se tomó en cuenta la metodología que Mori en el 2008 formuló referente al proceso de intervención comunitaria.

En la primera etapa de intervención se realizó el diagnóstico de recursos y necesidades a través de técnicas cualitativas de recolección de datos. En este caso, se entrevistó a actores clave que tenían experiencia tanto técnica como vivencial respecto al tema y, asimismo,

a un grupo focal dirigido a PVV para que desde su vivencia expusieran la problemática que percibían. Para finalizar, en esta fase se realizó la triangulación de los datos obtenidos, lo cual sirvió para tener una vista general de la problemática y elaborar un programa de intervención.

En aras de aplicar el programa “Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH” fue necesario recibir una capacitación intensiva de cinco días, la cual sirvió para obtener el certificado de instructor del programa.

Cabe mencionar que, antes de aplicar el programa, se hizo una reunión con los participantes para recoger sus expectativas y dudas acerca del VIH. Este encuentro sirvió para evaluar preliminarmente la información con la que ya ellos contaban, por ejemplo: mitos alrededor del VIH, tratamiento y manejo de este. Asimismo, esta junta sirvió para informarles a los participantes –y motivarlos a participar de forma continua– los objetivos del programa, las normas de convivencia y los temas que se iban a tratar.

A la siguiente semana de la primera reunión se inició la aplicación del programa, el cual constó de siete sesiones semanales y una retroalimentación luego de un mes de haber finalizado el proyecto.

De acuerdo con lo dicho, se evaluó al inicio y al finalizar el programa; con el fin de poder comparar los ambos resultados. Por último, se compartieron los resultados con la ONG Sí, da Vida.

2.3.9 Evaluación.

Teniendo en cuenta a Abdala (2008) “la intervención es un proceso sistémico y neutral que hace posible el conocimiento de los efectos de un programa” (p.26) para evaluar la intervención realizada se aplicó un instrumento Partners in Health Scale antes y después de aplicar el programa con el objetivo de medir los efectos de este.

2.3.9.1 Instrumento.

Para realizar la evaluación preprueba y posprueba se utilizó el instrumento Partners in Health Scale en su versión en español validada en Perú por Peñarrieta y otros autores en el 2013, este instrumento busca medir el automanejo. Es importante mencionar que este instrumento fue desarrollado originalmente en inglés en el 2010 por Petkov J., Harvey P. y Battersby M. en la Universidad de Flinders ubicada en Australia.

La versión en inglés tiene cuatro dimensiones: adherencia al tratamiento, conocimiento de la enfermedad, manejo de efectos secundarios, gestión de signos y síntomas.

La validación del instrumento para la población latinoamericana tuvo una modificación en cuanto a las dimensiones, reduciéndose a tres. La dimensión conocimiento está compuesta de dos preguntas (1-2) con un puntaje de suma de 16 puntos, en donde el valor más cercano a 0 es deficiente y, por el contrario, el más cercano a 16 es eficiente. En cuanto

a la dimensión adherencia al tratamiento, constó de siete preguntas (3-8, 12) con un puntaje de 0 a 56. Igualmente, en la dimensión de manejo de signos y síntomas se compuso de tres preguntas (9-11) con un valor de 0 a 24 puntos.

Este instrumento fue validado en colaboración por la Universidad Cayetano Heredia, la Universidad César Vallejo y la Universidad Autónoma de Tamaulipas de México donde participaron 166 personas con alguna condición crónica de salud como diabetes, hipertensión y cáncer. Este proceso se dividió en tres etapas. En un primer momento se adaptó la terminología a partir de la traducción al español, luego se realizó el análisis de la consistencia interna (fiabilidad) y finalmente se realizó la validez de constructo. El instrumento ha sido construido con la técnica Likert y está estructurado en dos partes. En la primera sección se encuentran las instrucciones y los datos sociodemográficos y en la segunda sección se presenta el cuestionario.

Tabla 9.

Ficha técnica del instrumento

Nombre	Partners in Health Scale
Autor y año	Petkov J., Harvey P. y Battersby M. (2010)
Adaptación Perú	Peñarrieta et., al 2013
Objetivo general	Medir el nivel de automanejo que tiene la persona con relación a su condición crónica de salud.
Aplicación	Colectiva.
Instrucciones	Estimado usuario estamos interesados en conocer cómo maneja Ud. su condición crónica de salud, esto con el propósito de implementar

	programas en su beneficio. Se solicita que responda con sinceridad las preguntas de este cuestionario. No hay respuesta correcta o incorrecta, todas sus respuestas son válidas , siempre y cuando reflejen lo que usted piensa o hace. La información se mantendrá en absoluta reserva.
Duración	5 a 10 minutos.
Ámbito de aplicación	Adultos
Características	Abarca tres dimensiones: conocimiento, adherencia, manejo de signos y síntomas.

Fuente: elaboración propia

2.3.9.2 Población y muestra.

La intervención “Manejando nuestra propia salud como persona viviendo con VIH” planteó como metodología de trabajo el muestreo no probabilístico contando con una muestra compuesta por 19 varones privados de su libertad de un centro penitenciario del Callao quienes acudieron voluntariamente luego de una convocatoria a través del personal de salud que trabaja en el centro penitenciario. Sobre ese tipo de muestreo, Hernández et al. (2014), afirman que “en las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador” (p. 176). Es necesario resaltar que los 19 participantes contemplados en esta investigación cumplieron con el requisito de asistir por lo menos a 5 de las 7 sesiones del programa para garantizar el objetivo de este.

2.3.9.3 Tipo de diseño.

Esta investigación utilizó un diseño preexperimental de pre y post prueba con un solo grupo. La preprueba consistió en la evaluación inicial para continuar con la incorporación de la variable experimental que es propiamente la intervención consistente en siete sesiones. Al finalizar la séptima sesión se realizó la posprueba para evaluar al grupo. Luego se comparó las puntuaciones obtenidas en la preprueba con las puntuaciones obtenidas en la posprueba para ver si existen diferencias significativas entre las puntuaciones de la preprueba y posprueba respecto al automanejo de los participantes del programa “Manejando nuestra salud como PVV”. Este diseño ofrece una ventaja exploratoria, pues, existe un punto de referencia inicial para ver qué nivel tenía el grupo en las variables dependientes antes del estímulo y así hacer un seguimiento al grupo (Hernández et al., 2014, p. 141).

CAPÍTULO III. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

3.1 Datos sociodemográficos

La recolección de datos ocurrió sin dificultades y de acuerdo con lo planificado. Como consecuencia, se trabajó con 19 participantes quienes estaban privados de su libertad en el Establecimiento Penitenciario Sarita Colonia al momento de la aplicación de dicho programa. La exploración inicial evidenció que no se contaban con casos perdidos o valores extremos, confirmando así la integridad de los datos.

Tabla 10.

Datos de los participantes

Variable	f	%
Total de participantes	19	100
Género		
Masculino	19	100
Femenino	0	0
Edad		
Media	33	
Mínimo	19	
Máximo	51	
Estado civil		
Soltero	14	73,7
Casado	0	
Viudo	2	10,5
Conviviente	3	15,8
Nivel de instrucción		
Primaria	3	15,8

Secundaria	15	79
Superior Técnico	1	5,2
Superior Universitario	0	
Condición crónica de salud		
VIH	16	84,4
Diabetes	1	5,2
Artritis	1	5,2
Hipertensión		0
Otro	1	5,2
Tiempo de diagnóstico		
< 1 año	10	52,6
1 – años	3	15,8
5-10 años	3	15,8
> 10 años	3	15,8
¿Cómo considera su salud?		
Buena	12	63,2
Regular	6	31,6
Mala	1	5,2

Nota: Características sociodemográficas de los participantes del programa Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH.

Establecimiento Penitenciario Sarita Colonia, Callao-Perú, 2019

Fuente: elaboración propia

Todos los participantes se identifican como varones, cuya edad promedio es de 33 años, con un rango mínimo de 19 años y el máximo de 51 años. El 73,7 % indicaron que son casados, el 10,5 % viudos y el 15,8 % convivientes. La mayor parte de la población refirió haber cursado

la secundaria completa en un 79 %, un 15,8 % de ellos solo cursaron estudios primarios y un 5,2 % cursaron estudios superiores técnicos.

Con respecto a la condición crónica de salud con la que vivían, la mayoría refirió tener VIH en un 84,4 % y, en cambio, un 15,6 % mencionó tener otras condiciones crónicas de salud como diabetes, artritis, etc. En ese mismo sentido, el 52,6 % de los participantes fueron diagnosticados hace menos de 1 año, el 15,8 % sabían su diagnóstico de 1 a 5 años, el 15,8 % identificaron su condición de 5 a 10 años, y, por último, el 15,8 % había sido diagnosticado hace más de 10 años. Para finalizar, la mayoría de los participantes valoró su salud como buena (63,2 %), algunos como regular (31,6 %), y una cifra menor (5,2 %) la calificó como mala.

3.2 Aplicación del programa

El programa se desarrolló en 7 sesiones semanales de una duración promedio de dos horas y media, asimismo, se desarrolló en un salón dentro del centro penitenciario que cumplía con las exigencias de ser un lugar donde se pueda respetar la confidencialidad de los participantes. Inicialmente se le entregó a cada participante un cuaderno y un lapicero para que puedan apuntar las ideas fuerza de cada sesión y sus compromisos semanales. A lo largo de las sesiones se entregó material complementario como lecturas y un diario de medicamentos, dependiendo del contenido de cada sesión. Todas las sesiones se desarrollaron según lo planificado.

3.3 Análisis descriptivo

Tabla 11.

Estadísticos descriptivos para la prueba de entrada y salida

	Media	Mediana	Desviación Estándar	Error Estándar
Manejo pre Test	18.8	19	3.96	-0.816
Manejo post Test	20.8	23	5.8	-2.33
Conocimiento pre Test	10.9	12	4.14	-0.618
Conocimiento post Test	13.1	14	3.03	-0.916
Adherencia pre Test	42.5	42	8.30	-0.639
Adherencia post Test	45.8	48	6.35	0.350

Fuente: elaboración propia

En la evaluación pre test la variable manejo obtuvieron los siguientes puntajes: Me=19 DE=3.96 mientras que en la evaluación post test se obtuvieron los puntajes de Me= 23 y DE= 5.8.

Los puntajes de la evaluación pre test de la variable conocimiento fueron: Me=12 y DE=4.14 mientras que los puntajes de la evaluación post test de la variable ya mencionada fueron Me=14 y DE= 3.03

La variable Adherencia obtuvo los puntajes de Me=42 y DE=4.1 en la evaluación pre test y en la evaluación post test la variable obtuvo los puntajes de Me=48 y DE=6.35

En cuanto a las medidas descriptivas mostradas en la Tabla 11 se muestra que la variable adherencia es quien tiene una mayor diferencia

de la media de sus puntajes ($M_{\text{post}} - M_{\text{pre}} = 3.26$), mientras que la variable manejo es quien presenta la menor diferencia ($M_{\text{post}} - M_{\text{pre}} = 2$).

3.4 Análisis comparativo

En primer lugar, es necesario resaltar que debido al tamaño de la muestra ($n=19$) no se evaluó la normalidad de las distribuciones. En su lugar, se decidió aplicar el estadístico W de Wilcoxon para realizar las comparaciones, puesto que este es un estadístico no paramétrico que tiene un buen desempeño con muestras de tamaño reducido. En el mismo sentido, la significancia de las comparaciones fue evaluada con una sola cola, en la que se hipotetizaban puntajes de salida superiores a los puntajes de entrada. Así, se estableció el punto de corte para la significancia en $p < 0.05$.

Tabla 12.

Prueba t para muestras relacionadas con tamaño del efecto

		W	P	Tamaño del Efecto
Manejo Post	Manejo pre	91.0	0.083	0.517
Conocimiento post	Conocimiento pre	101.5	0.019	0.692
Adherencia post	Adherencia pre	107.0	0.155	0.399

Fuente: elaboración propia

En la Tabla 12 se observa que las puntuaciones de las medidas posprueba y preprueba del factor conocimiento presentan diferencias de

acuerdo con la significancia estadística ($W = 101$, $p = .021$). Sin embargo, la medida del tamaño del efecto indica que todas las puntuaciones de las variables cambian debido al programa con una fuerza moderada (adherencia) y fuerte (manejo y conocimiento).

Teniendo en cuenta que el valor p tiene una dependencia respecto al tamaño muestral y que la American Psychological Association (APA) a partir de 1994 recomienda proporcionar información sobre el tamaño del efecto, en consecuencia, por esta razón en la presente investigación se tendrá en cuenta dicho estadístico.

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Debido a que las evaluaciones en los programas de intervención tienen un carácter descriptivo, la evaluación del tamaño del efecto responde directamente al objetivo planteado del estudio.

La variable conocimiento, la cual muestra una diferencia significativa y señala un tamaño del efecto grande, indica que la aplicación de información y habilidades necesarias para adaptarse a un estado de condición crónica (Paterson y Thorne, 2001). Según Plat y Del Valle (2002), en la población carcelaria existe un buen nivel de comprensión en cuanto a las formas de infección por VIH y su prevención usando el preservativo. Sin embargo, hay rechazo a su utilización y se estigmatiza a quién se debe cuidar o a quién puede transmitirse. A pesar de eso, no hay un buen conocimiento sobre la propia condición del VIH.

Teniendo en cuenta la situación descrita, los participantes incrementaron su conocimiento acerca del VIH. En ese sentido, Vivas et al., (2013) comentaron que el discernimiento sobre el VIH ayuda a prevenir dicha condición y, al mismo tiempo, promueve la salud frente a esta problemática.

En cuanto a la variable manejo de signos y síntomas –referida al manejo de aspectos emocionales, sociales y a la capacidad para utilizar los servicios de apoyo– (Peñarrieta et al., 2013), resultó favorable y logró un efecto grande luego de aplicar el programa.

Desde otra perspectiva, la variable adherencia tuvo efecto moderado luego de implementarse el programa. Cabe recordar que esta variable se refiere a la adquisición de recursos y conocimiento y, por lo mismo, le permite a la persona adherirse a un plan de cuidado mientras participa activamente en el manejo diario de su enfermedad crónica (Bourbeau, 2003). Esto puede explicarse en que las personas privadas de su libertad no tienen un manejo total de la medicación que toman, puesto que dependen de la gestión del centro penitenciario.

Siguiendo el modelo ecológico postulado por Bronfenbrenner (1998) donde propone que el desarrollo psicológico es resultado de los sistemas que intervienen en este proceso se puede afirmar que los resultados de esta variable también responden a la interacción de los participantes exosistema y el macrosistema, es decir con la gestión del centro penitenciario y el gobierno local.

Al respecto, la Defensoría del Pueblo (2020) confirmó que existe una crisis en la gestión de la salud de los centros penitenciarios en el Perú, los cuales no dan abasto para atender a la población carcelaria.

Como última observación, se pueden encontrar efectos similares en China, donde los investigadores Zhang et al. (2019) demostraron que, luego de aplicar un programa de automanejo dirigido a personas viviendo con los participantes, mejoraron significativamente su calidad de vida y, de igual modo, redujeron síntomas de ansiedad y aumentaron conductas de prevención como el uso del preservativo.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Sí existen diferencias significativas entre los resultados del pre test y pos test para la dimensión conocimiento ($d=0.692$), es indicativo de que los internos del centro penitenciario aplican la información y habilidades necesarias para adaptarse a un estado de condición crónica de salud.
2. Sí existe un tamaño del efecto grande entre los resultados del pre test y pos test para la dimensión manejo de signos y síntomas ($d=0.517$), es indicativo de que los participantes manejan aspectos emocionales y sociales y, asimismo, cuentan con la capacidad para utilizar los servicios de apoyo.
3. Existe un tamaño del efecto moderado entre los resultados del pretest y post test para la dimensión adherencia ($d=0.399$), posiblemente debido a que los participantes, privados de su libertad, no manejan directamente el acceso a sus medicamentos.

5.2 Limitaciones

1. La inadecuada gestión de los establecimientos penitenciarios con relación a la salud de los internos impide entrenar a los participantes en habilidades para lograr una adecuada adherencia a su tratamiento.

2. El estigma que existe frente al VIH es un obstáculo para la adhesión de más participantes a este tipo de programas.
3. El presente estudio solo muestra la realidad de un centro penitenciario del país, por lo cual estos resultados no se pueden generalizar.

5.3 Recomendaciones

1. Se recomienda continuar haciendo programas que promuevan el automanejo del VIH en poblaciones que se encuentran en una situación de vulnerabilidad, tal es el caso de las personas privadas de su libertad.
2. Es necesario hacer seguimiento a la gestión de los centros penitenciarios con respecto al TARV para que este llegue de manera oportuna a las personas que lo necesitan.
3. Se recomienda ejecutar programas orientados a vencer el estigma y la discriminación vinculado al VIH, con el objetivo de que las personas tengan más información acerca de esta condición.
4. Se recomienda capacitar y certificar a más personas en el programa de automanejo de la salud –debido a su efectividad– para que este pueda ser impartido en más lugares.
5. Los psicólogos comunitarios necesitan incorporar este tipo de programas para ampliar los servicios a la comunidad.

REFERENCIAS

- Abdala, E. (2004). Manual para la evaluación de impacto en programas de formación para jóvenes. *Federación Internacional de Fe y Alegría*. https://guia.oitcinterfor.org/sites/default/files/conocimiento/s/manual_evaluacion_de_impacto_programas_de_jovenes.pdf
- American Psychological Association(A.P.A.) (1994). *Publications manual of the American Psychological Association* (4th edition). Washington, DC.
- Arístegui, I., Dorigio, A., Bofill, B. A., Lucas, M., Cabanillas, G., y Jones, D. (2014). Obstáculos a la adherencia y retención en los sistemas de salud público y privado según pacientes y personal de salud. *Actualizaciones en sida e infectología*. 22(86), 71-80.
- Aristegui, L. (2014). Diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar en población transgénero. *Psicología, cultura y sociedad*. 14(1), 85-100.
- Bedoya, C. (2010). Amartya Sen y el desarrollo humano. *Revista Nacional de Investigación Memorias*. 8(13), 277-288.
- Belmar, J., y Stuardo, V. (2017). Adherencia al tratamiento anti-retroviral para el VIH/SIDA en mujeres: una mirada socio-cultural. *Revista chilena de infectología*. 34(4), 352-358. doi:10.4067/s0716-10182017000400352
- Bernabeu, J., Esplugues, J., y Galiana, M. (2007). Antecedentes históricos de la nutrición comunitaria en España: los trabajos de la Escuela Nacional de Sanidad, 1930-36. *Revista española de salud pública*. 81, 451-459.
- Berumen, J. (2010). *Monitoreo y Evaluación de Proyectos*. Brighton: University of Sussex.
- Berumen, M. (2010). *Monitoreo y Evaluación de Proyectos Cooperación Internacional para el Desarrollo*. Cartagena de Indias: Escuela Latinoamericana de Cooperación y Desarrollo Elacid Cartagena.

- Betanzos, N., y Villaseñor, K. (2019). Intervención socioeducativa en la primera infancia. Una propuesta metodológica contra la exclusión. *Educere*. 23(76).
- Bourbeau, J. (2003). Disease-specific self-management programs in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease: a comprehensive and critical evaluation. *Disease Management and Health Outcomes*. 11, 311-319.
- Bronfenbrenner, M. (1987). Una conversación con Martin Bronfenbrenner. *Eastern economic journal*. 13(1), 1-6.
- Bronfenbrenner, U. (1987b). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós.
- Buelga, S. (2007). El empowerment: la potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria. En M. Gil, *Psicología Social y Bienestar: una aproximación interdisciplinar* (págs. 154-173). Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- Cantera, J. (2004). *Coaching. Mitos y realidades*. Madrid: Es editorial.
- Caplan, A. (1994). El proceso mesengénico. *Clínica de cirugía plástica*. 21(3), 429-435.
- Caramutti, M. (2018). *Efectividad de la consejería TARGA en la adherencia al tratamiento antirretroviral en PVVS en el Hospital Referencial de Ferreñafe*. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán.
- Carrillo, J. (2013). *El paradigma de la psicología comunitaria y su fundamentación*. Obtenido de Portal Prezi: https://prezi.com/g4rj-q7h_skj/el-paradigma-de-la-psicologia-comunitaria-y-su-fundamentacio/
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2018). *Home*. Obtenido de Portal dge: https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_contentyview=article&id=14

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos [CIDH]. (2011). *Home*.
Obtenido de Portal perua: <https://www.peruoea.org/comision-interamericana-derechos-humanos/>
- Congreso de la República. (1991). Código de Ejecución Penal Decreto Legislativo n° 654. Lima, Perú.
- Corbin, J., y Strauss, A. (1985). Manejo de enfermedades crónicas en el hogar: tres líneas de trabajo. *Sociología cualitativa*. 8(3), 224-247. doi:10.1007/BF00989485
- De la Torre, J., y Arazo, P. (2017). *Documento informativo sobre la infección por el vih*. Gesida.
- Defensoría del Pueblo. (2020). *Situación de las personas privadas de libertad a propósito de la declaratoria de emergencia sanitaria*. Lima: Defensoría del Pueblo.
- Di Virgilio, M. (2012). *Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF].
- Gifford, A. L., & Groessl, E. J. (2002). *Chronic Disease Self-Management and Adherence to HIV Medications*. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 31, S163–S166. doi:10.1097/00126334-200212153-00016
- GIVAR (2019). *Denuncias por falta de medicamentos para el VIH aumentan en el Perú*. <http://www.givarperu.org/>
- Grady, P., y Gough, L. (2015). El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. *Revista panameña de salud pública*. 37(3), 187-194.
- Grady, P., y Gough, P. (2018). el automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 37(3), 187-194. doi:10.2105/AJPH.2014.302041s

- Harvey, P., y Docherty, B. (2007). Sisyphus and chronic disease self-management: health care and self-management paradox. *Australian Health Review*. 31(2), 184-92. doi:10.1071 / ah070184.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación (6° ed)*. México: Mc Graw Hill.
- Herrera, J., y Robles, L. (2017). *Estilos de vida y adherencia al tratamiento en pacientes con VIH de un hospital de Ferreñafe-2015*. Ferreñafe.
- Instituto Nacional Penitenciario. (s.f.). *Home*. Obtenido de Portal gob pe: <https://www.gob.pe/inpe>
- Kools, M. M., Durham, R., y Robrecht, L. (1996). Análisis dimensional: ampliación de la concepción de teoría fundamentada. *Investigación en salud cualitativa*. 6, 312-330.
- Lapalma, A. (2001). El escenario de la intervención comunitaria. *Revista de Psicología Universidad de Chile*. 10(2), 61-70.
- Arana, R. (2018). Libres en la prevención del VIH. *La Revihsta* 1(1),5-7
- Libertad, M. (2006). Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*. 32(3).
- Lincoln, Y., y Guba, É. (1985). *Naturalista Inquiry*. Beverly Hills: Sage.
- Lorig, K., y Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*. 26(1), 1-7.
- Maldonado, G., León, R., Banda, O., Carbajal, F., Peñarrieta, I., y Ibarra, C. (2019). Automanejo y apoyo social en personas con cronicidad. *Nure investigación*. 99(16).
- Masterman, M. (1975). *La naturaleza de los paradigmas*. Madrid: Grijalbo.
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2018). *Plan nacional de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria*. Lima: Ministerio de Salud [MINSAL].

- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2020). *Guía técnica para la atención de salud mental de personas con intoxicación alcohólica*. Lima: Ministerio de Salud [MINSAL].
- Montenegro, D. (2014). Los niveles de prevención a la luz del ámbito colombiano. *Revista electrónica Psiconex*. 6(9):
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psiconex/article/view/224>
36
- Montero, M. (1980). La psicología social y el desarrollo de comunidades en América Latina. *Revista latinoamericana de psicología*. 12(1), 159-170.
- Montero, M. (1984). La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 16(3), 387-400.
- Montero, M. (1998). *Comunidad como objeto y sujeto de la acción social*. Madrid: Síntesis.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Mori Sánchez, M. D. P. (2008). Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. *Liberabit*, 14(14), 81-90.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272008000100010
- Musitu, G., y Buelga, S. (2004). *Desarrollo Comunitario y Potenciación*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Musitu, O., Herrero, O., y Cantera, E. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Obtenido de Portal proquest:
<https://about.proquest.com/products-services/ebooks/ebooks-main.html>
- Mustiso, G. (2014). *Antecedentes y origen de la psicología comunitaria*. Salamanca: Universidad de Salamanca.

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f.). *¿Cómo define la OMS la salud?* Obtenido de Portal Who: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). *Promoción de la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [OMS].
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de ottawa para la promoción de la salud*. Obtenido de Portal Salud: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/ottawa.html#:~:text=La%20promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud%20consiste%20en%20proporcionar%20a%20los,mayor%20control%20sobre%20la%20misma.>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2002). *Home*. Obtenido de Portal oecd: <https://www.oecd.org/acerca/>
- Paterson, B., y Thorne, S. (2011). Health care professional support for self-care management in chronic illness: insights from diabetes research. *Patient education and counseling*. 42, 81-90. doi:S0738-3991(00)00095-1
- Patton, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park: Sage.
- Peñarrieta, M., León, R, y Gutierrez, T. (s.f.). *El automanejo en personas con enfermedades crónicas: el caso México y Perú*: Organización Panamericana de Salud [OPS]: <http://reddeautomanejo.com/assets/libro-automanejo.pdf>
- Peñarrieta, M., Vergel, S., Lezama, S., Rivero, R., Cancho, J., y Borda, H. (2013). El automanejo de enfermedades crónicas: Población de una jurisdicción de centros de salud. *Revista de enfermería herediana*. 6(1), 42-49.
- Petkov J, Harvey and P, Battersby M.(2010). The internal consistency and construct validity of the partners in health scale: validation of

- a patient rated chronic condition self-management measure. *Qual Life Res.* Sep;19(7):1079-85. doi: 10.1007/s11136-010-9661-1.
- Portal Fundéu. (2012). *Empoderar, un antiguo verbo español con nuevo significado*. Obtenido de Portal Fundéu: <https://www.fundeu.es/recomendacion/empoderar-un-antiguo-verbo-espanol-con-nuevo-significado-111/#:~:text=empoderar%2C%20un%20antiguo%20verbo%20espa%C3%B1ol%20con%20nuevo%20significadoytext=Empoderar%20es%20un%20antiguo%20verbo,individuo%20o%20grupo%20soc>
- Portal Psicología Comunitaria Upc. (2017). *Roles y Funciones del Psicólogo Comunitario*. Obtenido de Portal Psicología Comunitaria Upc: <https://psicologiacomunitariaupch.wordpress.com/2017/06/13/roles-y-funciones-del-psicologo-comunitario/#:~:text=El%20psic%C3%B3logo%20comunitario%20realiza%20su,el%20bienestar%20de%20los%20individuos>.
- Powell. W, y Cumming, L. (1990). *Ni mercado ni jerarquía*.
- Ppati, J. (2019). *Factores de adherencia de los medicamentos antirretrovirales percibidos por personas privadas de su libertad de los centros penitenciarios Castro Castro y San Pedro*. Lima: Universidad César Vallejo.
- Prior, K., y Bond, M. (2004). The roles of self-efficacy and abnormal illness behaviour in osteoarthritis self-management. *Psychology health and medicine*. 9, 177-192.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2018). *Informe sobre desarrollo humano 2010*. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD].
- Rappaport, A. (1981). Seleccionar estrategias que creen valor para los accionistas. *Harvard business review*. 59(3).

- Real Academia Español [RAE]. (s.f.). *Ecología*. Obtenido de Portal rae: <https://dle.rae.es/ecolog%C3%ADa>
- Rivas, M. (2017). *Automanejo en pacientes afectados con hipertensión arterial que asisten al centro de salud materno infantil*. Comas: Centro Materno Infantil Laura Rodríguez Dulanto.
- Rojas, R. (2013). El liderazgo comunitario y su importancia en la intervención comunitaria. *Psicología para América Latina*. (25), 57-76.
- Rosas, J. (2017). *Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH*. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego.
- Sánchez, A. (1991). *Psicología comunitaria. Bases conceptuales y operativas*. Barcelona: Editorial PPU.
- Sánchez, A. (1991b). *Psicología comunitaria. Bases conceptuales y operativas. (2a Ed)*. Barcelona: Editorial PPU.
- Sánchez, M. (2008). Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. *Liberabit*. 14(14), 81-90.
- Schilling, L., Grey, M., y Knafel, K. (2002). The concept of self-management of type 1 diabetes in children and adolescents: an evolutionary concepts analysis. *Journal of advanced nursing*. 37, 87-89.
- Self Management Resource Center.(s.f). *Programs*. <https://www.selfmanagementresource.com/programs/small-group-spanish/vivir-mas-sano-con-vih/>
- Tellería, J. (2015). El Paradigma del desarrollo humano del PNUD como saber-poder. *Nómadas*. 43, 241-251.
- Tovar, M. (2000). Psicología social-comunitaria: Una alternativa teórica metodológica desde la subjetividad. *Interamerican Journal of Psychology*. 34(2), 83-93.

- Udlis, K. (2011). Self-management in chronic illness: concept and analysis. *Journal Nursing and health: Wiley Online Library. EE.UU.* 3(2), 130-139.
- Varela, M., y Galdames, S. (2014). Depresión y adhesión a terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. *Revista chilena de infectología.* 31(3). doi:10.4067/S0716-10182014000300011
- Vivas, L., Curbelo, J., Camero, J., Martín, L., y González, M. (2013). Elevación de los conocimientos sobre virus de la inmunodeficiencia humana y sida en reclusos de la Prisión Kilo 8 de Pinar del Río. *Medisan.* 17(4), 591-598. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1029-30192013000400005&lng=es&nrm=iso
- Zhang, P., Gao, J., Wang, Y., Sun, Q., y Sun, X. (2019). Effect of chronic disease self-management program on the quality of life of HIV-infected men who have sex with men: An empirical study in Shanghai, China. *International journal of health planning and management.* 34(3), 1055-1064. doi:10.1002/hpm.2874
- Zimmerman, P. (2000). Empowerment Theory: Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis. En J. Rappaport & Seidman, E. (Eds.), *Handbook of Community Psychology*. Nueva York: Kluwer Academic Plenum. (p.43-64).

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario Partners in Health Scale mr361

Estimado usuario estamos interesados en conocer cómo maneja Ud. su condición crónica de salud, esto con el propósito de implementar programas en su beneficio. Se solicita que responda con sinceridad las preguntas de este cuestionario. No hay respuesta correcta o incorrecta, **todas sus respuestas son válidas**, siempre y cuando reflejen lo que usted piensa o hace. La información se mantendrá en absoluta reserva.

SECCIÓN 1: datos sociodemográficos

Marque con una (X) o escriba su respuesta.

a) **¿Cuál es su edad?** _____

b) **Género:** femenino (1) Masculino (2)

c) **¿Cuál es su estado civil?**

Soltero (1) Casado (2) Divorciado (3) Viudo (4)

Conviviente (5)

d) **¿Cuál es su nivel de instrucción?:**

Primaria (1) Secundaria (2) Técnico (3)

Superior (4)

e) **Por favor marque indicando cuál de las siguientes condiciones crónicas tiene:**

Diabetes (1) VIH (2) Artritis (3)
Hipertensión (4) otro: _____

f) ¿Hace cuánto tiempo sabe que vive con su condición crónica de salud?

0 a 1 año (1) 1 a 5 años (2) 5 a 10 años (3)
más de 10 años (4)

g) En general, dirías que tu salud es:

Buena (1) Regular (2) Mala (3)

A continuación, encontrará una serie de preguntas acerca de cómo maneja Ud. los diferentes aspectos de su condición crónica de salud. Marque con una X el número según considere su respuesta, en donde **0 es muy poco y 8 mucho**.

1. En general, lo que conoce de su estado de salud es:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Muy poco Algo Mucho

2. En general, lo que conoce acerca de su tratamiento, incluyendo medicamentos y estado de salud es:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Muy poco Algo Mucho

3. Toma las medicinas y/o medicamentos y lleva a cabo los cuidados indicados por su médico o trabajador de salud:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Muy poco Algo Mucho

4. Comparte las decisiones tomadas de su estado de salud con su médico o trabajador de salud:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Muy poco

Algo

Mucho

5. Es capaz de solicitarle al profesional de salud algunos aspectos que considere deben cambiar en su tratamiento o incorporar algunas cosas que usted le gustaría, como cambiar medicinas, interconsultas, etc.

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Muy poco

Algo

Mucho

6. Asiste a las citas programadas por su médico o trabajador de salud:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Muy poco

Algo

Mucho

7. Se mantiene al tanto de sus síntomas y signos de alerta temprana (por ejemplo, los niveles de azúcar en sangre, límite de presión arterial, peso, falta de aliento, dolor, problemas de sueño, estado de ánimo):

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Muy poco

Algo

Mucho

8. Toma medidas a las primeras señales de advertencia y cuando los síntomas empeoran:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Muy poco

Algo

Mucho

9. Puede manejar los efectos secundarios de su estado de salud con relación a la actividad física diaria (caminar, realizar las actividades diarias):

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Muy poco

Algo

Mucho

10. Puede mantener el equilibrio emocional y espiritual con respecto a su estado de salud:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Muy poco

Algo

Mucho

11. Puede interactuar con otras personas cotidianamente, a pesar de su estado de salud:

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Muy poco

Algo

Mucho

12. En general, lleva un estilo de vida saludable, me las arreglo para vivir una vida sana (por ejemplo, no fumar, moderado alcohol, la alimentación sana, actividad física regular, controlar estrés):

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Muy poco

Algo

Mucho

Anexo 2. Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es solicitar su participación voluntaria de la presente investigación conducida por Lucas Garcés Calle de la Universidad de San Martín de Porres. La meta de este estudio es conocer aspectos relacionados a las actitudes de las personas con VIH/SIDA hacia la misma condición crónica de salud.

Si accede a participar en este estudio, se le pedirá responder unas preguntas. Esto tomará aproximadamente 50 minutos de su tiempo.

Su participación es estrictamente voluntaria. La información será confidencial y solo será utilizada para fines de esta investigación. Una vez transcritas las respuestas, las pruebas se destruirán.

Si tiene dudas sobre esta investigación, puede hacer preguntas durante su participación en ella. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante el cuestionario le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora y no responderla.

De tener preguntas sobre su participación en este estudio, puede contactar a Lucas Garcés al correo: garcescalle8@gmail.com

Desde ya le agradecemos su participación.

Firma del participante

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Lucas Garcés Calle. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer las actitudes de las personas con VIH/SIDA hacia la misma condición crónica de salud.

Me han indicado también que tendré que responder una entrevista que tomará aproximadamente 50 minutos de mi tiempo.

Reconozco que la información que yo brindé es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y puedo retirarme de la misma cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de esta investigación cuando esta haya concluido.

Firma del Participante

Anexo 3. Carta de la ONG



"Año del bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

Lima, 8 de febrero de 2021

Universidad de San Martín de Porres

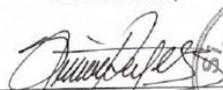
Oficina de Grados y Títulos

Por medio de la presente, Yo, **Victor Andree Sotelo Reyes, Psicólogo y Director Ejecutivo** de la organización sin fines de lucro **Sí, da Vida**, informo y hago constancia que el Señor **Lucas Gabriel Garcés Calle** identificado con el **DNI: 74137008** contó con mi autorización para evaluar a los participantes del programa **"Manejando la salud como Persona Viviendo con VIH"**, implementado del **4 de abril al 25 de julio del 2019** en el **Establecimiento Penitenciario Sarita Colonia**, con el fin de poder elaborar su Estudio de Caso y así optar el grado académico de Licenciado en Psicología.

Asimismo, indico que el Señor **Lucas Gabriel Garcés Calle** ha recibido el entrenamiento certificado para ser instructor del programa en mención en diciembre del 2017 lo que lo capacitó para la facilitación de programas.

Se emite la presente constancia para fines del interesado.

Atentamente,


.....
Psic. Victor A. Sotelo Reyes
DIRECTOR EJECUTIVO
Sí, da Vida
C.Ps.P. 21374



[Calle Henry Arredondo 201 Urb. Cayetano Heredia - San Martín de Porres - Lima 31]

[Telf.: (511) 481-0392 RPM: #961763305 / #949807267]

[www.sidavida.org.pe] [sidavida@sidavida.org.pe]

Síguenos en:



Anexo 4. Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA					
"PROGRAMA DE AUTOMANEJO DE LA SALUD EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH PRIVADAS DE SU LIBERTAD EN UN CENTRO PENITENCIARIO DEL CALLAO"					
PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIÓN	METODOLOGÍA
PROBLEMA PRINCIPAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL			
¿De qué manera el programa "Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH" influye en el automanejo de las personas que viven con VIH privadas de su libertad en un centro penitenciario del Callao?	Determinar la eficacia del programa "Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH" para mejorar el automanejo en las personas que viven con VIH privadas de su libertad en un centro penitenciario del Callao.	Significancia del programa "Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH" para promover el automanejo en las personas que viven con VIH privadas de su libertad en un centro penitenciario del Callao.	VI: PROGRAMA "Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH".		<u>ENFOQUE:</u> MIXTO DESCRIPTIVO. <u>DISEÑO:</u> Pre experimental.
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICOS			
¿De qué manera el programa "Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH" influye en el conocimiento de su condición crónica de salud de las personas que viven con VIH privadas de su libertad en un centro penitenciario del Callao?	Determinar la eficacia del programa "Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH" para mejorar el conocimiento de su condición crónica de salud en las personas que viven con VIH privadas de su libertad en un centro penitenciario del Callao.	Significancia del programa "Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH" para mejorar el conocimiento de su condición crónica de salud en las personas que viven con VIH privadas de su libertad en un centro penitenciario del Callao.			<u>TÉCNICAS:</u> prueba-posprueba con un solo grupo.

	un centro penitenciario del Callao.				
¿De qué manera el programa “ Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH ” influye en el manejo de signos y síntomas de las personas que viven con VIH privadas de su libertad en un centro penitenciario del Callao?	Determinar la eficacia del programa “ Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH ” para mejorar el manejo de signos y síntomas en las personas que viven con VIH privadas de su libertad en un centro penitenciario del Callao.	Significancia del programa “ Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH ” para mejorar el manejo de signos y síntomas en las personas que viven con VIH privadas de su libertad en un centro penitenciario del Callao.	VD: AUTOMANEJO	Conocimiento de la condición crónica de salud.	INSTRUMENTOS: CUESTIONARIO- Partners in Health Scale.
				Manejo de signos y síntomas.	POBLACIÓN: personas viviendo con VIH privadas de su libertad.
				Adherencia	MUESTRA: no probabilística.
¿De qué manera el programa “ Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH ” influye en la adherencia de las personas que viven con VIH privadas de su libertad en un centro penitenciario del Callao?	Determinar la eficacia del programa “ Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH ” para mejorar la adherencia en las personas que viven con VIH privadas de su libertad en un centro penitenciario del Callao.	Significancia del programa “ Manejando nuestra salud como persona viviendo con VIH ” para mejorar la adherencia en las personas que viven con VIH privadas de su libertad en un centro penitenciario del Callao.			-

Fuente: elaboración propia